

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**STIMULACE TĚLESNĚ A
KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉHO
JEDINCE**

Využití terapeutických konceptů

Diplomová práce

Autor

Miroslava Marešová

Vedoucí práce

PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní obor

Speciální pedagogika – učitelství

PRAHA 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze.....

Děkuji PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za trpělivé vedení mé diplomové práce, také všem, kteří mi umožnili provést dotazníkový průzkum a v neposlední řadě mému manželovi, který mi byl ve všem oporou.

Souhlasím s tím, aby tato práce byla použita ke studijním účelům.

.....

ANOTACE

Cílem této práce je představit možné terapeutické koncepty, které by neměly chybět v péči o tělesně a kombinovaně postižené jedince, a to nejen v péči speciálně pedagogické. Součástí textu je i vyhodnocení dotazníkového průzkumu vytvořeného pro rodiče dětí s tělesným a kombinovaným postižením, jehož cílem bylo zjištění úrovně povědomí o již zmiňovaných terapeutických konceptech.

Klíčová slova:

rehabilitace

stimulace

tělesné a kombinované postižení

ANNOTATION

The goal of the dissertation is to present possible therapeutic concepts that should not fail in care for people with physical and combined handicap, not only in the frame of special educational care.

The text involves the evaluation of the question-form research dedicated to parents of children with physical and combined handicap. It was aimed to take the level of awareness earlier mentioned therapeutic concepts.

Key words:

rehabilitation

stimulation

physical and combined handicap

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. CHARAKTERISTIKA TĚLESNĚ A KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉHO JEDINCE.....	8
1.1 Charakteristika tělesného postižení.....	8
1.1.1 Druhy tělesného postižení.....	8
1.2 Charakteristika kombinovaného postižení.....	10
2. UCELENÁ REHABILITACE TĚLESNĚ A KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉHO JEDINCE.....	12
2.1 Pojem rehabilitace a její cíle.....	12
2.2 Pojem stimulace.....	12
2.3 Složky ucelené rehabilitace.....	12
2.3.1 Léčebná rehabilitace.....	13
2.3.1.1 Ergoterapie.....	14
2.3.1.2 Léčebná tělesná výchova.....	15
2.3.1.2.1 Bobath koncept.....	16
2.3.1.2.2 Vojtova metoda reflexní lokomoce.....	17
2.3.1.2.3 Kabatova metoda.....	18
2.3.1.2.4 Metoda sestry Kenny.....	19
2.3.1.2.5 Tardieuova metoda.....	19
2.3.1.2.6 Pető terapie konduktivní edukace.....	21
2.3.1.3 Fyzikální terapie.....	21
2.3.1.3.1 Vodoléčba.....	22
2.3.1.4 Animoterapie.....	22
Hipoterapie je terapie prostřednictvím koně. V dnešní době se rehabilitace pomocí koně dělí podle německého modelu na:.....	23
2.3.1.5 Další specifické terapie.....	24
2.3.1.5.1 Kraniosakrální terapie.....	24
2.3.1.5.2 Synergetická reflexní terapie.....	25
2.3.2 Pedagogická rehabilitace.....	25
2.3.2.1 Bazální stimulace.....	26
2.3.3 Sociální rehabilitace.....	28
2.3.4 Pracovní rehabilitace.....	29
3. INTERNET JAKO ZDROJ INFORMACÍ PRO RODIČE KOMBINOVANĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ.....	31
3.1 Význam informací.....	31
3.2 Internet – rodič dítěte s postižením.....	31
3.3.1 Vymezení kritérií vhodných internetových stránek.....	32
3.3.2 Nabídka internetových stránek s informacemi o terapiích.....	33
4. PRŮZKUM POVĚDOMÍ RODIČŮ O MOŽNOSTECH TERAPIE.....	34
4.1 Metodika sběru dat a jejich vyhodnocování.....	34
4.2 Vyhodnocení průzkumu.....	35
4.3 Závěrečné shrnutí získaných poznatků.....	60

5. ZÁVĚR.....	62
SEZNAM LITERATURY.....	64
PŘÍLOHA Č. 1.....	66
DOTAZNÍK.....	67
Bazální stimulace.....	67
Bobath koncept.....	67
Canisterapie.....	68
Ergoterapie.....	68
Hipoterapie.....	69
Kraniosakrální terapie.....	69
Metoda sestry Kenny.....	70
Petö metoda konduktivní edukace.....	70
Synergetická reflexní terapie.....	71
Tardieuova metoda.....	71
Vodoléčba (vířivá lázeň, perličková lázeň, podvodní masáže).....	71
Vojtova metoda reflexní lokomoce.....	72

ÚVOD

Každý z nás se již setkal s jedinci, kteří se nějakým způsobem odlišují od většiny. Toto odlišení může mít jakýkoli důvod. U řady takovýchto jedinců se nad jejich „odlišením“ ani nepozastavujeme a bereme je jako přirozenou součást naší společnosti. A stejně tak bychom měli nahlížet i na osoby se zdravotním postižením. Neboť i oni jsou přirozenou součástí naší společnosti a především to jsou lidské bytosti stejně jako my ostatní.

Celá tato práce je věnována osobám s tělesným a kombinovaným postižením, které tvoří početnou kategorii mezi zdravotně postiženými. Na začátku práce se budu nejprve věnovat příčinám vzniku takovýchto poruch a na to naváží charakteristikou jednotlivých druhů tělesného a kombinovaného postižení.

V rámci péče o osoby s kombinovaným postižením je nejdůležitější rehabilitace a tím myslím rehabilitaci ucelenou, která úspěšně propojuje rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní. Tato rehabilitace vyžaduje interdisciplinární přístup a vysoký stupeň kooperace mezi jednotlivými odborníky. A právě tomuto typu rehabilitace se budu věnovat v hlavní části mé práce. Cílem bude vytvoření přehledu o součástech ucelené rehabilitace a seznámení s náplní každé rehabilitační oblasti. U každého typu rehabilitace uvedu konkrétní terapeutické koncepty, které daná oblast péče využívá a měly by být její přirozenou součástí.

Další část této práce je věnována tomu, co může rodičům dětí s kombinovaným postižením přinést internet a jaké podmínky by měla internetová stránka splňovat, aby byla vhodná právě pro tyto rodiče. Pro konkrétní představu je uvedeno několik internetových stránek, které výše zmíněné podmínky splňují a nemusíme se bát je rodičům doporučit.

Nejvýznamnější část této práce tvoří průzkum povědomí rodičů o možnostech terapie, který by měl ukázat, nakolik se shoduje teorie s praxí. V dotazníku jsou využity terapie, které jsou uvedeny u konkrétních oblastí rehabilitace.

Otázky, na které by měl průzkum odpovědět, jsou následující:

Který terapeutický koncept je nejpoužívanější?

O kterou terapii mají rodiče největší zájem, ale v rehabilitaci jejich dítěte chybí?

Která terapie má v povědomí rodičů nejvyšší pozici?

1. CHARAKTERISTIKA TĚLESNĚ A KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉHO JEDINCE

1.1 Charakteristika tělesného postižení

Už ze samotného pojmenování „tělesné postižení“ je patrné, že v jeho důsledku dochází k omezení pohybu. Podle Krause a Šandery tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchylny od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormity čili anomálie růstu a stavby nosného a hybného ústrojí (Kraus, Šandera, 1975, s. 6.). Tělesné postižení nemá vliv pouze na pohyb a motoriku, ale postihuje člověka v celé jeho osobnosti, tj. v oblasti kognice, vnímání a emoce (Vítková, in Květoňová-Švecová, 2004).

Rozsah poruchy ovlivňuje ontogenetický vývoj dítěte. Chybí-li dítěti v důsledku jeho postižení dostatek podnětů a zkušeností s vnějším prostředím, nedochází k jeho optimálnímu rozvoji. Takovým důsledkům se snažíme předcházet už od nejranějšího věku. Musíme dítěti poskytnout adekvátní pomoc při pohybech a činnostech, které samo nezvládne a které jsou nesmírně důležité pro již zmiňovanou zkušenost (Vítková, in Květoňová-Švecová, 2004).

1.1.1 Druhy tělesného postižení

Jedním ze základních rozdělení tělesných postižení je dělení na vrozené a získané vady. Vrozené vady vznikají poruchou zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství (Renotierová, 2003, s. 30). Další faktory, které negativně ovlivňují vývoj dítěte, mohou působit perinatálně nebo raně postnatálně (komplikovaný porod, nízká váha plodu, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS).

Nejčastějším tělesným postižením bývá neuromotorické postižení, které zasahuje posturální schopnost a schopnost pohybu. Do této kategorie patří **dětská mozková obrna**. Děti s tímto postižením trpí nejen poruchou hybnosti, ale i poruchou řeči, s níženými rozumovými schopnostmi, poruchami psychomotoriky, epileptickými záchvaty, pohybovou neobratností, neklidem, celkový vývoj hybnosti je výrazně

opožděný (Renotiérová, 2003, s. 34). Lesný (1985) dělí dětskou mozkovou obrnu na sedm forem:

Spastické formy

1. Diparetická
2. Diparetická paukospastická
3. Hemiparetická
4. Kvadruparetická
5. Oboustranná hemiparetická

Nespastické formy

6. Dyskinetická
7. Hypotonická

Dalším vrozeným postižením je **rozštěp páteře** (spina bifida). Toto postižení může mít několik forem: bez postižení míchy nebo jejích plen, rozštěp páteře a míšních plen, rozštěp páteře, plen a míchy. Spina bifida vzniká nedokonalým uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní krajině a vyvolává u postižených částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů. Intelekt nebývá u dětí postižen (Vítková, in Květoňová-Švecová, 2004).

Druhou skupinu tělesných postižení tvoří získané vady, které nejčastěji vznikají v důsledku úrazu, nemoci nebo deformace.

Nejčastějším úrazem u dětí bývá pád z kola, ale ty nejtěžší úrazy vznikají při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem atd. Nejčastějším následkem úrazu bývá **otřes mozku** (komoce) nebo **zhmoždění mozku** (kontuze). Dalším případem jsou **zlomeniny obratlů**, při nichž dochází k poškození míchy a to hlavně v krční páteři nebo na přechodu mezi hrudní a bederní páteří (Kraus, Šandera, 1975). Po vážných úrazech může dojít i k **amputacím**. Amputací rozumíme umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu (Renotiérová, 2003, s. 42). Amputace nemá pro člověka důsledek jen anatomický, ale především pro něho představuje funkční ztrátu a s ní spojené pracovní i společenské komplikace. Už řadu desetiletí jsou amputační ztráty kompenzovány protézami, technickými pomůckami, které mají ztracené části těla nahradit. Tyto protézy jsou neustále vylepšovány a zdokonalovány, takže nejen lépe nahrazují ztracenou funkci, ale mají i velký význam po stránce kosmetické.

Do skupiny získaných tělesných postižení patří i postižení po nemoci, jak jsem již zmínila. Sem patří obávaná **dětská infekční obrna**, ale v dnešní době se toto onemocnění u nás již nevyskytuje a to díky prováděnému očkování. Velkou skupinu získaných tělesných postižení po nemoci tvoří **progresivní svalové dystrofie**. V tomto případě jde o primární svalová onemocnění. Projevuje se tím, že svaly postupně chudnou, ubývá svalových vláken, která se rozpadají a zanikají, a místo nich se vytváří funkčně bezcenné vazivo s nestejně velikou příměsí tuku. K charakteristickým projevům nemoci patří kolébavá kachní chůze, prohnutý stoj a myopatické šplhání při vstávání (Kraus, Šandera, 1975). Postupným vývojem této nemoci dochází k stále většímu pohybovému omezení, které ve většině případů vede k úplné závislosti jedince na vozík. Další příčinou porušení hybnosti může být **zánětlivé onemocnění mozku**. Jde většinou o nemoci, jejichž původcem je virus. V dnešní době nejčastější formou tohoto onemocnění je **klíšťový zánět mozku**.

Poslední skupinu získaných tělesných postižení tvoří deformace, které jsou charakteristické nesprávným tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla, které se časem může stát návykové a fixované. Vadné dražení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře nebo labilním a nestálým držení těla. Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní rovina těla): **zvětšená krční lordóza, hrudní kyfóza, plochá záda, bederní lordóza**. Častěji jsou však deformace v rovině frontální (čelní), které se projevují bočním vychýlením od středové roviny, jsou to různé druhy **skolióz** – typ C (vybočení vlevo), D (vybočení vpravo), S (složená skolióza) (Vítková, in Květoňová-Švecová, 2004).

1.2 Charakteristika kombinovaného postižení

O kombinovaném postižení hovoříme tehdy, je-li u jedince diagnostikováno dvě a více vad, které jsou příčinně nezávislé a tyto vady omezují vývoj jedince (Vítková, 1998).

Vašek (2003) zahrnuje osoby s kombinovaným postižením do tří symptomatologicky příbuzných skupin:

1. mentální postižení v kombinaci s dalším postižením,
2. slepo-hluchota,
3. poruchy chování v kombinaci s jiným postižením.

V tomto členění pak nejpočetnější skupinu představují osoby s kombinací mentálního a dalšího postižení a za nejtěžší formu považuje skupinu slepo-hluchých jedinců (Zikl, 2005).

Již zmiňovaný P. Zikl uvádí další klasifikaci kombinovaného postižení a to podle N.M. Nazarové (2002), která v závislosti na struktuře a závažnosti vad rozděluje tuto skupinu takto:

1. lidé se dvěma zjevnými vadami, z nichž každá je relativně závažná a vyskytuje se i izolovaně (např. slepo-hluché děti),
2. lidé s jedním dominujícím postižením, které je doprovázeno jiným postižením v lehčí formě, jež přesto ztěžuje vývoj jedince (např. mentální postižení doprovázené lehkou vadou sluchu),
3. lidé se třemi a více vadami (na různém stupni závažnosti).

Ve všech případech se jedná o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení a dále na tom, které z těchto postižení jedince nejvíce znevýhodňuje.

Jankovský (2001) uvádí jako příklad kombinovaného postižení tzv. Marinesco-Sjögrenův syndrom, který je poměrně vzácný, ale o to více závažný. Tento syndrom se může projevovat kombinací postižení motorického, mentálního (některý ze stupňů mentální retardace) a zrakového.

2. UCELENÁ REHABILITACE TĚLESNĚ A KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉHO JEDINCE

2.1 Pojem rehabilitace a její cíle

Novolatinský pojem „rehabilitace“ byl zaveden v 19. století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný) (Votava, 2005, s. 9). Z toho již vyplývá, že rehabilitace si klade za cíl odstranit všechny důsledky nemoci či úrazu, které se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech i na vnitřních orgánech. Ale bohužel ne vždy je tento cíl reálný, nastávají situace, kdy ztracené funkce následkem úrazu nebo nemoci nelze obnovit. V takovýchto případech si rehabilitace klade za cíl ztracené funkce nahradit zachovanými funkcemi, tzn. kompenzovat. Někdy je nutné využít poznatků ortopedické protetiky a tyto ztracené funkce kompenzovat technickými pomůckami.

Pokud je klientem rehabilitace dítě, rehabilitace si klade za cíl podporovat přirozený vývoj a přiblížit ho i u postiženého dítěte vývoji jeho zdravých vrstevníků, případně dosáhnout zcela fyziologického vývoje (Votava, 2005).

2.2 Pojem stimulace

Pojem stimulace pochází z latinského *stimulatio* = popud, podnět. Stimulací rozumíme podněcování, dráždění a povzbuzování organismu, kterým se snažíme u jedince vyvolat činnost, reakci, pohyb nebo emocionální projev. Takovouto stimulací je např. poskytnutí dostatku zrakových podnětů malému dítěti pro rozvoj zrakové zkušenosti, tj. stimulujeme jeho optimální vývoj. Každá činnost, která se snaží o určitý vývoj, posun vpřed, zlepšování, je vlastně jakousi stimulací a nemusí jít bezprostředně o péči odborníků. Této stimulaci říkáme vnější – vychází z vnějšího prostředí. Dále můžeme jít o stimulaci vnitřní tzv. autostimulace (z řeckého *autos* = sám) (Sovák, 2000).

2.3 Složky ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace je výrazem současného pojetí rehabilitace, která už není chápána pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako

interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou (Jankovský, 2001).

Ucelená rehabilitace se využívá u lidí, jejichž postižení je trvalé či dlouhodobé a u nichž nestačí pouze péče zdravotnická.

Nejčastější dělení ucelené rehabilitace je na čtyři její složky:

1. léčebná rehabilitace
2. pedagogická rehabilitace
3. pracovní rehabilitace
4. sociální rehabilitace

Tyto složky se mohou různě kombinovat a ne všechny se musí na ucelené rehabilitaci postiženého jedince podílet, ale absolutně nutná je jejich vzájemná propojenost.

2.3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nejčastěji využívanou složkou ucelené rehabilitace. Její hlavní náplní je snaha o odstranění postižení a funkčních poruch, ale také přispívá k odstraňování následků zdravotního postižení (Jesenský, 1995).

Podle J. Pfeiffera a J. Votavy (1983) dělíme léčebnou rehabilitaci na vertikální, kdy se v důsledku léčebných rehabilitačních prostředků podaří obnovit původní stav organismu, a na léčebnou rehabilitaci horizontální, kdy má poškození trvalý charakter a přináší širší okruh důsledků.

Podle J. Jesenského (1995) k prostředkům léčebné rehabilitace patří:

- léčebná tělesná výchova, rehabilitační a relaxační cvičení,
- ergoterapie,
- psychoterapie a psychorehabilitace,
- fyziatrie, léčebné využívání fyzikální energie,
- arteterapie,
- dietoterapie.

Pro mou práci bych ale spíše využila dělení léčebné rehabilitace podle J. Jankovského (2001):

- ergoterapie,
- léčebná tělesná výchova,
- fyzikální terapie,
- animoterapie,

- další specifické terapie.

V následujících podkapitolách se věnuji těm prostředkům léčebné rehabilitace, které se vztahují k výzkumné části této práce.

2.3.1.1 Ergoterapie

Název vznikl z řeckých slov ergon (práce) a terapie (léčení), což v podstatě znamená léčbu prací. Je to lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut a každý rehabilitant má stanovený individuální léčebný program. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu pacienta nebo rehabilitanta (Kubínková, Křížová, 1997, s. 7).

