

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Možnosti využití terapií u dětí s kombinovanými vadami
v předškolním věku**

Diplomová práce

**Possibilities of using therapies for children with combined
disabilities during preschool age**

Diploma Thesis

Praha 2013

Vedoucí práce:

PhDr. Pavlína Šumníková, PhD.

Vypracovala:

Lucie Vorlová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Praze dne 2. 5. 2013

.....

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Pavlíně Šumníkové, PhD.

za odbornou pomoc, cenné rady a připomínky,

které mi poskytovala při psaní diplomové práce.

Zvláštní poděkování patří mému příteli Bc. Tomáši Hnátovi

za psychickou podporu, a také za velkou pomoc při zpracovávání dat.

V neposlední řadě děkuji pedagogům,

kteří svolili k vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá možnostmi využití terapií u předškolních dětí s kombinovanými vadami ve speciálních mateřských školách a běžných mateřských školách se speciálními třídami. Přináší přehled terapií, které se na školách vyskytují nejvíce. Na základě teoretických poznatků o jednotlivých terapiích mapuje, jak jsou začleněny do výchovně vzdělávacího procesu v mateřských školách. Analýza dotazníkového šetření poukazuje na nedostatky, které byly podkladem k vytvoření návrhu na zefektivnění terapií v těchto zařízeních.

KLÍČOVÁ SLOVA

mateřská škola, dítě, terapie, terapeut, kombinované vady, mentální retardace, dětská mozková obrna, autismus, epilepsie, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, Snoezelen, canisterapie, hipoterapie

ANNOTATION

The diploma thesis considers possibilities of using therapies for preschool children with multiple disabilities in special nursery schools and in common nurseries with special classes. Provides an overview of therapies which mostly occur in schools. Based on the theoretical knowledge about single therapies identifies, how are integrated into the educational process in kindergartens. The analysis of the questionnaire survey highlights the shortcomings, that were the basis for a proposal to streamline therapies in these facilities.

KEY WORDS

nursery school, child, therapy, therapist, multiple disabilities, mental retardation, infantile cerebral paralysis, autism, epilepsy, music therapy, art therapy, occupational therapy, Snoezelen, canistherapy, hippotherapy

OBSAH

ÚVOD	7
1 KOMBINOVANÉ VADY	9
1.1 Definice kombinovaných vad	9
1.2 Etiologie kombinovaných vad	10
1.3 Kategorizace kombinovaných vad	10
1.4 Nejčastější typy postižení	13
1.4.1 Mentální retardace	13
1.4.2 Dětská mozková obrna	16
1.4.3 Epilepsie	17
1.4.4 Autismus	18
2 TERAPIE	21
2.1 Vymezení pojmu terapie, terapeut	21
2.2 Druhy terapií	24
2.2.1 Muzikoterapie	24
2.2.2 Arteterapie	30
2.2.3 Ergoterapie	34
2.2.4 Snoezelen	42
2.2.5 Canisterapie	46
2.2.6 Hipoterapie	50
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	54
3.1 Cíle, výzkumné hypotetické teze, metoda výzkumu	54
3.2 Analýza výzkumu	57

3.3	Vyhodnocení výzkumu	81
3.4	Návrh na zefektivnění terapií v MŠ	85
4	ZÁVĚR.....	87
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
6	SEZNAM PŘÍLOH.....	96
	PŘÍLOHY	97

ÚVOD

Osoby s postižením musí během svého života čelit mnoha složitým situacím, překážkám či nelehkým úkolům vyplývajícím z jejich handicapu. Speciální pedagogika a pedagogové samotní si kladou za cíl pomoci takovýmto jedincům zvládat základní úkony, běžné situace a usnadnit tak jejich začlenění do společnosti (Müller, 2005).

Terapie přináší alternativní metody a další možnosti rozvoje pro děti s kombinovaným postižením. Ty mohou podpořit psychomotorický vývoj dítěte a usnadnit tak jeho adaptaci, socializaci a zlepšit kvalitu života jedince, ale i celé rodiny.

Důležité je včas rozpoznat odlišnost od přirozeného vývoje dítěte, správně diagnostikovat postižení a začít s dítětem pracovat již od raného věku (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dále má signifikantní vliv na další rozvoj jedince práce s dětmi již v mateřských školách. Nejen z tohoto důvodu, ale také z předešlé zkušenosti na pozici asistentky v mateřské škole (MŠ), jsem se rozhodla zpracovat diplomovou práci na téma „Možnosti využití terapií u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku“, ve které bych se chtěla zaměřit právě na předškolní zařízení.

Tato práce je zaměřena na děti s kombinovaným postižením. Zabývá se terapiemi obecně a možnostmi jejich uplatnění v mateřských školách. Diplomová práce je členěna do třech kapitol. První kapitola teoretické části se věnuje kombinovaným vadám, jejich definici, etiologii a kategorizaci. Dále jsou v kapitole popsány nejčastější typy postižení, mezi které byla zahrnuta mentální retardace, dětská mozková obrna, autismus a epilepsie.

Druhá kapitola se zabývá terapiemi. Jejím obsahem je vymezení pojmů terapie, terapeut a charakteristika jednotlivých terapií – muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, snoezelen, canisterapie a hipoterapie. U každé terapie jsou blíže popsány formy, druhy, cíle a metody daného typu terapie.

Třetí, praktická část se věnuje kvalitativnímu šetření – samotnému výzkumu, který byl realizován prostřednictvím dotazníku a jeho vyhodnocení. Dotazník jsem předkládala ve speciálních mateřských školách a mateřských školách (MŠ) se speciální

třídou/ se speciálními třídami v Královeshradeckém kraji.

1. KOMBINOVANÉ VADY

1.1 Definice kombinovaných vad

V současné odborné literatuře se můžeme setkat s různorodou terminologií pro pojem kombinované vady - např. těžké mentální postižení, vícenásobné postižení, kombinované postižení, kombinované poruchy, multihandicap aj. Problematikou kombinovaných vad se zabývá celá řada autorů a pedagogů, každý z nich nahlíží na vícenásobné postižení z jiného pohledu, a proto existuje mnoho výkladů a definic.

V minulosti profesor Sovák (1986) vycházel z teorie o primárním a sekundárním defektu, kdy se na jedince, u kterého se vyskytovaly dvě a více postižení, nahlíželo jako na člověka, u kterého se jeho vady sčítaly. Chyběl však komplexní pohled na danou problematiku. Tato teorie je již překonána.

Vítková (2004) považuje těžké postižení jako komplex omezení, který člověka limituje ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech, mající dopad na schopnosti emoční, kognitivní, tělesné, dále pak na sociální a komunikační.

Profesor Vašek (2003) charakterizuje vícenásobné postižení z hlediska poruchy informačního toku. V důsledku působení více limitujících faktorů se mohou objevit problémy v recepci informací, při jejich centrálním zpracování i v expresi. Vícenásobné postižení se může vyskytovat v různých variantách, proto každý jedinec potřebuje specifický individuální přístup.

Kombinované neboli sdružené vady skýtají celou řadu nedostatků v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí; od projevů průměrných, přes podprůměrné a mohou přecházet až k závažným potížím (Monatová, 1996).

„V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu.“ (Sovák, 2000, str. 158)

Definici vícenásobného postižení uvádí Věstník MŠMT ČR č. 8 z roku 1997, j. 25602/97-22: „Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení,

z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum případně pedagogicko-psychologická poradna, zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.“

1.2 Etiologie kombinovaných vad

Vymezení příčin kombinovaných vad v rámci této heterogenní skupiny není jednoduché. Časově je lze zahrnout do období prenatálního (doba před porodem), perinatálního (doba během porodu) i postnatálního (následně po porodu) života daného jedince, kdy dominanci mívá nejčastěji prenatální vývoj (Kolektiv autorů, 2006). Mezi nejzákladnější faktory ovlivňující člověka patří genetické vlivy, mutace chromozomů, vývojové poruchy, infekce jako je například chřipka, zarděnky nebo příušnice, intoxikace chemikáliemi, léky, drogami, alkoholem a jinými škodlivinami, poškození mozku a centrální nervové soustavy, metabolické poruchy a nutriční činitelé, mechanická poškození, traumata nebo fyzikální faktory či vlivy prostředí aj. (srov. Opatřilová, 2008; Ludíková, 2005; Jakobová, 2007; Vítková, 2004).

„Opomenuty by neměly zůstat i diagnózy, které predikují výskyt kombinované vady. Mezi ně patří DMO-dětská mozková obrna, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Frölichův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, CHARGE a řada dalších.“ (Ludíková, 2005, str. 11)

Etiologie postižení nemusí být ani v tomto moderním světě zjištělná a konkrétní.

1.3 Kategorizace kombinovaných vad

Obdobně jako při určování příčin či stanovování terminologie kombinovaných vad nastávají problémy i při vymezení jednotlivých kategorií – skupin osob s kombinovanými vadami, neboť je velice obtížné určit společné znaky pro rozdělení do jednotlivých kategorií.

Mnoho speciálních pedagogů preferuje kategorizaci podle druhu postižení. Často také vychází z mentálního postižení, ke kterému přidružují postižení další.

Např. Jesenský (2000, str. 15) člení kombinované vady podle dominantního postižení:

- Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení
- Mentální postižení s tělesným postižením
- Mentální postižení se sluchovým postižením
- Mentální postižení s chorobou
- Mentální postižení se zrakovým postižením
- Mentální postižení s obtížnou vychovatelností
- Smyslové a tělesné postižení
- Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou

Oproti tomu Vašek (2003) nabízí obecnější, zjednodušené shrnutí do tří sympatologicky příbuzných skupin, které v sobě zahrnují edukaci, etiologii a sympatologii a umožňuje tak přístup k řešení problematiky kombinovaného postižení mezi více obory. Členění do skupin:

1. Mentální postižení v kombinaci s dalším postižením
2. Slepohluchota
3. Poruchy chování v kombinaci s dalším postižením či narušením

Zařazení osoby do příslušné kategorie je důležité pro nastavení optimální pedagogické, psychologické, sociální, ale i rehabilitační péče. Na obtížnost zařazení poukazuje i Vančová (2001), která upozorňuje na nepřehledné množství proměnlivých symptomů u každého vícenásobně postiženého člověka. Tyto symptomy stěžují přesné zařazení do konkrétních kategorií, jelikož některé projevy a potřeby by spadaly do jedné

a naopak jiné do druhé kategorie. Dále uvádí, že symptomy nejsou pouhým součtem projevů jednotlivých postižení, ale u dané kombinace se znásobují a mění se s věkem, vývojem, speciálními intervencemi medicínskými, léčebně rehabilitačními, speciálně-pedagogickými, psychologickými, léčebně pedagogickými jakož i s komplexní rehabilitační péčí. Vítková (2006, str. 193) však uvádí, že z pohledu pedagogicko – terapeutického není žádoucí dítě mezně někam zařazovat, aby nevymizela jeho individualita. *„Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.“*

1.4 Nejčastější typy postižení

1.4.1 Mentální retardace

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny z nich projevují (ve větší či menší míře) společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace (Švarcová, 2011).

Dle Švarcové (2011) lze mezi mentálně retardované řadit takové jedince, u kterých dochází k neadekvátnímu vývoji rozumových schopností, k poruchám adaptačních schopností a dále k rozdílnému vývoji psychických vlastností. Adaptační schopnosti, mezi které se řadí každodenní požadavky, schopnost se samostatně rozhodovat a plnit nároky společnosti, jsou omezeny dle úrovně postižení. Konkrétně u předškolních dětí se jedná o snížení rozvoje v komunikaci a sebeobslužných dovednostech. Ve školním věku mají problémy se zvládnutím školních povinností.

Mentální postižení nebo také mentální retardace je způsobená organickým defektem mozku na bázi strukturálního poškození mozku či abnormálního vývoje centrální nervové soustavy. Tento stav je trvalý, neodstranitelný. U dětí vzhledem k jejich stálému vývoji nervové soustavy může dojít ke kompenzaci poškození, tedy tento proces nemusí být vždy nevratný. Mentální retardaci můžeme dle období, ve kterém k postižení dochází, rozdělit na oligofrenii a demenci. Oligofrenie vzniká v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním. V prenatalním období je příčina vzniku především infekce matky během těhotenství, úraz, špatná výživa nebo ovlivnění toxickými látkami; v období porodu nebo následně po něm nedostatkem kyslíku novorozence či dlouhý komplikovaný porod aj.; v postnatálním období může dojít u dítěte k infekci, úrazu, zánětu mozku... Naopak demence je chápána jako důsledek nevratného poškození mozku až během života, po druhém roku dítěte. Demence bývá zapříčiněna úrazem mozku, encephalitidou, meningitidou, infekcí či jinou nemocí, do jejíž doby byl vývoj tohoto orgánu normální (Švarcová, 2011).

„Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnost

abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování, komunikace a dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá také nazývána získaná mentální retardace.“ (Pipeková et al., 2010, str. 290)

Stupeň mentální retardace se určuje pomocí inteligenčního koeficientu, který stanovuje úroveň rozumových schopností. U osob mentálně postižených je inteligence snížena. V České republice se ke klasifikaci používá 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě roku 1992. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994.)

Mentální retardace má dominantní postavení při kombinaci vad a zpravidla bývá nejzávažnějším symptomem.

Nejrozšířenější formou mentální retardace dle Švarcové – Slabinové (2011) je Downův syndrom.

„Downův syndrom je vrozená choroba, při níž je v genetické výbavě o jeden 21. chromozom více (trizomie 21) v důsledku non-disjunkce chromozomů při meióze. Vzácně jde o translokaci 21. chromozomu na jiný chromozom či o mozaicismus.“ (Vokurka, 2005, str. 205)

Downův syndrom je jednou z nejzávažnějších geneticky způsobených chorob. Jedná se o vrozenou chromozomální vadu, která se vyznačuje jedním chromozomem navíc v každé buňce lidského těla. Downův syndrom nelze žádným způsobem vyléčit. Navíc ho provází celá řada doprovodných nemocí – epilepsie, leukémie, srdeční vady a vždy je přítomna mentální retardace; u některých jedinců středního, u jiných až těžkého stupně (srov. Selikowitz, 2005; Downův syndrom, 2009).

Osoby s downovým syndromem (DS) lze velmi dobře identifikovat. Kromě projevů mentální retardace rozpoznáváme typické výrazy tváře a jednotlivé charakteristické rysy ostatních částí těla. DS je doprovázen celou řadou odlišností, které se vyskytují zejména v obličeji, jsou patrné ve výšce a stavbě postavy, vnitřním uspořádání a atypickými odlišnostmi orgánů (Downův syndrom, 2009).

Růst dětí postižených DS je rovnoměrný, ale oproti zdravým jedincům značně pomalejší. V dospělosti dorůstají menších výšek – muži v průměru 147 – 162 cm, ženy dosahují 135 – 155 cm. Jejich pohybové schopnosti a dovednosti jsou velmi omezené. U jedinců s DS je poměrně dobře rozvinuta hrubá motorika, ale trpí poruchami jemné motoriky, což se projevuje zejména při práci rukou.

Typické nemoci a vnitřní vady:

- Mentální retardace – nižší hodnoty IQ u mužského pohlaví
- Řeč – vyvíjí se opožděně, je postižena vždy, výrazová chudost
- Porucha jemné motoriky – problémy při práci rukou, se sebeobsluhou
- Vrozené srdeční vady – defekt atrioventrikulární přepážky
- Sluchové postižení – způsobené záněty středního ucha
- Problémy se zrakem – 50 % dětí trpí krátkozrakostí, 20 % dalekozrakostí, většina šilhá, u některých jedinců se objevuje šedý zákal
- Infekce horních cest dýchacích – častá rýma, trvale ucpaný nos
- Snížená funkce štítné žlázy, anomálie v zažívacím traktu
- Hypotonie – snížený svalový tonus u dětí
- Epilepsie, leukémie, v dospělosti Alzheimerova nemoc

Jedinci s DS trpí tělesnými malformacemi a zpomaleným duševním vývojem. Ačkoli pro Downův syndrom neexistuje žádná léčebná metoda, tak lze v některých případech chorobu stabilizovat a pomocí nejrůznějších vyšetření od samotného narození dítěte včas rozpoznat a pokusit se vyléčit či alespoň snížit dopad doprovodných nemocí a zdravotních problémů.

1.4.2 Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna se řadí mezi závažná centrální postižení. Jakobová (2007) vysvětluje název pro dětskou mozkovou obrnu (dále jen DMO), který zavedl Ivan Lesný roku 1959. Označení **dětská** vymezuje období vzniku nemoci, pojem **mozková** vyjadřuje, kde příčina vznikla a termín **obrna** popisuje, že se onemocnění týká pohybového aparátu.

Velký lékařský slovník (2008) charakterizuje DMO jako následek neurologického poškození mozku během těhotenství, porodu a po něm. Jankovský (2007) uvádí, že u 20-30 % případů nemusí být etiologie určena.

Základním znakem postižení je omezení, porušení hybnosti. To se projevuje tělesnou neobratností, převážně v jemné motorice, nerovnoměrným vývojem, zvýšenou pohyblivostí a neklidem, problémy s jemnou motorikou. Typická pro DMO je i nedostatečná představitivost, nedokonalost vnímání, impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči (Vítková, 2006).

Mezi nejčastěji se vyskytující přidružené poruchy u dětské mozkové obrny patří mentální retardace. Pipeková (2010) uvádí, že snížený intelekt je přibližně u 66 % dětí trpících DMO. Podle Kotagala (in Jankovský, 2006) můžeme doplnit, že asi třetina dětí odpovídá střední a těžké mentální retardaci, další třetina lehké mentální retardaci a poslední část odpovídá variačnímu normálu. Nejtěžší mentální postižení doprovází hlavně kvadraparetickou a hypotonickou formu DMO.

Další sdruženou vadou, která neodmyslitelně patří k DMO, je epilepsie. Epileptické záchvaty se nacházejí u dětí v rozmezí od 15 % do 70 %. (Pipeková, 2010). Záchvaty mohou mít lehčí či těžší formu a zároveň mohou být různě dlouhé, vždy však dítě velice vyčerpají.

DMO bývá doprovázena také poruchou zraku. Častým jevem je strabismus (šilhavost) a nystagmus neboli rychlé mimovolné pohyby očí. Důležité je zrakové obtíže včas podchytit a korigovat je pomůckami, popřípadě vadu odstranit chirurgicky (Jankovský, 2006). V případě, že není vada včas odstraněna, může dojít k oslabení šilhajícího oka, což může vést až k tupozrakosti.

V kombinaci postižení může být i porucha sluchu a s tím spojená porucha řeči. S poruchou sluchu se nejvíce setkáváme u dyskinetické formy obrny (Bendová, in Ludvíková a kol., 2005).

1.4.3 Epilepsie

Epilepsie je chronické neurologické onemocnění, které se vyznačuje časově omezenými nekontrolovanými epileptickými záchvaty. Ty jsou způsobeny drážděním nervových vláken v mozku elektrickými výboji, které jsou prokazatelné na elektroencefalogramu (EEG) (Lüllmann, Mohr, Hein, 2012).

Klinicky se epilepsie projevuje poruchou vědomí, která může být kvantitativní i kvalitativní. U dětí se tato porucha projeví např. zahleděním, při kterém nevnímají okolí. Toto zahledění se nazývá absence. Dalším typickým znakem je abnormální motorická aktivita. Myoklonické záškuby mohou být různé intenzity a lokalizace. Za vegetativní příznaky jsou považovány změny reakce zornic, závrať, pocení, bolest hlavy, nevolnost či zvracení. Onemocnění ovlivňuje i psychiku. Jedinec může mít při záchvatu nejružnější psychické prožitky či audiovizuální halucinace. Příznaky u dětí jsou často doprovázené pláčem nebo smíchem (Lincová, Farghali, 2007).

Dle základní klasifikace se záchvaty dělí na parciální a generalizované. Parciální záchvaty neboli lokalizované mají svůj původ v ohraničené části mozku. Na rozdíl od záchvatu generalizovaného, kde epileptická aktivita zasahuje obě hemisféry mozku naráz. Velmi závažným typem epilepsie je tzv. status epilepticus. Tento záchvat trvá déle než pět minut nebo dochází k sérii opakovaných záchvatů, kdy nemocný nenabere úplné vědomí během 30 minut (Jankovský, 2006).

Podle článku Epilepsie u dětí MUDr. Živného (2007) se epileptické záchvaty mohou vyskytnout u lidí v kterémkoliv věku. Největší pravděpodobnost výskytu onemocnění však nastává do tří let věku a do dvaceti let jedince, v období puberty.

1.4.4 Autismus

Jak uvádí Švarcová (2011), je pojem autismus a jeho definice upřesňována až ve 20. století. Přesto konkrétní definice v naší literatuře neexistuje. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) dle Světové zdravotnické organizace (WHO) řadí autismus mezi pervazivní vývojové poruchy. Vývoj postiženého probíhá odlišně než u zdravých lidí a projevuje se ve všech oblastech života. Novotná, Kremlíčková (1997) ve své knize popisují autismus jako chorobnou zaměřenost k vlastní osobě s poruchou komunikovat s vnějším okolím a se stereotypně se opakujícími aktivitami a zájmy. Stejně charakterizuje autismus Opařilová (srov. in Pipeková, 2010; in Vítková, 2006), která ho konkretizuje v triádě příznaků dle britské psychiatričky Lorny Wing:

1. *Neschopnost vzájemné společenské interakce*, která brání postiženým se aklimatizovat v prostředí, v kterém žijí. Z toho to důvodu si tvoří svá pravidla, která jim pomáhají pochopit a vytvořit logiku, jež ve vnějším světě postrádají.
2. *Schopnost komunikace* je silně narušena. Dítě, které se naučí mluvit, není schopno s okolím konverzovat, ať už verbálně či nonverbálně. Mnohokrát opakuje slova nebo věty dokola. Často nemluví vůbec.
3. *Omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit*. Autista vykonává rutinní činnosti, které nemají funkčnost, nepřijímá změny. Mívá vztah k neobvyklým předmětům.

V odborné literatuře nenajdeme jednoznačnou odpověď na příčiny vzniku autismu.

Podle uznávaného diagnostického systému Světové zdravotnické organizace *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10* (české vydání *MKN-10*) lze pervazivní vývojové poruchy členit na:

- **Dětský autismus (Kannerův syndrom)**

Klasický typ pervazivní vývojové poruchy, který je definován abnormálním nebo narušeným vývojem dítěte, který je patrný již před věkem tří let

a zřetelnými symptomy ve všech oblastech triády.

