

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra speciální pedagogiky**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením –  
využití metody TheraSuit

Vedoucí práce  
**Doc. PaedDr. Vanda Hájková, PhD.**

Autor  
**Bc. Ivana Krejčová**

Praha 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PaedDr. Vandy Hájkové, Ph.D. Použité informace jsem čerpala výhradně z uvedených zdrojů a literatury.

Tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne .....

Bc. Ivana Krejčová .....

Poděkování:

Děkuji Doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za cenné rady a podnětné připomínky při zpracování této diplomové práce.

**Název práce:**

Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením – využití metody TheraSuit.

**Abstrakt:**

Diplomová práce s názvem „*Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením - využití metody TheraSuit*“ je zaměřena na využití různých stimulačních metod v oblasti péče o osoby s tělesným a kombinovaným postižením a je zacílena zejména na zmiňovanou metodu TheraSuit a její modifikace (Klim-Therapy), jejichž hlavním prvkem je speciální podpůrný oblek.

V České republice je tato metoda využívána poměrně krátkou dobu, je málo rozšířená, a to zejména kvůli její finanční náročnosti, kdy si klienti terapii z velké části hradí sami. Proto si práce klade za cíl shromáždit co nejvíce dostupných informací o metodách využívajících speciální podpůrný oblek. Dalším záměrem je získat pomocí kvantitativního výzkumného šetření přehled o informovanosti a postojích dospělých klientů vybraných zařízení určených osobám s tělesným a kombinovaným postižením, zákonných zástupců dětí s tělesným a kombinovaným postižením a také pracovníků, kteří s těmito osobami pracují, ke zkoumané metodě a k novým stimulačním metodám vůbec. Dále se práce zaměřuje na ostatní stimulační metody využívané ve vybraných zařízeních poskytujících služby osobám s tělesným a kombinovaným postižením.

**Klíčová slova:**

Stimulace, tělesné postižení, kombinované postižení, mozková obrna, metoda TheraSuit, oblek TheraSuit

**Title of the thesis:**

Stimulation of people with physical and multiple disabilities – using the TheraSuit Method

**Abstract:**

The thesis entitled „Stimulation of people with physical and multiple disabilities – using the TheraSuit Method“ focuses on the using of different stimulation methods in the care of people with physical and multiple disabilities and is aimed in particular mentioned method TheraSuit and its modifications (Klim-Therapy) whose main element is a special support suit.

In the Czech Republic, this method has been used for relatively short time. It is a little widespread, especially due to financial demands. The clients have to pay the therapy almost themselves. Therefore, the thesis aims to gather available information about the method using special support suit. Another objective is to obtain a quantitative overview of the research on the awareness and attitudes of adult clients of selected institutions for people with physical and multiple disabilities, their parents of children with physical and multiple disabilities and staff who work with these people, to discuss methods and new methods of stimulation at all. The thesis also focuses on other stimulation methods used in selected institutions providing services to peoples with physical and multiple disabilities.

**Keywords:**

Stimulation, physical disability, the multiple disability, cerebral palsy, method TheraSuit, suit TheraSuit

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Vymezení základních pojmů</b> .....	<b>9</b>
1.1 Vymezení pojmu tělesné postižení .....	9
1.1.1 Mozková obrna .....	14
1.2 Vymezení pojmu kombinované postižení.....	16
<b>2 Vybrané stimulační metody využívané v ČR</b> .....	<b>18</b>
2.1 Vojtova metoda reflexní lokomoce.....	18
2.2 Bobath koncept .....	19
2.3 Synergetická reflexní terapie .....	21
2.4 Hipoterapie.....	22
2.5 Canisterapie .....	24
2.6 Metoda bazální stimulace .....	25
2.7 Petö terapie .....	27
2.8 Ergoterapie.....	28
<b>3 Metoda TheraSuit</b> .....	<b>29</b>
3.1 Zakladatelé metody .....	29
3.2 Charakteristika metody TheraSuit .....	30
3.3 Oblek TheraSuit .....	31
3.4 TheraSuit v o.p.s. Alka .....	34
3.4.1 Informace o zařízení .....	34
3.4.2 TheraSuit jako součást sociální rehabilitace.....	34
3.5 TheraSuit v Sanatoriích Klimkovice.....	38
3.5.1 Informace o zařízení .....	38
3.5.2 Klim-Therapy .....	39
3.5.3 Klim-Therapy 18+ .....	41
<b>4 Výzkumné šetření</b> .....	<b>44</b>
4.1 Výzkumný problém, cíle šetření .....	44
4.2 Výzkumné otázky .....	44
4.3 Metodika šetření .....	46
4.4 Časový průběh výzkumného šetření .....	47
4.5 Charakteristika výzkumného souboru .....	48
4.6 Analýza dat .....	49
4.6.1 Oblast postojů a demografické údaje (část A).....	49
4.6.2 Povědomí o TheraSuit (část B).....	60
4.6.3 Ostatní stimulační metody (část C) .....	72
4.7 Zhodnocení výzkumných otázek .....	74
4.8 Závěrečné shrnutí výsledků průzkumu .....	78
4.9 Návrhy vyplývající z výsledků šetření pro teorii, praxi a výzkum .....	79
4.10 Diskuze.....	80
<b>Závěr</b> .....	<b>81</b>
<b>Seznam literatury:</b> .....	<b>83</b>
<b>Elektronické zdroje:</b> .....	<b>85</b>
<b>Zákony a vyhlášky:</b> .....	<b>86</b>
<b>Seznam grafů:</b> .....	<b>86</b>
<b>Seznam tabulek:</b> .....	<b>87</b>
<b>Seznam příloh:</b> .....	<b>87</b>

## Úvod

Předkládaná diplomová práce s názvem *Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením - využití metody TheraSuit* se zabývá možnostmi stimulace a zlepšování hybnosti osob s tělesným a kombinovaným postižením. O zmiňované stimulační a pohybové terapii jsem se poprvé dozvěděla z regionálních novin, když Alka o.p.s v Příbrami metodu TheraSuit zavedla ve svém zařízení jako první v České republice. Metoda mě hned zpočátku velice zaujala a pochybnosti, které jsem k jejímu využití měla se rozplynuly po prvních úspěších u klientů. V současné době se TheraSuit využívá ve třech zařízeních v České republice, a to v již uvedeném zařízení Alka o.p.s. v Příbrami, v Sanatoriích Klimkovice a nově také v Centru Hájek v Plzni.

I když se jedná spíše o metodu rehabilitační, kterou provádí vyškolený fyzioterapeut, domnívám se, že pro speciální pedagogiku, potažmo pro speciální pedagogy je důležité znát novinky v oblasti stimulace a zlepšování hybnosti osob s postižením a v případě potřeby klientovi nebo jeho zákonnému zástupci doporučit různé možnosti, které skýtá ucelená rehabilitace. Dle mého mínění si tato metoda zaslouží být zařazena mezi ostatní metody nebo terapie, které sice speciální pedagog neprovádí, ale má o nich určité informace, které může následně předat dále. Bohužel zatím není v České republice provedena žádná studie, která by se týkala výsledků při využití této terapie u osob s tělesným a kombinovaným postižením.

Tato terapie je v České republice poskytována poměrně krátkou dobu a pouze na třech pracovištích, proto si práce klade za cíl shromáždit co největší množství informací o pohybové terapii TheraSuit, která je v daných zařízeních různě modifikována (doplněna o odlišné podpůrné prvky – Klim-Therapy). Vedle toho je cílem zmapovat postoje a úroveň informovanosti dospělých klientů vybraných zařízení, zákonných zástupců dětských klientů a rovněž odborníků, kteří s těmito osobami pracují, o této metodě a o nových stimulačních metodách vůbec. Dalším cílem je pak zjistit, které metody jsou nejčastěji ke stimulaci osob s tělesným nebo kombinovaným postižením v České republice využívány.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol a několika podkapitol. První kapitola se zabývá vymezením základních pojmů. Jedná se o definování pojmu tělesné postižení a pojmu kombinované postižení. Dále jsou zde popsány různé poruchy a vady, které se řadí do skupiny tělesného postižení. Jedna z podkapitol se blíže věnuje mozkové obrně, protože metoda TheraSuit je ve větším množství případů využívána právě při

diagnóze mozkové obrny. Z tohoto důvodu se tato část práce podrobně zabývá definicí a klasifikací mozkové obrny.

Druhá kapitola se věnuje různým stimulačním metodám, jenž jsou, dle mého názoru, nejčastěji využívány v České republice ke stimulaci osob s tělesným nebo kombinovaným postižením. Tyto metody a terapie jsou rovněž předmětem výzkumného šetření, které je součástí práce. Mezi vybranými stimulačními metodami a terapiemi jsou uvedeny tyto: metoda bazální stimulace, Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept, synergetická reflexní terapie, hipoterapie a canisterapie.

Ve třetí kapitole jsou uvedeny informace o metodě TheraSuit obecně, informace o původu metody, jejích zakladatelích a o jejím využití v jednotlivých zařízeních v České republice.

Čtvrtá kapitola se věnuje výzkumnému šetření, zaměřenému na zmapování úrovně informovanosti a postojů cílové skupiny k metodám TheraSuit a Klim-Therapy. Cílovou skupinou v tomto šetření jsou dospělí klienti především denních stacionářů určených osobám s tělesným a kombinovaným postižením, zákonní zástupci dětských klientů a také pracovníci ve vybraných zařízeních poskytovatelů sociálních služeb. Jedná se především o fyzioterapeuty, pracovníky v sociálních službách, speciální pedagogy, ergoteraputy a další. Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvantitativního výzkumu, za použití nástroje, kterým byl nestandardizovaný dotazník.



# 1 Vymezení základních pojmů

Tato kapitola se zabývá vymezením pojmů, kterými jsou tělesné postižení a kombinované postižení. Uvádím nejen definice, ale i různé názvy postižení, které jsou používány nejen v České republice, ale i v zahraničí.

## 1.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Pojem tělesné postižení je velmi široký a zahrnuje v sobě rozsáhlou škálu rozmanitých problémů, proto jednotnou definici, která by zahrnovala všechny aspekty a přitom nebyla příliš široká, není jednoduché vytvořit. Vítková (2006) popisuje osoby s tělesným postižením jako heterogenní skupinu osob, jejichž společným znakem je omezení pohybu. Není to ale pouze pohyb, který je omezen, protože tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost člověka a mimo zmiňované motoriky, postihuje také vnímání, kognici a emoce. Novosad, Novosadová (2000) uvádí somatické, psychické a sociální aspekty tělesného postižení, jimiž je:

- omezení, ztížení nebo ztráta lokomoce
- atypické pohybové stereotypy a problematická koordinace pohybů
- narušení jemné motoriky
- zvýšená závislost na technických pomůckách a na externí fyzické pomoci
- citová a podnětová deprivace
- výkonová „činnostní“ deprivace
- obtíže při zvládnutí emancipace, procesu osamostatňování
- poruchy sebepojetí, zkreslené sebehodnocení
- emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání
- izolovanost, snížená sociabilita
- komunikační bariéry:
  - a) z důvodu spasticity nebo jinak narušené fce mluvidel,
  - b) z důvodu nedostatečného sociálního učení,
  - c) z důvodu přidruženého smyslového postižení
- problematické utváření sociálních vztahů
- nezkušenost v partnerských vztazích
- často nedostatečná motivace, vyplývající z neujasněných životních perspektiv
- zkreslené / neadekvátní hodnocení ZP jedince sociálním okolím, jeho stigmatizace

*„Somatickým postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka“* (Jankovský, 2001, s. 31). Jankovský (2001) dále uvádí, že se jedná především o poruchy nervového systému, pokud je jejich následkem porucha hybnosti, ale také může jít o poruchy pohybového a nosného aparátu. Slowík (2007, s. 99) pojímá tělesné postižení obecněji, když uvádí, že *„termínem zdravotní postižení může být označováno dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života, což se vztahuje i na případy dlouhodobých onemocnění.“*

Buřvalová, Reitmayerová (2007) popisují tělesné postižení ve dvou dimenzích. A to buď jako pohybový defekt (omezení či ztráta funkce), nebo jako postižení estetické. Rozdělují pohybové postižení z hlediska pohyblivosti na:

- lehké – je zachována schopnost samostatného pohybu
- středně těžké – pohyb je umožněn za pomoci ortopedických pomůcek
- těžké – není zachovaná schopnost samostatného pohybu

Z hlediska hybnosti:

- dolních končetin: důležité pro samostatný pohyb, nižší závislost na ostatních lidech, možnost získávání poznatků
- horních končetin: významné pro sebeobsluhu, pracovní činnosti, koníčky atd.
- mluvidel a mimiky: zásadní pro rozvoj verbální i neverbální komunikace, která je zásadní pro vytváření vztahů, pro sociální interakci
- kombinace předchozích druhů

*„Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.....Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností.“* (Renotiérová, 2006, s. 212).

Kraus a Šandera (1964, s. 6, srov. Vítková, 2006) definují tělesné postižení jako *„vady pohybového a nosného ústrojí (tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí (jestliže se projevují porušenou hybností) včetně vrozených i získaných deformit tvaru těla a končetin.“* Ovšem omezení nebo snížení motorického výkonu může ovlivnit rozvoj celé osobnosti člověka, což ve většině případů nastává. Celkový vliv postižení na osobnost člověka je dán konstitucí jedince, tedy

souhrnem všech duševních a tělesných vlastností a znaků organismu (Vítková, 2006). Přičemž za příčiny tělesného postižení jsou považovány vnitřní faktory a vnější vlivy.

Podle Novosada (2011) pojem tělesné postižení zahrnuje víceméně dvě základní, často se prolínající skupiny. Je to jednak chronické postižení, kdy se obvykle jedná o nevyléčitelné onemocnění, resp. dlouhodobě výrazně nepříznivý zdravotní stav. Druhou skupinu pak tvoří lokomoční neboli pohybové postižení. „*Jedná se o omezení hybnosti až znemožnění pohybu, dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou, orgánovou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, amputací či deformací části motorického systému*“ (Novosad, 2011, s. 87). Různí autoři používají rozdílná dělení vad a poruch, které jsou řazeny mezi tělesné postižení. Někteří se shodují, jiní se mírně liší.

Mezi somatická onemocnění dle Jankovského (2001) patří neuromuskulární a svalová onemocnění. Mezi klinické příznaky těchto onemocnění můžeme řadit např. periferní parézu (popř. plegii, která se projeví snížením volního ovládní), hypotonii (příčinou může být léze centrální, ale i léze periferní), atrofii svalové hmoty, bolesti svalů, změnu konzistence svalu, poruchy čítí, poruchy chůze atd.

Příkladem závažného chronického svalového onemocnění je myopatie, kdy se porucha hybnosti nachází přímo ve svalu. V širším slova smyslu je to jakékoli poškození svalového vlákna, které vzniká z různých příčin. Nejčastějšími svalovými onemocněními jsou progresivní svalové dystrofie. Zde dochází k degeneraci svalových vláken příčně pruhovaného vlákna (Jankovský, 2001).

Mezi další tělesná postižení řadí Jankovský (2001) různé deformity lebky (mikrocefalie, makrocefalie, megalencefalie), kloubů, svalů a končetin, poúrazové stavy (poranění páteře a míchy), degenerativní onemocnění nervové soustavy (Friedrichova ataxie, hereditární spastická paraparéza).

Další skupinou somatických postižení jsou ortopedická postižení, kam patří např. vrozené vykloubení kyčlí – kongenitální dysplázie kyčelního kloubu, Perthesova choroba, deformace páteře (kyfózy, skoliózy), taktéž narušení vývoje chrupavky (chondrodystrofie). Malformace jsou vrozená vývojová postižení, mezi která lze zařadit dysmelie, což jsou poruchy zárodečného vývoje končetin. Mezi dysmelie patří amelie (vrozené chybění končetin), fokomelie (končetiny jsou zakrnělé), mikromelie (končetiny jsou proti tělu neúměrně krátké). Odlišnou skupinu pak tvoří amputace – umělé odnětí končetiny nebo její části od trupu. Vznikají buď na základě úrazu, nebo chirurgickou cestou (Jankovský, 2001).

Bendová (2005, srov. Vítková, 2006) rozděluje tělesná postižení na vrozená a získaná podle doby jejich vzniku. Vrozené postižení jedinec získává v raném věku, čímž dochází k ovlivnění jeho vývoje již od počátku. Jsou změněny také sociální vztahy a možnosti dítěte (Buřvalová, Reitmayerová, 2007). Příčiny vrozených tělesných vad jsou četné, může se jednat o prodělání různých infekčních onemocnění matky v období těhotenství. Za nejčastější příčinu je považována dědičnost (Renotierová, 2006). Mezi vrozená tělesná postižení řadí Bendová (2005, srov. Kábele, 1993, Vítková, 2006, Renotierová, 2006, Novosad, 2011) tato postižení:

1. vrozené poruchy tvaru lebky (brachycefalie, skalocefalie, trigonocefalie, turicefalie, plagiocefalie)
2. vrozené poruchy velikosti lebky (makrocefalus, hydrocefalus, mikrocefalus)
3. další vrozené poruchy v lebeční a orofaciální oblasti (anencefalus, rozštěp lebky, rtu, čelisti, patra)
4. vrozené deformity páteře (krční hyperlordóza, zvětšená hrudní kyfóza, plochá záda, zvětšená bederní lordóza)
5. vrozené vady páteře (spina bifida, meningokéla)
6. vrozené vady horních a dolních končetin (amélie – vrozené úplné nevyvinutí končetin, dysmélie – vrozená tvarová vývojová odchylka končetin, fokomélie – chybějící paže a předloktí, takže ruce vyrůstají přímo z trupu, arachnodaktylie – mimořádně dlouhé a tenké prsty, syndaktylie – srůsty prstů na horních i dolních končetinách, polydaktylie – zmnožení prstů, plochá noha, luxatio caxae congenita (vrozená luxace kyčlí)
7. vrozené růstové odchylky (achondroplazie, akromikrie, akromegalie, gigantismus, nanismus, hemihypertrofie)
8. centrální a periferní obrny (mozková obrna)

Získaná tělesná postižení jedinec získá v pozdějším věku a závisí na jejich rozsahu, jak daný jedinec toto postižení přijme. Získané postižení, dle mého názoru, způsobí jedinci větší trauma než postižení vrozené, protože může srovnávat život zdravého člověka s životem člověka s postižením. Novosad (2011) v této souvislosti zmiňuje, že vůbec není relevantní srovnávat, která životní situace je horší. Zda ta, kdy se dítě s postižením narodí nebo kdy se jedná o náhlou změnu zdravotního stavu. Tyto diskuze se dle něj pokoušejí porovnávat neporovnatelné. Tělesné postižení ale nepůsobí pouze na somatickou stránku člověka, má negativní vliv na smyslový a rozumový vývoj osobnosti. Slowík (2007) mezi

získaná postižení řadí například deformity páteře, úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie).

Získaná tělesná postižení jsou:

- získané deformity páteře a hrudníku (skolióza, zvětšená krční lordóza, zvětšená hrudní kyfóza, zvětšená bederní lordóza)
- získané deformity končetin (plochá noha)
- získaná tělesná postižení po úrazovém poškození CNS (kontuze mozku atd.)
- získaná tělesná postižení po úrazovém poškození periferních nervů
- amputace horních a dolních končetin – amputace je umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu, které mohou nastat v důsledku vážných úrazů již v dětském věku
- tělesná postižení získaná po nemoci (revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Parthesova nemoc, myopatie)

Slowík (2007, s. 99) uvádí klasifikaci tělesných postižení a zdravotních oslabení podle etiologie:

- tělesné odchylky a oslabení, sem řadí např. vady páteře, luxace kloubů apod.)
- tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
- úrazy jako jsou tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.)
- následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorová onemocnění atd.)
- dětská mozková obrna (spastické i nespastické formy)
- dlouhodobá (chronická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Renotiérová (2006) rozlišuje poruchy hybnosti (mobility) trvalého nebo přechodného charakteru, které mohou vzniknout primárně jako následek přímého poškození pohybového aparátu v souvislosti s jeho vadným vývojem úrazem nebo nemocí nebo sekundárně, kdy je pohyb znemožněn či omezen v důsledku nemoci nebo poruchy. Tato nemoc nebo porucha ovšem pohybový aparát přímo nezasáhla. Poruchy hybnosti lze diferencovat z hlediska tří stupňů:

- lehká porucha hybnosti

- střední porucha hybnosti
- těžká porucha hybnosti

### 1.1.1 Mozková obrna

Mozková obrna je nejčastěji se vyskytujícím tělesným postižením na neurogenním podkladu. Metoda TheraSuit je z velké části využívána u osob s tímto postižením, proto se této tématice budeme blíže věnovat v další části práce.

Okolo roku 1859 poprvé popsal mozkovou obrnu anglický ortopéd William John Little ve své práci *„O obrnách způsobených abnormálními porody,“* kdy jako první uvedl příčinnou souvislost spastických hemiplegií a spastických diplegií s těžkými porody. Podle něj dostala název Littleova choroba. Tento pojem byl používán až do konce čtyřicátých let 20. století (srov. Lesný, 1985, Opatřilová, 2010, Kudláček, 2012). V dalším období se používal název dětská mozková obrna (podle jejího vzniku v období dětství). Dlouhodobě používaný název dětská mozková obrna nevytlačil ani název používaný Václavem Vojtou *„infantilní cerebrální paréza“*. V současné době je nově používán název mozková obrna na základě aktualizace MKN-10 (ÚZIS ČR, 2010-2014).

Taktéž definice mozkové obrny není jednoznačná. Jak uvádí Lesný (1985) některé nosologické pojmy definici nepotřebují neboť ta je dána jejich samotným názvem. U mozkové obrny tomu tak není, a proto stále není stanovena univerzální definice, která by vystihovala podstatu postižení v celé jeho šíři a zároveň by nebyla příliš obsáhlá. V odborné literatuře tedy nalézáme různé definice a popisy tohoto druhu postižení. V lékařské odborné literatuře uvádí Sosna (2001, s. 152) definici, kterou popsal Little v roce 1853: *„dětská mozková obrna je neprogredující poškození nervového systému s dominantními projevy na pohybovém aparátu.“* Některé definice zahrnují pouze dopady na pohybovém aparátu, jiné se vyjadřují komplexněji, protože je zřejmé, že důsledky tohoto postižení nejsou viditelné pouze v této oblasti.

Dle Jankovského a kol. (2001) pojem mozková obrna zahrnuje širokou škálu poruch různého původu a jedná se o jedno z nejrozšířenějších somatických onemocnění. Je hybným následkem rané léze mozku, nelze ji vyléčit, lze ji ale do jisté míry účinně léčit. Jsou poškozeny centrální struktury řídící hybnost, což se mimo jiné projevuje také spasticitou (Kraus, 2005). Krausova (2005, s. 21) definice tedy zní *„jedná se o neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnné postižení vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se*

*spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi.*“ V jiné literatuře se dočteme že, pod označením mozková obrna se skrývá celá řada syndromů, není to tedy homogenní onemocnění. S rozvojem diagnostiky a léčby bylo nutné tyto syndromy klasifikovat (Kudláček, 2012). Lesný (1985, s. 9) píše k definici mozkové obrny toto: *„my jsme si zvykli definovat dětskou mozkovou obrnu jako raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.*“ Jak již bylo uvedeno, mozková obrna neovlivňuje pouze somatickou stránku člověka, ale v různé míře narušuje člověka v jeho celistvosti.

Slowík (2007) popisuje mozkovou obrnu jako kombinaci mentálního postižení s postižením tělesným, kdy tuto kombinaci provází ještě další vady, jako je například porucha komunikační schopnosti – nejčastěji dysartrie.

V zahraniční literatuře je mozková obrna definována jako trvalá porucha vývoje pohybu a držení těla, což způsobuje omezení činnosti. Je řazena k neprogresivním poruchám, ke kterým došlo při fetálním vývoji nebo v novorozeneckém období. Poruchy motoriky u mozkové obrny jsou často doprovázeny poruchami čítí, vnímání, poznávání, komunikace a chování, epilepsií a sekundárními problémy pohybového aparátu (Rosenbaum, Rosenbloom, 2012).

Lesný (1985) rozeznává formy mozkové obrny:

- Vyhraňené syndromy
  - Formy spastické (diparetická, hemiparetická, kvadraparetická)
  - Formy nespastické (hypotonická, dyskinetická)
- Nevyhraňené syndromy (tzv. malé mozkové postižení)

Sosna (2001, srov. Vágnerová, 2008) rozlišuje tři formy mozkové obrny podle lokalizace postižení nervového systému. První z nich je forma **spastická**, která je nejčastější formou mozkové obrny. Tvoří asi 60-70% všech DMO a její příčinou je poškození horního motoneuronu. Následkem je pak porucha fyziologických svalových reflexů. Pro tuto formu je charakteristický zvýšený svalový tonus a zrychlená reaktivita svalů. Sosna používá název plegie, který je specifický spíše pro anglickou literaturu, přičemž Vágnerová uvádí název paréza. Spastická forma má několik charakteristických klinických obrazů:

- Hemiplegia – postiženy jsou obě končetiny na jedné straně těla, výrazněji bývá postižena horní končetina.

