

Univerzita Pardubice
Filozofická fakulta

Realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce
a rehabilitačním centru

Diplomová práce

2022

Bc. Anežka Hájková

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Anežka Hájková**
Osobní číslo: **H20373**
Studijní program: **N0111P190001 Resocializační pedagogika**
Téma práce: **Realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Práce se bude zabývat problematikou ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru. Bude rozdělena na teoretickou a praktickou – výzkumnou část.

V teoretické části bude definován cíl, vysvětlena odborná terminologie v souvislosti s ucelenou (re)habilitací, popsána cílová skupina. Důležitý bude popis organizace Lentilka a přehled její činnosti.

V praktické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie s využitím metody analýzy interních dokumentů organizace, zúčastněného pozorování a polostrukturovaného rozhovoru s přibližně pěti zaměstnanci Lentilky.

Cílem bude zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru a jaká jsou její specifika.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BENDOŤÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, Kamila RŮŽIČKOVÁ, Tereza AZATYAN a Ella KAFYAN, ed. *Current topics in Czech and Armenian special pedagogical theory and practice*. Pardubice: University of Pardubice, 2019. 176 s. ISBN 978-80-7560-181-0.
- VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Vedoucí diplomové práce: **PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **1. března 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2022**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. v.r.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem Realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 31. 3. 2022

Bc. Anežka Hájková v. r.

Poděkování

Děkuji PaedDr. Zdence Šáňdorové, Ph.D., za vedení mé diplomové práce, za její vstřícný přístup a za cenné rady a připomínky, které mi po celou dobu psaní diplomové práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat Lentilce – integrační školce a rehabilitačnímu centru, která mi zde umožnila konat potřebné kroky pro tuto diplomovou práci.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru.

Teoretická část se zabývá Lentilkou, a to jak integrační školkou, tak i rehabilitačním centrem. Dále definuje ucelenou rehabilitaci dětí a diagnózy dětí, které zařízení navštěvují. V poslední řadě popisuje vybrané terapeutické aktivity v rámci léčebné rehabilitace.

V empirické části je využita kvalitativní výzkumná strategie, technika analýzy interních dokumentů organizace, polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Hlavním cílem empirické části je zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika.

Klíčová slova

Lentilka, integrační školka, ucelená rehabilitace, diagnóza, terapeutické aktivity, terapeut

TITLE

The implementation of a comprehensive (re)habilitation in Lentilka – a nursery with special education needs and rehabilitation center

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the implementation of a comprehensive (re)habilitation in Lentilka – a nursery with special education needs and rehabilitation center.

The theoretical part deals with Lentilka, both a nursery with special education needs and a rehabilitation center. It also defines comprehensive rehabilitation of children and diagnoses of children who attend the facility. Lastly, it describes selected therapeutic activities in the field of medical rehabilitation.

The empirical part uses a qualitative research strategy, the technique of analysis of internal documents of the organization, a semi-structured interview and a participatory observation. The main goal of the empirical part is to find out how a comprehensive (re)habilitation is implemented in Lentilka and what its specifics are.

KEYWORDS

Lentilka, nursery with special education needs, comprehensive rehabilitation, diagnosis, therapeutic activities, therapis

Obsah

Úvod	10
1 Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum	12
1.1 Integrační školka.....	12
1.2 Rehabilitační centrum	14
2 Ucelená rehabilitace dětí.....	16
2.1 Léčebná rehabilitace	17
2.2 Sociální rehabilitace.....	17
2.3 Pracovní rehabilitace.....	19
2.4 Pedagogická rehabilitace.....	19
3 Diagnózy dětí v Lentilce.....	21
3.1 ADHD	21
3.2 Autismus.....	22
3.3 Dětská mozková obrna.....	25
3.4 Koktavost.....	26
3.5 Vývojová dysfázie	28
4 Terapeutické aktivity v rámci léčebné rehabilitace.....	31
4.1 Fyzikální terapie	31
4.1.1 Balneoterapie.....	31
4.2 Léčebná tělesná výchova.....	31
4.2.1 Vojtova metoda	31
4.2.2 Metoda manželů Bobathových.....	32
4.3 Ergoterapie	32
4.4 Zooterapie.....	34
4.4.1 Canisterapie.....	34
4.4.2 Hipoterapie.....	35
4.5 Arteterapie	36
4.6 Muzikoterapie.....	37
5 Shrnutí teoretické části	39
6 Metodologie výzkumného šetření	40
6.1 Formulace výzkumných cílů	40
6.2 Transformace dílčích otázek.....	41
6.3 Volba a popis výzkumné metody.....	45
6.4 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika	47

6.5 Organizace a průběh výzkumu	48
6.6 Zpracování dat	50
6.7 Bariéry výzkumného šetření.....	50
7 Interpretace výsledků výzkumného šetření.....	51
7.1 První dílčí výzkumná otázka	51
7.2 Druhá dílčí výzkumná otázka	53
7.3 Třetí dílčí výzkumná otázka	55
7.4 Čtvrtá dílčí výzkumná otázka	58
7.5 Pátá dílčí výzkumná otázka	60
7.6 Šestá dílčí výzkumná otázka	62
8 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi	65
Závěr.....	68
Seznam použité literatury	69
Seznam příloh	73

Seznam použitých zkratk

CNS – centrální nervová soustava

DMO – dětská mozková obrna

DVO – dílčí výzkumná otázka

HVO – hlavní výzkumná otázka

OZP – osoba se zdravotním postižením

PAS – poruchy autistického spektra

PEG – perkutánní endoskopická gastronomie

R – respondent

T – tazatel

TO – tazatelská otázka

Úvod

Tématem mé diplomové práce je Realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru (dále též jen Lentilka), což je z právního hlediska příspěvková organizace a nestátní zdravotnické zařízení, které slouží jako integrační a speciální školka jak pro zdravé děti, tak i pro děti s postižením. Jejím hlavním bodem je integrace a možnost učit se navzájem od sebe těchto obou skupin dětí. Toto zařízení je zároveň i rehabilitačním centrem.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že jsem na tomto místě absolvovala praxi a velmi jsem si úlohu Lentilky oblíbila. Čas strávený s těmito dětmi mě naplňoval. (Re)habilitaci vnímám jako velmi podstatnou záležitost, která může pomoci jak samotnému dítěti s postižením, tak i jeho rodičům. Proto mě zajímá, jak je zde ucelená (re)habilitace vnímána a realizována.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V první kapitole se věnuji popisu Lentilky, a to jak samotné integrační školky, tak i rehabilitačního centra. Popis je nezbytný z toho důvodu, abychom se s tímto zařízením seznámili, protože právě zde se uskuteční rozhovory se zaměstnanci Lentilky a zároveň budu mít možnost zúčastněného pozorování. V druhé kapitole definuji pojem ucelení rehabilitace a následně se zabývám jejími složkami. Tato kapitola je taktéž z hlediska tématu diplomové práce velmi důležitá. Ve třetí kapitole se zaměřuji na vybrané diagnózy, které souvisejí s cílovou skupinou Lentilky, tedy na diagnózy, které se zde vyskytují u dětí. Je to nezbytné z toho důvodu, abychom si dokázali představit, jaké děti toto místo navštěvují. Čtvrtá kapitola popisuje terapeutické aktivity v rámci léčebné rehabilitace. Tato kapitola je podstatná v tom, že mnohé terapeutické aktivity využívá i samotná Lentilka a budou součástí i empirické části.

Ve výzkumném šetření jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a jako výzkumný nástroj analýzu interních dokumentů organizace, polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné pozorování. Jeví se mi to jako nejvhodnější způsob, jelikož tím mohu danou problematiku nejlépe poznat a díky polostrukturovanému rozhovoru se v případě nejasností mohou doptávat jak respondenti, tak i já. Tímto způsobem mohu získat i ucelenější informace.

