

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ucelená rehabilitace žáků s tělesným a kombinovaným postižením jako  
základ jejich úspěšného zahájení školní docházky

A comprehensive rehabilitation of pupils with disabilities as a basis for a  
successful schooling

Vít Doležal

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2018

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Ucelená rehabilitace žáků s tělesným a kombinovaným postižením jako základ jejich úspěšného zahájení školní docházky vypracoval pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

České Budějovice, 17. 4. 2018

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné připomínky a podněty. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří byli ochotni podělit se o své zkušenosti a věnovali svůj čas pro rozhovor nebo vyplnění dotazníku.

## **ABSTRAKT**

Práce je zaměřena na problematiku ucelené rehabilitace u žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením na počátku školní docházky. Teoretická část práce je členěna do tří okruhů. První okruh se věnuje problematice dítěte s tělesným a kombinovaným postižením. Druhý okruh podchycuje vzdělávání a specifika žáků s tělesným a kombinovaným postižením. Třetí okruh je věnován pojetí ucelené rehabilitace. Zohledňuje zastoupení složek ucelené rehabilitace pro mladší školní věk. Výzkumná část diplomové práce řeší otázku, zda je ucelená rehabilitace na počátku školní docházky pomocí nebo zátěží. Údaje byly získány dotazníkem a strukturovaným rozhovorem. Dotazováni byli rodiče dětí s tělesným a kombinovaným postižením v Jihočeském kraji. Byly vytvořeny dva soubory. Jeden sestával z rodičů dětí z běžné ZŠ, druhý tvořili rodiče dětí ze ZŠ ve speciálním zařízení. Výsledkem šetření bylo zjištění, že všichni rodiče považují rehabilitaci za nezbytnou. Rehabilitace jejich dítěte je již stálou součástí jejich rodinného života. Rozdíly jsou v podmínkách pro rehabilitaci. Děti v běžné ZŠ absolvují zpravidla méně terapií. Zařizování a ucelenost celého procesu stojí na rodičích. Tyto děti navštěvují školu v místě, kde žijí. Rodiče dětí ve speciální ZŠ mají podporu ve všech oblastech ucelené rehabilitace a jednoznačně ji vnímají jako pomoc. Školní prostředí, které jejich dítě navštěvuje, není běžné, je velmi chráněné.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** ucelená rehabilitace, dítě s tělesným postižením, vzdělávání žáků s tělesným postižením, pedagogické prostředky rehabilitace

**ABSTRACT:**

The thesis is focused on the issue of comprehensive rehabilitation of pupils with physical or multiple disabilities upon entering school. The theoretical part of the thesis is divided into three sections. The first section is devoted to the situation of a child with physical and multiple disabilities. The second section covers education and specifics of students with physical and multiple disabilities. The third section is devoted to the concept of comprehensive rehabilitation. I takes into consideration the components of comprehensive rehabilitation for younger school age children. The research part of the thesis addresses the question of whether comprehensive rehabilitation in early schooling is a help or a burden. Data was obtained by questionnaire and structured interview. The interviewed were parents of children with physical and multiple disabilities in the South bohemian region. There were two files made. One consisted of parents of children from a regular Elementary school, the second consisted of parents of children who attend a special Elementary school. The results of the investigation indicated that all parents consider rehabilitation to be necessary. The rehabilitation of their child is already a permanent part of their family life. The differences are in the conditions for rehabilitation. Children in regular Elementary schools usually receive less therapies. The arrangement and coherence of the whole process falls on the parents. These children attend school in the place where they live. Parents of the children in special Elementary schools have support in all areas of comprehensive rehabilitation and clearly perceive it as help. The school environment that their child attends is not typical; it is very protected.

**KEYWORDS:** a comprehensive rehabilitation, a child with physical disabilities, education of students with disabilities, pedagogical means of rehabilitation

# Obsah

Úvod.....	8
1 Tělesné postižení.....	10
1.1 Dítě s tělesným postižením.....	11
1.2 Druhy onemocnění .....	14
1.2.1 Mozková obrna .....	14
1.2.2 Přidružené potíže k MO .....	15
1.3 Dítě s kombinovaným postižením .....	16
1.3.1 Zrakové postižení.....	17
1.3.2 Sluchové postižení .....	19
1.3.3 Narušená komunikační schopnost.....	20
1.3.4 Poruchy autistického spektra .....	20
1.4 Příčiny tělesného a kombinovaného postižení u dětí.....	21
1.5 Vývoj rehabilitace a přístupů k osobám se zdravotním postižením .....	22
2 Vzdělávání a výchova žáků s tělesným a kombinovaným postižením .....	24
2.1 Podpůrná opatření.....	26
2.1.1 Prodloužení základního vzdělávání .....	27
2.2 Asistent pedagoga.....	28
2.3 Osobní asistent.....	29
2.4 Předškolní vzdělávání.....	30
2.5 Školní zralost u dětí s tělesným postižením.....	31
2.5.1 Odklad školní docházky.....	31
2.6 Dílčí oslabení výkonu .....	33
3 Ucelená rehabilitace a její základní rozdělení.....	34
3.1 Prostředky léčebné rehabilitace .....	35
3.1.1 Fyzioterapie.....	36
3.1.2 Ergoterapie .....	39
3.1.3 Animoterapie.....	41
3.1.4 Expresivní terapie .....	44
3.1.5 Individuální terapeutický plán .....	46
3.2 Pedagogické prostředky rehabilitace .....	46
3.2.1 Logopedická péče .....	47

3.3 Sociální prostředky rehabilitace .....	48
4. Ucelená rehabilitace žáků s tělesným a kombinovaným postižením jako základ jejich úspěšného zahájení školní docházky .....	50
4.1 Formulace výzkumného problému.....	50
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a metodika .....	51
5. Interpretace výzkumného šetření .....	53
5.1 Shrnutí výsledků výzkumného šetření .....	63
6. Závěr .....	66
Použité zdroje: .....	69
Internetové zdroje: .....	72
Seznam příloh .....	75

# Úvod

Začátek školní docházky je považován za důležité a zároveň náročné období v životě dítěte i celé jeho rodiny. U dítěte s tělesným nebo kombinovaným postižením to platí jistě dvojnásob. Ať již kvůli prokazatelně vyšší míře unavitelnosti dítěte, nebo kvůli náročnějšímu dennímu režimu, do kterého se musí vměstnat různé terapie. I když dnes není pohlíženo na dítě s tělesným nebo kombinovaným postižením jako na nemocné, neobejdou se tyto děti bez speciální lékařské péče a pravidelné rehabilitace. Zachování stávajících tělesných funkcí nebo jejich zlepšení, a to zejména v oblasti motoriky, je u těchto dětí důležitým předpokladem pro další zdárný vývoj ve všech oblastech, tedy i ve vzdělávání. Pro děti s tělesným a kombinovaným postižením a jejich rodiče je velmi účinným a komplexním prostředkem na této cestě systém ucelené rehabilitace. V diplomové práci se proto zaměřím na tento systém, a především na důležitost jeho praktikování u žáků s tělesným a kombinovaným postižením. Chtěl bych zjistit, jakou roli má ucelená rehabilitace zejména na počátku jejich školní docházky. Je zřejmé, že děti s tělesným či kombinovaným postižením měly rehabilitaci ať ve více či méně komplexní podobě již před zahájením školní docházky, v mateřské škole, většinou již od raného věku, od stanovení diagnózy. Rehabilitace je dlouhodobá, často i celoživotní záležitost. Obvykle ovlivní denní režim rodiny a je nutné pro ni vymezit nemalý časový prostor. Nástupem dítěte do první třídy přibudou i školní povinnosti. Je třeba proto vytvořit takové podmínky, které by dítěti s tělesným nebo kombinovaným postižením zahájení školní docházky usnadnily. Aby byly pro dítě zvládnutelné všechny úkoly, které před ně staví škola i vlastní zdravotní stav. A aby v tomto úsilí zažívalo úspěchy.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, jak bylo namáhavé (pro mě i moji matku) doučovat se doma a dopisovat sešity právě v první třídě, když jsem měl čtyři týdny absenci kvůli zápalu plic. Nyní vidím podobné situace v roli rodiče. Můj syn byl v první třídě nemocný našťastí jen dvakrát, a to krátce, ale k učení jsme museli zasednout v podstatě každý den, protože jinak by se učiva nakupilo neúměrně mnoho.

V případě dětí s tělesným a kombinovaným postižením lze navíc předpokládat zvýšenou unavitelnost či delší dobu potřebnou k zvládnutí učiva. Pro rodiče těchto dětí je důležité oboje- aby děti zvládaly školu, a zároveň aby na tom byly po zdravotní stránce co nejlépe. Svoji diplomovou práci chci proto zjistit, jak se podílí systém ucelené



rehabilitace na zvládnutí období zahájení školní docházky a zvládnutí první třídy v životě žáka s tělesným a kombinovaným postižením i v životě jeho rodiny. Pro výzkum budou osloveni rodiče žáků s tělesným a kombinovaným postižením navštěvující běžné základní školy. Bude mj. zkoumáno, zda vnímají systém ucelené rehabilitace jako pomoc a podporu či spíše jako zátěž. Pro srovnání budou dotazováni rodiče žáků ZŠ českobudějovického Centra Arpida. Toto soukromé zařízení není výjimečné pouze praktikováním všech složek ucelené rehabilitace, ale zejména tím, že rehabilitace probíhá pod jednou střechou. Díky individuálnímu přístupu mohou být dětem naplánovány terapie v dopoledních hodinách. Přínos takové péče by mohl být patrný právě z pohledu rodičů.

# 1 Tělesné postižení

Obecné vymezení tohoto pojmu je ustáleno a autoři věnující se této problematice (např. Fischer, Škoda, Svoboda a Zilcher (2014), rovněž Kroupová a kol. (2016) vycházejí při definování tělesného postižení z práce Grubra a Lendla (1992). Zpravidla bývá za tělesné postižení považováno (trvalé) narušení pohybových schopností ovlivňující výkony v oblasti kognitivní, emocionální a sociální. Fischer a kol. (2014) považují za základní symptomy tělesného postižení porušení motoriky či omezení hybnosti v rovině kvalitativní i kvantitativní. Jak ale upozorňuje např. Vítková (2004), ne každé tělesné poškození musí vždy nutně znamenat postižení člověka.

Podle Čadové (2012) můžeme tělesné postižení vnímat jako pohybový defekt ve smyslu omezení funkce tj. něco oproti normě nefunguje, nebo jako tělesnou deformaci, kdy je postižení estetického rázu. Většinou se týká především fyzického vzhledu a nemusí být vždy ostatními pozitivně přijímáno. Sociální dimenze tělesného postižení je podle Bartoňové a Vítkové (2007) závislá na postojích a jednání společnosti, k níž člověk s tělesným postižením patří.

Je důležité mít na paměti, že tělesné postižení zasahuje celou osobnost člověka. Také podle Valenty (2014) jsou motorika, vnímání, kognice a emoce od sebe neoddelitelné a vzájemně propojené. Člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození, je pak označován jako osoba s tělesným postižením.

Opatřilová a Zámečnicková (2014) z hlediska psychologického rozlišují dva základní aspekty tělesného postižení. Vrozené a získané. Vrozené postižení subjektivně není tak traumatizující jako postižení získané. Při získaném postižení dotyčný jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a novou situaci považuje jednoznačně za horší. Podle míry pohyblivosti jedince rozlišujeme pohybové postižení lehké, středně těžké a těžké. Je-li člověk schopen samostatného pohybu, hovoříme o lehkém pohybovém postižení. Středně těžké postižení označuje stav, kdy je pohyb proveditelný s pomocí ortopedických pomůcek. Není-li člověk schopen provést samostatný pohyb, pak se takové postižení označuje jako těžké.

Jak uvádí Čadová (2012), má pro člověka postižení hybnosti různých tělesných partií rozdílné důsledky. Např. postižení hybnosti dolních končetin omezuje člověka zejména v možnosti samostatného pohybu a také v možnostech získávání zkušeností a poznatků. Hybnost horních končetin je zásadní především pro sebeobsluhu. Hybnost mluvidel a mimiky je naprosto klíčová pro rozvoj a užívání komunikačních prostředků v rovině verbální i neverbální.

Výchovou, vzděláním a přípravou pro pracovní a společenské začlenění jedinců s postižením hybnosti se zabývá somatopedie. Tento obor je součástí vědní oblasti speciální pedagogiky. Předmětem somatopedie je podle Opatřilové (2012) výchova a vzdělávání tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených dětí, mládeže a dospělých. Má směřovat k jejich socializaci nebo resocializaci, k celkové přípravě na život ve změněných, zpravidla ztížených podmínkách.

## 1.1 Dítě s tělesným postižením

Za tělesné postižení se považuje v obecné rovině takové postižení, které se projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických funkcích člověka (dítěte). Velmi často se jedná o poruchy nervového systému, které se projeví poruchou hybnosti. Může se jednat také o různé poruchy pohybového a nosného aparátu. Tyto skutečnosti se podle Jankovského (2006) mohou následně negativně projevit také na vývoji osobnosti dítěte s postižením. Bývá narušen jeho psychomotorický vývoj, což se může projevit i na jiné úrovni, než jen v oblasti motorické. Mohou nastat problémy také v psychické a sociální sféře např. v kognitivních psychických procesech, v emocionálních a sociálních projevech, ale také ve výkonu.

Jak uvádí Požár (2016) změny ve vývoji rozumových schopností a v osobnosti daného člověka (dítěte) mohou být závažnější, čím dříve k tělesnému postižení došlo. S vrozeným postižením se dítě naštěstí lépe vyrovnává, přijímá je jako samozřejmost. Frustrující může být naopak situace, když dojde k tělesnému postižení později, zejména v období puberty.

Nepříznivý vliv změn celkové reaktivity nervového systému při výchově a vzdělávání popisuje Opatřilová (2011). U části jedinců je aktivace zvýšená (hyperaktivita), což se projevuje neklidem, žák nevydrží dlouho u jedné činnosti, svůj neklid není schopen ovládat. Naopak u jedinců se sníženou aktivitou (hypoaktivita) dochází k pomalejšímu vývoji, protože dítě spontánně získává méně zkušeností. K projevům změněné dráždivosti nervového systému patří také ulpívání pozornosti, změněná podnětová schopnost, paměťová schopnost a omezená flexibilita jednání, poruchy regulace v psychické činnosti. Změny se mohou projevovat i v prostorovém vnímání, protože to se rozvíjí na základě aktivních pohybů vlastního těla, zkušenostmi s prostorem. Projevy těchto změn se mohou manifestovat např. v nedostatečné orientaci ve fyzickém prostředí nebo při denních aktivitách např. v oblékání. S nástupem dítěte do školy mohou nastat potíže v chápání vztahů při porovnávání, při vytváření početních operací, sestavování rovnic, v chápání významu předložek a předpon, v počátečním nácviku čtení, ale také v orientaci na stránce, v mapách apod.

Tělesné postižení má vliv na celou osobnost jedince. Z psychologického hlediska nejvíce působí podle Bartoňové a Vítkové (2007) omezená hybnost a tělesná odlišnost. Sociální dimenze tělesného postižení je závislá na postojích a jednání společnosti, k níž jedinec se somatickým postižením patří. Tělesné postižení omezuje ve větší či menší míře pohyb, v nejtěžších případech vede až k celkové nehybnosti. K potížím, které z toho pramení např. v sebeobsluze, v komunikaci a společnosti nebo v pohybových možnostech, je třeba zaujmout respektující přístup.

*„Dítě se rozvíjí při pohybu a pohybem. Dobrá fyzická kondice je přínosem pro všechny, včetně osob/děti s tělesným postižením. Dítě s pohybovým postižením tráví hodně času při rehabilitaci, cíleném cvičení, věnuje se nácviku sebeobsluhy, věnuje hodně úsilí ke zvládnutí běžných denních činností. I proto je důležité nabídnout těmto dětem prostor k zábavě, spontánní aktivitě.“* (Opatřilová, Zámečnicková, 2014, s. 154)

Pohybové postižení ovlivňuje podle Požára (2016) v podstatě rozvoj všech funkcí, které jsou na takových kompetencích závislé. Pohyb je možno skutečně považovat za základní nástroj, který zabezpečuje dítěti přísun podnětů, informací a poznatků, příležitost k sebereprezentaci, navazování sociálních vztahů, podporu zdraví a upevnění kondice, předpoklady pro sebeobsluhu a soběstačnost, zábavu či prožitky. Opatřilová a Zámečnicková (2014) potvrzují, že pohyb působí přímo na socializaci dítěte. Ovlivňuje

jeho samostatnost, vývoj osobnosti, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, sdružovat se a komunikovat, učit se a hrát si.

Toto potvrzují svým výzkumem i Vágnerová, Strnadová a Krejčová, když zkoumaly zátěž vyplývající z MO dětí v předškolním a školním věku: „*Ukázalo se, že čím bylo dítě starší, v předškolním a ještě více v školním věku, tím bylo pro matku více stresující srovnávat je s jeho zdravými vrstevníky. Dokud je dítě malé, nebývá jeho postižení tak nápadné, ale postupně je čím dál víc zřejmé, že není v pořádku.*“ (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 87)

Pro matky těchto dětí nebývá zatěžující jenom pohybový handicap, který omezuje mobilitu i soběstačnost jejich dětí. Velmi často jim vadí i to, že „*jejich dětmi všechno dlouho trvá, a tudíž musí stále počítat s větší časovou rezervou.*“ To platí pro jakékoli cesty mimo domov, vždy musí být naplánovány předem. Jak Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) upozorňují, přináší další drobné potíže fakt, že je pro dítě obtížné manipulovat s různými předměty, že si nedokáže samo hrát a vykonávat běžné činnosti. Matka je tak nucena neustále ho kontrolovat a se vším mu pomáhat. To může vést k praktikování a zafixování direktivnějšího či manipulativního postoje.

Novosad (2000) uvádí specifika, která se mohou vyskytovat u osob (dětí) s tělesným postižením: Jedná se o aspekty somatické, psychické a sociální: omezení, ztížení nebo ztráta lokomoce; atypické pohybové stereotypy a problematická koordinace pohybů; markantní narušení jemné motoriky; zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních a na externí fyzické pomoci; nutnost dlouhodobého respektování určité životosprávy nebo specifických zdravotních opatření; citová a podnětová deprivace (zřejmá nebo latentní); výkonová deprivace; obtíže při zvládnutí procesu osamostatňování; poruchy sebepojetí; emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebezpožívání; komunikační bariéry; problematické utváření sociálních vztahů; nezkušenost v partnerských vztazích; často nedostatečná motivace; zkreslené či neadekvátní hodnocení jedince okolím.

## 1.2 Druhy onemocnění

Při vzdělávání tělesně postižených, jak uvádí Fischer a kol. (2014), se nejčastěji setkáváme s centrálními obrnami (poškození mozku, např. mozková obrna), dále pak s míšními (úrazy páteře) a periferními obrnami (poruchy periferních nervů), myopatiemi (degenerace svalových vláken) a vrozenými malformacemi (např. vrozený rozštěp páteře, chybění či deformace končetin).