- Diplegia – je zde převaha postižení dolních končetin, IQ bývá normální, typická chůze je charakterizována shrbeným postojem a chůzí po špičkách s flektovanými koleny a abdukčními kontrakturami kyčlí, tzv. nůžkovitá chůze.
- Paraplegia – je charakteristická postižením dolních končetin
- Quadruplegia – nejtěžší forma, kdy jsou postiženy všechny končetiny

Jako druhou formu mozkové obrny uvádí Sosna (2001) formu **atetoidní a dyskinetickou**, která se projevuje neovladatelnou, svíjivou chůzí a pohybem. U třetí, **ataktické** formy je patrné oslabení, třes a špatná koordinace svalstva.

Dítě začíná chodit později, pokud vůbec začne, chůze je typická nůžkovitá. Na nohou se vytváří různé deformity jako je například pes equinovarus, pes calacneovalgus.

Bobathovi dělí mozkovou obrnu podle:

- kvality posturálního napětí (spastická, hypotonická, steroidní, ataktická)
- distribuce posturálního napětí (diparetická, hemiparetická, kvadruparetická)
- tíže vyjádřeného hendikepu (lehká, střední, těžká) (Sekáčová, 2009).

Bobath klasifikace mozkové obrny (srov. Kraus a kol., 2005, Sekáčová, 2009):

- spastická forma (lehká, střední, těžká)
- hypotonická forma
- atetoidní forma (čistá atetóza, choreoatetóza, atetóza s dystonickými spazmy, atetóza se spasticitou)
- ataktická forma (s nebo bez elasticity, s atetózou, bez atetózy)

Vojta (1993) vyzpozoval, že se při vývoji všech forem infantilní cerebrální parézy vyskytují určité typy držení těla, jako je například primitivní vzpěrná reakce horních a dolních končetin. Podobné prvky se vyskytují u spastika, atetotika, u dítěte s atonickou diplegií nebo s mozečkovou ataxií.

Příčiny mozkové obrny jsou obvykle rozdělovány do skupin podle období vzniku:

- prenatální - jedná se o nitroděložní vývoj jedince (infekční onemocnění matky v období těhotenství, nezdravý životní styl – kouření, konzumace alkoholu atd.)
- perinatální – komplikace během porodu
- postnatální (těžká novorozenecká žloutenka)

## **1.2 Vymezení pojmu kombinované postižení**

Metodu nebo oblek TheraSuit je možné využít také u klientů s kombinovaným postižením. Proto je vhodné uvést definici kombinovaného postižení. Tento druh postižení opět není možné jednoduše definovat a rovněž vymezení samotného názvu se liší nejen v



zahraniční, ale ani v České republice není pro toto postižení jednotný termín. Ludíková (2005) uvádí, že u nás se nejčastěji používají termíny vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady. V anglicky mluvících zemích se často používá označení *multiple handicap* nebo označení *severe/multiple disabilities*. Slovensko využívá označení *viacnásobné postihnutie* nebo *viaceré vady*.

V literatuře nalezneme různé definice kombinovaného postižení. Může se jednat o kombinace několika druhů postižení, které bývají často na genetickém podkladu a někdy se projevují jako syndrom, tedy soubor mnoha příznaků. V některých případech bývá velmi obtížné primární postižení určit. Některé kombinace určitých vad se vyskytují častěji, některé méně často (Slowík, 2007). Relativně často se vyskytuje kombinace mentálního postižení s tělesným, případně smyslovým postižením. Další kombinací vad je současný výskyt zrakové a sluchové vady – hluchoslepota. Rovněž kombinace snížené sociální přizpůsobivosti a poruch chování se může vyskytnout současně s jakýmkoliv jiným druhem postižení. Velmi častým problémem se dle Slowíka (2007) jeví snížená úroveň rozumových schopností či přítomnost mentálního postižení u jedinců s poruchami chování.

Ludíková (2005) se vyjadřuje k současnému pojetí kombinovaného postižení, které vychází z teze, že se nejedná o pouhou sumarizaci jednotlivých postižení, ale jedná se o absolutně novou kvalitu, jež vyžaduje jedinečný přístup. U jedince s těžkým postižením se jedná o „*postižení celistvosti člověka*,“ v jeho životních výkonech a představuje pro všechny aktéry omezení, čímž ztěžuje kontakt mezi dvěma lidmi (Vítková, 2006).

U kombinovaného postižení nelze určit jednu konkrétní příčinu. Často se jedná o seskupení škodlivých vlivů. Příkladem může být dítě s příslušnými genetickými dispozicemi, které se narodí předčasně v důsledku metabolické poruchy u matky v době těhotenství.

## 2 Vybrané stimulační metody využívané v ČR

### 2.1 Vojtova metoda reflexní lokomoce

Václav Vojta koncem 50. let pozoroval při určité manipulaci s dítětem předškolního a školního věku s infantilní spastickou parézou změnu elasticity a změnu ve svalových souhrách, které vykazovaly pravidelnost (Kraus a kol., 2005). Poprvé v životě tak u těchto dětí vznikaly ve svalech pravidelně a automaticky takové svalové funkce, které byly dosud z funkce vyřazeny. Pokud jsou tyto souhry vzbuzeny, potom je pacienti automaticky (nevědomky) zavedou do spontánní motoriky. Dochází ke změnám v držení těla tím, že se pohybový vzor rozšíří na celé tělo.

*„Základním přínosem této metody je přesné rozlišování svalových funkcí v terapii reflexní lokomoce (reflexní plazení a reflexní otáčení) odpovídajících svalové diferenciaci lidského motorického vývoje a směřujících proti motorické patologii“ (Kraus a kol., 2005, s. 193).*

Jak uvádí Vojta, Peters (2010) pojem reflex v reflexní lokomoci (reflexním pohybu vpřed) znamená, že určitými podněty můžeme vyvolat motorickou aktivitu, která způsobí pohyb vpřed.

K aktivaci centrální nervové soustavy dochází cestou z periferie působením na kůži, fascii, svaly, klouby reflexním způsobem, tedy s absencí slovního příkazu terapeuta a bez vědomé snahy dítěte o pohyb (Kraus a kol., 2005). Pokud jsou v centrální nervové soustavě k dispozici určité neurální rezervy, „probouzí“ se ze své blokády. Prostřednictvím aktivačního systému reflexní lokomoce nastává tedy možnost aktivovat centrální nervový systém, probudit ho z narušené situace a tím uvést do normálních kolejí vývoje. Vojta, Peters (2010) popisuje, že jsou tyto rezervy (modely) vrozené a přítomné u každého člověka nezávisle na věku a čekají na vyvolání.

Provokovaná pohybová odpověď má lokomoční charakter, přičemž principem je provokace pohybu vpřed, který obsahuje tři složky:

- automatické řízení polohy těla
- změnu těžiště trupu a vzpřímení trupu proti gravitaci
- příslušnou fázičnou pohyblivost (pohyb kráčíkový, pohyb hlavou, jiné pohyby)

Základem metody jsou dva koordinační celky pohybu vpřed. Prvním celkem je **reflexní plazení** v poloze na břiše, jenž je přítomný ihned po narození. Druhý, který je aktivovaný v poloze na zádech a boku se nazývá **reflexní otáčení** a objevuje se od konce

prvního trimenonu. Oba jsou umělé modely a jsou výbavné jen z určité polohy těla a jen při určité stimulaci (Kraus a kol., 2005).

Pro provádění Vojtovy metody je velice důležitá znalost vzorů držení těla motorické ontogeneze a také dílčích vzorů motorické ontogeneze. Vojta, Peters (srov. 2010, Vojta 1993) uvádí výběr těchto vzorů:

- **hlavní spontánní vzory držení těla v poloze na bříše**
  - vzor držení u novorozence od 0. do 4. nebo 6. týdne asymetrická poloha na bříše
  - vzor držení u kojence od 4. nebo 6. týdne: symetrická opora o předloktí
  - vzor držení u kojence od 12. týdne: symetrická opora o lokty
    - dílčí vzory reflexního plazení v symetrické opoře o lokty:
      - napřímení celé páteře
      - antigravitační funkce vnitřních rotátorů v ramenním kloubu a břišních svalů
      - oči se stácejí ke straně až do konečného popstavení
      - axiální rotace hlavy
  - vzor držení u kojence od 4,5 měsíců: opora na jednom lokti
- **hlavní spontánní vzory držení těla v poloze na zádech**
  - vzor držení novorozence: asymetrická nestabilní poloha na zádech
  - od „jisté“ polohy na zádech (3 měsíce) přes úchopové funkce (4-6 měsíců) ke spontánnímu koordinovanému otáčení ze zad do polohy na břicho (6 měsíců)
  - vzor držení u dítěte v 7-8 měsících: šikmý sed a pinzetový úchop
  - lezení po čtyřech v 9-10 měsících
  - volná bipedální chůze

Vojtova metoda reflexní lokomoce je dle mého názoru nejvíce používanou metodou stimulace osob s postižením v České republice. V největší míře je využívána u dětských pacientů, ale může být využita i v dospělosti.

## **2.2 Bobath koncept**

Bobath koncept je určen pro léčbu dětí s mozkovou obrnou, který spočívá v dosahování relaxace svalového napětí pomocí polohových a pohybových reflexů, kdy dojde k uvedení celého těla nebo jeho částí do reflexně-inhibičních poloh (Renotiérová, 2006). Jedná se o terapeutický rehabilitační postup určený pro pacienty s patofyziologií

CNS. Někdy bývá nazýván jako neurovývojová terapie (neurodevelopmental treatment – NDT). Kraus a kol., (2005) uvádí, že se jedná o jeden z nejužívanějších terapeutických přístupů, který lze aplikovat u kojenců, starších dětí i u dospělých pacientů. Nejčastěji je však využíván při rehabilitaci dětí s mozkovou obrnou. Nejedná se o metodu, která nabízí terapeutovi sadu cviků, ale jde spíše o filozofii, která nahlíží na klienta jako na celek.

Autory konceptu jsou manželé Karel a Berta Bobathovi. Berta Bobathová, německá fyzioterapeutka, rozvíjela terapeutický koncept společně se svým manželem, který byl pediatrem a neurologem. Terapie od doby svého vzniku ve 40. letech minulého století prošla vývojem až do dnešní podoby. Do léčby dítěte s mozkovou obrnou jsou aplikovány poznatky z vývoje zdravého dítěte (vývojový aspekt dítěte). Terapie je prováděna v rámci handlingu, kdy je dítě připravováno pro funkční dovednosti, jako je oblékání, krmení, pití, chůze atd. (Kraus a kol., 2005).

Tento koncept se zakládá na dvou faktorech, a to na **inhibici**, kdy jsou zbrždžovány či přerušovány abnormální reflexní držení a na straně druhé mají být vybudovány vzory, které odpovídají normálnímu pohybu. Tyto normální pohybové vzory jsou provokovány a fixovány ve cvičebních situacích. Tento nácvik označují Bobathovi jako **facilitaci** (Vítková, 2006).

*„Terapeut při léčbě nevede pasivně pohyby klienta, ale svým cíleným handlingem se snaží dosáhnout toho, aby dítě bylo schopno převzít aktivní kontrolu nad svým pohybem, a tím mohlo získat co nejsprávnější senzomotorickou zkušenost v rámci konkrétní funkční situace“* (Kraus a kol., 2005, s. 212).

Bobathovi využívají tzv. handling, což je soubor všech technik s cílem upravit svalové napětí a navodit správný pohyb a prostřednictvím senzomotorické zkušenosti získávat a přebírat maximálně možnou aktivní kontrolu nad svým pohybem (Hájková a kol., 2009).

Během handlingu terapeut svou pomoc (hands on interence) plynule a systematicky oddaluje (hands off interence) tak, aby mělo dítě možnost kontrolovat svůj pohyb bez dopomoci (Kraus a kol., 2005). V rámci handlingu jsou používány a vhodně kombinovány nejrozličnější terapeutické techniky – facilitační, inhibiční a stimulační.

Kraus a kol., (2005) uvádí, že inhibici a facilitaci označují Bobathovi za dvě strany téže mince. *„Aplikací tonus ovlivňujících vzorů inhibujeme u spastika jeho hypertonus a zároveň dostáváme pacienta do situace, ve které lze facilitovat správný pohybový vzor v rámci konkrétní funkce“* (Kraus a kol., 2005, s. 212).

Zmenšení elasticity a konkrétní funkční činnosti dosáhneme jen pravidelným opakováním těchto činností, kdy je využito plastičnosti CNS (Hájková a kol., 2009).

Hájková (2009) dále uvádí, že správný handling napomáhá k:

- antigravitačnímu vzpřímení
- budování tělesného schématu
- disociaci jednotlivých pohybových segmentů
- větší motorické aktivitě
- stimulaci všech smyslů
- aktivizaci vestibulárního aparátu, taktilního cití, integraci sluchového vnímání
- lepšímu očnímu kontaktu

### **2.3 Synergetická reflexní terapie**

Jedná se o samostatný léčebný komplex, který vyvinul dr. W. Pfaffenrot (Kraus a kol., 2005). Uplatňuje se v oblasti léčby a prevence následků mozkové obrny a dalších neuroortopedických poruch u dětí i dospělých. Synergie může být definována jako navzájem se podporující účinky současně užitých jednotlivých technik, které vedou ke zvýšení léčebného efektu. Nejedná se o kumulativní nahromadění různých reflexních technik, nýbrž o samostatný terapeutický koncept, který vzniká sloučením modifikovaných forem reflexních terapií cílených pro specifikum mozkových poruch.

Užité léčebné techniky při synergetické reflexní terapii (Kraus a kol., 2005):

- myofasciální technika – jedná se o ošetření měkkých tkání (kůže, podkoží, facií a svalů) vedoucí k jejich uvolnění. Uvolnění se reflexně přeneso do hlubších svalových vrstev, tím dojde k uvolnění svalu, což může být využito k jeho protažení na fyziologickou délku a působit na případné kloubní blokády. Zpětnou vazbou se pak fixují nová spojení v CNS
- akupresura – je metoda založená na principech čínského lékařství. Využívá se tlaku a vibrací prstů terapeuta, dojde k lokálnímu uvolnění svalů a šlach a k odstranění energetických blokad
- masáž reflexních zón prolíná tři techniky:
  - masáž reflexních zón v čínském pojetí
  - masáž nebo akupresuru hlavy
  - silný a rychlý tlak na vybrané reflexní zóny

- chiroterapie – „manuální technika, která využívá cílených mobilizačních a manipulačních pohybů k dosažení korekce biomechanických poruch v kloubech páteře a končetin
- korekce patologického postavení páteře a extremít – po ošetření určitého místa měkkými technikami může být využito svalového a kloubního uvolnění a pasivně korigováno kloubní spojení do anatomicky správného postavení
- doplňkové metody – infračervená, laserová či elektroakupunktura

Synergetická reflexní terapie má jak celkové tak i lokální účinky. Mezi celkové patří zřetelné zlepšení reakcí při Vojtově metodě, zlepšení pohybového vzoru, celkové snížení svalového tonu, u hypotonických dětí naopak celková tonizace svalstva, zvýšení tělesné i duševní aktivity, zlepšení psychiky. K lokálním účinkům můžeme přiřadit rozvoj jemné motoriky, zlepšení funkce úchopu a opory, zmírnění či vymizení kontraktur, lepší stabilitu páteře, zvýšení kontroly držení hlavy, trupu a končetin, zlepšení postavení a zatížení nohou (Kraus a kol., 2005).

## **2.4 Hipoterapie**

*„Hiporehabilitace je zastřešující pojem pro aktivity spojené s rehabilitací člověka pomocí koně v nejširším slova smyslu. Hipoterapie je rehabilitační metoda, která využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka, spolu s psychologickým působením jízdy na koni“* (Velemínský a kol., 2007, s. 215).

V oblasti využití koní pro terapeutické účely se můžeme setkat s následujícím dělením (Velemínský a kol., 2007, s. 223):

- EAT – Equine-Assisted Therapy (terapie s pomocí koní) může zahrnovat jakoukoli terapii (mimo hipoterapie) prováděnou uznávaným terapeutickým zařízením. Zahrnuje aktivity z oblasti „horsemanship“, tedy přirozené partnerství koně a člověka. Jedná se například o hřebelcování koně k získání zlepšení rozsahu pohybu, rovnováhy a hrubé a jemné motoriky atd.
- EFP – Equine-Facilitated Psychotherapy (podpůrná psychoterapie s koňmi). Jedná se o léčbu emocionálních poruch a poruch chování prováděnou profesionály s licenci v oblasti psychologie nebo psychiatrie, kdy je kůň využit jako prostředník interakce mezi klientem a odborníkem
- EEL – Equine-Experiential Learning (praktická výuka s pomocí koní) – výukové programy, které jsou přizpůsobeny k seznámení se s výukovou látkou pro populaci se speciálními potřebami a problémy

- EAP – Equine-Assisted Psychotherapy (psychoterapie s pomocí koní) – využívá se k léčbě celé škály psychických poruch a onemocnění, uplatňují ji psychoterapeuté a psychiatři
- HIPPO THERAPY – (hipoterapie = odvětví fyzioterapie) – fyzioterapeutická metoda využívající pohyb koně
- THERAPEUTIC RIDING (terapeutické ježdění) – využívá koňské aktivity k podpoře fyzické, kognitivní, emocionální a sociální vitality u osob s postižením

Kraus a kol., (2005) uvádí, že při lokomoci na koni dochází k cyklickému pohybu těžiště s cyklickými změnami reaktivní síly na oporné ploše těla. Rytmus tohoto cyklu je jiný než osobní rytmus člověka, proto musí dojít ke vzniku nového adaptivního posturálního programu, což vyžaduje aktivní činnost řídicí nervové soustavy. Léčebný proces je nutné rozdělit do dvou etap, kdy v první etapě jde o navázání kontaktu mezi klientem a koněm a teprve po vytvoření vzájemné komunikační vazby je možno přejít k vlastnímu řízení pohybu koně, přičemž jízda na koni podporuje řídicí procesy CNS na všech úrovních i na té nejvyšší úrovni, a to psychické.

Hiporehabilitace může být využita u všech forem mozkové obrny, musí ale být dobrý stav kyčelních kloubů, klient by měl ovládat aktivní sed nebo sedět s minimální oporou Kraus a kol., (2005). U těžkých forem mozkové obrny jako jsou kvadruparézy, je volena pasivní forma hipoterapie. Klient je položen přes koně nebo na krk koně.

V našich podmínkách se nejvíce využívá hipoterapie. V rámci hipoterapie působí šest a více účastníků, podle druhu a stupně postižení klienta (Velemínský a kol., 2007). Jedná se o cvičitele, který se trvale stará o psychickou i fyzickou pohodu koně, jezdí jej, připravuje jej na modelové situace při terapii (výkřiky dětí, náhlé pohyby, berle, vozíky, nasedání i u rampy atd.). Další osobou je fyzioterapeut, který s klientem pracuje způsobem odpovídajícím jeho zdravotnímu stavu. Fyzioterapeut určuje jakým způsobem nastavit klienta v sedle, aby se omezily jeho obtíže, rovněž vybírá vhodného koně k danému klientovi, určuje délku ježdění i případné aktivity mimo vlastní jízdu na koni, zodpovídá za správnost terapie atd. Nezastupitelný je také pomocník, který přidržuje klienta na koni – jistí ho. V případě problémů, které by znamenaly pád klienta z koně, ho na sebe stáhne. Musí to být osoba poučená, zletilá a nesmí se bát koní. Někdy je potřeba k jednomu klientovi i více pomocníků.

Klient se dostavuje k terapii vhodně oblečen, respektuje pokyny terapeuta. Za nezletilého klienta zodpovídá zákonný zástupce. Lékař terapii indikuje jako každou jinou

rehabilitační metodu. Sleduje a vyhodnocuje efekt terapie, vede zdravotní záznamy o klientech, zodpovídá za vhodnost terapie.

V neposlední řadě je důležité zmínit se o koni, jako členu hipoterapeutického týmu. Kůň musí být ochotný k práci, zvládá klidný krok, ochotně stojí při nasedání, i když do něj klient omylem strčí nebo u něj upadne berle či se posune vozík. Jedná se tedy o týmovou činnost, kde má každý člen své nezastupitelné místo.

## **2.5 Canisterapie**

Autorem termínu „canisterapie“ je od roku 1993 Jiřina Lacinová, která byla se sdružením Filia průkopníkem a osvětovým pracovníkem v tomto oboru. Termín canisterapie vzniká složením dvou slov z latinského canis = pes a z řeckého terapie = léčba (Velemínský a kol., 2007).

Jako u mnoha ostatních terapií není definice canisterapie jednotná. Galajdová (2011, s. 15) popisuje canisterapii takto: *„Je to duši hojící pocit, který v nás zanechává kontakt s milým a bezprostředním psem, pocit, že nejsme sami, že někoho zajímáme a že nás má někdo rád a těší se na nás. Pociť, který nám pomáhá čelit každodenním trampotám a dává vůli jít životem dál...Pozitivní pocit, který má nejen psychické, ale i fyzické dopady...“*

Galajdová (2011) popisuje canisterapii v rámci terapie zaměřené na řešení SFT (solution focused therapy), kdy se terapie zaměřuje na řešení konkrétního problému na rozdíl od klasické psychoterapie, jež se orientuje především na analýzu problému a na jeho příčiny.

Velemínský a kol.(2007) definuje canisterapii jako léčebný kontakt psa a člověka. Je prováděna formou individuální či skupinovou. Canisterapie přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, orientaci v prostoru. Dále může být využita k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního cítění, zlepšení kvality života a někdy i snížení agresivity klienta.

Tímto jsme nastínili cíle, které si klade canisterapeut před zahájením terapie u jednotlivých klientů. Cíle musí vždy vycházet z komplexní diagnózy klienta, z jeho dovedností, schopností, potřeb, zájmů a z jeho současné životní situace (Velemínský a kol., 2007). Stanovují se tedy pro každého klienta individuálně.

Obecné cíle canisterapie jsou:



- pohyblivost – rozvoj jemné motoriky, rozvoj hrubé motoriky, motivace k pohybu, radost z pohybu, spontánní cílený pohyb, koordinace pohybu, sebeobsluha, zlepšení využívání a manipulace s kompenzačními pomůckami
- psychická podpora – opora při odloučení od rodiny, pozitivní naladění, snížení změn nálad, radost, smích, spokojenost, pocit blaha, pohody, relaxace, podpora sebevědomí, sebedůvěry, reálné vnímání a přijetí svého onemocnění atd.
- kognitivní oblast, motivace – vnímání, rozvoj smyslů, pozornost, paměť, představivost, učení, orientace v čase, v prostoru, v prostředí, rozvoj verbální komunikace, jazykové schopnosti atd.
- sociabilita a sociální dovednosti - jak již bylo uvedeno, může být canisterapie prováděna individuálně nebo skupinově. Individuální canisterapie zahrnuje setkání jednoho klienta s jedním případně více canisterapeutickými týmy, přičemž může být program přizpůsoben individuálním potřebám klienta. Je zde také možnost intenzivnějšího kontaktu klienta se psem. Nevýhodou je časová náročnost při potřebě uspokojit více klientů (Velemínský a kol., 2007).

U skupinové formy canisterapie je důležité zvolit správný poměr klientů a psů a docílit toho, aby se do činnosti a kontaktu se psem zapojili všichni klienti. Vzájemnou interakci klientů a psů koordinuje většinou jedna osoba.

Canisterapie patří společně s hipoterapií do tzv. animoterapií a jsou obě velmi oblíbené a hojně využívané při stimulaci osob s postižením.

## **2.6 Metoda bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech minulého století německý profesor dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který vycházel z dlouholetých zkušeností při práci s dětmi s těžkým kombinovaným, tělesným a mentálním postižením (srov. Friedlová, 2007, Vítková, 2007). Bazální = nejzákladnější (elementární) stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept. Dle Vítkové (srov. 2006, 2007) se pojmem stimulace rozumí nabídka podnětů všude tam, kde člověk s těžkým postižením není schopen vzhledem ke svému postižení postarat se o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb. Je to pedagogicko-psychologická aktivita, jejíž hlavní myšlenkou je požadavek celistvosti, neboli holistický přístup.

Za cíl bazální stimulace pokládá Vítková (2009) podporu uvědomění si vlastní identity, umožnění jedinci orientovat se na vlastním těle a následně v jeho okolí a zprostředkovat mu komunikaci se světem. Bazální stimulace pomáhá také jedinci rozpoznat hranice svého těla a celkově rozvíjet jeho osobnost.

Jedinec s těžkým nebo kombinovaným postižením se nachází ve stavu, kdy je značně redukována jeho aktivita, není schopen se samostatně postarat o dostatek podnětů. Tento člověk je nucen omezit své životní výkony pouze na oblast jeho těla, svět kolem něho téměř neexistuje. Kontakt s okolím je pro takového člověka omezený a naopak okolní svět není schopen ho přiměřeně akceptovat. Proto je potřeba tyto podněty jedinci zprostředkovat a pomoci mu občas otevřít tuto individuální izolaci. Jedná se o podněty (srov. Vítková, 2006, 2007, 2009):

- somatické
- vibrační
- vestibulární
- čichové a chuťové
- sluchové a zrakové
- komunikační a sociálně-emocionální podněty

Cílem **somatických** podnětů je: poznání a využívání povrchu těla jako orgánu vnímání; naučit se motoricky reagovat na podněty těla; učit se lokalizovat podněty na vlastním těle; vytváření předpokladů pro základní poznatky o vlastním těle a zkušenostním potenciálu.