Podle již zmíněných autorek dělíme ergoterapii na čtyři oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují:

1. kondiční ergoterapie

Tato část oblast si klade za cíl udržet dobrou duševní pohodu rehabilitanta, aby se nezabýval sám sebou a svou nemocí. Zde je program sestaven především na základě zájmů rehabilitanta, respektující jeho zdravotní stav i stupeň postižení. Patří sem: ruční práce, práce s hlínou, papírem, společenské hry apod.

2. ergoterapie cílená na postiženou oblast

Vykonávaná práce má obsahovat pohyb, který je přesný, cílený a dávkovaný. Cvičení se provádí pomocí určitého nástroje. Cílená ergoterapie se stanovuje na zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti a na zlepšení svalové koordinace a taxie.

3. ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Zde je hlavním úkolem ergodiagnostika, tzn. stanovení případné změny, přizpůsobení zaměstnání i celkovému způsobu života, vždy podle stavu nemoci, dočasných, popřípadě trvalých následků.

4. ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

V této oblasti je hlavním úkolem nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech, tj. oblékání, mytí, použití WC. Také sem patří výcvik mobility a lokomoce, nácvik komunikačních funkcí (řeči, písma) a nácvik všedních denních činností (nákup v obchodě, práce v domácnosti).

Důležitou součástí ergoterapie je také hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek, jejich indikace a nácvik používání. Sem také patří přizpůsobování bytu rehabilitanta, odstraňování architektonických bariér.

Pracovními technikami dle D. Kubínkové a A. Křížové jsou:

- kreslení, malování, grafické techniky,
- práce s papírem,
- tradiční ruční práce (pletení, šití, tkání, drhání),
- práce se dřevem,
- práce s kovem,
- modelování,
- práce s umělými hmotami.

Trochu rozdílnou ergoterapii tvoří dětská ergoterapie. Dítě nemá prakticky žádné zkušenosti z minulosti, tudíž zde nemůže jít o návrat ztracených funkcí. Velmi důležité je respektování vývojového hlediska. Základní metodu zde tvoří samozřejmě hra. Jelikož i dětská hra má svá vývojová stádia, je nutné je zohlednit při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě. Dětská ergoterapie si klade hned několik cílů:

- zlepšování hrubé a jemné motoriky,
- zlepšování pohybové koordinace,
- zlepšování vizuomotorické koordinace,
- zlepšení komunikace.

U dětské ergoterapie je velmi důležitá spolupráce s rodiči, kteří dokáží své dítě pozitivně ovlivnit a povzbudit pro tuto léčbu (Cettlová, www.alfabet.cz).

2.3.1.2 Léčebná tělesná výchova

Její základní formou je tělesné cvičení. Může probíhat individuálně i skupinově. Jde především o terapii posturálních schopností.

Léčebnou tělesnou výchovu můžeme rozdělit na dva základní přístupy:

1. Přístupy analytické

Používají se především u stavů po úrazech končetin, u periferních paréz tj. všude tam, kde je potřeba terapeuticky ovlivňovat jednotlivé segmenty.

2. Přístupy syntetické

V tomto případě jde o nácvik pohybových stereotypů, kdy se rozloží na jednotlivé sekvence, vyjmou se postupně chybné, izolovaně se opraví a zařadí zpět do stereotypu.

Čímž se postupně optimalizuje jejich průběh. Syntetické postupy se uplatňují hlavně u centrálních paréz, u amputací, či při poruše správného stereotypu z nejrůznějších příčin.

Dále můžeme terapeutické prostředky rozdělit na:

1. Prostředky nespecifické

Do této skupiny patří kondiční cvičení, jejichž cílem může být celková aktivace, zlepšení či udržení fyzické kondice. Cvičení může být také zaměřeno na zlepšení koordinace, svalové síly, kloubní pohyblivosti apod.

2. Prostředky specifické

Specifické prostředky obvykle tvoří uzavřené systémy. Při některých se uplatňuje také reflexní ovlivnění pohybu v případech, kdy došlo k ochrnutí svalů. Souhrnně se tyto metody označují jako metody facilitační. Přičemž název vyjadřuje, že reflexním účinkem se u nich provádí facilitace, tzn. usnadnění pohybu, v ochrnutých svalech, ale zároveň i inhibice (útlum) svalů, v nichž je zvýšené napětí (srov. Jankovský, 2001, Votava, 2005).

2.3.1.2.1 Bobath koncept

Metodu začali rozpracovávat manželé Karel a Berta Bobathovi již od čtyřicátých let. Jejich metoda vychází z předpokladu, že mnohé pohybové potíže dětí s dětskou mozkovou obrnou jsou způsobeny vlivem patologických tonusových reflexů a hlubokých šijových reflexů, které dítě nemůže překonat pro poruchu centrálního nervového systému, ale není hrubšího morfologického rázu (Pfeifer, in Trojan, 2001, s. 149).

Základním principem metody je dosažení relaxace pomocí staticko-kinetických reflexů (polohových a pohybových), uvedením celého těla nebo jednotlivých částí (hlavy, trupu, končetin) do tzv. reflexně inhibičních poloh, které jsou zpravidla opačné než nesprávné polohy postiženého dítěte. Změna polohy umožňuje změnu nesprávných pohybových návyků a dítě se snáze učí správným pohybům (Sovák, 2000).

Metoda vyžaduje spolupráci rodičů, i když předpokládá jistou spolupráci ze strany dítěte. A právě rodičům poskytuje metoda manželů Bobathových nacvičení **techniky držení a zacházení s dítětem**. Terapeut učí rodiče, jak dítě držet v různých polohách, tak aby to bylo pro obě strany efektivní. Dále je učí, kde se dítěte dotýkat a kde naopak ponechat volnost pohybu.

Celá metodika respektuje ontogenetický vývoj dítěte a tudíž nikdy nenutí dítě do poloh, které ještě posturálně nezvládá. Je nutné, a pro běžný život dítěte nezbytné, naučit ho zvládat kontrolu hlavy, uchopování, otáčení okolo tělesné osy, reakce, které ovlivňují vztah jednotlivých částí těla k sobě navzájem a učít ho rovnovážné reakce a s nimi spojenou kontrolu těla (Pfeiffer, in Trojan, 2001).

Bobathova metoda se může aplikovat i při vyučování psaní, rozvoje pohybu, ale i při rozvíjení řeči těchto dětí (Vašek, 1995).

2.3.1.2 Vojtova metoda reflexní lokomoce

Metoda je určena především dětem s dětskou mozkovou obrnou, ale dá se využít i u některých ortopedických vad.

Základ metody tvoří dva pohybové prvky, kterými jsou **reflexní plazení a reflexní otáčení**. Plazení aktivujeme v poloze na břicho a otáčení aktivujeme v poloze na zádech a na boku. Otáčení z břicha na záda a zpět je součástí normálního pohybového vývoje, zatímco reflexní plazení je arteficiální pohybový výcvik založený na reflexních podnětech z tzv. spoušťových zón (Pfeiffer, in Trojan, 2001).

Pro každý žádoucí pohyb Vojta určuje již zmíněné tzv. spoušťové zóny, např. Vojta využívá pro reflexní otáčení spoušťových zón tlakem na pokožku hrudníku ve střední části myšlené čáry proložené prsní bradavkou a jdoucí v podélné ose (Pfeiffer, in Trojan, 2001, s. 146). Čím je postižení závažnější, tím více je nutné facilitovat spoušťové zóny, popřípadě využít více spoušťových zón.

Stejně jako manželé Bobathovi i Vojta respektuje ontogenetický vývoj, pokud se dítě nezačne správně vzpřimovat, nedoporučuje se pasivně je posazovat nebo stavět. Ale podle již zmiňovaného J. Pfeiffera existují i výjimky. Když se vzpřimování nedaří ani při intenzivním cvičení a dítě je již v předškolním věku, pak se musíme o vzpřímení pokoušet i pomocí pasivních mechanismů, různých technických pomůcek.

Autor se dále zmiňuje o časté kritice této metody a to pro její drastičnost, ale zároveň tato tvrzení ihned vyvrací: „Tato výtka je nesprávná. Ve skutečnosti děti, které jsou více postižené a jsou i celkově inertní, potřebují i silnější podněty, aby se aktivovaly. Dítě musí být někdy stimulováno značným tlakem, aby se začalo projevovat. Děti lehčeji postižené nepotřebují většího nátlaku a pohyb se rozvíjí velmi dobře i při malém dráždění spoušťových zón.“

Aby metoda mohla být úspěšná, je nutná spolupráce rodičů dítěte. Rodič je postupně zacvičen a daná cvičení musí s dítětem provádět pravidelně čtyřikrát až pětkrát po dobu dvou až sedmi minut v jedné poloze (Dolínková, www.alfabet.cz). Součástí léčby jsou pravidelné terapeutické kontroly. Léčba je ukončena, jakmile dítě dosáhne koordinované chůze.

2.3.1.2.3 Kabatova metoda

Jde o speciální metodu pohybové terapie osob postižených mozkovou obrnou a jinými poruchami vývoje hybnosti (nervosvalového hybného systému), založená na využití reflexů (Sovák, 2000).

Hlavní složkou metody jsou pohyby tzv. diagonálním směrem se současnou rotací. Aktivní provedení pohybu se stimuluje protažením svalů, kladením odporu, tlakem na sval a zvláště iradiací. Podle Kabata nastává při usilovném pohybu v centrální nervové soustavě iradiace podráždění ze silnějších synergistů na slabší, čímž se slabší mají posilovat (Pfeiffer, 1976).

Pro pochopení popisu pohybu v metodě je důležitá představa diagonál obdélníka opsaného postavě člověka ve frontální rovině. Diagonály si představujeme jako přímky tvořící kříž přecházející při horní končetině přes ramenní kloub a při dolní končetině přes kyčelní kloub, který je celý pootočený o 45 stupňů.

V Kabatově metodě platí dohoda o označení I. a II. diagonály. Pohybový vzorec uskutečněný v diagonále má horní a dolní postavení. A každé z nich může být flekční nebo extenční (Gúth, 1995, s. 325).

Terapeut vede klienta při cvičení slovními pokyny, správným kontaktem a úchopem. Proto se při cvičení setkáváme se střídáním pasivního pohybu, pohybu s částečnou dopomocí, pohybu částečně s dopomocí a částečně proti odporu a výkonu celého pohybu proti odporu. Pasivní pohyb vykonává terapeut s klientovým tělem. Bez jeho aktivního přispění. Pohyb s částečnou dopomocí tvoří část, kterou vykoná klient vlastní silou a část, kterou vykoná s větší či menší dopomocí terapeuta. Polopasivní pohyb znamená pohyb vykonaný rovnoměrně v celém rozsahu částečně silou terapeuta, částečně silou klienta. A při poslední variantě provedení pohybu se klient snaží překonat vlastní silou odpor, který mu terapeut klade na různé části jeho těla.

Podle Pfeiffera (1976, s. 78) autoři metody nerozlišují mezi svalem oslabeným a mezi svalem s porušenou periferní inervací a mezi parézou či centrální plegií a

pokládají metodu za vhodnou pro všechny klinické obory a diagnózy, včetně dětské mozkové obrny.

2.3.1.2.4 Metoda sestry Kenny

Byla vypracována pro léčení poliomyelitidy (dětská obrna) od jejího akutního stádia až po stádium chronické a dosud se využívá při léčbě periferních paréz různé etiologie.

Řadí se mezi přístupy analytické, jde tedy o ovlivňování jednotlivých svalů podle stupně jejich postižení.

V metodě sestry Kenny se využívá ručního chvění částí těla, kde se nalézá cvičený sval, se současným sakadovaným zkracováním svalu, jemného doteku na kůži, tření šlach proti kosti a štipání do šlach (Pfeiffer, 1976). Metodu tvoří další složky, jako jsou horké zábaly, polohování a vytahování zkrácených tkání.

J. Pfeiffer (1976) upozorňuje na to, že použití metody sestry Kenny u již zmiňovaných poruch periferní nervové soustavy je omezeno a to z toho důvodu, že u nich dochází k poruchám cití na rozdíl od onemocnění dětskou obrnou. Proto je nutné, před použitím metody, ověřit si, zda klient stimulaci vnímá.

2.3.1.2.5 Tardieuova metoda

Metoda byla vytvořena pro děti od 3 let. Autor dělil postižení dětí na infirmité motrice cécébrale (IMC) a encephalopathie (EP) a proto k jejich léčení zaujímal rozdílný přístup. Podle Tardieuva jsou děti s IMC vzdělavatelné, aktivně začlenitelné do života, zatímco děti s EP mají kombinovanou vadu a mají natolik postižený intelekt, že by jejich intenzivní terapie byla neúčinná a děti by se spíše trápily (Pfeiffer, 2001). I přesto, že s názorem nemůžeme souhlasit, nemůžeme tuto metodu kvůli němu zavrhnout.

Prvním krokem metody je zjištění základní anamnézy a poté následuje podrobné psychologické vyšetření. Jestliže se zjistí, že intelekt je tak nízký, že na děje na integraci je minimální, pozornost se věnuje rodičům. Jde o psychoterapii rodiny a instruktáž, jak s dítětem zacházet. Rodině jsou poskytnuty potřebné technické pomůcky (Pfeiffer, 2001).

Autor této metody byl první, kdo zavedl do praxe tzv. faktorové hodnocení. Je stanoveno 26 faktorů, které jsou velmi pečlivě hodnoceny a podle zjištěných nedostatků se jim věnuje pozornost. Dítě se hodnotí v následujících faktorech:

1. Etiologie
2. Vyšetření inteligence
3. Vyšetření chování
4. Sociální faktor
5. Úroveň školního vzdělání
6. Funkční věk, stupeň soběstačnosti, stoj a chůze
7. Potíže při řeči
8. Sluch
9. Zraková ostrost a pohyby bulbů
10. Záchvaty a elektroencefalogram
11. Celkový zdravotní stav (především další přidružené choroby)
12. Předchozí léčení a léčebné zákroky
13. Bazální stav v úplném klidu
14. Kontrola motorických reakcí na podráždění
15. Vliv intelektuální zátěže na bazální motoriku
16. Pasivní hybnost (napínací reflexy a základní svalová elasticita)
17. Diagnostika a vyhodnocení svalového oslabení (parézy)
18. Dominance končetin
19. Posturální postavení horních končetin
20. Vyšetření hybnosti horních končetin
21. Vyšetření gnózie
22. Trofický stav horních končetin
23. Vyšetření ortopedické
24. Vyšetření vlivu vývojově starých reflexů na stoj a rovnováhu
25. Vzprámený stoj
26. Chůze

Po podrobné analýze všech těchto faktorů může být stanoven podrobný rehabilitační plán.

2.3.1.2.6 Petö terapie konduktivní edukace

Název konduktivní pochází z latinského *kon = s, spolu; ductus = vedení, cesta*.

Autorem ne moc známé terapie je A. Petö. Je to speciální výchovně-rehabilitační metoda pro pohybově postižené děti a dospělé. Kondukcí se v tomto systému rozumí přivádění postiženého jednotlivce k samostatné činnosti a to je zároveň cílem metody, dosažení co největší možné nezávislosti a soběstačnosti klienta. Celou terapii vede konduktor. V něm se spojuje cvičitel i vychovatel, čímž se zabezpečuje jednotu požadavků soustavné, plynulé celodenní péče, ve které jsou mnohostranné praktické činnosti začleněny do uceleného pedagogického procesu (Kollárová, in Vašek, 1995, s. 81).

Před zahájením samotné terapie je každý klient vyšetřen a poté zařazen do programu odpovídajícímu jeho věku a postižení.

Základem péče je pohybová výchova, ve které se využívá specifická soustava pohybových cvičení. M. Chmelová uvádí, že cvičení jsou prováděna na základě rytmicky zadaných povelů, což mohou být písničky nebo říkanky (Chmelová, www.alfabet.cz). Na pohybovou výchovu navazuje řečová výchova. Pohyby, které si postižený jedinec osvojuje cvičením, by měl používat při všech činnostech v průběhu dne (hygiena, sebeobsluha, učení, atd.) (Kollárová, in Vašek, 1995).

Podle M. Chmelové nejdůležitější během působení této metody je snaha nebrzdit dítě v jeho spontánním vývoji (i za cenu přeskočení některých vývojových stupňů) a využitím „patologie“ dosáhnout například vertikalizace a chůze i u klientů, kteří by jinou metodou tohoto nedosáhli (Chmelová, www.alfabet.cz).

Do této metody jsou vtaženi i rodiče dětí a jsou jim ukázány postupy, kterými pracují s dětmi doma.

2.3.1.3 Fyzikální terapie

Fyzikální léčbou rozumíme využívání některých druhů fyzikálních energií k léčebným účelům. V rehabilitačním programu se často používá k odstranění bolesti, zlepšení trofiky tkání a k různým druhům reflexního dráždění za účelem vyvolání reflexní odpovědi (Capko, 1998).

Je to léčba pasivní a měla by být využívána jen jako pomocný prostředek pro dosažení cílů léčebné rehabilitace.

Metodami fyzikální terapie jsou různé druhy masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, laserové záření, léčba teplem, balneoterapie (lázeňská léčba) a pro mou práci důležitá vodoléčba, o které se podrobněji zmiňuji v následující podkapitole.

2.3.1.3.1 Vodoléčba

Při užití této metody na organismus působí nejen energie tepelná, ale i pohybová, mechanická a také specifické chemické přísady.