Další onemocnění, jejichž důsledkem je tělesné postižení, jsou podle Zikla (2012) zejména malformace, myopatie, úrazy mozku a páteře, cévní onemocnění mozku a míchy, infekční onemocnění CNS, degenerativní onemocnění nervového systému, postižení periferních nervů.

### 1.2.1 Mozková obrna

Úvodem této kapitoly je nutno upozornit na zjevný rozdíl v používané terminologii týkající se mozkové obrny. Podle MKN-10 je v současné době platným termínem „mozková obrna“, kdežto v literatuře (tedy i v citacích) i ve zdravotní dokumentaci se dosud setkáváme s termínem „dětská mozková obrna“. Toto pojmenování pramenilo z toho, že označovalo především dobu, kdy k obrně došlo (na rozdíl od obrn vzniklých v pozdějším věku se známou příčinou). Aby se nově vyjádřilo to, co bylo patrné z dřívějšího označení, je možné se setkat se slovním spojením „děti s MO“.

Jak uvádějí např. Marešová, Joudová, Severa (2011), patří mozková obrna u dětí mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Jedná se o závažné poškození mozku, projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti. K poškození nezralého mozku dochází v pre-, peri- nebo postnatálním období v důsledku anoxie či hypoxie aferentních partií mozku. Toto poškození se může projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým handicapem.

Podle typu hybného postižení se rozlišují různé formy mozkové obrny. Jak uvádí např. Fischer a kol (2014), dělí se na spastické a nespastické. Ke spastickým se řadí forma

diparetická, hemiparetická a kvadruparetická. Mezi nespastické náleží forma hypotonická a extrapyramidová. Rozhodující je stupeň postižení.

Švestková a Pfeiffer (2017) zdůrazňují důležitost časně diagnostiky mozkové obrny, aby případná pohybová léčba mohla začít co nejdříve. Prvními příznaky mohou být nesrovnalosti v pohybové aktivitě dítěte – opožděný nebo nesymetrický pohybový vývoj. Marešová, Joudová a Severa (2011) považují pro nápravu za zcela zásadní dobu od narození do 5-6 měsíců věku. Během této doby lze totiž významně využít vysoké plasticity CNS u novorozenců a kojenců. Včasným zahájením fyzioterapie reflexní lokomocí podle Vojty mozková obrna u dětí s ohrožením nakonec nevznikne. U dětí, které již mají příznaky, tyto při pravidelné terapii dokonce vymizí.

*„Rozvoj motorických dovedností u dětí s mozkovou obrnou je mnohdy nejen opožděn, ale má často své limity. Pro osoby pečující, pedagogy či asistenty je nezbytné znát pohybový vývoj dítěte a jeho specifika a s tím spojené odlišnosti v přístupech k dítěti.“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2014, s. 29)*

### 1.2.2 Přidružené potíže k MO

Mozková obrna u dětí přináší v závislosti na formě vedle poruch hybnosti často i další přidružená postižení. Hovoříme potom o tzv. kombinovaném postižení. Nejčastějším přidruženým postižením je mentální retardace. Ta významně zhoršuje možnost socializace dotyčného dítěte do společnosti, omezuje možnosti jeho edukace. Podle Fischera (2014) znesnadňují socializaci dítěte s MO často také poruchy řeči. Mozková centra ovládající řeč a porozumění řeči leží v blízkosti primárního motorického kortexu a oblastí senzorycké mozkové kůry, které bývají nejvíce postiženy zejména u kvadruparetické formy DMO. U dyskinetické formy DMO jsou poruchy řeči způsobené narušenou svalovou koordinací. Velmi důležitá je proto včasná logopedická péče, případně nácvik metod alternativní komunikace.

V souvislosti s MO dětí je nutné zmínit se o epilepsii. Generalizované záchvaty, jak uvádí Jakobová (2011), svědčí pro postižení obou hemisfér mozku a dítě při nich upadá do stavu bezvědomí. Lehčí formy epilepsie vznikají v ohraničené části mozku. Záchvaty mohou být různě dlouhé a projevují se v oblasti motorické, senzitivní a

vegetativní. Epileptické záchvaty se objevují nejčastěji u těžkých forem MO, jako jsou kvadruparetická a hypotonická, v menší míře pak u hemiparetické a diparetické. Po záchvatu bývá dítě unavené a vyčerpané.

Podle Vítkové (2014) bývá často přímo postiženo zrakové a sluchové vnímání, v lehčích případech se jedná o obtíže v oblasti zrakové a sluchové diferenciaci, analýzy a syntézy. Rozvoj vnímání a představ je předpokladem pro příznivý rozvoj myšlení. Děti s MO mívají potíže v rozlišování tvarů předmětů i některých dalších vlastností, např. barvy, množství, velikosti. Bývá pro ně náročné, mají-li předměty srovnávat, řadit, třídít, vytvářet soubory podle určitého pravidla, chápat množství nebo počet prvků. Mluvní projev bývá narušen dysartrií. Citové prožívání u dětí s MO je infantilní a citové reakce nemívají vždy adekvátní odezvu. Děti často nejsou schopny své reakce kontrolovat. Citový prožitek může u dětí způsobit ztuhnutí svalů nebo zvýšení mimovolných pohybů.

### 1.3 Dítě s kombinovaným postižením

Když je současně narušeno několik systémů, hovoříme o kombinovaném postižení nebo také o vícečetném postižení. Podle Jankovského (2006) se jedná se komplikovanou situací. Je nezbytné vycházet z vlastní kombinace postižení u daného dítěte a dále z toho, které z těchto postižení nejvíce dítě znevýhodňuje. Na těchto podkladech pak se utváří rehabilitace, sociální péče a samozřejmě také edukace. Pro vzdělávání je klíčová mentální úroveň daného žáka. „*Žák by měl být vždy vzděláván podle programu, který odpovídá druhu a stupni jeho postižení (respektující jeho reálné možnosti)*.“ (Jankovský, 2006, s. 55)

„*Současný pohled na člověka (dítě) s postižením nehodnotí jeho vady a omezení, naopak se zaměřuje na pozitivní a zachované schopnosti a možnosti.*“ (Slowík, 2016, s. 153) Zde Slowík ukazuje, že z tohoto hlediska lze najít výchozí bod u každého jedince, a to i v případě kombinací několika druhů znevýhodnění. Jedná se hlavně o to, jak co nejlépe využít potenciál takového člověka nejenom k jeho osobnímu rozvoji, ale i ke zvýšení jeho participace ve společnosti. Tím pádem není vůbec podstatné jaká vada, porucha nebo jejich kombinace člověka znevýhodňuje. Podstatnými se stávají cesty,



metody a prostředky využitelné pro jeho sociální integraci, respektive inkluzivní začlenění do společnosti a místní komunity.

Podle Ludíkové (in Slowík, 2016) se můžeme často setkat s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka. Jde o natolik různorodou skupinu znevýhodnění, že prakticky není možné vytvořit jednotný klasifikační systém. Slowík (2016) uvádí tyto vyskytující se kombinace postižení. Jedná se často o kombinaci tělesného s mentálním postižením, případně smyslovými vadami, narušenou komunikační schopností (zapříčiněnou symptomatickými vadami řeči). Dále to mohu být poruchy autistického spektra, hluchoslepota nebo kombinace s poruchami chování. Není smyslem této práce poskytnout kompletní přehled přidružených postižení, budou uvedeny jen nejčastější druhy.

K jakému jevu může v ZŠ dojít u dětí s kombinovaným postižením, kdy je jednou složkou jeho postižení právě postižení mentální (zde Downův syndrom), ukazuje výzkum Vágnerové, Strnadové, Krejčové: *„Jakmile začne být učivo obtížnější, dítě je nemůže zvládnout a postupně za svými spolužáky čím dál víc zaostává....Ani vztah s ostatními dětmi už není takový, jako na začátku, protože starší školáci mají jiné zájmy a s mentálně postiženým vrstevníkem, jehož uvažování je na úrovni mnohem mladších dětí, si nerozumí. Ve speciální třídě se dítě cítí lépe a leckdy začne mít větší zájem o učivo, jehož skladba je přiměřenější jeho schopnostem.“* (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 97)

### 1.3.1 Zrakové postižení

*„Za osobu (žáka) se zrakovým postižením považujeme takového jedince, který i po optimální korekci má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou.“* (Vitásková, Ludíková, Suralová in Slowík, 2016) Problémy mohou nastat při běžných denních činnostech, jako jsou například zraková orientace v prostoru nebo čtení černotisku.

Podle Novákové (in Pipeková, 2010) se rozlišuje z etiologického hlediska, zda porucha zasahuje zrakový orgán nebo jeho části - porucha orgánová nebo oslabuje výkon zrakového orgánu - porucha funkční. Mezi poruchy zrakových funkcí patří např. poruchy

zrakové ostrosti, poruchy barvocitu, okulomotorické poruchy, postižení zorného pole, obtíže se zpracováním zrakových vjemů, porucha citlivosti na kontrast a další.

Jak uvádějí Šimko a Šimko (2016), při umístění dětí do běžných škol hraje důležitou roli stupeň zrakového postižení, podle něhož řadíme děti se zrakovým postižením do čtyř kategorií:

- *slabozraké děti* (snížená schopnost vizuálního vnímání; zkreslené představy, snížení rychlosti a přesnosti zrakového vnímání, rychlá zraková únava, narušení prostorové orientace),
- *děti se zbytky zraku* (nejtěžší stupeň slabozrakosti; výrazné omezení možností zrakové práce),
- *nevidomé děti* (nejtěžší zraková porucha; neschopnost vnímat okolní svět zrakem, velké problémy při samostatném pohybu v prostoru),
- *tupozraké a šilhavé děti* (poruchy binokulárního vidění; poruchy: zrakové ostrosti, vnímání prostoru, čtení a psaní, zrakových představ, vizuálně motorické koordinace, zúžení zorného pole).

Klasifikační systémy zrakového postižení, jak uvádí Slowík (2016), vychází z různých kritérií, je třeba je kombinovat. Např. WHO rozlišuje kategorií pět – ve spojení s mírou zachovaných zrakových schopností při nejlepší možné korekci: 1. střední slabozrakost, 2. silnou slabozrakost, 3. těžce slabý zrak, 4. praktickou nevidomost, 5. úplnou nevidomost. [cit. 2018-03-23, on-line]

Žáci se zrakovým postižením mají nárok na vzdělávání podle IVP a na asistenta pedagoga. Základním nástrojem úspěšného vzdělávání žáků se zrakovým postižením jsou různé formy kompenzace. Jak uvádí Šimko (2016), je třeba zabezpečit technicko-materiální potřeby a pomůcky, potřebné jsou i specifické úpravy organizace vyučování, které je nutné posuzovat individuálně podle doporučení poradenského zařízení. Dítě se zrakovým postižením má velmi omezené možnosti zrakového vnímání. Učitel musí volit takové metody a formy práce, aby nahradil nedostatečné, nepřesné zrakové vnímání, resp. absenci zrakových vjemů, a aby minimalizoval tento nedostatek.

### 1.3.2 Sluchové postižení

Sluchové vady a poruchy mohou např. podle Slowíka (2016) mít příčinu v organickém poškození nebo funkčním porušení kterékoliv části sluchového ústrojí. Může být zasaženo vnější ucho, střední ucho nebo vnitřní ucho (periferní části). Je-li postižen sluchový nerv, respektive mozková centra ve spánkovém laloku, jedná se o vady a poruchy centrální části sluchového ústrojí. Klasifikace sluchových postižení jsou členěny dle různých kritérií, kterými jsou zejména doba vzniku vady, intenzita sluchové ztráty a také typ konkrétní vady (poruchy) spojený zpravidla právě s poškozením určité části sluchového ústrojí.

Specifika žáků se sluchovým postižením vycházejí podle Schmidtové (in Lechta, 2016) z pohledu jednotlivých ztrát sluchu a využití komunikačních forem. Tyto souvisí s analyzováním potřeb jejich vzdělávání. U žáků, kteří měli od raného dětství výrazné omezení sluchových vjemů, dochází k deficitům ve vývoji myšlení a řeči. Je nutné se zaměřit na náhradní způsoby komunikace a intenzivně je rozvíjet. Žáky se sluchovým postižením je možno rozdělit do čtyř skupin:

- *nedoslýchaví žáci* (pomocí kompenzačních pomůcek dokážou – byť omezeně- vnímat mluvenou řeč sluchovou cestou),
- *neslyšící žáci* (sluchová funkce je těžce narušena, osvojení mluvené řeči je možné do určité úrovně),
- *ohluchlí žáci* (úplná nebo praktická hluchota nastala po ukončení procesu osvojování řeči, tedy postlingválně),
- *žáci s kochleárním implantátem* (ohluchlí žáci s kochleárním implantátem – v převážné míře získávají plnou řečovou komunikační kompetenci; a neslyšící žáci s kochleárním implantátem).

Jak uvádí Slowík (2016), terapie sluchových vad a poruch se řeší individuálně. Ne vždy je však možné kompenzovat sluchovou vadu dostatečně. Kromě léčebné rehabilitace tak nabývá mimořádné důležitosti i rehabilitace sociální.

### 1.3.3 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost se dle Slowíka (2016) netýká pouze mluvené řeči, zahrnuje také její grafickou formu a mimoverbální prostředky. Mluvená řeč zůstává nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem v sociálním prostředí naší společnosti. Náprava vad a poruch tak stojí v popředí logopedické péče (viz. kap. 3.2.1). Základním předpokladem pro bezproblémovou komunikaci mluvenou řečí je dobré sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostatečná inteligence.

Rozdělení vad a poruch řeči, které uvádí Slowík (2016):

- centrální vady a poruchy (vývojová dysfázie, afázie, breptavost, koktavost),
- neurotické vady a poruchy (mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus),
- vady mluvidel (huhňavost, palatolálie),
- poruchy artikulace (dyslálie, dysartrie),
- poruchy hlasu (chraptivost, mutace),
- symptomatické vady a poruchy (vady a poruchy řeči způsobené jiným primárním postižením).

### 1.3.4 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra patří do kategorie pervazivních (mentální vývoj dítěte je narušen do hloubky v několika oblastech) vývojových poruch, jedná se o nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Autismus je behaviorální syndrom, který zahrnuje různou míru narušení v oblasti sociální interakce, verbální i neverbální komunikace a představitosti (takzvaná diagnostická triáda). Projevy autismu jsou patrné již před 36. měsícem věku dítěte.

Přesná příčina autismu není doposud prokázána. Uvádí se, že autismus je nejvíce genově podmíněné psychiatrické onemocnění. Odborníci z celého světa se shodují v názoru, že poruchy autistického spektra jsou vrozené a jsou způsobeny narušeným vývojem centrální nervové soustavy, nicméně přesný mechanismus vzniku tohoto

narušení je stále neznámý. Autismus se často pojí s opožděním mentálního vývoje, epilepsií, úzkostnými poruchami, depresemi. Každý člověk s autismem vykazuje různé fyzické, emocionální, behaviorální a sociální potíže. Dá se říct, že nenajdeme dvě děti s autismem se zcela shodnými projevy. Situace je o to komplikovanější, že ještě před dvaceti lety patřil autismus mezi vzácnou poruchu, proto lékařská komunita věnovala autismu relativně málo pozornosti. [cit. 2017-10-14, on-line]

Poruchy autistického spektra můžeme přirovnat k ledovci. Okolí často vidí pouze špičku ledovce, což jsou u dítěte projevy v chování (vztek, křik, pláč, rituály...), to ostatní se skrývá nepoznáno hluboko pod hladinou. Nad hladinou jsou patrné obtíže v chování konkrétního dítěte, které pramení z deficitů způsobených poruchou autistického spektra (uvažování, pocity, problémy, úzkosti a podobně). Tyto deficity nám zůstávají skryté, ale mohou být příčinou problémového chování a my nikdy nevíme, kdy narazíme. [cit. 2018-01-13, on-line]

## 1.4 Příčiny tělesného a kombinovaného postižení u dětí

Včasná a kvalitní diagnostika je předpokladem efektivní léčby. Ovšem i přes moderní prostředky a pokročilé možnosti současné diagnostiky není vždy možné určit jasnou příčinu postižení. Mnoho postižení je podle Slowíka (2016) totiž způsobeno kombinací několika příčinných souvislostí. V těchto případech hovoříme o multifaktoriální etiologii. Všechny faktory podílející se prokazatelně na vzniku vad a poruch u člověka, se mohou projevit poměrně širokým pásmem vad a poruch, které mohou být u každého jedince jinak závažné. Mohou vznikat v různých obdobích v průběhu života člověka.

Většinou bývá riziko vzniku vývojových vad a poruch vázáno na určité období ontogeneze. Nejvíce bývají ohroženy orgány a funkce, jejichž největší vývoj spadá právě do daného ontogenetického období. *„Za mimořádně rizikové období je považováno období perinatální – tedy samotný porod a období krátce před ním a po něm. Mezi nejčastější příčiny vzniku postižení v tomto období patří drobné nebo závažnější poškození mozku dítěte, novorozenecké infekce nebo vážné poporodní komplikace.*

*Postižení získaná v období postnatálním jsou převážně následkem vážných onemocnění a úrazů.*“ (Slowík, 2016, s. 46)

## 1.5 Vývoj rehabilitace a přístupů k osobám se zdravotním postižením

Počátky komplexní péče o tělesně postižené děti (osoby) jsou Evropě podle Titzla (1985) datovány s velkými odstupy. Například v Německu je to již rok 1832, v Dánsku rok 1872 a v Rakousku-Uhersku teprve 1900. V tomto roce byl založen ústav s názvem Elisabeth-Asyl v Lanzedorfu u Vídně. Komplexní péčí je v té době myšleno, že chovanci ústavů jsou léčeni, vzděláváni a připravováni na povolání. Na území Čech je v tomto duchu péče o tělesně postižené započata ve dvou zařízeních. Jedním je německý ústav v Liberci (zal. 1910), druhým český ústav Jedličkův (zal. 1913). U nás měly tyto ústavy své předchůdce zejména v Praze v podobě různě zaměřených „útulků“. Titzl dále uvádí i pojmy tehdejší terminologie (konec 19. st.), kdy termín „mrzák“ označoval dospělou tělesně postiženou osobu, kdežto pro tělesně postižené dítě bylo regulérní označení „mrzáček“. Zařízení pro dlouhodobou hospitalizaci malých „zmrzačelých a rachitických“ pacientů bylo nazýváno „chorobinec“. Dnes se již nepoužívá ani slovní spojení „tělesně postižená osoba“, přestože osmdesátých letech bylo běžné.

V Jedličkově ústavu se podařilo v rámci jednoho zařízení hned od počátku sloučit kliniku, výchovný ústav a odborné školy. To by mohlo být považováno za základ „komplexní péče“ o děti s tělesným postižením u nás. Samotný termín rehabilitace k nám však přichází z USA až po 2. světové válce: *„byly k nám do Československa pozvány kvalifikované fyzioterapeutky ze Spojených Států, které vyučovaly fyzioterapii, a počalo se jim říkat rehabilitační pracovníce“*. [cit. 2018-02-09, on-line]

Podle Atanelova, Stiense a Younga (2015) lze však doložit počátky rehabilitační terapie již ve staré Číně nebo starověkém Řecku. V USA byl rozvoj a uzákonění fyzikální medicíny a rehabilitace spojen nejen s důsledky obou světových válek, ale i s výskytem poliomyelitidy. Příkladem je onemocnění F. D. Roosevelta v r. 1921. Komprehensivní (ucelená) rehabilitace se pojí až s rokem 1951, kdy Dr. Howard A. Rusk založil komplexní rehabilitační centrum na univerzitě v New Yorku, první svého druhu na světě.