Kůže jako největší orgán v těle vymezuje hranici našeho těla a zároveň je místem kontaktů se světem. Člověk s těžkým postižením a více vadami má velký problém vnímat dotek ruky jako významný kontakt, proto se k docílení intenzivnějšího podnětu používají různé materiály, jako jsou například froté ručníky nebo kožešinové rukavice. Prostřednictvím podnětů, kdy kupříkladu teplý vzduch fénu dodá tělu dojem rozměru, se vytváří tělesné schéma, které si jedinec s těžkým postižením nedokáže bez tohoto zprostředkování představit (Vítková, 2006). Kůže tedy představuje vymezení hranic těla jedince a zde je právě vhodné využití somatických podnětů k docílení zkušenosti s vlastním tělem. Somatické podněcování se vztahuje jen na část těla, a to na kůži a svaly, proto je vhodné je doplnit o podněty vibrační.

**Vibrační podněty** jsou důležité pro stimulaci kostry, která je somatickými podněty (dotykem a tlakem) zasažena minimálně. Bylo zjištěno, že použití vibrace po celé délce

těla zajistí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Klient tak získává zprostředkovaně pocity, které zdravý člověk zažívá při stání, chůzi apod.

**Vestibulární podněty** zprostředkovávají člověku s těžkým postižením informaci o poloze těla v prostoru a o pohybu celého těla v prostoru, čímž působí na stabilitu držení těla a normalizuje tonus (srov. Vítková, 2006, Hájková a kol., 2009). Přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. Vnější znaky pak u dítěte ukazují na to, že se cítí dobře.

Taktéž **čichové a chuťové podněty** hrají velkou roli pro správný vývoj dítěte. V prvních měsících života dítěte jsou čich a chuť pro dítě zvláště důležité pro možnost komunikace a interakce s matkou. U dětí s těžkým postižením je třeba používat jednoznačné pachové a chuťové podněty, protože nejsou zpočátku schopny postihnout a rozlišit různé, rychle se objevující a zase mizící vůně svého okolí (Vítková, 2006).

I když sluch a zrak jsou našimi distančními (dálkovými) smysly, jsou pro život člověka neméně důležité. Zpracování **podnětů získaných zrakově či sluchově** je ovšem náročnější a vyžaduje komplikovanou rovinu vědomí. Pro člověka s postižením je atraktivní jen dílčí oblast vidění a slyšení. Jsou to zřetelné kontrasty v oblasti vidění (tmavý/světlý) nebo výrazné rytmy v oblasti slyšení.

V neposlední řadě jsou zde **komunikativní a sociálně-emocionální podněty** již od počátku vývoje člověka. Dospělý stimuluje dítě svou mimikou a vzbuzuje jeho pozornost speciálním zabarvením hlasu, přičemž dítě stimuluje svým vzhledem a mimikou dospělého k této zcela specifické formě komunikace, kterou Klenková, (2006) nazývá *baby-talk*.

Metoda bazální stimulace je nepostradatelnou složkou ucelené rehabilitace člověka s postižením, s jejíž pomocí se podařilo překonat hranice nevzdělavatelnosti jedinců s těžkým postižením. Je zřejmé, že takový jedinec je schopen vstoupit do komunikace a interakce s okolím, pokud po jejich boku stojí nějaký partner.

## **2.7 Petö terapie**

Tuto terapii vytvořil rakousko-maďarský lékař prof. Dr. Andreas Petö. Terapie je zaměřena na rozvoj praktických pohybových dovedností u dětí s mozkovou obrnou. Důraz je kladen na ovlivňování pohybových funkcí, které se uplatňují v každodenních činnostech. Důležitá je spolupráce klienta, proto je tato terapie vhodná pro jedince s normálními intelektovými schopnostmi, protože motivace pro cvičení je podněcována slovními prostředky (Renotiérová, 2006).

Při terapii se používají jednoduché pomůcky, jako jsou židle, lavice, stoličky, kroužky, hůlky. S dětmi pracují konduktoři, kteří jsou vzdělaní ve více oblastech, jsou terapeuty a učiteli v jedné osobě (Vítková, 2006).

## **2.8 Ergoterapie**

Pojem ergoterapie vychází z řeckého slova ergon = práce a therapia = léčba. V evropských jazycích, např. ve francouzštině, němčině a španělštině se používá právě termín ergoterapie, oproti anglosaským zemím, kde je používán termín occupational therapy (OT).

Světová federace ergoterapeutů uvádí definici ergoterapie: *„Ergoterapie je profese zaměřená na zlepšení zdraví jedince spolu s jeho tzv. well-being na základě činnosti. Primárním cílem je umožnit jedinci účastnit se aktivit každodenního života. Terapeut dosahuje tohoto cíle tím, že umožní klientovi zapojení se do aktivit úpravou prostředí a poskytnutím podpory.“* (Opatřilová, Zámečnicková, 2008 s. 109; 110). V České republice se používá definice české asociace terapeutů: *„Ergoterapie je zdravotnická profese, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedince každého věku, s různým typem postižení, který je trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižený“* (tamtéž).

Ergoterapii provádí ergoterapeut, jeho cílem je práce s klientem za účelem dosažení funkční nezávislosti v jeho prostředí. Terapie využívá smysluplné metody a aktivity, aby se zlepšilo zdraví klienta, předešlo se zranění a zlepšil se život osob s postižením nebo po úrazu (Opatřilová, Zámečnicková, 2008). Odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta vymezuje § 7, zákona č. 96/ 2004 Sb. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

### 3 Metoda TheraSuit

V České republice ani v zahraničí není dostupná žádná literatura, která by se zabývala pohybovou terapií a stabilizačním oblečkem TheraSuit, proto jsem pro získávání informací využila převážně internetové zdroje a osobní rozhovor s paní ředitelkou ALKA o.p.s., která tuto službu poskytuje. Další informace jsem získala osobní účastí na workshopu v Sanatoriích Klimkovice.

Pohybová terapie TheraSuit je speciální metoda ke zlepšení hybnosti osob s tělesným či kombinovaným postižením, jehož příčina může být různá a může se jednat o postižení vrozené nebo získané během života. Speciální obleček a metoda jeho použití byla vyvinuta v Rusku, kde vědci hledali způsob, jak zamezit poškozování pohybového systému kosmonautů (svalová atrofie, osteoporóza), a to z důvodu nedostatku gravitace, při dlouhých cestách vesmírem. Tyto poznatky byly velmi úspěšně zdokonalené v americkém Michiganu a byl vyvinut nový způsob léčby – „kosmický“ obleček TheraSuit (TheraSuit Metod, 2002-2014).

#### 3.1 Zakladatelé metody

Therasuit LLC byla založena v roce 2002 Izabelou a Richardem Koscielny jako společnost nabízející kurzy dalšího vzdělávání a konzultací. Izabela Koscielny, stejně jako její manžel Richard, získala magisterský titul jako fyzioterapeutka na Akademii tělesné výchovy v Polsku. Má devatenáctiletou zkušenost v oblasti pediatrické fyzioterapie a úspěšně dokončila řadu pediatrických kurzů dalšího vzdělávání. Má rozsáhlé klinické zkušenosti, které získala při práci s dětmi s dětskou mozkovou obrnou. Isabela je také certifikovaný osobní trenér fitness a instruktor jógy pro děti.

V roce 2003 se Isabela Koscielny stala redaktorkou časopisu Cerebral Palsy Magazine. V červenci 2003 založila Pediatric Fitness, centrum nabízející intenzivní cvičební programy pro děti s dětskou mozkovou obrnou. V listopadu 2004 se stala prezidentkou American Association of Intensive Pediatric Physical Therapy. Je rovněž členkou American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine (TheraSuit Method, 2002-2014)

Richard a Isabela Koscielny jsou nejen odborníky v oblasti fyzioterapie, ale také rodiče dnes už dospělé dcery, které byla diagnostikována mozková obrna. Metodu původně rozvinuli právě pro pomoc jejich dceři. Uvedu zde tedy výpověď Richarda Coscielny o tom, proč tuto metodu vytvořili. Článek se nazývá *Osobní motivace*.

*„Vzpomínám si, když se před osmnácti lety narodila naše dcera Kaya. Narodila se předčasně, o tři měsíce dříve a byla jí diagnostikována mozková obrna (cerebral palsy). Řekli nám, že Kaya nikdy nebude chodit. Moje žena a já jsme fyzioterapeuti s obrovským sportovním založením. Využili jsme naše znalosti a zkušenosti a vytvořili jsme pro naši dceru program postavený na tělesném cvičení, sportovní medicíně a poznatcích z neurologie. Přidali jsme posilování a vytvořili metodu, která připomíná spíše trénink sportovců než fyzikální terapii. Nyní Kaya studuje střední školu a je schopná se samostatně pohybovat a účastnit se různých akcí.“ (Koscielny, 2010)*

Richard a Izabela Koscielny využívají své dlouholeté odborné i soukromé zkušenosti k tomu, aby pomáhali dětem s mozkovou obrnou. Rozvinuli myšlenku intenzivní terapie a metody TheraSuit v USA. V roce 2002 navrhli a patentovali TheraSuit metodu a TheraSuit oblek. Hlavním cílem Richarda a Izabely je zlepšit životy dětí a jejich rodin prostřednictvím účinné léčby. Díky jejich obětavosti a vytrvalosti funguje již 155 center po celém světě, ve kterých je využíván intenzivní SuitTherapy program (TheraSuit Method, 2002-2014).

### **3.2 Charakteristika metody TheraSuit**

Je to komplexní přístup k léčbě osob s neurologickými poruchami, jako je mozková obrna, traumatické poranění mozku apod. Richard a Isabela Koscielny uvádějí, že lidský pohyb (od mrkání až po chůzi) závisí na síle a správném fungování kosterního svalstva. Bez toho není možné získat vytrvalost, obratnost rovnováhu nebo koordinaci pohybu. Výzkum podle nich potvrzuje, že děti s mozkovou obrnou reagují na vnější podněty, jako je posilovací cvičení, stejným způsobem (neurologicky a morfologicky) jako osoby bez zdravotního postižení. Tato zjištění byla terapie využita společně s poznatky ze sportovního lékařství k vyvinutí efektivní terapie (Koscielny, 2010).

Metoda TheraSuit využívá specifické cvičení a vybavení ke zlepšení rozsahu pohybu, držení těla, rovnováhy, flexibility a funkce. Speciální oblek přitom umožňuje izolované cvičení pro dosažení správného pohybového vzoru (University Health System, 2014). Cvičební zařízení se skládá ze dvou částí, a to z univerzální cvičební jednotky a ze speciálního obleku. Univerzální cvičební jednotka je univerzální nástroj, který se skládá ze systému kladek, pásu a dlahy a používá se ve všech fázích léčby u různých pacientů. Kladekový systém umožňuje izolovat jednu požadovanou svalovou skupinu a pracovat na konkrétním pohybu nebo funkci. To také pomáhá „převychovávat“ pacientův nervový

systém tím, že izoluje například jednu končetinu od druhé a ty se pak pohybují nezávisle na sobě.

Isabela a Richard Koscielny provedli pilotní studii o TheraSuit, která byla zaměřená na zhodnocení účinnosti metody u dětí s mozkovou obrnou, na změny funkčních schopností, ke kterým došlo po podstoupení intenzivní léčby. Cílem bylo zhodnocení funkčních schopností, které mají největší vliv na kvalitu života. Studie probíhala v letech 2003-2004. Studii podstoupilo 20 dětí (2 dívky a 8 chlapců) ve stáří v rozmezí 2,5 až 13 let s primární diagnózou mozkové obrny.

Intenzivní cvičební program probíhal 3 hodiny denně, 5krát v týdnu po dobu 3 týdnů, každý z účastníků měl stanovený individuální cvičební program. Studie ukázala funkční zlepšení u 92%. Bylo zaznamenáno zlepšení v nových funkčních schopnostech, které se účastníci naučili během studie - 90% účastníků se naučilo válet samostatně, 75% se naučilo sedět bez pomoci, 49% se naučilo lézt, 39% získalo schopnost stát samostatně, 33% se naučilo chodit s pomocnými zařízeními a 21% získalo schopnost samostatně chodit. Výsledky studie tedy potvrzují vysokou účinnost metody TheraSuit v kombinaci s TheraSuit oblečkem (TheraSuit Method, 2002-2014).

### **3.3 Oblek TheraSuit**

Speciální oblek (kosmický obleček) výrazně zvyšuje terapeutický účinek neurofyziologických cvičení na poškozený nervový systém, ulehčuje nácvik hrubé motoriky jako je sezení, stání, chůze apod. Díky tomuto kosmickému obleku je nácvik pohybových aktivit a terapie daleko jednodušší, plynulejší a vyžaduje méně úsilí. Stabilizační oblek obsahuje systém podpurných prvků, které jsou vzájemně pospojovány elastickými pásky a prvků sloužících pro korekci dolních končetin a trupu, držení hlavy v prostoru a dalších pohybových funkcí (Sanatoria Klimkovic, 2013).

Přestože má obleček TheraSuit moderní a sofistikovaný design, není potřeba k jeho obsluze zdlouhavé školení nebo speciální dovednosti. Je vytvořen tak, aby mohl být využíván nejen terapeuty, ale i rodiči, a to v klinickém prostředí i mimo ně. TheraSuit oblek výhradně vyrábí, dováží a distribuuje Therasuit LLC. Jako jediný z podobných konceptů je Therasuit registrován v USA a splňuje všechny požadavky a předpisy. V současné době je používán ve více než 245 zařízeních po celém světě: V Severní Americe, Jižní Americe, Evropě a Asii. Po celém světě tedy funguje přes 2000 vyškolených terapeutů a několik set rodičů, kteří metodu TheraSuit provozují v domácím

prostředí. Během posledních šesti let se metoda TheraSuit a oblek TheraSuit ukázaly být bezpečné v použití jak v odborných zařízeních, tak i v domácím prostředí.

TheraSuit díky své konstrukci vytváří prodyšnou, měkkou a dynamickou ortézu. Jeho hlavním cílem je zlepšit a změnit propriocepci, snížit patologické reflexy pacienta a obnovit fyziologické svalové souhry (správné pohybové vzory). Všechny tyto normalizace přicházejí do vestibulárního systému, jenž je velmi důležitým centrem. Zpracovává, integruje a odesílá zpět všechny informace, které přicházejí ze svalů, kloubů a šlach. Tím je ovlivňován tonus, rovnováha a postavení těla v prostoru. Lepší propriocepce z koubů, vazů, šlach, svalů vede k přerušení „začarovaného“ kruhu, kdy jsou nesprávné informace nahrazovány informacemi správnými (TheraSuit Method, 2002-2014).

Pacient s mozkovou obrnou nebo jiným neuromotorickým postižením potřebuje pro zvládnutí určitého pohybu velké množství opakování. Každý člověk je individualitou a například dvě děti se stejnou diagnózou potřebují k nacvičení určitého pohybu různý počet nacvičování, některé více, některé méně.

Richard Koscielny dále uvádí, že je možné tuto metodu využít v různém prostředí, v nemocnicích na klinikách a může být použita jak pro dětské, tak i pro dospělé pacienty k léčbě celé řady neuromotorických poruch. Lze ji použít samostatně nebo v kombinaci s dalšími metodami, jako například Klim-Therapy v Sanatoriích Klimkovic.

*„Zjistilo se, že lidé s neuromuskulární poruchou vyžadují intenzivní opakování cvičení, což vede k návratu ztracené motoriky. Mimořádný pokrok a zlepšení u pacientů s neurologickými poruchami byl potvrzen i řadou vědeckých důkazů.“* (Sanatoria Klimkovic, 2013).

TheraSuit obleček, který je používán delší dobu, zlepšuje propriocepci a urychluje pokrok. Díky TheraSuit oblečku a TheraSuit metodě (terapii) se stane pohyb plynulejší, vyžaduje méně úsilí a tím dojde k usnadnění vývoje jemné a hrubé motoriky (sezení, stání, chůze).

#### **Oblek TheraSuit se skládá z těchto částí:**

- čepice
- vesta
- šortky
- kolenní díl
- ramenní díl (od roku 2009)



- boty

Všechny uvedené prvky obleku jsou propojeny prostřednictvím systému gumiček. Upevněním gumiček v různých směrech lze dosáhnout navození požadovaného pohybového stereotypu (TheraSuit Method, 2002-2014).

Obleček je k dostání v šesti velikostech. Přesný popis součástí oblečku a přehled velikostí je uveden v příloze č. 1.

Oblek TheraSuit je indikován při různých stavech jako je mozková obrna, vývojové opoždění, traumatické poranění mozku, stavy po cévní mozkové příhodě, atetózy, ataxie, spasticita (zvýšené svalové napětí), hypotonie (snížené svalové napětí).

Naopak kontraindikací k použití obleku TheraSuit je luxace kyčlí vyšší než 50 % a také těžká skolióza. Komplikacemi při použití TheraSuit jsou onemocnění srdce, hydrocephalus (VP shunt), diabetes, problémy s ledvinami, vysoký krevní tlak.

#### **TheraSuit oblek má mnoho výhod:**

- obnovuje ontogenetický vývoj
- zajišťuje externí stabilizace
- normalizuje svalový tonus
- srovnává tělo tak blízko k normálu, jak je to možné
- poskytuje dynamické korekce
- normalizuje (opravuje) správný vzor chůze
- poskytuje hmatovou stimulaci
- ovlivňuje vestibulární systém
- zlepšuje rovnováhu
- zlepšuje koordinaci pohybů
- snižuje nekontrolované pohyby při ataxii a atetóze
- zlepšuje prostorovou orientaci
- podporuje slabé svaly
- zlepšuje produkci řeči a její plynulost
- podporuje rozvoj jemné a hrubé motoriky
- pomáhá snižovat kontraktury

### **3.4 TheraSuit v o.p.s. Alka**

#### **3.4.1 Informace o zařízení**

ALKA o.p.s. vznikla v roce 2005 jako sdružení rodičů handicapovaných dětí. Založili ji jednak rodiče (opatrovníci dětí a mladých dospělých) s kombinovaným postižením, ale také speciální pedagogové. V této době byla v Příbrami taková situace, že klienti po dosažení 15 let respektive po ukončení docházky do speciální školy či Rehabilitačního stacionáře při Městských jeslích (pokud získali po složitých jednáních výjimku na prodloužení docházky do těchto zařízení, pak max. do 26 let), zůstávali následně izolováni v domácím prostředí bez možnosti dalšího rozvoje

Zpočátku ALKA pořádala akce například u příležitosti vánoc a Mezinárodního dne dětí a od roku 2007 fungují pravidelné odpolední aktivity pro handicapované děti, zejména canisterapie a hipoterapie (ve spolupráci s JK CLUB F Příbram) a také rehabilitační cvičení zábavnou formou.

Od července 2008 je Alka registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. V rámci aktivizačních služeb klienti navštěvovali nejprve ergoterapii, později také fyzioterapii a muzikoterapii. Služby byly postupně rozšiřovány (Alka, 2011-2014).

V současné době ALKA nabízí sociálně aktivizační služby (fyzioterapii, řemeslné dílničky, muzikoterapii, hipoterapii), sociální rehabilitaci, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, denní stacionář, sociální rehabilitaci TheraSuit a sociální rehabilitaci pracovní. Od roku 2009 je nestátním zdravotnickým zařízením a v roce 2010 uzavřeli smlouvy se zdravotními pojišťovnami (VZP, ZPMVČR, ČPZP). Cílem společnosti je ucelená dlouhodobá péče o klienta a jeho rodinu, aby postižení klienti mohli zůstat co nejvíce se svou rodinou a ta přitom mohla fungovat – jak jen to jen jde s ohledem na dlouhodobý stav handicapovaného klienta – normálně. V roce 2013 se podařilo otevřít v areálu, kde se o.p.s. Alka nachází, cvičný kiosek. Klientům je tímto způsobem poskytována pracovní rehabilitace. Prodávají zde občerstvení a některé vlastní výrobky (keramiku, proutěné zboží, náušnice). Učí se tak základům obsluhy, komunikace s cizími lidmi a dalším dovednostem (Alka, 2011-2014).

#### **3.4.2 TheraSuit jako součást sociální rehabilitace**

V Alce o.p.s. mají pohybovou terapii TheraSuit zařazenou do sociální rehabilitace. Pohybová terapie Therasuit je metoda pro nechodící klienty a je zacílená na odstraňování pohybových problémů u osob s dětskou mozkovou obrnou a jinými podobnými diagnózami, které se nemohou pohybovat vůbec nebo jen s velkými problémy. Jedná se

o jednu z neúčinnějších a nejmodernějších metod na světě pro řešení problémů s chůzí. Je postavena na obleku Therasuit, který umožňuje díky mnoha úponům individuální zapojení či naopak vypojení chybně fungujících svalových skupin. Klient v obleku může dále pracovat v tzv. rehabilitační cvičební jednotce (Universal Excercise Unit = univerzální cvičební jednotka) viz. příloha č. 2, na kterou jsou upnuta různá pružná lana. Tato lana se připojí i na klienta v obleku Therasuit a drží jej např. ve vzpřímené poloze, nebo mu dávají odpor při cvičení na lůžku umístěném v kleci, či jej přidržují při chůzi na pásu, skákání, létání ve vzduchu a podobně.

Těmito všemi postupy dochází k stimulaci CNS a k vytváření správných (či alespoň správnějších) návyků při pohybových stereotypch. V konečném důsledku se díky terapii docílí i toho, že osoba pohybující se např. po čtyřech vstane a bez opory chodí (v obleku Therasuit), což je obrovský pokrok k samostatnosti a soběstačnosti. Lze ji kombinovat se zavěšením na gumová lana, což umožňuje získat potřebné odlehčení pro první kroky. Díky tomu umožňuje i dosud nechodícím klientům či klientům s nesprávnou chůzí začít chodit či pohyby při chůzi zlepšit, stabilizovat např. stoj, zmírnit třes, apod., a tím nedeformovat na celý život šlachy a klouby. Tato metoda v provázanosti se sociální rehabilitací usiluje o maximální soběstačnost a podporu klientů v jejich sociálním začlenění, o rozvoj jejich schopností a dovedností posilováním každodenních návyků, správných pohybových stereotypů a nácvikem výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností, tj. o co nejvíce normální život v běžném společenském prostředí. Tím, že je metoda TheraSuit zařazena jako součást sociální rehabilitace, může být částečně hrazen z příspěvků MPSV na sociální rehabilitaci. Klient pak za pohybovou terapii TherSuit zaplatí přibližně 3 000 Kč za týden intenzivní terapie.

Alka o.p.s. na svých internetových stránkách dále uvádí používané metody terapie. Jsou jimi:

- zahřívací cvičení a hluboká masáž tkání
- redukce napětí a smyslové integrační techniky
- neuromobilizace horních a dolních končetin
- potlačení patologických pohybových návyků
- nácvik a opakování správných pohybových návyků
- procvičování a zpevnění svalových pohybových skupin
- cvičení progresivní tělesné odolnosti
- nácviky rovnováhy, koordinace

- vytrvalostní trénink
- přenášení váhy těla, nácvik chůze a soběstačnosti
- využití prvků konceptu bazální stimulace v průběhu terapie

(Alka, 2011-2014).

Dle Alka o.p.s. jsou cílovou skupinou pro využití metody TheraSuit osoby ve věku 1-64 let:

- s kombinovaným postižením
- s tělesným postižením
- s jiným zdravotním postižením

Za jeden rok jsou schopni v Alka o.p.s. poskytnout službu třiceti klientům, denní kapacita jsou čtyři uživatelé a maximální okamžitá kapacita jsou dva klienti. Nejčastější diagnózou, kterou mají klienti využívající službu TheraSuit, je mozková obrna, ale již jí podstoupili i uživatelé s jiným druhem postižení, který však paní ředitelka nechtěla prozradit z důvodu ochrany osobních údajů klientů.

Poskytování služby TheraSuit má stanoveno určitá pravidla od počátku až do konce terapeutického bloku. Přibližně čtrnáct dní před započítím terapie je uživatel pozván k podepsání smlouvy o poskytnutí služby a k přesnému naplánování léčebného postupu, který je individuální. Dále je uživatel informován o celkovém průběhu služby, o právech a povinnostech obou smluvních stran, o časovém rozvržení poskytované služby a o pracovnících, kteří budou s uživatelem pracovat. Je stanoven také klíčový pracovník uživatele.

Pokud klient požaduje Pohybovou terapii TheraSuit je postup následující. Na předchozí kroky navazuje vyšetření rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, je provedeno ergoterapeutické vyšetření, ergodiagnostika a odborná vedoucí terapie TheraSuit seznámí uživatele s odborným postupem terapie.

Služba probíhá **ve dvou až třítydenních blocích**, které se opakují po dobu, na kterou je služba naplánovaná v intervalu **3 až 4 měsíců**. Konkrétní blok probíhá dvě hodiny denně každý pracovní den. Přesné trvání jednoho bloku a jeho opakování závisí na individuálním plánování poskytovatele s uživatelem. Tato služba zahrnuje nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností důležitých pro společenské začlenění. Sem patří zejména nácvik samostatného pohybu včetně orientace, nácvik chování v různých společenských situacích, nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, upevňování získaných motorických, psychických a

sociálních schopností a dovedností. Dále sem patří pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Alka, 2011-2014).