Autismus bývá často doprovázen dalšími specifickými poruchami a nemocemi. Nejčastější neurologickou komorbiditou je epilepsie, která se vyskytuje asi u pětiny předškolních dětí. U dalších 20 % se epilepsie objeví v období puberty. Kannerův syndrom velice často doprovází mírná až těžká mentální retardace. 80 % lidí s klasickou formou autismu má IQ pod 70. Dále postižení řeči (nepochopení významu komunikace), sluchu, zraku (šilhání, zhoršené vidění) (srov. Hrdlička, Komárek, 2004; Gillberg, Peeters, 2008; Jelínková, 2008; MKN-10, 2013).

- **Atypický autismus**

Atypický autismus se odlišuje od dětského autismu buď věkem začátku (projeví se v pozdějším věku – po třetím roce) nebo tím, že postižený nesplňuje všechny tři okruhy diagnostických kritérií triády. Vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči (srov. Hrdlička, Komárek, 2004; Jelínková 2008; MKN-10, 2013).

- **Rettův syndrom**

Rettův syndrom byl dosud zjištěný pouze u dívek. Projevuje se nejčastěji mezi 7 a 24 měsícem života. Po krátkém období „normálního vývoje“ se objevuje výrazná regrese v obratnosti při chůzi, pozvolná ztráta řeči, úplná ztráta funkce rukou a zpomalení růstu hlavy. Poruchu provází těžká mentální retardace, němota, epilepsie a ataxie. Příčina syndromu je genetická – na distálním dlouhém raménku X chromozomu byl lokalizován gen odpovídající za vznik poruchy (srov. Hrdlička, Komárek, 2004; Jelínková 2008; MKN-10, 2013).

- **Jiná dětská dezintegrační porucha (Hellerův syndrom)**

Tato porucha je známá také pod názvy Hellerův syndrom, infantilní demence nebo dezintegrační psychóza. Po období zcela normálního, zdravého

vývoje dítěte následuje regrese až trvalá ztráta získaných dovedností zpravidla v průběhu několika měsíců. Porucha je doprovázena ztrátou zájmu o okolí, poruchou sociální interakce a komunikace a stereotypními motorickými pohyby, podobně jako u autismu (MKN-10, 2013).

- **Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Jedná se o špatně definovatelnou poruchu, která sdružuje děti s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), hyperaktivitou, poruchou pozornosti a stereotypním chováním a/nebo sebepoškozováním (srov. Hrdlička, Komárek, 2004; MKN-10, 2013).

- **Aspergerův syndrom**

Označení Aspergerův syndrom (AS) uvedla v roce 1981 do praxe Lorna Wingová a nahradila tak dříve používaný termín autistická psychopatie, jenž popsal už v roce 1944 Hans Asperger.

Porucha nejisté nosologické validity, charakterizovaná tímž kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, které napodobuje autismus, současně s opakujícím se omezeným, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti (MKN-10, 2013).

- **Jiné pervazivní vývojové poruchy**

- **Pervazivní vývojová porucha NS**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Diagnostický a statistický manuál) vydaný v roce 2000 Americkou psychiatrickou asociací (American Psychiatric Association – APA) má podobné členění, ale uvádí méně diagnostických jednotek (neobsahuje např. Atypický autismus či Hyperaktivní poruchu s mentální retardací) a určité rozdíly nalezneme také v terminologii.

2. TERAPIE

2.1 Vymezení pojmů terapie, terapeut

Terapeutické přístupy dle Müllera (2005) lze popsat jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které mají za úkol odstranit či zmírnit nežádoucí potíže, nebo odstranit jejich příčinu či vést k prospěšné změně.

Pro všechny terapie platí obecná pravidla. Terapie probíhá v určitém prostředí, např. v denním nebo týdenním stacionáři, v ambulanci, ve zdravotnickém zařízení atd., a v určitém čase. Ten se odvíjí od individuální potřeby daného klienta. Má danou organizační formu, kterou lze měnit. Forma terapie bývá individuální, skupinová, párová, rodinná aj. Dále platí, že terapie odpovídá určité orientaci terapeuta, který si předem zvolí koncepci, ze které vychází. Musí brát ohled na věk klienta, zdali je to dítě či dospělý, na jeho příčiny a symptomy potíží. Terapie bývají zacíleny léčivě, ale i preventivně a rehabilitačně, aby došlo k prospěšné změně, snížení vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáhaly v úpravě směrem k původnímu stavu.

V psychologickém slovníku je terapeut považován za osobu, která léčí, je vycvičena v metodách léčení a rehabilitace, koná vše bez léků či chirurgických zákroků (Hartl, Hartlová, 2000). Müller (2005) ho charakterizuje jako profesionála, který prošel patřičným vzděláním a má k aplikaci terapeutických přístupů osobní předpoklady v rámci jednotlivých terapií. Jeho schopnosti spočívají v pochopení druhého člověka, respektování ho bez vnějších předsudků a být autentický. Klientovi musí umožnit maximální možnou míru samostatnosti a tvořivosti. K odborné stránce patří znalost a dovednost týkající se specifík klientů, držení se profesních morálních norem aj.

Při práci s dětmi musí být terapeut připraven na určité zvláštnosti. Probíhající změny během vývoje mohou přinést nečekané jednání, emoce, myšlení. Dětský klient může používat specifické komunikační signály charakteru verbálního i neverbálního, které terapeut musí umět rozpoznávat, odlišovat a co nejvíce se těmito signálům přiblížit. Důležitým faktorem je bezpečí a láska, kterou musí dítě cítit, jako dobrý předpoklad pro navázání důvěry a úspěchu terapie.

Ve speciální pedagogické terapii jsou další, na jedince zaměřené obory. Mezi tyto

obory patří medicína a její poznatky o vzniku, projevech, dopadech a léčení poruch orgánů nebo tělesného systému. Psychologie přispívá informacemi o pojetí, vývoji, změnách a činnostech psychiky jako základního předpokladu lidského společenského života. Pedagogika vymezuje poznatky o možnostech cíleného formování určitých lidských kvalit. Sociologie zahrnuje svými propedeutickými poznatky o vytváření a fungování vztahů, sociálních skupin, sociálních dovedností. Filozofie svým pojetím má význam pro profesionální etiku terapeuta, pro vytváření klientových pohledů na životní problémy, zamyšlení se nad celistvostí člověka, světa, nad smyslem života atd. Východiska lze spatřit i v oborech lidské činnosti jako je umění a jeho kreativní, symbolický, neverbální či uvolňující přístup, hra se svou přirozenou motivací či zvíře svým kompenzačním potenciálem aj. Speciálněpedagogické terapie navazují na léčbu nemocí v oblasti medicíny, nebo jsou užívány jako samostatný druh pomoci při potížích, které jsou zaměřeny na kulturní či sociálněadaptační odlišnosti. Zaměření bývá na důsledky těchto problémů projevujících se ve snížené schopnosti nebo neschopnosti normální životní seberealizace (Müller, 2005).

Terapeutický proces, který je realizován u kteréhokoliv klienta, má své fáze. U jednotlivých sezení, tedy z hlediska krátkodobého, je první fáze zaměřena na navázání kontaktu, uvolnění, motivaci a stanovení hlavní terapeutické práce. Ve druhé fázi se řeší aktuální problém klienta a ve třetí fázi dochází k uzavření problémů, které vyplynuly z hlavní terapeutické práce. Z hlediska dlouhodobého, jenž se týká celé terapie, se v první fázi stanoví stávající obtíže a možnost postupů řešení, buduje se vztah mezi klientem a terapeutem, určí se průběh a obsah terapie. Další fáze je zaměřena na naplnění terapeutického vztahu, dohodnuté organizace, průběhu a obsahu dané terapie. Nakonec dochází k ukončení terapie a nabídnutí další spolupráce nebo jiných možností. Ke zvýšení úspěchu terapeutického procesu je důležité dodržovat následující principy:

- stanovit kvalitní diagnózu na začátku procesu, obnovovat ji a brát ohled na psychofyzilogický stav klienta v dané situaci,
- vytvářet atmosféru pro pacienta, aby se mohl projevovat a sdělovat své potřeby a reagovat na případné signály,

- vybírat takovou činnost, která odpovídá diagnostice a aktuálnímu stavu jedince,
- zvolit činnost přiměřenou věku, zkušenostem, která se dotýká klientova života, pracovat v souvislostech,
- vycházet z jednotlivých fází z hlediska krátkodobého i dlouhodobého a z jejich posloupnosti (Müller, 2005).

2.2 Druhy terapií

2.2.1 Muzikoterapie

Pojem muzikoterapie vychází z řecko-latinského původu. Latinsky se *musica* překládá jako hudba a řecky *therapeia*, *therapeineio* znamená ošetřovat, léčit, cvičit, starat se či pomáhat. Jedná se tedy o léčení nebo pomoc člověku hudbou (Kantor, Lipský, Weber, 2009). Existuje mnoho definic a pohledů na muzikoterapii. Nejednota vychází ze široké možnosti aplikace muzikoterapie v klinické praxi napříč různými obory – psychoterapií, medicínou, hudebními obory, pedagogikou, speciální pedagogikou, sociálními obory aj. Dle Pokorné (1982) lze muzikoterapii považovat za specifickou formu psychoterapie, za hudební aktivitu, která vede ke zlepšení sociálních vazeb, součástí léčby či rehabilitace a za psychohygienický proces. Při sporu, zda je muzikoterapie samostatný vědní obor či část jiné profese, vychází Brusci (in Müller, 2005) z předpokladů, jestli má hlavní postavení v terapeutickém procesu jako terapeutická metoda – hudba jako terapie, nebo je doplňkem jiné terapie – hudba v terapii.

Charakteristické znaky pro muzikoterapii shrnuté Kantorem (srov. Kantor, Lipský, Weber, 2009; Kantor in Müller, 2005) jsou následující:

- využití zvuků, hudby, hudebních elementů jako je rytmus, harmonie, melodie během terapeutického procesu
- rozvoj vztahu klient – terapeut na základě společné hudební komunikace
- terapeutický proces provádí kvalifikovaný muzikoterapeut
- cílovou skupinou jsou pacienti různé věkové kategorie, z různých sociálních vrstev, se zdravotním a edukačním postižením
- klient nemusí být hudebně vzdělán ani mít hudební zkušenosti
- ovlivňuje celý lidský organismus
- naplňuje potřeby klienta po stránce fyzické, emoční, sociální, intelektuální, psychické
- cíle procesu jsou nehudební
- uplatňuje se v prevenci, diagnostice, léčbě i rehabilitaci

- muzikoterapeuti pracují ve vzdělávacích a medicínských institucích, v léčebnách, v soukromé praxi, v psychiatrických či nápravných zařízeních

Světová federace muzikoterapie ji charakterizuje takto: *„Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu.“* (Muzikoterapeutická asociace ČR, 2013)

Profese muzikoterapeuta obnáší dva základní druhy požadavků. Prvním je odbornost terapeuta. Komplexní vzdělávací programy by měly zahrnovat teoretickou přípravu, sebezkušenostní výcvik a supervizi pod vedením supervizora. Druhým předpokladem je osobnostní stránka terapeuta, jeho pozitivní vztah k hudbě a vstřícný vztah ke klientům (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Muzikoterapie může probíhat formou individuální, skupinovou, párovou nebo hromadnou.

Individuální terapie

Vychází ze vztahu klient – terapeut. Ten se při této formě terapie věnuje jen jedné osobě a pracuje s jeho specifickými potřebami a vlastnostmi. Je určena klientům, kteří vyžadují individuální přístup. Forma této terapie se hodí i pro uzavřené, ostýchavé, nesmělé či bázlivé pacienty. Přináší jim větší intimitu a diskrétnost (Linka, 1997). V běžné praxi může být propojována i s jinými formami muzikoterapie.

Skupinová terapie

Při této formě terapie pracuje muzikoterapeut se skupinou klientů. Yalom (in Müller, 2005) uvádí, že skupina může být malá o počtu 3 - 8 lidí či velká skládající se z 9 - 15 členů. Oproti tomu Zeleiová (2007) je zastáncem maximálního počtu

12 osob. Dolní hranice by neměla být překročena z důvodu, aby nedošlo k individuální terapii v rámci skupiny. Velikost jednotlivé skupiny záleží na řešeném problému. Terapeut musí znát a zohlednit diagnózy a specifika klientů. Ti se při terapeutickém procesu navzájem doplňují, posilují skupinovou spolupráci, učí se naslouchat, získávají sebedůvěru.

Párová terapie

Beníčková (2011) využívá párovou formu v případě, kdy indikace vyžaduje více klientů, tedy dvou, ale je třeba zachovat individuální přístup. Aplikuje se například při vztahových problémech v rodině, na vztahy dětí v kolektivu.

Hromadná terapie

Zvláštní formu představuje hromadná terapie, která se týká okolo 30 osob. Zaniká zde vyšší působnost vztahu klient – terapeut a jejich zpětná vazba při terapii. Využití se naskýtá při společenských vystoupeních.

Terapie z pohledu účasti pacienta se dělí na aktivní a receptivní.

Aktivní muzikoterapie vychází z podílení se klienta na vytváření hudby a její produkci. Jedinec se zapojuje do hudebně-terapeutické činnosti zpěvem, rytmizací, hrou na hudební nástroje, tvorbou písní, přípravou a realizací hudebních vystoupení. Mezi používané prostředky patří lidské tělo, hlas a hudební nástroje. Při hře na tělo si každý uvědomuje své vlastní já, své tělo a umožňuje vytvářet kontakt s druhými. Hrou na tělo a dechovými technikami dochází k velké rozmanitosti vzniklých zvuků získaných tleskáním, dupáním, luskáním, bručením, hvízdáním, mlaskáním apod. Ty lze využít jako doprovod při zpěvu, při pohybových aktivitách. Další výhodou je pro klienty, kteří nejsou schopni používat hudební nástroje. Hlas jako hudební prostředek terapeuti uplatňují při hlasové improvizaci, rytmizaci, melodizaci textů, říkadél, i při zpěvu písní. Rozvíjí řeč a rytmické cítění, které je například narušeno u dětí s DMO. Hra na hudební nástroje bývá u klientů velice kladně oceňována. Zvyšuje pocit seberealizace a úspěšnosti. Důležité je volit takové nástroje, které vyhovují

různým typům klientů a předcházet tak kontraindikačnímu působení. Například nevhodné jsou velké činely u autistů. V praxi se používají tradiční západní hudební nástroje (nejčastěji klavír a kytara), Orffův instrumentář (bubínky, tympány, zvonečky, rumba koule, tamburíny, triangel aj.), etnické nástroje a nástroje vlastnoručně vyrobené (srov. Kantor, Lipský, Weber, 2009; Kantor in Müller, 2005).

Receptivní muzikoterapie je postavená na poslechové aktivitě klienta. Hudba je reprodukována nebo živá, zprostředkována muzikoterapeutem. Výhodou živé hudby bývá aktuální, zpětná odezva pro muzikoterapeuta, který může v dané situaci improvizovat, přizpůsobit průběh či délku poslechu. Výběr reprodukovávané hudby neklade velké požadavky, důležité je brát v úvahu individuální charakter recipientů. To, co někteří poslouchají pro relaxaci, může u jiných vyvolat úzkost, nelibé pocity.

Christopher Schwabe dělí receptivní muzikoterapii na komunikativní, regulativní a reaktivní. Při komunikativní muzikoterapii bývá poslech hudby zaměřen na porozumění, podporu důvěry a vznik vzájemných kontaktů ve skupině či k terapeutovi. Po konci skladby probíhá diskuze, projevy pocitů, analýza nebo zamyšlení se nad texty písní. Regulativní muzikoterapie má za úkol působit psychoterapeuticky, navodit relaxaci a uvolnit pacienta. Reaktivní muzikoterapie slouží k uvolnění emocí spojené s určitým problémem, negativním zážitkem, uvědomění si ho a nastolení jeho řešení při terapeutické situaci.

(Kantor in Müller, 2005)

Cílů v muzikoterapii je nesčetně mnoho a nejde říci, které z nich jsou ty hlavní. Vnímání hudby ovlivňuje celou řadu lidských stránek. Hrou na hudební nástroje lze rozvíjet jemnou a hrubou motoriku. Příkladem může být hra na klavír, kde si děti s DMO uvolňují a procvičují méně ohebné prsty nebo hrou na bubny rozvíjejí sílu, vytrvalost, rychlost, koordinaci končetin, odhad vzdálenosti a vizuomotorické koordinace. Manipulace s nástroji upevňuje úchopové dovednosti. U dětí s tělesným či kombinovaným postižením můžeme vyvolat pohybovou akci rozmístěním nástrojů po třídě. Děti získávají zkušenosti se smysly, zlepšují koncentraci a pozornost.

Z pohledu emoční stránky lidské bytosti se lze zaměřit na kontrolu impulzivního chování, na vyjadřování pocitů verbálně i neverbálně, na zvyšování sebevědomí, na rozšíření spektra prožívání. Cíle z oblasti sociálních interakcí mohou být – snížení izolace, upevňování a rozvoj sociálních vztahů, osvojování si sociálních rolí, posilování vlastní identity a nezávislosti aj. Muzikoterapeutické cíle jsou i vzdělávací např. pomoc při učení, rozeznávání barev, počítání, orientace v prostoru, identifikace částí těla, posilování paměti. Vhodnou hudbou lze docílit psychosomatického uvolnění a relaxace u všech dětí (Kantor in Müller, 2005).

Základními metodami v muzikoterapii jsou hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice a poslech hudby.

Hudební improvizace nabízí spontánní vytváření hudby hrou na tělo, zpěvem či za použití hudebních nástrojů. Improvizace může být strukturovaná, připravená, kde všichni zúčastnění předvídají průběh terapie nebo spontánní. Úkolem terapeuta je připravit vhodné prostředí pro terapeutický proces a podporovat tak klienta k seberealizaci. Hudební improvizace se aplikuje při diagnostice a má terapeutické využití. Její výhodou je uplatnění u jakékoliv úrovně postižení (Muzikoterapie, 2007-2011).

Hudební interpretace vychází z reprodukce předem zadaného hudebního materiálu. Klient je sice částečně limitován a nevkládá do hudební situace tolik spontánnosti jako u předchozí metody, ale na druhou stranu může být vytvořena situace, do které by se bez předem připraveného plánu nedostal. Musí dodržovat pravidla nastavená terapeutem nebo skupinou. Hudební interpretace pomáhá rozvíjet senzomotorické dovednosti, paměť, schopnost interpretovat, vyjadřovat pocity a myšlenky, spolupracovat s druhými, zlepšit pozornost. Vhodná je pro klienty potřebující strukturu k rozvoji dovedností a chování v určitých rolích např. pro autisty (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Do kompozice hudby spadá vytváření písní, textů, skladeb nebo jiného hudebního produktu. Funkce muzikoterapeuta je pomáhat, ale hlavní kreativní proces vytváří sám

klient (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Zmínky o muzikoterapii v České republice spadají do 60. let 20. století. Nejdříve byla využívána v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích, na Foniatrnické klinice Miloše Seemana a dále na foniatrnickém oddělení Logopedického ústavu v Praze, které vedl František Kábel. Významnou osobností je RNDr. Jitka Vodňanská, která společně s PhDr. Vojtěchem Zappnerem založila první muzikoterapeutickou organizaci u nás v roce 1975 pod názvem „Pracovní skupina pro muzikoterapii“ při psychologické sekci Psychiatrické společnosti České lékařské komory. V roce 2003 na jejich činnost navázala „Sekce muzikoterapie a dramaterapie“. V minulosti existovala organizace „Sekce muzikoterapie České hudební společnosti“ pod vedením Josefa Krčka. Zanikla v roce 2007 (srov. Kantor, Lipský, Weber, 2009; Linka, 1997). Současná organizace, která sdružuje členy profesní i zájemce o muzikoterapii z laické veřejnosti se nazývá Muzikoterapeutická asociace České republiky. Vznikla v roce 2008 sloučením České muzikoterapeutické asociace a České asociace muzikoterapie a dramaterapie. Podporuje rozvoj muzikoterapie, hájí zájmy členů, věnuje se publikační činnosti, informuje veřejnost, spolupracuje s mezinárodními instituty aj. (Muzikoterapeutická asociace ČR, 2013). V Česku jsou nabízeny různé kurzy a semináře o muzikoterapii. Některé kurzy garantuje Muzikoterapeutická asociace ČR, jiné programy jsou akreditované pod MŠMT nebo Sekcí systematické muzikoterapie České psychoterapeutické společnosti při České lékařské společnosti (Muzikoterapie, 2007-2011). Institut celoživotního vzdělávání Filosofické fakulty Univerzity Palackého každoročně nabízí dva třísemestrální kurzy Celostní muzikoterapie I. a II., které poskytují kompetence pro kvalifikaci muzikoterapeuta (Institut celoživotního vzdělávání, 2013). Jiné kurzy v rámci celoživotního vzdělání nabízí např. Technická univerzita v Liberci na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky (Technická univerzita v Liberci, 2008).

2.2.2 Arteterapie

Výraz arteterapie vznikl spojením slov *ars* (latinsky umění) a *therapeia* (řecky již zmíněné léčení, léčba). V širším kontextu znamená arteterapie léčba uměním pomocí hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším smyslu bývá zaměřena hlavně na léčbu výtvarným uměním. Arteterapie je v odborné literatuře např. Hanusem vymezována jako forma či druh psychoterapie, kdy pomocí uměleckých prostředků (malířských, grafických, sochařských) působí na psychiku člověka. Uvádí, že ji lze použít i při léčebně-pedagogickém procesu k výchově a sociální integraci. Slavík ji definuje jako psychoterapeutickou a psychodiagnostickou disciplínu, která využívá k léčebným cílům prostředky a formy k adekvátním uměleckým formám. Důležitý je fakt, že arteterapie neklade důraz na konečný produkt, jak tomu bývá v umění, ale soustředí se na samotný proces výtvarné tvorby. Slavík rozlišuje psychoterapii, která aplikuje arteterapeutické techniky a samotnou arteterapií (srov. Šicková-Fabrinici, 2002; Landischová, 2007).