J. Capko (1998) uvádí následující typy vodoléčebných procedur:

1. Lázeň 34-36°C – lázeň izotermická, má hygienický význam, trvá 20 až 30 minut. Používá u psychoneuróz, spastické obrně a hemiplegii, roztroušené skleróze, atd.
2. Sedací lázeň – provádí se ve speciální nízké vaně se širokým opěradlem, voda má 38 – 42°C, koupel trvá 10 až 20 minut a způsobuje prokrvení pánevních a břišních orgánů.
3. Střídavé nožní koupele (šlapací koupel) – jde o aktivní pohyb ve dvou vaničkách s různě teplou vodou. Procedura je zahájena v horké vodě a končí ve studené, opakuje se několikrát. Doporučuje se při migrénách, mobilizaci kotníků a kloubů nohy a při nedokonalém krevní oběhu.
4. Vířivá lázeň – je to částečná lázeň pro horní či dolní končetiny, nebo celkové vířivé koupele. Lázeň zvyšuje prokrvení končetin, místní metabolismus a aktivuje kožní receptory. Používá se při stavech po operacích či úrazech pohybového systému, svalové atrofii, periferní paréze a při trofických změnách končetin.
5. Subakvální masáže – používá u stavů po úrazech svalů a kloubů, svalové atrofii a při artrózách.
6. Perličková lázeň – bublinky plynu stoupají ode dna k povrchu a na kůži působí jemně masážně. Má sedativní účinek. Doporučuje se při nespavosti, nemocech pohybového aparátu a při neurologických nemocech.

2.3.1.4 Animoterapie

Jde o terapii prostřednictvím živých zvířat. Pod pojmem animoterapie si lze představit jakékoliv zvíře, které je konkrétnímu jedinci příjemné a dokáže s ním navázat

vizuální i taktilní kontakt. Takovýto styk se zvířetem dokáže snížit výskyt a rozsah depresí a probudit v dítěti zájem o okolí. Nejčastější formou animoterapie je canisterapie a hipoterapie.

Canisterapie je forma terapie, při níž dochází k působení psa na klienta. Může jít o pouhé psychoterapeutické působení, ale také o profesionálně vycvičeného psa, který poskytne osobě s tělesným postižením zvýšení mobility, nezávislosti a psychické pohody.

Podle J. Votavy (2005) dělíme profesionálně vycvičené psy do třech kategorií:

1. Vodící pes – využíván nevidomými jedinci.
2. Pes partner – poskytuje těžce postižené osobě nejen společnost, ale i velkou pomoc při sebeobsluze (přináší předměty, otevírá dveře, obsluhuje světelné vypínače a přivolává výtah, nakupuje, obléká, poskytuje pomoc při vstávání a usedání do vozičku, atd.).
3. Terapeutický pes – zvládá splnění základních povelů poslušnosti (přivolání, posazení), aportuje různé předměty, trpělivě snáší dotyky.

Hipoterapie je terapie prostřednictvím koně. V dnešní době se rehabilitace pomocí koně dělí podle německého modelu na:

1. Hipoterapii (hiporehabilitaci) – což je speciální forma léčebné rehabilitace, kterou doporučí odborný lékař a provádí ji fyzioterapeutka. Za přípravu a výběr koně je zodpovědný hipolog. Při pohybu koně dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je tak nucen přizpůsobovat se pohybové sinusoidě koňského hřbetu a to i při své naprosté pasivitě (Pipeková, 2001). Pomocí koňského hřbetu se dokáže u tělesně postiženého jedince navodit pocit vzpřímené chůze, jelikož se vyloučí z aktivní činnosti postižené dolní končetiny, ale zbylé části těla se uvolní k fyziologickým souhybům, které dotváří obraz normální chůze. Hipoterapie se doporučuje u osob s vrozenou malformací končetin, s anomáliemi páteře a hrudníku, po amputaci a u svalové atrofie a dystrofie.
2. Pedagogicko psychologické ježdění – u této formy se dbá především na ovlivňování fyziologického a psychického vývoje u dětí a mladistvích a formování rozvoje osobnosti. Takovéto ježdění pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický vliv. Tato forma je nejčastěji doporučována

pacientům s psychickými potížemi, u nichž chceme vytvářet interakci mezi pacientem, koněm a terapeutem.

3. Sport pro handicapované – u této formy je již klient tím, kdo ovládá a řídí koně. Klient se učí jezdit na koni s použitím speciálních pomůcek. Jsou pořádány různé závody, kterých se tito jedinci mohou účastnit.

2.3.1.5 Další specifické terapie

J. Jankovský (2001) uvádí, že do této kategorie lze zařadit jednak různé druhy terapie, tedy léčebné postupy ve smyslu léčebné rehabilitace, a na straně druhé sem patří i takové postupy, u nichž je patrný mezioborový přesah do dalších odborných disciplín (pedagogika, psychologie), ale také do oblasti umění.

Tentýž autor uvádí například arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii. Já bych do této kategorie chtěla zařadit Kraniosakrální terapii a Synergetickou reflexní terapii. Obě tyto terapie jsou opravdu specifické a do klasické léčebné tělesné výchovy bychom je jen těžko řadili.

2.3.1.5.1 Kraniosakrální terapie

Autorem této metody je americký chirurg J. Upledger, ale kraniosakrální systém byl objeven již v roce 1900 lékařem W. Sutherlandem. Tento systém tvoří lebka a křížová část páteře.

Jde o jemnou neinvazivní dotekovou manipulační techniku, která se řadí mezi alternativní terapie celostního ošetřování. Působí se na již zmiňovaný kraniosakrální systém, který má svůj vlastní rytmus a tvoří ho mozkomíšní mok omývající blány struktury, jež chrání a propojují mozek a míchu. Jemný pohyb lebečních kostí odpovídá rytmicky se měnícímu tlaku mozkomíšního moku, tato terapie pohyb zachytí a může ho ovlivnit a posílit.

Pokud některé onemocnění brání tomuto pohybu, nemůže se tekutina správně rozlévat a v důsledku toho není mozek dostatečně omýván a může být oslaben. Cílem kraniosakrální terapie je obnovení tohoto pohybu a umožnit tak sebeuzdravení.

Tato terapie je vhodná u neurologických onemocnění včetně epilepsie, při motorických, senzorických poruchách a také při psychických obtížích. Dále je vhodná i u zdravých lidí, kteří trpí únavou, stresem, napětím či psychosomatickými obtížemi.

Při této terapii používá terapeut především prostředníčky obou rukou, které pokládá klientovi na různá místa na hlavě i na těle, kde spočívá několik minut, „napojí se“ na kraniosakrální systém a „poslouchá“. Doba ošetření u dětí je 10 až 40 minut (Manová-Balážová, www.alfabet.cz).

Tuto terapii využívají fyzioterapeuti, psychologové, psychiatři, profesionální maséři, chiropraktici i osteopati.

2.3.1.5.2 Synergetická reflexní terapie

Jde o léčebný koncept vyvinutý ortopedem W. Pfaffenrotem. Tento koncept je určen pro specifikum sekundárních pohybových poruch u pacientů s primární poruchou CNS (Vodičková, in *Dítě se zdravotním postižením*, 1999).

Terapie slučuje několik vybraných a modifikovaných reflexních terapií obohacených o nové reflexní prvky Pfaffenrota. Terapie využívá myofasciální techniku na celém těle, mobilizaci kloubů a obratlů, akupresuru, masáž reflexních zón na hlavě, dlaních a chodidlech, korekci patologického držení končetin a páteře a také Arlenovu atlasovou terapii. Takováto kombinace jednotlivých reflexních terapií aplikovaných současně během jednoho ošetření přináší vzájemné ovlivnění účinků jednotlivých technik tzv. synergetický efekt. Proto tato terapie může působit komplexně na pohybový aparát a většinu tělních systémů, ale je to pouze léčba doplňková a pro rehabilitaci podpůrná, proto v žádném případě nemůže nahradit klasickou fyzioterapii.

Synergetická reflexní terapie se provádí v deseti až patnáctidenních blocích. Jedna lekce trvá 20-30 minut a jedinec je po celou dobu pasivní. Bloky je nutné opakovat 3 až 5krát do roka. Rodiče mohou požádat o zaškolení a vybrané elementy ze synergetické reflexní terapie aplikovat v mezidobí, čímž si usnadní manipulaci s dítětem a pomohou udržet dosažené výsledky předchozího bloku (Vodičková, in *Dítě se zdravotním postižením*, 1999).

2.3.2 Pedagogická rehabilitace

Spojení pedagogická rehabilitace není definováno ani zakotveno v žádném právním předpise. Ale dá se říci, že náplní této rehabilitace je pedagogické působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením, což je cílem speciální pedagogiky (Votava, 2005).

Cílovou skupinou pedagogické rehabilitace jsou jedinci, kteří v důsledku svého postižení nemohou být vzděláváni běžnými pedagogickými prostředky. Pedagogičtí pracovníci se snaží poskytnout těmto jedincům co nejvyšší stupeň vzdělání a podporovat jejich aktivní zapojení do společenského života. Dalším a neméně důležitým cílem pedagogické rehabilitace je rozvíjení co nejvyšší samostatnosti a nezávislosti jedince a připravit ho na další etapu jeho života – profesionální příprava.

Již zmiňovaný J. Votava upozorňuje na to, že je důležitá nejen složka vzdělávací, ale také složka výchovná. Pro dítě je důležité navazovat vztahy ve školním kolektivu, odnáší si z nich důležité osobní zkušenosti, které by v izolovanosti svého postižení jen těžko získával.

Náplní pedagogické rehabilitace je také zajištění organizace volného času a zájmové činnosti postižených osob. V rámci systému školství existuje celá řada školských zařízení zajišťujících mimoškolní výchovu formou zájmových kroužků.

Pro pedagogickou rehabilitaci je důležité, aby byla zahájena co nejdříve od zjištění její potřeby. V této souvislosti J. Votava píše: „U každého člověka existuje oblast, kterou lze rozvíjet.“ Na pedagogickém pracovníkovi je, aby tuto oblast našel a zvolil vhodnou metodu, kterou ji bude stimulovat.

Do pedagogické rehabilitace také patří raná péče, která se věnuje dětem od narození až do nástupu povinné školní docházky. Raná péče podporuje správný vývoj dítě po všech stránkách, poskytuje podporu rodině postiženého dítěte, připravuje dítě na školní docházku a poskytuje rodině nutné pomůcky.

Pedagogická rehabilitace zajišťující vzdělávání je organizována trojí formou:

1. Pedagogická rehabilitace realizovaná v rámci speciální školy.
2. Pedagogická rehabilitace realizovaná v rámci speciální nebo specializované třídy zřízené při školách běžného vzdělávacího proudu.
3. Pedagogická rehabilitace realizovaná v rámci individuálního vzdělávacího programu žáků individuálně integrovaných.

2.3.2.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, kdy se snažíme nabídnout jedincům s těžkým postižením možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární, základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí, že nabízíme podněty všude tam, kde se jedinec

s těžkým postižením vzhledem ke svému poškození není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj (Vítková, 2001, s. 4).

Koncepce bazální stimulace byla vyvinuta na základě potřeb dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami v 70. letech A. Fröhlichem. Základní myšlenku bazální stimulace tvoří požadavek celistvosti. Základní model vychází z toho, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Našimi metodami a přístupy se můžeme dotýkat jen celého člověka, vědomé rozlišování mezi tělesným a dušením působením je nepřipustné, neboť lidská bytost je nedělitelná (Frohlich, 1990, in Vítková, 2001).

Za základní princip bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti a vjemů.

Metoda vychází z toho, že jedinec s těžkým postižením se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Aktivita jedince s těžkým postižením je často omezena na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet žádné kontakty s okolím a naopak ani svět ho není schopen přiměřeně akceptovat (srov. Koucunová, www.zsahradka.cz, Vítková, 2001).

Bazální stimulace podporuje následující oblasti:

- **Somatické podněty** – pomocí těchto podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem a s vlastní představou. Primární tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem.
- **Vibrační podněty** – použití vibrace po ploše těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech, jenž zdravý jedinec získává běžně při stání, chůzi a uchovává si je v paměti. Tyto zkušenosti těžce postiženému jedinci chybí.
- **Vestibulární podněty** – zprostředkovávají informace o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Jsou v těsném spojení se zpracováním informací z vizuálních vjemů, a proto lze usuzovat, že přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus.
- **Chut' a čich** – v důsledku permanentního podávání výživy sondou nebo krmení kašovitou stravou dochází k omezení citlivosti celé ústní dutiny a zůstává nevyužita nejsensibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a tím i odpovídající část mozku. U dětí s těžkým postižením je třeba používat pokud

možno jednoznačných pachových a chuťových nabídek, které se výrazně liší od pachů všedního dne.

- **Sluchové a vizuální podněty** – slyšení a vidění jsou tzv. dálkovými smysly. Pro osoby s těžkým postižením jsou v oblasti vidění často zřetelné jen kontrastní obrazy či v oblasti slyšení výrazné zvuky a rytmy. Podněty musí být adekvátní dosaženému vývojovému stupni dítěte. Zrakové podněty jsou základem při vytváření hrových nabídek. Předmět bychom měli nabízet na kontrastním pozadí.
- **Komunikativní a sociálně-emocionální podněty** – možnosti vzájemné komunikace redukuje u obou partnerů postižení dítěte. Dítě má těžkosti zjistit a přijmout aktivitu dospělého a naopak dospělý má obtíže postřehnout a interpretovat redukované komunikační formy a aktivity dítěte (Fröhlich, 1990, in Vítková, 2001).

Tato metoda je podle Fröhliche určena jedincům velmi těžce postiženým, kteří svými vlastními možnostmi vývoje ve svém sociálním prostředí nepřekračují úroveň srovnatelnou s úrovní zdravého kojence ve věku 4 – 6 měsíců v oblasti komunikace, vnímání, funkce rukou, postavení těla pohybu (Fröhlich, 1979, in Vítková, 2001).

Tato metoda se využívá nejen v rámci péče speciálně pedagogické a psychologické, ale je využívána i v úseku zdravotnické péče.

2.3.3 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace není stejně jako pedagogická rehabilitace přesně vymezena. J. Votava (2005) uvádí její definici z připravovaného zákona o ucelené rehabilitaci: „Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba zdravotně postižená dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. J. Jankovský (2001) v tomto smyslu vzpomíná na M. Sováka, který užíval pojmy defekt a defektivita. Přidruží-li se podle Jankovského k defektu (orgánovému či funkčnímu) sociální dimenze, pak dochází k nežádoucí defektivitě (člověk je společnosti na obtíž a je na ní zcela závislý). A to je právě hlavním úkolem sociální rehabilitace, předejít nebo zabránit vzniku defektivitě.

Sociální rehabilitace se věnuje všem osobám se zdravotním postižením a to všech věkových kategorií. Její prostředky a metody se liší podle jednotlivých typů postižení.

Již zmiňovaný J. Votava uvádí pro sociální rehabilitaci důležitý pojem, kterým je sociální integrace. Jejím cílem je snaha o to, aby všechny osoby s postižením byly přijímány jako součást společnosti. Sociální integrace se také týká rodiny postiženého dítěte, protože i ta může trpět jistou izolovaností od společnosti.

Součástí sociální rehabilitace je také poradenství. Postižený člověk musí znát svá práva a nároky a způsob jejich uplatňování. Úkolem poradenství je také zprostředkování takových informací, které jsou v ten daný moment pro postiženého jedince důležité, např. informace o speciálních zařízeních apod. Sociální rehabilitace také může poskytovat službu osobní asistence.

Podle J. Jankovského (2001) je další součástí sociální rehabilitace vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Také sem patří přiznání invalidního důchodu a další finanční příspěvky.

Na sociální rehabilitaci se podílí sociální pracovníci, posudkový lékař, osobní asistenti a také pečovatelka (Votava, 2005).

Sociální rehabilitací se také zabývá řada občanských sdružení, nadací i charitativních organizací.

2.3.4 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci definuje zákon č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, jako soustavnou péči, poskytovanou občanům se změněnou pracovní schopností, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání (Posoldová, in Votava, 2005). Tento zákon také přesně vymezuje pojem „občan se změněnou pracovní schopností“.

Pracovní rehabilitací se také zabývá vyhláška č. 115/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která specifikuje způsob provádění a jednotlivé nástroje pracovní rehabilitace (Posoldová, in Votava, 2005).

V pracovní rehabilitaci je nutné rozlišovat pojmy kvalifikace a rekvalifikace. Kvalifikací rozumíme dosažení co nejvyššího vzdělání, tzn. střední nebo vysokoškolské. Ale také jí může být i vyučení na odborném učilišti. Na rozdíl od toho je rekvalifikace nejčastěji využívána těmi jedinci, kteří již měli vlastní kvalifikaci, ale následkem nemoci či úrazu nemohou dále tuto práci vykonávat a musí se rekvalifikovat na jiný druh práce.

Přes veškerou snahu různých organizací, zabývajících se podporou tělesně postižených osob, je stále nejčastějším řešením pracovní rehabilitace umístění postiženého jedince do chráněné dílny. Stále je ještě málo pracovních míst na otevřeném trhu práce (Votava, 2005).

Na pracovní rehabilitaci se podílejí pracovníci úřadu práce, zaměstnavatelé osob s postižením, posudkový lékař a také ergonomové, kteří se zabývají přizpůsobováním pracovního prostředí a pracovních nástrojů postiženému člověku (Votava, 2005).

3. INTERNET JAKO ZDROJ INFORMACÍ PRO RODIČE KOMBINOVANĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ

3.1 Význam informací

Každý mi nejspíš dá zapravdu, že informace jsou součástí našeho každodenního života. Denně se setkáváme s informacemi, které jsme původně ani slyšet nechtěli nebo čistě náhodou zaslechneme něco, co nás v tu chvíli zaujme, ale sami jsme se o to před tím nezajímali. Pokud bych takové informace měla společně pojmenovat, dala bych jim název **nevyžádané** nebo také **pasivní**, neudělali jsme nic proto, abychom tyto informace získali. Bohužel existuje řada případů, kdy mají nevyžádané informace neetický obsah a tím mohou způsobit mnoho nepříjemností a na postižené jedince a jejich rodiny působit negativně, ale také ovlivnit postoje veřejnosti k postiženým jedincům. Proto bychom se rozhodně nikde na veřejnosti neměli zmiňovat o záležitostech, týkajících se našich klientů či žáků. Nemusíme to myslet špatně, ale někdo jiný si to může jinak interpretovat a pak také použít.

Existují také informace, které se sami snažíme zjistit, máme na nich osobní zájem jsou pro nás důležité. Takové informace jsou zcela **aktivní**. Jsou to informace týkající se našeho zdraví, hobby, místa bydlení a samozřejmě našich blízkých. Pro tyto informace se snažíme udělat maximum, abychom je získali. Pro jejich získání zajdeme za odborníkem, půjčíme si knihu, sledujeme televizi, ptáme se přátel a nebo pro šíření informací tohoto druhu může být cenným médiem internet.