Podstatou práce je to, jak je v Lentilce realizována ucelená (re)habilitace a jaká jsou její specifika.

Aplikačním cílem této práce je poskytnutí výsledků Lentilce – integrační školce a rehabilitačnímu centru, která souhlasila s provedením výzkumného šetření a projevila zájem o závěrečné výsledky. Výsledky poslouží celé veřejnosti, aby se účinky ucelené (re)habilitace dostaly do podvědomí více lidí a dále poslouží i rodičům dětí s postižením, kteří by díky těmto výsledkům mohli vidět naději na zlepšení, zmírnění či celkového odstranění postižení.

1 Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum

Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum (dále jen Lentilka), která sídlí na adrese Prodloužená 278 v Pardubicích, je příspěvková organizace a nestátní zdravotnické zařízení, přičemž zřizovatelem je Statutární město Pardubice. Byla zřízena 1. 1. 1992 a to pro účel poskytování komplexní fyzioterapeutické, logopedické, ergoterapeutické, pedagogicko-výchovné, speciálně pedagogické, ošetrovatelské péče dětem se zdravotním postižením.

V Lentilce je dětem zajišťována komplexní péče formou integrační školky a rehabilitačního centra (včetně ambulantní péče). (Závěrečná zpráva za školní rok 2019/2020)



Obrázek 1: Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum (Dostupné z www.drclentilka.cz)

1.1 Integrační školka

Do tříd integrační školky Lentilky mohou chodit děti v rozmezí 1,5 až 7 let, a to jak zdravé, tak i děti se specifickými potřebami – tedy děti s problémy v oblasti psychomotorického vývoje, sociální interakce a komunikace. To s sebou nese jisté nároky, ale i pozitiva, jelikož děti se specifickými potřebami mají ve zdravých dětech motivaci a vzor v tom, kam směřovat. Zdravé děti v Lentilce rozvíjí cesty pro svoje sociální a komunikační dovednosti, učí se altruismu¹ a empatii.

Z těchto principů vychází také Školní vzdělávací program (ŠVP) ‘Pomáhejme si’, který má dvě úrovně. Cílem je přirozeně v dítěti pěstovat jeho individualitu a jeho „JÁ“, dále kultivovat jeho vlastnosti a dovednosti, jež pozitivně uplatní ve společenské rovině. V první úrovni ŠVP pracují na osobním sebepojetí a sebehodnocení, porozumění druhým a soužití se sociální skupinou. V další úrovni se rozšiřují témata environmentální výchovy, poznávání kultury, tradic a historie společnosti. (Dostupné z <https://www.drclentilka.cz/materska-skolka/>)

¹ nesobecký způsob myšlení a jednání

Nabízí kapacitu 46 míst a provozní doba je od 6:30 do 16:00 hodin. Během roku navštívilo školku 61 dětí.

Tabulka 1: Diagnózy dětí v integrační školce (zdroj: Závěrečná zpráva za školní rok 2019/2020)

Opožděný vývoj řeči	4	Pierre-Robinova sekvence	1 (výživa PEG)
Vývojová dysfázie	8	Dětská mozková obrna	1
Koktavost	1	Angelmanův syndrom	1
Autismus	11	Opožděný psychomotorický vývoj	3
ADHD	2	Epidermolysis bullosa congenita („nemoc motýlích křídel“)	1
Williamsův syndrom	1	Svalová dystrofie	1
Downův syndrom	1	Nádorová onemocnění	1
Diabetes Mellitus 1. typu	2	Integrační děti (sourozenci, děti v pěstounské péči, lehčí handicap)	11
Tuberózní skleróza	1	Osobní asistent	u 6 dětí (vážné zdravotní postižení)

Děti jsou do tříd rozděleny podle úrovně svého psychomotorického a sociálního vývoje tak, aby byly na podobné úrovni, mohly spolupracovat a navzájem se od sebe učit. Každá Lentilka má individuální program a aktivity s ohledem na věk a dovednosti dětí. Mají malý počet dětí (12-15 dětí), na které dohlíží dva pedagogové a jeden asistent pedagoga, čímž se každému dítěti dostane péče a pozornosti, kterou potřebuje.

Červená Lentilka je pro nejmenší děti. Klade se zde důraz především na klidnou adaptaci, začlenění se do kolektivu vrstevníků a rozvoj sebeobslužných činností.

Do oranžové Lentilky dochází děti větší, nebo děti, které již mají zkušenost v dětském kolektivu. Dále se pokračuje v osobnostním rozvoji dítěte a dále rozvíjí dovednosti jemné

motoriky a kresby. Pedagogové učí děti rozvíjet jejich představivost a kreativitu a pomáhají osvojit si základní prostředky funkční komunikace s druhým člověkem.

Žlutá Lentilka je určena pro nejstarší děti, kteří jsou připravováni na školu. Je kladen větší důraz na vzdělávání a rozšiřování obecného přehledu. Učení probíhá zábavnou formou.

Zelenou Lentilku navštěvují děti s poruchami komunikace a sociální interakce a poruchami autistického spektra. Pedagogové učí a rozvíjí dítě v oblastech, ve kterých to potřebuje. Podle individuálních potřeb dětí se rozlišují možnosti komunikace a interakce s druhým člověkem. Probíhá zde bourání sociálních bariér a snaha otevřít děti více světu i jejich blízkým. Úzce se spolupracuje s rodiči.

(Dostupné z <https://www.drclentilka.cz/skolka/tridy-a-programy/>)

Zázemí Lentilky je tvořeno čtyřmi pavilony a zahradou s herními prvky pro děti. Ve žlutém pavilonu v přízemí se nachází oranžová a žlutá Lentilka, centrum sensorické integrace a relaxační místnost. V prvním patře kancelář ředitelky a hospodářky, tři cvičebny fyzioterapie, jedna elektroléčba, tři ordinace klinické logopedie, jedna místnost na motren, dvě cvičebny ergoterapie a ordinace klinického psychologa. V červeném pavilonu sídlí červená Lentilka, cvičebna fyzioterapie a arteterapeutická dílna. V zeleném zelená Lentilka, cvičebna fyzioterapie a nácviková místnost. V posledním, a to modrém pavilonu jsou prostory pro canisterapii, muzikoterapeutická dílna, provozní zázemí (např. kuchyň, prádelna, jídelna), tělocvična Sensorické integrace a prostory pro snoezelen². (Závěrečná zpráva za školní rok 2019/2020)

1.2 Rehabilitační centrum

Rehabilitační centrum je součástí Lentilky. Jde o unikátní komplex odborných služeb poskytujících zdravotní péči dětem od narození do 18 let. Péče je poskytována dětem ze školky i těm, kteří přichází ambulantně.