Arteterapie využívá výtvarný projev jako hlavní prostředek k poznávání a ovlivňování psychiky k redukci psychických či psychosomatických obtíží a k redukci vzniklých konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné aktivity podporují zdraví a léčbu, dále slouží k prevenci a k následné péči ve zdravotnictví, v sociální péči, ve výchově a vzdělávání dětí i dospělých (Česká arteterapeutická asociace, 2012).

Pro výkon této profese by měl mít terapeut přehled o dějinách umění, orientovat se v teorii umění a znát výtvarné techniky. Vzhledem k práci s lidmi jsou důležité znalosti z oblasti medicíny, hlavně psychiatrie, psychologie, pedagogiky a z antropologie (Šicková-Fabrinici, 2002). Pro kvalifikaci dle České arteterapeutické asociace (2012) musí mít ukončené vysokoškolské vzdělání pedagogické, sociální, zdravotnické, psychologické nebo umělecké. Musí absolvovat komplexní psychoterapeutický výcvik, dva roky provozovat přímou arteterapeutickou praxi a určitý počet hodin pracovat pod supervizí. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích každoročně otvírá tříletý kombinovaný studijní obor Arteterapie na Pedagogické fakultě (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013). V rámci celoživotního vzdělávání nabízí Masarykova univerzita na Katedře výtvarné výchovy doplňující kurz –

Arteterapie, speciální výtvarná výchova (Pedagogická fakulta MU, 2009 - 2013). Na Pedagogické fakultě univerzity Karlovy je arteterapie volitelným předmětem studijního programu Speciální pedagogika (Univerzita Karlova Pedagogická fakulta, 2013).

Terapie je aplikována formou individuální, skupinovou, rodinnou a partnerskou. Poslední dvě zmiňované bývají zařazovány do skupinové terapie.

Výhodou individuální terapie je bližší kontakt terapeuta a klienta. Ostýchavý pacient, který by se ve větší skupině neprojevoval, má možnost se uvolnit a nechat na povrch vyplýnout své pocity a emoce. Arteterapeut se může klientovi věnovat intenzivněji než při skupinové terapii a to po stránce psychické i při výtvarné činnosti.

Skupinová terapie je vhodná pro klienty s podobnými či totožnými problémy. Probíhá zde rychleji a intenzivněji sociální učení. Činnost a projev jednoho může iniciovat a podněcovat tvorbu druhého. Pro terapeuta to však přináší rozložení pozornosti mezi více lidí a musí být více pohotový a obratný.

(Šicková-Fabrici, 2002)

Arteterapie rozlišuje dva druhy způsobu práce s klientem na receptivní a produktivní. Arteterapie receptivní vychází z vnímání uměleckého díla, které je záměrně vybráno arteterapeutem. Tento druh terapie vyžaduje klientovu spoluúčast. Umělecké dílo působí na klienta, který přes něj projevuje své emoce. Může tak vyjádřit i nevědomé pocity a nahlédnout do vlastního nitra. Řadí se sem návštěvy galerií a výstav, promítání diapozitivů a videozáznamů atd. Arteterapie produktivní se věnuje konkrétní tvořivé činnosti např. kresbě, malbě, modelování atd. (Landischová, 2007).

U mentálně postižených dětí souvisí cíle s kompenzací intelektuálních deficitů a poznávacích funkcí. Učí se chápat jevy v kontextu. Menzen (in Šicková-Fabricsi, 2002) klade velký důraz na esteticko-bazální stimulaci a rozvoj osobnosti postiženého. Arteterapeutický proces posiluje u klientů prostorové vnímání, vnímání času a souvislosti jeho okolního světa. Autistické děti dle Šickové- Fabricsi (2002) se snaží pomocí výtvarného projevu kompenzovat nedostatky ve verbální komunikaci. Tělesné postižení nebo postižení smyslové u dětí často vede k izolaci, ke sníženému navazování mezilidských vztahů, k podceňování se, k poruchám sebehodnocení. Obtížně přijímají svůj nový obraz těla. Arteterapie jim pomáhá sžít se s vlastním já, eliminuje pocity neschopnosti, méněcennosti, rozvíjí fantazii, aktivuje je k činnosti, slouží k posílení jemné motoriky.

Mezi základní metody arteterapie řadíme imaginaci, animaci, koncentraci, restrukturalizaci, transformaci a rekonstrukci.

Imaginace staví na představivosti a fantazii člověka. Do určité činnosti klient přenáší své pocity, své aktuální problémy, obavy či touhy. Pomocí představ se vrací do situace, kterou prožil, analyzuje ji, vytváří si k ní určitý postoj a následně ji přenáší do výtvarné podoby. Metoda imaginace se používá pro sebepochopení, uvolnění emocí či vyjasnění postojů k vlastní osobě nebo k okolí. Animace je vhodné používat u dětí. Jedná se o rozhovor nad vytvořeným dílem. Dítě, které se často ostýchá mluvit o sobě, se vyjadřuje prostřednictvím určitého zobrazení na obrázku např. může být zvířátko, pohádková postava aj. Ztrácí tím zábrany a více se otvírá terapeutovi. Při koncentraci se klienti snaží vycházet ze svého nitra, svého středu. V arteterapii je pomůckou pro koncentraci a relaxaci mandala. Mandala znamená střed, kruh, centrální bod duše. Ve výtvarné tvorbě za ni můžeme považovat jakýkoliv kruhovitý tvar. Smyslem této metody je sebepoznání a sebeodhalování člověka a jeho postavení. Během restrukturalizace klienti skládají obrazce z různých materiálů např. rozstříhaný papír, kousky keramiky aj., nacházejí tak nové souvislosti a vidí i jiná řešení problémů. Metodou transformace se jedno umělecké dílo vyjádří jiným. Jde o přenesení pocitů získaných z jednoho druhu umění a jejich přenesením do jiné oblasti. Příkladem může

být přečtený text a následné převedení pocitů z dané ukázky klientem na papír, poslech hudby a jeho výtvarné zpracování. Při rekonstrukci dostane klient část obrázku nebo reliéfu a na něm je dotvořit zbylou chybějící část. Rozvíjí se tím fantazie a kreativita (Šicková-Fabricsi, 2002).

V České republice má arteterapie počátky v 50. letech 20. století, kdy se začala rozvíjet jako součást psychoterapie aplikovaná v léčebných a psychoterapeutických zařízeních. V 70. letech založila a vedla PhDr. Darja Kocábová arteterapeutickou sekci zaštitěnou Psychoterapeutickou společností ČLS J. E. Purkyně. Ta sdružovala zájemce o arteterapii a připravovala pro ně vzdělávací kurzy a dílny. Velký zájem o tuto terapii vedl v roce 1990 k založení Ateliéru arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Zakladatelem byl PhDr. Milan Kyzour, pedagog, malíř a hudebník. Česká arteterapeutická asociace vznikla v roce 1994, jakožto občanské sdružení účastníci se vytváření profesního statutu arteterapeuta a usilující o zkvalitnění české arteterapie (Česká arteterapeutická asociace, 2012).

2.2.3 Ergoterapie

Pojem ergoterapie pochází z řeckých slov *ergon* (práce) a *therapia* (lčba). Vznik ergoterapie jako profese potom lze datovat k roku 1917, kdy byla v USA založena Národní společnost pro podporu ergoterapie, dnešní Americká ergoterapeutická asociace (srov. Kubínková, Křížová, 1997; Opatřilová, Zámečníková, 2008).

Existuje mnoho definic a vysvětlení, co že to vlastně ergoterapie je. Ergoterapie je komplexní proces, jenž obsahuje široké spektrum složek. Z tohoto důvodu není jednoduché formulovat jednotnou definici, která by dokázala vymezit náplň a cíle ve všech oblastech praxe. Navíc dle Hagedornové (in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009) potíže se stanovením definice mohou souviset s tím, že ergoterapeuté se snaží pomáhat handicapovaným jedincům vykonávat běžné věci, a tak každá snaha o stručné objasnění může vést k přílišnému zjednodušení výkladu, což by mohlo být pro laickou veřejnost zavádějící. Mohlo by tak docházet k mylnému názoru „že na ergoterapii vlastně nic není“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Ikdyž se názory různí, tak se ergoterapeuté z různých oblastí praxe shodují na tom, že jejich společným, odborným zájmem je zaměstnávání jedinců, které je jak cílem, tak zároveň i prostředkem terapie (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009). Zjednodušeně, s mírnou nadsázkou lze říci, že se jedná o léčbu jedince pomocí práce či činností, které považuje za užitečné a smysluplné. Ve skutečnosti je však činnost ergoterapeuta daleko komplexnější.

Pro ilustraci problému se stanovením jednotné definice uvádím některé příklady definic. Česká asociace ergoterapeutů (2008) charakterizuje ergoterapii takto:

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá

specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.”

“Pojmem „zaměstnávání” jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.” (Česká Asociace Ergoterapeutů, 2008)

Oproti tomu Světová federace ergoterapeutů - World Federation of Occupational Therapists (2012) uvádí následující definici:

Ergoterapie je zdravotnická profese se zaměřením na podporu zdraví a celkové pohody člověka prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že pracují s lidmi a komunitami na zvýšení jejich schopnosti zapojovat se a provádět činnosti, které chtějí, potřebují nebo jsou od nich očekávány, nebo přizpůsobují činnosti či prostředí, aby podpořili jejich pracovní zapojení a participaci.

Ergoterapeut by měl být vybaven odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a profesionálními postoji, které by ho opravňovaly k výkonu povolání. Obecně jsou požadovány pro výkon profese následující podmínky:

- vzdělávací požadavky, kontinuální vzdělávání

Odbornou způsobilost pro výkon povolání ergoterapeuta vymezuje § 7, předpis zákona č. 96/2004 Sb. (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (Zákony pro lidi, 2013).

- specifické znalosti týkající se praxe, předpokladů profese a jejich integrace
- znalost teorie, filozofie a hodnot profese
- autonomie a dodržování standardů
- etická odpovědnost, chování, postoje
- členství v profesní organizaci (dodržování praxe, sdílení informací a napomáhání rozvoji profese)

(Turner, Foster in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Ergoterapeut provádí ergoterapeutické vyšetření (analýza běžných denních činností pacienta – ADL (Activities of Daily Living), hodnocení senzomotoriky a vyšetření kognitivních funkcí), hodnocení a nácvik běžných denních činností (příprava a příjem jídla, hygiena, oblékání, nakupování, úklid, použití dopravního prostředku, manipulace s penězi) a hodnocení pracovních a zájmových aktivit. Na základě těchto vyšetření a zjištění sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie, aplikuje postupy a metody v ergoterapii a ve spolupráci s odborníky z ostatních oborů provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností. Dále poskytuje poradenské služby (Česká Asociace Ergoterapeutů, 2008).

Ergoterapii lze rozdělit na čtyři základní oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují (srov. Kubínková, Křížová, 1997; Votava, 2003; Müller, 2005):

- Ergoterapie cílená na postiženou oblast
- Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (ADL)
- Ergoterapie k naplnění volného času a kondiční ergoterapie
- Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Tato terapie je zaměřená na cvičení nebo trénování postižené oblasti s cílem jejího aktivního zapojení, přičemž pohyb musí být přesný, cílený a postupně dávkovaný. Cvičení, aktivita či pracovní činnost se většinou provádí pomocí nějakého nástroje, přístroje nebo sportovního náradí. Ovšem výrobek samotný zde není hlavním cílem, ale motivačním činitelem.

Příkladem takových činností může být kreslení, práce s keramickou hlínou, práce s pilou nebo házení míčkem.

Cílenou aktivitou můžeme sledovat např. zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu nebo nácvik úchopu.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (ADL)

V tomto případě je hlavním cílem ergoterapeuta naučit jedince soběstačnosti při běžných denních činnostech jako je oblékání, hygiena (mytí, použití WC), stravování, nakupování, domácí práce či jízda dopravními prostředky. Nevládní ADL by mohlo postupně přerůst v disabilitu a závislost na druhé osobě (nebo technických pomůckách a úpravách), a proto ergoterapeut usilovně pracuje na co největší míře nezávislosti postižených lidí.

Ergoterapie k naplnění volného času a kondiční ergoterapie

Úkolem je smysluplně naplnit volný čas pomocí aktivit a technik, které by mohly jedince zabavit a odpoutat jeho pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění, zlepšovat duševní pohodu, popř. pomoci navázat vztahy v kolektivu. Program je sestavován na základě zájmů daného člověka, úměrně zdravotnímu stavu. Zahrnuje zejména ruční práce, společenské hry, práci s hlínou nebo papírem, četbu, práci na zahradě, sportovní činnost apod.

Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Předpracovní rehabilitace nebo také ergodiagnostika napomáhá zařadit jedince do pracovního procesu. Mezi hlavní motivy vedoucí člověka k práci patří aktivita (potřeba smysluplné činnosti, mít co dělat), seberealizace (nutkání ukázat, že něco umím), sociální interakce (možnost navázání kontaktů), samostatnost a nezávislost.

(srov. Kubínková, Křížová, 1997; Votava, 2003; Müller, 2005)

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných činnostech denního života (péče o sebe sama – sebeobsluha), pracovních činnostech a aktivitách volného času pomocí vhodně zvolených, smysluplných aktivit či zaměstnání (srov. Votava, 2003; Müller, 2005; Česká Asociace Ergoterapeutů, 2008; Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Cíle ergoterapie můžeme popsat na základě více hledisek – od rozvoje a prohloubení dovedností, které jsou zapotřebí pro výkon běžných úkonů, přes zapojení se do činností a aktivit, až po možnost sociální integrace. Krátkodobé cíle jsou zaměřeny na udržení, obnovu, podporu či kompenzaci ztráty dovedností v senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální oblasti. Jestliže existují překážky, které brání provádění činností, pak je cílem ergoterapie rovněž jejich odstranění (popř. snížení jejich limitujícího vlivu) z prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Hlavním dlouhodobým cílem je dosažení uspokojivé úrovně a rovnováhy při vykonávání sebeobslužných prací, pracovních činností a volnočasových aktivit,

které podporují uzdravení, zlepšují osobní pohodu a napomáhají sociální participaci jedince (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Česká asociace ergoterapeutů (2008) definuje cíle následovně:

- podpora zdraví a duševní pohody jedinců prostřednictvím smysluplných aktivit a zaměstnávání
- pomoc při zlepšování schopností potřebných pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- naplnění sociálních rolí, zapojení osoby do sociálního prostředí a komunity
- zacílení terapie na pacienta, jenž je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie
- motivace jedince k udržení, obnovení, popř. získání kompetencí potřebných pro samostatnou realizaci každodenních činností v interakci s prostředím
- usilování o co největší míru participace jedince v rámci aktivit každodenního života, bez ohledu na zdravotní postižení či znevýhodnění

V rámci dětské ergoterapie se zpravidla nejedná o náhradu či obnovení ztracených funkcí, ale o vytvoření zcela nových funkcí a dovedností ovlivňujících komplexní rozvoj dítěte. Mezi hlavní oblasti a úkoly ergoterapie u dětí patří kondiční ergoterapie, cílená terapie na postiženou oblast a dosažení maximální možné míry soběstačnosti (Vodáková, Dyrtrtová a kol., 2007).

U dětí nemůžeme hovořit o práci jako takové. O to důležitější je uvědomit si význam hry a právě možnost využití této přirozené aktivity dětského věku v ergoterapii. Hra znamená pro děti motivaci a aktivizaci, a tak je nedílnou součástí jejich rozvoje (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Hlavní cíle ergoterapie v rámci rehabilitace dětí (Kubínková, Křížová, 1997 in Opatřilová, Zámečnicková, 2008, str. 124):

- Dosažení maximální samostatnosti.

- Rozvoj jemné a hrubé motoriky.
- Rozvoj koordinace, senzomotoriky, citlivosti, komunikace.
- Zlepšení vytrvalosti a schopnosti snášet zátěž.
- Zabránění následků nemoci a jejich pokračování.
- Zabránění psychické deprivace.

Podstata ergoterapie vychází ze zdravotnických, biologických a společenských věd, a tak existuje mnoho modelů, přístupů a metod, které se dají v ergoterapii aplikovat. Ergoterapie je stejně jako ostatní terapie založena na holistickém pojetí, které chápe člověka jako celek a předpokládá bližší propojení duše a těla (stov. Opatřilová, Zámečnicková, 2008; Müller, 2005).

Základní modely přístupu podle Opatřilové, Zámečnickové a Müllera:

Biomechanická metoda: založena na kinesiologii, využívá zákonů mechaniky rehabilitace fyzických postižení (cvičení pro zvýšení svalové síly, výdrže, adaptace na zátěž)

přístupy: ADL, stupňované aktivity, kompenzační

Neurovývojová metoda: založena na senzomotorických dovednostech

zaměření na postup terapie, sledování reakcí na sensorické, percepční podněty

přístupy: bobathovský (metoda rozvíjení hybnosti u dětí postižených DMO), proprioreceptivní neuromuskulární facilitace, sensorická integrace (přijímání informací z okolí)

Kognitivní metoda: vnímání (percepce), myšlení

přístupy: restituce (obnovení funkcí), substituce (nahrazení, přizpůsobení – tzv. kompenzační terapie)

Fyziologický přístup: člověk je „vymezen geny a elektrochemickými reakcemi“

U psychosociálních dysfunkcí se dále používají přístupy:

Behaviorální – založen na požadavcích okolního prostředí

Psychoanalytický - podstatou je lidské nevědomí

Humanistický model - „jsme tím, kým jsme si vybrali být“

(srov. Opatřilová, Zámečnicková, 2008; Müller, 2005).

V České republice se tato metoda léčby rozšířila v 19. století v psychiatrických léčebnách (u pacientů s duševním onemocněním) a sanatoriích pro léčbu tuberkulózy. O další rozvoj ergoterapie se od roku 1913 zasloužil prof. Rudolf Jedlička, který ji používal pro léčení dětské obrny a později i pro zraněné vojáky. Jedličkův ústav v Praze proslul odbornou léčbou a vedením k maximální možné samostatnosti, ale především svými dílnami – zahradnickou, truhlářskou, krejčovskou atd. (srov. Müller, 2005; Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

V České republice byla a stále je zakořeněna silná tradice, že při rehabilitaci jde pouze o cvičení a fyzikální terapie. Z tohoto důvodu byla ergoterapie chápána jako nadbytečná a nepotřebná, a tak její vývoj stagnoval. Do sedmdesátých let byla ergoterapie označována jako „léčba prací“. A do roku 1989 existovala ergoterapie pouze jako součást fyzioterapie; až v roce 1992 bylo otevřeno samostatné studium ergoterapie (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

K postupnému zlepšování postavení profese i uplatnění ergoterapeutů významně přispělo založení České asociace ergoterapeutů (ČAE) v roce 1994. ČAE je dobrovolnou, neziskovou profesní organizací ergoterapeutů České republiky a současně členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC) (Česká Asociace Ergoterapeutů, 2008).

2.2.4 Snoezelen

Snoezelen vychází z teorie vícesmyslového prostředí, kterou vytvořili psychologové Cleland a Clark. Na jejich myšlenku v 70. letech 20. století navázali Ad Verheul a Jan Hulsegge, zakladatelé metody Snoezelenu. Samotný pojem vznikl složením dvou holandských slov „snuffelen“ (v překladu znamená čichat, zkoumat) a „doezelen“ (dřímat, odpočívat, relaxovat). Český výraz pro tento termín neexistuje a používá se původní (Snoezelen, 2013).

Filatová a Janků (2010, str. 18) charakterizují Snoezelen jako: „...*prostředí, které vytváří pocit pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocit strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost.*“ Vychází z definice uveřejněné na stránkách organizace International Snoezelen Association. Snoezelen je multifunkční metoda, která je realizována ve speciálně upravené místnosti pomocí světelných a zvukových prvků. Dle Vitáskové, Fajmonové (2006) slouží Snoezelen ke zklidnění a zrelaxování těla i duše, k rozvoji komunikace verbální, ale hlavně neverbální. Stimuluje všechny smysly – chuť, čich, hmat, zrak, sluch. Pomáhá odstraňovat rizikové projevy jedinců například agresivitu, výbušnost, posiluje schopnost adaptace a socializace. Podporuje kognitivní a emociální složky osobnosti. Zvyšuje pozornost a eliminuje nesoustředěnost. Přináší nové zážitky a zkušenosti. Má pozitivní vliv na klienta.

Metodu Snoezelen lze označit jako terapii v případě, že má tyto náležitosti:

- obsahuje předem naplánovaný cíl, který je stanoven dle možností dítěte, terapeuta a prostředí
- musí vycházet z komplexní diagnostiky pacienta
- průběh činností musí být sledován a průběžně hodnocen
- musí dojít ke zpětné reflexi
- terapie by měla mít základ v psychoterapii

(Filatová, Janků, 2010).

V edukačním procesu se Snoezelen uplatňuje jako podpůrný pedagogický prostředek. Výchovně vzdělávací cíle jsou zaměřené k rozvoji soustředění a pozornosti, ke snížení hyperaktivity a agresivního chování, k relaxaci a uvolnění dětí, k rozvoji vnímání, komunikačních schopností a motoriky. Pozitivně ovlivňuje sociální vztahy (Filatová, Janků, 2010). Opatřilová (2008) i Filatová, Janků (2010) doporučují využívat Snoezelen jako volnočasovou aktivitu. Klienta motivuje prostředí, předměty, pomůcky, materiály. Je v něm probouzena aktivita a zájem, získává nové zkušenosti a zážitky.

U jakých cílových skupin se Snoezelen využívá? Opatřilová (2005) popisuje metodu u jedinců s nejtěžšími formami postižení, jejichž aktivity jsou omezené a velkou část dne tráví na pokojích v domácím prostředí nebo ve speciálním zařízení. Takto zdravotně postižení nejsou ve většině případů schopni komunikovat verbálně a jsou odkázáni sdělovat své pocity a přání tělesnými projevy, tedy řečí těla. Vycházíme-li z předpokladů, že reagují na svět kolem sebe svým vlastním tělem, je metoda Snoezelenu, která si zakládá na rozvoji smyslového vnímání, velice prospěšná. Důležité je, aby terapeut, pedagog, osoba pracující s klientem, byla empatická, měla schopnost bedlivě pozorovat a rozeznat neverbální náznaky komunikace. Osoby s poruchou autistického spektra trpí poruchou sensorické integrace. Jejich smyslové orgány jsou sice neporušené, ale zpracování přijatých informací či podnětů neprobíhá standardním způsobem. Jejich projevy mohou být hyposenzitivní nebo hypersenzitivní – citlivost na podněty, hyperaktivita, problémy chování, opožděný psychomotorický vývoj, vývoj řeči aj. Zde je velmi prospěšná práce ve Snoezelenu (Ponechalová, 2013). Mezi další diagnózy, u kterých lze tuto metodu uplatnit patří tělesné, smyslové a kombinované vady, duševní poruchy, různé druhy demencí, neurologické poruchy, poruchy chování a emocí, specifické vývojové poruchy učení, poruchy pozornosti, hyperaktivity atd. Význam má i u psychiatrických pacientů, kde se využívá hlavně jako relaxační složka (Filatová, Janků, 2010).