3.2 Internet – rodič dítěte s postižením

Mnoho autorů se již věnovalo tématu, co jsou rodiče schopni a ochotni pro své děti udělat a tím spíše, pokud jde o děti s postižením. Rodiče se snaží zajistit svému dítěti tu nejlepší péči, vyhledávat pro něho možná zařízení a odborníky, ale také se může stát, že rodič stále doufá, že se pro jeho dítě najde vhodný lék a dané „postižení“ půjde vyléčit. Proto rodiče postiženého dítěte vyžadují mnohem více informací než kdokoli z nás. Pro tyto rodiče je právě internet výborným zdrojem informací. Řada rodičů dítěte s postižením nemá možnost stýkat se s přáteli, péče o jejich dítě naplňuje převážnou část dne a oni jsou tak časově limitováni. Proto internet volí jako prostředek komunikace třeba s přáteli, ale hlavně jako zdroj informací. Jak už jsem zmínila, snaží

se vyhledat vhodná zařízení, odborníky, volnočasové aktivity pro své dítě a také vhodné a nové metody v péči o jejich dítě.

Jak jsem zjistila, existuje celá řada internetových stránek, které se zabývají problematikou dítěte s postižením. Tyto stránky provozují různá občanská sdružení, sdružení rodičů nebo jde o stránky zařízení, které péči o postižené děti poskytují a na těchto stránkách svoji práci prezentují. Na stránkách zřizovaných různými sdruženími rodičů se převážně setkáte s novinkami, zprávami ze sociální oblasti, odkazy na možná zařízení a samozřejmě i s informacemi o probíhajících akcích k danému postižení. Může jít o internetové stránky zabývající se pouze jedním typem postižení, ale existují i stránky, které se věnují všem druhům postižení a každý si tam najde, co zrovna potřebuje.

Osobně jsem si takové vyhledávání vyzkoušela, zadávala jsem jednotlivé terapie, které jsem použila v mém výzkumu, ale také jsem zadala „DMO“ a hned se mi nabídly desítky odkazů, stačilo si jen vybrat. Ale ne každá internetová stránka splňuje Vaše očekávání, špatně se na ni orientujete a získané informace Vás neuspokojují. Jelikož naším cílem je poskytnutí rodičům správné informace, nebo alespoň poradit jim, kde se dají tyto informace zjistit, měli bychom vědět, na jaké internetové stránky je odkazujeme. Po shlédnutí zhruba deseti internetových stránek, jsem určila kritéria, které by vhodná internetová stránka pro rodiče postižených dětí a jejich blízké měla splňovat.

3.3.1 Vymezení kritérií vhodných internetových stránek

Na žádné internetové stránce by nemělo chybět **představení organizace**, která danou stránku vlastní. Pro každého z nás je velmi důležité vědět, na koho se obracíme, kdo nás to vlastně zaujal. Proto by tam mělo být alespoň stručně uvedeno, o jaký typ organizace jde a co je jejich náplní a cílem práce.

Pro přehlednost stránky je výhodné, když obsahuje sloupek s položkou **menu**. Většinou každý ví, co na té které stránce hledá a toto menu může ušetřit čas s prohlížením celého obsahu. Často se také můžeme setkat s tím, že stránka nabízí políčko **klíčové slovo**, což je také výhodné, pokud nevíme, pod kterou oblastí zrovna hledat.

Pokud danou internetovou stránku chceme rodičům doporučit, je velmi vhodné, aby obsahovala i odkazy na **pomoc pečujícím lidem**. Řada rodičů nepřízná nebo si ani

neuvědomí, že je toho na ně někdy moc a bojují se smíšenými pocity. Takové odkazy a informace mohou předcházet spoustě komplikací.

Nepostradatelnou částí internetové stránky by měla být možnost **diskuse**. Stránky nabízí diskuse k aktuálním problémům, připravovaným zákonům a opatřením, ale také se často setkáme s diskusí k poskytovaným informacím na stránce.

Pro rodiče je také důležitý přehled chystaných akcí, které by s jejich dítětem mohli využít. Stránka může inzerovat akce celorepublikové nebo se zaměřuje na konkrétní region, ale to už vyplývá z jejího celkového zaměření.

Pokud je stránka specializovaná např. na jednu diagnózu a my na ni chceme rodiče odkázat, měli bychom zvážit, jestli pro ně bude srozumitelná. Řada stránek nám může připadat velice zajímavá, ale pro rodiče přesto nemusí být vhodná. Absolutně nejlépe jsou řešené ty internetové stránky, které mají část pro odborníky, část pro rodiče a část určenou přímo lidem s postižením.

Dnes již většina stránek nabízí možnost **přihlásit se**, tato možnost nabízí zaslání aktualit na své „konto“ a často je také podmínkou pro již zmiňovanou diskusi.

Tato kritéria jsou pouze orientační, ale přesto stěžejní. Vždy musíme zodpovědně zvolit radu, kterou rodičům poskytneme a jinak je tomu s odkazem na informace, pokud jednou rodiče zklameme, jen těžko se na nás podruhé obrátí.

3.3.2 Nabídka internetových stránek s informacemi o terapiích

Na následujících řádcích uvedu několik internetových stránek, které jsou vhodné a tím myslím i srozumitelné nejen pro rodiče dětí s kombinovaným postižením, ale zároveň i pro lidi, kteří se o konkrétním postižení chtějí dozvědět co nejvíce. Tyto stránky splňují kritéria, která jsem uvedla v předcházející kapitole.

Mezi internetové stránky, které bychom mohli rodičům dětí s kombinovaným postižením doporučit, patří podle mého výběru následující:

1. www.alfabet.cz - informační servis pro rodiče dětí se zdravotním post.
2. www.cadbt.cz - asociace dětských Bobath terapeutů
3. www.dmoinfo.cz - sdružení pro komplexní péči při dětské mozk. obrně
4. www.dobromysl.cz - informační servis pro rodiče dětí se zdravot.post.
5. www.hipoterapie.euweb.cz - seznámení s prostředky animoterapie
6. www.rl-corpus.cz - školící a terapeutické centrum Vojtovy metody

4. PRŮZKUM POVĚDOMÍ RODIČŮ O MOŽNOSTECH TERAPIE

Již v úvodu jsem se zmínila, že cílovou skupinou mého průzkumu jsou rodiče dětí tělesně a kombinovaně postižených a že cílem průzkumu bylo zjistit, jaké terapie a stimulační metody jsou používány nejčastěji a naopak. Dále jsem zjišťovala, které terapie rodiče považují za nejefektivnější. Ale nejdůležitějším výstupem bylo získání informací o povědomí rodičů o již zmiňovaných metodách. Tento průzkum se uskutečnil na přelomu let 2005 a 2006 a to pouze na území hl.města Prahy.

4.1 Metodika sběru dat a jejich vyhodnocování

Pro provedení průzkumu byla vybrána dotazníková metoda. Dotazník se vztahoval k 13 různým stimulačním metodám (viz příloha č.1). Výběr metod byl poměrně náročný, protože dotazník nesměl být moc obsáhlý, aby rodiče příliš nezatížil a ti neztratili zájem o jeho vyplnění. Oslovení rodičů proběhlo dvěma způsoby. Část rodičů byla oslovena přímo a druhou skupinu oslovila zařízení, kterým jsem svůj dotazník zaslala a požádala je o pomoc. Těmito zařízeními jsou KONTAKT Bb (bez bariér) Praha a IC Zahrada sídlící na Praze 3.

Každá z terapií je v dotazníku stručně charakterizována pro případ, kdyby si rodiče nebyli zcela jisti jejím názvem.

Jelikož dotazník nebyl omezen na konkrétní typ postižení a nebyl udán minimální ani maximální věk dítěte, museli respondenti na začátku dotazníku doplnit věk a diagnózu jejich dítěte. Další otázky k jednotlivým stimulačním metodám byly již pouze zaškrťavající. U každé terapie byly použity převážně stejné možnosti odpovědí:

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli.
- Slyšeli jsme o ni, ale nevíme, kde se provádí.
- Tato metoda byla na našem dítěti vyzkoušena, ale nevyhovovala.
- Naše dítě tuto terapii využívá.

Ale každá terapie zároveň obsahovala možnost uvedení vedlejších okolností a kontraindikací. Např. u canisterapie byla uvedena možnost, že dítě má alergie na psí chlupy apod. U každé terapie byla ještě uvedena kolonka na její hodnocení. U většiny

z nich stačilo pouze zaškrtnout možnost, která hodnocení rodičů vystihovala, ale několik terapií mělo být hodnoceno vlastními slovy respondenta.

4.2 Vyhodnocení průzkumu

V období od 1. listopadu 2005 bylo osloveno 40 rodičů, z toho 10 rodičů prostřednictvím občanského sdružení KONTAKT bB a 10 rodičů prostřednictvím Integračního centra Zahrada. Všech 20 respondentů vyplněné dotazníky odevzdalo. Ze zbývajících 20 rodičů, které jsem oslovila sama (např. v době školní praxe, rodiče z blízkého okolí apod.), mi odevzdalo vyplněný dotazník 16 respondentů. Z toho vyplývá, že návratnost představuje 90 %. Přehled těchto údajů je uveden v tabulce č. 1 a v grafu č. 1. Všechny dotazníky byly vyplněny čitelně a tak, že je bylo možné do vyhodnocení průzkumu zařadit (viz příloha č. 2).

Z došlých 36 dotazníků byl pouze jeden doručen poštou, ostatní dotazníky byly vráceny prostřednictvím výše uvedených zařízení nebo mně osobně.

Ne každý respondent využil možnosti danou metodu zhodnotit, ale jelikož se to netýkalo stále stejné metody, není to pro tento výzkum nijak podstatné.

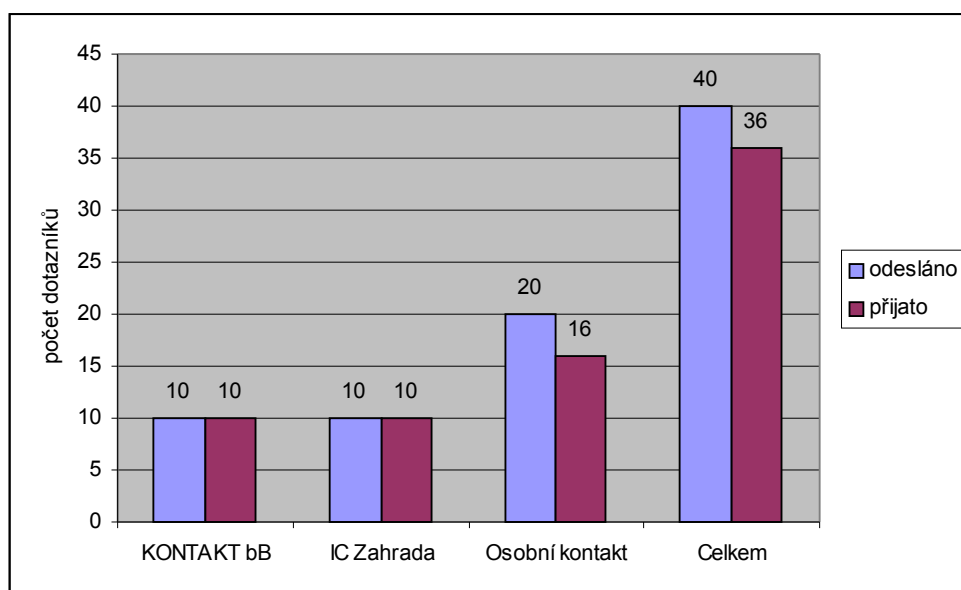
U každé stimulační metody jsem se ptala na zařízení, kde konkrétní terapii s dítětem respondenta provádějí, ale ani v tomto případě ne každý rodič dopsal zařízení.

K možnosti, že o dané terapii pouze slyšeli, jsem se ptala na to, odkud získali informace. Bohužel velmi často zůstala kolonka pro dopsání prázdná.

Tabulka č. 1 – Počet rozdaných a přijatých dotazníků

	ODESLÁNO	PŘIJATO	PŘIJATO (%)
KONTAKT Bb	10	10	100
IC ZAHRAHA	10	10	100
OSOBNÍ KONTAKT	20	16	80
CELKEM	40	36	90

Graf č. 1 – Počet odeslaných a přijatých dotazníků



Vyhodnocení věkové kategorie

Nejnižší věk dítěte dotázaných rodičů, který byl v dotazníku uveden byl 5 let. Naopak nejstaršímu dítěti bylo 23 let. V následující tabulce je uveden podrobný přehled o věkových kategoriích.

Tabulka č. 2 – Přehled věkových kategorií

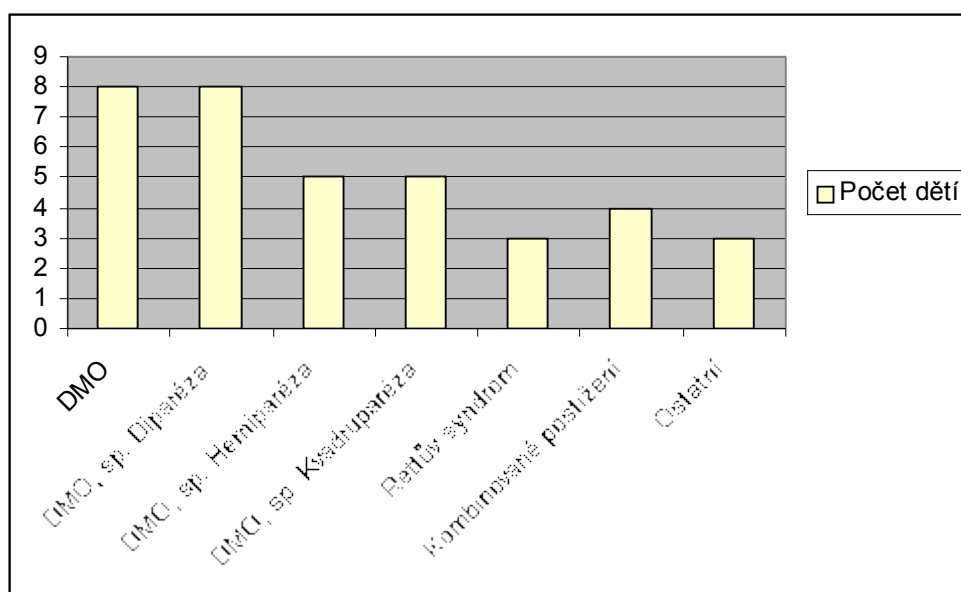
VĚK DÍTĚTE	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	20	23
POČET DĚTÍ	2	2	4	2	2	7	2	4	3	4	1	2	1

Vyhodnocení diagnóz dětí

Největší počet dotázaných rodičů uvedlo jako diagnózu svého dítěte dětskou mozkovou obrnu všech forem. Dětská mozková obrna byla uvedena u 26 přijatých dotazníků. U 8 z nich nebylo uvedeno, o jaký typ dětské mozkové obrny se jedná. Děti

s Rettovým syndromem byly 3 a kombinovaně postižené děti s dominancí autismu byly 4.

Graf č. 2 – Přehled uvedených diagnóz



Vyhodnocení terapie č. 1 – Bazální stimulace

Po zhodnocení všech dotazníků se ukázalo, že tato metoda nepatří mezi nejnámější. Ze všech 36 respondentů o ní slyšelo pouze 9 respondentů a 19 respondentů o ní neslyšelo vůbec. Zbývající byli rodiče, u jejichž dítěte tuto metodu používají pracovníci různých zařízení, což je u 7 dotázaných a pouze 1 rodič se s touto metodou setkal při hospitalizaci jeho dítěte.

Pro zajímavost jsem do dotazníku zanesla možnost, že touto metodou pracují i rodiče s dítětem doma. Kladně odpověděli pouze 2 respondenti ze 7 výše zmiňovaných.

K hodnocení této metody rodiče zaškrtovali možnost, že tato metoda měla kladný vliv na psychiku dítěte. Jako další hodnocení uváděli zvýšenou vnímavost dítěte a doporučují ji jako doplněk rehabilitace.

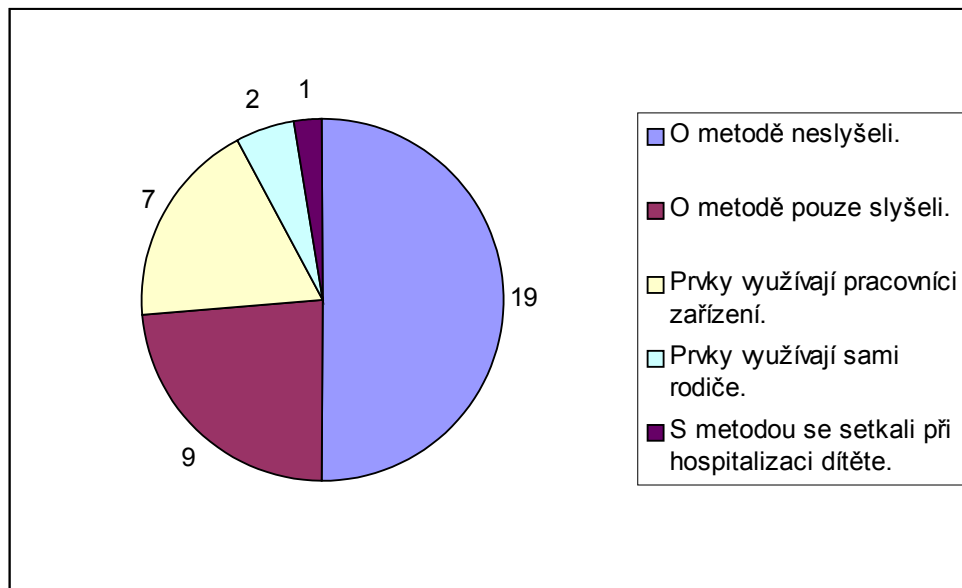
V kolonce, kam měli respondenti dopsat zařízení, provádějící tuto metodu s jejich dítětem, byla uvedena následující zařízení: IC Zahrada, lázně Klimkovice a Speciální škola pro děti s více vadami Starostrašnická. Jeden dotazník obsahoval odpověď, že při ergoterapii, ale nebylo uvedeno kde.