Toto centrum nabízí služby v oblasti fyzioterapie, klinické logopedie, ergoterapie, rehabilitačního lékaře a detašovaného pracoviště klinické psychologie. Umožňuje vyzkoušení a zapůjčení různých pomůcek a poradí zde také s výběrem vhodného zařízení, přístrojů i pomůcek. Děti jsou přijímány na základě doporučení od lékaře, které může poskytnout pediatr, ortoped, neurolog či rehabilitační lékař. Služby jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

² speciální místnost pro poskytnutí pozitivně naladěného prostředí s funkcí relaxační, poznávací a interakční

Jak již bylo uvedeno výše, rehabilitační centrum se nachází na žlutém pavilonu v prvním patře. Centrum je bezbariérové. (Dostupné z <https://www.drclentilka.cz/rehabilitacni-centrum-pro-verejnost/>)

2 Ucelená rehabilitace dětí

Pojem 'rehabilitace' byl zaveden v 19. století, přičemž znamenal léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (*habilis* = schopný). Český termín 'návrtná péče' dobře vystihuje podstatu rehabilitace, ale v praxi se neujal. Optimálním výsledkem rehabilitace je odstranění důsledků nemoci či úrazu, jež se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech a celkové psychice, i na vnitřních orgánech. (Votava a kol., 2005)

Jankovský (2006) ve své knize uvádí, že Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci v roce 1969 a to následovně: „*Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“ V roce 1981 došlo k rozšíření definice: „*Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého.*“ Konečně z roku 1994 pochází definice charakterizující rehabilitaci jako: „*proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.*“

Pojem 'ucelená rehabilitace' je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. Výraz *comprehensive*, který lze zčeštit jako komprehenzivní, se překládá jako úplný, ucelený, celkový. Není však vhodné jej zaměňovat za český výraz komplexní, protože jeho anglická obdoba znamená spíše složitý, komplikovaný. (Votava a kol., 2005)

Jak říká Jankovský (2006), pojmem ucelené rehabilitace rozumíme takové pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně a výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, jenž zahrnuje péči jak zdravotnickou, tak i sociálně právní a pedagogicko psychologickou a pracovní.

„*O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit.*“ (Votava a kol., 2005)

Jankovský (2006) uvádí, že J. Jesenský (1995) užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů i podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány. Jedná se o čtyři hlavní složky – rehabilitace léčebná, pracovní, sociální a pedagogická. Jejím smyslem a cílem je, pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života mající očekávanou kvalitu. Votava a kol. (2003) ještě uvádí, že do ucelené rehabilitace můžeme dále

zahrnout složky technické, architektonické, psychologické, ekonomické, legislativní, otázky volného času a další.

Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost těchto jednotlivých složek. (Jakobová, 2007 in Neubauerová, Javorská, Neubaerer, 2012)

Velmi specifická je situace u dětí, jelikož u mnohých z nich je nemoc či postižení vrozené, a proto návrat k původnímu stavu v dětství je nelogický – dítě se naopak neustále vyvíjí, jeho schopnosti se zvětšují. Cílem rehabilitace v dětství je podpořit přirozený vývoj a přiblížit ho i u postiženého dítěte vývoji jeho zdravých vrstevníků, případně dosáhnout zcela fyziologického vývoje. (Votava a kol., 2005)

Dle Šándorové (2005) je nutné upozornit, že pokud jde o jedince s vrozeným postižením, nejedná se v raných stádiích o termín rehabilitace, ale odpovídajícím termínem je habilitace, tedy uschopňování při nerozvinutí či poškození schopností.

2.1 Léčebná rehabilitace

Dle Votavy (2005) je léčebná rehabilitace ta část rehabilitace, která je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazu. Zajišťuje zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňování handicapů. Na tomto cíli se však podílí nejen zdravotnictví, ale i další složky společnosti. U nás by se měl rehabilitační tým skládat z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce a v případě pacientů s poruchou řeči i logopeda. Dále je užitečným členem týmu i speciální pedagog, který může mít aprobaci na logopedii, může se účastnit na rehabilitaci kognitivních funkcí a případně používat další speciální techniky. Dle typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí také zdravotní sestry. Do léčebné rehabilitace můžeme zařadit několik postupů, mezi které patří fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, animoterapie a další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie apod.) Tyto terapeutické aktivity budou popisovat podrobněji ve čtvrté kapitole.

2.2 Sociální rehabilitace

Pojem sociální rehabilitace není přesně vymezen, ale týká se všech OZP, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří, a je tedy významnou složkou ucelené rehabilitace. Prostředky a cíle se zčásti překrývají s prostředky a cíli ostatních složek ucelené rehabilitace. (Votava, 2005)

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajících zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (Zákon č. 108/2006, §70)

Dle Jesenského (2006) sociální prostředky rehabilitace řeší problémy, které platí pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje metodu reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrady postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). Děje se tak v různých institucích, kterými jsou zdravotnická zařízení, zařízení a ústavy sociální péče, školy a školská zařízení, při práci, v rodině apod.

Význam sociální rehabilitace je možné spatřovat v oblasti humanitární, ekonomické, společenské.

Humanitní význam vytváří předpoklady všestranného rozvoje osobností cílové skupiny speciální pedagogiky raného věku, umožňuje jejich seberealizaci, růst jejich sebevědomí, umožňuje jejich vrůstání do společnosti, enkulturaci, společenskou a občanskou angažovanost a podíl na intervenci sociální rehabilitace ve prospěch dalších jedinců se speciálními potřebami a jejich rodin umožňuje jejich životní pohodu a spokojenost.

Společenský význam přispívá k celkové stabilizaci sociálních jistot rodiny, umožňuje využívat potenciál cílové skupiny speciální pedagogiky raného věku v zabezpečení svého života a dále v celospolečenských zájmech a aktivitách, také v tvorbě společensky užitečných hodnot, přispívá k obohacení majoritní kultury intaktních o hodnoty minoritní kultury jedinců se speciálními potřebami.

Cíle této rehabilitace lze spatřit ve všestranném rozvoji harmonicky vyvážené osobnosti dítěte se speciálními potřebami raného věku na základě rozvinutí všech reedukačních a kompenzačních možností, vrůstání do subkultury handicapovaných a v míře individuálních schopností vrůstání do majoritní kultury intaktních, ve vyrovnávání se rodiny s postižením dítěte, v dosažení životní pohody a spokojenosti. (Šándorová, 2005)

2.3 Pracovní rehabilitace

Pojmem pracovní rehabilitace se nerozumí pouze pracovní příprava (získávání kvalifikace), ale jde o širší proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli uplatnit na trhu práce. Předpokladem toho je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost anebo jsou dokonce práce neschopni. (Jankovský, 2006)

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace je určena osobám se zdravotním postižením (dále jen „OZP“). Tuto skutečnost OZP doloží posudkem, potvrzením orgánu sociálního zabezpečení nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními.“
(Dostupné z <https://www.mpsv.cz/-/pracovni-rehabilitace>)

2.4 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Jejím cílem je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti.

Prostředky k dosažení těchto cílů jsou především:

- správné stanovení předpokladů studenta pro dosažení plánovaného vzdělání;
- vytvoření dostatečné motivace ke vzdělávání a sebevzdělávání;
- odstranění demotivujících vlivů a faktorů procesu učení, přizpůsobení prostředí a tempa učení individuálním vlastnostem a schopnostem žáka;
- využívání specifických pedagogických metod, přístupů, pomůcek v procesu učení;
- zařazování specifických předmětů, jejichž obsah je vzhledem k typu postižení pro studenta důležitý (např. logopedická péče včetně výuky komunikace specifickými

a alternativními formami komunikace, čtení Braillova bodového písma apod.). (Votava, 2005)

Šándorová (2005) představuje pedagogickou rehabilitaci jako celoživotní učení. S prvky výchovně rehabilitačního působení na rodinu s dítětem se setkáváme v jeslích, stacionářích, speciálních mateřských školách, občanských sdružení, střediscích rané péče nebo dále v některých kulturně osvětových zařízeních, v působení rodin. Žádná z těchto institucí však nemá čistě jen pedagogicko rehabilitační charakter. Takový charakter bude mít většina institucí, ve kterých půjde o znovuoživení cílevědomého rozvoje rodiny s dítětem raného věku se speciálními potřebami a její resocializaci. Pokud se rodina nedokáže reintegrovat, potřebuje pedagogickou rehabilitaci.