Základní místnost Snoezelenu podle Verheula a Mertense (in Filatová, Janků, 2010) by měla mít tyto náležitosti:

- teplota v místnosti má 22 – 24 °C

- je dobře větratelná
- má regulované osvětlení
- nachází se v ní dostatek místa pro osoby, které se straní ostatních
- je vybavena pohodlnými lehátky, sedačkami, polštáři, dekami
- má dostatek hudebního a zvukového materiálu

Místnost pro terapii by měla vycházet z požadavků a potřeb daného klienta, dále z jeho charakteru a diagnózy, měla by existovat možnost ji těmto požadavkům přizpůsobit.

Je definováno dvanáct hlavních typů prostředí. Základní místnost je takzvaná bílá místnost, kterou využívají hlavně děti s těžšími stupni mentálních vad a s kombinovaným postižením. Původně sloužila pouze k relaxaci a k uvolnění klientů. Primární vybavení je bílé (strop, podlaha, zdi, vodní postel), jelikož na něm lépe vyniknou barevné efekty, které stimulují zrak. Výhodou je, že místnost jde dobře přizpůsobit a měnit. Šedý pokoj je zvukotěsný, jeho zařízení bývá skromné. Pokoj je přizpůsoben dětem s problémy s pozorností a soustředěním, dětem s autismem. Redukce podnětů má za cíl zvýšit zájem dítěte o danou činnost či věc, které se věnuje a soustředit se bez zbytečného rozptylování. Terapeutovi tato místnost umožňuje odlišit reakce na jednotlivé vjemy. Tmavý pokoj neboli černá místnost se využívá k maximální vizuální stimulaci. V místnosti jsou umístěny barevné lampy, optická vlákna, barevné fólie, barevné válce, závěsy aj. Zvuková místnost je také zvukotěsná a celá obložená dřevem. Poskytuje klientovi izolované vnímání zvuků a hudby. Ty mohou být zprostředkované hrou na tělo samotným klientem, hudebními nástroji, různými zvukovými pomůckami nebo přehrávači. Zvuková stimulace je vhodná u dětí se zrakovým postižením, které se orientují pomocí sluchu a učí se rozeznávat různé sluchové vjemy, které využijí v běžném životě. Další cílovou skupinou jsou děti s poruchami sluchu nebo autisté. Interaktivní místnost umožňuje klientům poznat zákon akce a reakce. Je plná interaktivních spínačů, které dítě používá ke zkoumání, k rozvoji fantazie a k rozvoji kognitivních schopností. V pokoji jsou dotekové tabule, stroje

na bubliny, rozprašovače vůní. Efekty se nalézají v kombinacích – sluch a dotek, zrak a světlo, čich a aroma, chuť a jídlo a podobně. Vodní prostředí umožňují proprioceptivní stimulaci pomocí bazénu, vířivek, vodopádu, sprch a jiných pomůcek. Dítě se ve vodě pohybuje jinak. Uvědomuje si vlastní tělo, zvyšuje pohyblivost, získává sebedůvěru a jistotu při pohybu. Tato stimulace je velice užitečná pro osoby se sníženou či omezenou hybností. Virtuální prostředí je získáno pomocí trojrozměrného zobrazení. Klient v něm nabírá zkušenosti z běžného života. Tato technologie má uplatnění u osob se smyslovými defekty nebo s psychomotorickým postižením. Měkká zóna má plně vypořádané zdi, podlahu a strop, nachází se v ní čalouněný nábytek, polštářky, schody a rampy. Je vytvořena za účelem rozvíjení pohybových schopností v bezpečném prostředí. Děti si zde mohou experimentovat a manipulovat s předměty, skákat, běhat, lézt po rampách a vyvíjet další pohybové aktivity. Tímto způsobem si uvědomují své pohybové možnosti a vymezují si vlastní hranice. Rozvíjí si fantazii a kognitivní schopnosti. Přenosné zařízení se uplatňuje u nepohyblivých pacientů upoutaných na lůžko. Terapeut dochází za pacientem a může k němu přenést prvky Snoezelenu. Inkluzivní prostředí je běžně se vyskytující prostředí jako například dětské hřiště, veranda či zahrada, které obsahuje multisenzorické prvky. Smysl této zóny spočívá v začlenění osob s postižením do společnosti. Za proměnlivé nebo pluralitní prostředí označujeme takové prostředí, které se dá měnit a přizpůsobovat klientovi. Postupem času se pro mnoho dětí stane Snoezelen nudný a přestane je stimulovat. Jeho obměnou děti znovu zaujmeme a motivujeme. Sociální prostředí je prostor sloužící k navazování sociálních vztahů mezi rodiči, klienty, terapeuty. Lze ho použít jako místo pro relaxaci, rozhovory nebo porady (srov. Filatová, Janků, 2010; Tichá 2011).

2.2.5 Canisterapie

„Vztah člověka a psa je symbolem lásky a věrnosti.“

(Bradáčová in Hanák, Bradáčová a kol. 2011, str. 77)

Canisterapie se vyvinula z mnohaletých zkušeností soužití člověka se psem. Již ve Franské říši v 8. století se psi využívali v léčebných zařízeních. V 18. století pomáhali v anglickém Yorku při léčení duševně chorých pacientů nebo v roce 1942 při rehabilitaci amerických veteránů z války. Příkladů, kdy byl pes nápomocen člověku, by se našlo nesčítelně mnoho (Hanák, Bradáčová a kol., 2011). Canisterapií se v širším pojetí rozumí chování psa v běžných domácnostech, kde je součástí rodiny a zároveň působí terapeuticky. V užším slova smyslu chápeme jeho využití jako prostředek v podpůrné alternativní terapii. Pes pomáhá k celkovému rozvoji klienta, stimuluje ho, motivuje ho, ovlivňuje lidskou psychiku, přispívá k navázání vztahů mezi terapeutem a klientem. Samotný název canisterapie vznikl složením slova *canis* (pes) a *therapeia* (léčba) (Vrbová in Müller, 2005). Galajdová (1999) vymezuje canisterapii jako způsob terapie, která využívá pozitivního vlivu psa na zdraví člověka. Zdraví podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) popisuje jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Dále uvádí, že je při terapii kladen důraz na řešení psychologických, emočních a sociálně - integračních problémů. Za druhotné pokládá ovlivňování fyzického zdraví jedince.

V zooterapii obecně se rozlišují dvě základní metody užití zvířat. AAA (Animal Assisted Activities – „aktivity za pomoci zvířat“) je metoda, při které vznikají aktivity spontánně bez předem určeného cíle, které vyplývají z momentální situace, z naladění klienta v dané chvíli. Kontakt psa a jedince je zaměřen na zlepšení jeho kvality života. Výsledky této metody nejsou měřitelné. Výstupem bývají pocity, které nabyl klient během terapeutického setkání se zvířetem. AAA můžeme rozdělit na formu pasivní a interaktivní. Nejjednodušší forma je pasivní, kdy pes pozitivně ovlivňuje pouze svou přítomností a klient se o zvíře nestará. Interaktivní může být dvojího typu. Rezidentní, kdy je zvíře přítomno v zařízení a klient se o něho stará. Dalším je typ návštěvní.

V tomto případě do zařízení psovod se psem pravidelně dochází. Vzhledem k náročnosti na celkovou péči o psa je tento typ v České republice upřednostňován. Druhou je metoda AAT (Animal Assisted Therapy- „terapie za pomoci zvířat“). Charakteristická je tím, že kontakt člověka a zvířete bývá záměrný, plánovaný a má určitý cíl. Terapie musí být vedena profesionálem, vyžaduje diagnostiku a výsledky jsou měřitelné (srov. Galajdová, 1999; Vrbová in Müller, 2005). Některé zdroje (Velemínský a kol., 2007; Pomocné tlapy, 2009 - 2013) uvádějí třetí metodu AAE (Animal Assisted Education - „vzdělávání za pomoci zvířat“). Zde se uplatňuje pozitivní vliv psů na děti se specifickými potřebami při vzdělávání nebo jako součást zážitkové výuky.

Canisterapie se účastní canisterapeutický pes, psovod, klient a terapeut – fyzioterapeut, logoped, speciální pedagog, vychovatel, psycholog. Vhodné plemeno pro canisterapii není striktně určeno. Nezáleží ani na tom, zda je zvíře čistokrevné či není. Důležitá bývá povaha daného psa, výcvik a výchova. Vliv má také prostředí, ve kterém žije. Větší předpoklad nalezneme u fen. Pes je cvičen od štěněte a každé dva roky musí absolvovat zkoušky. Nesmíme zapomínat, že i on je živý tvor, který musí být k práci kladně motivován a při terapeutické činnosti se musí brát ohledy i na jeho potřeby. Psovod bývá nejčastěji majitelem psa. Má za něj plnou zodpovědnost. Stará se o něj, pečuje o jeho zdraví, vychovává ho a připravuje ho na zkoušky. Při samotné terapii to bývá on, kdo dává zvířeti pokyny, které vyžaduje klient nebo terapeut. Pes totiž výhradně poslouchá svého majitele. Dále se podílí s terapeutem na přípravě terapeutické jednotky. Roli terapeuta zastupuje odborník se zdravotnickou, sociální nebo pedagogickou průpravou. Terapeut stanovuje cíle, sestavuje plán průběhu terapie a hodnotí její výsledky. Terapeut se věnuje klientovi a psovod se stará o psa, společně spolupracují. Oba musí mít odborné znalosti. Klient musí podstupovat terapii dobrovolně, nesmí být nucen. Vzhledem k typu pacienta se volí i druh plemene. Klient ze zvířete nesmí mít strach, při sebemenším projevu nejistoty klienta se canisterapie neprovádí (srov. Velemínský a kol, 2007; Vrbová in Müller, 2005).

Forma, která se volí pro canisterapii, vychází z možností jednotlivých zařízení a z potřeb klienta. Při individuální formě se setkává jeden klient s jedním psem. Výhoda této formy spočívá v intenzivnějším kontaktu člověka se zvířetem. Terapeutický proces je plánovaný přímo pro něho. Cílené působení má vyšší efekt. Eliminovány jsou rušivé

vlivy většího počtu lidí, převážně u dětí. Skupinové terapie se účastní vhodný počet klientů a jeden nebo více psů. Každý pes by měl mít svého psovoda. Zde je důležité propojení aktivit se psem a s následujícími aktivitami, které se věnují pouze psímu tématu, během kterých má pes možnost si odpočinout. Již zmiňovaná forma návštěvního typu probíhá jednou týdně nebo jednou za čtrnáct dní, a to v zařízení sociálních služeb nebo ve školských zařízeních. Canisterapie může být součástí jednorázové aktivity, kdy se pes stává zpestřením pro klienta. U dětí ji lze zařadit k získání zkušeností a k seznámení se se zvířetem. Děti si vytváří pozitivní vztah ke psům, učí se, jak se k nim správně chovat a jak s nimi zacházet. Canisterapie pobytová se využívá v rámci táborů, víkendových pobytů nebo dlouhodobých rehabilitačních pobytů (Tichá in Velemínský a kol., 2007).

„Podstatou a cílem programu canisterapie na školách je využití psa jako terapeutického prostředku, partnera, společníka a pomocníka při procesu vývoje dítěte a jejich pozitivního ovlivnění jak po stránce rozumové, citové, tak především sociální.“
(Ungerová, 2008, str. 100).

Ze speciálně – pedagogického pohledu má canisterapie úspěch u mnoha klientů. Cíle vychází opět z diagnózy, potřeb, zájmů, dovedností, schopností dítěte, ale závisí i na zvoleném způsobu dané terapie, jestli se jedná o AAA nebo AAT metodu. U mentálně postiženého dítěte pes zvyšuje zájem a udržuje jeho pozornost. Zprostředkovává mu kontakt s okolním světem. Podporuje u něho sebeobslužné dovednosti, tím že psa češe, krmí, čistí mu uši. Kartáčováním si dítě posiluje motorické schopnosti. Rozvíjí sociální vazby, motorické dovednosti, řeč a emoční stránku. Svou přítomností hlavně velký pes zvyšuje pocit bezpečí a jistoty, naopak malý vzbuzuje u dítěte ochránářské pouto. Posiluje verbální a neverbální komunikaci. Dítě se psem hovoří, používá gesta a mimiku. U klientů s hlubokým mentálním postižením se uplatňuje vliv fyzického kontaktu se psem (srov. Galajdová, 1999; Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011; Velemínský a kol. 2007). Dle Eisertové (in Velemínský a kol. 2007) se pes u osob tělesně postižených používá k motivaci u pohybových aktivit, při rehabilitaci a fyzioterapii. Pomáhá k uvolňování spasticity, rozvíjí jemnou a hrubou

motoriku. Zvyšuje mu sebedůvěru a pocit soběstačnosti. Překonává bariéry při navazování kontaktů s rodiči, s ošetřujícím personálem, terapeutem. Autisté se těžce orientují v citových projevech jako je radost, hněv, smutek, lítost. Pes je pro ně prostředníkem, přes kterého mohou komunikovat s okolním. Psům rozumí a ten rozumí jim. Autističtí lidé neumí číst v lidské tváři a v gestech, ale pomocí psa, který reaguje na momentální naladění jiné osoby, odvodí jednání lidí kolem. Dále jim dává lásku a možnost fyzického kontaktu, který často odmítají právě od lidí. Musíme si však uvědomit, že to neplatí u každého jedince. Osoby se smyslovým postižením překonávají pomocí psa různé bariéry. Ten jim nahrazuje chybějící smyslovou funkci, přispívá k jejich soběstačnosti a nezávislosti. Nenahraditelnou úlohu má pes u epileptiků. Vycvičený pes umí rozpoznat blížící se záchvat a upozornit na něj epileptika či okolí. Dokáže mu v některých situacích pomoci a předejít například zranění (Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011).

V České republice byl pojem canisterapie poprvé použit v roce 1993. Mezi významné osoby řadíme Dr. Jiřinu Lacinovou, prof. Miloše Velemínského, prof. Zdeňka Matějčka a prof. Zdeňka Veselovského. V roce 1995 vznikla Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ), která se soustředila i na psy. Samotná Canisterapeutická společnost vznikla o dva roky později pod vedením Lenky a Zdeňky Galajdové. Společnost začala udělovat první atesty pro psy, seznamovala laickou veřejnost a zvýšila celkový zájem o canisterapii. Zánik společnosti mezi lety 2000 – 2001, inicioval velký rozvoj organizací na regionální úrovni. Avšak nebyla ustanovena jednotná koncepce a pravidla v rámci terapie. To vedlo v roce 2003 k založení Canisterapeutické asociace (CTA), která sjednocuje organizace zabývající se canisterapií (srov. Eisertová, 2008; Velemínský a kol., 2007).

2.2.6 Hipoterapie

Hipoterapie pochází ze slova řeckého původu *hippos* (kůň) a *therapeia* (léčba). Zjednodušeně řečeno se jedná o léčbu za pomoci koně. Hipoterapie patří do oboru hiporehabilitace (Pipeková, Vítková ed., 2001).

Česká hiporehabilitační společnost (2011 – 2013) charakterizuje hipoterapii jako léčebnou metodu, která působí prostřednictvím pohybových impulzů. Ty vznikají při koňské chůzi a přenáší se na klienta, který je s koněm v kontaktu. Tímto způsobem dochází ke stimulaci centrální mozkové soustavy, která reaguje na změny polohy těla a vysílá rozkazy organismu, aby na dané impulzy odpověděl správně. Lidská chůze má určitý řád a rytmus, jenž je podobný koňskému. Toho využívá hipoterapie při rehabilitaci u osob s poruchou pohybu, rovnováhy a vývoje vzpřimování. Posadíme-li klienta na koňský hřbet, musí se mu přizpůsobit, jinak by se na něm neudržel.

Podle Pipekové (in Pipeková, Vítková ed., 2001) slouží kůň jako terapeutický prostředek, při jehož pohybu dochází u klienta k neustálému střídání napětí a uvolnění těla, ikdyby byl naprosto pasivní. Jde o soulad pohybu klienta a pohybu koně. Prvotně se tedy jedná o rehabilitaci ve smyslu fyzikálním, kdy se jízdou na koni podporuje vývoj tělesného vnímání. Aktivní pohyb má příznivý dopad na vnitřní orgány. Povzbuzuje kardiovaskulární systém, zlepšuje prokrvení orgánů, urychluje peristaltiku střev nebo působí na dýchací systém. Jízdou na koni můžeme posilovat tři základní senzorické oblasti – oblast pro rovnováhu, oblast proprioreceptivní a taktilní. V koňském sedle musí klient neustále vyrovnávat pohyby dopředu a dozadu, nahoru a dolů, z jedné strany na druhou. Dále si dítě uvědomuje různé části těla. Mezi taktilní podněty můžeme zařadit pocit koňského těla pod sebou, vnímání jeho síly a energie. Příjemná je i tělesná teplota koně, která je o stupeň vyšší než teplota lidského těla (Dudková in Müller, 2005).

Hipoterapie však nevyužívá pouze působení koně na stránku tělesnou, ale samozřejmě ovlivňuje i duševní a sociální zdraví člověka. Setkání s koňmi bývá velký, vzrušující zážitek, který naplní radostí a pozitivním uspokojením. Je však důležité mít na paměti, že kůň je silný tvor, který budí respekt a v první chvíli z něj mohou mít děti strach. Ti se při práci se zvířaty učí trpělivosti, úctě, sebeovládání,

koncentraci, vytrvalosti a překonávání překážek. Vliv má také samotné prostředí, ve kterém se hipoterapie provádí. Atmosféra ve stáji v dětech zvyšuje motivaci a snahu. Zapomínají na denní problémy, což vede k celkovému povzbuzení jejich psychiky. Významným přínosem je zvýšení jejich sebevědomí. Kůň se stává také vhodným prostředníkem pro navazování mezilidských vztahů. Dítě naslouchá dospělému, jak se chovat ke zvířeti a přijímá jeho rady. Dále také potřebuje ventilovat své zážitky svému okolí, čímž dochází k dalším sociálním kontaktům (Dudková in Müller, 2005).

Pro ucelení a orientaci zařazení hipoterapie uvedme pár termínů. Dle České hiporehabilitační společnosti (2011 – 2013) je hiporehabilitace „...*zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním znevýhodněním / specifickými potřebami. Hiporehabilitace se dělí do několika disciplín: hipoterapie, psychoterapie pomocí koně, aktivity s využitím koní a parajezdectví.*“ Psychoterapie pomocí koně (PPK) je psychoterapeutická metoda, která využívá vlastností koně k ovlivňování duševních poruch a onemocnění. Aktivity s využitím koní (AVK) patří k metodě speciální a sociální pedagogiky. Cílem je působit na klienta v oblasti výchovy, vzdělávání a rozvoje sociálních dovedností. V parajezdectví se jedná o jízdu na koni z hlediska sportovní disciplíny pro zdravotně znevýhodněné.

Terapeutického procesu se účastní kůň, cvičitel, terapeut, pomocník, klient a lékař. Vybrat vhodného koně k terapii není snadné. Prvním kritériem je zdraví a tělesné proporce. Podle Šupákové (2008) se přihlíží na výšku koně, na šířku hřbetu, na délku kroku a jeho měkkost a plynulost, na souměrnost svalových partií... Po psychické stránce musí být kůň vyrovnaný, trpělivý, klidný. Nesmí se lekat nebo být lechtivý. Jeho charakter nesmí být pokřivený. Našli bychom i další požadavky. Při přiřazení koně k jednotlivým klientům se vychází z diagnózy a z aktuálního stavu klienta. Další členek hipoterapeutického týmu je cvičitel. Ten se stará o koně, jezdí jej, připravuje ho na situace při terapii, dohlíží na jeho psychickou a fyzickou pohodu. V den, kdy probíhá terapie, zajistí vypořádání koně, vyčistí ho, dá mu postroj a osedlá ho. Během terapie může vést koně v kroku nebo je k tomu určena jiná osoba, vodič koně. Zodpovědnost

cvičitele je zajistit bezpečnost terapie. Sleduje reakce koně a vyvozuje z nich opatření, které vedou k maximálnímu bezpečnému průběhu terapeutického procesu. Jejich vzdělání zajišťuje Česká jezdecká federace a pro hiporehabilitaci jsou školeni Českou hiporehabilitační společností. Vlastní terapii provádí proškolený fyzioterapeut či ergoterapeut. Vybírá vhodného koně, určuje způsob sedu klienta na koni, diktuje tempo chůze koně, stanovuje délku terapie a má za ní zodpovědnost. Asistent neboli pomocník jistí klienta během hipoterapie. Lékař indikuje terapii, sleduje ji a vyhodnocuje její efekt (srov. Velemínský a kol., 2007; Česká hiporehabilitační společnost, 2011 – 2013).

Hipoterapie je indikována a lze použít nejčastěji u těchto poruch a postižení:

- dětská mozková obrna
- roztroušená skleróza
- degenerativní onemocnění svalů
- skoliózy, bolesti zad
- kardiovaskulární onemocnění
- smyslové vady – oční, sluchové

(Dudková in Müller, 2005).

Šupáková (2008) zmiňuje, že terapii využívají u dětí s Downovým syndromem, u hyperaktivních dětí a u dětí s poruchou chování. Hipoterapii mohou podstoupit už od 2 měsíců. Kontraindikovaná je terapie u osob, které mají nepřekonatelný strach z koní, ale také pokud mají děti nevhodný oděv, vysokou tělesnou váhu či jsou unavené.