Rodiče, kteří o této metodě pouze slyšeli, nejčastěji uvedli, že informace získali od pracovníků rehabilitačních zařízení, z internetu a literatury.

Tabulka č. 3 – Přehled odpovědí rodičů k Bazální stimulaci

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O metodě neslyšeli.	19	50
O metodě pouze slyšeli.	9	24
Prvky využívají pracovníci zařízení.	7	18
Prvky využívají sami rodiče.	2	5
S metodou se setkali při hospitalizaci dítěte.	1	3

Graf č. 3 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Bazální stimulaci



Vyhodnocení terapie č. 2 – Bobath koncept

Počet rodičů, kteří o této metodě již slyšeli, byl téměř vyrovnaný s počtem těch rodičů, kteří tuto metodu neznají. U těchto dvou možných odpovědí byl vzájemný poměr 11:12, přičemž 11 byl počet těch rodičů, kteří o této metodě slyšeli. Možnost, že o této metodě vědí, ale nenašli vhodné zařízení, kde by ji prováděli, zaškrtnuli 4 rodiče. Rodičů, kteří mají s touto metodou jakoukoli zkušenost, bylo 6. Dále jsem u této metody v dotazníku uvedla možnost, že rodiče byli proškoleni, jak správně zacházet se svým dítětem při různých denních činnostech. Tuto možnost zvolili 3 rodiče.

Ze 6 rodičů, kteří mají s touto metodou již nějakou zkušenost, ji ohodnotili pouze 4, přičemž 2 rodiče již zaznamenali jistý pokrok a naopak 2 rodiče zatím nezaznamenali žádnou změnu.

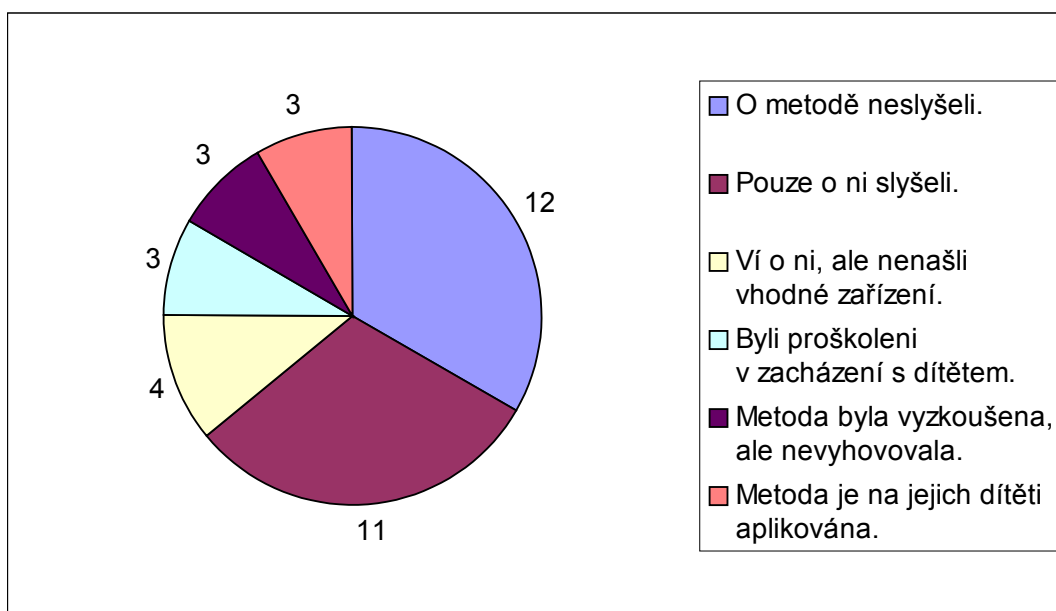
Mezi zařízení, kde s jejich dětmi touto metodou pracují, uvedli respondenti následující: FN Motol, IC Zahrada a lázně Klimkovice.

Jako nejčastější zdroj informací o této metodě, byla v dotaznících uvedena literatura, rehabilitační pracovníci v lázních.

Tabulka č. 4 – Přehled odpovědí rodičů k Bobath konceptu

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O metodě neslyšeli.	12	34
Pouze o ni slyšeli.	11	31
Ví o ni, ale nenašli vhodné zařízení.	4	11
Byli proškoleni v zacházení s dítětem.	3	8
Metoda byla vyzkoušena, ale nevyhovovala.	3	8
Metoda je na jejich dítěti aplikována.	3	8

Graf č. 4 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Bobath konceptu



Vyhodnocení terapie č. 3 – Canisterapie

O této terapii se v posledních letech mluví stále více, ale přesto jsem v jejím rozšíření a používání u nás byla značně skeptická. O to více jsem byla překvapena, že

dotázaných rodičů, kteří tuto metodu se svým dítětem využívají, bylo více než polovina. Pouze 3 respondenti o této terapii dosud neslyšeli. Ani jeden dotázaný rodič nezaškrtnl možnost, že by jejich dítě nemohlo canisterapii využívat z důvodu alergie na psí srst. Také ani jednou nebyla zaškrtnuta možnost, že by sami vlastnili asistenčně vycvičeného psa.

Tato terapie byla rodiči většinou hodnocena kladně, pouze 4 rodiče zatím nezaznamenali žádnou změnu. Nejčastěji byla tato metoda chválena za dosažení uvolnění svalů dítěte, psychické relaxace a získání lepšího vztahu ke zvířatům všeobecně. Nicméně 1 rodič zaškrtnl možnost, že canisterapii využívají ale, citují: „Myslím, že není vhodná, protože dcera teď sahá i na ulici na psy a já se bojím, že ji některý může napadnout.“.

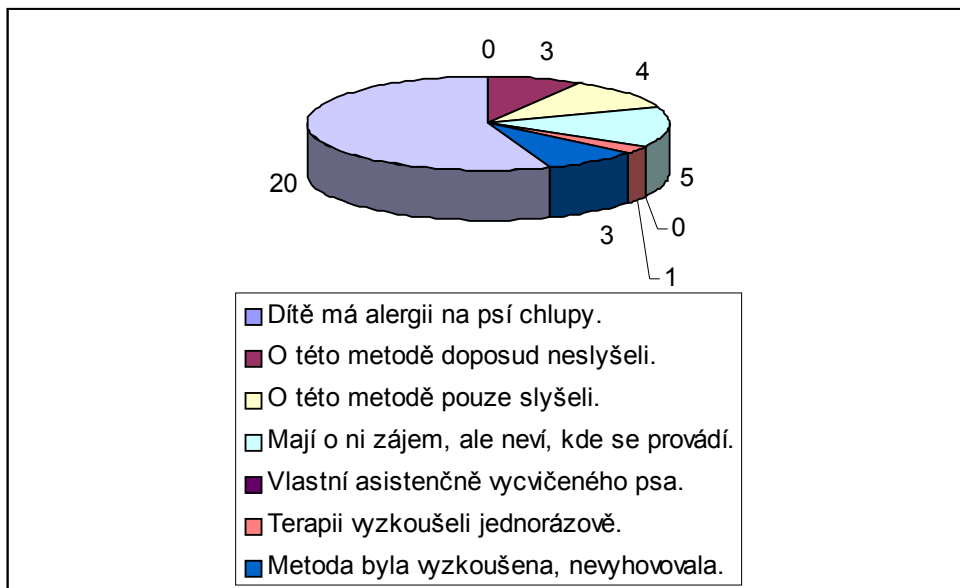
Mezi nejčastějšími uváděnými zařízeními, kam rodiče se svými dětmi na canisterapii dochází, byly: Piafa, IC Zahrada, Diakonie Stodůlky a lázně.

Nejčastěji respondenti získali informace o této metodě od jiných rodičů, z internetu a od rehabilitačních pracovníků.

Tabulka č. 5 – Přehled odpovědí rodičů ke Canisterapii

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
Dítě má alergie na psí chlupy.	0	0
O této metodě doposud neslyšeli.	3	8
O této metodě pouze slyšeli.	4	11
Mají o ni zájem, ale neví, kde se provádí.	5	14
Vlastní asistenčně vycvičeného psa.	0	0
Terapii vyzkoušeli jednorázově.	1	3
Metoda byla vyzkoušena, nevyhovovala.	3	8
Metoda je s jejich dítětem prováděna.	20	56

Graf č. 5 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí ke Canisterapii



Vyhodnocení terapie č. 4 – Ergoterapie

Další metodou, ke které se dotázaní respondenti měli vyjádřit, byla ergoterapie. Vyhodnocení odpovědí u této metody splnilo mé očekávání. Jak se ukázalo, tak z již zmiňovaných 36 dotázaných, ergoterapii využívá se svým dítětem 22 rodičů. Pouze 4 respondenti tuto terapii se svým dítětem přerušili a to hlavně z toho důvodu, že ji využívají pouze v lázních. 5 dotázaných o této metodě pouze slyšelo a dalších 5 o ní neslyšelo nikdy.

V části, kde měli respondenti ergoterapii hodnotit, zaškrtnuli všichni kromě 3 dotázaných, že výsledky jsou již patrné. Ti zbývající 3 dotázaní ještě výsledky nezaznamenali.

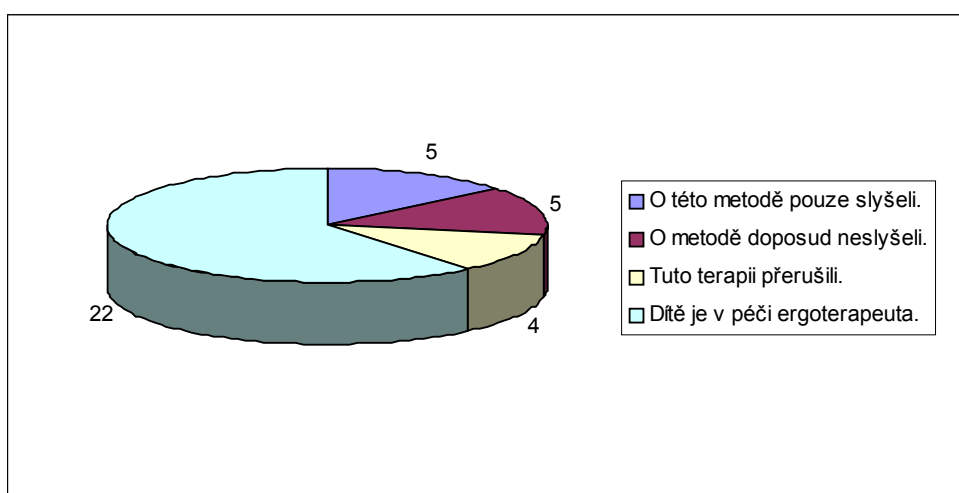
Nejčastějším zařízením, kde se touto metodou s dětmi pracuje, byl uváděn Jedličkův ústav a školy. Dále také Modrý klíč, FN Motol, MŠ Hurbanova, IC Zahrada, Rehabilitační klinika Albertov a samozřejmě řada různých lázní.

Rodiče získávali nejčastěji informace od rehabilitačních pracovníků a pracovníků škol.

Tabulka č. 6 – Přehled odpovědí k Ergoterapii

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této metodě pouze slyšeli.	5	14
O metodě doposud neslyšeli.	5	14
Tuto terapii přerušili.	4	11
Dítě je v péči ergoterapeuta.	22	61

Graf č. 6 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Ergoterapii



Vyhodnocení terapie č. 5 – Hipoterapie

Hipoterapie je všeobecně známější formou animoterapie než je canisterapie. Toto tvrzení se také potvrdilo po vyhodnocení již několikrát zmiňovaných dotazníků. Pouze 1 respondent o této terapii doposud neslyšel. Respondentů, kteří mají s hipoterapií zkušenost, je 32, což je z celkově 36 dotázaných respondentů poměrně velké množství. Ale z těchto 32 rodičů jich 14 uvedlo, že ji museli ukončit. U 7 dětí těchto rodičů, nastaly bolesti v kyčlích a u zbývajících 7 dětí nastaly jiné důvody – neudržení rovnováhy a strach, využívají pouze v lázních či na letních táborech. Takže pouze 18 rodičů dochází pravidelně se svými dětmi na hipoterapii.

Tito rodiče hodnotí hipoterapii velmi kladně. Uvádějí, že má velký vliv na zlepšení rovnováhy, držení těla, uvolnění a zaznamenali i psychický pokrok.

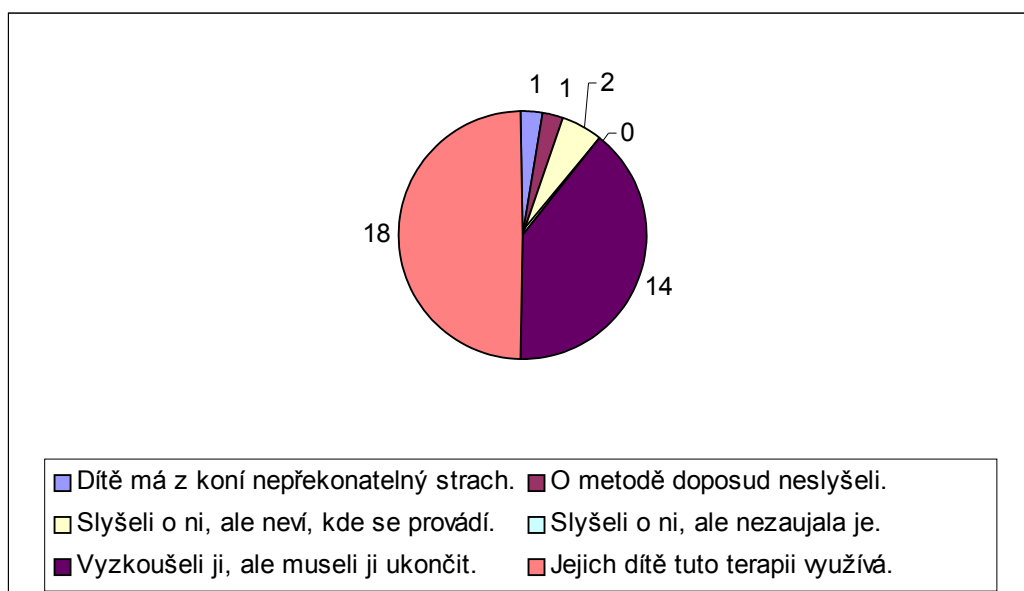
Zařízení, kde se jejich děti s hipoterapií setkávají, napsali rodiče následující: MŠ Hurbanova, Jedličkův ústav a školy, IC Zahrada, areál Psychiatrické léčebny Bohnice, Zmrzlík, Sokol Dolní Počernice, Srby, Klubíčko Beroun.

U této terapie nikdo neuvedl zdroj informací.

Tabulka č. 7 – Přehled odpovědí k Hipoterapii

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
Dítě má z koní nepřekonatelný strach.	1	3
O metodě doposud neslyšeli.	1	3
Slyšeli o ni, ale neví, kde se provádí.	2	6
Slyšeli o ni, ale nezaujala je.	0	0
Vyzkoušeli ji, ale museli ji ukončit.	14	39
Jejich dítě tuto terapii využívá.	18	49

Graf č. 7 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Hipoterapii



Vyhodnocení terapie č. 6 – Kabatova metoda

Na výsledek průzkumu jsem byla u této terapie opravdu zvědavá. Její autor je považován za klasika rehabilitačních metod, ale doba jeho metodě nepřeje. Můj předpoklad se po vyhodnocení výsledků šetření potvrdil. O této terapii nikdy neslyšelo 29 respondentů. Pouze 3 rodiče mají s touto metodou nějakou zkušenost a jeden rodič by měl o ni zájem, ale neví, kde se provádí.

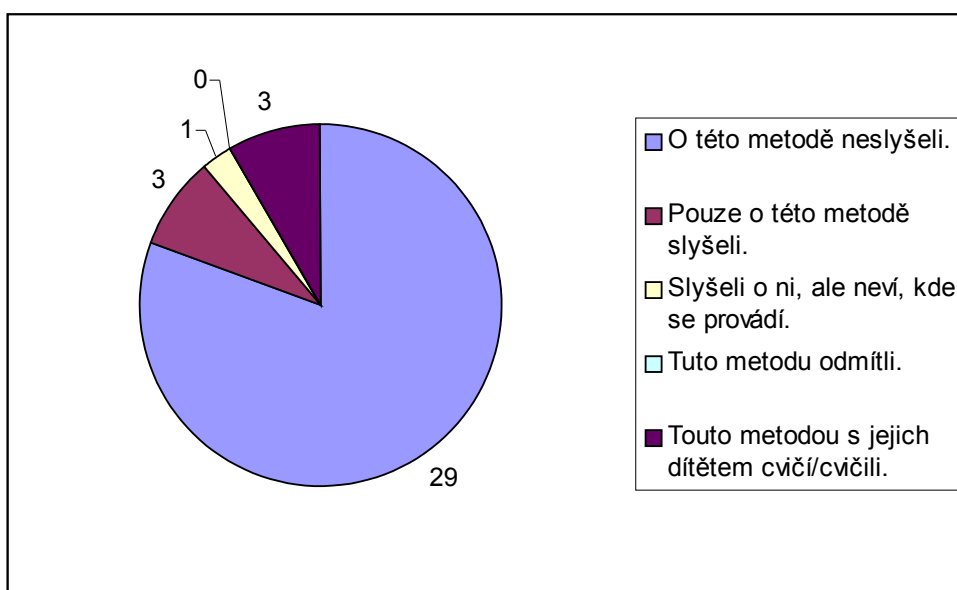
S touto metodou se rodiče setkali v lázních Klimkovice a v IC Zahrada. Pouze 1 rodič z těchto 3 ji hodnotí kladně a zbývající 2 bez efektu.

Ti rodiče, kteří o této metodě již slyšeli, získali informace v literatuře od rehabilitačních pracovníků v lázních.