Fakultativní Pohybová terapie TheraSuit probíhá v návaznosti na předchozí dvouhodinový blok a trvá 1,5 hodiny. Sociální terapie TheraSuit a Pohybová terapie TheraSuit probíhá tedy ve 3,5 hodinovém bloku, a to buď v dopoledním bloku od 8:00 do 11:30, nebo v bloku odpoledním od 12:00 do 15:30 každý pracovní den v nasmlouvaném dvou až třítydenním bloku. Jestliže se jedná o uživatele nezletilého nebo uživatele s velkou mírou potřeby podpory, zejména v oblasti komunikace a sebeobsluhy, je vhodné, aby na počátku poskytování služby byl přítomen zákonný zástupce nebo opatrovník, který mu pomůže v adaptaci na nové prostředí. Tato osoba by měla být přítomná i v závěru bloku, aby terapeut mohl předat informace o výsledku léčby a poskytnout instruktáž ohledně následného cvičení v domácím prostředí, které musí na intenzivní terapii navazovat.

Průběh jednoho konkrétního dne, ve kterém má klient nasmlouvanou Sociální rehabilitaci TheraSuit a Pohybovou terapii TheraSuit, vypadá následujícím způsobem. Den začíná vzájemným přivítáním a navázáním komunikace s klientem, kdy je mu vysvětleno jaký bude průběh služby. V dalším kroku je podporována komunikace podle individuálních možností uživatele, v jehož průběhu probíhá zahřátí těla a masáž, aby došlo k celkovému uvolnění organismu a mohl lépe probíhat nácvik samostatného pohybu a motorických dovedností, při kterém dochází k částečnému zbavení napětí. Což bude potřebné v další fázi.

V další fázi probíhá upevňování a rozvoj motorických, psychických a sociálních dovedností intenzivním opakováním nácviku těchto dovedností, současně probíhá psychická podpora a podpora sociálního uvědomování si významu správného rozvoje motoriky pro běžný život. Tyto upevněné dovednosti jsou poté aplikovány na běžnou denní situaci či činnost. Při využití fakultativní Pohybové služby TheraSuit se při upevňování motorických dovedností jednotlivých částí těla se využívá systém, ve kterém uživatel opakovanými pohyby jednotlivých částí těla zvedá zavěšená závaží (sáčky různé hmotnosti) a posiluje tak své motorické schopnosti. Opakováním pohybů si psychicky fixuje potřebu těchto pohybů, které pak snadněji aplikuje v běžné denní situaci (Alka, 2011-2014).

Při nácviku pohybu používá klient speciální zpevňující obleček, který mu napomáhá ke správnému držení těla, aby mohl cítit větší jistotu při pohybu. Uživatelé si mohou vyzkoušet chůzi ve vertikální poloze za pomoci závěsného systému k nácviku chůze ve vnitřním prostředí. Nacvičený pohyb si potom klient zkouší v nechráněných

podmínkách mimo místnost, kde probíhá nácvik. Po skončení nácviku probíhá závěrečné zhodnocení proběhlých činností a uživatel odchází, v případě nezletilého klienta je předán zákonnému zástupci.

Po ukončení 2–3 týdenního bloku je klient pozván na zhodnocení poskytnuté služby s odstupem asi jednoho týdne. Uživatel by měl i po skončení bloku dodržovat doporučené postupy pro každodenní opakovaný nácvik a rozvoj dovedností, aby došlo k sociálnímu začlenění klienta a byl tak připraven na další blok cvičení. Na další blok cvičení může být uživatel objednan nejdříve za 3-4 měsíce. Do této doby musí v domácím prostředí dodržovat doporučený nácvik činností.

Existují určitá omezení, při kterých služba TheraSuit nemůže být poskytnuta. Jedná se o tyto případy:

- pokud uživatel žádá službu, kterou organizace neposkytuje
- pokud poskytovatel nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí služby, o kterou osoba žádá
- osobám se závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy,...)
- osobám, které dlouhodobě trpí agresivními stavy, kterými ohrožují okolí
- osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy
- osobám s TBC v akutním stadiu
- osobám s infekčními a parazitárními chorobami ve stádiích, kdy nemocný může být zdrojem onemocnění
- osobám, které po obeznámení se smlouvou o poskytování služeb a „Pravidly poskytování a průběhu sociální služby sociální rehabilitace Therasuit“ nejsou ochotny respektovat tuto smlouvu a uvedená pravidla

### **3.5 TheraSuit v Sanatoriích Klimkovic**

#### **3.5.1 Informace o zařízení**

Sanatoria Klimkovic jsou jedinečným lázeňským zařízením, které se specializuje na léčbu dětí, dorostu, ale i dospělých pacientů. Dětem zde poskytují profesionální lékařskou, sesterskou a rehabilitační péči (Sanatoria Klimkovic, 2013).

Sanatoria se nacházejí pouhých 10 km od Ostravy, přitom je tu velice krásné prostředí a čistý vzduch díky okolním lesům. Bohužel vedení Sanatorií Klimkovic nebylo

ochotné poskytnout odpovědi na otázky ohledně počtu klientů, kteří již terapii podstoupili, jejich věku, diagnóz a podobně.

### 3.5.2 Klim-Therapy

V Sanatoriích Klimkovic využívají unikátní kombinaci metod pro léčbu mozkové obrny. Jedná se o kombinaci intenzivní individuální léčebné tělesné výchovy, využití speciálního podpůrného oblečku TheraSuit, klimkovického přírodního léčebného zdroje (jodobromové solanky) a dalších podpůrných procedur.

Terapie Klim-Therapy je v Sanatoriích Klimkovic zavedena od počátku měsíce března roku 2012. Během prvního roku jí prošlo přibližně 100 dětí.



Obr. 1



Obr. 2

Vlivem několikahodinové denní terapie dochází u dítěte k přerušení poškozeného nervového okruhu (obrázek 1) a vytvořením okruhu “nového” (obrázek 2).

Vytvoření nového okruhu správných informací je založeno na opakovaném cvičení konkrétního pohybu. Počet opakovaných cvičení je u každého dítěte individuální. Naučené schopnosti zůstávají po skončení rehabilitace zachovány. Při cvičení se využívá speciální stabilizační obleček, který vytváří virtuální svalovou stimulaci, stabilizuje a koriguje držení těla a končetin a normalizuje průběh pohybů. V rámci individuální léčebné tělesné výchovy fyzioterapeut denně provádí zaškolení rodičů či doprovodu dítěte, tak aby byli schopni pokračovat s touto metodou i po ukončení léčby.

V rámci terapie v Klimkovicích je aplikován přírodní léčivý zdroj – jodobromová voda (solanka). Jodobromová solanka změkčuje vazivové struktury, uvolňuje svalové kontraktury, zlepšuje prokrvení tkání a orgánů, zmírňuje akutní i chronické zánětlivé procesy, zklidňuje kožní defekty, působí výrazně analgeticky a ovlivňuje spasticitu svalů. Tento přírodní léčivý zdroj je aplikován formou koupelí či obkladů. Přírodní jódová minerální voda, tzv. jodobromová solanka, má svůj původ v třetihorním moři. Dobývá se z hloubky 500 - 1000 m. Je to přírodní silně mineralizovaná chloridosodná jodobromová

minerální voda se zvýšeným obsahem barnatého a strontnatého iontu, studená, hypertonická (Zdravnet, 2014).

Pohybová terapie Klim-Therapy probíhá v místnosti, jejíž součástí je mimo jiné i speciální UEU cvičební box, stabilizační oblečky a další pomůcky, které využívá fyzioterapeut při:

- zahřívacím cvičení a hluboké masáži tkání
- neuromobilizaci horních i dolních končetin
- redukci napětí a smyslových integračních technikách
- potlačení patologických pohybových návyků
- nácviku a zapamatování si správných pohybových návyků
- procvičování a zpevnění specifických svalových pohybových skupin
- cvičení na progresivní tělesnou odolnost
- nácviku rovnováhy, koordinace a vytrvalostním tréninku
- přenášení váhy těla, funkcionální aktivitách a nácviku chůze

V rámci individuálního cvičení fyzioterapeut s dětským klientem postupně prochází jednotlivými cvičebními jednotkami, které mohou být upraveny dle stavu, potřeb a pokroku dítěte. V lázních Klimkovice mají cvičení rozděleno na jednotlivé cvičební jednotky. Jsou to:

**1. příprava - prohřátí končetin (hot-pack)** – prostřednictvím zahřívací olejové masáže dochází ke stimulaci hluboké propriocepce (neuromobilizace), k myofaciálnímu uvolnění.

**2. hlavní cvičební jednotka se skládá z** posilování horních a dolních končetin, posilování svalstva trupu a zad pomocí systému kladek /kolejnic, ze strečinku, pohybové koordinace, stabilizace sedu, z vibračního cvičení, z nácviku funkční rovnováhy

**3. suspenzní systém – pavouk:**

- senzorická integrace
- funkční posilování
- koordinace
- přenášení váhy a rovnováha

**4. nácvik chůze:**

- nácvik chůze s pomůckami
- nácvik chůze v bradlech
- nácvik chůze – reflexní redukce
- samostatná chůze



## **5.trénink:**

- samostatný sed
- nácvik sedni – vstaň
- chůze v pavouku
- chůze po schodech

### **3.5.3 Klim-Therapy 18+**

Vynikající výsledky programu Klim-Therapy u dětských pacientů jsou základem nového modifikovaného programu speciální rehabilitace po mozkové mrtvici pro dospělé Klim-Therapy 18+. Je to nadstandardní rehabilitační program, který vychází z individuálních potřeb klienta a od standardní rehabilitace se liší nejen intenzitou cvičení, ale také použitím rozmanitých technik a pomůcek. Jsou to pomůcky typu stabilizačního oblečku, speciálního boxu, který je vybaven velkým množstvím pomůcek. Tyto pomůcky fyzioterapeut využívá v rámci několikahodinové individuální tělesné výchovy. Tělesná výchova je kombinována s využitím klimkovického přírodního léčivého zdroje – jodobromové solanky a dalších metod.

Léčba může být zahájena již v časném stádiu onemocnění cévní mozkovou příhodou, tedy ihned po ukončení léčby v nemocnici, což je nejvhodnější doba pro navazující rehabilitaci. Může být ale započata i v subchronickém či chronickém období.

Terapie je indikovaná u těchto diagnóz:

- traumatické poškození mozku
- cévní mozková příhoda
- roztroušená skleróza
- mozková obrna
- Parkinsonova choroba

Terapeutický plán Klim-Therapy 18+ přispívá ke zlepšení nejen fyzických, ale také mentálních schopností klienta, ke zlepšení soběstačnosti, ke změně schopnosti koordinace těla v prostoru, změně patologických reflexů, obnovení správných pohybových návyků a posílení svalové síly (Sanatoria Klimkovice, 2013). Tento terapeutický přístup vychází z individuálních potřeb klienta a je zaměřen na dosažení maximálně možného zlepšení fyzických sil, psychických sil a také soběstačnosti klienta.

Terapie Klim-Therapy 18+ má mnoho kladných účinků pro osoby s postižením. Jedná se o:

- trénink centrálního nervového systému
- zajištění externí stabilizace

- normalizaci svalového tonu
- úpravu tělesné struktury k normálu
- zajištění dynamické korekce
- normalizaci (korekci) stereotypů chůze
- aktivizaci dotekové stimulace
- ovlivnění vestibulárního systému
- zlepšení rovnováhy
- zlepšení koordinace
- snížení nekontrolovatelných poruch pohybu
- zlepšení tělesné funkce a prostorového vnímání
- podporu růstu svalstva
- podporu rozvoje motorických schopností
- pomoc uvolňovat svalové kontraktury
- pomoc korigovat postavení kyčlí a zlepšovat jejich funkci

Jako většina terapií má i Klim-Therapy 18+ své kontraindikace, tedy případy, kdy nemůže být použita:

- infekční nemoci přenosné z člověka na člověka a bacilonosičství
- všechny nemoci v akutním stádiu
- klinické známky oběhového selhání
- maligní arytmie
- stavy po hluboké trombóze do 3 měsíců po odeznění
- nemoci a stavy po povrchové tromboflebitidě do 6 týdnů po odeznění nemoci
- labilní diabetes mellitus a dekompenzovaný diabetes mellitus
- často se opakující profuzní krvácení všeho druhu
- kachexie všeho druhu
- zhoubné nádory
- epilepsie dekompenzovaná
- aktivní ataky nebo fáze psychóz a duševní poruchy s asociálními projevy transitorní stavy zmatenosti
- nehojící se kožní defekty jakéhokoliv původu
- těžká osteoporóza

- stomie
- zvýšená teplota
- subluxace kyčelních kloubů více jak 50%

(Sanatoria Klimkovice, 2013)

V Sanatoriích Klimkovice pořádají pro zvýšení informovanosti veřejnosti workshopy, které se skládají z teoretické přednášky o terapii, z praktické ukázky cvičení a z individuálních konzultací. Tyto workshopy jsou pořádány většinou 4krát během jednoho roku a jsou určeny jednak pro osoby s postižením, jejich rodiče nebo zástupce, ale i pro ostatní osoby, které se chtějí o této terapii více dozvědět.

Jednoho z těchto workshopů jsem se osobně zúčastnila a bylo to velice přínosné. Osoba s postižením nebo rodič má pak přesnou představu, jak bude léčba probíhat. Na začátek workshopu vedl přednášku pan primář, pohovořil o všech kladech, ale i záporech metody a rovněž o případných kontraindikacích. Poté se všichni odebrali do prostor, kde probíhá samotná pohybová terapie. Praktická ukázka cvičení byla opravdu velmi názorná. Fyzioterapeut předvedl všechny možné varianty využití obleku i metody, ukázal také veškeré pomůcky, které se při terapii využívají. Po praktické ukázce cvičení následovaly individuální konzultace s jednotlivými uchazeči o služby.

Jednou a troufám si říct, že i jedinou negativní stránkou Klim-Therapy je její finanční náročnost. Terapie není hrazená pojišťovnou, přičemž například Klim-Therapy 18+ vychází na dobu 4 týdnů s doprovodem další osoby na 101 580 Kč, bez doprovodu pak cena činí 83 290 Kč.

## 4 Výzkumné šetření

Tato kapitola se zabývá metodou TheraSuit z pohledu osob s postižením, jejich zákonných zástupců a také z pohledu odborných pracovníků, kterými jsou výjma fyzioterapeutů také speciální pedagogové, pracovníci v sociálních službách, ergoterapeuté apod.

### 4.1 Výzkumný problém, cíle šetření

Každý výzkum by měl začít stanovením výzkumného problému na základě prostudované odborné literatury týkající se zkoumaného problému, přičemž by se měl výzkumník vyvarovat chyb jako je příliš široce formulovaný problém nebo naopak triviální apod. (Gavora, 2008).

V práci jsme zvolili jeden ze tří typů výzkumných problémů, a to deskriptivní výzkumný problém, jenž zjišťuje a popisuje situaci, stav a výskyt určitého jevu. U toho typu výzkumu se nejčastěji používá jako výzkumná metoda pozorování, škálování, interview nebo dotazník.

Metoda TheraSuit (Klim-Therapy) je v České republice novinkou v oblasti stimulace a zlepšování hybnosti osob s postižením. Proto si práce klade za hlavní cíl zjistit jaká je úroveň informovanosti klientů, jejich zákonných zástupců a také odborníků pracujících s lidmi s tělesným či kombinovaným postižením. Dále je nutné zjistit, jaké jsou postoje této cílové skupiny k využívání nových stimulačních metod a rovněž k metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy. V této souvislosti je dalším cílem zmapovat, které stimulační metody jsou v ČR nejčastěji využívány.

### 4.2 Výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému jsme stanovili tyto výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka č. 1:** Jsou postoje klientů nebo jejich zákonných zástupců ve zkoumaných zařízeních k novým stimulačním metodám vstřícné či odmítavé?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 1:**

Průměr poměrného zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 1; 2

1/1 - 0-25% - odmítavé postoje

2/1 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/1 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/1 - 76-100% - vstřícné postoje

**Výzkumná otázka č. 2:** Jsou postoje odborných pracovníků ve zkoumaných zařízeních k novým stimulačním metodám vstřícné či odmítavé?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 2:**

Průměr poměrného zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 1; 2

1/2 - 0-25% - odmítavé postoje

2/2 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/2 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/2 - 76-100% - vstřícné postoje

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaká je úroveň informovanosti klientů nebo jejich zákonných zástupců ve zkoumaných zařízeních o metodách TheraSuit nebo Klim-Therapy?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 3:**

Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 8; 10; 11; 17:

1/3 - 0-20% - velmi nízká úroveň informovanosti

2/3 - 21-40% - nízká úroveň informovanosti

3/3 - 41-60% - střední úroveň informovanosti

4/3 - 61-80% - vysoká úroveň informovanosti

5/3 - 81-100% - velmi vysoká úroveň informovanosti

**Výzkumná otázka č. 4:** Jaká je úroveň informovanosti odborných pracovníků ve zkoumaných zařízeních o metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 4:**

Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 8; 10; 11; 17:

1/4 - 0-20% - velmi nízká úroveň informovanosti

2/4 - 21-40% - nízká úroveň informovanosti

3/4 - 41-60% - střední úroveň informovanosti

4/4 - 61-80% - vysoká úroveň informovanosti

5/4 - 81-100% - velmi vysoká úroveň informovanosti

**Výzkumná otázka č. 5:** Jsou postoje klientů nebo jejich zákonných ve zkoumaných zařízeních vůči metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy vstřícné či odmítavé?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 5:**

Průměr poměrné zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 12; 16:

1/5 - 0-25% - odmítavé postoje

2/5 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/5 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/5 - 76-100% - vstřícné postoje

**Výzkumná otázka č. 6:** Jsou postoje pracovníků ve zkoumaných zařízeních vůči metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy vstřícné či odmítavé?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 6:**

Průměr poměrné zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 12; 16:

1/6 - 0-25% - odmítavé postoje

2/6 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/6 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/6 - 76-100% - vstřícné postoje

**Výzkumná otázka č. 7:** Které stimulační metody a pohybové terapie jsou v péči o osoby s tělesným a kombinovaným postižením pracovníky ve zkoumaných zařízeních nejčastěji využívány?

**Výzkumná otázka č. 8:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji používány k získávání informací o metodách TheraSuit a Klim-Therapy klienty, jejich zákonnými zástupci a odbornými pracovníky zkoumaných zařízení?

### **4.3 Metodika šetření**

Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvantitativního výzkumu. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku se jedná spíše o průzkum. Jako výzkumný nástroj jsme použili nestandardizovaný dotazník, který jsme vytvořili na základě stanoveného výzkumného problému a výzkumných otázek. Jako výhodu použití dotazníku lze uvést možnost oslovení většího počtu respondentů bez osobní účasti zadavatele dotazníku a tedy jeho malou ekonomickou náročnost. Skýtá také možnost získat velké množství informací s investicí malého množství času (Gavora, 2008).

Dotazník čítá celkem dvacet otázek a je rozdělen do tří částí, které korespondují se třemi oblastmi výzkumu, aby dotazník mohl být vyplněn současně klientem (uživatel

sociálních služeb) nebo jeho zákonným zástupcem a také odborným pracovníkem, který s klientem s tělesným nebo s kombinovaným postižením pracuje.

Dotazník je tedy rozdělen na tři části: část A, část B a část C. Část A (oblast postojů klientů, jejich zákonných zástupců nebo odborných pracovníků k novým stimulačním metodám a demografické údaje) vyplňovali všichni respondenti – otázky se vztahovaly k přístupu účastníků výzkumu ke stimulačním metodám a pohybovým terapiím a rovněž zde byly otázky demografické (věk, pohlaví, kraj bydliště, zda se jednalo o samotného klienta, jeho zákonného zástupce či odborného pracovníka). Poslední dvě otázky části A se týkaly toho, zda účastníci výzkumu uvedené metody TheraSuit a Klim-Therapy znají.

V případě, že respondent znal metodu TheraSuit, pokračoval ve vyplňování části B (oblast povědomí přímo o metodě TheraSuit a postojů k této metodě), kde jsou otázky podrobněji zaměřené na tuto metodu. Část C (oblast ostatních stimulačních metod - odborníci) byla určena odborným pracovníkům, kteří s osobami s tělesným a kombinovaným postižením pracují. Otázky jsou směřovány na další metody a terapie, jenž jsou ve zkoumaných zařízeních využívány ke stimulaci a zlepšování hybnosti osob s tělesným a kombinovaným postižením.

V dotazníku byla použita kombinace různých typů otázek. Otázky číslo 1; 2; 8;12; 14; 16; 18 jsou dichotomické, tedy s výběrem ze dvou možností odpovědí (ANO – NE). Otázka číslo 17 je rovněž dichotomická s tím, že pokud respondent odpoví ANO, může vepsat doplňující informaci. Otázky číslo 3; 4;10; 11; 13 jsou uzavřené s možností výběru jedné odpovědi z nabídky. Otázka číslo 7 je polouzavřená, je možné zde vybrat jednu nabízenou alternativu nebo vepsat možnost neuvedenou. Otázky číslo 9 a 19 jsou polouzavřené s možností označení více alternativ nebo vepsáním možnosti, která není v nabídce. Otázky číslo 5; 6; 15 a 20 jsou vytvořeny jako otevřené pro volné vyjádření respondenta.

#### **4.4 Časový průběh výzkumného šetření**

Výzkumné šetření bylo prováděno v časovém rozsahu přibližně osmi měsíci. Nejprve jsme stanovili výzkumný problém a dle něj pak vypracovali výzkumné otázky, tak aby vhodně výzkumný problém pokryly (9/2013). Poté jsme vytvořili dotazník, který čítá 20 otázek (10/2013) a zároveň jsme v tomto období ověřili srozumitelnost dotazníku v tzv. předvýzkumu s pěti respondenty. Otázky v dotazníku byly mírně upraveny, aby bylo zajištěno lepší porozumění otázkám ze strany respondentů.

Vlastní sběr dat byl proveden v rozmezí měsíců 10/2013 – 1. polovina 5/2014. Poté následovala analýza a vyhodnocení dat (2. polovina 5/2014).

#### **4.5 Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinu výzkumného šetření tvořili dospělí klienti (osoby s tělesným nebo kombinovaným postižením) vybraných zařízení (denní stacionáře pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, ZŠ a MŠ speciální), kteří byli schopni samostatně nebo s dopomocí vyplnit dotazník, dále pak zákonní zástupci klientů a také odborníci, jenž s těmito jedinci v daných zařízeních pracují. Jednalo se zejména o fyzioterapeuty, speciální pedagogy, sociální pracovníky, ergoterapeuty apod.

Nejprve jsme k oslovení respondentů využili Registr poskytovatelů sociálních služeb České republiky, který byl vytvořen na základě zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007. Tento registr je dostupný online na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Registr obsahuje údaje o jednotlivých poskytovatelích sociálních služeb ve čtrnácti krajích České republiky. Oslovili jsme tedy 40 poskytovatelů sociálních služeb, kteří spadali do okruhu naší cílové skupiny. Jednalo se převážně o denní stacionáře pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, dále pak speciální školy a různá centra, která se zabývají péčí o osoby s tímto typem postižení. Bohužel ochotu s námi spolupracovat a podílet se na výzkumu projevila menšina z nich. Nejprve byly dotazníky posílány v tištěné podobě, a buď byly vyzvednuty osobně, nebo byly zaslány zpět poštou. V tištěné podobě bylo rozesláno 127 ks dotazníků, navrátilo se 32 ks. Návratnost činila 25%.

Pro zvýšení počtu vyplněných dotazníků jsme se rozhodli pro elektronickou formu dotazníku, který respondent anonymně vyplní po kliknutí na elektronický odkaz. Odkazy na dotazník jsme distribuovali prostřednictvím e-mailu.

V elektronické podobě se nám podařilo získat 37 dotazníků. Dotazník byl zobrazen 110krát. Úspěšnost sběru byla 34%. Tři dotazníky musely být z důvodu přítomnosti formálních chyb vyřazeny. Konečný počet dotazníků, které byly zpracovány, byl tedy 66 kusů.



## 4.6 Analýza dat

Jak již bylo uvedeno, dotazník byl rozdělen do tří oblastí, podle nichž byly vytvořeny jednotlivé otázky.