Kůň bez pochyby provází člověka již po tisíciletí. První zmínky o působení koně pochází již od Hippokrata a Galéna z dob antiky. Ze 17. století je popis cíleného využívání koně k léčbě. Tehdy předepisoval jízdu na koni k léčebným účelům němec Thomas Sydehman. U nás jsou počátky spojovány s užitím huculských koní k terapeutickému ježdění, jenž je v roce 1976 poprvé uplatnil RNDr. Otakar Leiský na Zmrzlíku u Prahy. Poté se hipoterapie rozšiřovala do rehabilitačních ústavů

(Chuchelná u Opavy), lázní (Karviná – Dakov, Luže – Košumberk), psychiatrických léčeben (Zbůh, Praha - Bohnice) a na další místa. Na začátku 90. let 20. století začali mít lidé zabývající se hiporehabilitací potřebu se sdružit a vyměňovat si získané zkušenosti (srov. Nerandžič, 2006; Lantelme, 2009). Proto byla v roce 1991 založena Česká hiporehabilitační společnost jako dobrovolné, nezávislé a nepolitické občanské sdružení, jehož členy jsou lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové, pedagogové, jezdečtí instruktoři, tedy ti co pracují s koňmi, ale také klienti s rodinnými příslušníky. Cílem společnosti je rozšiřovat povědomí o hiporehabilitaci, prosazovat odbornost po všech stránkách, školit pracovníky, pomáhat při zakládání nových center, zprostředkovávat kontakt mezi jednotlivci a pohybovat se i na mezinárodní úrovni (Česká hiporehabilitační společnost, 2011 – 2013).

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

Z teoretických poznatků o terapiích vyplývá, že mají svá opodstatnění při komplexní péči o postižené s kombinovanými vadami. Z tohoto důvodu by měly být zařazené již v ranném věku dítěte. Zde se nabízí možnost praktikovat terapie v mateřských školách. Proto jsem se rozhodla zjistit, jaké terapie se vůbec v MŠ vyskytují, kým jsou vedeny, jak často jsou do programu MŠ zařazovány, jakou formou atd.

3.1 Cíle, výzkumné hypotetické teze, metoda výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je analyzovat možnosti využití terapií v MŠ u dětí s kombinovanými vadami.

Dílčí cíle

1. Zjistit, které kombinované vady se u dětí vyskytují nejčastěji.
2. Zjistit nejvíce používané terapie v praxi, v mateřských školách.
3. Analyzovat úroveň odbornosti terapeuta.

Výzkumné hypotetické teze

Hypotetická teze č. 1: *Předpokládám, že nejvíce využívanou terapií v MŠ je muzikoterapie.*

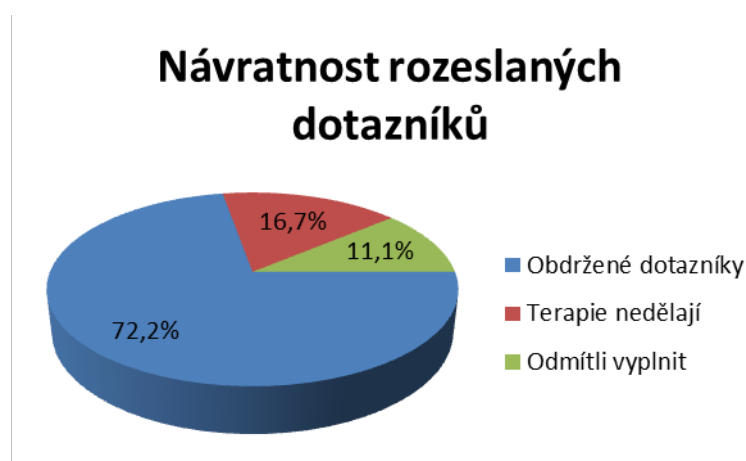
Hypotetická teze č. 2: *Hipoterapie nebude na žádné MŠ praktikována.*

Hypotetická teze č. 3: *Myslím si, že většina terapií bude prováděna speciálním pedagogem.*

Metoda výzkumu

Pro průzkum jsem zvolila metodu kvantitativního dotazníkového šetření. Zaměřila jsem se na speciální mateřské školy a mateřské školy se speciální třídou/ se speciálními třídami v Královehradeckém kraji. Dotazník byl určen ředitelkám speciálních mateřských škol nebo učitelkám ve speciálních třídách, které odpovídaly v rámci celé školy. Při přípravě jednotlivých otázek jsem vycházela z cílů diplomové práce. Původně jsem vytvořila dotazník, který byl členěn na jednotlivé terapie, u každé bylo 7 otázek. Ten se však při pilotní studii v MŠ Husova Hořice neosvědčil, jelikož byl moc dlouhý a učitelky neměly čas a zájem ho vyplňovat. Z tohoto důvodu byl vytvořen nový dotazník, který obsahuje 12 otázek.

Graf č. 1 Procentuální vyjádření návratnosti rozeslaných dotazníků



Respondentky vybíraly z nabízených odpovědí nebo odpovídaly na polootevřené a otevřené otázky s možností jedné či více odpovědí. Celkem bylo osloveno 18 mateřských škol. Vyplněno bylo nakonec 13 dotazníků (72,2 %). Některé jsem rozdávala osobně a některé byly rozeslány elektronicky. Při osobním kontaktu jsem měla možnost dotazovaným položit doplňující otázky. Každou mateřskou školu jsem nejdříve oslovila telefonicky a domluvila se s paní ředitelkou, kdy mohu jejich zařízení navštívit. Někdy mi nabídly, že jim dotazník mohu poslat e-mailem. Ve dvou případech jsem se setkala s velkou neochotou ředitelek, které mi odmítly pomoci. Jako první důvod uvedly nesčetné množství dotazníků, které jim denně chodí a jako druhý zmínily práci se svými studenty, kteří u nich absolvují praxi v rámci studia na středních

pedagogických školách. Mezi oslovenými byly i 3 mateřské školy logopedické. Zde však také nedošlo k vyplnění dotazníků, jelikož neprováděly žádnou z uvedených terapií a děti v dotazovaných školách neměly kombinované vady. Ostatní ředitelky a učitelky byly velice ochotné a nakloněné mi pomoci.

Výzkumné otázky dotazníku:

- Typ mateřské školy.
- Jaký typ kombinované vady se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?
- Je kapacita speciálních tříd naplněna?
- Jsou terapie zahrnuty ve Školním vzdělávacím programu?
- Jaké terapie Vaše MŠ nabízí?
- Označte nebo napište, kde terapie probíhají.
- Označte, kým jsou terapie vedeny.
- Jak často jsou terapie řazeny do programu MŠ?
- Jakou formou terapie probíhá?
- Preferujete nějakou terapii u určité kombinace vad a proč?
- Jsou děti, kterým některá z terapií nedělá dobře? Uveďte, která je to terapie a jaká kombinace vad, Z jakých důvodů?
- Jsou nějaké terapie, které byste rádi provozovali a z jakých důvodů doposud v MŠ nejsou?

(Dotazník viz Příloha 1)

3.2 Analýza výzkumu

Otázka č. 1: Typ mateřské školy

Tabulka č. 1 Typ mateřské školy

Typ mateřské školy	
	Počet obdržených dotazníků
Speciální MŠ	8
MŠ se speciální třídou / speciálními třídami	5
Celkem	13

Tabulka č. 1 ukazuje, na kterých mateřských školách byly dotazníky vyplňovány. Z celkového počtu 13 obdržených dotazníků bylo 8 (61,5 %) dotazníků ze speciálních mateřských škol a 5 (38,5 %) z mateřských škol se speciální třídou či třídami. Otázku jsem položila za účelem zjištění, zda se terapie v různých typech škol budou mezi sebou výrazně lišit či bude tento rozdíl zanedbatelný. Šetření ukázalo, že v některých případech je rozdíl patrný. Vzhledem k početnímu rozložení je možné srovnání, které uvedu u konkrétních otázek níže.

Otázka č. 2: Jaký typ kombinované vady se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?

V dotazovaných MŠ se nejvíce objevuje kombinace mentální retardace společně se smyslovou vadou, tuto kombinaci uvedlo 7 učitelek (53,8 %), z toho 4 konkrétně vadu řečovou. Následně v 5 školách (38,5 %) ze 13 se vyskytují děti s tělesnou a smyslovou vadou. V 5 případech (38,5 %) jsou zmiňovány děti s autismem nebo s autistickými rysy, ať už jako se samotným postižením nebo v kombinaci s jiným. Pouze v jediné MŠ nemají děti žádné kombinované postižení.

Odpovědi: Tělesné a smyslové, smyslové a řečové vady. Mentální retardace a smyslová vada.

Nejvíce v našem zařízení jsou děti s poruchou autistického spektra s různým stupněm mentální retardace, dále tělesné vady a logopedické vady.

Tělesné a logopedické vady. Mentální retardace a logopedické vady.

Mentální retardace a opožděný vývoj řeči, poruchy autistického spektra.

Tělesná (DMO), mentální a smyslová postižení, vady řeči a autismus.

Střední mentální retardace s oční vadou, střední mentální retardace s Downovým syndromem.

Mentální retardace a autismus. Mentální retardace se smyslovými vadami – řeči, sluchu, zraku.

DMO a děti s autistickými rysy v kombinaci s mentálním postižením.

Středně těžká mentální retardace (příčina DMO) s narušenou komunikační schopností a vada zraku s narušenou komunikační schopností.

Mentální a tělesné postižení. Autistické rysy s opožděným tělesným vývojem.

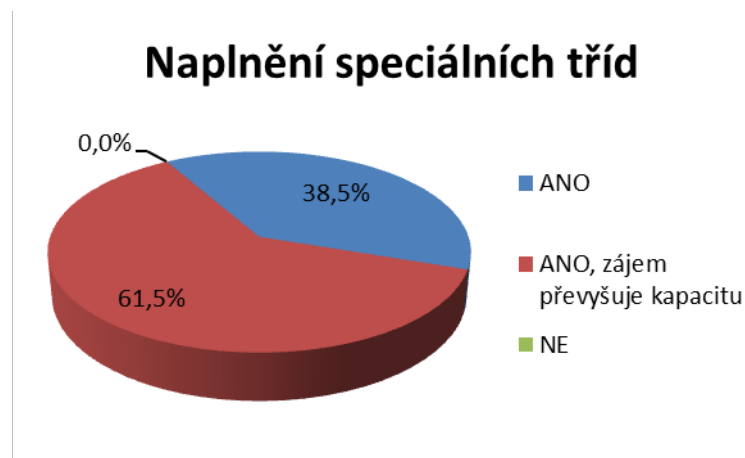
Kombinovaná vada žádná – pouze krátkozrakost, dalekozrakost, strabismus, amblyopie. (pozn. MŠ zaměřená na vady zraku, terapie využívá).

Mentální retardace, autismus, tělesné postižení, DMO, tupozrakost, šilhavost.

Tělesné a smyslové vady, DMO a řečové vady, sluchové vady.

Otázka č. 3: Je kapacita speciálních tříd naplněna?

Graf č. 2 Naplnění speciálních tříd

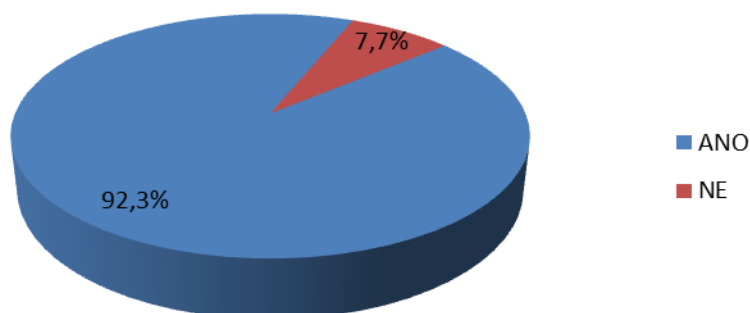


V této otázce učitelky uváděly, zda je jejich kapacita tříd naplněna nebo ne. Ani v jedné škole v Královéhradeckém kraji se nestalo, že by třída nebyla plně obsazena. Necelá jedna polovina (38,5%) odpověděla *ano* a druhá (61,5%) zaškrtnla možnost – *ano, zájem převyšuje kapacitu*. V pěti případech dotazované uvedly i počet nepřijatých dětí v letošním školním roce. Velice překvapující bylo množství u jedné, nejmenované speciální MŠ, kde nepřijali 35 dětí. Další školy nepřijaly dohromady 15 dětí. Zájem rodičů dát děti do specializovaných MŠ je tedy obrovský. Bohužel nebylo zjištěno, zda byly přijaty v jiném zařízení či ne. To by vyžadovalo hlubší průzkum.

Otázka č. 4: Jsou terapie zahrnuty ve Školním vzdělávacím programu (ŠVP)?

Graf č. 3 Procentuální zahrnutí terapií v ŠVP

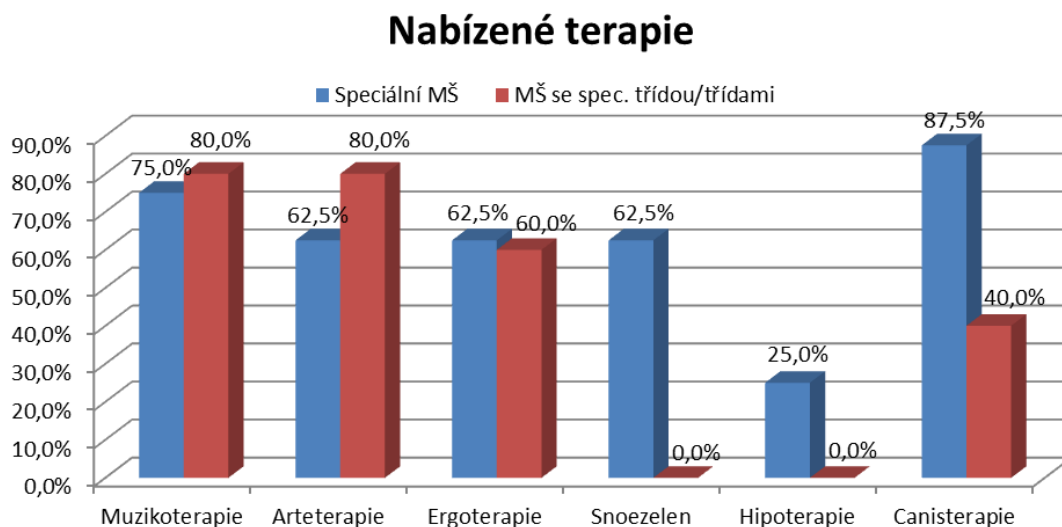
Procentuální zahrnutí terapií v ŠVP



Jak vyplývá z grafu č. 3, u absolutní většiny škol (92,3 %) jsou terapie součástí ŠVP a u 7,7 % ne. U této otázky jsem se chtěla dozvědět, jak velkou váhu přikládají v MŠ praktikování terapií. Domnívám se, že v případě zařazení terapií do školního programu, uznávají učitelky tento způsob jako další možnost alternativní podpory k celkovému rozvoji dětské osobnosti. Na druhou stranu cituji důvod ředitelky, proč terapie nejsou součástí jejich ŠVP: „Terapie nejsou zahrnuty ve ŠVP, jelikož máme ze 14 dětí ve třídě obvykle 1, nejvýše 2 děti s kombinovanou vadou v ročníku. Rodiče si tak zajišťují tuto formu podpory individuálně, v rámci ucelené rehabilitace.“ Nemyslím si, že je to důvod k nezařazení terapií do programu MŠ. Ty jsou samozřejmě prospěšné i pro děti s nejrůznějším postižením. Terapie jsou prováděny individuálně či skupinově, a proto je možné terapie do výuky v MŠ zahrnout. Na druhou stranu v MŠ nemusí být dostatek odborného personálu nebo speciálních pedagogů, asistentů, aby terapie mohla být uskutečňována individuální formou.

Otázka č. 5: Jaké terapie Vaše mateřská škola nabízí?

Graf č. 4 Nabízené terapie



Tato otázka zjišťovala, které terapie jsou nejvíce v MŠ zastoupeny. Zde bylo zajímavé rozdělit MŠ podle typu zařízení.

Z výsledků je zřejmé, že ve speciálních mateřských školách je nejčastěji využívána canisterapie (87,5 %). Toto zjištění je velice překvapující vzhledem k tomu, že tuto terapii nemůže škola provozovat sama a musí do ní docházet canisterapeut se psem. Druhou nejvíce praktikovanou terapií je muzikoterapie (75,0 %). Stejné zastoupení mezi sebou mají ergoterapie, arteterapie a Snoezelen (62,5 %). Domnívám se, že vysoké umístění Snoezelenu je způsobeno neustálou snahou učitelů se sebevzdělávat a přinášet do jejich MŠ nové možnosti využití terapií. Nejméně je provozována hipoterapie (25 %).

Oproti tomu v MŠ se speciální třídou/ třídami má největší zastoupení muzikoterapie a arteterapie (80,0 %). Na druhé místo se řadí ergoterapie (60,0 %). Nejméně využívána bývá canisterapie (40,0 %). Hipoterapii a Snoezelen nepraktikují v těchto zařízeních vůbec. Tyto hodnoty však mohou být do značné míry zkresleny malým počtem dotazníků. Vliv na využívání terapií mají dle mého názoru bezesporu finanční možnosti MŠ a v druhé řadě požadavky na uskutečnění jednotlivých terapií.

Tabulka č. 2 Nabízené terapie

Nabízené terapie			
	Speciální MŠ	MŠ se spec. třídou/třídami	Celkem
Muzikoterapie	6	4	10
Arteterapie	5	4	9
Ergoterapie	5	3	8
Snoezelen	5	0	5
Hipoterapie	2	0	2
Canisterapie	7	2	9

V posledním sloupci tabulky č. 2 je celkové shrnutí nabízených terapií v našem kraji. Nejvíce užívanou terapií je v 10 případech (77,0 %) muzikoterapie. Dle mého názoru je tato terapie zastoupena nejčastěji z důvodu každodenní hudební činnosti v MŠ. Otázkou však je, do jaké míry se jedná o muzikoterapii. Dvě učitelky uvedly, že prvky terapií jsou zahrnuty v rámci denního programu dětí. Předpokládám tedy, že terapie nemají všechny náležitosti, aby se jednalo o skutečnou terapii v pravém slova smyslu. Dále mají velké zastoupení v MŠ v 9 zařízeních arteterapie a canisterapie (69,2 %). Nejmenší zastoupení zaujímá v celkovém vyhodnocení hipoterapie (15,4 %). Na tuto terapii má velký negativní vliv, že hipoterapii nelze uskutečňovat v areálu školy (pokud MŠ nedisponuje zahradou) a nejčastěji ani v nejbližším okolí není zařízení, které tuto aktivitu nabízí.

V posledním bodě této otázky mohly respondentky uvést, které aktivity a jiné formy podpory v MŠ nabízejí.

Odpovědi: Terapie v solné jeskyni (3x)

Logopedická péče (3x)

Fyzioterapie (2x)

Chirofonetika (2x)

Reiki

Terapie jemné a hrubé motoriky

Rehabilitace

Hydroterapie

Práce na počítači formou vzdělávacích programů pro předškolní děti

Provádíme pleoptická cvičení a zrakovou stimulaci pomocí speciálních přístrojů PLT 1, dále se věnujeme reprodukční a kompenzační činnosti – pleopticko - ortopedická cvičení, sluchová cvičení, hmatová cvičení, cvičení zaměřená k výcviku prostorové orientace, cvičení na fixaci paměti, pozornost a představivost v jednotlivých oblastech.

Míčkování

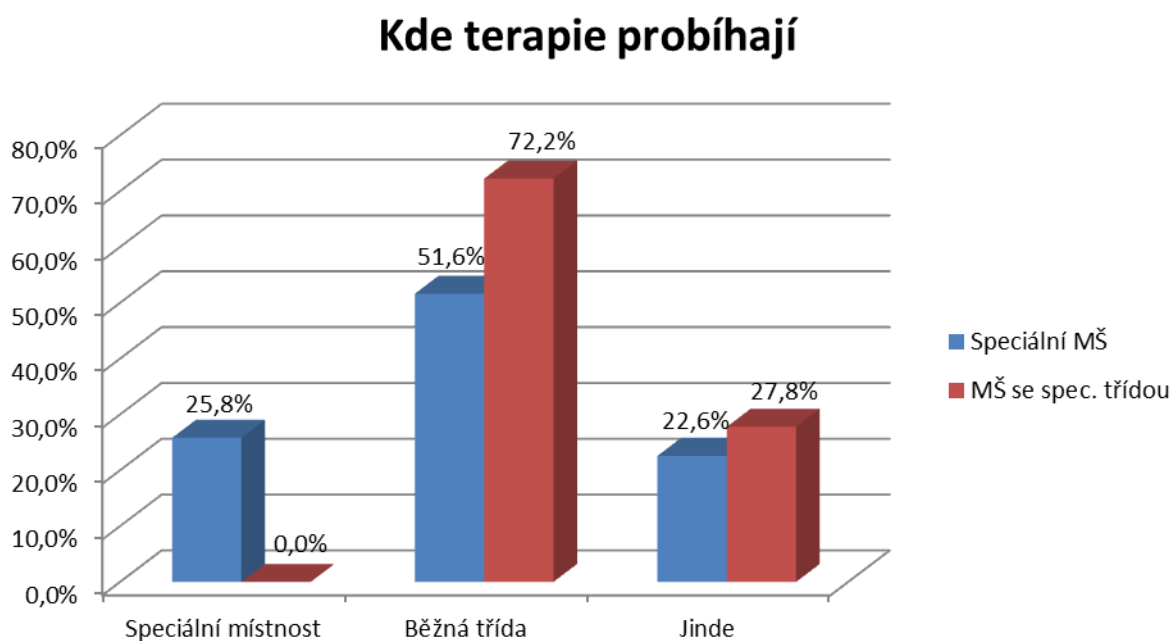
Synergetická reflexní terapie

Otázka č. 6: Kde terapie probíhají?