U nás v 50. letech tvořily velkou skupinu pacientů děti s následky infekční dětské obrny. Podle Stejskala (1985) Jedličkův ústav zaznamenal nejvyšší počty těchto dětí v r. 1957. Po aktivní imunizaci právě od tohoto roku další děti s tímto onemocněním nepřibývaly. Toto se potvrzuje např. i v Hamzově léčebně v Luži, kde byla od r. 1962 léčba dětí zaměřena již jen na pohybové poruchy. [cit. 2018-02-06, on-line] Obdobná situace v souvislosti s dětskou obrnou byla např. v Radziszów preventorium v sousedním Polsku. Žurek (2013) uvádí potřebu navýšení lůžek v tomto sanatoriu právě v r. 1958, přičemž počátek epidemie poliomyelitidy je v Polsku datován do r. 1951.

Důležitou roli hraje stanovení definice rehabilitace světovou zdravotnickou organizací z roku 1969, protože charakterizuje použití všech prostředků rehabilitace jako „kombinované a koordinované“. Právě koordinovanost všech prostředků je v tomto multidisciplinárním oboru zásadní. Odborníci věnující se rehabilitaci používali pro její komplexnost v různých obdobích tyto přívlastky: např. Jesenský (1995) - komplexivní, Votava (2005) - ucelená, Pfeiffer (2014) - koordinovaná.

Přestože ještě v 80. a 90 letech byla jako nejvyšší stupeň socializace osoby s handicapem považována integrace, je pro současnou společnost aktuální naplňovat inkluzivní přístupy, které spočívají v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech. Významným podnětem v tomto snažení se stala Deklarace konference v Salamance v roce 1994: „...běžné školy by měly vzdělávat všechny děti bez ohledu na jejich fyzické, intelektuální, emocionální, sociální, jazykové nebo jiné podmínky.“ V inkluzivním přístupu jsou podle Slowíka (2016) osoby s postižením zapojovány do všech běžných činností jako lidé bez postižení. Pokud je to možné, nejsou přitom využívány žádné speciální prostředky a postupy. Přiměřená pomoc a podpora se uplatňuje jen v situacích, kdy je to nezbytně nutné. Knorre (2013) považuje za podmínku toho, aby byly inkluzivní přístupy úspěšné, nutnost umět změnit přístup. Přístup a osobní postoj k lidem s postižením. Velmi pregnančně to vystihuje motto Evropského dne protestu zaměřeného na rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením v roce 2012: „Inkluze začíná v hlavě.“ [cit. 2018-02-10, on-line].

## 2 Vzdělávání a výchova žáků s tělesným a kombinovaným postižením

Podmínky vzdělávání žáků s tělesným a kombinovaným postižením jsou zakotveny v zákonu č. 561/2004 Sb. Je to *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Povinnou školní docházku řeší část třetí - povinnost školní docházky a základní vzdělávání (§ 36 - § 56). Dále pak jsou ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, s účinností od 1. září 2016, řešeny otázky vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami včetně systému podpůrných opatření (zejm. § 2 - § 26). Školský zákon vymezuje i činnost školských poradenských zařízení (§ 116).

Speciálně pedagogická centra (SPC). SPC poskytují poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaných ve školách a školských zařízeních, dále pak žákům se zdravotním postižením a znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Žáci s tělesným a kombinovaným postižením patří dle školského zákona mezi žáky se zdravotním postižením, což je jedna ze tří kategorií žáků se speciálními potřebami (žáci se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním). Tito žáci mají nárok na speciální vzdělávání. Dnes se upřednostňuje inkluzivní vzdělávání, přesto mohou mít speciální školy stále své opodstatnění. Ne vždy je např. podle Votavy (2005) možné, zejména ze zdravotních důvodů, aby dítě s tělesným postižením navštěvovalo běžnou školu. Speciální školy, které nejsou určeny žákům s mentálním postižením, poskytují dětem a žákům se zdravotním postižením vzdělání srovnatelné se vzděláním získaným ve školách běžného vzdělávacího proudu.

Srovnání běžných škol a ZŠ speciálních provedl v r. 2007 Zikl a kol. Podle Zikla patří zajištění odpovídající komplexní péče o děti s kombinovaným postižením k nejobtížnějším úkolům. Velké nároky jsou kladeny na zdravotnické pracovníky (léčebná rehabilitace) i na učitele při naplňování rehabilitace pedagogické. Jak uvádí Zikl, učitel by měl být schopen mj. stimulovat motorický vývoj dítěte a facilitovat mu



vykonávání běžných motorických činností, zajistit dodržování ergonomických zásad ve škole atd.

Vzdělávání dětí s pohybovým omezením ovlivňuje řada faktorů. Kromě častého snížení rozumových schopností bývá podle Opatřilové a Zámečnickové (2014) velmi zřetelná slabá koncentrace a zvýšená unavitelnost žáků. Je nutné počítat s pomalým a nevyrovnaným tempem. To vše se negativně projevuje na školním výkonu. Zasaženy jsou také pamětné procesy. Děti si pamatují učivo útržkovitě, s obtížemi si ho vybavují a reprodukují. Další oslabení školního výkonu mohou navíc přinést specifické vývojové poruchy učení.

Děti s tělesným postižením mají podle Požára (2016) - oproti skupinám s jinými druhy postižení - relativně největší šanci, aby byly přijaty intaktní společností. Mohou chodit do běžných škol a vzdělávat se standardním způsobem. Pokud nejde o kombinované (vícenásobné) postižení, mohou dosahovat velmi dobrých studijních výsledků a kompenzovat tak své postižení jiným sociálně vysoce hodnoceným způsobem. Mohou studovat většinu oborů a mohou v této oblasti dosahovat uspokojujících, nebo dokonce vynikajících výsledků. Proto se pro ně profesní role často stává nejdůležitější složkou identity.

Rozhodnutí, zda bude dítě vzděláváno v běžném vzdělávacím proudu nebo bude navštěvovat speciální školu je na rodičích. Podle Hájkové a Strnadové (2010) mají rodiče, které takové rozhodnutí čeká, řadu obav z inkluzivního vzdělávání. Na základě výsledků zejména zahraničních výzkumů se může jednat o obavy o bezpečnost jejich dítěte či o obavy z postojů ostatních žáků vůči jejich dítěti. Problematicky se mohou jevit zaměstnanci a kvalita vzdělávacího programu dané školy nebo doprava. Rodiče se také obávají případného selhání inkluzivního vzdělávání. Prožívají i strach z možné verbální nebo fyzické šikany ze strany spolužáků či ze sociální izolace.

Kolika žáků prvních tříd na běžných ZŠ se to týká, je patrné ze statistik ministerstva školství. Podle těchto údajů bylo v roce 2016 z celkového počtu 152335 dětí u zápisu 140 dětí s tělesným postižením a 774 dětí s více vadami. Skutečně zapsaných dětí s tělesným postižením na běžných ZŠ bylo 91 a dětí s více vadami 154. [cit. 2017-10-21, on-line]

V souvislosti s historickým vývojem ve školství je vhodné připomenout a vymezit přístupy k edukaci dětí s postižením. Vývojová cesta k inkluzi jako samozřejmému a přirozenému jevu podle Scholze (in Lechta, 2016) prošla řadou etap. Exkluze znamenala v podstatě vyloučení dětí s postižením z edukačního procesu. Segregace představovala selektivní přístup. Vzdělávání bylo možné v soustavě speciálních škol. Integrativní vzdělávání již umožňovalo vzdělávat dítě s postižením s určitou podporou v běžné škole. Aby tato úroveň mohla přejít v inkluzi, je nutné zbavit učitele nutnosti dosahovat se všemi žáky stejného cíle.

Při inkluzivním přístupu nezáleží podle Hájkové a Strnadové (2010) na druhu speciálních potřeb ani na výsledcích poměrování výkonů žáků. Jedná se uspořádání běžné školy způsobem, který může nabídnout adekvátní vyučování a studium všem dětem, žákům a studentům s ohledem na jejich individuální rozdíly a s respektem vůči jejich aktuálním vzdělávacím potřebám.

## 2.1 Podpůrná opatření

Vyhláška č. 27/2016 Sb. stanoví, že vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření. Vyrovnávací opatření se užívají u žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Podpůrná opatření jsou určena pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zahrnují „*využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jinou úpravu organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka*“. [cit. 2017-12-05, on-line] Podpůrná opatření podle této vyhlášky jsou poskytována i žákům mimořádně nadaným.

Podpůrná opatření uvedená v odstavci 2, §16, zákona č. 561/2004 Sb., spočívají zejména v poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení, v úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, v použití

kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek. Podporou může být i úprava očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu či využití asistenta pedagoga. [cit. 2017-12-07, on-line]

Podpůrná opatření podle odstavce 2 se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Podpůrná opatření různých druhů nebo stupňů lze kombinovat. Podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních podpůrných opatření by podpůrná opatření nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností dítěte, žáka nebo studenta a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. (Zákon č. 561/2004 Sb. §16, odst. 3)

Podpůrná opatření prvního stupně- tzv. plán pedagogické podpory- uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení. Škola toto opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání. Podpůrná opatření druhého až pátého stupně lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení, tj. speciálně pedagogického centra a pedagogicko-psychologické poradny. (Zákon č. 561/2004 Sb. §16, odst. 4)

### 2.1.1 Prodloužení základního vzdělávání

Na základě možnosti §46, odst. 3, zákona č. 561/2004 Sb., může s předchozím souhlasem ministerstva trvat základní vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve třídách nebo ve školách s upraveným vzdělávacím programem, deset ročníků.

O tuto možnost prodloužení základního vzdělávání si zažádalo např. českobudějovické Centrum Arpida. Mělo totiž výborné zkušenosti s tzv. přípravnými ročníky. Prodloužení využilo Centrum Arpida pro děti se zdravotním postižením poprvé ve školním roce 2005/2006. Jednalo se o rozložení první třídy do dvou ročníků. Toto rozvolnění učiva mělo zejména dětem s tělesným postižením (většinou MO) zajistit pozvolným a nenásilným způsobem bezpečné zvládnutí učiva a ostatních školních

nároků. Po velmi dobrých zkušenostech a příznivých výsledcích se toto opatření stalo součástí školního vzdělávacího programu. Děti se zdravotním postižením i po odkladu školní docházky často vykazují nevyzrálé funkce v různých oblastech. Rodiče oceňují pomalejší tempo výuky a vidí, že čas pečlivě věnovaný přípravné fázi (grafomotorická cvičení, rytmizace, předmatematické dovednosti atd.) přináší výsledky.

## 2.2 Asistent pedagoga

Jak uvádí Morávková Vejrochová, M. a kol. (2015) stává se asistent pedagoga profesí, která nabývá na důležitosti a významu. Ve školách se asistenti věnují především dětem s potřebou podpůrných opatření během aktivit, které zadal učitel. Ve srovnání s osobním asistentem nemá asistent pedagoga na starost pouze jednoho žáka, ale pod metodickým vedením učitele pracuje s celou třídou.

Funkci asistenta pedagoga zřizuje ředitel školy na základě vyjádření školského poradenského zařízení. Podpůrná služba asistenta pedagoga se u žáků se zdravotním postižením doporučuje upřednostnit v 1. třídách školy, v dalších postupných ročnících se předpokládá postupné omezování asistenční služby v souladu s věkovým i sociálním osamostatňováním žáků. Rozhodující je však aktuální stav žáků se zdravotním postižením, jejich individuální potřeby a z nich vyplývající potřeba podpory asistenční službou. Ředitel školy stanoví náplň práce asistenta pedagoga. Hlavní činnosti asistenta pedagoga při přímé pedagogické činnosti jsou uvedeny v § 5 vyhlášky č. 27/2016 v platném znění. Jedná se především o

- individuální pomoc žákům při začleňování se a přizpůsobení se školnímu prostředí,
- individuální pomoc žákům při zprostředkování učební látky,
- pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti,
- pomoc při vzájemné komunikaci pedagogů se žáky a žáků mezi sebou,
- pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáka.

Velmi důležité je zajištění nezbytné pomoci žákům s těžkým ZP při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání. [cit. 2018-01-05, on-line]

## 2.3 Osobní asistent

Služby osobní asistence mají uživateli zabezpečit základní životní potřeby, biologické i společenské. Jak uvádí Horváthová (2018) patří mezi ně pomoc při osobní hygieně, stravování, doprovody k lékaři, na úřady, podpora při vzdělávání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních činnostech, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím a podobně. Vše s cílem vyrovnávat příležitosti k aktivitám běžného života, aby byly srovnatelné s příležitostmi osob bez postižení nebo jiného omezení. [cit. 2018-01-06, on-line]

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje v § 39 službu osobní asistence takto:

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Asistent pedagoga, stejně jako osobní asistent, patří do podpůrné asistenční služby. V resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) je podpůrné opatření zabezpečené při vzdělávání žáků se zdravotním postižením asistentem pedagoga. V resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) je osobní asistent pracovníkem sociální péče, jedná se tedy o sociální službu.

Zásadní rozdíl je ve financování a v zaměstnavatelích. Asistenta pedagoga platí škola, ve které působí, případně zřizovatel školy či příslušný krajský úřad, a tedy škola je jeho zaměstnavatelem. Oproti tomu osobního asistenta si hradí uživatel této služby sám za jediné pomoci, kterou představuje příspěvek na péči, o který zažádá na příslušném úřadě práce podle místa bydliště rodiny. Osobní asistent tedy není zaměstnancem školy, ale většinou některé z nestátních neziskových organizací poskytujících sociální služby anebo ho zaměstnává osoba, u níž je asistenční služba přímo vykonávána (v případě nezletilého dítěte jsou to rodiče).

Uzlová (2010) specifikuje možné potíže se záměnami asistenčních pozic: Při podpoře začlenění dítěte se zdravotním postižením do běžného prostředí ve škole i mimo ni se osobní asistence uplatňuje jednak při doprovodech do školy a z ní nebo do zájmového kroužku a z něj, jednak přímo ve škole, o přestávkách nebo v průběhu

vyučování. Během výuky může osobní asistent působit buď v kombinaci s asistentem pedagoga, nebo pokud ve třídě není asistent pedagoga, poskytuje začleněnému žákovi veškerou potřebnou podporu sám. [cit. 2018-01-06, on-line]

Příkladem nevhodně nastavené služby je případ ze sousedního Německa. Elisa, žákyně 4. B, je na mechanickém vozíku kvůli své diagnóze extrémní lomivosti kostí (dg. osteogenesis imperfecta). Elisa má možnost dojít si v době vyučování na WC pouze jednou, a to přesně v 10:00, kdy přijede někdo z ambulantní služby a dá ji na toaletu. Učitelky to dělat nesmí, ani nechtějí. Každý přesun z vozíku skýtá nebezpečí pro křehké Elisiny kosti. [cit. 2017-11-11, on-line]

V České republice by na základních školách k takovým situacím docházet již nemělo, protože dřívější rozdělení kompetencí asistenta pedagoga a osobního asistenta na půdě školy odpadlo. Osobní asistenci v době vyučování provádí nyní asistent pedagoga.

## 2.4 Předškolní vzdělávání

*„Předškolní vzdělávání by mělo navazovat na ranou péči a má podporovat rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku a mělo by se významným způsobem podílet na zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů.“ (Jankovský, 2006, s. 80)*

Podle Michalíka (2013) má předškolní vzdělávání vytvářet základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání by také mělo napomáhat k vyrovnávání nerovnoměrnosti vývoje dětí před zahájením školní docházky.

Zvládání trivia (čtení, psaní, počítání) vyžaduje podle Bednářové a Šmardové určitou míru vyzrálosti, připravenosti. Pro dítě, rodiče i pedagoga je jistě lepší, když se dítě na školu pozvolna, postupně a nenásilně chystá, než když je v době nástupu do školy tvrdě konfrontováno s požadavky, na které nestačí.

Období předškolního věku je dobou rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace. U dětí s pohybovým postižením bývá podle Vítkové (2014) překážkou jejich adekvátního vývoje podnětová a zkušenostní deprivace. Rozumové schopnosti bývají často sníženy. V některých případech se jedná o přidružené mentální postižení, někdy

k opoždění dochází na základě nedostatku podnětů, zaviněným malou pohyblivostí dítěte. U dětí s organickým poškozením mozku se vyskytují poruchy pozornosti, paměť bývá negativně ovlivněna snadnou unavitelností dítěte a sníženou aktivační úrovní. Problémy se objevují ve vybavování a reprodukci.

## 2.5 Školní zralost u dětí s tělesným postižením

Školní zralost lze obecně vymezit, jak uvádějí Bednářová a Šmardová (2011) jako dosažení takového stupně vývoje v oblasti fyzické, mentální, emocionální a sociální, aby dítě bylo schopno bez (větších) obtíží účastnit se výchovně-vzdělávacího procesu. Kromě pojmu školní zralost je možné se setkat i s termínem školní připravenost. Ta v podstatě zahrnuje kompetence v oblastech výše uvedených, které dítě nabývá a rozvíjí učením a sociální zkušeností.

Jak uvádí Valenta (2014) bývá školní zralost a školní připravenost u dětí s MO vlivem více faktorů opožděna. Rozvoj rozumových schopností je propojen s rozvojem motoriky. Předpokladem je vyřešení základních zdravotních a sociálních problémů. Vzhledem k uvedeným obtížím se u dětí opoždí také jejich socializace.

Pohybově postižené děti bývají podle Opatřilové a Zámečnickové (2014) v předškolním věku opožděné téměř ve všech složkách osobnosti. Tyto děti často mívají snížené pracovní tempo a jsou rychle unavitelné. „*Pokud dítě nemá narušenou schopnost řeči, stává se verbální komunikace stěžejním prostředkem sociálního kontaktu i zdrojem informací.*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2014, s. 22)

### 2.5.1 Odklad školní docházky

Ze zákona č. 561/2004 Sb. jsou v § 37 podmínky pro odklad školní docházky jasně stanoveny: „*Není-li dítě tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce podle § 36 odst. 4, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského*

zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.“ [cit. 2017-12-07, on-line] Zákonný zástupce je tedy povinen přihlásit dítě k zápisu k povinné školní docházce, a to v době od 1. dubna do 30. dubna kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku. Žádost o odklad musí být doručena škole do 30. dubna aktuálního školního roku a musí být doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře nebo klinického psychologa.