Tabulka č. 7 – Přehled odpovědí ke Kabatově metodě

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této metodě neslyšeli.	29	81
Pouze o této metodě slyšeli.	3	8
Slyšeli o ni, ale neví, kde se provádí.	1	3
Tuto metodu odmítli.	0	0
Touto metodou s jejich dítětem cvičí/cvičili.	3	8

Graf č. 7 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí ke Kabatově metodě



Vyhodnocení terapie č. 7 – Kraniosakrální terapie

Tato terapie patří mezi modernější a je indikována pouze jako podpůrná. Také se dalo očekávat, že nebude patřit k těm nejnámějším terapiím. Ale právě proto jsem do dotazníku tuto stimulační metodu zahrnula. Byla bych ráda, kdyby tento výčet metod byl přínosný také pro rodiče a stal se impulsem, pro vyzkoušení nových stimulačních metoda.

Nejvíce respondentů odpovědělo, že terapii neznají. Jejich počet byl 21. Rodičů, kteří o Kraniosakrální terapii již slyšeli, bylo 8. Nikdo z dotázaných respondentů nezaškrtl možnost, že by tato terapie jejich dítěti nevyhovovala, a proto byla ukončena. Naopak 6 rodičů s ní již má zkušenost. Tito rodiče ji hodnotí jako dobrou, ale 4 z nich uvádějí, že u každého terapeuta mělo dítě jiné reakce.

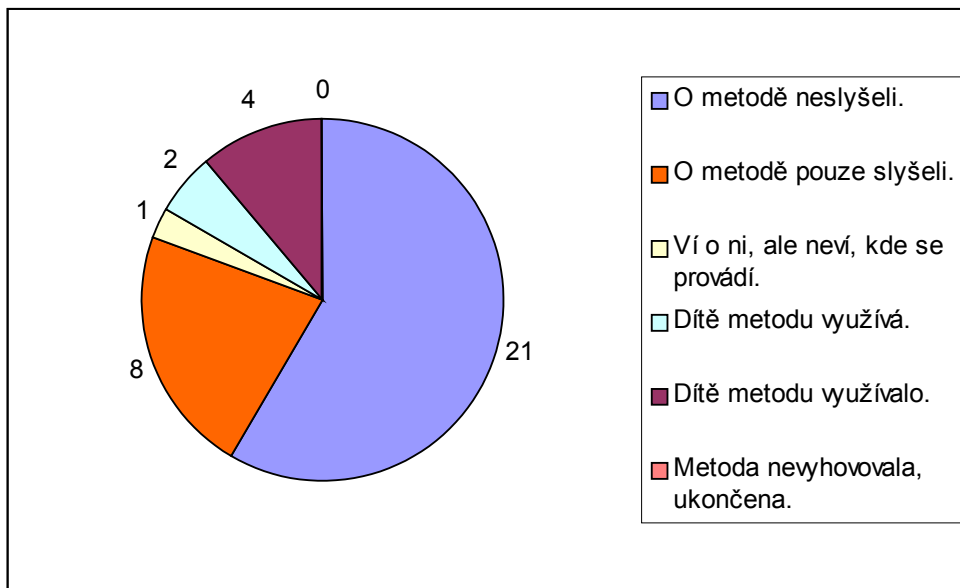
Mezi zařízeními, kde tuto terapii aplikují, byla uvedena následující: IC Zahrada, MŠ Hurbanova, Modrý klíč a pí. Renata Vodičková.

Rodiče nejčastěji získávali informace od jiných rodičů, v Modrém klíči, ve sdružení Rolnička a z internetu.

Tabulka č. 8 – Přehled odpovědí ke Kraniosakrální terapii

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O metodě neslyšeli.	21	58
O metodě pouze slyšeli.	8	22
Ví o ni, ale neví, kde se provádí.	1	3
Dítě metodu využívá.	2	6
Dítě metodu využívalo.	4	11
Metoda nevyhovovala, ukončena.	0	0

Graf č. 8 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí ke Kraniosakrální terapii



Vyhodnocení terapie č. 8 – metoda sestry Kenny

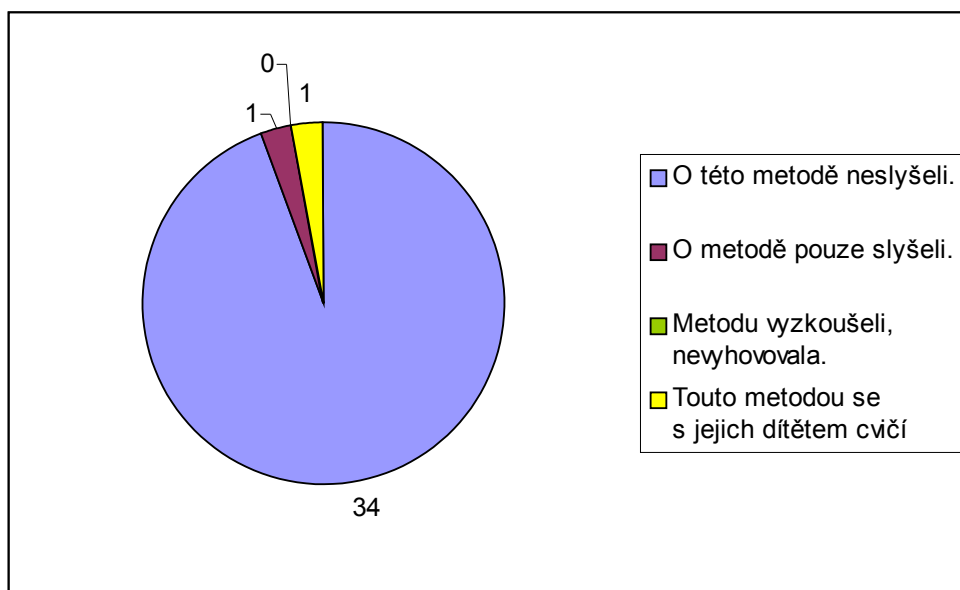
Tato terapie byla ze všech nejméně známá. Pouze 1 rodič o ní již slyšel a 1 rodič uvedl, že je s jeho dítětem prováděna a on byl zároveň poučen, jak má s dítětem doma cvičit. Zbývajících 34 dotázaných respondentů o této metodě dosud neslyšelo.

Bohužel ani ten 1 rodič nevěděl, kde touto metodou pracují a ani ji neohodnotil. Rodič, který o této metodě pouze slyšel, uvedl, že se o ní dozvěděl z literatury.

Tabulka č. 9 – Přehled odpovědí k metodě sestry Kenny

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této metodě neslyšeli.	34	94
O metodě pouze slyšeli.	1	3
Metodu vyzkoušeli, nevyhovovala.	0	0
Touto metodou se s jejich dítětem cvičí	1	3

Graf č. 9 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k metodě sestry Kenny



Vyhodnocení terapie č. 9 – Pető metoda konduktivní edukace

Také tato metoda je velmi málo známá a není u nás žádné zařízení, kde by byla prováděna. Pouze 1 rodič zaškrtl, že tuto terapii využívají a dopsal k tomu, že opakovaně za ní cestují do střediska v Budapešti. Zároveň také zaznamenali jistý pokrok u svého dítěte.

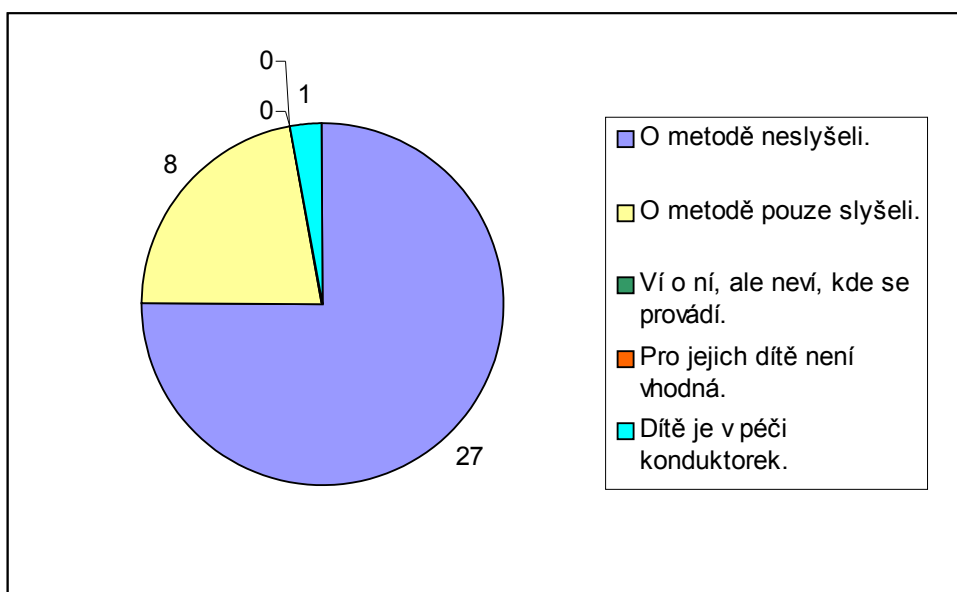
Rodičů, kteří o této metodě doposud neslyšeli, bylo 27. Zbývajících 8 respondentů zaškrtl, že o této metodě pouze slyšeli. Většinu informací získali právě od rodičů, kteří se svými dětmi do Budapeště jezdili. Také o této metodě slyšeli od pí R. Vodičkové a ve FN Motol.

Ostatní možné odpovědi zůstali nezaškrtnuté.

Tabulka č. 10 – Přehled odpovědí k Petöho metodě konduktivní edukace

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O metodě neslyšeli.	27	75
O metodě pouze slyšeli.	8	22
Ví o ní, ale neví, kde se provádí.	0	0
Pro jejich dítě není vhodná.	0	0
Dítě je v péči konduktorek.	1	3

Graf č. 10 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Petöho metodě konduktivní edukace



Vyhodnocení terapie č. 10 – Synergetická reflexní terapie

Pozice Synergetické reflexní terapie je obdobná jako u Kraniosakrální terapie, také jde o modernější terapii, která u nás teprve hledá své místo. Nicméně s ní má zkušenost

11 rodičů a dalších 6 o této metodě již slyšelo. 1 rodič zaškrtl možnost, že mu byla tato terapie nabídnuta, ale odmítl ji (důvod nevedl). Zbývajících 18 respondentů tuto terapii nezná.

Rodiče, kteří se s touto terapií setkali, ji hodnotí pozitivně. Podle nich je dobrá pro relaxaci a uvolnění svalů. Také u svých dětí zaznamenali lepší uvědomění si částí těla.

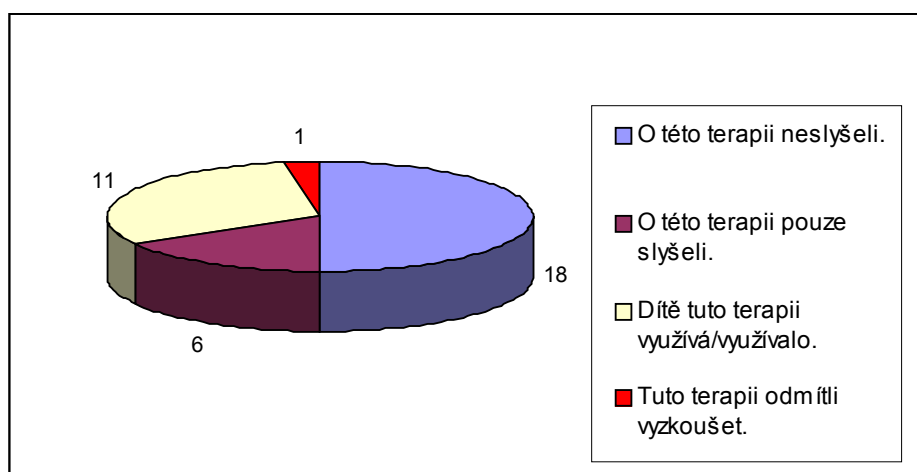
Nejčastěji byla uváděna následující zařízení: MŠ Hurbanova, kurz pro rodiče u pí. Renaty Vodičkové a sdružení Rolnička.

Informace získávali rodiče jiných rodičů, od pí. R. Vodičkové, v lázních a z literatury.

Tabulka č. 11 – Přehled odpovědí k Synergetické reflexní terapii

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této terapii neslyšeli.	18	49
O této terapii pouze slyšeli.	6	17
Dítě tuto terapii využívá/využívalo.	11	31
Tuto terapii odmítli vyzkoušet.	1	3

Graf č. 11 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Synergetické reflexní terapii



Vyhodnocení terapie č. 11 – Tardieuova metoda

Tato metoda dopadla v povědomí rodičů úplně nejhůře. Ani jeden rodič nezaškrtnl jinou možnost než tu, že o této metodě doposud neslyšel. Z tohoto důvodu uvádím pouze tabulku pro přehled možných odpovědí.

Tabulka č. 12 – Přehled možných odpovědí k Tardieu metodě

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ
O této metodě nikdy neslyšeli.	36
O této metodě pouze slyšeli.	0
Tuto metodu využívají.	0
Pouze podstoupili vstupní vyšetření.	0
Ví o ní, ale neví, kde se provádí.	0

Vyhodnocení terapie č. 12 – Vodoléčba

Vodoléčba se všemi jejími formami patří k základním rehabilitačním metodám, i když u žádného jedince s postižením není používána samostatně. Dalo by se říci, že funguje spíše jako doplněk rehabilitace.

Také se dalo očekávat, že tuto stimulační metodu bude znát vysoký počet dotázaných respondentů. Po vyhodnocení všech dotazníků se ukázalo, že ji využívá 24 rodičů se svými dětmi a dalších 9 rodičů ji vyzkoušelo v minulosti. Ani 1 respondent neuvedl, že by o vodoléčbě doposud neslyšel. 2 rodiče zaškrtnli možnost, že by o ni měli zájem, ale neví, kde se provádí. Celkově se tedy dá říci, že všech 36 dotázaných rodičů má o této metodě povědomí a to je opravdu výborný výsledek.

Rodiče, kteří vodoléčbu se svým dítětem vyzkoušeli v minulosti, uvádějí, že to bylo nejčastěji v lázních, a proto na ni dále nedocházejí.

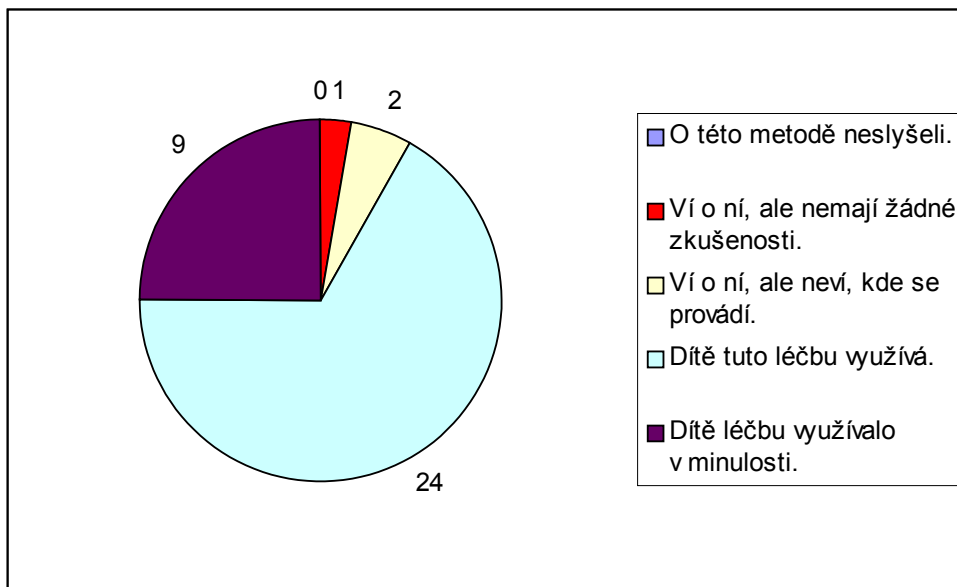
Všichni rodiče hodnotí tuto metodu velmi kladně. Chválí ji pro její účinky na uvolnění, prokrvení a řada z nich s ní má výborné zkušenosti pro operačních zákrocích na jejich dítěti, kde po operaci urychlila léčbu. Mezi hodnocením se také několikrát objevila poznámka, že sice výborná, ale značně náročná pro matku, která musí dítě svléknout a obléknout.

Mezi nejčastěji vyhledávanými zařízeními byly samozřejmě uvedeny lázně, dále Jedličkův ústav a školy, FN Motol, IC zahrada, plavání se sdružením KONTAKT bB na Strahově a řada rodičů vodoléčbu provádí sama doma (perličková koupel).

Tabulka č. 13 – Přehled uvedených odpovědí k Vodoléčbě

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této metodě neslyšeli.	0	0
Ví o ní, ale nemají žádné zkušenosti.	1	3
Ví o ní, ale neví, kde se provádí.	2	6
Dítě tuto léčbu využívá.	24	66
Dítě léčbu využívalo v minulosti.	9	25

Graf č. 12 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Vodoléčbě



Vyhodnocení terapie č. 13 – Vojtova metoda reflexní lokomoce

Dostáváme se k poslední terapii, která byla v mém dotazníku uvedena. Všeobecně je známo, že tato metoda je asi nejpoužívanější rehabilitační metodou u nás. Průzkum povědí rodičů o možných terapiích toto tvrzení jen potvrdil. Rodičů, kteří se svým dítětem na toto cvičení dochází, bylo celkem 27. Ale dalších 5 rodičů ji vyzkoušelo v minulosti. Pouze 2 respondenti o Vojtově metodě dosud neslyšeli a další 2 o ní právě jen slyšeli. Žádný rodič nevedl možnost, že by o ni měl zájem, ale neví, kde se provádí.

Ti rodiče, kteří tuto metodu se svým dítětem vyzkoušeli v minulosti, uvedli, že ji ukončili z časové a fyzické náročnosti, nebo ji využívali v raném věku dítěte a poslední důvod pro ukončení terapie, bylo zlepšení stavu dítěte.

Ostatní rodiče, kteří Vojtovu metodu stále ještě využívají, ji hodnotí jako skvělou a všichni již zaznamenali jistý pokrok. Jeden rodič uvedl, že je to boj s větrnými mlýny, protože se nikdy nesmí přestat.

Všem rodičům, kteří přišli s touto metodou do styku, bylo předvedeno, jak mají se svým dítětem doma cvičit.