Tabulka č. 3 Odpovědi na otázku „Kde terapie probíhají?“

Kde terapie probíhají			
	Speciální místnost	Běžná třída	Jinde
Muzikoterapie	1	9	3
Arteterapie	1	8	2
Ergoterapie	1	6	1
Snomezelen	4	0	1
Hipoterapie	0	0	2
Canisterapie	1	6	3

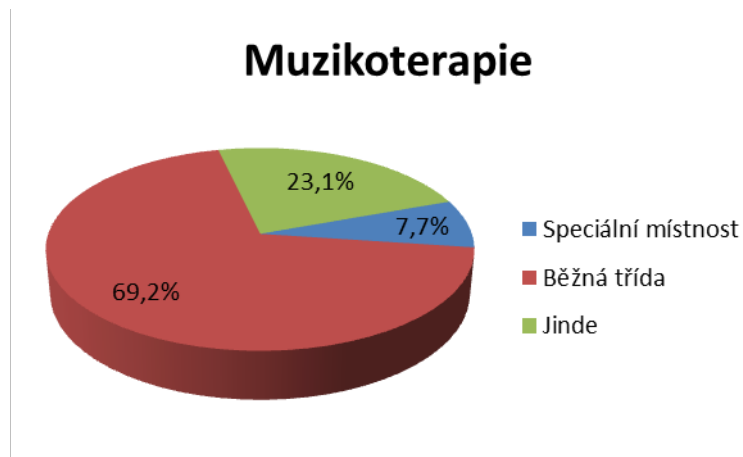
Graf č. 5 Procentuální vyjádření, ve kterých prostorách terapie probíhají ve speciálních MŠ a v MŠ se speciální třídou.



Další otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou pro terapie vyhrazené speciální prostory. Z grafu č. 5 vyplývá, že v obou typech zařízení nejčastěji realizují terapie v běžných třídách, kde probíhají i ostatní aktivity. Větší zastoupení v tomto případě mají v běžných MŠ se speciální třídou (72,2 %) oproti speciálním MŠ (51,6 %). Z výsledků průzkumu vidíme, že speciální MŠ se snaží vytvořit co nejlepší podmínky, a tak mají pro některé terapie vyhrazené místnosti (25,8 %), zatímco v MŠ se speciální třídou žádné speciální místnosti nemají.

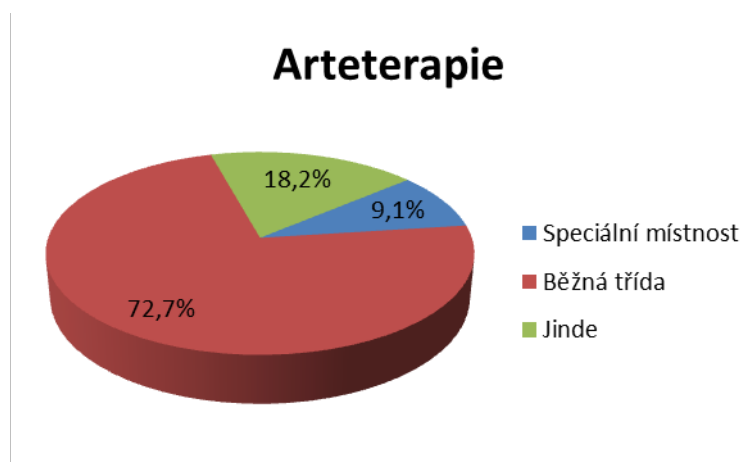
Následuje zhodnocení terapií, nezávisle na typu v jakém zařízení je terapie realizována.

Graf č. 6 Muzikoterapie – místo realizace

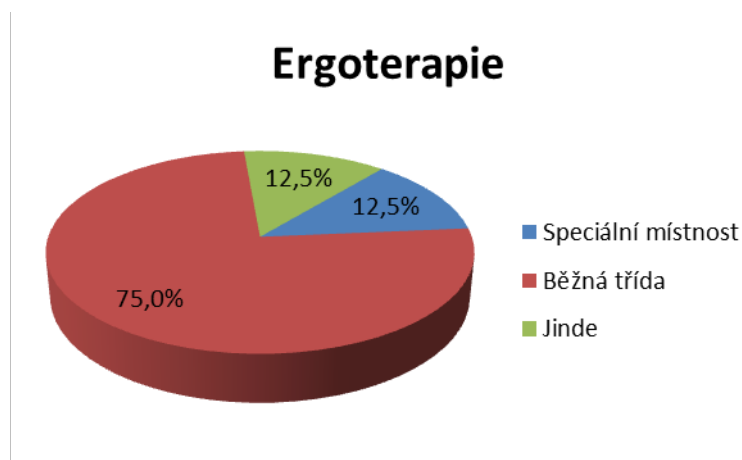


Muzikoterapie probíhá nejčastěji v běžné třídě (69,2 %). Domnívám se, že je to způsobené tím, že prvky muzikoterapie učitelky zařazují do různých činností, kterým se děti věnují v průběhu dne. V běžné třídě tráví děti většinu času během pobytu v MŠ. Ve 23,1 % dochází k realizaci terapie např. v herně, ve sboru, při pobytu venku nebo ve školní družině. Za speciální místnost se považuje Snoezelen nebo hudebna.

Graf č. 7 Arteterapie – místo realizace

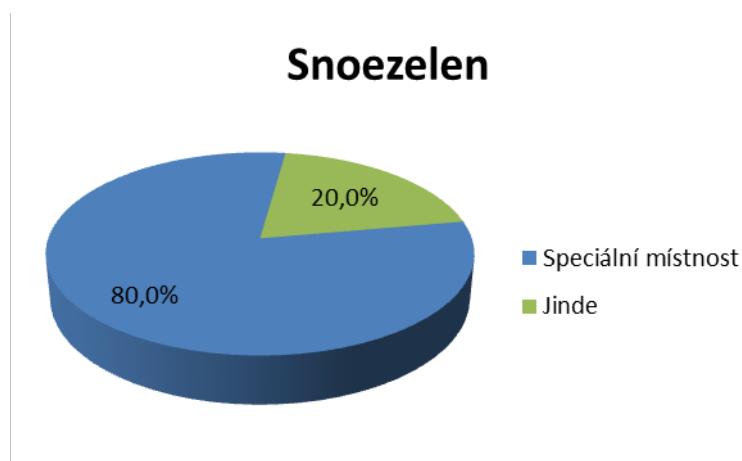


Graf č. 8 Ergoterapie – místo realizace



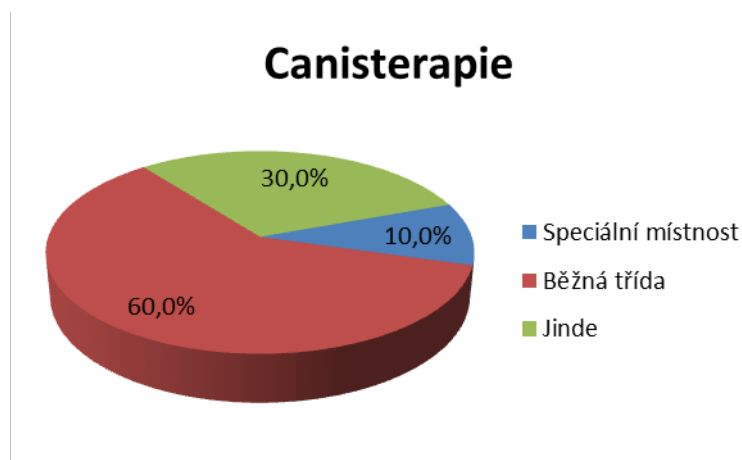
Společně můžeme zhodnotit arteterapii a ergoterapii. Obě tyto terapie probíhají dle očekávání hlavně v běžné třídě - arteterapie v 72,7 % a ergoterapie v 75,0 %. Pokud je arteterapie realizována v jiných prostorách, je součástí výtvarného kroužku, který MŠ nabízejí nebo při pobytu venku. Ergoterapie je pak nabízena v rámci kroužku v Domě dětí a mládeže, který spadá pod MŠ.

Graf č. 9 Snoezelen – místo realizace



Metoda Snoezelenu je postavena na specifickém prostředí, kterým je multisenzorická místnost. Z grafu č. 9 by se dalo předpokládat, že neprobíhá pouze v této místnosti, což by však bylo zavádějící. Do uvedených 20 % spadá MŠ, která nemá vlastní Snoezelen a multisenzorickou místnost navštěvují v prostorách základní speciální školy.

Graf č. 10 Canisterapie – místo realizace



Canisterapie, stejně jako většina terapií, probíhá nejčastěji v běžných třídách (60,0 %). Zde se však nabízí velký prostor trávit čas se psem na přilehlých zahradách, pokud tedy v MŠ jsou. Učitelky také uváděly, že při některých návštěvách chodí děti se psi na procházky.

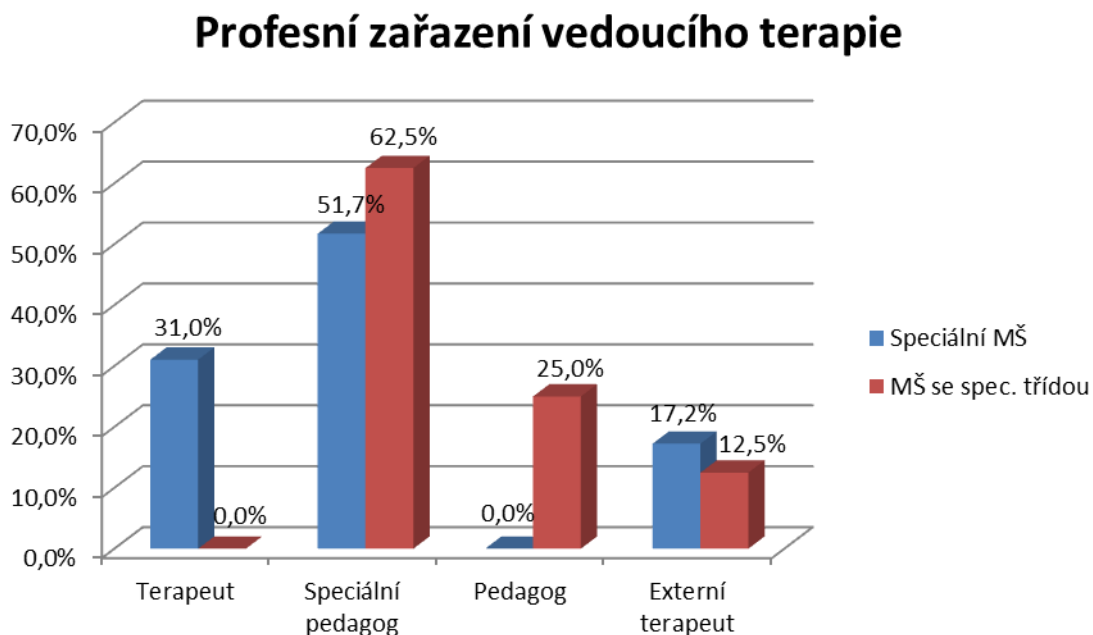
V případě hipoterapie nebylo nutné grafické znázornění. Obě MŠ školy navštěvují příslušná zařízení, školní statky, kde jsou koně ustájeny a kam společně s dětmi dochází.

Otázka č. 7: Kým jsou terapie vedeny?

Tabulka č. 4 Profesionální zařazení vedoucího terapie

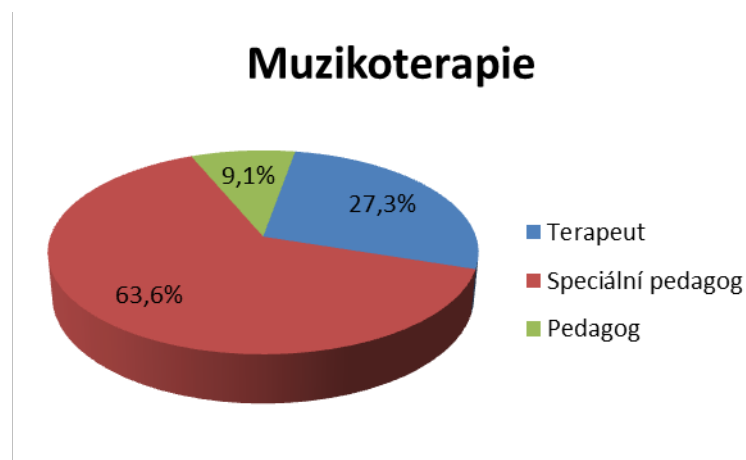
Profesionální zařazení vedoucího terapie				
	Terapeut	Speciální pedagog	Pedagog	Externí terapeut
Muzikoterapie	3	7	1	0
Arteterapie	1	7	2	0
Ergoterapie	1	7	1	0
Snnozelen	1	4	0	0
Hipoterapie	0	0	0	2
Canisterapie	3	0	0	5

Graf č. 11 Profesní zařazení vedoucího terapie

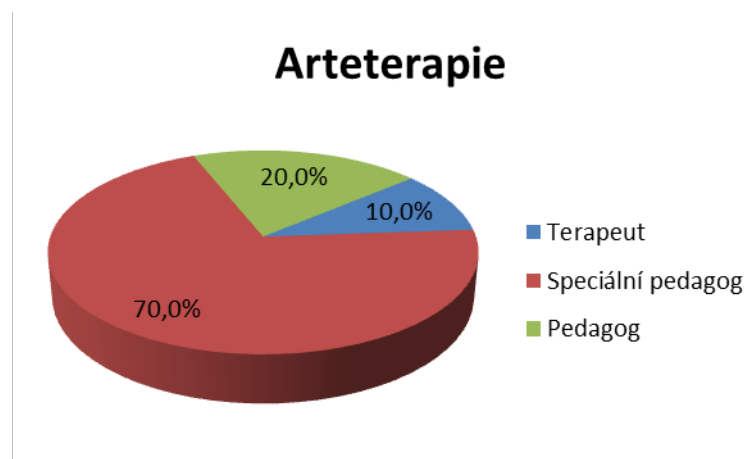


Záměrem této otázky bylo zjistit, zda jsou terapie prováděny odborníky ve své profesi a mají tedy terapie všechny náležitosti. Jednoznačně z grafu č. 11 vyplývá, že jsou terapie nejvíce vedeny speciálními pedagogy, a to v obou typech zařízení. Speciální pedagog se seznamuje se základními znalostmi o terapiích již během studia na střední a vysoké škole. Dále je také jednoznačné, že v MŠ se speciální třídou není dostatek vyškolených terapeutů, v samotných školách se nevyskytuje žádný terapeut a některé terapie provádí externí terapeuti (12,5 %). Oproti tomu ve speciálních MŠ jsou terapie vedeny jak terapeuty (31,0 %) tak i externími terapeuty (17,2 %). Všichni pedagogové v těchto školách mají odborné vzdělání – speciální pedagog.

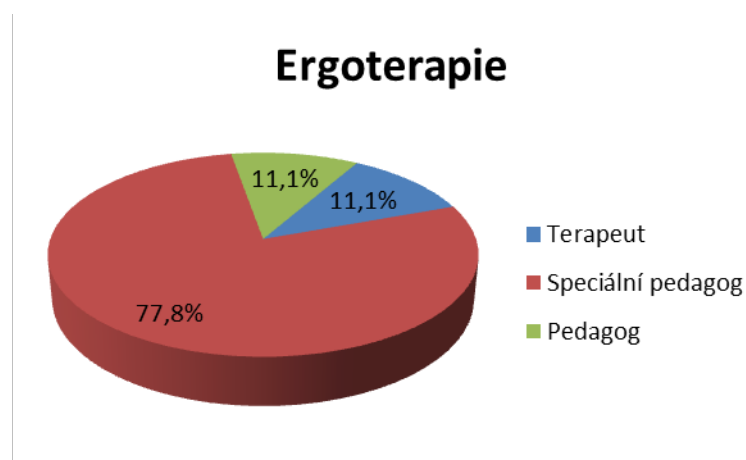
Graf č. 12 Muzikoterapie – profesní zařazení



Graf č. 13 Arteterapie – profesní zařazení

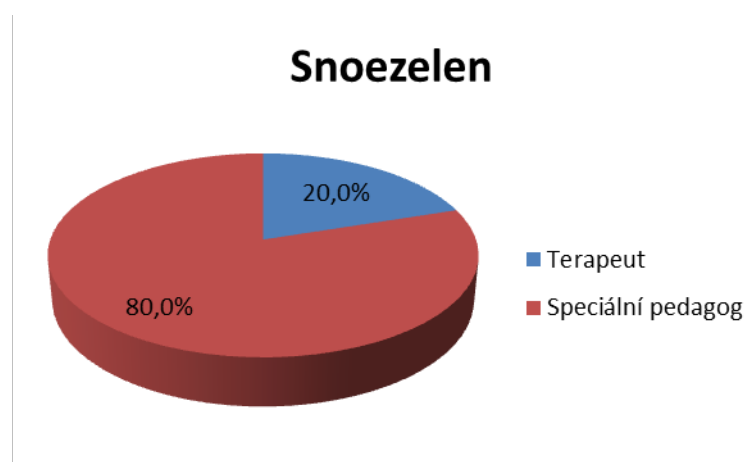


Graf č. 14 Ergoterapie – profesní zařazení



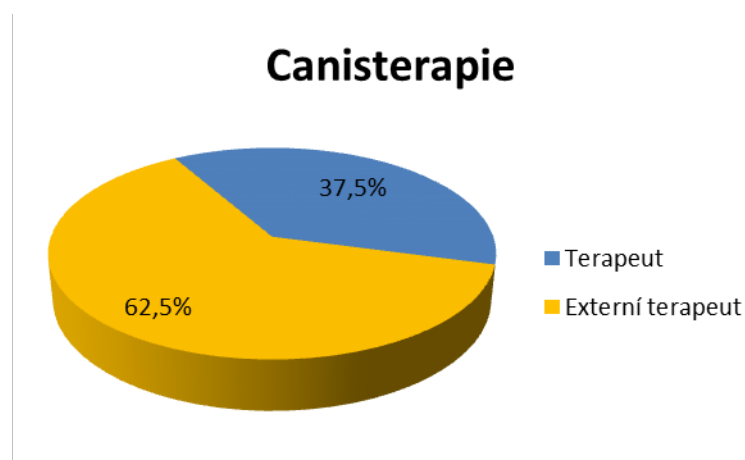
U muzikoterapie (63,6 %), arteterapie (70,0 %) a ergoterapie (77,8 %) jsou terapie vedeny převážně speciálními pedagogy. Pedagogické zastoupení bez speciálního zaměření ovlivňují v těchto grafech právě pedagogové z MŠ se speciální třídou. Podle tabulky č. 4 je znázorněno, že množství terapeutů v MŠ je velmi nízké. Bohužel se můžeme pouze domnívat, jaké vzdělání, kurzy či školení mají speciální pedagogové, kteří vedou jednotlivé terapie.

Graf č. 15 Snoezelen – profesní zařazení



Ve Snoezelenu z 80,0 % pracují s dětmi speciální pedagogové. Je to ovlivněné faktem, že v běžných MŠ se Snoezelen nevyskytuje. V rámci multisenzorické místnosti lze provozovat i jiné terapie jako např. muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie, ergoterapie aj., které mohou být vedeny příslušnými terapeuty.

Graf č. 16 Canisterapie – profesní zařazení



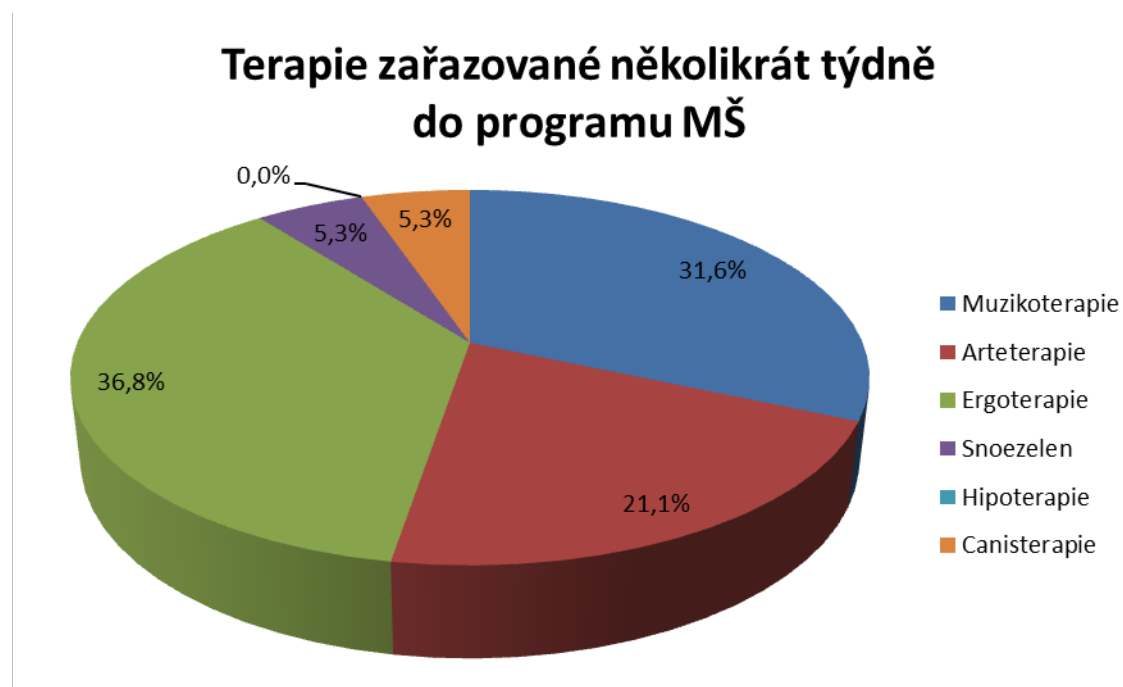
Pouze obě zooterapie jsou vedeny terapeuti, nikoliv pedagogy. Lze tedy s jistotou říci, že v canisterapii i v hipoterapii bude vzdělání u terapeutů dle všech náležitostí a požadavků. Patříčné proškolení a zkoušky musí absolvovat terapeuti, ale i terapeutické zvíře, aby mohli vykonávat svojí činnost. Na základě rozhovoru s dotazovanými víme, že canisterapeuti jsou ve všech případech i majitelé psů.

Otázka č. 8: Jak často je terapie do programu MŠ řazena?