Hlavními úkoly pedagogické rehabilitace jsou:

- podpora celkového vývoje rodiny;
- sociální, kulturní a následně pracovní integrace rodiny.

Šándorová (2005) dále říká, že pedagogická rehabilitace při realizaci cílů a úkolů používá kombinace pedagogických, psychologických, technických i léčebných rehabilitačních prostředků. Dominantní jsou prostředky speciálně pedagogické.

3 Diagnózy dětí v Lentilce

Cílovou skupinou Lentilky – integrační školy a rehabilitačního centra, jsou děti. Do zařízení dochází jak děti zdravé, tak děti s různými specifickými potřebami. Mohou mít problémy v oblasti psychomotorického vývoje, sociální interakce a komunikace. Jelikož se práce zabývá ucelenou re(habilitací) těchto dětí, budu se následně věnovat několika možným diagnózám, které se u této cílové skupiny vyskytují.

3.1 ADHD

ADHD neboli *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* znamená syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize patří do skupiny poruch charakterizovaných časným nástupem, a to obvykle v prvních pěti letech života jedince. Porucha je charakterizovaná nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a tendence přebíhat od jedné činnosti ke druhé bez dokončení té první. Jedinec s ADHD vyvíjí dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitu. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit (většinou komplex specifických vývojových poruch učení). (Uhlíř, 2020)

Pacienti s ADHD bývají v různé míře limitováni zejména v rámci školní docházky a studia, v sociální adaptaci a pracovního procesu. Dle dominance příznaků, které přetrvávají nejméně po dobu šesti měsíců, je ADHD klinicky členěno do tří subtypů:

1. převážně nepozorný;
2. převážně hyperaktivně-impulzivní;
3. kombinovaný.

Celosvětové odhady výskytu ADHD v dětské populaci se pohybují mezi 5-7 %, v populaci dospělé jde o průměr 3,4 %. (Miovský a kol., 2018)

Dle Uhlíře (2020) jsou hyperkinetické děti často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se do konfliktů s disciplínou. Jedná se spíše o bezmyšlenkovité porušování pravidel. Mezi dětmi nejsou příliš populární a mohou se dostat do izolace. Mají porušené poznávací schopnosti a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Velmi zásadní je získat kvalifikovanou diagnózu ADHD a pochopit, co to pro dítě znamená. Vedou k ní tři možné cesty: prostřednictvím dětského lékaře, prostřednictvím psychoterapeuta nebo prostřednictvím školy, kam dítě chodí. (Saline, 2019)

Při zmírňování negativních dopadů ADHD na jedince je využíváno mnoho metod. Syndrom ADHD nelze vyléčit, tj. zcela vyeliminovat jeho projevy. Je však možné dosáhnout pozitivních posunů pomocí terapie (psychoterapie i farmakoterapie – stimulancia, nestimulační preparáty, antidepresiva a podpůrné preparáty) a pomocí režimových opatření. Jedinec s ADHD bývá často nepochopený okolím a dostává negativní zpětnou vazbu, kvůli které je nízký jeho sociální status. Z toho plynou poruchy sebehodnocení a snaha o upoutání pozornosti za každou cenu. Tím dítě dlouhodobě strádá, protože jeho potřeba akceptace není naplněna, a může tak unikat i k náhradnímu uspokojování.

Terapeutická pomoc se může odehrávat ve třech rovinách:

- psychologické – různé formy psychoterapie (individuální i skupinová, případně rodinná);
- speciálně pedagogické – reedukační a kompenzační cvičení
- lékařské – psychiatrie, neurologie.

Je výhodné pracovat s celým systémem, tedy nejen s dítětem, ale i s rodinou a školním prostředím. Systém je třeba stabilizovat a činit pro dítě poznatelným a pochopitelným. Je potřeba směřovat jedince k pochopení sama sebe a vést ho k vědomému sebeovládání a vhodnému využívání svého potenciálu. (Uhlíř, 2020)

3.2 Autismus

Autismus je z řeckého slova *autos* = sám. Jde o onemocnění, jenž se projevuje postižením psychického vývoje. U dítě lze pozorovat abnormální sociální chování s narušenými komunikačními schopnostmi. Objevuje se kolem třetího roku života a je jednou z nejvážnějších poruch dětského mentálního vývoje. Příčiny tohoto onemocnění nejsou jasné, předpokládá se genetická zátěž v kombinaci s nepříznivými vlivy okolního prostředí. Autismus není úplně vyléčitelný a některé příznaky provází postiženého celý život. (Kejklíčková, 2016)

Autismus, porucha autistického spektra nebo zkratka PAS vyjadřují totožný jev. Dalším termínem může být i pervazivní vývojová porucha. (Bazalová, 2017) Pojem ‘pervazivní’ znamená pronikající celou osobností člověka. Postižení je přítomno ve více oblastech.

V souvislosti s poruchami autistického spektra se hovoří o tzv. triádě postižení, a to ve třech oblastech:

- sociální komunikace;
- sociální interakce;
- imaginace.

Závažnost a projevy postižení triády v rámci PAS se mohou různit od úplného nedostatku některé ze schopnosti až po lehčí. Pervazivní vývojová porucha je vše pronikající vývojová porucha, která záporně mění motorickou, emoční, volní, poznávací, řečovou – celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte. To zabraňuje jeho úspěšné se adaptování ve společnosti. (Kejklíčková, 2016)

Osoby s autismem se dokola vracejí ke svým oblíbeným tématům, o kterých dokážou dlouho hovořit. Řeč může působit odborně, ale při hlubší analýze lze zjistit, že chybí porozumění nebo se objevují verbální rituály. Někteří o sobě mluví v jiné osobě. Informace z okolí vyhodnocují jinak než lidé bez poruchy, chápou svět logicky a realisticky, nerozumí metaforám, vyskytuje se doslovné chápání, chybí schopnost přenášet význam. Typická je citová odtažitost, může chybět oční kontakt či adekvátní mimika, složité je porozumět gestům, tónu hlasu, záměrům druhých.

Děti s PAS špatně snášejí změny. U svých zájmu či u jedné hry vydrží hodiny, dny, ale i roky. Můžou lpět i na jednom typu nebo barvě jídla. Mnoho dětí se rádo točí či točí s předměty, skládá různé objekty do řad, trvají na dodržování zvláštních rituálů (např. chození po stejné cestě, sledování čísel domů, sbírání drobků, svlékání a oblékání, třepetání rukama). Oblíbené jsou mobilní telefony, tlačítka, dinosauři, seznamy, jízdní řády, čísla, vesmír.

U těchto osob se může vyskytovat přecitlivělost na zvuky, dotek, pachy. Mohou slyšet zvuk, který je jinak těžko postřehnutelný (vrčení lednice, ventilátoru na počítači apod.), což je pro ně nepříjemné. Naopak např. hluk vysavače či sekačky může být vyhledávaný. (Bazalová, 2017)

Autismus se zpravidla projevuje již ve věku 2,5-3 let. Pro tuto skupinu poruch jsou typická hlavně různá narušení komunikačních a sociálních kontaktů, extrémně úzký okruh zájmů a stereotypní model chování. Děti s tímto syndromem mají zároveň problémy v afektivní sféře a potíže s vytvářením aktivní reakce na neustále se měnící prostředí, v důsledku čehož mají zvýšenou touhu udržovat stálost prostředí a vytvářet stereotypní chování. (Šáňdorová, Růžičková, Azatyan, Kafyan, 2019)

Kejklíčková (2016) říká, že epidemiologické studie uvádějí 15-25 případů poruch autistického spektra na 10 000 narozených dětí. Potencionálně tedy žije v České republice 15-20 000 osob s PAS, což značí, že každý rok se rodí okolo 200 dětí s touto poruchou. U 80 % dětí se k PAS přidružují různě závažná mentální retardace. Funkční řeč se rozvíjí u 50 % postižených dětí. Pouze 5 % vede v dospělosti samostatný život. PAS se vyskytuje častěji u mužů. Některé studie říkají, že nižší počet dívek s PAS je proto, že dívky zdravé i postižené mají vždy lépe rozvinutější řeč a sociální vztahy než chlapci. Ani okruh zájmu nebývá u dívek tolik omezený.