Podle Ležalové (2012) byl věk 6 let zvolen pro vstup dítěte do školy opodstatněně. V tomto období dochází k mnoha somatickým i kognitivním změnám ve vývoji a většina dětí je právě v tomto věku adekvátně připravena na přijetí školních povinností. Důvodem k odkladu školní docházky je tedy nejčastěji nesplnění některých předpokladů pro vstup do školy, a to jak ze strany dítěte, tak ze strany rodiny. K nejčastějším důvodům k odkladu na straně dítěte patří věk dítěte. Věkové složení v první třídě je velmi různorodé. Nejmladším dětem může být šest let, nejstarším už bylo sedm let, což znamená 12-15% vývoje. U nejmladších dětí je nutné počítat s nižší mentální výkonností a nižší školní zralostí. U chlapců, kteří vyspívají později, je tento rozdíl ještě větší. Dalšími důvody mohou být problémy v oblasti řeči, potíže s pozorností a soustředěností, potíže v grafomotorice, pomalé pracovní tempo, problémy vědomostního rázu, častá nemocnost a celkově nižší odolnost organismu nebo menší fyzická vyspělost. Nejčastější důvody k odkladu na straně rodičů jsou jejich obavy z nepříznivého postavení věkově mladšího dítěte ve třídě, náročnost školy, někdy i snaha prodloužit dítěti dětství.

Podle Kropáčkové (2014) je odklad školní docházky chápán komplexněji jako preventivní opatření. Rodiče si uvědomují, že vstup do základní školy představuje výraznou změnu v životě dítěte i jich samých, a chtějí, aby zahájení povinné školní docházky bylo bezproblémové. [cit. 2018-02-02, on-line]

Ležalová a kol. (2012) upozorňuje na určité riziko, s nímž se pojí situace, když je odklad školní docházky neopodstatněný. Dítě může ztratit motivaci pro školní práci, může promeškat dobu, kdy je na vstup do školy nastaveno. Naprosto opodstatněný odklad školní docházky však bývá vzhledem k opožděnému vývoji u dětí s MO. Doporučuje se odložení o 1-2 roky. Podle Švestkové a Pfeiffera (2017) je žádoucí využít tuto dobu i pro léčebný tělocvik, případně pro další rehabilitační programy. Jakmile totiž dítě vstoupí do



školy, bude jeho čas limitován školní docházkou. Vzhledem ke školním povinnostem nemůže být zpravidla fyzioterapie již tak intenzivní.

## 2.6 Dílčí oslabení výkonu

V procesu učení představuje dítě určitý celek fungující jako systém, jehož jednotlivé subsystémy pracují, vykonávají to, k čemu byly určeny a jejich činnost navazuje jedna na druhou, prolínají se. Pokud nějaký subsystém nepracuje tak, jak by se dalo očekávat, jeho funkce je oslabena. Toto oslabení potom způsobuje specifické potíže v práci celého systému, tedy dítěte. Toto oslabení dílčího výkonu se projeví nejen ve škole, ale i v běžném životě.

Dítě předškolního věku se může podle Bubeníčkové (1999) velmi úspěšně vyhýbat činnostem, při kterých se dopouští chyb, které jej tím pádem méně uspokojují a tedy všemu, co má co činit s jeho oslabením. Ve škole tuto šanci nemá, oslabení vyplouvají na povrch. Jedná se o několik oblastí mimointelektového vnímání, o souhrn funkcí, které zajišťují příjem podnětů, jejich sledování, zpracování a zapamatování. Tyto kognitivní funkce mozku jsou potřebné nejen pro čtení, psaní, počítání a při jejich učení, ale také v mnoha oblastech a situacích všedního života. Může to být orientace v novém prostředí, komunikace s okolím, zapamatování si údajů, tváří, čísel, stanovení a dodržení postupu určité činnosti atd. Také Opatřilová (2011) považuje nerovnoměrný vývoj dispozičních struktur dítěte nebo deficitní utváření dílčích schopností za jednu z příčin neúspěchů ve škole.

### 3 Ucelená rehabilitace a její základní rozdělení

Cílem rehabilitace u dětí je podle Votavy (2005) podporovat přirozený vývoj a přiblížit ho i dítěte s postižením vývoji jeho zdravých vrstevníků, nejlépe dosáhnout zcela fyziologického vývoje.

Jak uvádí Jankovský (2006) bývá *rehabilitace* ve smyslu fyzioterapie většinou chápána jako krátkodobý proces, který má za cíl návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice. Obvykle se týká lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni z aktivit jejich běžného života. Naproti tomu je *ucelená rehabilitace* procesem dlouhodobým a není záležitostí pouze zdravotnickou. Je chápána jako interdisciplinární obor, protože při svém působení využívá všech dostupných prostředků. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu. Podle Votavy (2005) se hovoří o ucelené rehabilitaci tehdy, pokud nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit.

Mluví-li se o osobách s omezením hybnosti, je ve slovníku speciálněpedagogické terminologie termín rehabilitace chápán ve významu ucelené rehabilitace. (Kroupová, 2016, s. 173)

Ucelenou rehabilitaci lze rozdělit podle zaměření a podle použitých prostředků na rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Na tomto rozdělení se shodují autoři zabývající se touto problematikou (např. Jankovský, Votava, Jesenský aj.). Tito autoři považují za důležité včasné zahájení rehabilitace a také provázanost jejich jednotlivých složek, tím se teprve rehabilitace stává ucelenou. Aby byl výsledek co nejlepší a nejefektivnější, doporučuje Švestková (2017) pracovat podle předem připraveného rehabilitačního plánu.

Jankovský (2014) považuje za základ vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu, v němž zaujímá každý odborník své specifické místo. Aby spolupráce v rámci pracovního týmu dobře fungovala, je naprosto zásadní i důsledné naplňování interdisciplinárních přístupů. Při péči o děti se zdravotním postižením, je důležité mít na paměti, že aktivními členy pracovního týmu musí být i jejich rodiče. Příklad práce odborníků s dítětem s tělesným postižením znázorňuje Jankovský (2014) na koncepci

kruhové podpory. Kruh představuje symbol rovných práv všech zúčastněných, odborníků i rodičů. Aby takový tým dobře fungoval, je nezbytná vzájemná spolupráce a oboustranná komunikace. Případné problémy v týmu by neměly ohrozit zájmy a prospěch dítěte s postižením, protože se jedná o podporu právě dítěte s postižením. Kromě osobní odpovědnosti každého člena týmu, musí někdo nést odpovědnost za práci celého týmu, zpravidla primář nebo ředitel.

V současné době se pro systém ucelené rehabilitace používá i termín koordinovaná rehabilitace, který zdůrazňuje kooperaci dalších pomáhajících profesí na procesu rehabilitace tak, aby obsáhl všechny stránky klientovy existence dotčené nemocí, úrazem či postižením. Koordinovaná rehabilitace je podle Novosada (2011) aktuálním, perspektivním přístupem ke komplexní a adresné podpoře lidí s tělesným postižením.

Podle Jankovského (in Pfeiffer, 2014) původní členění již neodpovídá současnému pojetí rehabilitace, která by neměla mít nejrůznější atributy, ale v zásadě bychom měli hovořit vždy jen o jednotlivých prostředcích rehabilitace.

Podíl jednotlivých složek rehabilitace u konkrétního jedince závisí podle Zikla (2012) na řadě faktorů: zdravotní a psychický stav, věk, úroveň péče v rodině, míra využití podpůrných služeb, možnosti regionu, na lidech profesionálně pracujících s dítětem. Protože je tato práce zaměřena na děti na počátku školní docházky, nebudou zde řešeny prostředky pracovní rehabilitace. Ta se týká osob v produktivním věku a je přípravou na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu.

### 3.1 Prostředky léčebné rehabilitace

*„Je to soubor léčebných opatření, která minimalizují následky postižení nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou, případně předcházejí jejich vzniku.“ (Müller, 2014, s. 421)*

Léčebná rehabilitace je úzce spojena s vlastním léčením. Podle Dvořáka (in Müller, 2014) představuje léčebná rehabilitace způsob nefarmakologické léčby a disponuje celou řadou terapií, které působí buď primárně, nebo doplňkově, podpůrně. Přičemž stěžejní jsou obvykle fyzioterapie a ergoterapie. Fyzioterapií nazýváme mechanické působení na organismus v pasivní i aktivní podobě, spolu s využitím aplikace

nejrůznějších dalších fyzikálních vlivů. Ergoterapie se zabývá specifickým léčebným využitím pohybu, který má charakter pracovního úkonu. Mezi oběma oblastmi je nutná týmová spolupráce.

Podle Müllera (2014) je léčebná rehabilitace zaměřena hlavně na funkci. Základní funkcí, která nám umožňuje uspokojit své potřeby a realizovat životní role, je právě pohyb. Proto se snaží léčebná rehabilitace eliminovat především poruchy pohybových funkcí. Léčebnou rehabilitaci obvykle realizují zdravotničtí pracovníci. Stává se však i důležitou součástí práce učitelů nebo pracovníků v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že učitelé tráví se svými žáky velmi dlouhou dobu, měli by být schopni realizovat tzv. celodenní handling. Tím se podle Zikla (2012) rozumí celodenní aplikace prvků různých rehabilitačních technik, které jsou zaměřené na stimulaci či facilitaci hybnosti, inhibici patologických pohybových vzorů a podporu vývoje normálních motorických projevů, a to v rámci běžných aktivit jako jsou učení, jídlo, hygiena nebo hra. Neméně důležité jsou technické podmínky jako bezbariérovost školy a kompenzační pomůcky. Jejich využívání by mělo být podle Zikla (2012) ve školách běžné, přičemž jsou tyto pomůcky často nezbytnou podmínkou pro pobyt dítěte ve škole.

*„Rehabilitace se od ostatních odvětví medicíny liší mírou účasti pacienta na léčení. V ideálním případě je pacient aktivní a neustále se pokouší zvítězit sám nad sebou.“* (Murphy in Novosad, 2011, s. 143)

### 3.1.1 Fyzioterapie

#### Fyzikální terapie

Fyzikální terapie využívá působení různých druhů zevní energie na živý organismus. Úspěšně používá u dětí i dospělých a nabízí řadu technik a procedur. Zeman (2013) uvádí bohatou historii fyzikální terapie sahající ve staré Číně do roku přibližně 4700 př. n. l. V Egyptě např. již kolem roku 2500 př. n. l. využívali účinky el. výboje rejnoka elektrického u periferních paréz.

Patří sem mechanoterapie, elektroterapie, termoterapie a hydroterapie, fototerapie. Terapie lze pro zvýšení účinku kombinovat. Přesto je podle Schreiera (2009)

fyzikální terapie terapií doplňkovou, u většiny diagnóz by neměla přesahovat 5-10% celkové léčby. Důvodem je pasivní povaha této terapie. Hlavním přínosem je optimálně nastavené terapeutické ovlivnění symptomů a dysfunkcí. Cíle fyzikální terapie jsou především v oblasti pohybového ústrojí. Podle hlavního účinku se dělí procedury fyzikální terapie na analgetické (tlumící bolest), myorelaxační (uvolňující svaly), antiedematózní (působící proti otoku), trofotropní (ovlivňující výživu tkáně) a myostimulační (stimulující funkci svalů). Zeman (2013) uvádí tzv. odkladný účinek, kdy se úleva dostaví až s odstupem času, typicky po absolvování lázeňské léčby.

Pro všechny druhy fyzikální terapie je podle Zemana (2013) charakteristické ovlivnění aferentního (dostředivého) nervového systému. Fyzikální podněty zvyšují nebo modifikují aferentní tok informací do CNS. Podaří-li se ovlivnit aferentní systém ve fázi vznikání funkční poruchy, lze dosáhnout zaktivizování autoreparačních (samoléčivých) mechanismů organismu. Funkční poruchu je možné pomocí metod fyzikální terapie odstranit dříve, než dojde k její přeměně na poruchu strukturální, organickou.

U dětí s tělesným postižením se využívá úspěšně hydro- a termoterapie (zejména u spastických forem MO a myopatií). Magnetoterapie nabízí výrazný analgetický, ale také trofotropní a myorelaxační účinek. Pro děti s tělesným postižením představuje fyzikální terapie obvykle podporu léčby, stěžejní místo v terapii zaujímá léčebná tělesná výchova.

### Léčebná tělesná výchova

Hlavním léčebným prostředkem fyzioterapeutů je podle Votavy (2005) cílený pohyb, tedy cvičení, pro něž se vžilo souhrnné označení léčebná tělesná výchova (LTV). Jedná se o hlavní metodu fyzioterapie, zabývá se pohybovým ústrojím. Jde především o ovlivnění posturálního chování, resp. o terapii posturálních schopností. Mezi prvky LTV jsou zahrnuty aktivní a pasivní pohyby, respirační fyzioterapie, cvičení s pomůckami a na náradí nebo kondiční cvičení. V praxi se rozlišuje několik druhů LTV. Podle Škrampalové (2017) se může jednat o LTV individuální, individuální pod dohledem na přístrojích, skupinovou, skupinovou v bazénu a především LTV na neurofyziologickém podkladě. Metody a koncepty spadající pod toto označení využívají neurofyziologických principů. Jedná se o složitější postupy než u analytických cvičení. Fyzioterapie tohoto

typu pracuje se svalovou koaktivací v potřebných svalových souhrách. Vychází především z psychomotorického vývoje. [cit. 18-02-22, on-line]

Jedná se zejména o Vojtovu metodu reflexní lokomoce. To je u dětí velmi často a úspěšně používaný fyzioterapeutický koncept. Vychází z toho, že základní hybné vzory jsou programovány geneticky v centrálním nervovém systému každého jedince. Ten je má k dispozici jako „stavební kameny“ pro vzpřímení a pohyb vpřed – od úchopu přes otáčení a lezení až k samostatné chůzi. Při poruchách CNS a pohybové soustavy, ať už mají jakoukoli příčinu, je spontánní zapojení těchto vrozených pohybových vzorů omezeno. Pomocí reflexní lokomoce nastává možnost aktivovat CNS, probudit jej z narušené situace s cílem znovuobnovit vrozené fyziologické pohybové vzory. Přesným zásahem z periferie je vyvolána přesná motorická odpověď. V určitých výchozích polohách se v přesně vymezených oblastech těla provádí manuální aplikace tlaku na tzv. spouštěvé zóny sloužící k vyvolání automatických lokomočních pohybů, které prof. Vojta označil jako reflexní plazení a otáčení. (Kolář, 2009)

Dalším u dětí hojně používaným konceptem je metodika manželů Bobathových. Ta využívá reflexů, které vyvolávají stah ochrnutých svalů nebo tento stah podporují, tedy facilitují. Vedle facilitace se užívá též inhibice, což je útlum svalů, které jsou ve zvýšeném napětí. Patologická schémata jsou potlačována, aby se umožnilo vytváření schémat normálních - např. chybně řízené postavení kloubů je změněno na normální funkční postavení, takže je pro dítě jednodušší se vzpřímit a udržet rovnováhu. Kromě toho se mohou s dítětem cvičit pohybové vzorce, které potřebuje, aby mohlo provádět určité aktivity, které jsou pro ně sice zatím neproveditelné, ale žádoucí nebo v jeho vývojevém stadiu smysluplné. [cit. 18-02-23, on-line]

Dále se u dětí s tělesným postižením (děti s MO i jinými neurologickými onemocněními) používá koncept Petö. Tato pohybová terapie, jak uvádí Kolář (2009), vychází ze zjištění, že u dětí s postižením bývá narušen učební a adaptační proces. Podle Petöho je důležité nepracovat izolovaně na jedné určité dysfunkci, ale vnímat dítě jako celek. Léčebná rehabilitace musí být tedy koordinována s dalšími obory majícími vliv na rozvoj dítěte.

Pfeiffer a Švestková (2017) řadí k významným fyzioterapeutickým postupům metodiku profesora Tardieu. Ten zavedl do praxe tzv. faktorové hodnocení, při kterém je

pečlivě hodnoceno 26 položek. Většina se týká motoriky dítěte, ale jsou hodnoceny i inteligence, sociální faktor, celkový zdravotní stav atd.

Moderní, velmi účinnou terapií u dětí s MO i dalšími neurologickými diagnózami, je terapie TheraSuit. Tato metoda vede k odstraňování těžkých pohybových poruch a náviku správného pohybového stereotypu. Dětem pohybujícím se kvadrupedální lokomocí (lezení po čtyřech) je díky terapii Therasuit umožněn stoj a chůze. I dosud nechodícím klientům umožňuje udržet rovnováhu, stabilizovat stoj, zahájit chůzi a rovnoměrně rozložit zátěž v jednotlivých kloubech. Děti s MO mají možnost vykonávat korektní pohyb jak po kvalitativní, tak po kvantitativní stránce bez vynaložení nepřekonatelného úsilí. Therasuit dává těmto dětem možnost rozvíjet úroveň motoriky, ke kterým se pomocí jiných terapií těžko dopracují. Důležité v této terapii je, že pacient se musí aktivně zapojit a není jen pasivním příjemcem léčby. [cit. 18-02-20, on-line]

Cvičí se ve speciálním obleku. Oblek tvoří semidynamickou „ortézu“, která neomezuje dýchání a je zároveň pružná a pevná. Hlavním cílem je změnit a ideálně zlepšit propriocepci (vnímání pohybu klouby, vazy a svaly), redukovat patologické reflexy a naučit pacienta správným pohybovým stereotypům. Největší výhodou této metody je, že poskytuje pacientovi odlehčení i fixaci a umožňuje terapii ve vertikální poloze. To je velmi důležité pro normalizaci příjmu vzruchů do vestibulárního systému (centra rovnováhy). [cit. 18-02-21, on-line]

### 3.1.2 Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnický obor, který se zabývá podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené činnosti. Müller (2014) vnímá činnosti v ergoterapii především jako prostředek léčby.

Aby byl ergoterapeut schopen naplánovat léčbu, musí na základě hodnocení pokud možno stanovit problém, jeho parametry a příčinu. Základní důvody pro provádění hodnocení jsou podle Krivošíkové (2009) tyto: *ergoterapeutická diagnostika* (definujeme původ a rozsah klinických problémů v jednotlivých oblastech – soběstačnost, pracovní činnosti, hra a zájmové činnosti), *identifikace individuálních potřeb* (zjišťujeme

současnou funkční úroveň klienta), *cíle a plánování* (stanovujeme cíle a priority ergoterapie a ergoterapeutický léčebný plán), *srovnání údajů* (údajů získaných ze vstupního hodnocení s údaji z průběžného či závěrečného hodnocení), *sledování účinnosti* (ergoterapeutické léčby nebo metody).

Dětská ergoterapie má svá specifika. Jak uvádí Jankovský (2006), dítě (zejména dítě s MO) nemá žádné zkušenosti z minulosti, své pohybové stereotypy si teprve vytváří. Nejedná se tedy o obnovu ztracených funkcí. Dále je nezbytné respektovat vývojové hledisko. Základní metodou je přirozeně hra. Dětská hra, a činnost obecně, mají samozřejmě svá vývojová stádia, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě s postižením. Právě formou her, aktivit a činností rozvíjí ergoterapie motorické, mentální i smyslové dovednosti a schopnosti dětí.