Tabulka č. 5 Frekvence zařazení terapie do programu MŠ

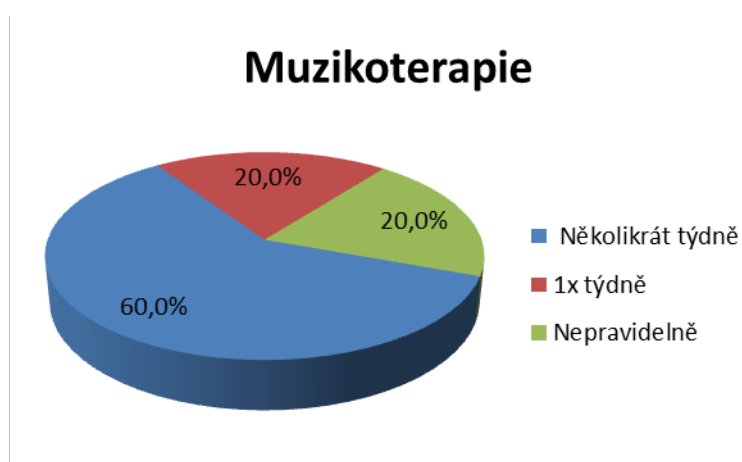
Frekvence zařazení terapie do programu MŠ				
	Několikrát týdně	1x týdně	1x měsíčně	Nepravidelně
Muzikoterapie	6	2	0	2
Arteterapie	4	4	0	1
Ergoterapie	7	1	0	0
Snoezelen	1	3	0	1
Hipoterapie	0	0	0	2
Canisterapie	1	2	2	4

Graf č. 17 Terapie zařazované několikrát týdně do programu MŠ

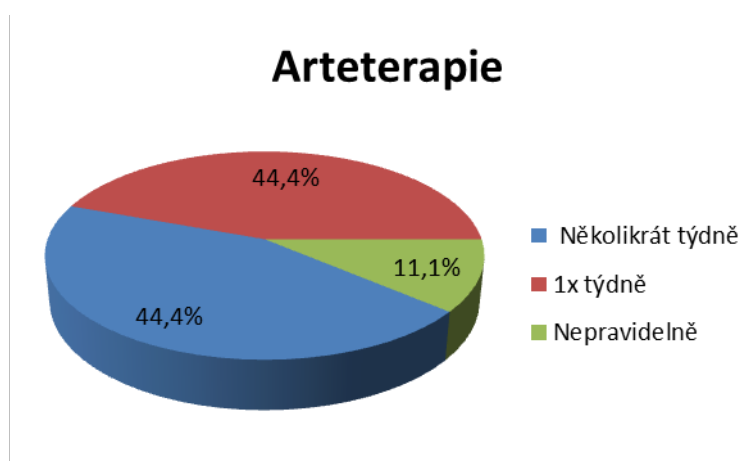


Celkově jsou terapie nejčastěji do programu MŠ zahrnovány několikrát týdně. Z tohoto výzkumu vyplývá, jak naznačuje graf č. 17, že nejvíce jsou využívány tyto terapie: ergoterapie (36,8 %), muzikoterapie (31,6 %) a arteterapie (21,1 %). Prvky těchto terapií mohou být obsaženy ve spoustě aktivit a činností, které učitelky pro děti v MŠ připravují, nejsou náročné na materiální vybavení, ani k nim není potřeba speciálně vybavená místnost či prostředník, kterým bývá zvíře.

Graf č. 18 Muzikoterapie – četnost zařazení do programu MŠ

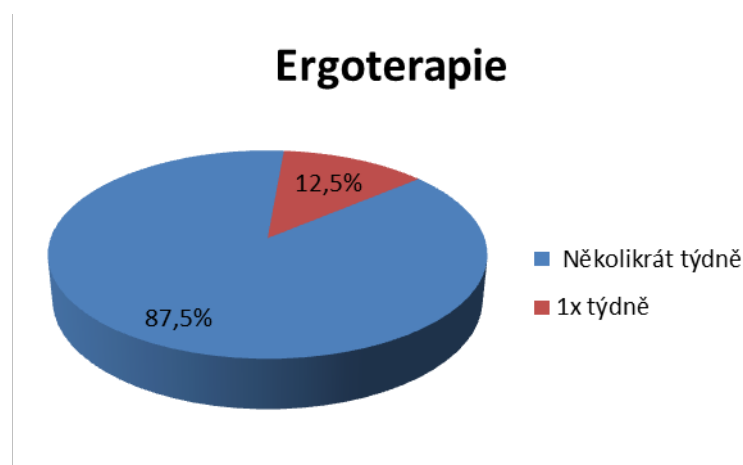


Graf č. 19 Arteterapie – četnost zařazení do programu MŠ



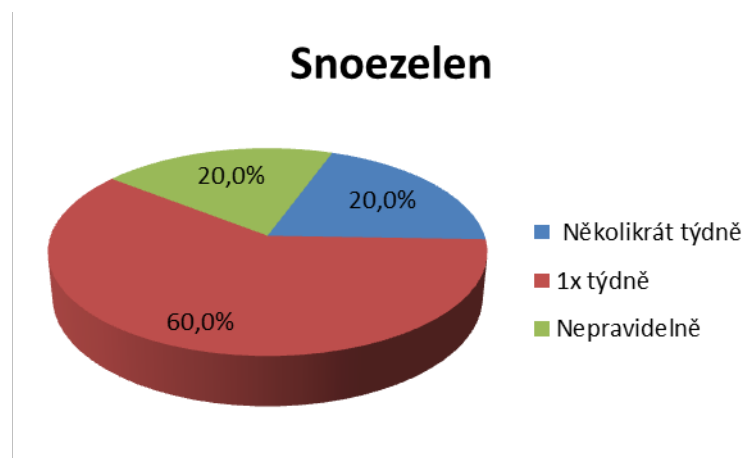
Obě terapie jsou ve většině případů do programu MŠ zařazovány minimálně 1x týdně, spíše i vícekrát. Vzhledem k tomu, že 60 % MŠ uvedlo, že provádí muzikoterapii hned několikrát týdně, tak se domnívám, že je vedena speciálním pedagogem daného zařízení. Ty vykonávají muzikoterapii i arteterapii jako přirozenou součást výchovně vzdělávací práce v MŠ.

Graf č. 20 Ergoterapie – četnost zařazení do programu MŠ

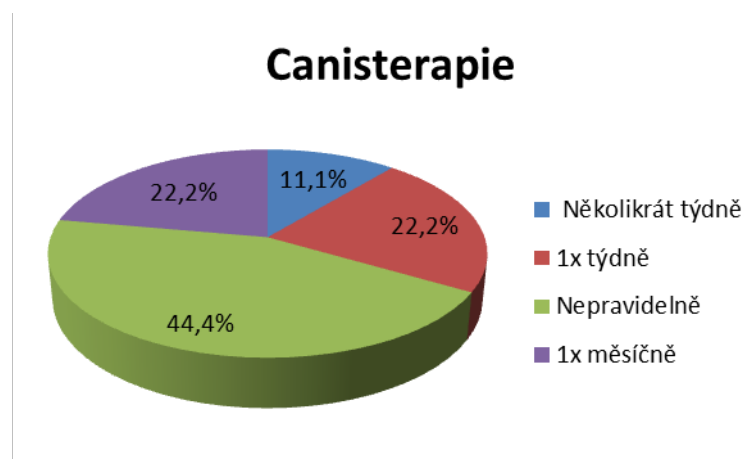


Nejvíce zařazovanou terapií do týdenního plánu je ergoterapie (87,5 %). V MŠ se nejedná o terapii „klasickým zaměstnáváním“, ale jsou zde myšleny veškeré činnosti, které jsou dítětem vykonávány v běžném denním životě. Pomocí ergoterapií se dítě snaží být co nejvíce soběstačné. Jako příklad činností v MŠ může být nácvik správné hygieny, oblékání, samostatnost při stravování aj. Nedílnou součástí dětské ergoterapie je také hra, jelikož dokáže děti aktivizovat a motivovat, a tak je rovněž součástí jejich rozvoje.

Graf č. 21 Snoezelen – četnost zařazení do programu MŠ



Graf č. 22 Canisterapie – četnost zařazení do programu MŠ



Oproti ostatním terapiím se canisterapie neuplatňuje v MŠ tak často. Vliv nato má přítomnost externího terapeuta. V mnohých případech, jak bylo z rozhovorů zjištěno, mají canisterapeuti jiné hlavní zaměstnání a tudíž do MŠ musí docházet v rámci svého volného času.

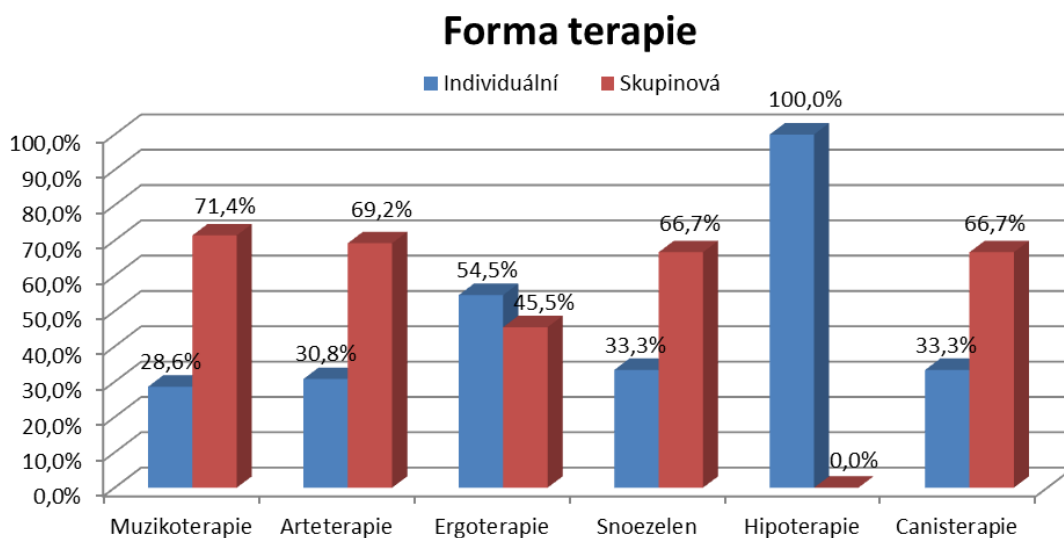
Hipoterapie je MŠ využívána nepravidelně dle možností terapeutů.

Otázka č. 9: Jakou formou terapie probíhá?

Tabulka č. 6 Forma terapie

Forma terapie		
	Individuální	Skupinová
Muzikoterapie	4	10
Arteterapie	4	9
Ergoterapie	6	5
Snoezelen	2	4
Hipoterapie	2	0
Canisterapie	4	8

Graf č. 23 Forma terapie



Dále jsem zkoumala formu terapeutické péče v praxi MŠ. Jestliže z celkového souhrnu vyčleníme hipoterapii, u které se využívá ve všech případech individuální forma, pak vzhledem k personální a časové náročnosti na provozování terapií, převažuje do značné míry forma skupinová. Tuto formu preferuje více než polovina zařízení. Konkrétně to jsou tyto terapie: muzikoterapie (71,4 %), arteterapie (69,2 %), Snoezelen (66,7 %) a canisterapie (66,7 %).

Další 3 otázky dotazníku (10, 11, 12) byly otevřené. Respondentky mohly rozepsat, které terapie nejraději využívají a z jakých důvodů. Dále jestli mají negativní zkušenost u některých terapií, a jaké terapie by rády využívaly. Pod každou otázkou jsou uvedeny jejich odpovědi.

Otázka č. 10: Preferujete nějakou terapii u určité kombinace vad a proč?

Z níže uvedených odpovědí vyplývá, že nejvíce oblíbenou terapií u učitelek i dětí je bezesporu canisterapie, protože žáci mají kladný vztah ke zvířatům. Učitelky tuto terapii kladně hodnotí zejména u vad, jejichž součástí je tělesné postižení. Pes dopomůže k uvolnění svalového tonu u dětí, k rozvoji jemné či hrubé motoriky. Dětem dělá dobře prohřívání zvířetem. Další zmiňovanou terapií, která se učitelkám osvědčila v praxi, je muzikoterapie, a to u dětí, které mají v diagnóze mentální retardaci. Bez pochyby jsou názory, které uvádějí, že vyzdvihovat určitou terapii není opodstatněné. Terapie by se měly prolínat a přizpůsobovat dle druhu a stupni postižení dítěte a vycházet z jeho vlastní osobnosti.

Odpovědi: U smyslových vad jsou vhodné všechny uvedené terapie vzhledem k jejich rozvoji.

Tělesné a logopedické vady – muzikoterapie.

U středně těžkých až těžkých mentálních retardací v kombinaci s DMO s úspěchem využíváme bazální stimulaci, canisterapii a pasivní muzikoterapii.

Myslím si, že všechny terapie či jejich prvky jsou zpravidla přínosem. U tělesných vad určitě canisterapie, dětem dělá dobře prohřívání.

Děti mají velice rádi canisterapii. Snažíme se ji zařazovat co nejčastěji.

Prvky muzikoterapie v hudební činnosti u dětí se střední mentální retardací a oční vadou, u dětí s mentální retardací a tělesným handicapem a u dětí s mentální retardací a Downovým syndromem.

Ne.

U řečových vad, které mohou být v kombinaci s nějakou vadou (MR) se mi osvědčila muzikoterapie.

Ne. V naší skupinové integraci (14 dětí ve speciální třídě běžné MŠ) jsou nejčastější postižení – mentální postižení (lehké a středně těžké) a narušené komunikační schopnosti, dítě s pohybovým postižením (obvykle mobilní s dopomocí) a smyslové vady (pouze lehké). Kombinovaná postižení nejsou těžká nebo hluboká. Z výše zmíněných terapií využíváme prvky terapií v rámci obvyklých činností v MŠ – výtvarných, pracovních a hudebních.

Z uvedených ne. Osobně preferuji chirofonetiku u řečových opoždění a rehabilitaci u všech postižení. Je zde značná efektivita.

Nepreferuji, protože si myslím, že se mají všechny terapie prolínat a měly by se provádět pravidelně skupinově i individuálně. Děti pracují podle individuálního plánu, podle druhu a stupně zdravotního postižení. Momentálně dítě s těžkým postižením v MŠ nemáme, pouze s krátkozrakostí, dalekozrakostí a strabismem. Spolupracujeme s odbornými očními lékaři v rámci odborné ortoptické péče a všechny výkony jsou prováděny pouze na doporučení očního lékaře.

Arteterapii v rámci reedukace a kompenzace zrakových vad.

Ano. U dětí s DMO se nám osvědčila canisterapie. Dále pak u dětí s mentálním postižením, u dětí s očními vadami a autistů má efekt muzikoterapie.

Otázka č. 11: Jsou děti, kterým některá z terapií nedělá dobře? Uveďte, která je to terapie a jaká kombinace vad. Z jakých důvodů?

Zde jsem učitelkám kladla dotaz, zda se jim neosvědčila určitá terapie pro specifickou kombinaci vad. Z dotazníků je zřejmé, že problémy s terapiemi mívají nejčastěji děti s poruchou autistického spektra, a to vzhledem k narušené sociální a emoční stránce osobnosti. Pokud učitelky uvedly negativní reakci na nějakou z terapií, byla to canisterapie. Všeobecně lze říci, že negativní zkušenosti jsou u dětí, které mají ze psů strach a z tohoto důvodu se canisterapie neúčastní. Dále se vyskytují děti, které nemohou absolvovat terapii, jelikož jsou na zvíře alergické. Některým žákům s autistickými rysy také vadí muzikoterapie. Nepříjemný jim je hluk. Čtyři učitelky uvedly, že se neseťkaly s žádným případem, kdy by terapie dětem nedělala dobře.

Odpovědi: Ano. U kombinace autismu a smyslové vady je nesnášenlivost hudební činnosti, tedy i muzikoterapie. Takovýmto dětem převážně vadí neznámé hluky. Zde je nutné postupovat individuálně vzhledem k preferencím klienta.

Největší problém bývá s canisterapií. Některé děti mají alergie na psí srst. Některé děti s poruchou autistického spektra se psa bojí nebo nemají rádi psí srst na omak.

Pokud se respektují individuální potřeby a možnosti každého dítěte, neseťkáváme se s problémy u žádné z terapií.

Ne. Zatím jsem se s takovým případem neseťkala.

Ano. Chlapec ve věku 5 let se bojí psů. Na canisterapii nedochází.

Ne. (3x)

Při správném přístupu a dobrém terapeutickém vztahu s klientem se neseťkáváme s negativními reakcemi na určitý druh terapie.

Seťkala jsem se s problémy jen při muzikoterapii, kdy dítěti s autismem hudba vadila. Nepříjemný mu byl hluk. S žádnou kombinovanou vadou a nevhodnou terapií nemám zkušenost.

Canisterapie – někteří autisté na ni reagují negativně.

Míčkování – pro některé děti byla tato terapie nepřijemná.

Obecně autistické děti nemají rádi dotek, proto během canisterapie mají individuální činnost a neúčastní se jí. Máme ve třídě dítě, které má zábrany ke psům a také se canisterapie neúčastní. Zde však není důvod ze strany postižení, ale vychází z rodinné filozofie, která považuje psa za nečistého.

Otázka č. 12: Jsou nějaké terapie, které byste rádi provozovali a z jakých důvodů dosud v MŠ nejsou?

Následně jsem zkoumala, zda dotazované plánují rozšířit svoji nabídku terapií. Jednoznačným požadavkem učitelek v MŠ je multisenzorická místnost Snoezelen. Z počtu 7 zařízení, které Snoezelen ve své MŠ nemají a nemohou tak s touto metodou pracovat, by si ji přálo 5 dotazovaných. Respondentky uvádějí, že si ho jejich zařízení nemůže dovolit z finančních důvodů nebo kvůli nedostatku místa ve škole. Jednalo se hlavně o MŠ se speciální třídou. Muzikoterapii a arteterapii si učitelky sami vkládají do běžných vyučovacích bloků, ale uvítaly by další vzdělávání pedagogických pracovníků u těchto terapií. Přibližně ¼ učitelek je spokojená s provozovanými terapiemi a žádnou novou by do svého zařízení nepotřebovaly.

Odpovědi: Výborné výsledky, ohlas u dětí a rodičů přinesla externí canisterapie. Rádi bychom pokračovali v této terapii. Momentálně usilovně hledáme sponzory. Uvítali bychom i další externí pracovníky nebo proškolení k muzikoterapii a arteterapii.

Vlastně mi žádné neschází, protože prvky ergoterapie děláme v rámci pracovní činnosti, arteterapii v rámci výtvarné činnosti a dramaterapii v rámci dramatizací pohádek a v jiných pohybových či situačních hrách. Muzikoterapii využíváme hodně. Zpíváme, používáme Orffovy nástroje aj.

Snoezelen – nemůžeme si ho dovolit z finančních důvodů a nemáme ani

dostatek prostoru pro jeho realizaci. Chybí mi vzdělávací kurzy v našem kraji, které by mohly absolvovat učitelky a rozšiřovat si tak své znalosti ohledně speciální pedagogiky.

Terapie, o které máme zájem, si každý rok bez větších obtíží zajistíme.

Rádi bychom provozovali Snoezelen. Zřízení kvalitní multisenzorické místnosti je velice finančně náročné.

Arteterapie není úplně podle mých představ. Na muzikoterapii chybí kurzy pro děti mladšího věku a pro děti s mentální retardací.

Arteterapie a hipoterapie ve škole probíhají, ale pouze u starších dětí.

Relaxační místnost Snoezelen – nedostatek financí a prostoru v MŠ.

Ne – při běžné MŠ nejsou terapie obvyklé. Snoezelen v běžné MŠ také není častý. Hipoterapii a canisterapii si rodiče zajišťují individuálně na doporučení zdravotních rehabilitačních zařízení.

Muzikoterapie a arteterapie – nedostatečná proškolenost pedagogů pro tuto terapii.

Terapie, se kterými v naší mateřské škole pracujeme, jsou dostačující. Příští školní rok bychom v rámci spolupráce se zařízením NONA chtěli vyzkoušet terapii Snoezelen.

Canisterapie.

Snoezelen. Sice jsme pouze jedna speciální třída a metoda Snoezelenu by se dala využít v celé MŠ, ale z finančních důvodů si ji nemůžeme dovolit. Rádi bychom také praktikovaly bazální stimulaci. Momentálně na ni nemáme vhodné klienty. V následujícím školním roce tyto děti v naší třídě budou.

3.3 Vyhodnocení výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat, jaké mají ve speciálních předškolních zařízeních možnosti a podmínky pro využívání terapií při péči o děti s kombinovanými vadami. Již na začátku vyhodnocování dotazníků bylo zřejmé, že kapacita MŠ v Královeshradeckém kraji je plně obsazena. Zájem rodičů o umístění jejich dětí do speciálních MŠ je tedy větší, než počet míst nabízených mateřskými školami. Otázkou je, jestli počet zařízení nebo počet tříd pro postižené děti je dostačující. Zamysleme-li se pouze nad zjištěným údajem, že do 4 MŠ z 8 nebylo přijato 50 dětí (nevíme ovšem, zda nebyly přijaty v jiném zařízení či zda nebyly některé z těchto dětí integrovány do běžných MŠ), nabízela by se hlubší analýza, kolik jich je v celé České republice. Tento údaj ale může být vzhledem k počtu dotazníků zavádějící.

Dle dotazovaných MŠ v Královeshradeckém kraji, jsem zjistila, že nejčastějším typem kombinovaného postižení je mentální retardace v kombinaci se smyslovými vadami, kde nejvíce uváděná byla vada řeči. Dalším častým postižením vyskytujícím se v MŠ je tělesné postižení se smyslovou vadou a následně různé kombinace u dětí s poruchou autistického spektra. Ostatní kombinace postižení byly uvedeny jednotlivě. S ohledem na nejvíce jmenovaná postižení odpovídají i nabídky MŠ, co se týče provozovaných terapií jako dalšího efektivního, podpůrného prvku v ucelené péči o děti s kombinovanými vadami. Kromě jedné MŠ se speciální třídou, mají všechny ostatní oslovené MŠ terapie zahrnuté ve svém Školním vzdělávacím programu, ze kterého vycházejí při tvorbě individuálních plánů pro konkrétní děti. Lze tedy říci, že jsou terapie v MŠ opodstatněné, mají efekt při práci s dítětem a pedagožky je uznávají, jelikož terapie napomáhají k celkovému rozvoji dítěte, ať už po stránce sociální, kognitivní či pohybové.

V dotazovaných školách probíhají zejména tyto terapie: muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, metoda Snoezelenu, canisterapie a dle možností daných zařízení i hipoterapie, ale i další terapie a podpůrné prvky, kterým se tato práce nevěnovala.