Dle Bazalové (2017) při cestě k diagnóze platí zásada komplexnosti a týmové spolupráce. V týmu by měl spolupracovat rodič, odborník na PAS, pediatr, neurolog, foniatr, logoped, genetik, odborník na metabolické a dědičné poruchy, psychiatr, pedopsychiatr, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, učitel, asistent pedagoga apod.

Je prokázáno, že spolupráce s rodinou je rozhodujícím faktorem při rozvoji práce pro autistické dítě, protože psychologickou a pedagogickou práci nejefektivněji zajišťují rodiče a všichni členové rodiny, kteří jsou do rozvojové práce zapojeni, denně vypracovávají úkoly a upevňují si získané znalosti a dovednost. (Šándorová, Růžičková, Azatyan, Kafyan, 2019)

Rodiče si musejí dlouho zvykat na projevy dítěte, které jsou odlišné od zdravých dětí. Jedná se o dlouhodobou zátěžovou situaci, rodina navíc získává odlišnou sociální identitu a čelí různým reakcím (např. pohledy okolí, komentáře, nařknutí z nezvládnání výchovy dětí). Někteří rodiče toto vyřešili tím, že děti nosí na krku cedulku s nápisem, že mají autismus. Rodiče těchto dětí mají vyšší vnímavost vůči nebezpečí a mají tendenci se izolovat. Je velmi důležitá kombinace a souhra při volbě intervence, ale také podpora zvenčí v oblasti medicínské, pedagogické, psychologické i sociální. Může se stát, že se manželství rodičů rozpadne a péče zůstane na matce, otcové rodinu opustí, což má psychický i ekonomický dopad. (Bazalová, 2017)

„Dítě s autismem je schopné navštěvovat běžnou mateřskou školu, pokud je jasně stanovená diagnóza a jsou o ní učitelé řádně informováni prostřednictvím školských poradenských pracovišť.“ (Pálová, 2017)

PAS má výhodu oproti ostatním postižením v tom, že pro každý kraj byla zřízena funkce koordinátora. Jejich seznam lze dohledat na internetu. Jednotlivé neziskové organizace nabízejí také poradenství, nejkomplexnější je asi v NAUTIS³ (dříve APLA Praha). (Bazalová, 2017)

³ Národní ústav pro autismus

3.3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna je nejčtenější poruchou hybnosti v dětském věku, která je komplikovaným a mnohostranným tématem. Nástup poruchy i její pohybový vzor se mezi pacienty často odlišuje. K tomu s připojují věkové a vývojové změny. Jde o následek prenatální, postnatální nebo raně postnatální léze⁴ vyvíjejícího se mozku. Patří do skupiny vývojových onemocnění a vzniká na základě širokého spektra abnormalit vyvíjejícího se CNS. Dětská mozková obrna je neurovývojovou poruchou. Její projevy se v průběhu vývoje většinou mění. Léčba vyžaduje adaptivní přístup. (Kraus, 2011)

Dítě s chronickým onemocněním potřebuje diagnózu, zhodnocení stavu, medikaci, léčbu, péči, poradenství a pravidelně diagnostické kontroly, které zhodnotí změny. Pro sestavení léčebného plánu je potřeba znát, co je dítě schopné skutečně provést. Hodnocení zahrnuje posouzení všech charakteristik vývoje: hrubé i jemné hybnosti, zraku, sluchu, mluvení a řeči, čítí a funkce intelektu, a hlavně sociálního a emočního vývoje. Kromě vývoje těchto funkcí je důležité sledovat i fyzikální charakteristiky vývoje, jelikož růst u dětí s DMO je zpomalen. (Kraus, 2005)

Teprve v posledním půlstoletí se na lékařských kongresech, ale i v odborné literatuře postupně stále častěji objevují zmínky o důležitosti co nejvčasnějšího záchytu DMO, tj. stanovení diagnózy DMO u kojenců v co možná nejnižším věku. Ukazuje se, že včasné rozpoznání DMO má zásadní význam pro prognózu každého jedince postiženého touto nemocí – pokud ihned po stanovení diagnózy je započato s intenzivní fyzioterapií (dle zkušeností autora nejlépe s Vojtovou metodou). Co se týká metodiky, mnoho autorů k tomuto problému přistupovala a přistupuje individuálně, tedy i vzájemně dost odlišně. Metodika včasné diagnostiky DMO i ostatních hybných postižení v nejranějším kojeneckém věku není celosvětově ani kontinentálně, dokonce ani na úrovni jednotlivých států standardizována. (Marešová, Joudová, Severa, 2011)

Významným členem multidisciplinárního týmu, který zajišťuje ranou péči o děti s DMO, jsou také rodiče dítěte. Musí se naučit s dítětem pracovat takovým způsobem, jakým to dělají terapeuti (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti, aj.) a také speciální pedagogové. Tuto odbornou činnost vykonávají rodiče pod dobře organizovanou supervizí

⁴ poškození, porucha

příslušných odborníků, kterou zajišťují odborná pracoviště (např. dětská centra, centra pro ranou péči, speciálně pedagogická centra). (Jankovský, 2006)

Jak říká Kraus (2005), součástí rehabilitace je i optimální edukace. Mnozí pacienti s DMO mají komunikační problémy, které znesnadňují kontakt žáka s učitelem. Proto tato interakce vyžaduje vzájemné porozumění. Problém ale nastává již v předškolním věku. Malé dítě je závislé v mnoha oblastech každodenního života. Nadměrné udržování této závislosti zvýrazňuje disabilitu a je skutečně kontraproduktivní pro cíle rehabilitace. U dětí s DMO je nejvýraznější postižení motoriky, a proto je jeho náprava většinou nejdříve věnována péče rodiny. Pohybové postižení lze zlepšit Vojtovou reflexní lokomocí v rehabilitačních pracovištích.

V knize Krause (2005) se dále píše o psychologce doktorce Breretonové a rehabilitační pracovníci Sattlerové, které kladou důraz na dotýkání, hmatání, pohyb a spojování vjemů různých smyslů.