Ergoterapii s předškolními dětmi s tělesným postižením se věnují např. v integrační školce a rehabilitačním centru Lentilka v Pardubicích. Cílem ergoterapie je děti naučit správně vnímat a zpracovat smyslové vjemy z vlastního těla a bezprostředního okolí. Pomocí ergoterapie lze zlepšit práci s vlastním tělem. V oblasti hrubé motoriky to může být obratnost, koordinace, rovnovážné reakce, překonávání překážek, rychlost rozhodování při setkání s překážkou. Nácvik jemné motoriky ruky je zaměřen na úchop, stisk, uvolnění, přenášení a manipulaci s předměty, koordinace oko-ruka, ruka-oko a bimanuální činnosti. V tomto období je nesmírně důležité věnovat se grafomotorice a kresbě. S dětmi se praktikují metodicky vedená grafomotorická cvičení, uvolnění a správné zapojení horní končetiny při psaní, následně správný úchop psací potřeby. [cit. 18-02-02, on-line]

Terapie v oblasti grafomotoriky je aktuální i s nástupem dítěte do školy. Podle druhu postižení je třeba pokračovat, příp. začít se cviky na uvolňování spasticity a s nácvikem správného uchopování. Je nezbytné optimálně uzpůsobit pracovní místo žáka ve třídě, zajistit, aby dítě správně sedělo a mělo pracovní plochu ve správné poloze. U malých dětí od první třídy se také pracuje postupně na nácviku osobní sebeobsluhy, trénuje se oblékání, hygiena a také dovednosti vedoucí k tomu, aby se zvládly samy se najíst. [cit. 18-02-03, on-line]

Zcela specifickou je ergoterapie zrakově postižených. Ti mohou některé věci dělat téměř stejně jako lidé vidoucí, pro jiné činnosti musely být vytvořeny zvláštní postupy a



pomůcky. Podle Jirákové je orientace v prostoru a souhra pohybů největším problémem. Nácvik složitější činnosti bývá bez zraku velmi náročný. A mnohdy by byl skoro nemožný, kdyby se nenacvičovaly od počátku jako celek. Především u méně obratných dětí by to byl velký problém. Každou složitější činnost lze rozdělit na dílčí části, ty nacvičovat odděleně a pak je „secvičovat“ do plynulé návaznosti, aby se dosáhlo zvládnutí celku. [cit. 18-02-01, on-line]

Svá specifika má i ergoterapie u dětí s poruchou autistického spektra. U těchto dětí bývá patrné určité zpoždění ve fyzických dovednostech, učení a sociálním vývoji. Jacobs a Betts (2013) potvrzují, že ergoterapie zaměřená na nácvik dovedností z oblastí smyslového vnímání, koordinace oko-ruka či sebeobslužných činností pomůže zkvalitnit rodinný život a předcházet nepříjemným reakcím dětí s PAS v denních situacích běžného života. S nástupem dětí do školy se stává velmi aktuálním pokračovat v rozvoji jemné motoriky a koordinace oko-ruka. Zmírní se frustrace dítěte a je možno vystoupit ze začarovaného kruhu, kdy se dítě vyhýbá činnostem, ve kterých zaostává.

### 3.1.3 Animoterapie

Animoterapií či zooterapií se dle Mojžíšové (in Velemínský, 2007) souhrnně označují rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního (léčebného) působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.

Animoterapie je definována podle Kohoutka (in Müller, 2014) jako léčba pomocí zvířat. Součástí léčby je péče o zvíře, kontakt s ním, dotýkání, hlazení i komunikace. Terapie je založena na interakci člověka a zvířete, které je k této činnosti speciálně vycvičené. Podle Tvrde (in Müller, 2014) odborně vedená zooterapie patří do ucelené rehabilitace také jako součást vzdělávacího procesu, sociálních služeb nebo krizové intervence.

### 3.1.3.1 Hiporehabilitace

Zvláštní postavení mezi zooterapiemi má hiporehabilitace, tedy činnosti s koněm při léčbě klienta. Hiporehabilitace je podle Klecha (in Müller, 2014) zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením či se specifickými potřebami. Využívá se v oblasti pedagogiky a sociální sféry, v oblasti psychologie, v oblasti sportu a zejména v oblasti lékařství. Pak hovoříme o hipoterapii, jedné z metod fyzioterapie.

Hipoterapie je podle Pipekové (2001) výjimečná tím, že nabízí tělesně postiženým, především osobám s postižením dolních končetin, specifický a naprosto dokonalý biostimulátor lidské lokomoce. Pohybový stimul koně a jeho kroku působí na koordinaci celkové motoriky člověka. *„Hipoterapie je jedinou metodou, která postiženému jedinci umožní „projít se“ ve vzpřímené chůzi odpovídající poloze zdravých částí těla.“* (Pipeková, 2001, s. 132)

Potvrzují to i Hollý a Hornáček (2005). Ve vzpřímeném sedu na koni totiž přestává být trup pod patologickým vlivem dolních končetin. Tím se omezuje vznik a vývoj patologických stereotypů, které způsobuje patologická chůze.

Terapeutický kůň působí na motoriku tím, že facilituje základní pohybové vzorce chůze, stimuluje a rytmizuje dechové funkce, ale i úchop. Fyzioterapeutické působení zahrnuje podle Nerandžiče (2006) fyzikální terapii v podobě prohřívání, masáže srstí koně, aktivní léčebný tělocvik a pasivní cvičení s pacientem. Tato metoda je vhodná pro léčbu klientů s funkční poruchou držení těla a klientů s poruchou řízení pohybu ve fázi motorického vývoje, tedy u dětí.

### 3.1.3.2 Canisterapie

Canisterapie se dá definovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Je prováděná formou skupinovou či individuální. Pes je podle Eisertové (2007) výborným společníkem, ale také výchovným prostředkem. Pozitivní působení canisterapie je možné využít k rozvoji jemné a hrubé motoriky, verbální a neverbální komunikace nebo orientaci v prostoru. Canisterapie pomáhá dětem (i dospělým klientům) podílet se na

vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty, ošetřovateli a rodiči.

Podle Tiché (2007) je obecným cílem canisterapie je rozvoj či udržení schopností a dovedností. Může to být podpora i v psychosociální oblasti. Canisterapii můžeme využít při mnoha terapeutických, podpůrných, výukových i prožitkových aktivitách, při navazování kontaktu s klientem nebo jako motivační prvek.

Při aplikaci canisterapie do výuky na školách se podle cílové skupiny a cílů canisterapie, jak uvádí Staffová (2007), volí jedna z forem canisterapie - AAA, AAT nebo AAE. Příklady použití těchto forem uvádějí Stančíková a Šabatová (2012):

AAA - Animal Assisted Activities představují aktivity za přítomnosti psa zaměřené na zvýšení kvality života uživatele služby v různém terapeutickém prostředí, přičemž efekt těchto aktivit lze vyjádřit pouze subjektivními pocity.

AAT - Animal Assisted Therapy je terapeutická práce s klientem za přítomnosti psa zaměřená na motivaci k pohybu, na nácvik určité dovednosti nebo změny chování. Galajdová (2011) dokládá další možnosti použití jako např. při logopedických cvičeních, při uvolňování spasmů a rozvoji jemné motoriky. Výsledky této formy jsou pozorovatelné a měřitelné.

AAE - Animal Assisted Education je propojení canisterapie a výuky. U dětí mladšího školního věku lze hravou formou využít motivační působení psa i pomůcek prakticky v jakémkoli předmětu. U dětí s TP se v první třídě výborně hodí např. k nácviku prostorové orientace, rozvoji matematických představ nebo vyvozování čísel a písmen. Podle Staffové (2007) vede prožitek výuky se psem ke kvalitnějšímu zapamatování učiva.

Zcela specifické je podle Galajdové (2011) využití psa jako „tlumočníka“ lidské mimiky a gest u dětí s PAS. Pro tyto děti je lidská mimika obtížně rozpoznatelná, zato však mnohé z nich jsou schopny porozumět chování psa, který rozumí výrazům lidské tváře víc než dobře.

Důležitou úlohu může sehrát canisterapie podle Staffové (2007) v oblasti socializace dětí. Nejčastější problémy bývají s nízkým sebevědomím dítěte, problémy spojené se sociálním statutem žáka a jeho rodiny, s emoční nestabilitou dětí či dokonce se šikanou. Pes totiž bere děti takové, jaké jsou. Nerozlišuje děti podle značky oblečení

nebo mobilu v kapse. Dítě má tak možnost vyniknout v dovednostech spojených s canisterapií. Může navázat nové kontakty se spolužáky, přičemž směřování vývoje celé skupiny určuje canisterapeut spolu s pedagogem.

### 3.1.4 Expresivní terapie

Expresivní terapie pracují podle Müllera (2014) s uměleckou expresí, tedy s vyjádřením vnitřních pocitů a vztahů k lidem. Je při tom použito specifického prostředku, uměleckého média. V obecné rovině jde o terapeutické využití specifických projevů vyvolaných uměleckými médii. Terapeutické působení probíhá nejen při vlastním procesu tvorby, ale i vnímáním a prožíváním jejích výsledků. Müller (2014) považuje zastoupení expresivních terapií v oboru speciální pedagogiky za velmi důležité.

Podle toho, s jakým druhem umění pracujeme, rozlišujeme např. dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, biblioterapii, tanečně pohybovou terapii a zejména dvě níže popsané: arteterapii a muzikoterapii.

#### Arteterapie

Z expresivních terapií využívaných v oblasti zájmu speciální pedagogiky je podle Müllera (2014) arteterapie jednou z nejvíce rozšířených. Arteterapie dokáže totiž co nejvíce a přitom bezpečně využít uměleckého výrazu. Skryté psychické stavy, emoce, nálady či pocity zde mohou být díky němu přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány, napravovány. Vyjádření vnitřních pocitů bývá spojeno se spontánností, zážitkem či prožitkem.

*„Arteterapii v užším slova smyslu můžeme vymezit jako aplikaci prostředků výtvarného umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.“* (Valenta, 2014, s. 214)

Arteterapie užívá podle Liebmannové (in Müller, 2014) umění jako prostředek osobního vyjádření, pomáhá zprostředkovávat naše pocity. Nesoustředí se na tvorbu

estetických produktů, které by podléhaly hodnocení podle uměleckých kritérií. Tím může posloužit k sebevyjádření opravdu každého.

Müller (2014) potvrzuje, že arteterapeutické postupy lze použít prakticky u všech věkových kategorií a různých diagnostických skupin, a to formou individuální, skupinovou i rodinnou.

Pro děti s tělesným postižením je velmi vhodné užití výtvarných prostředků v pojetí, které se označuje jako artefiletika. Pro ni jsou charakteristické, jak uvádí Slavíková, Slavík a Eliášová (2007), reflektivní dialog, systematická práce se vzdělávacími motivy a sebepoznávání. Vzdělávacími motivy se v artefiletice rozumí žákovské postřehy, které propojují osobní zkušenost s jejím kulturním pozadím a směřují k prohloubení ponávání. *„Cílem artefiletiky je obohacování kulturního kapitálu žáků, rozvíjení jejich sociálních kompetencí a prevence psycho-sociálních selhávání prostřednictvím uměleckých aktivit reflektovaných v žákovské skupině.“* [cit. 2018-02-25, on-line]

## Muzikoterapie

*„Muzikoterapii lze pojmout jako aplikaci prostředků hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.“* (Müller, 2014, s. 63)

Muzikoterapeutické působení je systematický proces, který podle Mastnaka a Kantora (in Müller, 2014) využívá hudební zkušenosti pro naplnění terapeutických, tedy nehudebních cílů. Velmi podstatné v muzikoterapeutickém procesu je navázání a rozvoj terapeutického vztahu.

Aplikování muzikoterapie vychází podle Krause (2005) především z výzkumu a využití různých funkcí mozkových hemisfér a z faktu, že lidský organismus není jen soustavou mechanickou a chemickou, ale především soustavou elektromagnetickou a vibrační. Pomocí muzikoterapie lze navodit vnitřní soulad. Naladěný organismus je daleko odolnější a silnější. Při aktivním zapojení se pacienta do hudební produkce se projeví pozitivní vliv navíc ve zvýšeném smyslu pro rytmus, ve zlepšení jemné motoriky a koncentrace, v lepším stereotypu dýchání. Rovněž se posílí i jeho sebevědomí. *„U dětí*

*s MO lze spatřovat hlavní přínos v uvolnění, snížení spasticity a celkové harmonizaci organismu.“ (Kraus, 2005, s. 226)*

### 3.1.5 Individuální terapeutický plán

V léčebné rehabilitaci je podle Švestkové (2017) důležité individuálně zvolit prostředky k dosažení cíle. Tyto prostředky určuje interprofesní tým. Jeho společným výstupem je krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán.

Krátkodobý rehabilitační plán představuje stanovení konkrétních rehabilitačních postupů a jejich koordinaci. Plán se vypracovává na vymezenou dobu, jejíž délka koresponduje se zdravotním stavem, akutností, resp. progresí onemocnění. Obvykle nepřesahuje dobu 3 měsíců.

Oproti tomu dlouhodobý rehabilitační plán obsahuje stanovení dalších medicínských postupů nutných pro úspěšné naplnění procesu rehabilitace a vytvoření podmínek pro přechod do dalších složek koordinované rehabilitace. Při tvorbě plánu se vychází zejména z objektivních výsledků funkční diagnostiky, dosavadního průběhu rehabilitace a terapií. Použijí se další podklady důležité pro stanovení dlouhodobé prognózy.

## 3.2 Pedagogické prostředky rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je další významnou složkou ucelené rehabilitace. Podle Jankovského (2006) představuje záměrné působení pedagogicko-psychologickými prostředky tak, aby byl zajištěn optimální rozvoj osobnosti dítěte se zdravotním postižením. V tomto procesu jsou využívány speciální metody, prostředky a postupy, a to podle druhu a stupně postižení. Právě podle druhu postižení, ale i metod práce lze speciálněpedagogické působení členit na somatopedii, psychopedii, etopedii, oftalmopedii, surdopedii a logopedii.

Cíle vzdělávání u žáků s tělesným postižením jsou podle Zikla (2012) v podstatě stejné jako u zdravých dětí. Ovšem je třeba věnovat navíc pozornost řadě oblastí, které u ostatních dětí rozvíjejí zcela přirozeně. Patří sem např. rozvoj motorických schopností,

zvyšování samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy, rozvoj komunikačních schopností, předprofesní příprava s ohledem na možnosti žáka, nalezení vhodné zájmové a volnočasové činnosti apod. Jednotlivé úkoly budou záviset na zdravotním, psychickém i sociálním stavu žáka.

Podle Votavy (2005) jsou pro děti kromě formálního vzdělávání důležité i neformálně získávané osobní zkušenosti. Také na tomto poli představuje zdravotní postižení časté překážky. Dětství a dospívání jsou obdobím, kdy se formují vzorce chování a sociální vztahy člověka. Není podstatné, zda se jedná o záměrné výchovné působení či spontánní působení okolí. Zato je velmi důležité, aby dítě s postižením prožilo dostatečně dlouhý čas ve školním nebo i jiném dětském kolektivu, kde může navazovat vztahy jak k učitelům a dalším dospělým, tak i k vrstevníkům. Logicky tak pedagogická rehabilitace plní funkci vzdělávací i výchovnou. To, že je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější právě v období dětství a dospívání potvrzuje i Jankovský (2006), který považuje výchovu a vzdělávání za permanentní celoživotní proces.

### 3.2.1 Logopedická péče

Logopedie je podle Kroupové a kol. (2016) speciálněpedagogický vědní obor, který se zabývá výchovou osob s narušenou komunikační schopností. Zkoumá narušení komunikační schopnosti (NKS) u člověka z hlediska jejích příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i určování prognózy. Jak uvádí Mlčáková (in Valenta, 2014), má logopedie interdisciplinární charakter a logoped spolupracuje s pedagogy, speciálními pedagogy, psychology, lékaři, fyzioterapeuty a jinými zdravotníky, sociálními pracovníky a dalšími odborníky.

Logopedická intervence je podle Škodové a Jedličky (in Neubauerová, 2012) komplexním procesem skládajícím se ze tří vzájemně se překrývajících úrovní. Jedná se o logopedickou diagnostiku, logopedickou terapii a logopedickou prevenci. Logopedická intervence v oblasti NKS usiluje o dosažení maximální možné úrovně komunikačních prostředků u osob trpících poruchou řečové komunikace. Děje se to formou odstranění, příznivého ovlivnění či kompenzací deficitů, které nepříznivou komunikační situaci

vyvolávají. Komunikační poruchy významným způsobem ovlivňují kvalitu života člověka a jeho blízkých.

Narušenou komunikační schopností se vyjadřuje podle Lechty (in Valenta, 2014) takový stav, když se některá rovina jazykového projevu jedince odchyluje od zažitých komunikačních norem natolik, že obsah sdělení je narušen. Může se jednat o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou rovinu či jejich kombinace. Rozlišuje se, zda se NKS týká produkce (sdělování informací) nebo percepce (porozumění a přijímání informací). NKS se může projevovat ve všech podobách - verbální i neverbální, mluvené nebo grafické podoby komunikace. Podobně jako u jiných poruch může být z hlediska doby vzniku NKS vrozená nebo získaná, z hlediska trvání může být trvalá nebo přechodná.

Logopedická terapie je podle Neubauerové (2012) vedena a usměrňována logopedem a opírá se o zásady řízeného a záměrného učení. Základním principem je respektování stupňů dosaženého vývoje při zahájení terapie a jejím postupu. Terapeutický proces je založen na reedukačních postupech, pracujících přímo s postiženými oblastmi (např. motorikou mluvidel) a usnadňujících jejich funkcionální zlepšení.

### 3.3 Sociální prostředky rehabilitace

Legislativní podmínky sociální rehabilitace a druhy sociálních služeb jsou dány zákonem č. 108/2006 Sb. - *Zákonem o sociálních službách*. Pro rodiny s dětmi s postižením jsou důležitá např. ustanovení o příspěvcích na péči (§ 7 a § 8). Dále mohou využít odborné sociální poradenství (§ 37). Ze služeb sociální péče bude nejdůležitější osobní asistence (§ 39). Osobní asistence je podle zákona o sociálních službách charakterizována jako „*terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*“ [cit. 2018-03-01, on-line]

Sociální rehabilitaci je možno chápat jako službu tak, jak ji vymezuje zákon o sociálních službách (§ 70), tedy službu sloužící k nácviku dovedností pro samostatný



život. Sociální rehabilitace však může mít i širší význam. Např. podle Votavy (2005) je sociální rehabilitace procesem vedoucím k tomu, aby všechny osoby se zdravotním postižením byly přijímány jako součást společnosti. Za důležitý úkol sociální rehabilitace považuje Votava (2005) podporu rodiny a vnitrorodinných vztahů, a to zvláště v rodině, kde se narodilo dítě se zdravotním postižením. První sociální službou, která může rodičům dítěte s postižením pomoci, je raná péče. *„Raná péče je podle § 54 terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“* [cit. 2018-03-01, on-line]

Podle Jankovského (2006) je úkolem rehabilitace, aby byl člověk s postižením schopen přijmout své postižení, nemoc, či znevýhodnění. Přitom aby byl schopen zaujmout ve společnosti svou roli a také aby byl společností přijímán. Získání optimální kvalita života vede životní spokojenosti.