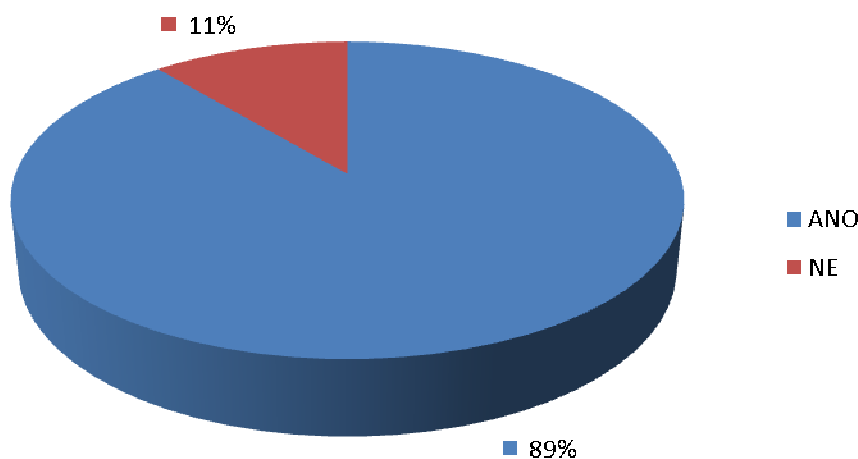
### 4.6.1 Oblast postojů a demografické údaje (část A)

V této části dotazníku jsme zjišťovali postoje účastníků průzkumu k využití nových stimulačních metod a také údaje o nich, tedy jejich věk, pohlaví, zda se jedná o dospělého klienta, zákonného zástupce jedince s postižením nebo jestli je vyplňujícím odborník, pracující s osobami s tělesným či kombinovaným postižením ve vybraných zařízeních (denní stacionáře pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, ZŠ a MŠ speciální). Zajímali nás také název kraje, ve kterém odpovídající osoba bydlí.

**Otázka č. 1: Zajímáte se o novinky v oblasti stimulace a zlepšování hybnosti osob s tělesným a kombinovaným postižením?**

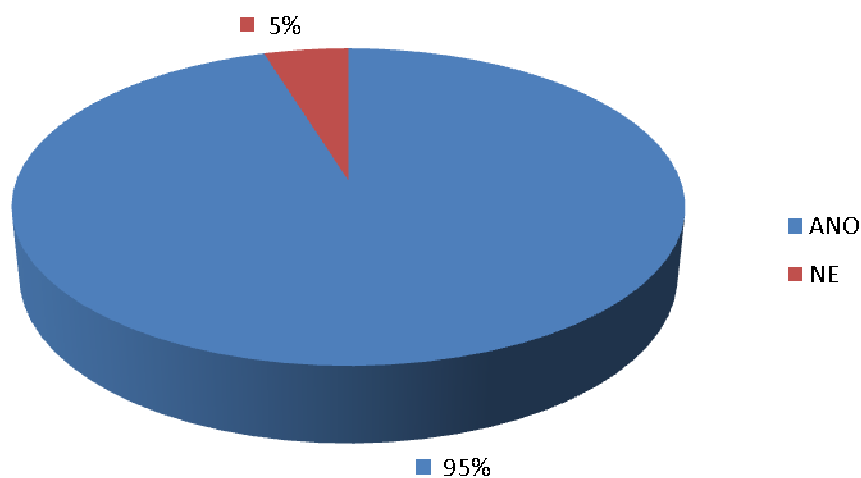
Účastníci průzkumu měli v této otázce na výběr ze dvou možných odpovědí ANO – NE – dichotomická otázka.

**Graf č. 1 k otázce č. 1 (zákonní zástupci)**



Na otázku odpovědělo 45 zákonných zástupců (100%), z toho ANO (zajímají se o novinky v oblasti stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením) odpovědělo 40 dotázaných (89%), NE odpovědělo 5 odpovídajících (11%).

**Graf č. 2 k otázce č. 1 (odborní pracovníci)**

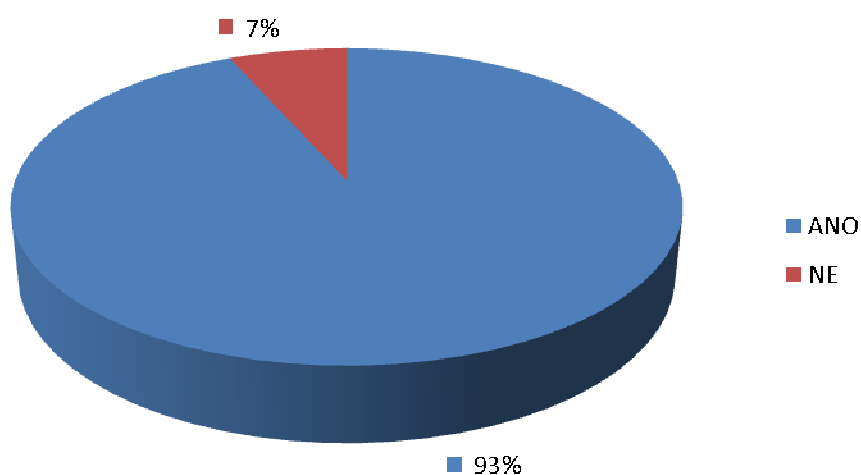


Na otázku odpovědělo 21 pracovníků vybraných zařízení pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením (100%), z toho ANO odpovědělo 20 dotázaných (95%), NE odpověděl 1 pracovník (5%).

**Otázka č. 2: Jste nakloněni využívání nových stimulačních metod, které nejsou v ČR dosud rozšířeny?**

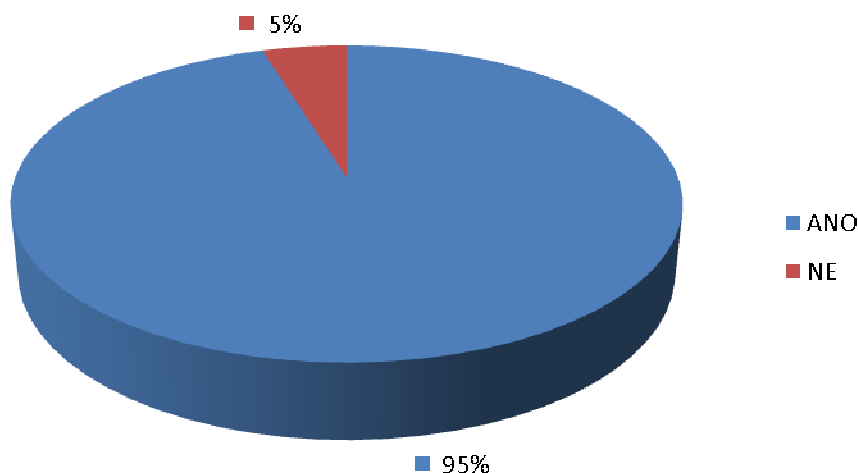
Tato otázka byla dichotomická s výběrem odpovědí ANO – NE.

**Graf č. 3 k otázce č. 2 (zákonní zástupci, klienti)**



Odpověď ANO (jsou nakloněni novým stimulačním metodám) zvolilo 42 zákonných zástupců (93%), odpověď NE zaškrtili 3 (7%) z celkového počtu 45 účastníků (100%).

**Graf č. 4 k otázce č. 2 (odborní pracovníci)**

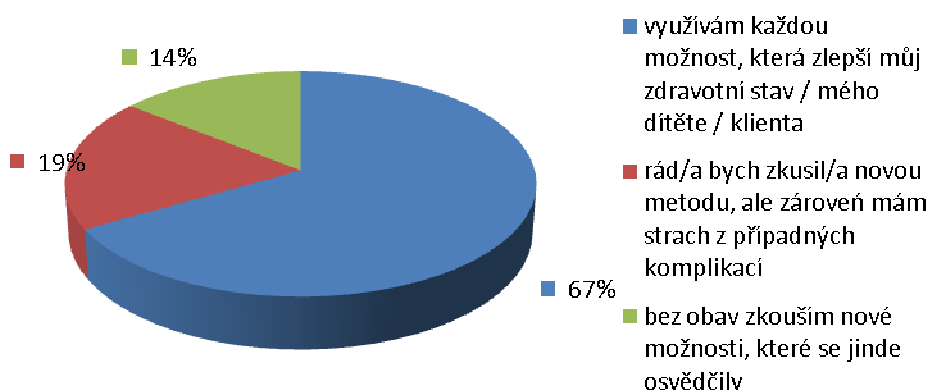


Odpověď ANO (jsou nakloněni využívání nových stimulačních metod) zvolilo 20 odborných pracovníků (95%), odpověď NE zaškrtil 1 (6%) z celkového počtu 21 odborných pracovníků (100%).

**Otázka č. 3: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte důvod, který je nejbližší vašemu názoru.**

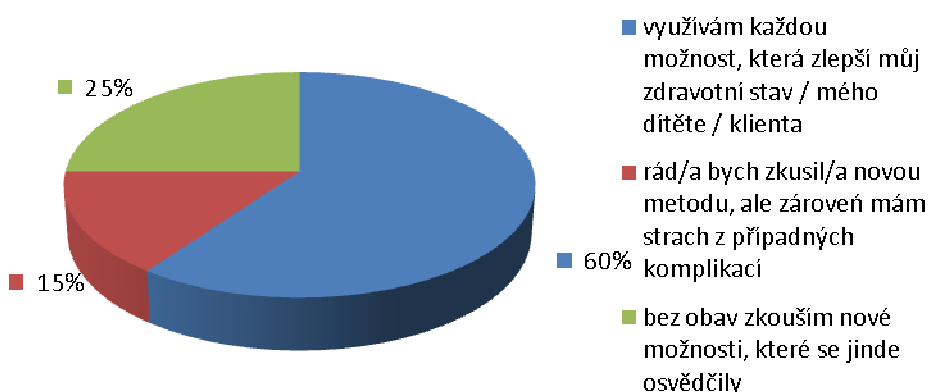
Třetí otázka navazuje na otázku č. 2, jedná se o otázku uzavřenou s výběrem jedné možnosti, kdy se odpovídající, který je nakloněný využívání nových metod, musel přiklonit k jednomu ze tří nabízených názorů.

**Graf č. 5 k otázce č. 3 (zákonní zástupci, klienti)**



Celkem odpovědělo 42 zákonných zástupců (100%), z toho 28 dotázaných (60%) využívá každou možnost, která zlepší jeho zdravotní stav/jeho dítěte s postižením/klienta, 8 účastníků (25%) bez obav zkouší nové možnosti, které se jinde osvědčily a 6 odpovídajících (15%) by rádo vyzkoušelo nové metody, ale zároveň má obavu z případných komplikací.

**Graf č. 6 k otázce č. 3 (odborní pracovníci)**



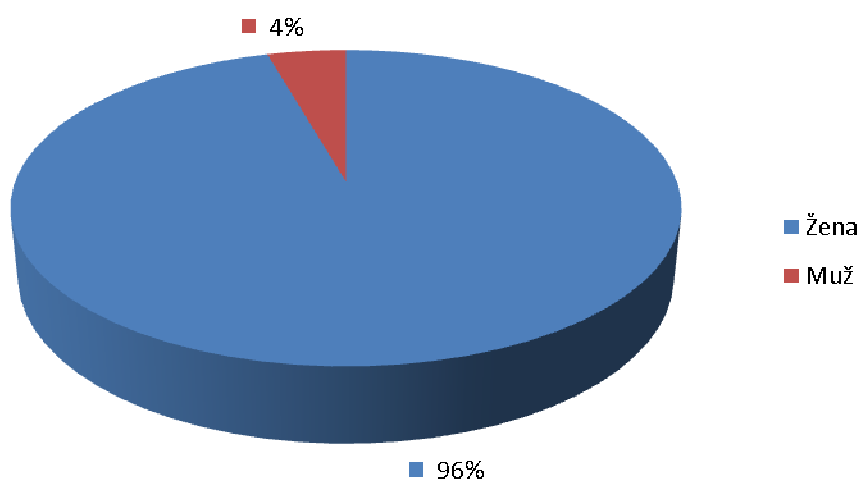
Celkem odpovědělo 20 odborných pracovníků (100%), z toho 12 dotázaných (60%) využívá každou možnost, která zlepší jeho zdravotní stav/jeho dítěte s postižením/klienta, 5 účastníků (25%) bez obav zkouší nové možnosti, které se jinde osvědčily a 3

odpovídajících (15%) by rádo vyzkoušelo nové metody, ale zároveň má obavu z případných komplikací.

#### Otázka č. 4: **Dotazník vyplnil/a?**

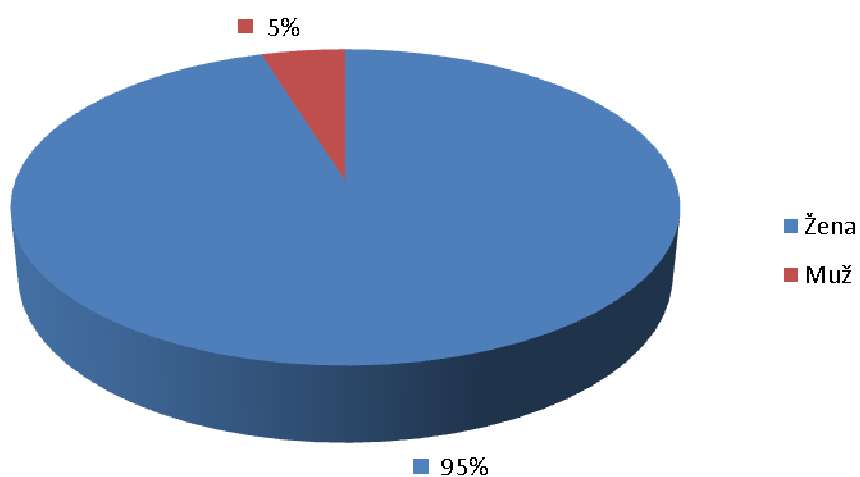
Otázka zjišťovala pohlaví respondentů výběrem z dichotomické nabídky MUŽ/ŽENA

**Graf č. 7 k otázce č. 4 (zákonní zástupci, klienti)**



Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) bylo 43 žen (96%) a pouze 2 muži (4%).

**Graf č. 8 k otázce č. 4 (odborní pracovníci)**

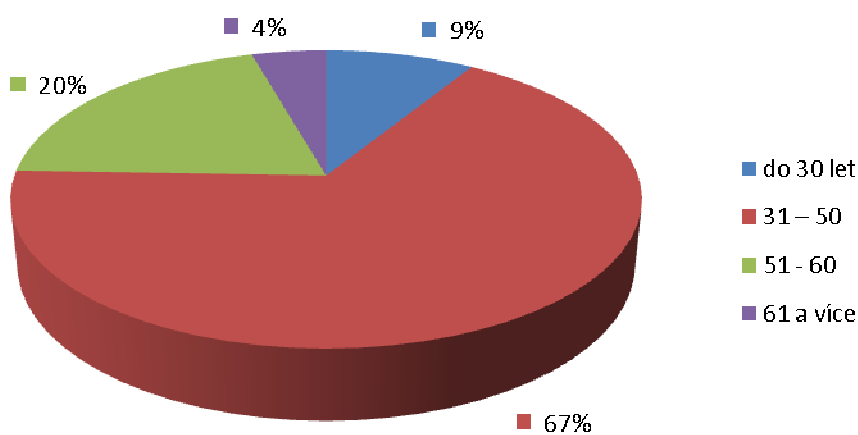


Z celkového počtu 21 dotazovaných pracovníků (100%) bylo 20 žen (95%) a pouze 1 muž (5%).

#### Otázka č. 5: **Jaký je váš věk?**

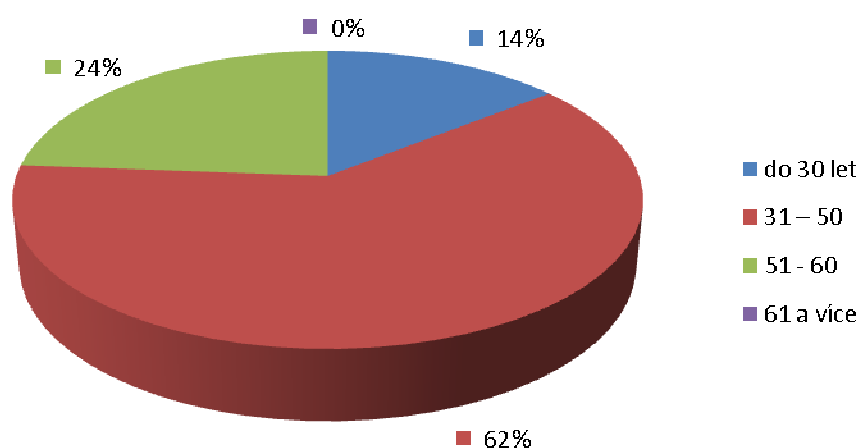
Jednalo se o zjišťování věku respondentů, kdy jsme pro přehlednost rozdělili věk do čtyř skupin.

**Graf č. 9 k otázce č. 5 (zákonní zástupci, klienti)**



Ve věku do třiceti let odpověděli 4 zákonní zástupci (9%), ve věku 31-50 bylo 30 odpovídajících (67%), 51-60 let 9 osob (20%) a nejméně osob bylo ve věku 61 a více let. Byli to 2 odpovídající (4%) z celkového počtu 45 (100%).

**Graf č. 10 k otázce č. 5 (odborní pracovníci)**

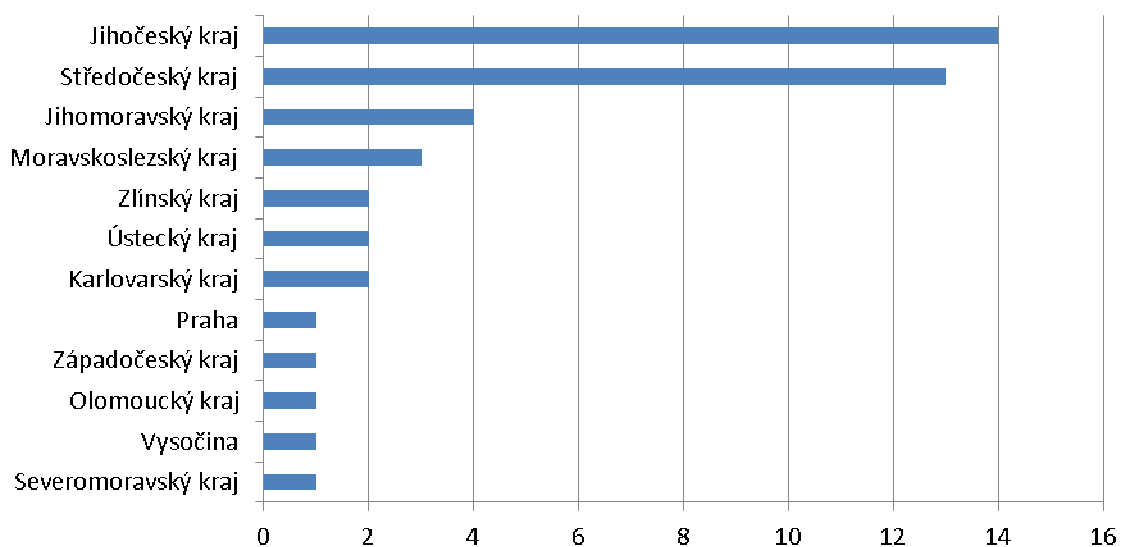


Dotazníky vyplnili 3 odborní pracovníci (14%) ve věku do 30 let, největší počet tvořili zástupci v produktivním věku 31 – 50 let, jednalo se o 13 osob (62%). Věk 51-60 let se vyskytl v 5 případech (24%), mezi odbornými pracovníky nebyla nikdo ve věku 61 let a více.

**Otázka č. 6: Ve kterém kraji České republiky bydlíte?**

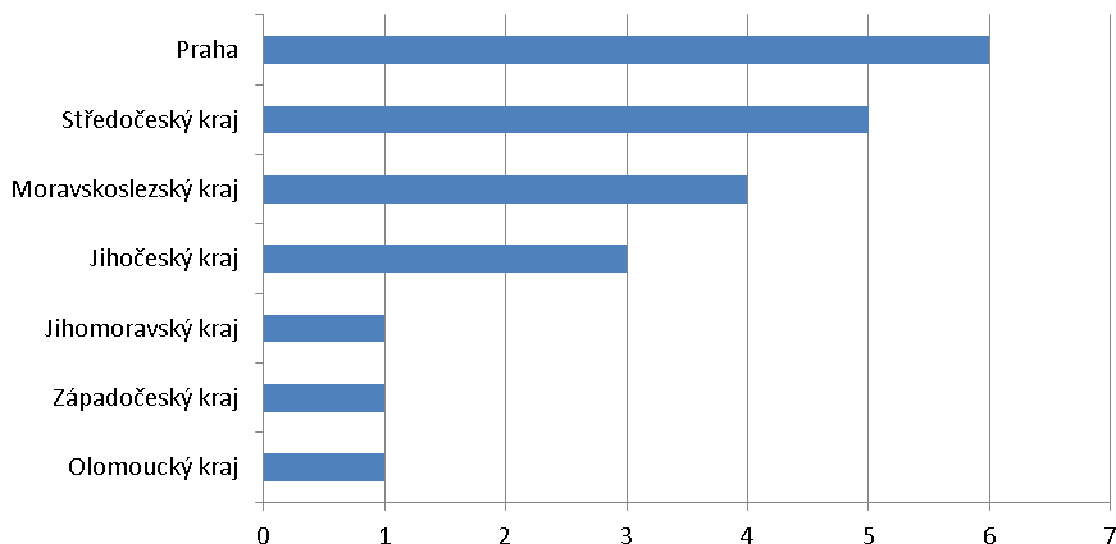
Protože bylo jedním z cílů práce získat přehled o informovanosti osob o metodách TheraSuit a Klim-Therapy ve vybraných zařízeních, zjišťovali jsme rovněž, ve kterém kraji jednotliví respondenti bydlí.

**Graf č. 11 k otázce č. 6 (zákonní zástupci, klienti)**



Ze skupiny zákonných zástupců nebo klientů vybraných zařízení se průzkumu zúčastnilo 14 osob z Jihočeského kraje, 13 z kraje Středočeského, 4 z Jihomoravského kraje, 3 z kraje Moravskoslezského, po 2 osobách z krajů Zlínského, Ústeckého a Karlovarského, po 1 účastníku z krajů Praha, Západočeského, Olomouckého, Severomoravského a z kraje Vysočina. Celkem tedy 45 zákonných zástupců nebo klientů.

**Graf č.12 k otázce č. 6 (odborní pracovníci)**



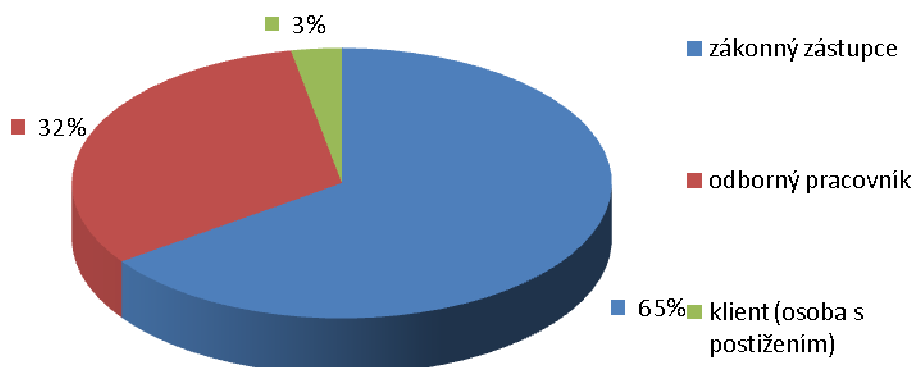
Z celkového počtu 21 pracovníků jsme nejvíce odpovědí získali, od těch, kteří bydlí v Praze, a to 6, o jednu odpověď méně, tedy 5 bylo od respondentů ze Středočeského kraje. 4 účastníci žijí v Moravskoslezském kraji, 3 v Jihočeském kraji, po jednom odpovídajícím bylo z těchto krajů: Jihomoravský, Západočeský, Olomoucký.

#### Otázka č. 7: **Dotazník vyplnil/a?**

Otázka se zabývala tím, zda účastník průzkumu je sám osobou s postižením, zákonným zástupcem osoby s postižením nebo zdali se jedná o odborníka, který s klientem s tělesným nebo kombinovaným postižením ve zkoumaném zařízení pracuje. Otázka je polouzavřená s nabídkou možností (speciální pedagog, fyzioterapeut, pracovník v sociálních službách) s výběrem jedné možnosti a s možností vepsat další neuvedenou možnost.

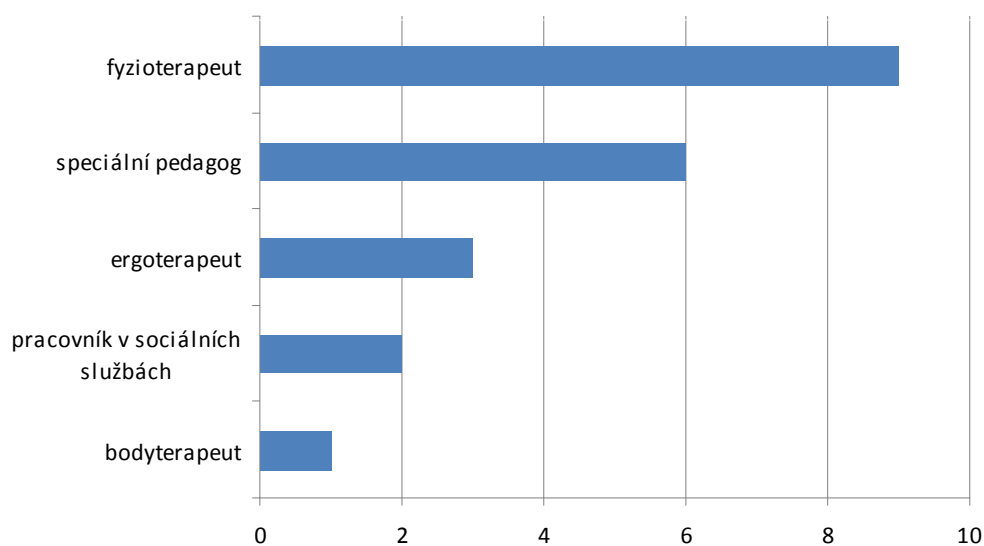


**Graf č. 13 k otázce č. 7**



Dotazník vyplnilo 43 respondentů (65%) z řad zákonných zástupců osob s postižením; 2 klienti (3%) zkoumaných zařízení (s tělesným a kombinovaným postižením) a 21 odborných pracovníků (32%).