Docházka do speciální mateřské školy představuje nesmírně důležitou etapu v rámci komplexní péče, resp. ucelené rehabilitace dítěte s postižením. Pokud se v rámci docházky podaří dobře koordinovat propojení edukační a sociální péče s péčí terapeutickou a zdravotní, což předpokládá existenci funkčního a dobře kooperujícího interdisciplinárního týmu odborníků (včetně zapojení rodičů dítěte), pak to přináší žádoucí efekt. (Jankovský, 2006)

3.4 Koptavost

Kejklíčková (2016) říká: „*Koptavost (balbuties) je porucha plynulosti mluvy způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva.*“ Patří k nejtěžším vadám řeči a mívá neblahý vliv na osobnost člověka, na jeho školní, pracovní, sociální adaptaci a na seberealizaci. (Řepová, 2007) Koptavost je specifickou, samostatnou diagnózou i v seznamu nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO). Má specifické příčiny, důsledky a při odstraňování se aplikují specifické terapeutické postupy. Terapie bývá dlouhodobá a v předškolním i školním věku vyžaduje zejména úzkou spolupráci terapeuta, rodiny a školy. (Lechta, Králíková, 2011)

Vyvolávajícím momentem bývá psychické trauma, které může být akutní i déletrvající. Je ale nesporné, že koptavost vzniká při vrozené predispozici, která může být různého stupně. Emočně silný zážitek, jenž koptavost může vyvolávat, bývá většinou dobře určitelný, pokud koptání začne bezprostředně nebo v krátkém několikadenním časovém odstupu. Převážně se jedná

o negativní vzrušení, ale nebývá výjimkou také enormně silné pozitivní vzrušení (např. překvapující dárek, nečekaná vzrušující odměna). (Kejklíčková, 2016)

Koktavost zná lidstvo již od pravěku, a přesto její příčina není stále objasněná. Objevují se nová a nová možná vysvětlení, teorie, výzkumy, které umožňují vyřešit tento problém. (Lechta, Králiková, 2011)

Dle Řepové (2007) lze koktavost rozdělit podle uvažovaných příčin na:

- somatické – což jsou např. poruchy hormonální;
- funkční – jde o křeče hlasivek, narušenou ekonomiku dýchání, abnormální napětí svalstva, choreu jazyka, slabost řečového nadání, nepoměr mezi myšlením a řečí apod.;
- psychogenní – poukazují na chorobnou koncentraci na artikulaci kritických hlásek, strach před mluvením v důsledku traumatizujících a potlačených zážitků.

Kejklíčková (2016) ve své knize píše o provedení dotazníkového výzkumu na jejich klinice, který proběhl koncem devadesátých let minulého století. Dotazník vyplňovali kolegyně a kolegové z foniatrických a logopedických pracovišť v ČR. Měli sdělit příčiny nebo pravděpodobné příčiny, které provokovaly manifestaci koktavosti. Byly získány odpovědi z 88 pracovišť. Byla zde zahrnuta i anamnestická data dospělých koktavých osob. Nejčastějšími udávanými příčinami vzniku koktavosti byly odpovědi v následujícím pořadí:

- nepříznivé poměry v rodině;
- změny komunikačního prostředí;
- narození mladšího sourozence;
- změna bydliště;
- přechodné odloučení dítěte.

Dále uvádí nejčastěji udávané příčiny při náhlém vzniku koktavosti po psychickém úrazu následovně:

- napadení zvířetem;
- hospitalizace dítěte;
- úmrtí rodiče či blízkého příbuzného;
- autonehoda;
- pád z výšky;
- rozbalení dárků pod stromečkem.

Koktavost z období předškolního věku by neměla zůstat bez povšimnutí, jinak hrozí přeměna do formy fixované a později do chronické. První, co je potřeba si uvědomit je to, čeho chceme dosáhnout nebo čeho v realitě můžeme dosáhnout. Nelze si namlouvat, že koktavost zcela odstraníme. Nabízí se „šidítka“, což je technika založená na principu tzv. měkkých hlasových začátků. Při mluvě přijde pokyn z mozku k hlasivkám, aby se semkly. Pokud se semknou příliš těsně, je potřeba je rozrazit. Koktavému se toto ne vždy povede. Když hlasivky přiloží jen lehce k sobě a měkce rozevře, nemůže se stát, že by se hlasivky zasekly. Naučit se tuto techniku není těžké, ale je obtížnější si na ni zvyknout. (Peutelschmiedová, 2007)

Kejklíčková (2016) říká, že léčba koktavosti je komplexní a zahrnuje terapii medikamentózní, kam jsou nejčastěji zařazována nootropika, která jsou „výživou mozku“. Tyto látky podporují aktivaci nervové soustavy zlepšenou výživou mozkové tkáně. Poskytují nervovým buňkám větší přísun kyslíku a glukózy tím, že zvětšují průtok krve mozkovými cévami. Dále zahrnuje psychoterapii, jejíž hlavním úkolem je pomocí speciálních psychoterapeutických praktik pomoci koktavému v jeho snaze odstranění psychoneuróz, které komplikují průběh terapie. Poslední složkou je cvičená terapie, kam spadají metody, kde je hlavním cílem opakování, učení, trénink, postupný nácvik a zdokonalování se v nácviku nových dovedností.

3.5 Vývojová dysfázie

Dle Neubauera (2016) je vývojová dysfázie multidimenzionální porucha ve vývoji řečové kapacity. Je způsobena difúzním postižením centrálního nervového systému, který pak generuje obtíže ve vývoji kognitivních, jazykových a motorických řečových schopností. Dominující porucha komunikace je uhnížděna v individuálním jazykovém systému dítěte, kterému je ponechána schopnost používat omezený rozsah jednoslovných formulací a disgramatických obrazců, doprovázený omezenou srozumitelností řeči. Objevují se také přidružené deficity pozornosti související s hyperaktivitou a potížemi s verbální pamětí.

Poruchy vývoje jazykových schopností zasahují oblast sémantickou, syntaktickou, i gramatickou. Symptomy jsou – přehazování slovosledu, odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov, omezení slovní zásoby, redukce stavby věty na dvou nebo i jednoslovné věty.

Syndrom vývojové dysfázie zahrnuje také:

- rozdíly mezi složkami vývoje osobnosti;
- výrazné odlišení úrovně verbálních a neverbálních schopností;

- poruchy ve vývoji zrakové percepce, zejména v kresbě, odlišení pozadí a figury;
- poruchy ve vývoji sluchové percepce;
- poruchy vývoje hrubé i jemné motoriky, koordinační obtíže. (Neubauer, 2010)

Neubauer (2010) ještě dále píše, že etiologie vzniku vývojových poruch řeči není jednoznačně postižitelná, rozhodně se jedná o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem vrozeného nebo raně postnatálního poškození mozku. Je uznáván vliv poškození již v průběhu těhotenství, predilekce u chlapců a případný vliv dědičnosti. Vývojové poruchy řeči se objevují spíše u mužských potomků (poměr 4:1).

„Komplexní péče o děti s vývojovou dysfázií je jednou ze zásadních a velmi obtížných oblastí práce klinického logopeda, vyžadující dlouhodobou spolupráci s rodinou dítěte, přiměřenou strategii terapeutického působení a udržení motivace v průběhu dlouhodobé péče. Úspěšná dlouhodobá péče je zde otázkou dlouhodobého, většinou víceletého, vedení terapeutického procesu. Ten zahrnuje také úspěšnou podporu adekvátního a úspěšného zaškolení dítěte s vývojovou dysfázií do typu výchovně-vzdělávacího programu, který odpovídá potencionálu dítěte v oblasti školního vzdělávání.“ (Neubauer, Tübelem Neubauerová a kol., 2016)

U dysfatičků je potřeba zahájit logopedickou intervenci co nejdříve. Nejvhodnějším řešením je zařazení dítěte do MŠ nebo ZŠ logopedické. (Vrbová a kol., 2012)

Na pracovišti klinické logopedie je od počátku rozvíjen primární stimulační program podpory komunikačních a kognitivních schopností dítěte, který je veden s dodržením zásadních bodů terapeutické strategie:

- primární částí terapie je stimulace kognitivních funkcí, které ovlivní vývoj řečových funkcí, tedy rozvoj zrakové a sluchové diferenciaci a individuálního jazykového systému dítěte;
- rozvoj artikulace dítěte je zaměřen na fonematických sluch – rozlišování blízkých hlásek a je veden snahou o rozvoj srozumitelnosti řečového projevu;
- zapojení písma u těchto dětí stabilizuje a rozvíjí labilní řečový výkon těchto dětí, proto je v předškolním věku program zaměřen na diferenciaci písmen, grafomotoriku a individuálně vhodný rozsah užití globálního čtení slov ve spojení s obrazovým materiálem;
- z hlediska úspěšného zaškolení dítěte musí strategie terapeutického procesu podpořit hlavně rozvoj co nejsrozumitelnější mluvy, rozvoj jazykových schopností dítěte, rozvoj

zrakové a sluchové diferenciácie, grafomotoriky a jemné motoriky. (Neubauer, 2014 in Neubauer, Tübele, Neubauerová a kol., 2016)

4 Terapeutické aktivity v rámci léčebné rehabilitace

Terapeutické aktivity, které se v léčebné rehabilitaci užívají mohou mít několik funkcí. Nejen, že mnohé z nich pomáhají zlepšit celkový stav jedince a jeho schopnosti, ale některé mohou být i zábavné. I když se na první pohled zdá, že ty „zábavné“ aktivity jsou spíše oddychové, na druhý pohled hrají pro jedince s např. autismem či ADHD významnou roli.