Z toho je zřejmé, že nelze se sociální rehabilitací čekat na dobu, až bude dítě na prahu dospělosti. Dítě s tělesným postižením by se mělo vyvíjet ve svém přirozeném prostředí – v místě, kde žije, ve spolupráci rodiny a školy. Na důležitost použití odpovídajících prostředků sociální rehabilitace u dětí upozorňuje i Zíkl (2012). Nelze rozhodně spoléhat na to, že by veškeré potřeby dítěte s tělesným postižením byly naplněny prostým pobytem mezi ostatními žáky ve třídě. Dítě s narušenou komunikační schopností, s omezením motorických i kognitivních schopností je znevýhodněno. Může být dokonce odmítáno, může mu chybět spontánní kontakt, může pobývat většinu času pouze s asistentem. Je důležité, aby škola pomohla zejména se sociálním začleněním dítěte do vrstevnické skupiny a i do celé komunity. Dítě potřebuje rovněž pomoc s nalezením tzv. vztažné skupiny, s níž je schopno se identifikovat. Přičemž je žádoucí, aby hodnoty a vzorce chování v této skupině byly pro společnost přijatelné a pro dítě přínosné.

## 4. Ucelená rehabilitace žáků s tělesným a kombinovaným postižením jako základ jejich úspěšného zahájení školní docházky

### 4.1 Formulace výzkumného problému

Období počátku školní docházky je obecně považováno za důležitý mezník v životě dítěte i celé rodiny. Rodiče i učitelé si přejí, aby dítě bylo spokojené, aby plnilo své první povinnosti ochotně, aby dobře zapadlo do kolektivu a mělo kamarády, aby mu šlo čtení, psaní a počty. U většiny dětí nelze očekávat, že se vše odehraje samo od sebe. Je potřeba se dítěti věnovat, pomoci mu vytvořit si zdravé návyky k učení a domácí přípravě, podpořit ho při zvládnání potíží, nenásilně budovat kladný vztah ke škole.

Rodiče dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením musí kromě těchto záležitostí spojených přímo se školní docházkou řešit také otázky zdravotního stavu svého potomka. Aby probíhal zejména tělesný vývoj dítěte co nejlépe, tj. aby se stávající tělesné funkce pokud možno zlepšovaly a rozvíjely, neobejde se péče o vývoj dítěte bez pravidelných terapií. Budeme-li vycházet z velké různorodosti této skupiny dětí, bude se lišit i složení a četnost navštěvovaných terapií i jejich důležitost. Rozdíly s velkou pravděpodobností umocní nejen stupeň a druh postižení, dostupnost a časová náročnost potřebných terapií, ale také informovanost rodičů nebo jejich důslednost a schopnost spolupracovat při terapiích.

Cílem této práce je zjistit, jak je pro rodiny dětí s tělesným a kombinovaným postižením náročné zvládat školní povinnosti a současně navštěvovat terapie zajišťující optimální, zejména tělesný vývoj. Proto byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO 1: Považují rodiče ucelenou rehabilitaci za pomoc či spíše jako zátěž?

VO 2: Jaké terapie jsou časově nejnáročnější?

VO 3: Co považují rodiče za důležité ve vztahu ke školní docházce svého dítěte s tělesným nebo kombinovaným postižením?

VO 4: Jsou sociální služby u dětí mladšího školního věku využívány?

## 4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a metodika

Výzkumný vzorek tvořily dva soubory. Základní soubor tvořili rodiče žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením, kteří si plní povinnou školní docházku na běžných základních školách v Jihočeském kraji. U těchto žáků je možno předpokládat, že zajištění všech složek rehabilitace bude spočívat především na rodičích. Kontrolní soubor tvořili rodiče žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením, kteří navštěvují základní školy při centru ARPIDA v Českých Budějovicích. U této skupiny lze předpokládat, že praktikování všech složek rehabilitace, tedy jejich ucelenost, bude zajišťovat výše uvedené soukromé zařízení. Struktura a fungování tohoto zařízení jsou uvedeny v příloze.

Základní použitou metodou byla metoda dotazníkového šetření (vzor dotazníku je uveden v příloze). Původně měl být použit pro výzkum strukturovaný rozhovor. Během přípravné fáze výzkumu se však ukázalo, že i telefonní kontakt na rodiče dětí je považován za důvěrnou informaci a k rodičům je možno se dostat pouze zprostředkovaně. Proto byly otázky plánované pro rozhovor zpracovány do podoby dotazníku. Otevřenost stěžejních otázek nabízela dostatek prostoru pro vyjádření respondentů. Nakonec se podařilo navzdory překážkám s několika rodiči dotazník ještě prodiskutovat, takže rozhovory se v menší míře uskutečnily (s pěti respondenty).

Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, přičemž žádná nebyla označena jako povinná. Byl vytvořen jednak v elektronické podobě v programu nabízeném zdarma společností Survio, jednak jako klasický text ve Wordu pro tištěnou verzi. Úvodní část dotazníku tvořilo 5 otázek, které monitorovaly pohlaví dítěte, druh postižení, schopnost samostatného pohybu a sebeobsahu. Rodiče vybírali zaškrtnutím z připravených variant a v případě potřeby mohli odpověď upřesnit. Tato část dotazníku sloužila k vytvoření základní představy o dítěti. Věk dítěte v dotazníku nebyl uváděn, dotazování byly rodiče žáků na prvním stupni. Prakticky se jednalo o děti ve věku 8 nebo 9 let.

Stěžejní část dotazníku sestávala z dalších 13 otázek, všechny byly otevřené, aby poskytly rodičům dostatečný prostor pro vyjádření. Otázky byly formulovány tak, aby poskytly odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

E- mailem bylo rozesláno 16 dotazníků na 16 vybraných základních škol v Jihočeském kraji. Bylo tak učiněno po předchozí telefonické domluvě s ředitelkami a

řediteli těchto škol. Přesto nebyla návratnost dotazníků příliš velká: on-line se vrátilo 5 odpovědí, e-mailem 4. Při osobně předaných dotaznících se z 5 vrátilo všech 5. Celkem se tedy z běžných základních škol navrátilo 14 dotazníků, z toho 3 byly ještě doplněny při rozhovoru. Rodičům z Centra Arpida byly dotazníky předány osobně v celkovém počtu 11, vrátily se všechny, 2 byly upřesněny při rozhovoru.

Výzkumného šetření se ve výsledku zúčastnilo celkem 25 rodičů. Základní soubor tvořilo 14 rodičů, jejichž děti plní PŠD na běžných základních školách - jednalo se o 8 děvčat a 6 chlapců. Kontrolní soubor tvořilo 11 rodičů, jejichž děti dochází do ZŠ ve speciálním zařízení (Centrum Arpida). Jednalo se o 6 děvčat a 5 chlapců.

## 5. Interpretace výzkumného šetření

Při dotazníkovém šetření a rozhovorech se ukázalo, jak široké může být pásmo diagnóz, které spadají pod označení tělesné nebo kombinované postižení. Právě druh postižení (a také jeho stupeň – ten nebyl zjišťován) nejvíce vymezoval složení terapií. Je možné říci, že každý druh postižení přináší specifickou situaci. Proto je nutné mít na zřeteli, že na každý případ je nezbytné pohlížet individuálně.

Úvodní část dotazníku sloužila k získání základních informací o dítěti, tedy i o druhu jeho postižení. Výzkum přinesl poměrně velkou škálu tělesných postižení. Při vyhodnocování údajů byly zaznamenány tyto diagnózy, jsou uvedeny podle údajů poskytnutých rodiči: spinální muskulární atrofie, Duchenova svalová dystrofie, chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie (CIDP), akutní diseminovaná encephalomyelitida (ADEM), Turnerův syndrom, spina bifida, DMO kvadruparetická forma, hereditární neuropatie typu CMT (M. Charcot-Tooth), kongenitální myopatie.

U dětí s kombinovaným postižením byly během výzkumu zaznamenány tyto diagnózy: Sotosův syndrom, DMO v kombinaci s ADHD, DMO v kombinaci s poruchou řeči, současné postižení sluchu a zraku, DMO v kombinaci s mentálním postižením a vývojovou dysfázií, hypotonie trupu v kombinaci s ADHD a dysartrií, Dandy-Walkerův syndrom (DWS), DMO diparetická forma v kombinaci s vadou zraku.

I když byly situace rodin zkoumaných žáků rozdílné, lze mezi nimi najít některé podobnosti a souvislosti. Ty se objevily hned na začátku hlavní výzkumné části rozhovoru/dotazníku, a to u otázky *Podle čeho jste vybírali školu pro Vaše dítě?*

U obou skupin respondentů velmi často ovlivnila rozhodování znalost prostředí. Jednalo se o skutečnost, že dítě ve stejném místě, kde navštěvovalo mateřskou školu, pokračovalo logicky i nástupem do 1. třídy ZŠ. Dalším důležitým aspektem byl rodiči považován vstřícný přístup ze strany školy.

Další důvody se u obou skupin respondentů již lišily, budou tedy uvedeny zvlášť. Rodiče, kteří zvolili pro vzdělávání svého dítěte ZŠ ve speciálním zařízení (Centrum Arpida), zmiňovali ve svých odpovědích tyto důvody:

- *Komplexní systém péče o děti se zdravotním postižením,*

- *individuální přístup,*
- *dostupná a pravidelná rehabilitace,*
- *milé prostředí,*
- *malý třídní kolektiv,*
- *rozložení 1. třídy do dvou ročníků,*
- *odbornost a zkušenosti pedagogů,*
- *doporučení lékaře.*

Tyto důvody uváděné rodiči se při šetření často opakovaly. Nebyly uváděny izolovaně, nýbrž s dalšími dvěma a více důvody. Z odpovědí i reakcí rodičů bylo patrné, že své rozhodnutí velmi dobře promýšleli a hodně brali v úvahu zdravotní stav svého dítěte. Jedna maminka se rozhodla po druhé třídě pro přechod z běžné ZŠ do ZŠ ve speciálním zařízení kvůli zhoršení zdravotního stavu svého syna. Jedna maminka si ještě před zápisem domluvila návštěvu přímo ve třídě, protože jako jeden ze svých důvodů uvedla „*líbil se mi styl práce paní učitelky*“.

Rodiče, kteří zvolili pro vzdělávání svého dítěte běžnou (spádovou) ZŠ, uváděli ve svých odpovědích tyto důvody:

- *Možnost přechodu stejné asistentky u dítěte z MŠ do ZŠ,*
- *ochota začlenit dítě se zdravotním postižením,*
- *bezbariérovost školy (nebo zřízení a ponechání třídy v přízemí),*
- *škola v místě bydliště.*

I v této skupině rodičů se argumenty, proč zvolit spádovou školu, řetězily a opakovaly. Kromě výše uvedených se objevily i tyto následující. Jedna maminka uvedla „*chodili sem na tu školu i její starší sourozenci, tak i naše nejmladší dcera*“. Pro další rodiče bylo důležité i naladění školy, jedenkrát se jednalo o školu waldorfskou a jedenkrát o školu církevní. Jedna maminka považovala za velmi důležité budování sociálních vazeb a odůvodnila své rozhodnutí slovy: „*chtěla bych, aby můj syn měl kamarády tady u nás ve vesnici, aby věděl, že sem patří*“.

Odpovědi na další otázku *Co je pro Vás důležité, co se týká školní docházky Vašeho dítěte?* se u některých respondentů částečně kryly s odpověďmi na předchozí otázku. Znovu se objevovala vyjádření typu *individuální přístup, bezbariérovost,*

*všestranný rozvoj či přátelská atmosféra.* Naprostá většina rodičů, bez ohledu na druh navštěvované ZŠ, považuje za nejdůležitější fakt, aby jejich dítě ...*chodilo do školy rádo, ...aby bylo spokojené, ...aby zažilo radost z úspěchu.* Někteří rodiče (z běžné ZŠ) kromě toho ještě uváděli další hlediska:

- *Aby se naučil vycházet se zdravými spolužáky,*
- *škola je pro něho místem společenského vyžití, zažívá tady legraci,*
- *naučit se vše jako zdravé děti,*
- *ochota zohlednit jeho postižení, pochopení dítěte takového jaké je.*

*Jaké podmínky Vám škola zajistila (např. bezbariérovost, pomůcky, asistent, individuální vzdělávací plán apod.)?* Tato otázka v sobě zahrnuje technické podmínky, pedagogické prostředky rehabilitace (podpůrná opatření), které škola dítěti s TP/KP zajistila. Zde budou obě skupiny rodičů rozděleny, protože podmínky a tedy i odpovědi se u obou skupin liší. Odpovědi vztahující se k bezbariérovosti byly úzce propojené s druhem postižení dítěte a s potřebnými kompenzačními pomůckami pro zajištění pohybu v budově školy. Děti s elektrickým či mechanickým vozíkem navštěvující běžné ZŠ měly bezbariérové prostředí zajištěno ve 3 případech z 5. U zbývajících dvou případů dětí s mechanickým vozíkem se školy snažily vyjít dětem vstříc umístěním třídy na podlaží, které je dostupné jiným vchodem a kde je bariér co nejméně. Také příslibem, že bude v dalších letech třída v těchto místech ponechána. Schody do jiných učeben nebo např. do jídelny ale zůstávají překážkou. K dalším potřebným krokům směrem k bezbariérovosti můžeme přiřadit provedenou úpravu WC a instalaci vhodných madel.

V ZŠ v Centru Arpida se rodiče technickými podmínkami nemuseli zabývat, protože celá budova je bezbariérová. Rovněž toalety jsou přizpůsobeny potřebám dětí/klientů se speciálními potřebami. Také nemuseli zmiňovat „*ochotu zohlednit jeho postižení*“, jelikož individuální přístup k dítěti je zde přirozenou součástí práce pedagogů.

Hlavní rozdíl mezi oběma skupinami spočíval v pedagogických prostředcích. V běžných (většinou spádových) školách měly děti individuální vzdělávací plán, pomůcky, asistenta. Rodiče hodnotili kladně, když nesloužily pomůcky jen ve škole, nýbrž je dostávali i domů na domácí přípravu. Jedna maminka ocenila snahu školy o

ulehčení situace její dcery, která se pohybuje s pomocí francouzských holí: „*Jsem ráda, že má dvě sady učebnic- jednu doma a jednu ve škole. Domů si nosí jen pracovní sešity.*“

Do ZŠ v Centru Arpida nastupují děti do první třídy s tím, že rodiče dopředu ví, že školní vzdělávací program ZŠ rozděluje učivo první třídy do dvou ročníků. (viz kap. 2.1.1) Tuto skutečnost považují za výhodu a dobrý vklad do začátku celé školní docházky svých dětí. Pro některé rodiče to byl i jeden z důvodů výběru školy. Při průzkumném šetření se ukázal mj. i případ chlapce, který cca po půl roce v běžné ZŠ nestačil tempu výuky. Kromě nechuti ke školní práci i domácí přípravě se u něho objevily výrazné změny v chování. Jak uvedl jeho tatínek: „*Byl hrubý ke svým sourozencům, nechtěl s ničím doma pomáhat, nepoznávali jsme ho.*“ Následující školní rok nastoupil chlapec v Centru Arpida do první třídy druhým rokem. V téměř rodinném prostředí (oproti původní škole) se zklidnil, nároky na něho jsou přiměřené jeho možnostem a chlapec celkově prospívá.

Někteří rodiče z obou skupin uvedli i konzultace a spolupráci s SPC. Ta se samozřejmě týká všech, spíše si na ni ostatní rodiče v danou chvíli nevzpomněli.

*Jaké terapie Vaše dítě navštěvuje? Kterou považujete za nejdůležitější?* Odpovědi na tuto otázku souvisí přímo s diagnózou a také se stupněm postižení. Rodiče dětí navštěvujících běžné ZŠ zmiňovali zpravidla méně terapií než rodiče dětí v Centru Arpida. Od obou skupin rodičů byly nejčastěji uváděny:

*-fyzioterapie*

*-logopedie*

*-ergoterapie*

Kromě těchto tří zásadních se objevovaly další terapie jako: hipoterapie, plavání, hydroterapie, Therasuit, muzikoterapie, arteterapie, chirofonetika, program na podporu grafomotorických dovedností, péče psychiatrická a psychologická, kraniosakrální terapie, masáže, jízda na kole. Co se týká preferencí, bylo rozhodování rodičů ovlivněno spíše aktuální situací. Podle toho, co řešili nejvíce. Za nejdůležitější považovali někteří rodiče fyzioterapii, někteří uvedli logopedii. Většina rodičů vnímá terapie jako komplex, neupřednostnili žádnou, jsou pro ně, resp. pro jejich děti, důležité všechny.

*Ad B5) Kolik času vám zabere dojíždění na terapie týdně (včetně terapie samotné)?*



*Ad B8) Máte individuální terapeutický plán? Podílel/-a jste se na vytváření? Jakou formou?*

*Ad B9) Je součástí tohoto plánu i nějaká aktivita doma? Pokud ano, kolik času tomu týdně věnujete?*

Tyto otázky bude výhodné vyhodnotit společně, protože tak utvoří lepší představu o pravidelných terapiích a času jim věnovaných. Časy strávené na různých terapiích se u jednotlivých případů liší minimálně ze tří důvodů. Prvním z nich je druh postižení a jeho závažnost. Druhým důvodem je dostupnost terapií. Lze předpokládat, že ve větších městech budou terapie dostupnější (nabídkou i vzdáleností), než v menších městech a na venkově. Je také zřejmé, že dobu potřebnou na terapie a dopravu nemůžou rodiče využít jinak. Třetím důvodem je i míra důslednosti rodičů při domácích terapiích. Obvykle totiž mají děti určitý počet terapií pod odborným vedením terapeuta. Na tyto terapie mají navazovat i další aktivity doma prováděné za asistence a vedení rodičů (viz. individuální terapeutický plán – kap. 3.1.5).

Následuje přehled časů uváděných rodiči ve spojení s diagnózami dětí. Nejdříve je uváděn čas potřebný na dopravu na terapii včetně terapie samotné, pak diagnóza, dále čas potřebný na terapii v domácím prostředí, poslední údaj je existence individuálního terapeutického plánu.

Čas potřebný na dopravu na terapii včetně terapie samotné h/týd.	DIAGNÓZA	Čas potřebný na terapii v domácím prostředí h/týd.	Individuální terapeutický plán
5	spinální muskulární atrofie	3,5	ne
6,5	Duchanova svalová dystrofie	7	ano
10	svalová dystrofie	5	ano
13	DMO-kvadruparetická forma	2	ano
3	Turnerův sy.+těžká zrak. vada	2	ano
4	Sotosův sy.+MR	20	ano
10	polyneuropatie-CIDP	více jak 20	ne
3	rozštěp páteře	2,5-3	ano
0	vada zraku a sluchu	20	ne
1,5	DMO	28	ne
1,25	DMO	1-2	ne
2	DMO+ADHD	3,5	ne
8	DMO, MR, vada zraku	2,5	ano - pouze v lázních

4	centr. hypoton. syndrom+dysartrie+strabismus	1-2	ano
4	DMO –spast. diparéza	3	ano
2	Ulrichova sval. dystrofie – UCMD	3-4	ano
3	Blackfan-Diamond anemie, ADHD	2	ano
1,5	Dandy-Walkerův syndrom – DWS	3-4	ano
4	DMO- kvadruparet. forma	5-6	ano
3	akutní diseminovaná encephalomyelitida-ADEM	1,5-2	ano
3	svalová dystrofie	2	ano
2	DMO+vada zraku	3-4	ano
2,5	hypotonie+ADHD+dysartrie	2-3	ano
2	DMO	2-3	ano
1,5	DMO	4-5	ano

Je nutné opět upozornit na rozdílnou situaci rodičů dětí zařazených v běžných ZŠ a dětí v Centru Arpida. První skupina to má náročnější – všechny terapie si zajišťují rodiče sami, obvykle včetně dopravy. Rovněž jsou na rodičích i následující terapie a aktivity doma. Velmi záleží i na informovanosti rodičů. V této skupině měly individuální terapeutický plán pouze někteří. Je velmi pozitivní, že i bez plánu všichni rodiče v terapiích doma pokračovali.