**Graf č. 14 k otázce č. 7**



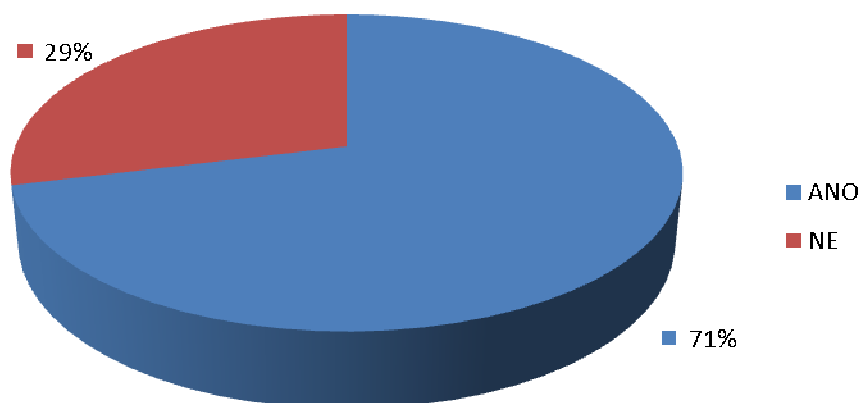
Skupinu odborníků tvořilo 9 fyzioterapeutů, 6 speciálních pedagogů, 2 pracovníci v sociálních službách, položku „jiná možnost“ vyplnili 3 ergoterapeuti a 1 bodyterapeut<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bodyterapie je psychoterapeutická práce s tělem, kterou provádí psychoterapeut vyškolený ve čtyřletém výcviku v **Integrativní psychoterapii zaměřené na tělo**, který odpovídá mezinárodním psychoterapeutickým standardům (Bodyterapie.cz, 2008-2012).

**Otázka č. 8: Slyšel/a jste o metodě (terapii), která využívá speciální podpůrný oblek (metoda TheraSuit nebo Klim-Therapy)?**

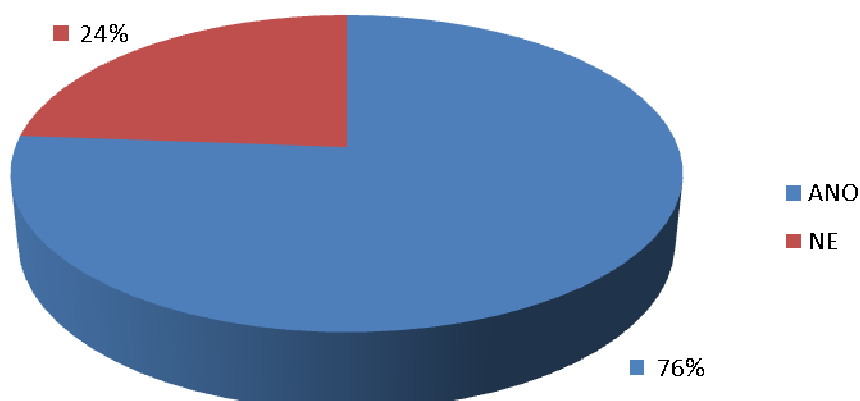
Další dichotomická otázka zjišťovala, zda odpovídající slyšel o zkoumané pohybové terapii. Výběr z možností ANO – NE.

**Graf č. 15 k otázce č. 8 (zákonní zástupci, klienti)**



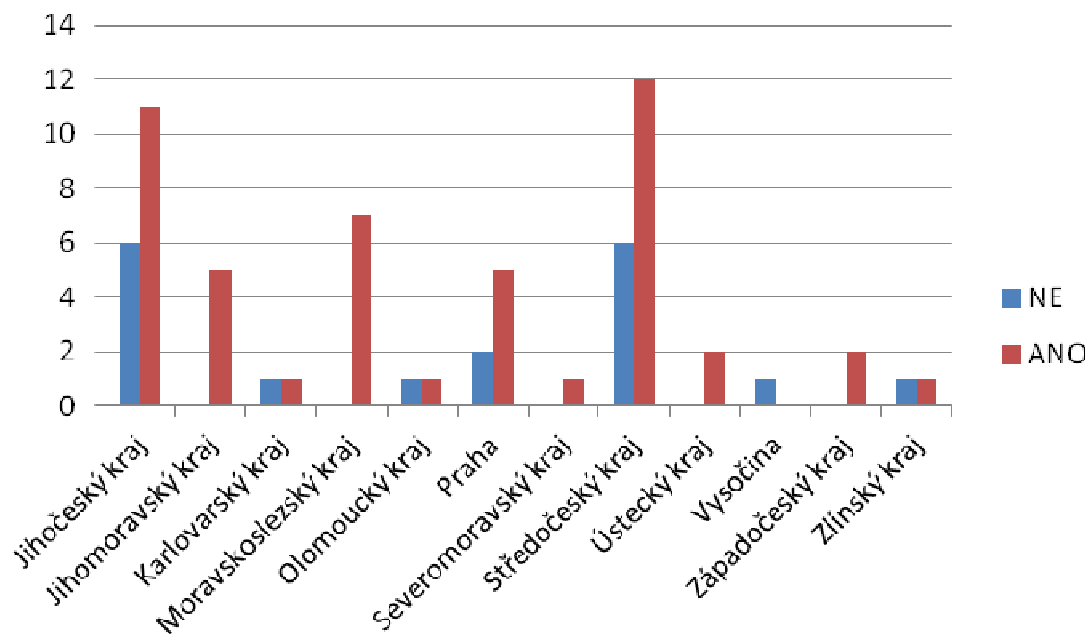
32 zákonných zástupců (71%) odpovědělo ANO, tedy že o uvedených metodách slyšeli, 13 (29%) vyplňujících uvedlo, že o uvedených metodách (terapiích) neslyšelo. Celkový počet (100%) respondentů byl 45 osob.

**Graf č. 16 k otázce č. 8 (odborní pracovníci)**



16 odborných pracovníků denních stacionářů (76%) odpovědělo ANO, tedy že o uvedených metodách slyšeli, 5 (24%) vyplňujících uvedlo, že o uvedených metodách (terapiích) neslyšelo. Celkový počet (100%) respondentů byl 21 osob.

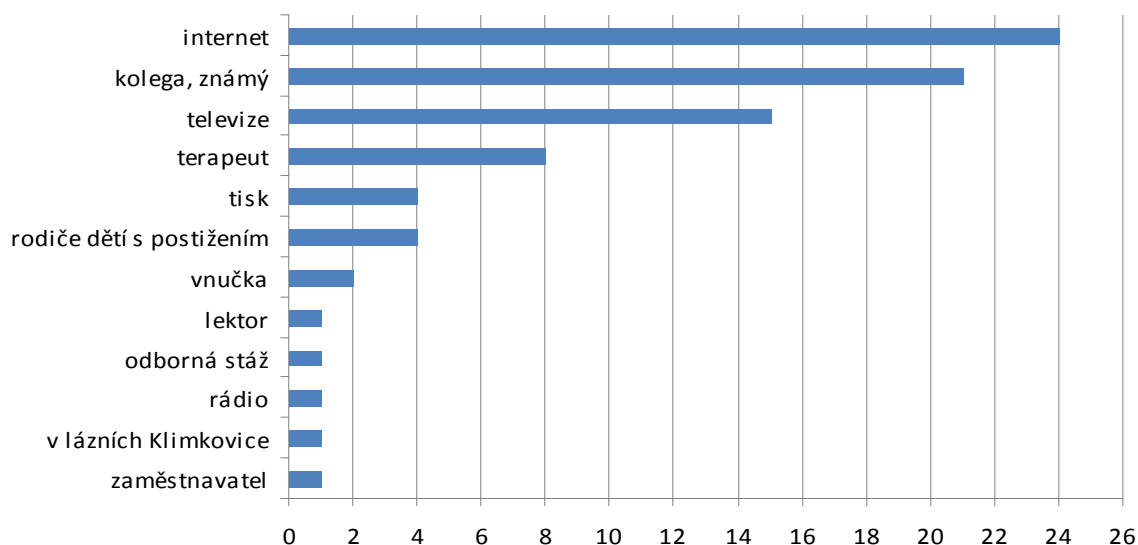
**Graf č. 17 k otázce č. 8**



Graf č. 17 znázorňuje výskyt toho, zda klient, zákonný zástupce dítěte s postižením nebo odborný pracovník o metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy slyšel či ne v jednotlivých krajích České republiky podle místa bydliště. Je zřejmé, že v krajích, které jsou blíže místům poskytování metod TheraSuit Klim-Therapy, se vyskytuje více odpovědí ANO, tedy že účastník výzkumu o metodách TheraSuit a Klim-Therapy slyšel.

**Otázka č. 9: Pokud jste v předchozí otázce (č. 8) odpověděl/a ANO, napište, kde jste se o metodách Klim-Therapy nebo TheraSuit dozvěděl/a?**

**Graf č. 18 k otázce č. 9**



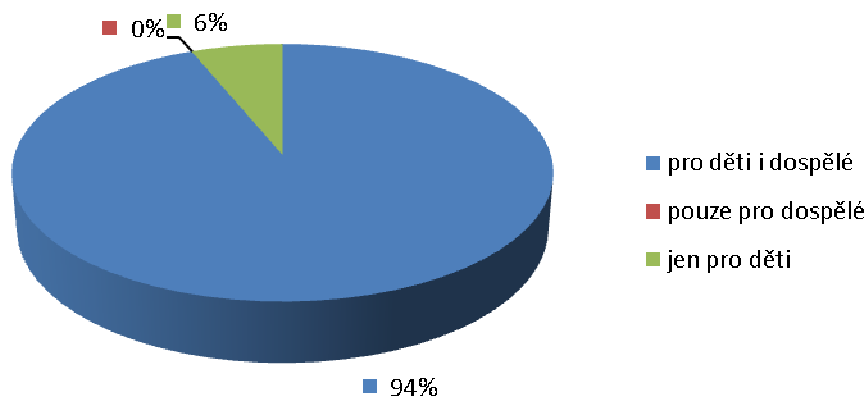
Respondent mohl označit více možností z nabídky nebo případně doplnit jinou neuvedenou možnost. Jako zdroj informací o zkoumaných metodách byl v největší míře uveden internet – 24 odpovědí, dále pak získání informace prostřednictvím kolegy nebo známého 21 odpovědí, v 15 případech následovala televize. Informace o zkoumaných metodách získali respondenti v 8 případech od terapeuta, ve 4 případech z tisku, ve 2 případech od rodiče dítěte s postižením a v dalších 2 případech od vnučky. Po 1 odpovědi byly uvedeny tyto zdroje: lektor, odborná stáž, rádio, Sanatoria Klimkovice, zaměstnavatel.

#### **4.6.2 Povědomí o TheraSuit (část B)**

Část B dotazníku vyplňovali ti respondenti, kteří uvedli v otázce č. 8 možnost ANO, tedy že o zkoumaných stimulačních metodách slyšeli. Tato část se zabývá tím, do jaké míry respondent metody zná.

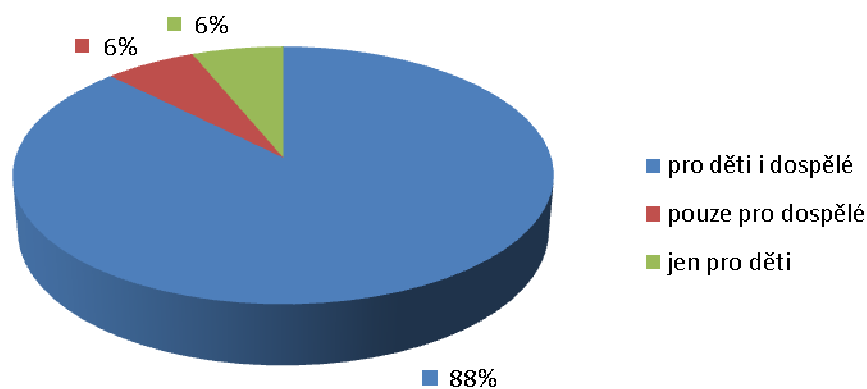
Otázka č. 10: **Pro koho jsou metody TheraSuit a Klim-Therapy určeny z hlediska věku?** Otázka zjišťovala, zda dospělý klient, zákonný zástupce dítěte s postižením či odborný pracovník zná podrobnější informace o metodě TheraSuit (Klim-Therapy) – jednalo se tedy o otázku znalostní, kdy pouze jedna z nabízených alternativ odpovědí byla správná.

**Graf č. 19 k otázce č. 10 (zákonní zástupci, klienti)**



Z celkového počtu 32 zákonných zástupců (100%), kteří o metodách TheraSuit nebo Klim-Therapy slyšeli, uvedlo správnou možnost 30 osob (94%), tedy že metody jsou určeny jak pro děti, tak i pro dospělé osoby. Zbylá část, tzn. 2 odpovídající (6%) označila nesprávnou alternativu.

**Graf č. 20 k otázce č. 10 (odborní pracovníci)**

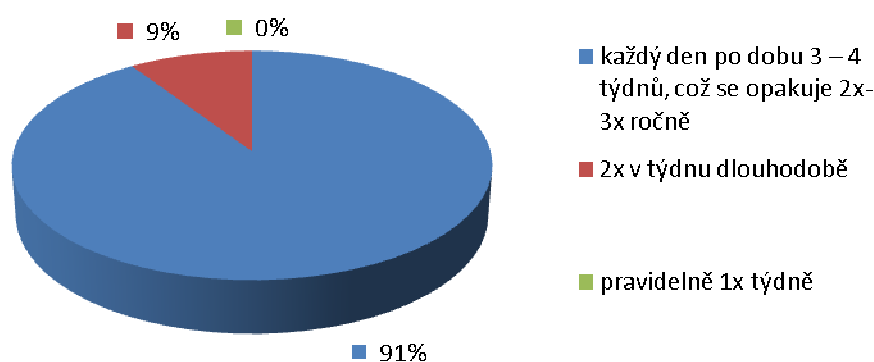


Z celkového počtu 16 odborných pracovníků (100%), kteří o metodách TheraSuit a Klim-Therapy slyšeli, uvedlo správnou možnost 14 osob (88%), tedy že metody jsou určeny jak pro děti, tak i pro dospělé osoby. Zbylá část, 2 respondenti (12%), označila nesprávné alternativy.

### Otázka č. 11: Jak terapie probíhá z hlediska času a frekvence?

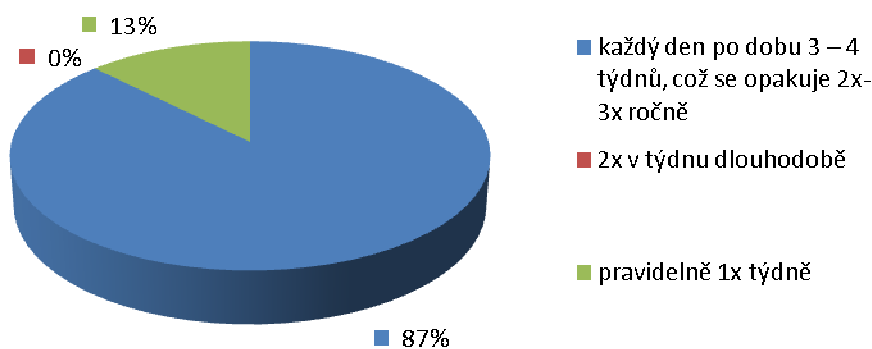
Jedenáctá otázka zjišťovala, zda dospělý klient, zákonný zástupce dítěte s postižením či odborný pracovník ví, jak často a v jakých intervalech terapie probíhá. Jednalo se o otázku uzavřenou s výběrem ze tří alternativ, z nichž pouze jedna byla správná.

**Graf č. 21 k otázce č. 11 (zákonní zástupci, klienti)**



Z celkového počtu 32 zákonných zástupců, kteří znají metody TheraSuit nebo Klim-Therapy (100%) označilo správnou možnost 29 (91%), nesprávné pak 3 osoby (9%).

**Graf č. 22 k otázce č. 11 (odborní pracovníci)**

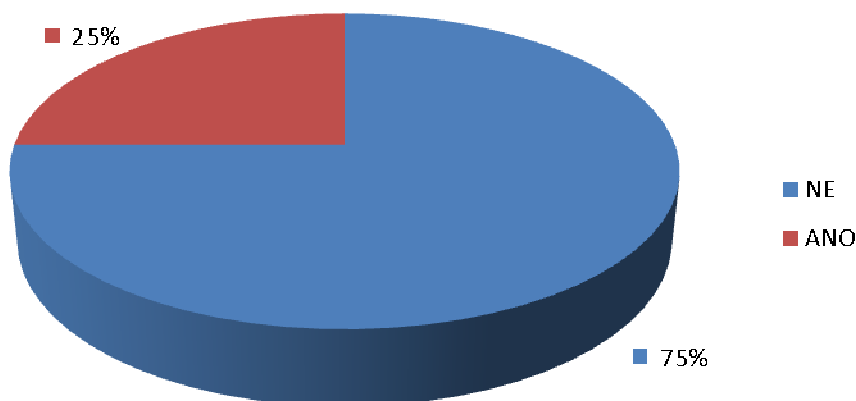


Z celkového počtu 16 odborníků (100%), kteří o metodách TheraSuit nebo Klim-Therapy slyšeli, označilo správnou možnost 14 z nich (87%), nesprávné pak 2 (10%).

**Otázka č. 12: Měl/a byste obavu využít metodu TheraSuit nebo Klim-Therapy pro sebe/pro své dítě/klienta?**

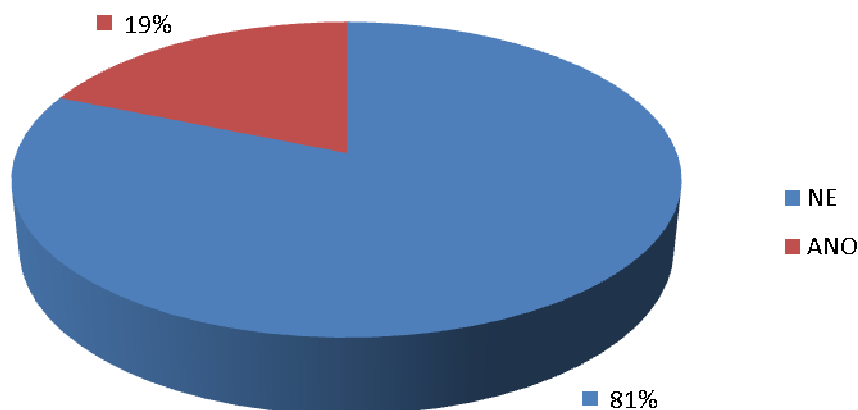
Grafy znázorňují, v jaké míře mají odpovídající důvěru v nové metody. Jednalo se o otázku dichotomickou s výběrem z možností ANO – NE.

**Graf č. 23 k otázce č. 12 (zákonní zástupci, klienti)**



Nadpoloviční většina z celkového počtu 32 zákonných zástupců a klientů (100%), která čítala 24 osob (75%) odpověděla NE (nemají obavy z využití zkoumaných metod). 8 vyplňujících (25%) by mělo obavu uvedené metody využít.

**Graf č. 24 k otázce č. 12 (odborní pracovníci)**

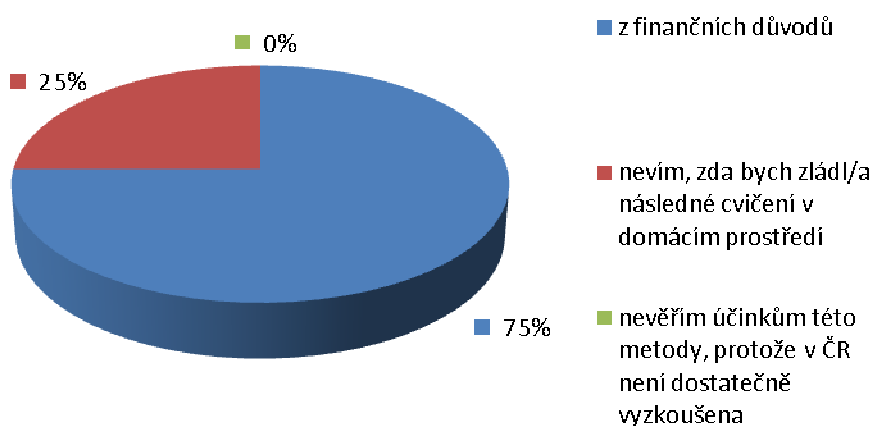


Z celkového počtu 16 pracovníků ve zkoumaných zařízeních (100%), skupina 13 (81%) odpověděla NE (nemají obavy z využití zkoumaných metod). 3 pracovníci (19%) by mělo obavu uvedené metody využít. Z odpovědí plyne, že úroveň důvěry respondentů v nové stimulační metody (TheraSuit, Klim-Therapy) je poměrně vysoká.

Otázka č. 13: **Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, označte možnost, která je nejbližší vašemu názoru.**

Cílem této otázky bylo zmapování důvodů, které vedou k obavám z využití zkoumaných metod (TheraSuit, Klim-Therapy).

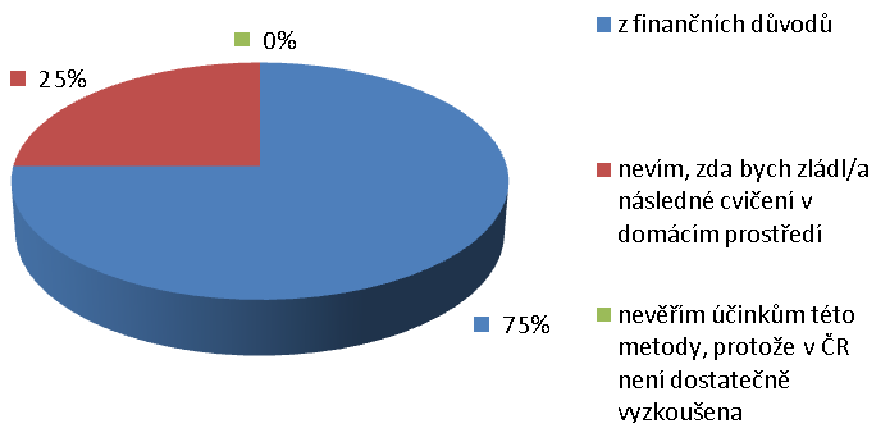
**Graf č. 25 k otázce č. 13 (zákonní zástupci, klienti)**





6 zákonných zástupců nebo klientů (75%) z celkového počtu 8 (100%), kteří odpovídali na tuto otázku, by mělo obavu využít metody TheraSuit nebo Klim-Therapy z finančních důvodů, 2 vyplňující (25%) má obavu z následného cvičení v domácím prostředí. Žádný respondent neuvedl možnost, že by metodám TheraSuit nebo Klim-Therapy nedůvěřoval z důvodu jejich malého rozšíření v České republice.

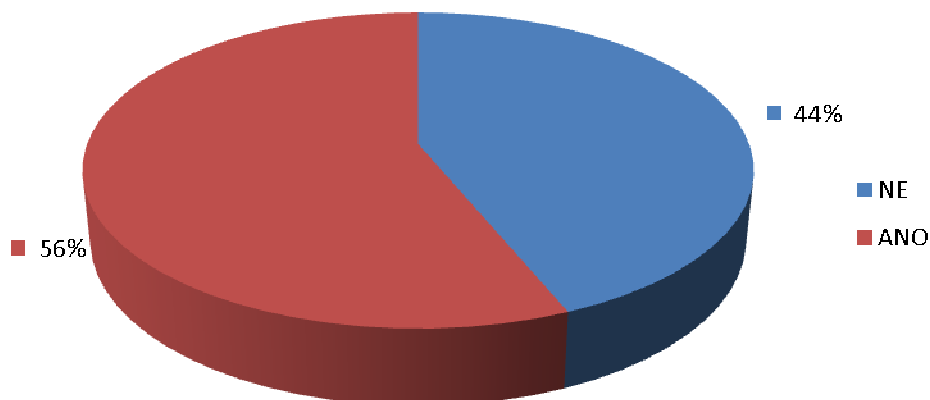
**Graf č. 26 k otázce č. 13 (odborní pracovníci)**



2 pracovníci ve zkoumaných zařízeních (75%) z celkového počtu 3 respondentů (100%), kteří odpovídali na tuto otázku, by měla obavu využít metody TheraSuit nebo Klim-Therapy z finančních důvodů, 1 zástupce této skupiny (25%) má obavu z následného cvičení v domácím prostředí. Žádný respondent neuvedl možnost, že by metodám TheraSuit nebo Klim-Therapy nedůvěřoval z důvodu jejich malého rozšíření v České republice. Z odpovědí vyplývá, že největší překážkou v častějším využívání metod je jejich finanční náročnost.