Nejvíce rozšířenou terapií je muzikoterapie. Vzhledem k četnosti vyskytujících se řečových vad není divu, že tato terapie je učitelkami tak často využívána. Prvky muzikoterapie jsou obsaženy v denním plánu každé MŠ při rytmických hrách v kruhu,

při různém bubnování s dětmi, kde využívají rytmus, při hudební improvizaci, při hře na Orffovy nástroje, během her s pohybem a rytmem nebo během relaxace atd. Na muzikoterapii MŠ nepotřebují speciální vybavení. Není náročná na prostory školy, lze ji provozovat v běžné třídě na koberci, v hudebně, v herně, venku, na zahradě nebo kdekoli v přírodě. Dalšími hojně využívanými terapiemi v MŠ jsou arteterapie, canisterapie a ergoterapie. Arteterapii v MŠ lze uplatňovat během výtvarné výchovy a mnoha dalších aktivit, které probíhají pomocí kreslení a malování různými technikami, při práci s nejrůznějšími materiály jako je modelína, písek, keramika atd. Je nedílnou součástí procesu rozvoje dítěte.

V poslední době velmi rozšířenou terapií je zooterapie. Nejběžnější v MŠ je využití psa a méně pak koně. Tyto terapie jsou provozovány za pomoci externího terapeuta v prostorách MŠ, popř. děti dochází na specializovaná místa. Překvapujícím zjištěním pro mě bylo, v jakém množství je v MŠ nabízena canisterapie. Tuto terapii využívá 9 škol ze 13. Canisterapie rozvíjí jedince jak z hlediska sociálního, tak z hlediska somatického. Respondentky při rozhovoru uváděly své kladné osobní zkušenosti a zmiňovaly i velký efekt terapie. Popisovaly, jak každá přítomnost psa v jejich zařízení přináší dětem pozitivní energii, radost, celkovou pohodu, posiluje jejich motivaci a přispívá k rozvoji komunikace dětí s okolím.

Terapie v MŠ jsou z velké části vedeny speciálními pedagogy, kromě canisterapie a hipoterapie. Ty probíhají pod vedením terapeuta (100 %) a do programu je MŠ řadí nepravidelně dle možností terapeutů. Ostatním terapiím se pedagogové věnují několikrát či jednou týdně, a to nejvíce ergoterapii a muzikoterapii. Převážná část probíhá v běžné třídě. Celkově nejvíce oblíbenou terapií u pedagogů je canisterapie a muzikoterapie.

Z šetření dále vyplývá, že většina terapií probíhá formou skupinovou. Třídy ve speciálních MŠ i MŠ se speciální třídou jsou tvořeny malými kolektivy, proto je zde dobrá možnost skupinové práce. Avšak každé dítě je svébytná osobnost a při práci s ním by se mělo vycházet z jeho individuálních potřeb a aktuálního rozpoložení. O to více je zapotřebí přikládat důležitost individuálnímu přístupu, dle typu a stupně postižení, u dětí s kombinovanými vadami. Domnívám se, že nízké zařazení individuální formy

terapií je podmíněno počtem pedagogů a asistentů v dotazovaných třídách. Sama ze své praxe asistentky u dětí s kombinovanými vadami v MŠ se speciální třídou mohu říci, že v případě, kdy na 8 dětí jsou dvě speciální pedagožky a jeden asistent, tak nelze individuální formu terapie či jiné individuální aktivity zařazovat do programu dětí tak často. I vyhrazený čas na danou práci s jedním dítětem pak není tak velký.

Dále jsem se zabývala otázkou zařazení dalších terapií a s tím spojenou kvalifikací pedagogů pro jejich provozování. Potřebu sebevzdělávání mají i samotné učitelky, které zmiňovaly převážně nedostatek vzdělávacích kurzů pro pedagogy v MŠ, které by se týkaly muzikoterapie a arteterapie. Bohužel počet kurzů v daném regionu je mizivý. Pro speciální pedagogy MŠ byly na jaře 2013 vypsány pouze dva kurzy, a to Školským zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Královéhradeckého kraje pod názvem „*Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v MŠ*“, jenž byl zaměřen na integraci dítěte do běžných MŠ (Školské zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků KHK, 2005). Podobné téma má vzdělávací akce „*Dítě se zdravotním postižením v běžné MŠ*“ zaštitěná Národním institutem pro další vzdělávání (Národní institut pro další vzdělávání, 2006). V tomto směru vidím veliké nedostatky.

Na otázku, co by ředitelky a učitelky rády uvítaly ve svých zařízeních, nejčastěji uváděly požadavek na multisenzorickou relaxační místnost Snoezelen. Jednoznačný důvod, proč v MŠ a to hlavně v MŠ se speciální třídou není, je finanční. Tato místnost vystavěná pod profesionálním dohledem je velice finančně nákladná. Pro představu uvedme příklad jedné nejmenované ZŠ v Hradci Králové, která pořídila Snoezelen do svého zařízení za 1,5 mil. Kč. Dle Fajmonové, Chovancová (2008) se cena za Snoezelen pohybuje okolo 300 – 400 tisíc Kč. Takovéto finanční prostředky navíc rozhodně v MŠ nemají. Zde se nabízí zažádat o peněžní pomoc sponzory nebo finance zkusit získat na základě nejrůznějších projektů a grantů. V praxi se ale můžeme setkat i s „neprofesionálním“ Snoezelenem. Přestože odborná literatura (např. Filatová, Janků, 2010) se odvrací od tvorby této místnosti bez profesionálního dohledu a všech náležitostí, tak je podstatné, že metoda Snoezelen funguje v praxi, rozvíjí komplexně osobnost klienta, stimuluje ho a aktivuje. Vzhledem ke zjištění, že se u dětí vyskytuje velké množství smyslových vad, tak by bylo pro MŠ velkým přínosem mít možnost tuto

metodu uplatňovat v praxi.

Vyhodnocení výzkumných hypotetických tezí

Hypotetická teze č. 1

Předpokládám, že nejvíce využívanou terapií v MŠ je muzikoterapie.

Z výzkumného šetření jsem se dozvěděla, že nejpoužívanější terapií ve speciálních MŠ a MŠ se speciální třídou je muzikoterapie. Ze všech uvedených terapií bývá do programu MŠ řazena několikrát týdně.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Hypotetická teze č. 2

Hipoterapie nebude na žádné MŠ praktikována.

Hipoterapii nabízí z 13 předškolních zařízení 2 speciální MŠ, které jsou soukromé. Obě MŠ poskytují hipoterapii přímo v areálu své školy, na zahradě. Koně i vybavení potřebné k terapiím zajišťuje Občanské sdružení pro hipoterapii, které s MŠ spolupracuje. Terapie je do programu MŠ řazena nepravidelně. Probíhá formou individuální, pod vedením externího hipoterapeuta.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Hypotetická teze č. 3

Myslím si, že většina terapií bude prováděna speciálním pedagogem.

Z výzkumu vyplývá, že terapie probíhající v mateřských školách jsou z 55,6 % vedeny speciálními pedagogy a pouze v 35,6 % jsou vedeny příslušným terapeutem.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

3.4 Návrh na zefektivnění terapií v MŠ

V této kapitole bych chtěla popsat možnosti, které by přispěly ke zvýšení kvality terapeutického procesu u již zavedených terapií v MŠ, aby péče o děti s kombinovaným postižením byla co nejkomplexnější. Dále předkládám návrh na vytvoření terapeutické místnosti Snoezelen.

Jak vyplynulo z šetření, terapie jsou vedeny hlavně pedagogy. Vycházíme-li z požadavků jednotlivých asociací na terapeuta, jenž získá způsobilost k vykonávání profese až po úspěšném ukončení vysokoškolského, případně vyššího odborného studia, praxe a následně vedení terapií pod supervizí, tak nelze předpokládat, že terapie praktikované v MŠ učiteli mají všechny náležitosti. Proto je zapotřebí jejich odbornou způsobilost zvýšit.

Je jednoznačné, že v Královehradeckém kraji je nedostatek kurzů pro speciální pedagogy MŠ, natož tak kurzů, které by se věnovaly jednotlivým terapiím a jejich aplikaci v předškolních zařízeních u dětí s postižením obecně. Dle mého názoru je žádoucí zvýšit množství odborných kurzů za účelem prohloubení znalostí o specifikách jednotlivých terapií u speciálních pedagogů. Kurzy by měly být vedeny terapeuty. Obsahem kurzů by byla teoretická, ale hlavně praktická část, jak terapii využívat ve speciálních mateřských školách u dětí se specifickými potřebami. Důležitou součástí by měl být i edukační materiál zaměřený na předškolní děti, jenž by obsahoval i videozáznamy, které by ukazovaly, jak používat a správně provádět danou terapii u konkrétního postižení. Od následné spolupráce s profesionálním terapeutem si v rámci stanovených hodin dohledu na aplikaci terapie v dané MŠ slibuji upevnění všech nově získaných poznatků o správném průběhu terapie včetně všech jejich náležitostí. Speciální pedagogové by po absolvování kurzu získali osvědčení pro výkon dané terapie. V takovém případě by terapeutický proces obsahoval všechny náležitosti: předem naplánovaný cíl, který vychází z diagnózy a potřeb dítěte; sledování a průběžné hodnocení činností; zpětnou vazbu a ne pouze některé z prvků terapií v rámci provádění jednotlivých činností v MŠ. Druhou možností, jak zvýšit kvalitu terapeutického procesu, nalézám v užší a častější spolupráci MŠ s externími terapeuty.

Jedním ze zjištěných „nedostatků“ je, že naprostá většina terapií byla prováděna skupinovou formou. Zde bych viděla velký přínos v péči o dítě v podobě navýšení počtu asistentů v jednotlivých třídách. V takovém případě, by se učitelky mohly více zaměřit na individuální přístup a přizpůsobit danou činnost dítěti pouze dle jeho osobních specifik a potřeb. Jsem si však vědoma toho, že v tomto případě jsou limitujícím faktorem omezené finanční prostředky MŠ.

Vzhledem k účinnosti terapií, konkrétně v poslední době velice oblíbeného Snoezelenu vychází požadavek z MŠ na jeho zařazení. Pro MŠ, které nemají dostatek finančních prostředků, ale mají zájem o Snoezelen, se naskytá možnost si tuto místnost vytvořit svépomocí. Základem je nastudovat si dostupnou českou a zahraniční literaturu o Snoezelenu, aby se samotná místnost co nejvíce přibližovala požadavkům, které by měla mít. Zajímavé by také bylo kontaktovat školy, které si už vytvořily svůj „vlastní“ Snoezelen. Podívat se, jak je u nich místnost vybavená, jaké alternativní pomůcky využili. Jejich cenné informace při budování Snoezelenu mohou být velkým přínosem.

Jak takový neprofesionální Snoezelen může vypadat? V rámci mateřské školy vybereme vhodnou, méně využívanou místnost, zatemníme v ní okna za účelem posílení prožitku intimního osvětlení. Vybavíme ji měkkým nábytkem jako například vaky, křesly, na kterých děti mohou ležet, sedět, relaxovat. Nábytek by měl být zajímavý, barevný a děti by měl svým způsobem oslovit. Mezi další materiální vybavení místnosti patří deky a polštářky. Místnost dále doplníme o pomůcky a hračky s povrchem z různých materiálů, zajímavé hudební nástroje, vonné a aromatické předměty a jiné pomůcky rozvíjející smysly dítěte. Součástí místnosti je bez pochyby světelná technika jako vodní sloupce, optická vlákna aj. Do této techniky bude nutno určitou část peněz zainvestovat. Vybavení pro Snoezelen nabízí například na www.maxim-zdr.cz, kde lze zakoupit kompenzační pomůcky či světelná zařízení. Důležité je, aby námi vytvořená místnost byla zajímavá a děti motivovala.

4. ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou využívání terapií u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku. Péče o tyto děti a jejich edukace má snahu být čím dál více ucelenější, optimalizovat jejich rozvoj osobnosti se současným respektováním individuálních zvláštností a rozvíjet speciální výchovně vzdělávací potřeby vyplývající z postižení (Opatřilová, 2008). Zajímalo mě, jaké podpůrné terapie nabízejí speciální mateřské školy a mateřské školy se speciální třídou/ třídami v našem Královehradeckém kraji.

Na základě dostupné literatury jsem se v první části diplomové práce snažila shrnout současné teoretické poznatky o kombinovaných vadách a stručně charakterizovat nejčastěji se vyskytující postižení u dětí v MŠ. Následně jsem popisovala terapie, se kterými se můžeme setkat v předškolním zařízení, jejich vymezení, formy, cíle a metody. Dále jsem se zabývala požadavky na terapeuty u jednotlivých terapií a možnosti, které se naskýtají v České republice.

Na teoretickou část navázal výzkum, který byl proveden dotazníkovou formou. Některé informace byly doplněny prostřednictvím rozhovoru s pedagogy MŠ. Zde jsem se snažila ověřit poznatky zjištěné v rámci teoretické roviny diplomové práce a jejich aplikaci v praxi ve speciálních MŠ. Překvapivým zjištěním bylo množství výskytu terapií v těchto institucích a zejména pak v běžných MŠ se speciálními třídami, které mají daleko menší možnosti z hlediska vybavení, financí aj. Z šetření vyplynulo, že nejčastěji využívanou terapií je muzikoterapie, dále pak jakou formou je nejvíce terapie prováděna, jak často je zařazována do programu MŠ, kde terapie probíhají.

Ráda bych upozornila na nedostatky ve vedení terapií a nedostatečné možnosti pro sebevzdělání pedagogů v této oblasti v Královehradeckém kraji. Přestože jsou terapie v MŠ hodně časté, opatřují je hlavně speciální pedagogové. Jejich odbornost spočívá převážně ve výchovně vzdělávacím procesu. Nelze předpokládat, že jejich znalosti a zkušenosti ohledně terapií jsou na úrovni terapeutů. Ke stejným závěrům došla i Kubíčková (2011), jejíž průzkum mapoval využívání terapií ve všech zařízeních, které poskytují speciálně pedagogickou péči v celé České republice. Zde by se nabízel další, hlubší výzkum za účelem zjištění, jaké konkrétní terapeutické vzdělání

absolvovali speciální pedagogové a ověření jejich praxe odborným terapeutem. Velký vliv na možnosti MŠ v provozování terapií mají bohužel finanční prostředky jednotlivých MŠ. Ty si mnohokrát nemohou dovolit zařadit některé terapie do ŠVP, financovat kvalifikované terapeuty či zajistit potřebné materiální vybavení.

V rámci své práce navrhuji, jakým způsobem bych zefektivnila využívání terapií ve speciálních MŠ. Do budoucna bych viděla potřebu ujednotit některé terapie pod vedení určité asociace, která by dohlížela na správné využívání terapií i v mateřských školách. Dále je zapotřebí zvýšit odbornost terapeutických pracovníků potažmo speciálních pedagogů v oboru, zvýšit nabídku kurzů k tomuto tématu či umožnit pedagogům celoživotní vzdělávání v Královéhradeckém kraji. Rozšíření obzoru a služeb jednotlivých terapií nebude přínosem pouze pro speciální pedagogy, ale hlavně povede ke zkvalitnění ucelenou péče o děti.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Beníčková, M. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7.
- FAJMONOVÁ, J., CHOVANCOVÁ, M. Možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v ZŠ speciální. Praha: IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-39-1.
- Filatová, K., Janků, K. *Snoezelen*. 1. vydání. Frýdek Místek: Kleinwüchter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
- Gillberg, Ch., Peeters, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-498-4.
- Galajdová, L. *Pes lékařem lidské duše: aneb Canisterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-789-3.
- Galajdová, L., Galajdová, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
- Hanák, P., Bradáčová, S. a kol. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: 2011. ISBN 978-80-254-0022-8.
- Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- Hrdlička, M., Komárek, V. (eds.). *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- Jakobová, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.
- Jankovský, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- Jesenský, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000.

- Jelínková, M. *Vzdělání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2.
- Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- Kantor, J., Lipský, M., Weber, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- Kolektiv autorů. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1479-1.
- Kubičková, M. *Využití terapií ve speciálně pedagogické péči: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2011. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.
- Kubínková, D., Křížová A. *Ergoterapie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.
- Landischová, E. *Teorie a praxe arteterapie: taneční a výtvarné formy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2007. ISBN 978-80-7290-297-2.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- Lincová, D., Farghali, H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-373-0.
- Linka, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vydání. Brno: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- Lüllmann, H., Mohr, K., Hein, L. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3908-3.
- Ludíková, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- Monatová, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996.

ISBN 80-85931-20-6.

Müller, O. a kol., *Terapie ve speciální pedagogice: Terapie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

Nerandžič, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vydání. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-7315-010-7.

Opatřilová, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-3819-6.

Opatřilová, D., Zámečnicková, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-2104575-0.

Pipeková, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Pipeková, J., Vítková, M. (ed). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-00-01809-8.

Pokorná, P. *Úvod do muzikoterapie*. 1. vydání. Praha:SPN, 1982.

Renotierová, M., Ludvíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.

Selikowitz, M. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

Sovák, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986.

Sovák, M. *Defektologický slovník*. Praha: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

Šicková-Fabrici, J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

Švarcová-Slabinová, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 4. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

- Vančová, A. *Edukácia viacnásobné postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.
- Vaček, Š., Vančová, A., Hatos, G. A kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.
- Vašek, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.
- Velemínský, M. a kol. *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- Věstník MŠMT č.8/1997 č. j. 25 602/1997-22.
- Vitásková, K., Fajmonová, J. *Různorodá práce v multismyslových místnostech Snoezelen*. In: Speciální pedagogika. 2006, roč. 16, č. 4, s. 246 – 252. ISSN 1211-2720.
- Vítková, M., *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- Vodáková, J., Dytrtová, R. a kol. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: UK v Praze, 2007. ISBN 978-80-7290-322-1.
- Votava, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: UK v Praze, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- Tichá, K. *Metoda Snoezelen*. In Sociální služby. 2011, roč. 13, č. 8-9, s. 36 – 38. ISSN 1803 – 7348.
- Vítková, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-22-5.
- Vokurka, M.; Hugo, J. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.
- Zeleviová, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Elektronické zdroje

American Psychiatric Association: *DMS*. [online]. 2012 [cit. 2013-04-7]. Dostupné z: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>.

Česká arteterapeutická asociace: *Definice a cíle arteterapie*. [online]. 2012 [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>.

Česká Asociace Ergoterapeutů: *Co je ergoterapie?* [online]. 2008 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.

Česká hiporehabilitační společnost: *Hipoterapie*. [online]. 2011 - 2013 [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: <http://www.hiporehabilitace-cr.com/co-je-hiporehabilitace/>.

Downův syndrom. *Downův syndrom*. [online]. 2009 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://www.downuvsyndrom.cz>.

Eisertová, J. *Canisterapie ve světě objektivních poznatků*. In: Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky [online]. 2008, roč. 10, s. 107 – 108. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2supplement-2008/749-canisterapie-ve-svetle-objektivnich-poznatku>.

Institut celoživotního vzdělávání: *Kurzy muzikoterapie*. [online]. 2013 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: http://www.icv.upol.cz/czv/odborne_kurzy.html.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. [online]. 2013 [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: http://www.jcu.cz/education/prij_riz/prij_riz_arch/arch_2003/FPE_ARTE.html.

Lantelme, V. *Léčba koňmi: 3. Rozvoj hiporehabilitace v Čechách*. [online]. 2009 [cit. 2013-04-20] Dostupné z: <http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-3-rozvoj-hiporehabilitace-v-cechach>.

Maxdorf: *Velký lékařský slovník*. [online]. 2008 [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/detska-mozkova-obrna>.

- MKN-10. *Tabelární část* (platná k 1. 1. 2012, 2. aktualizovaná tisková verze). [on-line]. 2012 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Muzikoterapeutická asociace ČR: *Světová federace muzikoterapie*. [online]. 2013 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt/17-svetova-federace-muzikoterapie>.
- Muzikoterapie – Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům. [online]. 2007-2011 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/>.
- Národní institut pro další vzdělávání. [online]. 2007-2011 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: http://nidv.cz/cs/programova-nabidka/prihlaseni_do_vzdelavaciho_programu.ep/.
- Pedagogická katedra MU: *Arteterapie*. [online]. 2009-2013 [cit. 2013-4-12]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/kvv/cz/arteterapie>.
- Pomocné tlapky – Canisterapie: *Základní informace*. [online]. 2009-2013 [cit. 2013-4-18]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/>.
- Ponechalová, D., Snoezelen – Informační a servisní portál k práci multisenzorického prostředí: *Snoezelen a autismus*. [online]. 2013 [cit. 2013-4-17]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/cz/snoezelen-a-autismus-teoreticky-uvod/>.
- Snoezelen – Informační a servisní portál k práci multisenzorického prostředí. [online]. 2013 [cit. 2013-4-16]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/cz/>.
- Školské zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků KHK. [online]. 2005 [cit. 2013-4-27]. Dostupné z: http://www.cvk hk.cz/cvis/index.php?akce=_02&skrok=2012&polo=2.
- Šupáková, J. *Hiporehabilitace v praxi*. In: *Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. 2008, roč. 10, s. 116 – 119. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2supplement-2008/753-hiporehabilitace-v-praxi>.
- Technická univerzita v Liberci | Katedra speciálních studií a speciální pedagogiky: *Muzikoterapie v edukační praxi*. [online]. 2008 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z:

<http://kss.fp.tul.cz/cgi-bin/main2.pl?pg=139>.

Ungerová, D. *Canisterapie v praxi*. In: Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky [online]. 2008, roč. 10, s. 99 – 101. [cit. 2013-04-18]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2supplement-2008/746-canisterapie-v-praxi>.

Univerzita Karlova Pedagogická fakulta. [online]. 2013 [cit. 2013-4-12]. Dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/kch/karolinka/2012/OMSP03.html>.

WHO: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

World Federation of Occupational Therapists: *Definition of Occupational Therapy*. [online]. 2012 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>.

Zákony pro lidi: *Předpis č. 96/2004 Sb.* [online]. 2013 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

Živný, B., *Epilepsie: Epilepsie u dětí*. [online]. 2007 [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=249>.

6. SEZNAM PŘÍLOH

<i>PŘÍLOHA č. 1 Seznam tabulek</i>	97
<i>PŘÍLOHA č. 2 Seznam grafů</i>	98
<i>PŘÍLOHA č. 3 Vzor dotazníku</i>	99