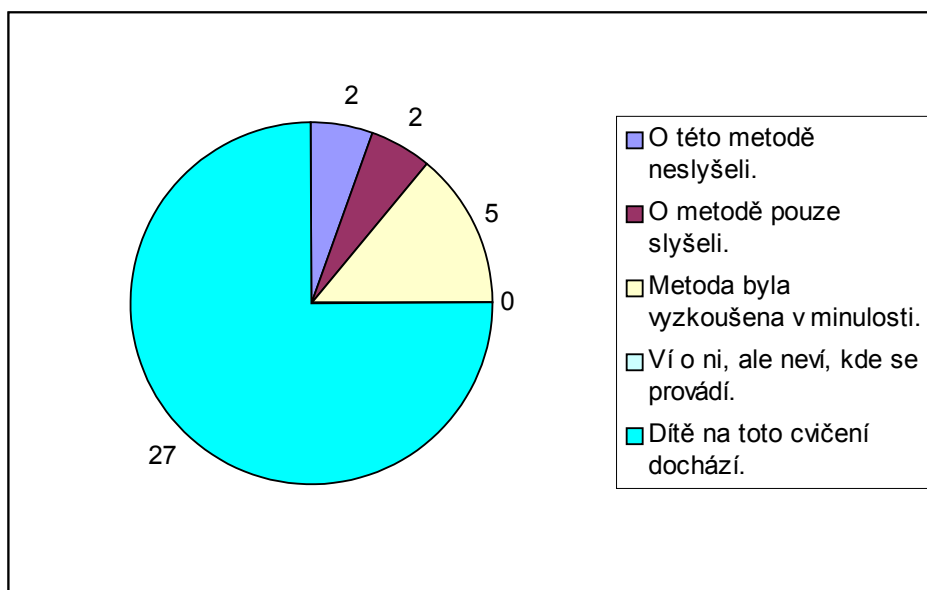
Nejčastějšími zařízeními, kde se rodiče s touto metodou setkávají, byla tato: RC Pod Marjánkou, MŠ Hurbanova, Modrý klíč, Jedličkův ústav a školy, poliklinika Budějovická, IC Zahrada a FN Motol.

Rodiče, kteří o této metodě pouze slyšeli, uvedli, že nejvíce informací získali na internetu a z televize.

Tabulka č. 14 – Přehled uvedených odpovědí k Vojtově metodě reflexní lokomoce

UVEDENÉ ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ (%)
O této metodě neslyšeli.	2	6
O metodě pouze slyšeli.	2	6
Metoda byla vyzkoušena v minulosti.	5	14
Ví o ni, ale neví, kde se provádí.	0	0
Dítě na toto cvičení dochází.	27	74

Graf č. 13 – Přehled o počtu zastoupených odpovědí k Vojtově metodě reflexní lokomoce



Celkové porovnání terapií podle četnosti jejich používání

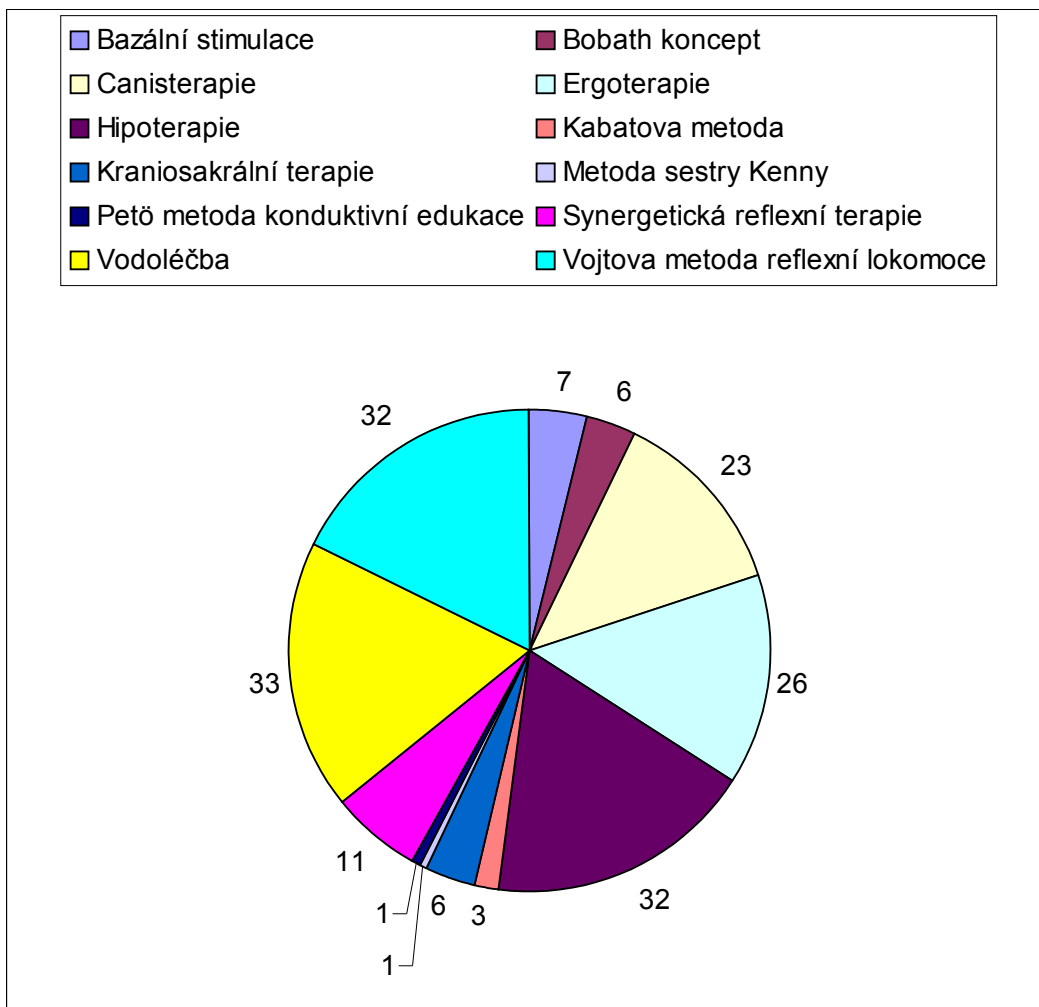
Porovnáním jednotlivých terapií podle četnosti používání získám odpověď na otázku, kterou jsem si položila v úvodu: „Který terapeutický koncept je používán nejčastěji?“. Do této kategorie jsem zahrнула i případy, kdy terapie byl používána v minulosti. Tardieuova metoda není využívána ani u 1 respondenta.

Tabulka č. 15 – Zhodnocení četnosti používání uvedených terapií

Název terapie	Počet odpovědí	Četnost použití (%)
Bazální stimulace	7	4
Bobath koncept	6	3
Canisterapie	23	13
Ergoterapie	26	14
Hipoterapie	32	17
Kabatova metoda	3	2

Kraniosakrální terapie	6	3
Metoda sestry Kenny	1	1
Petö metoda konduktivní edukace	1	1
Synergetická reflexní terapie	11	6
Vodoléčba	33	18
Vojtova metoda reflexní lokomoce	32	18

Graf č. 14 – Celkové porovnání četnosti používání uvedených terapií



Z grafu je patrné, že v praxi je nejčastěji využívána vodoléčba a po hned Vojtova metoda reflexní lokomoce spolu s hipoterapií, toto zjištění se dalo předpokládat, ale důležitou roli zde hraji hipoterapie, která je stále ještě podceňována a toto zjištění prokázalo, že v budoucnu se k této metodě bude muset přistupovat zcela odlišně.

Porovnání zájmu rodičů o jednotlivou terapii

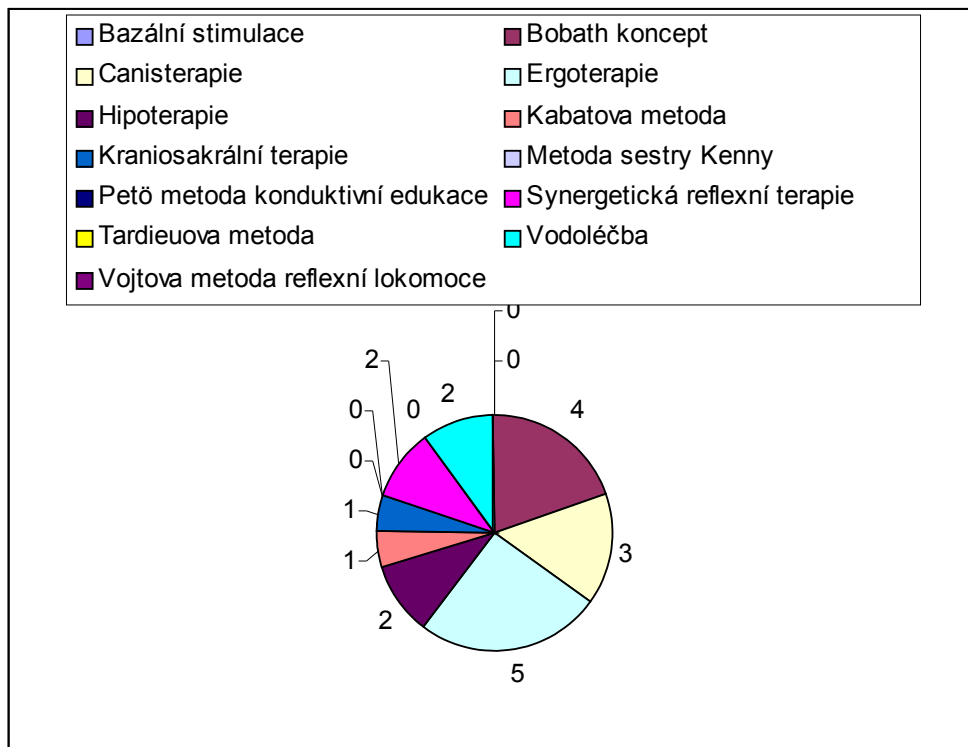
Vyhodnocením této oblasti dostanu odpověď na moji druhou otázku, kterou jsem v úvodu zmínila: „O kterou terapii mají rodiče největší zájem, ale v rehabilitaci jejich dítěte chybí?“.

Hodnocení vychází z odpovědí rodičů, že o terapii ví, mají zájem, ale neví, kde se provádí.

Tabulka č. 16 – Zhodnocení zájmu rodičů o jednotlivé terapie

Název terapie	Počet odpovědí	Výše povědomí (%)
Bazální stimulace	0	0
Bobath koncept	4	20
Canisterapie	3	15
Ergoterapie	5	25
Hipoterapie	2	10
Kabatova metoda	1	5
Kraniosakrální terapie	1	5
Metoda sestry Kenny	0	0
Petö metoda konduktivní edukace	0	0
Synergetická reflexní terapie	2	10
Tardieuova metoda	0	0
Vodoléčba	2	10
Vojtova metoda reflexní lokomoce	0	0

Graf č. 15 – Celkové porovnání zájmu o jednotlivé terapie



Z grafu nám vyplývá, že rodičům nejvíce chybí v péči o jejich dítě ergoterapie následovaná Bobath konceptem. Vyhodnocení této situace je pro celý průzkum dosti významné. Ukázalo se, že se rodiče sami zajímají o terapie a chtějí se svými dětmi vyzkoušet i jiné terapie, než které zvolil sám terapeut. S tímto faktem by se mělo v budoucnu dále pracovat.

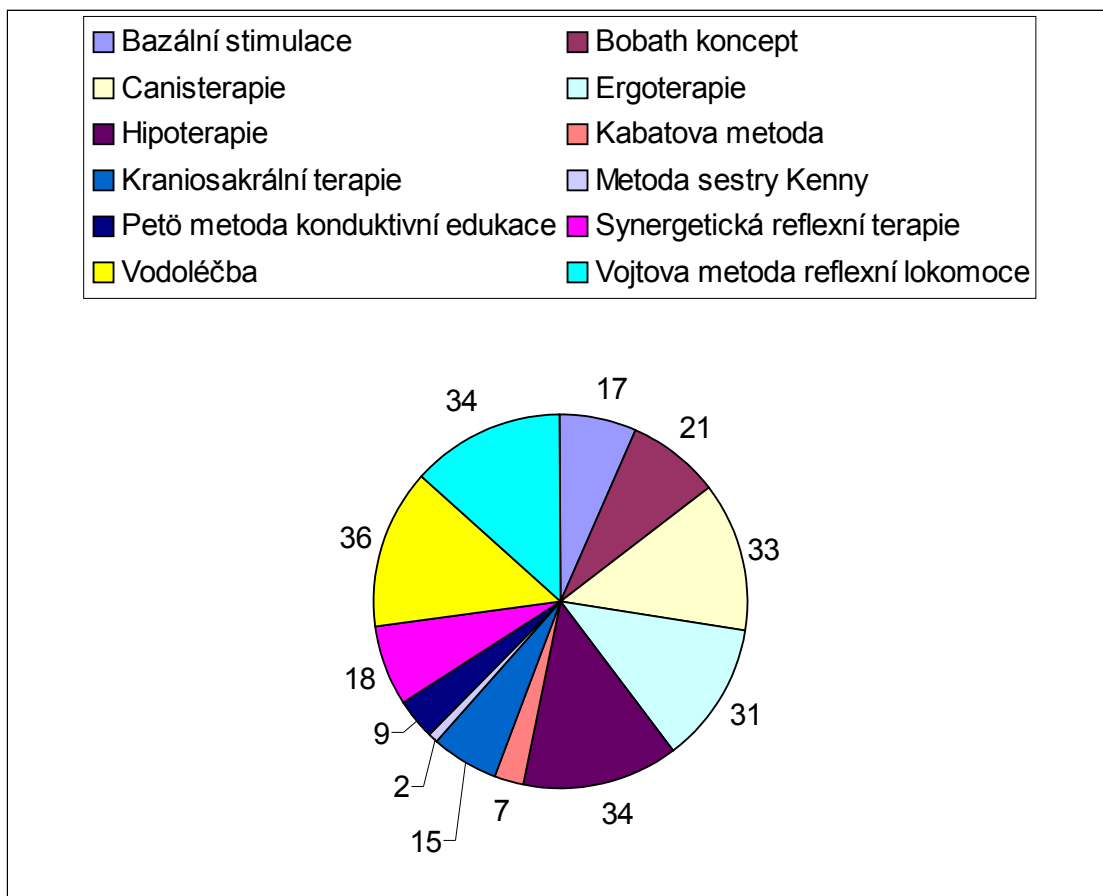
Celkové porovnání povědomí rodičů o jednotlivých stimulačních terapiích

Toto vyhodnocení bude sloužit pro celkový přehled. U každé terapie jsem sečetla všechny rodiče, kteří o dané metodě pouze slyšeli nebo s ní mají jakoukoli zkušenost. Všichni tito rodiče o ní mají *povědomí*.

Tabulka č. 17 – Zhodnocení povědomí rodičů o uvedených terapiích

Název terapie	Počet odpovědí	Výše povědomí (%)
Bazální stimulace	17	7
Bobath koncept	21	8
Canisterapie	33	13
Ergoterapie	31	12
Hipoterapie	34	13
Kabatova metoda	7	3
Kraniosakrální terapie	15	6
Metoda sestry Kenny	2	1
Petö metoda konduktivní edukace	9	4
Synergetická reflexní terapie	18	7
Vodoléčba	36	13
Vojtova metoda reflexní lokomoce	34	13

Graf č. 16 – Celkové porovnání povědomí rodičů o jednotlivých terapiích



Z předchozí tabulky i grafu je zřetelné, že v povědomí rodičů je nejvíce rozšířena vodoléčba následovaná Vojtovou metodou reflexní lokomoce, mezi nimiž je jen nepatrný rozdíl.

4.3 Závěrečné shrnutí získaných poznatků

Celé vyhodnocení průzkumu vypadá tak, že je uveden přehled výsledků jednotlivých terapií. K takovému postupu mě vedlo hned několik důvodů, ale ten nejpodstatnější byl takový, že pokud se někdo věnuje pouze jedné z uvedených terapií a bude si zjišťovat podklady k dané terapii, nemusí rozebírat mé shrnující tabulky a grafy a bude pouze vycházet přímo z vyhodnocení dané terapie.

Dalším cílem vyhodnocení bylo sestavení přehledu týkajícího se otázek, které jsem uvedla v úvodu. Celkové porovnání povědomí rodičovské veřejnosti o jednotlivých terapiích je důležité hlavně z toho důvodu, že s takovýcho zjištěních musíme při zlepšování informovanosti rodičů vycházet.

Metody, u kterých se dalo očekávat, že budou nejznámější a nejpoužívanější, v mém průzkumu opravdu nejznámější a nejpoužívanější byly. Mezi ně patří Vojtova metoda reflexní lokomoce, vodoléčba a ergoterapie. Naopak, jak jsem se již zmínila, jsem byla trochu skeptická v případě canisterapie a hipoterapie, ale o to více jsem byla potěšena zjištěným výsledkem. Ukázalo se, že tyto 2 terapie stojí téměř na stejné úrovni v povědomí rodičů, což je vynikající výsledek.

Malé nebo žádné úrovně v povědomí rodičů dosáhly Pető metoda konduktivní edukaci, metoda sestry Kenny a Tardieuova metoda. U Petőho metody jsme toto mohli očekávat, jelikož nejbližší oficiální centrum, kde tuto metoda provádějí, je v Budapešti. Stejně tak se dal předpokládat nízký počet respondentů u metody sestry Kenny, jelikož tato metoda byla původně sestavena pro léčení polyomyelitidy, která se v současné době již nevyskytuje a spíše jsou z této metody vybírány jen některé prvky. Pro hlubší rozbor by bylo dobré zjistit, proč nejhůře dopadla Tardieuova metoda, u níž ani jeden respondent nevedl, že by o ní alespoň slyšel. Ale i takový výsledek je nutné mít na paměti a snažit se tuto informační bariéru prolomit.

Jak jsem se již zmínila, velmi důležitým výsledkem průzkumu bylo zjištění, že řada rodičů se o možnosti terapie jejich dítěte zajímá a je ochotna vyzkoušet i jiné terapeutické koncepty, než které jim vybral sám terapeut. Proto by se této oblasti měla věnovat zvláštní péče a pracovat na tom, aby rodiče měli lepší přístup k informacím o jednotlivých stimulačních metodách včetně míst, kde je využívají.