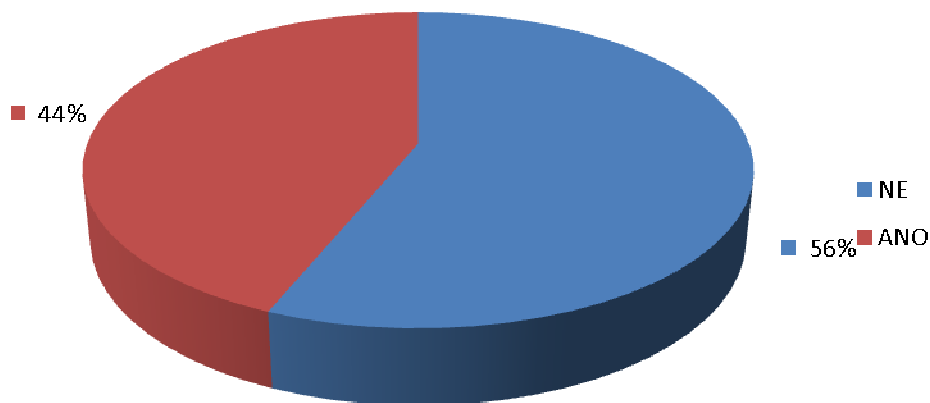
**Otázka č. 14: Máte s metodou TheraSuit nebo Klim-Therapy osobní zkušenost (podstoupil jste ji vy, vaše dítě, klient)?**

**Graf č. 27 k otázce č. 14 (zákonní zástupci, klienti)**



Osobní zkušenost s metodami TheraSuit nebo Klim-Therapy má 18 zákonných zástupců, klientů (56%) a naopak žádnou zkušenost s metodami uvedlo 14 osob (44%) z celkového počtu 32 (100%) odpovídajících zákonných zástupců nebo klientů.

**Graf č. 28 k otázce č. 14 (odborní pracovníci)**

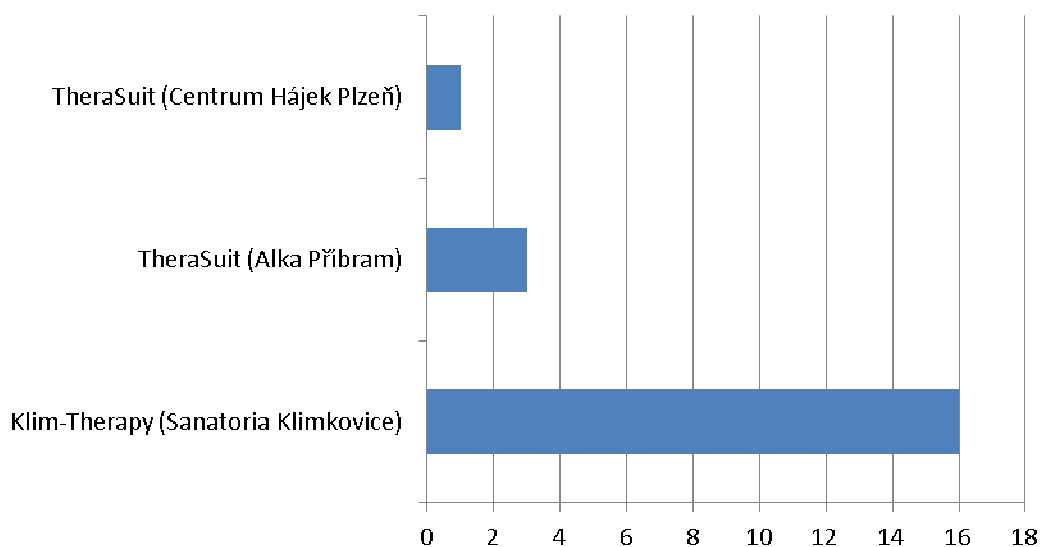


Osobní zkušenost s metodami TheraSuit nebo Klim-Therapy má 7 osob z řad pracovníků ve zkoumaných zařízeních (56%) a naopak žádnou zkušenost s metodami uvedlo 9 osob (44%) z celkového počtu 16 pracovníků (100%) odpovídajících na tuto otázku.

Otázka č. 15: **Pokud jste v předchozí otázce označil/a ANO, napište se kterou metodou a kde jste se setkal/a.**

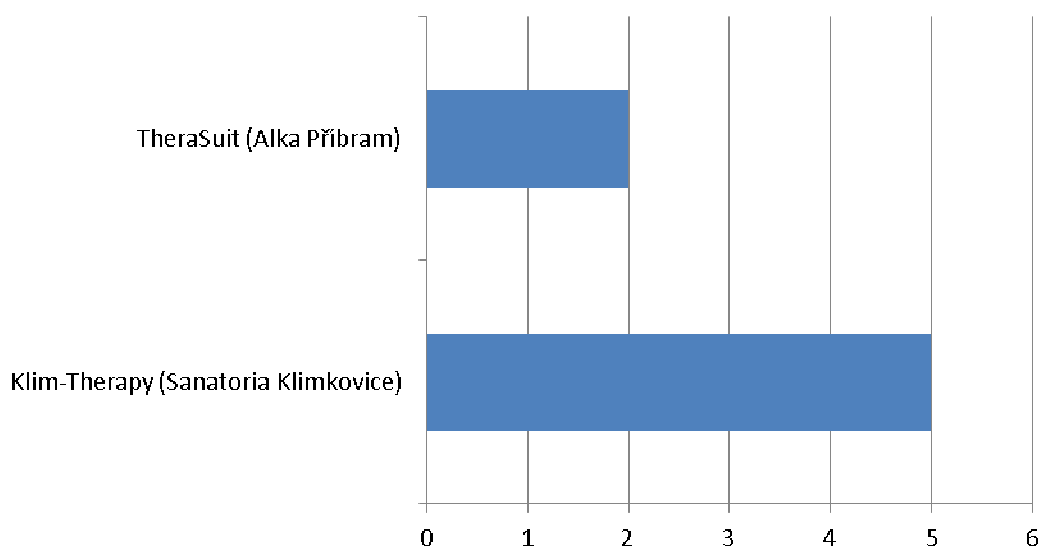
V dotaznících se objevila všechna tři zařízení, ve kterých jsou metody TheraSuit a Klim-Therapy poskytovány. Odpovídající osoby měly možnost volného vypsání jedné nebo více odpovědí.

**Graf č. 29 k otázce č. 15 (zákonní zástupci)**



V největší míře mají klienti nebo zákonní zástupci osobní zkušenost s metodou Klim-Therapy (Sanatoria Klimkovice), a to v 16 případech. TheraSuit (Alka Příbram) se objevila v odpovědích 3krát, pouze 1krát bylo uvedeno zařízení TheraSuit (Centrum Hájek).

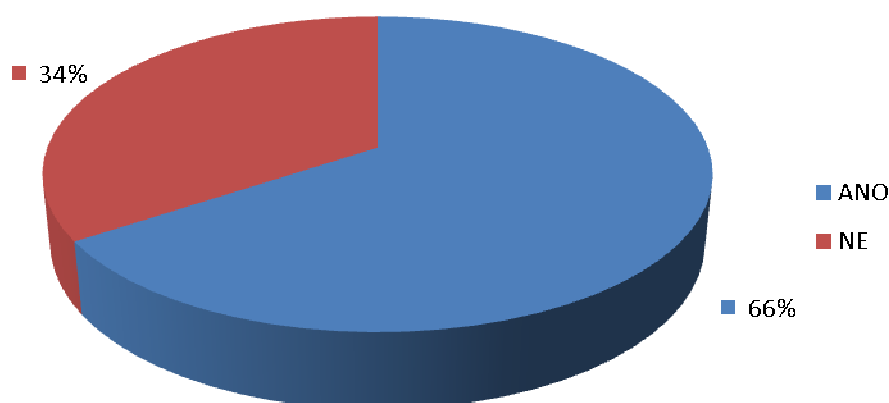
**Graf č. 30 k otázce č. 15 (odborní pracovníci)**



Klim-Therapy (Sanatoria Klimkovice) byla uvedena v odpovědích pracovníků v 5 případech. TheraSuit (Alka Příbram) se objevila v odpovědích 2krát, TheraSuit (Centrum Hájek) se v odpovědích odborníků neobjevilo.

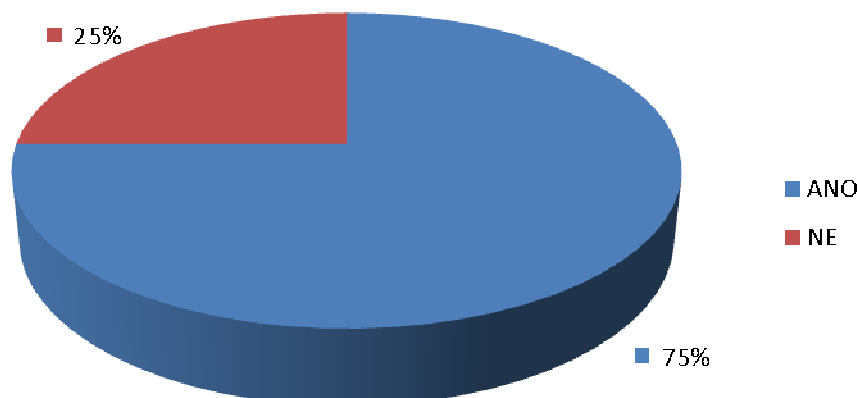
Otázka č. 16: **Je podle vás metoda TheraSuit rovnocennou metodou k ostatním stimulačním a pohybovým terapiím?**

**Graf č. 31 k otázce č. 16 (zákonní zástupci, klienti)**



V této otázce uvedla souhlas nadpoloviční většina, tedy 21 zákonných zástupců/klientů (66%), pro 11 odpovídajících (34%) nejsou metody TheraSuit a Klim-Therapy rovnocennými metodami s ostatními stimulačními metodami. Celkový počet odpovídajících v této otázce byl 32 (100%).

**Graf č. 32 k otázce č. 16 (odborní pracovníci)**

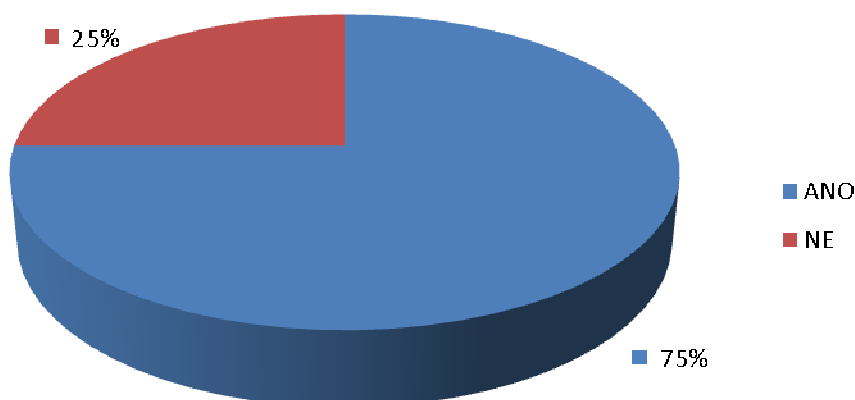


Souhlasnou odpověď uvedlo 12 pracovníků (75%), pro 4 odpovídající (25%) nejsou metody TheraSuit a Klim-Therapy rovnocennými s ostatními stimulačními metodami, které jsou ve zkoumaných zařízeních používány. Celkový počet odpovídajících pracovníků v této otázce byl 16 osob (100%).

**Otázka č. 17: Znáte nějaké zařízení v České republice, které metody TheraSuit nebo Klim-Therapy při práci s klienty používá?**

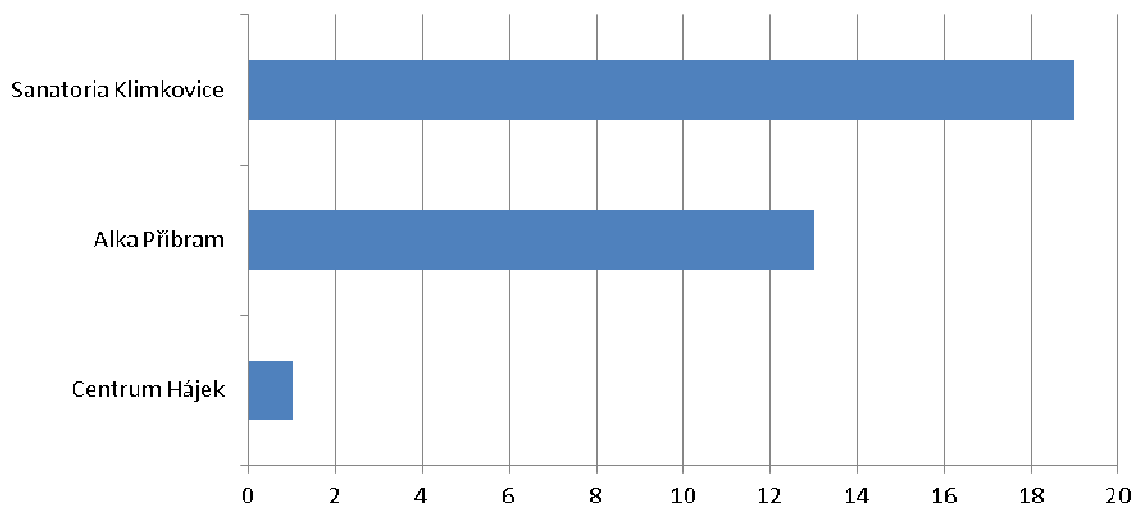
Protože zkoumané metody jsou v České republice poskytovány pouze ve třech zařízeních, zajímalo nás, které zařízení je nejvíce známé u účastníků tohoto průzkumu. Pokud tedy účastník průzkumu označil možnost ANO (zná nějaké zařízení), měl prostor napsat název zařízení nebo místo, kde jsou metody poskytovány. Pro sjednocení odpovědí jsme vytvořili tři skupiny: Sanatoria Klimkovice, Alka o.p.s. Příbram, Centrum Hájek Plzeň.

**Graf č. 33 k otázce č. 17 (zákonní zástupci, klienti)**



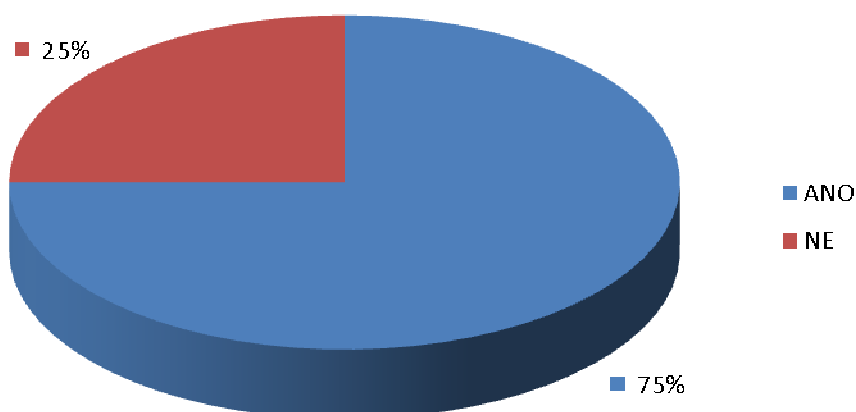
Z celkového počtu 32 zákonných zástupců/klientů (100%), kteří odpovídali na tuto otázku, zná nějaké zařízení poskytující metodu TheraSuit 24 osob (75%). Zbývajících 8 účastníků patřících do této skupiny (25%) žádné zařízení nezná.

**Graf č. 34 k otázce č. 17 (zákonní zástupci)**



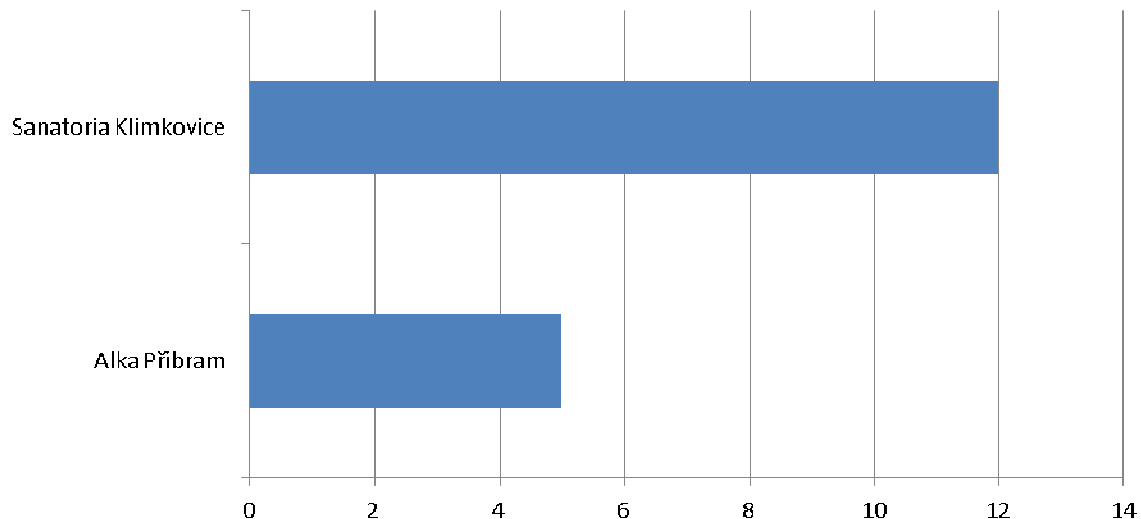
Zákonnými zástupci/klienty byla uvedena Sanatoria Klimkovice 19 krát, Alka Příbram 13 krát a pouze 1 krát Centrum Hájek Plzeň.

**Graf č. 35 k otázce č. 17 (odborní pracovníci)**



Z celkového počtu 16 pracovníků (100%), kteří odpovídali na tuto otázku, zná nějaké zařízení poskytující metodu TheraSuit 12 osob (75%). Zbývající 4 pracovníci (25%) žádné zařízení neznají.

**Graf č. 36 k otázce č. 17**



V největší míře byla uvedena Sanatoria Klimkovice v počtu 12, dále pak Alka Příbram – 5 odpovědí, Centrum Hájek Plzeň nebylo odbornými pracovníky uvedeno. Tento výsledek může být způsoben rozdílnou povahou jednotlivých zařízení, kdy dochází k porovnávání komerční sféry (v případě Sanatorií Klimkovice) a neziskového sektoru (Alka o.p.s. Příbram a Centrum Hájek Plzeň), přičemž Centrum hájek v Plzni funguje nejkratší dobu, což je také důvod, proč je nejméně známé.

### 4.6.3 Ostatní stimulační metody (část C)

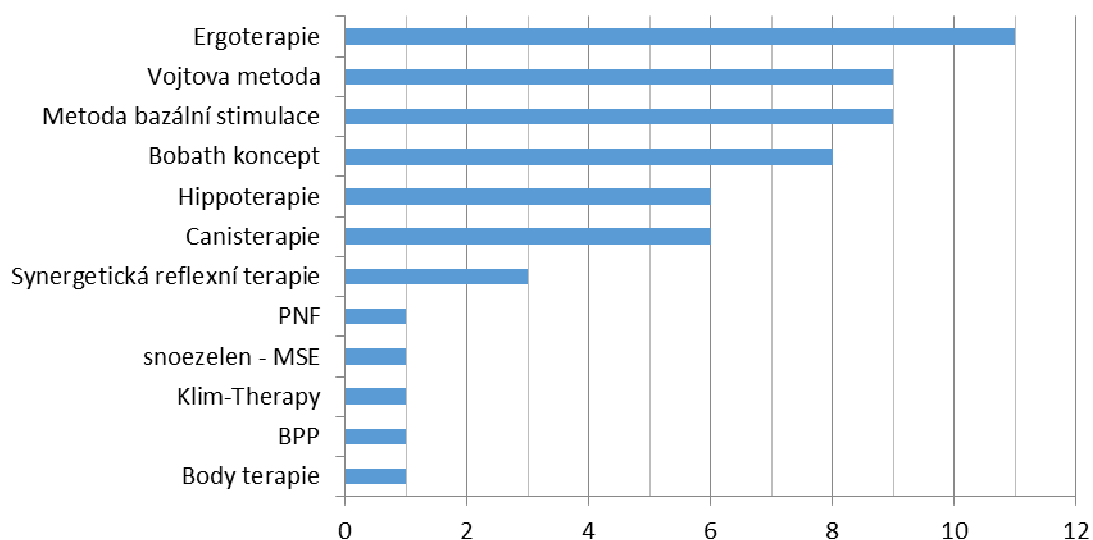
Je určena pro odborníky, kteří pracují s osobami s tělesným nebo kombinovaným postižením.

Otázka č. 18: **Využíváte při své práci nějakou metodu (terapii), příp. metody ke stimulaci klientů?**

Všichni pracovníci ve zkoumaných zařízeních 21 (100%) odpovídající v této otázce uvedli, že při své práci využívají nějakou stimulační či pohybovou metodu nebo terapii.

Otázka č. 19: **Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, vyberte, které metody využíváte.**

**Graf č. 37 k otázce č. 19**



Odborníci mohli vybírat z osmi nabízených alternativ, kterých mohli označit více a v případě, že ani jedna z nabízených možností nevyhovovala, mohli vepsat jinou neuvedenou možnost. V největší míře označili pracovníci ergoterapii – 11 odpovědí, dále se ve stejném počtu objevila Vojtova metoda reflexní lokomoce a metoda bazální stimulace – po 9 odpovědích, za nimi následoval Bobath koncept – 8 odpovědí. Ve stejné míře po 6 odpovědích získaly canisterapie a hipoterapie, u synergetické reflexní terapie

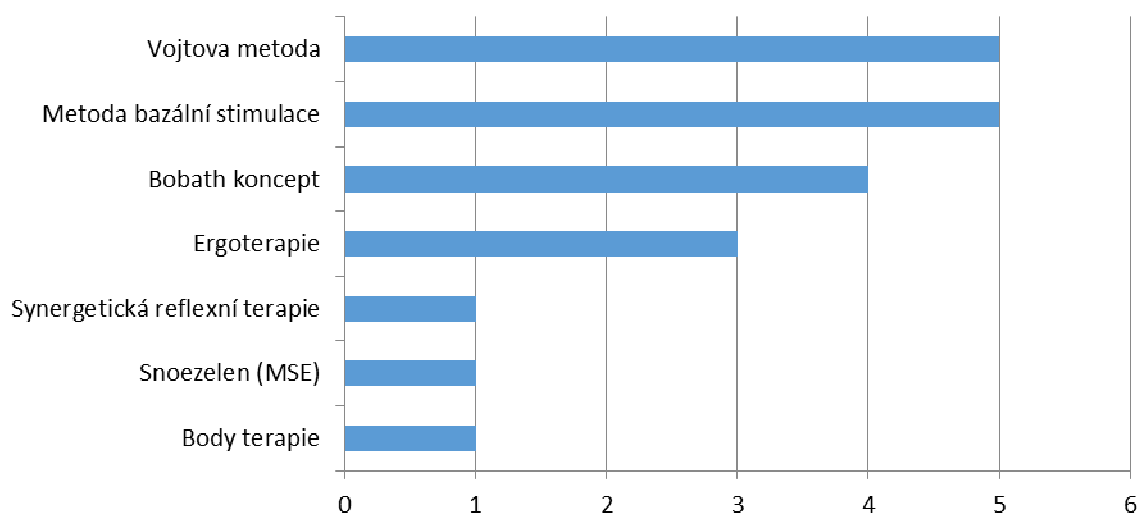


byly zaznamenány 3 odpovědi. Po 1 odpovědi byly označeny tyto terapie: bodyterapie, BPP<sup>2</sup>, Klim-Therapy, snoezelen<sup>3</sup> a PNF<sup>4</sup>.

#### Otázka č. 20: **Kterou z výše uvedených metod (terapií) využíváte nejčastěji?**

Jednalo se o otázku otevřenou, kdy respondent vypsál jednu metodu či terapii, kterou využívá při své práci nejčastěji

**Graf č. 38 k otázce č. 20**



Odborní pracovníci uvedli, že nejčastěji využívají Vojtovu metodu reflexní lokomoce a ve stejné míře i metodu bazální stimulace – po 5 odpovědích. Další v pořadí byla ergoterapie – 3 odpovědi, po 1 odpovědi měly tyto terapie: synergetická reflexní terapie, snoezelen (MSE) a bodyterapie.

<sup>2</sup> **Bazální programy a podprogramy** - (dále jen BPP) - jedním z hlavních úkolů konceptu BPP je pracovat s hybnými programy, které se týkají těla jako celku, a důsledně dbát na parametry fyziologie těchto pohybových programů (Re-habilis, 2014).

<sup>3</sup> Snoezelen je multifunkční oncept podpory prováděné ve speciálně upravené místnosti, při níž užíváme světelných, zvukových efektů, hudby a aroma působících na smysly člověka směrem k jeho aktivizaci a zklidnění (Hájková, 2009).

<sup>4</sup> **Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF)** - je ucelený přístup, jehož základní filosofií je myšlenka, že každý člověk včetně toho s disabilitou (omezením až znemožněním některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností vyplývajících např. z choroby, závady, poruchy nebo stáří) má nevyužitý existující potenciál (Re-habilis, 2014).

## 4.7 Zhodnocení výzkumných otázek

Zhodnocení výzkumných otázek jsme provedli na základě předem stanovených vyhodnocovacích kritérií.