Rodiče dětí z Centra Arpida mají odborné terapie zajištěné již v době vyučování nebo školní družiny. Považují to za velkou, zejména časovou úlevu. Někteří využívají i svoz dětí do školy a ze školy. Jako časovou zátěž mohou vnímat dobu potřebnou na terapie prováděné doma. Je zde také určité úskalí, které spočívá v tom, že někteří rodiče mohou mít pocit, že když jejich dítě cvičilo dopoledne, tak už doma nemusí a přesouvají tím tak vlastní díl odpovědnosti na zařízení, které jejich dítě navštěvuje. V této skupině měli individuální terapeutický plán všichni. Rodiče se podílí na vytváření plánu konzultacemi a také zacvičením.

*Ad B6) Jaké terapie se Vám nejobtížněji zajišťují a proč tomu tak je?*

Jen málo rodičů odpovědělo, že nemají se zajišťováním terapií potíže. Ve dvou případech byl důvodem fakt, že dítě žádné terapie nenavštěvuje, tudíž rodiče potíže nepocítují a taktéž nemusí žádné terapie hradit. K obtížně zajistitelným terapiím řadili rodiče tyto:

- Rehabilitace (resp. fyzioterapie) - „*V našem okolí není člověk, který by byl zaměřený na rehabilitaci dítěte s DMO.*“ - „*Fyzioterapeutky jsou příliš vytížené.*“
- Therasuit - „*Dvou až třítydenní pobyt je drahý a také je nepříjemné vytržení dítěte ze školní docházky.*“
- Ergoterapie - *není dostupná v místě bydliště*
- Hipoterapie- *malá kapacita*
- Aplikace botulotoxinu - *dojíždění do Prahy do Motola*
- Chirofonetika - *není terapeut v blízkém okolí*

Pokud bychom opět srovnali obě zkoumané skupiny, lze říci, že rodiče dětí z běžných ZŠ to mají se zajišťováním terapií složitější než rodiče dětí v Arpidě. Ti potíže se zajištěním fyzioterapie, logopedie a ergoterapie nemají. Také nemají starosti s úhradou těchto terapií, protože se jedná o výkony hrazené přes zdravotní pojišťovny.

*Ad B7) Jsou mezi terapiemi takové, které si musíte sami hradit?*

Jako nejčastěji uváděné placené terapie lze uvést hipoterapii (5x), plavání (4x) a fyzioterapii (3x). Další odpovědi byly uvedeny každá jen jedenkrát, a byly to: vodoléčba, chirofonetika, pobyt u moře, logopedie, arteterapie, masáž, pružné náplasti („tejpy“). Za finančně nejnáročnější považovali rodiče terapii Therasuit (2x).

*Ad B10) Využíváte nějaké sociální služby? Jaké?*

Na tuto otázku odpovídali rodiče téměř všech dětí z běžných základních škol záporně. Ve dvou případech byla uvedena osobní asistentka, jedenkrát odlehčovací služba. Rodiče dětí z Centra Arpida také až na dva případy uvedli, že žádné sociální služby nevyužívají. Tato otázka ovšem byla ze strany rodičů chápána jako sociální služby „odjinud“. Jak se ukázalo při rozhovorech, rodiče nezmiňovali sociální služby čerpané ve škole jako např. pomoc při podávání stravy nebo při sebeobsluze. Tyto služby vlastně dítěti během

školního vyučování zajišťuje asistent. Rodiče dětí z běžných ZŠ nevyužívali žádné služby zajišťující dopravu či doprovod dítěte do školy. Rodiče dětí z Arpidy využívají každodenní dopravu do školy ráno v počtu 4 z 11 dětí. Odpoledne si děti již vyzvedávají rodiče. Rodiče dětí z Arpidy mají na sociální služby uzavřenou individuální smlouvu podle potřeb dítěte.

*Ad B11) Jsou tyto služby pro Vás snadno dostupné?*

Rodiče, kteří odpovídali na předchozí otázku záporně, ponechávali většinou tuto otázku bez odpovědi, přecházeli ji. Z těchto rodičů čtyři odpověděli záporně. Jedenkrát se objevila odpověď nevím. Ti, kteří využívali nějaké sociální služby (5x), uvedli souhlas, tedy považovali sociální služby za dostupné.

*Ad B12) Byl nějaký zvlášť výrazný okamžik či období během prvního roku školní docházky (pro Vaše dítě i pro Vás)?*

Odpovědi na tuto otázku je možné roztrždit do několika skupin. První skupinu by spojovalo označení „obtížný začátek školní docházky“:

*„Začátek školní docházky- scény, křik, vztek, mlácení. To je naštěstí pryč. Byla nešťastná, že není jako ostatní děti.“*

*„První rok byl náročný.“*

*„Podzim, než jsme si zvykli na nový režim.“*

*„První rok školní docházky je náročný pro zdravé děti i rodiče, natož pak pro děti nemocné.“*

*„Začátek školního roku.“*

*„Těžkých okamžiků jsme měly celou spoustu. Už jen tím, že jí to tam nebavilo, jsme se domlouvaly, jak s M. budeme pracovat dál.“*

*„Na začátku školního roku byl hrozně unavený, mám pocit, že si nevěřil, že to zvládne. Bylo to hodně informací, které musel vstřebat a naučit se. V pololetí se to zlomilo, měl radost, že čte, že si může číst sám, co chce.“*

*„Nejvýraznější byl nástup do 1. třídy. Přechod mezi MŠ a povinnou školní docházkou.“*

Druhá skupina odpovědí představuje protiváhu k „potížím“. Zde jsou odpovědi, podle kterých na začátku školní docházky o nic zvláštního nešlo, nebo byly jednoznačně pozitivní.

*„Ne, nebyl.“*

*„Nevzpomínám si.“*

*„Neuvědomuji si nic konkrétního.“*

*„První rok školní docházky v CA byl výrazný tím, že se syn začal těšit do školy na výuku. Díky pomalejšímu tempu a menšímu množství úkolů začal rád plnit povinnosti do školy i doma.“*

Třetí skupina odpovědí má společného jmenovatele „zapojení dítěte do kolektivu“.

*„Asi když jsme viděli, že děti přijímají našeho syna takového, jaký je. Řekli jsme si, že jsme udělali dobře, když jsme ho dali do běžné základní školy mezi zdravé děti.“*

*„Komunikace s kolektivem, zapojení se.“*

*„Zapojení do kolektivu. Proběhlo velmi dobře.“*

Pro čtvrtou skupinu jsou spojovacím prvkem „první úspěchy“.

*„První přečtená slůvka.“*

*„Každé dítě se nástupem do školy změní. U dcery začalo být vidět, že se více osamostatňuje, že chce více věci zvládat, a že se chce vyrovnat dětem okolo sebe. Ale sama už ví, na co stačí a na co ne.“*

*„Intenzivní práce, aby se dostavil nějaký pokrok. V učení, v motorice...“*

*„První známka v žákovské knížce, pak vysvědčení včetně slovního komentáře.“*

Pátá skupina obsahuje „ostatní“ odpovědi, které nebylo možno zařadit do předchozích čtyř skupin.

*„Jsem ráda, že to všechno zvládáme. Učení a tak.“*

*„Až letos. Tím, že je učivo náročnější.“*

*„K. byl vybrán na let letadlem – čerpá z toho zážitku ještě dnes.“*

*Ad B13) Jakých pokroků Vašeho dítěte si nejvíce ceníte? Co se podařilo?*

Je zajímavé, že určité momenty v životě dítěte s postižením jsou tak výrazné, že je rodiče uvedli, přestože ne vždy přímo souvisí s nástupem dítěte do školy. Sem by patřily odpovědi vyjadřující radost z pokroků v oblasti motoriky.

*„Největší pokrok u našeho dítěte bylo to, že začal chodit. Čekali jsme na chůzi až do jeho pěti a půl let.“ Jinak každého pokroku, který náš syn dosáhne, si moc ceníme.“*

*„Pokroky v motorice a komunikaci. ... Inkluze ve školství nám velmi usnadnila a zjednodušila život. Už jen to, že nemusíme dceru vozit 25 km daleko.“*

*„Chůze o berlích.“*

*„Zlepšení fyzické, v komunikaci, v sociálních vztazích, začlenění do kolektivu.“*

*„Mám radost, že se stále motoricky vyvíjí, takže se pomalu k chůzi blížíme. Chce chodit, chce dělat všechno, co jeho zdraví kamarádi. Že mu to jde ve škole, že stihá klasický vzdělávací plán.“*

*„Když se tenkrát dcera postavila na nohy, byly jí skoro dva roky. Doktoři řekli, že dcera nebude chodit, ale ona chodí sama od dvou let. Je celkem samostatná a šikovná.“*

Další skupina odpovědí je již přímo spjata se školní docházkou. Představuje potěšení rodičů z pokroků v oblasti komunikace a z úspěšného začlenění dítěte do třídního kolektivu:

*„Díky naslouchátkům slyší a začala mluvit.“*

*„Získávání důvěry i ve své spolužáky.“*

*„Že je spokojený ve třídě.“*

*„Mluvení, komunikace. Ale jde to pomalu.“*

*„Dceři se ve škole líbí, má tam kamarády a má moc ráda paní učitelku – pro mě největší úspěch.“*

*„Že dobře zapadl do kolektivu. Je pro mě důležité, že se syn může účastnit různých aktivit (muzeum, škola v přírodě atd.), což v původní škole nebylo možné.“*

Třetí skupina odpovědí přináší radost z úspěchů a pokroků ve školní práci. Jsou zde i odpovědi vyjadřující vděčnost za jakýkoliv úspěch, bez bližší specifikace.

*„Vážíme si každého pokroku. Všechno trvá déle. Nemůže nic „odkoukat.“*

*„Každý pokrok své dcery považuji za významný.“*

*„Že baví dceru kroužek a daří se jí to. Chodí na klavír.“*

*„Dcera je stále samostatnější.“*

*„Za jakýkoli pokrok – ve školní práci, v sociální oblasti, komunikaci atd. jsme šťastní. Nemáme nejcennější. Zatím jsme nezvládli násobilku, tak třeba se letos podaří.“*

*„Pokroky v učení i v chování.“*

*„O prázdninách si přečetla svou první knihu. Je schopna se orientovat v nápisech na ulici. Počítá si i kuličky k snídani, umí napočítat do 100. Má ráda domácí úkoly.“*

*„Myslím si, že pokroky určitě jsou. Začala víc komunikovat, určitě je víc samostatnější, ale vše jen, jak se říká o chlup.“*

*„Nejvíce si cením, že zvládla počítání a čtení. A našel se prozatímni způsob psaní pomocí iPadu. Zlepšila se v řízení el. vozíku.“*

*„Čtení, psaní písmen, počítání.“*

*„Rozvoj logického myšlení v matematice, zlepšení motoriky (chůze; méně zakopává). Spokojenost dítěte. Není ve stresu z velkých požadavků na domácí úkoly.“*

*„Cením si pokroků ve škole – pochopení principu sčítání a odčítání, základy čtení.“*

## 5.1 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na žáky s tělesným a kombinovaným postižením. Jednalo se o žáky první až čtvrté třídy základní školy, většina však ve věku 8-9 let. Výzkumné šetření mělo posoudit, zda je ucelená/koordinovaná rehabilitace významnou podporou úspěšného zahájení školní docházky.

Základní výzkumný soubor tvořili rodiče žáků s TP/KP navštěvujících běžné základní školy v místě svého bydliště. Byli to rodiče 14-ti žáků z vybraných škol v Jihočeském kraji. Kontrolní soubor tvořilo 11 rodičů žáků navštěvujících základní školu ve speciálním zařízení. Tím bylo Centrum Arpida v Českých Budějovicích. Výzkum mj. potvrdil skutečnost, že i přes poměrně úzké vymezení skupiny bylo její složení velmi heterogenní. Se stejným jevem se setkal ve svém výzkumu např. Zikl (2007). Tato velká rozdílnost způsobuje, že na některé otázky nelze najít jednoznačnou odpověď. Navíc mohly v rozhodování a v odpovědích rodičů hrát roli další okolnosti, které nebyly v rozsahu tohoto šetření postihnutelné.

Různorodost skupiny je asi nejvíce patrná při hledání odpovědi na první výzkumnou otázku. To, že rodiče vnímají ucelenou rehabilitaci jako pomoc a podporu nelze říci ve všech případech. Kladné hodnocení celého procesu ucelené rehabilitace a uvědomování si různých výhod bylo možno vidět spíše u kontrolního souboru, tedy rodičů dětí vzdělávaných ve speciálním zařízení. Tam bylo zřejmé, že „břímě“ odpovědnosti nese i zařízení, které pečuje o děti a není všechno na rodičích. Ti jsou si toho vědomi a jsou rádi, že jim zbývá více času na rodinu. Jejich děti mají větší prostor na odpočinek a regeneraci, což při jejich snadné unavitelnosti není nevýznamné. Kromě toho, že děti mají většinu terapií absolvovanou v dopoledních hodinách, rodiče velmi kladně hodnotili i pedagogické prostředky v systému ucelené rehabilitace. Bylo to především rozložení učiva první třídy do dvou ročníků, individuální přístup k dětem a jejich malý počet ve třídě. Dalšími pozitivy jsou dostupnost terapií i odborných

pracovníků. Mezi všemi členy týmu probíhá výměna informací a rodič je součástí, partnerem tohoto týmu. Za těchto okolností je pro děti i jejich rodiče ucelená (koordinovaná) rehabilitace přínosem, podporou a pomocí.

U základního výzkumného souboru, tedy rodičů dětí navštěvujících běžné základní školy se ukázalo, že tito rodiče také vnímají rehabilitaci jako důležitou součást péče o své dítě. Pro rodiče z této skupiny je velmi důležitý fakt, že jejich dítě chodí do běžné školy s ostatními dětmi, že je jimi přijímáno. Také to, že mají školu v místě, kde bydlí, kde žijí. Rovněž je pro ně důležitý vstřícný přístup ze strany školy i učitele. Tato pozitiva musí být „vykoupena“ dojížděním na terapie a lékařské kontroly, osobním úsilím při hledání terapeutů, kteří nejsou vždy v místě bydliště dostupní, terapeutickými aktivitami doma. Pro některé rodiče to představuje i finanční výdaje za samotné terapie. Dalo by se zjednodušeně říci (pomineme-li dostupnost terapií), že rozsah rehabilitace je dán jejich úsilím a také mírou jejich informovanosti. Za nevýhodu je možno považovat, že se jedná o různé prostředky rehabilitace, které však nejsou vždy koordinovány. Částečně to může udělat rodič, předá informace, ale vzájemná výměna informací mezi zúčastněnými odborníky chybí. Proto u této skupiny nelze jednoznačně odpovědět na výzkumnou otázku v tom znění, jak byla zformulována, právě z důvodu absence ucelenosti.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku ukázala, a to zcela shodně u obou výzkumných souborů, že časově nejnáročnější terapií je fyzioterapie. Jedním důvodem byla skutečnost, že ve výzkumném vzorku byla velká většina postižení motorických funkcí. Druhým důvodem je fakt, že má-li být fyzioterapie účinná, je nutné dbát na její pravidelné provádění, zpravidla 3-5x týdně (v některých případech denně) v rozsahu cca 30 minut (i více). Zvláštním případem spojeným i s absencí ve škole jsou lázeňské pobyty nebo dvou až třítýdenní terapie Therasuit.

Třetí výzkumná otázka. „*Co považují rodiče za důležité ve vztahu ke školní docházce svého dítěte s TP/KP?*“ Zjednodušeně můžeme uvést, že jde rodičům z obou výzkumných souborů především o to, aby jejich dítě zažívalo ve škole úspěchy. Zažíváme-li úspěchy v dospělém věku, je to příjemné. Pro děti jsou však úspěchy odměnou i obrovskou motivací. Těší je a povzbuzují je v další školní práci. Rodiče spokojenost dítěte sice ne ve všech případech měřili úspěchy, často jim postačil jen fakt, že jejich dítě chodí do školy rádo, že se těší na kamarády, na paní učitelku. To, že se dítě



ve škole dobře cítí, se projevuje v rodinných interakcích i dalších sociálních vztazích. Zde je možno pocítit zejména důležitost správně zvolených pedagogických prostředků. To bylo nejvíce patrné u kontrolního souboru. Rodiče velmi oceňovali rozložení učiva prvního ročníku do dvou let.

Výzkumná otázka č. 4: „*Jsou sociální služby v této věkové kategorii využívány?*“ přinesla, v obou výzkumných souborech shodně, poměrně překvapivé odpovědi. Rodiče (až na vzácné výjimky) odpovídali, že takové služby nevyužívají. Skutečnost je taková, že tyto služby využívají, a to v podobě asistence po dobu pobytu ve škole. Záporné odpovědi rodičů z obou souborů znamenaly nevyužívání dalších sociálních služeb. Zde se dá předpokládat, že s přibývajícím věkem budou děti (rodiny dětí s tělesným postižením) využívat i jiné služby. To však nebylo zahrnuto v tomto šetření. Rozhodně platí, že určitá forma asistence je prakticky pro všechny dotazované nepostradatelná.

## 6. Závěr

Teoretická část práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. Tématem první kapitoly je vlastní tělesné či kombinované postižení. Protože se jedná o velmi heterogenní skupinu onemocnění, jsou uvedeny zejména jejich nejčastější příklady. Jsou popsány důsledky zejména tělesného postižení ve vývoji dítěte i přidružené potíže. Je zde uvedena i současně používaná terminologie. Druhá kapitola je věnována problematice vzdělávání žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením. Kromě legislativy přibližuje i vzdělávací specifika těchto dětí. Zabývá se podpůrnými opatřeními a také rolí a kompetencemi asistenta pedagoga. Dotýká se otázky odkladu školní docházky u těchto dětí. Je zde uveden i nástin vývoje přístupů k dětem s postižením z pedagogického i společenského pohledu. Třetí kapitola teoretické části práce popisuje současné pojetí ucelené/koordinované rehabilitace. Zohledňuje také zastoupení složek ucelené rehabilitace pro mladší školní věk.