Musím ještě jednou připomenout, že získané výsledky vypovídají jen o situaci na území hlavního města Prahy a to ještě jen částečně. Nejobektivnějších výsledků bych

dosáhla tehdy, kdyby se mi podařilo oslovit všechna zařízení v Praze a kdybych získala odpovědi od většího počtu respondentů. Také se domnívám, že v jiných regionech České republiky bych získala dost odlišné výsledky a to už jenom z toho důvodu, že v Praze jsou daleko větší možnosti pro péči o tělesně a kombinovaně postižené jedince, než je tomu třeba v některém malém městě. Proto by bylo velice zajímavé, kdyby se v budoucnu mohl podobný průzkum uskutečnit po celé České republice.

Výsledky mnou získané a výše uvedené mohou odstartovat řadu projektů na podporu šíření informací rodičům o možných stimulačních metodách a mohou se stát impulsem pro zlepšování celkového stavu péče o tělesně a kombinovaně postižené.

5. ZÁVĚR

Práce „Stimulace tělesně a kombinovaně postiženého jedince. Využití terapeutických konceptů.“ se zabývala stimulačními metodami, které jsou součástí ucelené rehabilitace.

Na začátku byla uvedena charakteristika tělesného a kombinovaného postižení, včetně nejznámějších druhů těchto postižení. Následně jsme se věnovali jednotlivým složkám ucelené rehabilitace a to včetně jejich terapeutických postupů. Byl vytvořen přehled jednotlivých stimulačních metod, které konkrétní oblast rehabilitace využívá.

Mezi terapeutické koncepty byly zařazeny metody všeobecně známé i metody méně rozšířené. Jejich výběr byl cílený, aby plně vyhovoval průzkumu, který byl také součástí této práce. Každá ze 13 stimulačních metod byla postupně charakterizována, byly uvedeny její principy a vhodnost použití.

Významnou část práce tvoří průzkum, který byl zaměřen na povědomí rodičů tělesně a kombinovaně postižených dětí o možnostech terapie. Je velice důležité, aby byli rodiče seznámeni s tím, co terapeut na jejich dítěti aplikuje a rodiče byli součástí ucelené rehabilitace. Je nutná kooperace nejen mezi odborníky, ale zároveň mezi odborníky a rodiči. Jejich interakce může být velikým přínosem pro obě dvě strany. Vzájemně si mohou sdělit důležité postřehy od dítěti, kterých si naopak ten druhý nemusel všimnout. I malá změna může ovlivnit následující pokroky.

Průzkum nám ukázal, jaké terapeutické metody jsou v současné době nejpoužívanější a také o jakých terapiích mají rodiče největší povědomí. Tyto informace byly uvedeny v celkovém přehledu získaných informací. Velice důležitým zjištěním bylo, že ne všechny terapie, o kterých rodiče ví, jsou součástí péče o jejich dítě, i když by si to rodiče přáli. Touto skutečností bychom se měli dále zabývat a získat více informací, které by nám ukázaly, proč tomu tak je.

Překvapením pro nás bylo, že ač je animoterapie mezi odborníky ale i veřejností stále podceňována a znevažována, mnoho rodičů právě animoterapii využívá a připadá jim pro jejich dítě vhodná. V četnosti jejího využívání se velmi těsně přibližuje k všeobecně známé vodoléčbě a Vojtově metodě reflexní lokomoce, přičemž větší zájem je o jednu z jejích forem a to o hipoterapii. Je skvělé, že se rodiče nenechají ovlivnit míněním většiny a tvoří si vlastní cestu. Snad se toto zjištění stane do budoucna impulsem pro změnu postojů nás nevěřících a skeptických.

S těmito informacemi bychom měli dále pracovat a podílet se nejen na zvyšování kvality péče o tělesně a kombinovaně postižené jedince, ale také na zlepšování přístupu rodičů k informacím. Mnoho rodičů nechce být pouhým pasivním článkem v péči o jejich dítě a nevědomost či neschopnost něco pro své dítě podniknout je ničící a získávají pocit neužitečnosti. Těmto situacím by se dalo a hlavně mělo předcházet. Stačí, když nebudeme rodiče vylučovat z rozhodování o volbě různých stimulačních metod. Není přece tak těžké, zeptat se rodiče, co si o dané metodě myslí a zda u svého dítěte zaznamenává nějaké změny po její aplikaci. Rodič tím získá pocit, že je také důležitý a možná si vyslovením svých domněnek a postřehů na hlas uvědomí řadu skutečností a možná ani na odborníka nebude nahlížet pouze jako na někoho, kdo jim stále jen radí a zasahuje do života. Je možné, že řada rodičů nakonec nechá rozhodování na samotném odborníkovi, ale tuto možnost bychom jim měli alespoň nabídnout.

Po provedení dotazníkového šetření jsem došla k závěru, že by mělo být zpřístupněno více informací rodičům. Mnoho rodičů ani neví, jaká metoda je na jejich dítěti využívána, což nemusí v žádném případě být vinou odborníků, ale právě odborníci by se měli snažit o jejich vtažení do celého systému péče. Někteří rodiče jen cítí ostych zeptat se, aby to nevypadalo, že jsou neznalí nebo prostě nevědí, jak odborníka oslovit. Proto bychom jim měli jít s informací „naproti“ a vcítit se nejen do pocitů dítěte, ale zároveň do pocitů rodičů.

Naopak řada rodičů po informacích pátrá, ale zase neví, kde je hledat a na koho se obrátit. Proto by nebylo špatným řešením, kdyby byl zřízen společný internetový server, který by byl všeobecně známý a to i mezi odborníky, kteří by ho rodičům mohli doporučit. Měl by obsahovat přehled všech dostupných stimulačních metod a to včetně informací, kam se mohou rodiče v případě zájmu obrátit. Zde by také mohli rodiče klást své dotazy, týkající se terapeutických konceptů. Možná že většině rodičů by vyhovovalo, že nejde o komunikaci mezi čtyřma očima a více by se ve svých dotazech otevřeli. Bylo by vhodné současně vytvořit brožury se stejným přehledem stimulačních metod, ke kterým by rodiče měli přístup např. u rehabilitačního pracovníka, ve školách či v centrech zájmových činností. Vytvoření brožury by mohlo být tématem nějaké další diplomové práce.

SEZNAM LITERATURY

- CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-341-3.
- CETTLOVÁ, M. *Dětská ergoterapie*. [online] <5.1.2006>. Dostupné na WWW:<http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=252&Id_CL=302&Action=4&StartPG=1&back_url=>.
- DOLÍNKOVÁ, I. *Vojtova metoda – základní charakteristika*. [online] <5.1.2006>. Dostupné na WWW:<http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=90&Id_CL=117&Action=4&StartPG=1&back_url=>.
- GÚTH, A a kol. *Vyšetřovací a léčebné metodiky pro fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 1995. ISBN 80-967383-0-5.
- CHMELOVÁ, M. *Pető metoda konduktivní edukace*. [online] <5.1.2006>. Dostupné na WWW:<http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=79&Id_CL=99&Action=4&StartPg=1&back_url=>.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KOUCUNOVÁ, M. *Bazální stimulace*. [online] <5.1.2006>. Dostupné na WWW:<<http://www.zsahradka.cz/bazalni.stimulace.html>>.
- MANOVÁ-BALÁŽOVÁ, Z. *Kraniosakrální terapie – základní informace*. [online] <5.1.2006>. Dostupné na WWW:<http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=81&Id_CL=102&Action=4&StartPg=1&back_url=>.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. 2 přepracované vydání. Praha: SPN, 1975.
- KUBÍNKOVÁ, D., KRÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.
- LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. přepracované vydání. Praha: Avicenum, 1985.
- PFEIFFER, J. a kol. *Facilitační metody v léčebné rehabilitaci*. Praha: Avicenum, 1976.
- PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. Praha: Avicenum, 1983.

- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2 přepracované vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-2470-031-X
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II*. Praha: IPPP ČR, 2001.
- VÍTKOVÁ, M. *Specifika edukace dětí s tělesným postižením v raném a předškolním věku*. In: Květoňová-Švecová, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.
- VODIČKOVÁ, R. *Synergetická reflexní terapie u mozkových pohybových poruch*. In: Kolektiv autorů *Dítě se zdravotním postižením*. Sborník informací, podnětů a zamyšlení. Praha: MŠMT, 1999.
- VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-004-X.
- VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0708-5.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-344-0532-6.
- SOVÁK, M. *Defektologický slovník*. 3 upravené vydání pod vedením Edelsberga, L. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogiga – terminologický a výkladový slovník*. 2. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. ISBN 80-08-00864-4.
- ZIKL, P. *Pojem kombinované postižení*. In *Speciální pedagogika* 2005/4. Praha: Univerzita Karlova, 2005.

PŘÍLOHA Č. 1

Vážení rodiče,

jsem studentka pátého ročníku Speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze a tento dotazník je součástí mé diplomové práce (Stimulace tělesně a kombinovaně postiženého jedince). Prostřednictvím tohoto dotazníku bych chtěla získat informace o používání a dostupnosti možných terapeutických metod, které lze při péči o Vaše dítě používat. Výsledkem mé práce bude přehled o tom, které stimulační techniky jsou používány nejčastěji a naopak, také zjistím, které metody se Vám, rodičům, zdají úspěšné nebo které se Vám zdají být zajímavé, ale v péči o Vaše dítě z jakéhokoli důvodu scházejí. Pokud můj dotazník obsahuje terapii, se kterou máte dlouhodobé zkušenosti a na tuto terapii Vaše dítě pravidelně dochází, popište, prosím, jak tuto metodu hodnotíte.

Předem Vám děkuji za Váš čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku a věřím, že moje diplomová práce pomůže při zvyšování kvality péče o Vaše dítě a další jedince, kteří tuto péči potřebují.

Tento dotazník je čistě anonymní a proto nikde nebudou uvedeny osobní údaje Vaše ani Vašeho dítěte. Pokud žádná z uvedených možností nevystihuje Vaši situaci, využijte, prosím, jakékoli volné místo v dotazníku, a vhodnou odpověď tam dopište.

V případě jakéhokoli dotazu mi můžete telefonovat na číslo: 731 101 319 nebo použít e-mail: mirka.maresova@seznam.cz

Miroslava Marešová
Nad Vinohradem 318/11
147 00 Praha 4 – Braník

DOTAZNÍK

Věk dítěte:

Diagnóza dítěte:

Bazální stimulace

Soubor technik, které vedou k podpoře vnímání jedince (vnímání hmatu, rovnováhy).

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli (odkud)
- Prvky této metody využívají pracovníci zařízení, kam naše dítě dochází (kde a jak to hodnotíte)
- Prvky této metody využíváme i doma. (Kdo Vás na to přivedl?)
- S touto metodou jsme se setkali, když bylo naše dítě hospitalizováno (dopíše kde)

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Zaznamenali jsme jistý pokrok v komunikaci (slovní i mimoslovní).
- Tato metoda měla kladný vliv na psychiku našeho dítěte.
- Nezaznamenali jsme žádnou změnu.
- Jiná možnost.....

Bobath koncept

Technika zaměřená na funkci, terapeut soustavně uvádí dítě do žádoucí polohy jemným postrkováním, chvěním, potřásáním trupu. Terapeut učí rodiče, jak správně s dítětem zacházet (svlékat, krmit).

- Pouze jsme o tom slyšeli (odkud).....
- Víme o ní, ale nenašli jsme vhodné zařízení, kde by ji uplatňovali.
- Nikdy jsme o této metodě neslyšeli.
- Bylo nám ukázáno, jak s našim dítětem zacházet (handling) (dopíše kde)
- Tato metoda byla na našem dítěti vyzkoušena, ale nevyhovovala (dopíše kde a proč).....
- Tato metoda je na našem dítěti aplikována (dopíše kam a jak dlouho tam už docházíte)

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Výsledky jsou již patrné.
- Zatím jsme nezaznamenali žádný pokrok.
- Jiná možnost.....

Canisterapie

Terapie při níž dochází k k působení psa na člověka.

- Naše dítě má alergii na psí chlupy /má ze psů nepřekonatelný strach.
- Nikdy jsme o této metodě neslyšeli.
- Slyšeli jsme o ni a měli bychom zájem, ale nevíme, kde se provádí.
- Vlastníme asistenčně vycvičeného psa.
- Tuto terapii jsme vyzkoušeli, ale nevyhovovala (kde a proč)
- Tuto metodu využíváme (dopíše kde a jak dlouho)

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Výsledky jsou již patrné.
- Zatím jsme nezaznamenali žádný pokrok.
- Jiná možnost.....

Ergoterapie

Léčba prací. Snaha o dosažení maximální úrovně fungování v aktivitách denního života i v aktivitách volného času.

- Pouze jsme o této terapii slyšeli, ale doposud nám nebyla nabídnuta (dopíše, kde jste o ní slyšeli).....
- Tuto terapii jsme přerušili (kam jste docházeli a proč jste přerušili)
- Naše dítě je již v péči ergoterapeuta (dopíše zařízení a jak dlouho už je tato metoda používána).....

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Výsledky jsou již patrné.
- Ještě nezaznamenáváme žádný pokrok.
- Jiná možnost.....

Hipoterapie

Terapie prostřednictvím koně.

- O terapii jsme měli zájem, ale naše dítě má z koní nepřekonatelný strach.
- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- Slyšeli jsme o ni, ale nevíme, kde se provádí.
- Slyšeli jsme o ni, ale nezaujala nás.
- Vyzkoušeli jsme ji, ale museli jsme ji ukončit (dopíšte kde a proč)
- Naše dítě tuto terapii využívá (kde a jak dlouho)
- Dopíšte, jak tuto metodu hodnotíte.....

Kabatova metoda

Její základ tvoří sestava cviků po tzv. diagonále, při kterých terapeut vede jedince slovem, dotykem, odporem a dopomocí.

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli (odkud).....
- O této metodě jsme slyšeli a zaujala nás, ale nevíme, kde se provádí.
- Byla nám nabídnuta, ale odmítli jsme. (Kdo Vám ji nabídl a proč jste odmítli?) ...
- Touto metodou s našim dítětem cvičí/cvičili. (dopíšte kde a jak už dlouho?)
- Jak tuto metodu hodnotíte?

Kraniosakrální terapie

Jemná doteková manipulační terapie, která stimuluje body od lebky po křížovou páteř.

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme už slyšeli (dopíšte odkud).....
- Naše dítě tuto metodu využívá (dopíšte kde, jak už dlouho a jak ji hodnotíte)
- Naše dítě ji využívalo (dopíšte kde a kdy naposledy a jak ji hodnotíte)
- Tato metoda našemu dítěti nevyhovovala – ukončili jsme ji (dopíšte proč)

Metoda sestry Kenny

Ovlivňuje jednotlivé svaly dle stupně jejich postižení. Stimulace probíhá chvějivým pohybem s následným pokusem o aktivní pohyb.

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli (odkud)
- Tuto metodu jsme vyzkoušeli, ale nevyhovovala (kde a proč)
- Touto metodou s našim dítětem cvičí (kde a jak dlouho)
- Jak tuto metodu hodnotíte?
- Bylo nám předvedeno, jak s našim dítětem máme doma cvičit.

Petö metoda konduktivní edukace

Speciální výchovně-rehabilitační metoda, která má za cíl dosáhnout co největší nezávislosti a soběstačnosti jedince. Cvičení se skládá z jednoduchých úkonů prováděných na základě rytmicky zadaných pokynů.

- O této metodě jsme doposud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli(odkud).....
- O tuto metodu máme zájem, ale nevíme, kde se provádí.
- O tuto metodu jsme se zajímali, ale pro naše dítě není vhodná.
- Naše dítě už je v péči konduktorek (kde a jak dlouho)
- ...

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Již zaznamenáváme jistý pokrok.
- Doposud nejsou patrné žádné změny.

Synergetická reflexní terapie

Podpůrná terapie, která nenahrazuje fyzioterapii. Využívá prvků několika technik (akupresura, reflexní masáže, chiroterapie).

- O této terapii jsme dosud neslyšeli.
- Pouze jsme o této terapii slyšeli(odkud).....
- ..
- Naše dítě tuto terapii absolvovalo/právě na ni dochází (dopíšte kde)

Popište krátce Váš názor na tuto terapii.

- Tato terapie nám byla nabídnuta, ale odmítli jsme. (Doplňte kým Vám byla nabídnuta a proč jste odmítli).....

Tardieuova metoda

Tato metoda využívá pedagogicko-psychologického přístupu a používá kompenzačních pomůcek. Hodnotí a posuzuje dítě ve 26 oblastech.

- Nikdy jsme o této metodě neslyšeli.
- Pouze jsme oni slyšeli (odkud).....
- Tuto metodu využíváme – je stanoven rehabilitační plán (kde a odkdy, zhodnoťte ji)

Napište, jak jste se o ni dozvěděli a jaké kompenzační pomůcky využíváte.

- Pouze jsme podstoupili vstupní vyšetření (kde a proč nepokračuje další péče)
- O této metodě jsme slyšeli a zaujala nás, ale nevíme, kde se provádí.

Vodoléčba (vířivá lázeň, perličková lázeň, podvodní masáže)

- Tuto terapii neznáme.
- O této terapii víme, ale nemáme s ní žádné zkušenosti.
- O tuto terapii bychom měli zájem, ale nevíme, kde se provádí.
- Naše dítě tuto léčbu využívá (kde a jak dlouho).....
- Naše dítě tuto léčbu využívalo v minulosti (kde).....

Jak tuto terapii hodnotíte?.....

Vojtova metoda reflexní lokomoce

Základ tvoří dva pohybové prvky – reflexní plazení a reflexní otáčení. Tlakem na spouštěcí body dochází ke svalové kontrakci.

- O této metodě jsme dosud neslyšeli.
- O této metodě jsme pouze slyšeli (odkud).....
- Tato metoda byla na našem dítěti v minulosti vyzkoušena (kde a proč byla ukončena).....
- O této metodě jsme slyšeli a zaujala nás, ale nevíme, kde se provádí.
- Naše dítě na toto cvičení dochází (kam a jak dlouho).....

Zaškrtněte, jak tuto metodu hodnotíte.

- Již jsou patrné výsledky.
- Doposud jsme nezaznamenali žádný pokrok.
- Jiná možnost.....
- Bylo nám předvedeno, jak doma s našim dítětem cvičit.