**Výzkumná otázka č. 1:** Jsou postoje klientů nebo jejich zákonných zástupců ve zkoumaných zařízeních k novým stimulačním metodám vstřícné či odmítavé?

### **Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 1:**

Průměr poměrného zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 1; 2

1/1 - 0-25% - odmítavé postoje

2/1 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/1 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/1 - 76-100% - vstřícné postoje

Tab. č. 1 k výzkumné otázce č. 1

Číslo otázky	poměrné zastoupení v %
1	89
2	93
<b>Průměr</b>	91

Z výpočtu v tab. č. 1 vyplývá, že **postoje** klientů nebo zákonných zástupců ve zkoumaných zařízeních k novým stimulačním metodám jsou **vstřícné** (průměr poměrných zastoupení kladných odpovědí - kritérium 4/1).

**Výzkumná otázka č. 2:** Jsou postoje odborných pracovníků ve zkoumaných zařízeních k novým stimulačním metodám vstřícné či odmítavé?

### **Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 2:**

Průměr poměrného zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 1; 2

1/2 - 0-25% - odmítavé postoje

2/2 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/2 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/2 - 76-100% - vstřícné postoje

Tab. č. 2 k výzkumné otázce č. 2

Číslo otázky	poměrné zastoupení v %
1	95
2	95
<b>Průměr</b>	95

Odborní pracovníci pracující s klienty zkoumaných zařízení zaujímají **vstřícné postoje** vůči novým stimulačním metodám. Výsledek viz. tab. č. 2 – průměr poměrných zastoupení kladných odpovědí v otázkách č. 1 a 2 je roven 95%, což odpovídá stanovenému kritériu 4/2.

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaká je úroveň informovanosti klientů nebo jejich zákonných zástupců ve zkoumaných zařízeních o metodách TheraSuit nebo Klim-Therapy?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 3:**

Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 8; 10; 11; 17:

1/3 - 0-20% - velmi nízká úroveň informovanosti

2/3 - 21-40% - nízká úroveň informovanosti

3/3 - 41-60% - střední úroveň informovanosti

4/3 - 61-80% - vysoká úroveň informovanosti

5/3 - 81-100% - velmi vysoká úroveň informovanosti

Tab. č. 3 k výzkumné otázce č. 3

Číslo otázky	poměrné zastoupení v %
8	71
10	94
11	91
17	75
<b>Průměr</b>	83

Z výpočtu v tab. č. 3 je zřejmé, že úroveň informovanosti klientů zkoumaných zařízení nebo jejich zákonných zástupců je na **velmi vysoké úrovni**. Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí ve výše uvedených otázkách 83% odpovídá stanovenému kritériu 5/3.

**Výzkumná otázka č. 4:** Jaká je úroveň informovanosti odborných pracovníků ve zkoumaných zařízeních o metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy?

#### **Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 4:**

Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 8; 10; 11; 17:

- 1/4 - 0-20% - velmi nízká úroveň informovanosti
- 2/4 - 21-40% - nízká úroveň informovanosti
- 3/4 - 41-60% - střední úroveň informovanosti
- 4/4 - 61-80% - vysoká úroveň informovanosti
- 5/4 - 81-100% - velmi vysoká úroveň informovanosti

Tab. č. 4 k výzkumné otázce č. 4

Číslo otázky	poměrné zastoupení v %
8	76
10	88
11	87
17	75
<b>Průměr</b>	<b>82</b>

Průměr poměrného zastoupení kladných a správných odpovědí ve výše uvedených otázkách je 82%, což odpovídá stanovenému kritériu 5/4 – **velmi vysoká úroveň informovanosti pracovníků.**

**Výzkumná otázka č. 5:** Jsou postoje klientů nebo jejich zákonných ve zkoumaných zařízeních vůči metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy vstřícné či odmítavé?

#### **Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 5:**

Průměr poměrné zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 12; 16:

- 1/5 - 0-25% - odmítavé postoje
- 2/5 - 26-50% - spíše odmítavé postoje
- 3/5 - 51-75% - spíše vstřícné postoje
- 4/5 - 76-100% - vstřícné postoje

Tab. č. 5 k výzkumné otázce č. 5

Číslo otázky	poměrné zastoupení v %
12	75
16	66
<b>Průměr</b>	<b>71</b>

Z výpočtu průměru poměrného zastoupení kladných odpovědí v otázkách číslo 12 a 16 plyne, že klienti zkoumaných zařízení nebo jejich zákonní zástupci zaujímají **spíše vstřícné postoje** vůči metodě TheraSuit či Klim-Therapy. Průměr poměrných zastoupení kladných odpovědí činí 71%, což odpovídá stanovenému kritériu 3/5.

**Výzkumná otázka č. 6:** Jsou postoje pracovníků ve zkoumaných zařízeních vůči metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy vstřícné či odmítavé?

**Kritéria pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 6:**

Průměr poměrné zastoupení kladných odpovědí v dotazníku v otázkách č. 12; 16:

1/6 - 0-25% - odmítavé postoje

2/6 - 26-50% - spíše odmítavé postoje

3/6 - 51-75% - spíše vstřícné postoje

4/6 - 76-100% - vstřícné postoje

Tab. č. 6 k výzkumné otázce č. 6

Číslo otázky	poměrné zastoupení %
12	81
16	75
<b>Průměr</b>	<b>78</b>

Průměr poměrného zastoupení kladných odpovědí v otázkách č. 12; 16 činí 78%. Tento výsledek koresponduje se stanoveným kritériem 4/6 – **vstřícné postoje pracovníků** ve zkoumaných zařízeních.

**Výzkumná otázka č. 7:** Které stimulační metody a pohybové terapie jsou v péči o osoby s tělesným a kombinovaným postižením pracovníky ve zkoumaných zařízeních nejčastěji využívány?

Ostatními stimulačními metodami se zabývala část C dotazníku určená pro odborné pracovníky, kteří pracují ve vybraných zařízeních s osobami s tělesným a kombinovaným postižením. Byly to otázky č. 18; 19; 20.

Z výsledků analýzy odpovědí na uvedené otázky je zřejmé, že nejčastěji používanými metodami těmito pracovníky ke stimulaci osob s tělesným a kombinovaným postižením jsou ve stejné míře Vojtova metoda reflexní lokomoce a metoda bazální stimulace. V menší míře je pak využíván Bobath koncept a ergoterapie. Nejméně tyto pracovníci využívají tyto metody: synergetická reflexní terapie, snoezelen a bodyterapie.

**Výzkumná otázka č. 8:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji používány k získávání informací o zkoumaných metodách klienty, jejich zákonnými zástupci a odbornými pracovníky zkoumaných zařízení?

Největší množství informací o metodě TheraSuit nebo Klim-Therapy získávají klienti zkoumaných zařízení, zákonní zástupci dětských klientů, ale i odborní pracovníci, kteří v těchto zařízeních pracují, na internetu, dále pak od kolegů či známých a prostřednictvím televize.

#### **4.8 Závěrečné shrnutí výsledků průzkumu**

Cílem průzkumu bylo získat přehled o informovanosti o stimulačních metodách TheraSuit a Klim-Therapy klientů zkoumaných zařízení (osoby s tělesným a kombinovaným postižením), zákonných zástupců osob s tímto druhem postižení a odborných pracovníků, kteří s těmito lidmi ve vybraných zařízeních pracují. Dále jsme si kladli za cíl zmapovat postoje výše uvedených osob k novým stimulačním metodám a také k metodám TheraSuit a Klim-Therapy. V neposlední řadě jsme mapovali, jaké zdroje účastníci průzkumu využívají k získávání informací o metodách TheraSuit a Klim-Therapy. Svou pozornost jsme zaměřili rovněž na ostatní stimulační metody, které odborní pracovníci ve zkoumaných zařízeních využívají při své práci, přičemž jsme zjišťovali, kterou metodu využívají nejčastěji.

Za pomoci dotazíku jako výzkumného nástroje jsme získali data, která nám pomohla vhlédnout do situace, jenž je v současné době v oblasti postojů a informovanosti klientů vybraných zařízení (denní stacionáře, ZŠ speciální, MŠ speciální), zákonných zástupců klientů vybraných zařízení a odborných pracovníků o nových stimulačních metodách.

Účastníky průzkumu jsme rozdělili do dvou skupin:

1. Zákonní zástupci klientů zkoumaných zařízení nebo sami klienti
2. Odborní pracovníci ve zkoumaných zařízeních

Zákonní zástupci klientů zkoumaných zařízení nebo sami klienti zaujímají vstřícné postoje k novým stimulačním metodám, postoje k metodám TheraSuit nebo Klim-Therapy jsou u této cílové skupiny spíše vstřícné, přičemž úroveň informovanosti o metodách TheraSuit a Klim-Therapy je velmi vysoká.

Ve skupině odborných pracovníků ve zkoumaných zařízeních je situace podobná. Pracovníci zastávají vstřícné postoje k novým stimulačním metodám a rovněž vstřícné postoje k metodám TheraSuit nebo Klim-Therapy. Disponují také velmi vysokou úrovní informovanosti o metodách TheraSuit nebo Klim-Therapy.

Obě skupiny využívají k získávání informací o metodách TheraSuit a Klim-Therapy v nejvyšší míře internet, velmi často využijí také informace od kolegy nebo známého (ústní předání informace), klienti od terapeuta a rovněž podstatný vliv, i když v menší míře má televize a tisk.

Dále jsme svou pozornost zaměřili na to, které stimulační metody se ve zkoumaných zařízeních (denní stacionáře pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, ZŠ a MŠ speciální) nejčastěji používají jako součást péče o jejich klienty (osoby s tělesným a kombinovaným postižením). Je zřejmé, že mezi často používané stimulační a pohybové metody či terapie patří ergoterapie, dále pak metoda bazální stimulace, Vojtova metoda reflexní lokomoce a také Bobath koncept. Jako nejčastěji používanou metodu uvedli pracovníci ve stejné míře metodu **bazální stimulace a Vojtovu metodu reflexní lokomoce**, těsně za nimi se umístil Bobath koncept a dále pak ergoterapie.

#### **4.9 Návrhy vyplývající z výsledků šetření pro teorii, praxi a výzkum**

Přestože pohybovou terapii TheraSuit můžeme zařadit spíše do oblasti fyzioterapie, je pro speciální pedagogy v praxi důležité znát nové metody a terapie, které se v České republice pomalu rozšiřují. Je to jednak z důvodu toho, že správný přístup k osobám s postižením by měl být multidisciplinární, to znamená, že by okolo této osoby měl pracovat tým odborníků, který je vybaven dostatkem informací k tomu, aby mohl dané osobě poskytnout podporu a pomoc v co nejvyšší možné míře. Speciální pedagog bývá často jedním z prvních odborníků, který přichází do styku s osobou s postižením nebo s jejím zákonným zástupcem ať už se jedná kupříkladu o středisko rané péče nebo o speciálně pedagogické centrum, a proto by měl mít přehled v oblasti stimulačních metod a pohybových terapií.

V teoretické rovině je potřeba shromáždit co nejvíce informací o dané metodě, které by byly dostupné jak pro laickou, tak i pro odbornou veřejnost z důvodu úplné absence literárních pramenů zabývajících se touto tematikou. Zájemce o tuto problematiku může čerpat pouze z internetových zdrojů, které jsou ve větší míře cizojazyčné.

V oblasti výzkumu v České republice zcela chybí studie, která by zkoumala účinnost této terapie u osob s tělesným a kombinovaným postižením, proto by bylo velice vhodné provést toto zkoumání, které by podpořilo rozvoj a rozšíření metody v České

republike a zvýšilo její důvěryhodnost. Bohužel ani v zahraničních zdrojích jsme nezískali velké množství nezávislých studií.

#### **4.10 Diskuze**

Pomocí průzkumu jsme získali vzhled do situace v oblasti informovanosti a postojů cílových skupin k novým stimulačním metodám. Cílové skupiny byly dvě. První cílovou skupinu tvořili dospělí klienti zkoumaných zařízení a zákonní zástupci klientů. Druhou skupinou byli pracovníci v těchto zařízeních.

Z výsledků šetření mimo jiné vyplývá, že se klienti a jejich zákonní zástupci ve vybraných zařízeních ve vysoké míře zajímají o novinky v oblasti stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením, čímž se potvrzuje tvrzení, že rodič dítěte s postižením je největším odborníkem na danou problematiku. Rovněž odborní pracovníci uvedli v nadpoloviční většině zájem o tyto novinky, což odpovídá současnému trendu celoživotního vzdělávání ve všech pomáhajících profesích, kdy jednak pracovníci absolvují různé kurzy dalšího vzdělávání nebo si sami vyhledávají informace o novinkách v jejich pracovní oblasti.

Při mapování vztahu zákonných zástupců klientů nebo klientů samotných k novým stimulačním metodám jsme zjistili velký počet kladných odpovědí (otázky v dotazníku č. 2 a 3), který vypovídá o současné situaci, kdy se hlavně rodiče dětí s postižením snaží využívat veškeré možnosti podpory a stimulace, které by vedly k co nevyššímu rozvoji schopností jejich dětí. Ve skupině odborných pracovníků byla situace podobná.

Průzkumu se zúčastnila převážná většina žen, a to jak ze skupiny zákonných zástupců, klientů, tak i ze skupiny odborných pracovníků. Výsledek zjištění je zřejmě dán tím, že v převážné většině případů se o dítě s postižením starají právě ženy a rovněž ženy pracují v pomáhajících profesích častěji než muži.

Překvapivým výsledkem je stav, že o metodách TheraSuit a Klim-Therapy slyšela nadpoloviční většina dotázaných ze skupiny klientů a zákonných zástupců, a ještě větší množství odpovídajících ze skupiny odborných pracovníků.

Z výsledků otázek č. 10 a 11 (znalostní otázky o metodách TheraSuit a Klim-Therapy) je zřejmé, že když klienti nebo jejich zákonní zástupci, ale i odborní pracovníci slyší o nějaké nové stimulační metodě, snaží se ve většině případů získat další podrobnější informace.



V části C dotazníku šlo mimo jiné o zmapování nejčastěji používaných stimulačních metod ve vybraných zařízeních. Pracovníci uvedli, že nejčastěji využívají metodu bazální stimulace a Vojtovu metodu reflexní lokomoce, v menší míře pak Bobath koncept. Toto zjištění se mírně liší od výzkumu prováděného Novákovou (2013) v rámci diplomové práce, kdy terapeuté pro svou práci považují za stěžejní aplikaci prvků, které stojí na základech konceptu manželů Bobathových, dále pak Vojtovu metodu reflexní lokomoce a PNF. Poté uvádějí metodu bazální stimulace.

V souvislosti s metodou TheraSuit nalezneme malé množství studií v zahraničí, v České republice neexistuje žádná. Ashley Mildren (2010) prováděla komparativní studii vlivu intenzivní terapie TheraSuit a klasických fyzikálních terapií na hrubou motoriku dětí s mozkovou obrnou. Velikost zkoumaného vzorku byla 24 dětí. Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že TheraSuit metoda při jejím intenzivním používání vykazuje rychlé zlepšení hrubé motoriky, které však po vysazení terapie opět ubývají, proto je právě důležité v mezidobí mezi intenzivními terapiemi provádět cvičení například v domácím prostředí.

## **Závěr**

V současné době jsou klienti a zákonní zástupci dětí s postižením těmi neaktivnějšími v získávání informací v oblasti stimulace a zlepšování stavu jejich dětí. Dalšími, velmi častými uživateli uvedených informací jsou rovněž odborní pracovníci, kteří s těmito lidmi pracují. Proto byla předkládaná diplomová práce zaměřena právě na tyto osoby a na jejich postoje ke zkoumané metodě a také na úroveň informovanosti o metodě TheraSuit.

Diplomová práce byla rozdělena do čtyř hlavních kapitol, kdy jsme v prvních dvou kapitolách uvedli vysvětlení pojmů tělesné a kombinované postižení a podrobněji jsme se rovněž věnovali mozkové obrně vzhledem k faktu, že mozková obrna je jednou z nejčastějších diagnóz vedoucích k využití terapie a obleku TheraSuit a Klim-Therapy.

Třetí kapitola zahrnovala poznatky o pohybové terapii TheraSuit a obleku TheraSuit, který je její nedílnou součástí. Podařilo se nám naplnit cíl práce a získat poměrně velké množství informací o využití této metody nejen v zahraničí, ale také ve dvou zařízeních v České republice, jenž tuto metodu poskytují svým klientům. Jednalo se jednak o informace z historie vzniku metody, o jejích zakladatelích a také podrobné

informace o využití metody v zařízeních v České republice, její indikace, ale rovněž kontraindikace a omezení v jejím použití.

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo zmapovat úroveň informovanosti dospělých klientů vybraných zařízení, zákonných zástupců klientů a také odborných pracovníků, kteří s těmito lidmi pracují o metodách TheraSuit a Klim-Therapy. Bylo zjištěno, že tato úroveň je velmi vysoká. Ukázaly se i vstřícné postoje účastníků průzkumu k novým stimulačním metodám a rovněž k metodám TheraSuit a Klim-Therapy. Všechny stanovené cíle práce tím považujeme za splněné.

Práce bude přínosná pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením a jejich zákonné zástupce, kteří jejím prostřednictvím získají ucelený přehled o nejčastěji používaných stimulačních metodách a terapiích a rovněž o metodách méně známých, jako jsou metody TheraSuit a Klim-Therapy, jenž se pomalu rozšiřují i v České republice.

Především pro odborné pracovníky se může tato práce stát základem pro rozšíření teoretických znalostí o nových stimulačních metodách a také podnětem pro další výzkumnou činnost v oblasti účinnosti metody TheraSuit u klientů s tělesným a kombinovaným postižením.

## Seznam literatury:

1. BENDO VÁ, P. Problematika kombinovaných vad z pohledu somatopedie In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
2. BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
3. GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha : Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1
4. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 4. rozšíř. Bratislava : Univerzita Komenského, 2008. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8
5. HÁJKOVÁ, V (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha : Somatopedická společnost, 2009. 160 s. ISBN 978-80-904464-0-3.
6. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
7. JANKOVSKÝ, J. a kol. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
8. KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. Praha : Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
9. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
10. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
11. KUDLÁČEK, M. *Svět dětské mozkové obrny : nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha : Portál, 2012. 192 s. ISBN 978-80-262-0178-6.
12. LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Vyd. 2. Praha : Avicenum, 1985. 236 s. ISBN 08-088-85.
13. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
14. NOVÁKOVÁ, M. *Porovnání terapeutických konceptů a jejich výsledků u osob s tělesným postižením*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2013. 116 s. Diplomová práce.
15. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita : diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha : Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

16. NOVOSAD L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1
17. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Vyd. 2. rozšíř. a přeprac. Brno : Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
18. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
19. RENOTIÉROVÁ, M. Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Vyd. 4. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 209 – 240. ISBN 80-244-1475-9.
20. ROSENBAUM, P., ROSENBLOOM, L. *Cerebral Palsy: From Diagnosis to Adult Life*. London : Mac Keith Press, 2012. ISBN 978-1-908316-50-9.
21. SEKÁČOVÁ, G. Možnosti vzdělávání žáků ZŠ speciální v oblasti podpory pohybového vývoje. In HÁJKOVÁ, V. a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha : Somatopedická společnost, 2009, s. 38 – 43. ISBN 978-80-904464-0-3.
22. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
23. SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. Praha : Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
24. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
25. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
26. VÍTKOVÁ, M. Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a s více vadami. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
27. VÍTKOVÁ, M. Využití konceptu bazální stimulace při vzdělávání žáků s těžkým a souběžným postižením více vadami. In HÁJKOVÁ, V. a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha : Somatopedická společnost, 2009, s. 77 – 87. ISBN 978-80-904464-0-3.
28. VÍTKOVÁ, M. Somatopedie. Klasifikace pohybových vad. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. rozšíř. a přeprac. Brno : Paido, 2006. s. 167 – 179. ISBN 80-7315-120-0.

29. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Vyd. 2. rozšíř. a přeprac. Brno : Paido, 2006.  
ISBN 80-7315-134-0.
30. VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Včasná diagnóza a terapie*. Praha : Grada, Avicenum, 1993. 384 s. ISBN 80-85424-98-3.
31. VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip*. Praha : Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-2710-3.

## Elektronické zdroje:

1. *Alka* [online]. 2011 - 2014 © alkaops.cz. [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <http://www.alkaops.cz/co-je-alka-o-p-s/o-alka-o-p-s/>
2. *Bodyterapie.cz*, 2010-2012 . [online]. [cit. 2014-01-25]. Dostupné z: [www.bodyterapie.cz](http://www.bodyterapie.cz)
3. Koscielny, R. 2010. The Importance of Strengthening. *Rehab Management* [online]. © 2014 Allied Media [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.rehabpub.com/?s=The+Importance+of+Strengthening>
4. Mildren, A. *The Effect of Intensive Suit Therapy Compared to traditional Physical Therapy on Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy* [online]. Pacific University. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=ptcats>
5. *Re-habilis* [online]. Fyzioterapeutické metody. [cit. 2014-05-24]. Dostupné z: <http://re-habilis.cz/fyzioterapeuticke-metody>
6. *Sanatoria Klimkovice* [online]. © 2013 AQUAKLIM, S.R.O. [cit. 2014-03-11].  
Dostupné z: <http://www.sanatoria-klimkovice.cz/>
7. *TheraSuit Metod* [online]. © 2002-2014 TherasuitLLC. [cit.2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.suittherapy.com/ABOUT%20US.htm>
8. *University Health Systém* [online]. TheraSuit metod. ©2014 University Health System [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.universityhealthsystem.com/outpatient-rehabilitation-services/therasuit-method>
9. ÚZIS ČR. Upravená verze MKN-10 [online]. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. © ÚZIS ČR 2010-2014. [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10\\_aktualizace.pdf](http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf)

10. Zdravnet [online]. © Zdravnet.cz [cit. 2014-03-31]. Dostupné z:  
[http://www.zdravnet.cz/zdravotni\\_pece/lazne\\_a\\_ozdravovny/lazne/jodobromova\\_koupele/info.html](http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/lazne_a_ozdravovny/lazne/jodobromova_koupele/info.html)

## **Zákony a vyhlášky:**

1. *Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. [online]. Portál veřejné správy. 2014 © Ministerstvo vnitra. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z:  
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&fulltext=o~20nel~C3~A9ka~C5~99sk~C3~BDch~20zdravotnick~C3~BDch~20povol~C3~A1n~C3~ADch&nr=96~2F2004&part=&name=&rpp=15#local-content>
2. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. Portál veřejné správy. 2014 © Ministerstvo vnitra. [cit. 2013-11-07]. Dostupné z:  
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=108~2F2006&part=&name=&rpp=15#seznam>

## **Seznam grafů:**

- Graf č. 1 k otázce č. 1 (zákonní zástupci)  
Graf č. 2 k otázce č. 1 (odborní pracovníci)  
Graf č. 3 k otázce č. 2 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 4 k otázce č. 2 (odborní pracovníci)  
Graf č. 5 k otázce č. 3 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 6 k otázce č. 3 (odborní pracovníci)  
Graf č. 7 k otázce č. 4 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 8 k otázce č. 4 (odborní pracovníci)  
Graf č. 9 k otázce č. 5 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 10 k otázce č. 5 (odborní pracovníci)  
Graf č. 11 k otázce č. 6 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 12 k otázce č. 6 (odborní pracovníci)  
Graf č. 13 k otázce č. 7  
Graf č. 14 k otázce č. 7  
Graf č. 15 k otázce č. 8 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 16 k otázce č. 8 (odborní pracovníci)  
Graf č. 17 k otázce č. 8

Graf č. 18 k otázce č. 9  
Graf č. 19 k otázce č. 10 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 20 k otázce č. 10 (odborní pracovníci)  
Graf č. 21 k otázce č. 11 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 22 k otázce č. 11 (odborní pracovníci)  
Graf č. 23 k otázce č. 12 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 24 k otázce č. 12 (odborní pracovníci)  
Graf č. 25 k otázce č. 13 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 26 k otázce č. 13 (odborní pracovníci)  
Graf č. 27 k otázce č. 14 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 28 k otázce č. 14 (odborní pracovníci)  
Graf č. 29 k otázce č. 15 (zákonní zástupci)  
Graf č. 30 k otázce č. 15 (odborní pracovníci)  
Graf č. 31 k otázce č. 16 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 32 k otázce č. 16 (odborní pracovníci)  
Graf č. 33 k otázce č. 17 (zákonní zástupci, klienti)  
Graf č. 34 k otázce č. 17 (zákonní zástupci)  
Graf č. 35 k otázce č. 17 (odborní pracovníci)  
Graf č. 36 k otázce č. 17  
Graf č. 37 k otázce č. 19  
Graf č. 38 k otázce č. 20

### **Seznam tabulek:**

Tab. č. 1 k výzkumné otázce č. 1  
Tab. č. 2 k výzkumné otázce č. 2  
Tab. č. 3 k výzkumné otázce č. 3  
Tab. č. 4 k výzkumné otázce č. 4  
Tab. č. 5 k výzkumné otázce č. 5  
Tab. č. 6 k výzkumné otázce č. 6

### **Seznam příloh:**

Příloha č. 1 Oblek TheraSuit  
Příloha č. 2 Příslušenství TheraSuit  
Příloha č. 3 Dotazník