Praktická část je postavena na výzkumném šetření, které proběhlo mezi rodiči dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením v Jihočeském kraji. Údaje byly získány dotazníkem a strukturovaným rozhovorem. Šetření řeší otázku, zda je ucelená rehabilitace na počátku školní docházky pomocí nebo zátěží. Z výzkumného šetření v obou souborech vyplývá, že na počátku školní docházky vnímají rodiče dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením rehabilitaci již jako běžnou a současně nutnou věc, která pomáhá jejich dětem fungovat a rozvíjet se především po fyzické stránce. Rodiče z obou souborů se také shodují v tom, že museli uspořádat denní režim tak, aby zvládli s dítětem přípravu do školy i léčebné terapie. Na zvládání povinností má vliv hodně okolností. Podmínky se lišily u obou souborů, které byly předmětem zkoumání. Základní soubor sestával z rodičů dětí z běžné ZŠ, kontrolní soubor tvořili rodiče dětí ze ZŠ ve speciálním zařízení (Centrum Arpida). Rodiče ze základního souboru často vnímají rehabilitaci pouze jako to, co spadá do oblasti léčebné terapie. V některých případech se může jednat o nízkou míru informovanosti. V případech dětí s lehkým postižením rodiče o další složky rehabilitace ani neusilují, protože je děti naléhavě nepotřebují. Děti s tělesným nebo kombinovaným postižením v běžné ZŠ absolvují zpravidla méně terapií. V menších městech a na vesnicích se potýkají s obtížnou dostupností některých terapií. Zařizování a ucelenost celého procesu stojí na rodičích. Výhodou pro tyto děti je, že navštěvují školu

v místě, kde žijí. Rodiče dětí ve speciální ZŠ mají podporu ve všech oblastech ucelené rehabilitace a jednoznačně ji vnímají jako pomoc. Terapie a další služby mají snadno dostupné. Rodiče jsou součástí multidisciplinárního týmu. Školní prostředí, které jejich dítě navštěvuje, není běžné, je velmi chráněné.

Tyto závěry se v podstatě shodují s výzkumem sledujícím léčebnou rehabilitaci u žáků s DMO v základní škole a ve škole speciální. Podle Zikla a kol. (2007) má dítě ve speciální škole více možností samostatného pohybu, využívá více kompenzačních pomůcek, je častěji polohován, má častěji fyzioterapii. Výsledky tohoto výzkumu srovnávající možnosti pohybu dětí s TP v obou typech škol jsou uvedeny v příloze.

Největší díl péče o dítě je samozřejmě na rodičích. Význam přijetí rodičů dítěte s postižením do „týmu“ potvrzuje výzkum Faberové a kol. (2006). V tomto výzkumu byli dotazováni učitelé 1. stupně ZŠ, aby uvedli, co jim nejvíce pomáhá při práci s dítětem s postižením. Z výsledků bylo zřejmé, že za nejzásadnější považovali učitelé právě fungující spolupráci s rodinou.

Tato diplomová práce může přispět k pochopení situací rodin s dětmi s tělesným nebo kombinovaným postižením v době na počátku školní docházky. Může pomoci i samotným rodičům, kteří půjdou se svým dítětem teprve k zápisu, při jejich rozhodování. Jak zjistila ve svém výzkumu Velasová (2014), rodiny s dětmi se zdravotním postižením mají mj. právě potřebu relevantních informací. V dalších letech by to rodiče mohli mít jednodušší v tom, že by školy měly mít s přijímáním a vzděláváním žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením již nějaké zkušenosti, měly by být lépe připravené. V případě, že je multidisciplinární tým pro to které dítě funkční, mělo by se dát dobře odhadnout (a pomoci tím rodičům v rozhodování), jakou cestu vzdělávání pro jejich dítě vybrat. Pedagogům, rodičům i dalším členům týmu by mělo jít o to, aby dítě zvládlo nejen zátěž spojenou se školní prací, ale také aby si udrželo nebo pokud možno vylepšilo současný zdravotní stav determinovaný jeho postižením. Důležitým předpokladem úspěšné školní docházky je nejenom uspokojivý zdravotní stav, ale také takové naladění dítěte, aby chodilo do školy rádo. Zajistit takový stav dítěte je především v rukou třídního učitele a rodičů.

Pro samotný obor speciální pedagogiky přináší tato práce zkušenost, že inkluzivní i speciální vzdělávání mají své výhody i nevýhody, jako všechno. Mezi dětmi s tělesným

či kombinovaným postižením jsou i takové děti, pro které je z hlediska úspěšného zvládnutí školní docházky vhodnější prostředí speciální. Alespoň v jejím počátku, či první polovině. Přestože tyto děti měly zpravidla jeden nebo dva roky odklad povinné školní docházky, nestačila tato doba k dostatečnému vyzrání všech struktur a tento proces neustále pokračuje následně při školní docházce. Jedná se o děti, které potřebují zejména intenzivní léčebnou rehabilitaci. Neméně důležité je takové prostředí i pro děti, které potřebují dozrát v kognitivní oblasti. U dětí s pohybovým postižením to souvisí primárně s organickým poškozením centrální nervové soustavy, druhotně s tím, že pohybové omezení znemožňuje získávat potřebné podněty a z nich vyplývající zkušenosti, které jsou východiskem pro další učení. To souvisí přímo s myšlenkou aplikování ucelené rehabilitace a jejích složek. Jsou-li koordinovány, pak je ucelená rehabilitace pro děti s tělesným i kombinovaným postižením skutečně přínosná.

## Použité zdroje:

- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M., Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. 2., přepracované a rozšířené vyd. Brno, Paido, 2007, 247 s., ISBN 978- 80-7315-158-4
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., Diagnostika dítěte předškolního věku. 1. vyd. Brno, Computer Press, a.s., 2008, 212 s., ISBN 978-80-251-1829-0
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., Školní zralost. 1. vyd. Brno, Computer Press, 2011, 99 s., ISBN 978-80-251-2569-4
- BUBENÍČKOVÁ, P. a kol., Dítě se zdravotním postižením - sborník. MŠMT, Praha 1999
- ČADOVÁ, E. a kol., Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním. 1. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 107 s., ISBN 978-80-244-3308-0
- HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K., Hipoterapie. Léčba pomocí koně. 1. vyd. Ostrava, Montanex, 2005, 293 s., ISBN 80-7225-190-2
- FABEROVÁ, M. a kol., Deskripce a analýza podmínek vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na 1. st. ZŠ (závěrečná zpráva), Hradec Králové, ÚPPE, 2006
- FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L., Somatopedie. 1. vyd. Brno, Paido, 2012, 222 s., ISBN 978-80-7315-233-8
- FISCHER, S., ŠKODA, J., SVOBODA, Z., ZILCHER, L., Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha, Triton, 2014, 299 s., ISBN 978-80-7387-792-7
- GALAJDOVÁ, L., Canisterapie. Pes lékařem lidské duše. 1. vyd. Praha, Portál, 2011, 168 s., ISBN 978-80-7367-879-1
- HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I., Inkluzivní vzdělávání. 1. vyd. Praha, Grada, 2010, 217 s., ISBN 978-80-247-3070-7
- JACOBS, D.,S., BETTS, D., E., Návčik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem. 1. vyd. Praha, Portál, 2013, 152 s., ISBN 978-80-262-0498-5
- JAKOBOVÁ, A., Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vyd. Ostrava, Ostravská univerzita 2011, 102 s., ISBN 978-80-7368-945-2
- JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vyd. Praha, Triton, 2006, 144 s., ISBN 80-7254-192-7
- JANKOVSKÝ, J., Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol., Koordinovaná rehabilitace. 1. vyd. České Budějovice, Jihočeská univerzita, 2014, 176 s., ISBN 978-80-7394-461-2
- JESENSKÝ, J., Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. 1. vyd. Praha, Karolinum, 1995, 159 s., ISBN 80-7066-941-1

- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., Ergoterapie. 1. vyd. Praha, Portál, 2009, 272 s., ISBN 978-80-7367-583-7
- KOLÁŘ, P. a kol., Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha, Galén, 2009, 713 s., ISBN 978-80-7262-657-1
- KRAUS, J. a kol., Dětská mozková obrna. 1. vyd. Praha, Grada, 2005, 348 s., ISBN 80-247-1018-8
- KROUPOVÁ, K. a kol., Slovník speciálněpedagogické terminologie, 1. vyd. Praha, Grada, 2016, 328 s., ISBN 978-80-247-5264-8
- LECHTA, V. a kol., Inkluzivní pedagogika. 1. vyd. Praha, Portál, 2016, 464 s., ISBN 978-80-262-1123-5
- LEŽALOVÁ, R. a kol., Diagnostika školní zralosti. Praha, Raabe, 2012. 132 s., ISBN 978-80-87553-52-7
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S., Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie. Praha, Galén, 2011, 154 s., ISBN 978-80-7262-703-5
- MICHALÍK, J., Rodiče a dítě se zdravotním postižením nejen na základní škole. 1. vyd. Pardubice, Studio Press s. r. o. pro Společnost pro MPS, 2013, 152 s., ISBN 978-8086532-29-5
- MORÁVKOVÁ VEJROCHOVÁ, M., Standard práce asistenta pedagoga. 1. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 92 s., ISBN 978-80-244-4769-8
- MÜLLER, O., Terapie ve speciální pedagogice. 1. vyd. Praha, Grada, 2014, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NERADŽIČ, Z., Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. 1. vyd. Praha, Albatros, 2006, 159 s., ISBN 80-00-01809-8
- NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K., Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. 2. vyd. Hradec Králové, Gaudeamus, 2012, 135 s., ISBN 978-80-7435-174-7
- NOVOSAD, L., Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. 1. vyd. Praha, Portál, 2011, 168 s., ISBN 978-80-7367-873-9
- OPATŘILOVÁ, D., Grafomotorika a psaní u žáků s tělesným postižením. 1. vyd. Brno, Elportál, Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6769-1.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením. 1. vyd. Brno, Elportál, Masarykova univerzita, 2014, ISBN 978-80-210-7611-2
- OPATŘILOVÁ, D., Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. 1. vyd. Brno, Paido, Masarykova univerzita, 2011, 159 s., ISBN 978-80-210-5708-1.

- PFEIFFER, J. a kol., Koordinovaná rehabilitace. 1. vyd. České Budějovice, Jihočeská univerzita, 2014, 176 s., ISBN 978-80-7394-461-2
- PIPEKOVÁ, J. et al., Kapitoly ze speciální pedagogiky, 3. vyd. Brno, Paido, 2010, 401 s., ISBN 978-80-7315-198-0
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2. vyd. Brno, Paido, 2001, 165 s., ISBN 80-7315-010-7
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol., Speciální pedagogika. 1. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého, 2003, 290 s., ISBN 80-244-0646-2
- SCHREIER, B., Fyzikální terapie. In: KOLÁŘ, P. a kol., Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha, Galén, 2009, 713 s., ISBN 978-80-7262-657-1
- Slavíková, V., Slavík, J., Eliášová, S., Dívej se, tvoř a povídej! Artefletika pro předškoláky a mladší školáky. 1. vyd. Praha, Portál, 2007, 200 s., ISBN 978-80-7367-322-2
- SLOWÍK, J., Speciální pedagogika. 2. vyd. Praha, Grada, 2016, 168 s., ISBN 978-80-271-0095-8
- STAFFOVÁ, Z., Canisterapie jako součást výuky. In: VELEMÍNSKÝ, M. a kol., Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd. České Budějovice, Dona, 2007, 335 s., ISBN 978-80-7322-109-6
- STANČÍKOVÁ, M., ŠABATOVÁ, J., Canisterapie v teorii a praxi, 1. vyd. Vyškov, Sdružení „PIAFA“, 2012, s. 103, ISBN 987-80-87731-00-0
- STEJSKAL, B., Vzdělávání tělesně postižených. In: TITZL, B., Péče o postižené dítě, Sborník k 70. výročí založení Jedličkova ústavu, Praha 1985
- ŠIMKO, J., ŠIMKO, M., Zrakové postižení. In: LECHTA, V. a kol., Inkluzivní pedagogika. 1. vyd. Praha, Portál, 2016, s. 464, ISBN 978-80-262-1123-5
- ŠVESTKOVÁ, O. a kol., Rehabilitace motoriky člověka. 1. vyd. Praha, Grada, 2017, 320 s., ISBN 978-80-271-0084-2
- TICHÁ, V., Indikace a cíle canisterapie. In: VELEMÍNSKÝ, M. a kol., Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd. České Budějovice, Dona, 2007, 335 s., ISBN 978-80-7322-109-6
- TITZL, B., Péče o postižené dítě, Sborník k 70. výročí založení Jedličkova ústavu, Praha 1985
- TROJAN, S. a kol., Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 1. vyd. Praha, Grada, 1996, 175 s., ISBN 80-7169-257-3
- UZLOVÁ, I., Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. 1. vyd. Praha, Portál, 2010, 135 s., ISBN 978-80-7367-764-0
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L., Náročné materství. 1. vyd. Praha, Karolinum, 2009, 333 s., ISBN 978-80-246-1616-2

VALENTA, M. a kol., Přehled speciální pedagogiky. 1. vyd. Praha, Portál, 2014, 272 s., ISBN 978-80-262-0602-6

VÍTKOVÁ, M., Speciální pedagogika osob s tělesným a zrakovým postižením. In: VALENTA, M. a kol., Přehled speciální pedagogiky. 1. vyd. Praha, Portál, 2014, 272 s., ISBN 978-80-262-0602-6

VELEMÍNSKÝ, M. a kol., Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd. České Budějovice, Dona, 2007, 335 s., ISBN 978-80-7322-109-6

VELASOVÁ, P., Analýza nejen speciálně pedagogických potřeb rodiny s dítětem se zdravotním postižením (diplomová práce). Praha, Univerzita Karlova, 2014

VOTAVA, J. a kol., Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd., 1. dotisk, Praha, Karolinum, 2005, 207 s., ISBN 80-246-0708-5

ZEMAN, M., Základy fyzikální terapie, 1. vyd. České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta JU v Č. Budějovicích, 2013, 106 s., ISBN 978-80-7394-403-2

ZIKL, P., Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole. Praha, Grada, 2012, 112 s., ISBN 978-80-247-3856-7.

ZIKL, P. a kol., Realizace ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením v běžných ZŠ a ve školách speciálních (závěrečná zpráva). Hradec Králové, ÚPPE, 2007

## Internetové zdroje:

ATANELOV, L., STIENS, A., S., YOUNG, M., A., History of Physical Medicine and Rehabilitation and Its Ethical Dimensions, [on-line], [cit. 2018-02-07]. Dostupné z www: <http://journalofethics.ama-assn.org/2015/06/mhst1-1506.html>

Ergoterapie. [on-line], [cit. 2018-02-02]. Dostupné z www: <https://www.drclentilka.cz/odborna-pece-pro-verejnost/ergoterapie/>

Historie léčebny, [on-line], [cit. 2018-02-06]. Dostupné z www: <http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/p/historie-lecebny/>

Historie oboru Rehabilitace, [on-line], [cit. 2018-02-09, on-line]. Dostupné z www: <http://reha.lf1.cuni.cz/node/11>

HORVÁTHOVÁ, I., Asistent pedagoga u dětí se zdravotním postižením a služba osobní asistence, [on-line], [cit. 2018-01-06]. Dostupné z www: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/asistent-pedagoga-u-deti-se-zdravotnim-postizenim-a-sluzba-osobni-asistence.shtml>



HUBLOVÁ, P., Artefietika, [on-line], [cit. 2018-02-25]. Dostupné z www: [http://wiki.rvp.cz/Knihovna%2F1.Pedagogicky\\_lexikon%2FA%2FArtefietika](http://wiki.rvp.cz/Knihovna%2F1.Pedagogicky_lexikon%2FA%2FArtefietika)

JIRÁKOVÁ, V., Ergoterapie u zrakově postižených dětí - nácvik soběstačnosti, [on-line], [cit. 18-02-01]. Dostupné z www: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/ergoterapie-u-zrakove-postizenych-deti-nacvik-sobestacnosti-363466>

Klasifikace zrakového postižení podle WHO, [on-line], [cit. 2018-03-23]. Dostupné z www: <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>

KNORRE, S., Bereit für Inklusion? [on-line], [cit. 2018-02-10]. Dostupné z www: [http://www.weiterdenken.de/sites/default/files/downloads/Dossier\\_Inklusionsbereitschaft\\_final.pdf](http://www.weiterdenken.de/sites/default/files/downloads/Dossier_Inklusionsbereitschaft_final.pdf)

KOWITZ, D., Inklusion ist so eine Art Heilslehre geworden, [on-line], [cit. 2017-11-11]. Dostupné z www: <http://www.zeit.de/2013/13/Inklusion/seite-2>

KUNHARTOVÁ, M., Poruchy autistického spektra, [on-line], [cit. 2017-10-14]. Dostupné z www: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/poruchy-autistickeho-spektra.shtml>

LABUSOVA, E., Mladší školní věk, [on-line], [cit. 2018-02-02]. Dostupné z www: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvojitete-a-jeho-potreby/mladsi-skolni-vek.shtml>

Léčebná rehabilitace, [on-line], [cit. 2018-02-03]. Dostupné z www: <http://www.jus.cz/lecebna-rehabilitace?p=1>

MŠMT ČR, Zápisy do 1. ročníků základního vzdělávání, [on-line], [cit. 2017-10-21]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/zapisy-do-1-rocniku-zakladnich-skol>

Pohybová terapie TheraSuit, [on-line], [cit. 18-02-20]. Dostupné z www: <http://www.complextherapy.cz/metody1.html>

Portál nejen pro zdravotně znevýhodněné, [on-line], [cit. 18-02-23]. Dostupné z www: <http://eseznam.cz/index.php/rubriky/ruzne-clanky/3587-petoe-bobath-vojta-ktera-terapie-je-ta-spravna-dobromyslcz>

TheraSuit, [on-line], [cit. 18-02-21]. Dostupné z www: <https://fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/therasuit>

ŠKRAMPALOVÁ, T., Léčebná tělesná výchova, [on-line], [cit. 18-02-22]. Dostupné z www: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/lecebna-telesna-vychova-ltv>

ŠPORCLOVÁ, V., Poruchy autistického spektra, [on-line], [cit. 2018-01-13]. Dostupné z www: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/poruchy-autistickeho-spektra.shtml>

Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. [on-line], [cit. 2018-01-05] Dostupné z www: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. [on-line], [cit. 2018-03-01] Dostupné z www: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [on-line], [cit. 2017-12-07] Dostupné z www: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

ŽUREK, M., Children's Rehabilitation Hospital in Radziszów - facility history, [on-line], [cit. 2018-02-06]. Dostupné z www: <http://www.naszradziszow.com/children-s-rehabilitation-hospital.html>

## Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník/Otázky pro strukturovaný rozhovor

Příloha 2: Přepis rozhovoru (R2M)

Příloha 3: Přepis rozhovoru (R3Z)

Příloha 4: Přepis rozhovoru (R4Z)

Příloha 5: Centrum Arpida v Českých Budějovicích

Příloha 6: Kineziologický rozbor

Příloha 7: Fyzioterapie a ergoterapie

Příloha 8: Hipoterapie

Příloha 9: Pomůcky na canisterapii

Příloha 10: Arteterapie

Příloha 11: Porovnání pohybových aktivit žáků s těles. postižením na ZŠ a speciální ZŠ

Příloha 12: Autorství fotografií použitých v přílohách