4.1 Fyzikální terapie

Tato terapie se dělí podle fyzikálních energií, tedy elektro-, akusto-, magneto-, foto-, mechano-terapie. Cíle jsou především v oblasti pohybového ústrojí. Na prvním místě je to proti bolesti, zlepšování trofiky tkání, urychlení hojení, případně aktivace a posilování kosterních svalů. (Votava, 2005) Jankovský (2006) dále zmiňuje léčbu přírodními léčivými prostředky, kterou je balneoterapie.

4.1.1 Balneoterapie

Balneoterapie pochází z řeckého slova *balneum* = lázeň a *logos* = nauka. Jde o vědní obor, který se věnuje vzniku, výskytu, analýze, úpravě a využití přírodních léčivých zdrojů k léčebným účelům. Je využívána pro udržení a podporu zdraví a prevenci onemocnění, léčbě nemocí a patologických stavů a k obnově snížených nebo ztracených funkcí a schopností. Aplikuje se především v rámci komplexní lázeňské léčby, která využívá např. prostředky balneoterapie, klimatoterapie, kinezioterapie. Podstatou léčby je přeladění organismu vlivem série nových podnětů v novém prostředí. (Navrátil, 2019)

4.2 Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova je hlavní metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Je velmi efektivní u dětí s DMO. Základní formou je tělesné cvičení. Realizace je možná individuálně i skupinově. Jedná se o dva strategické přístupy. Za prvé jsou to léčebné gymnastické prvky a za druhé jde o reflexní motoriku, v které se využívá reflexů, jež vyvolávají stah ochrnutých svalů nebo tento stah podporují. V praxi se využívá tzv. Vojtova metoda, metodika Bobathových, při léčbě DMO např. Kabatova metodika. (Jankovský, 2006)

4.2.1 Vojtova metoda

Václav Vojta (*1917 †2000), po němž je terapie pojmenována, byl neurolog a pediatr. Díky jeho terapii lze aktivovat vrozené hybné programy, které sestávají z různých typů pohybu.

Z mnoha možností jejich spojení vyplývá nevyčerpatelné množství variací. (Orth, 2009) Vojtova metoda představuje neurofyziologicky a vývojově orientovaný systém s cílem znovuoživení vrozených a fyziologických pohybových vzorů které byly blokovány postižením mozku v dětství nebo byly v důsledku traumatu ztraceny. Využívá a pracuje s reflexivními vzory, typickými pro časný dětský věk a tím se snaží aktivovat motorické funkce. Ve standardních výchozích pozicích se aplikují a přesně definované zóny manuální stimuly a tím má dojít k vyvolání změny držení či pohybu. Je to odvozeno od dvou základních vzorů – reflexivní otáčení a reflexivní plazení. Zóny, na které jsou aplikovány stimuly, jsou zóny spouštěvé. Ty se dělí na hlavní a vedlejší. (Pavlů, 2003)

4.2.2 Metoda manželů Bobathových

Manžele Bobathovi vycházejí z pozorování, že centrálně podmíněné poruchy motoriky se projevují těmito patologickými známkami:

- abnormálním svalovým tonusem⁵, který může být buď zvýšen či snížen nebo může kolísat;
- přítomností vývojově nižších tonických reflexů a s tím spojených patologických vzorů;
- poruchami reciproční intervence, vedoucími ke kontrakcím nebo k současnému útlumu agonistů a antagonistů;
- výskytem asociovaných reakcí při volných pohybech ve smyslu nežádoucích synchronních pohybů ve vzdálenějších oblastech. (Pavlů, 2003)

Tato metodika klade důraz na charakteristické prvky. Mezi ně patří technika držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, klíčové body a „tapping“⁶. Prakticky se jedná o inhibici patologických reflexů a o vybudování základních pohybových vzorů v motorice dítěte. (Pfeiffer, 1996 in Jankovský, 2006)

4.3 Ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl složením řeckého slova *ergon* = práce a *therapia* = léčení, terapie. Od šedesátých let 20. století se začíná v některých evropských jazycích tento výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního pojmenování pracovní terapie. V českém jazyce

⁵ svalové napětí

⁶ stimulace různých částí těla taktilními podněty (klepání, hlazení apod.)

se ustálil výraz ergoterapie, ale i dnes je často zaměňován za původní název léčba prací. Odborníci se však přiklánějí k používání termínu ergoterapie. (Krivošíková, 2011)

„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.“ (Světová federace ergoterapeutů, 2004 in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Cílem ergoterapie je:

- podporovat zdraví a duševní pohodu člověka prostřednictvím smysluplné aktivity;
- pomáhat ve zlepšení schopností, které člověk potřebuje pro zvládnutí běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času;
- umožnit člověku naplňovat jeho sociální role;
- napomáhat k plnému zapojení člověka do aktivit jeho sociálního prostředí a komunity;
- uplatňovat terapii cílenou na klienta/pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie;
- posilovat člověka v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jeho každodenních činností v interakci s prostředím;
- usilovat o zachování účasti se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění. (Dostupné z <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>)

Jankovský (2006) říká, že u malých dětí lze říct, že se jedná o léčbu pomocí hravých aktivit. Dětská hra a činnost obecně, mají svá vývojová stádia, které je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě s postižením. Má-li být dětská ergoterapie efektivní, je velmi žádoucí individuální přístup. Rozlišuje celou řadu cílů, např. soustavné rozvíjení, respektive zlepšování hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace, zlepšení komunikace. Usiluje o dosažení maximální samostatnosti dítěte. Ergoterapie má nejen léčebný efekt, ale i resocializační, v důsledku čehož úzce souvisí nejen s pracovní rehabilitací, ale také s rehabilitací sociální.

4.4 Zooterapie

Jedná se o základní schopnosti živého organismu probouzet samoléčitelské schopnosti jiného živého organismus. (Lacinová 2007, in Bicková a kol., 2020) Dále zooterapii můžeme definovat jako rehabilitační podpůrnou metodu a metodu psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na propojení vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. (Kalinová, 2004 in Bicková, 2020) Zvíře je vždy v roli prostředníka, tzv. ko-terapeuta, zatímco člověk je terapeutem, odborníkem či se stává členem multidisciplinárního týmu. (Freeman, 2007 in Bicková, 2020) V podstatě zahrnuje veškeré rehabilitační, vzdělávací, terapeutické a aktivizační metody, které využívají pozitivní přítomnost zvířete. (Bicková a kol., 2020)

4.4.1 Canisterapie

Jedná se o léčbu se zvířetem, kterým je zde pes. Dle Galajdové (1999 in Jankovský, 2006) je možné touto metodou zlepšit psychickou pohodu, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zranění u dětí. Dále je možné také zbavit děti kynofobie⁷, případně odstranit agresivní projevy nejen vůči zvířatům, ale i mezi dětmi navzájem. Efekt je především psychologický. Canisterapie nalézá své uplatnění také při sportu zdravotně postižených.

V předškolním věku je pes pro dítě jakousi „živou hračkou“, kterou dokáže dobře odlišit od dokonalé neživé napodobeniny a chová se k ní jinak. Dítě se seznamuje s životním během – pozoruje rozmnožování, vyzrávání mláďete, život i jeho smrt. (Matějček, 1997 in Velemínský, 2007)

U klientů s autismem se může pracovat v oblasti komunikace a sociální interakce na rozvoji komunikace, případně navázání komunikace s dalšími participujícími osobami. První canisterapeutické jednotky mohou probíhat pouze formou přítomnosti psa a terapeuta bez navázání zjevného kontaktu s klientem. Terapie vyžaduje trpělivost, kreativitu a pokračování v terapii při zachování základních podmínek a zásad práce s klienty s autismem.

Dle Patty Dobbs Gross (2006) se děti s PAS, které mají možnost interakce se psem, učí způsobu komunikace s nimi. Dále tvrdí, že se psi vůči člověku chovají obecně empaticky, tolerantně a bez předsudků, čímž se stávají dobrými učiteli a vzory pro děti. Canisterapie má největší efekt, pokud dítě může se psem sdílet zážitky s ostatními, což posiluje schopnost přenést vhodné

⁷ chorobný strach ze psů

sociální chování do každodenního života. Zvládnutí takového chování je, zvláště u dětí s PAS, více než je naučit se soubor určitých dovedností. (Bicková, 2020)

Při práci s dětmi s ADHD je důležitý trpělivý přístup. Důležité je povzbuzovat dítě a zatěžovat jeho pozornost jen v malých dávkách. Práce u dětí s ADHD je nutné vždy individuálně přizpůsobit danému jedinci. (Bicková, 2020)

Canisterapie může probíhat i u klientů s ADHD, kdy se pak uplatňují tyto cíle:

- posilování jemné motoriky;
- snižování agresivity;
- zvýšení koncentrace;
- rozvíjení řečových dovedností;
- rozvíjení sociálních dovedností, sociabilita;
- celkově zklidnění klienta v závislosti na přítomnosti psa. (Velemínský, 2007)

4.4.2 Hipoterapie

Je komplexní rehabilitační metodou, která vychází z neurofyziologických základů, přičemž k léčebným účinkům využívá koně. Využívá působení prvků nesespecifických (vliv tepla zvířete, labyrintové reflexy, podpurné a obranné reakce aj.) a specifických prvků, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je jedinečný a ničím nenahraditelný. Tato forma rehabilitace propojuje oblast medicínskou, pedagogicko psychologickou a sportovní. Indikaci k hypoterapii posuzuje odborný lékař a má nad ní též supervizi. Je vedena a prováděna speciálně vyškoleným fyzioterapeutem. Ten může mít ještě pomocníka, který klienta zabezpečuje před pádem. (Kulichová a kol., 1995 in Jankovský, 2006)

Principem fyzioterapeutického působení je koňský hřbet, který při svém kroku vytváří trojrozměrný pohyb, který se skládá z pohybu nahoru a dolů, vpřed a vzad, a do stran. To vše v rytmických kmitech, které prostupují svalstvem v plné šíři. Aby se člověk na koni udržel, musí se těmto impulsům podvolovat. Vlivem pohybu koně dochází k volnému zapojování reflexů pro rovnováhu, které vedou ke zlepšení držení těla a hlavy. Výsledkem hipoterapie je zlepšení koordinace pohybů, rovnováhy, zpevněný svalový korzet trupu. (Votava a kol., 2003)

Hipoterapie se hojně užívá u pacientů s dětskou mozkovou obrnou. Tímto způsobem se dá takovým jedincům pomoci s několika problémy. Jednak lze modifikovat svalový tonus, trénuje se orientace v prostoru, pracuje se na zkříženém zapojování ramen a pánve do pohybu, celkově

se pracuje na normálním chůzovém mechanismu, který pacient často jinak nezažije. (Velemínský, 2007)

Dalším principem je princip psychoterapeutický. Při kontaktu s živým koněm vzniká pozitivní atmosféra s pozitivním emočním nábojem. Klient hipoterapie nabývá sebejistoty a sebevědomí, protože pomocí koně dokáže něco, co by sám mnohdy nedokázal, a účastní se rehabilitační terapie, reakční nebo sportovní aktivity, jakou ne každý ovládá. Přítomnost koně dále přispívá ke zlepšení kontroly chování, adaptačních schopností na nové situace a koncentrace pozornosti. (Votava a kol., 2007)

4.5 Arteterapie

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, ale také výtvarná práce s jinými materiály, kterým je např. keramická hlína, jenž je vhodná především pro děti trpících DMO, u kterých se uvolňuje spasticita a procvičuje se jemná motorika. Dále nelze opomenout významný psychologický efekt této metody, kterým je emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe, diagnostika atd. (Jankovský, 2006)

Zprvu bylo cílem arteterapie pomoci upřesňovat diagnózu duševně nemocných lidí, ale později se přidal i terapeutický aspekt. Umožňuje nejen uvolňovat tenzi⁸ tvořivými aktivitami a předcházet tak např. destruktivnímu chování, ale zmírňuje i zažívanou psychickou zátěž. Dobře indikovaná a dobře provádění arteterapie napomáhá k posunům kognitivním, citovém a duchovním rozvoji. (Lhotová, Perout, 2018)

Tato terapie je s úspěchem aplikována především u dětí, které mají specifické problémy. Mohou neprosplvat ve škole, trpí poruchou pozornosti nebo jinými problémy s chováním. Může se jednat o delikventní děti nebo děti s emocionálními problémy. Cílem arteterapie je posílit sebevědomí, motivaci dětí učit se a sebekontrolu. (Šicková-Fabrici, 2002)

Šicková-Fabrici (2002) se ve své knize věnuje i kapitole o arteterapii s autistickými pacienty. U této populace má arteterapie široké pole působnosti. Výtvarný projev autistických dětí je charakteristický snahou o kompenzaci absentující verbální komunikace. Při modelování z hlíny, kterému se v začátcích takové dítě brání, je cílem hmatová senzibilizace⁹ a možnost reflexe nahromaděných pocitů.

⁸ napětí

⁹ rozšíření citlivosti

4.6 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů. Těmito metami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i o osobní rozvoj, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů.“ (Gerlichová, 2021) Je svébytným oborem, který řadíme s arteterapií, dramaterapií a tanečně-pohybovou terapií mezi umělecké terapie. Díky interdisciplinární povaze jsou tyto terapie potřebné a využitelné ve školství, v sociální i zdravotní oblasti. (Beníčková, 2017)

Muzikoterapii využíváme především jako:

- prostor pro spontánní projev;
- rozvoj smyslové kooperace a motoriky;
- možnost naslouchání;
- podporu záměrné pozornosti;
- komunikaci;
- možnost samostatného rozhodování;
- prostor pro emoční prožívání;
- nácvik psychomotorického uvolnění;
- vnímání hudby za účelem odbourání stresu, úzkosti, obavy. (Hanák a kol., 2011)

Jedná se o léčbu, která se vykonává pomocí hudby a aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Má podobný význam i efekt jako arteterapie. Pracuje s verbálními i neverbálními prostředky. Zpěv i dechové aktivity mají značný vliv na tělesné a psychické procesy. Hudba tak může mít nejen relaxační účinky, ale i stimulační efekt. Stává se významným prostředkem komunikace i vyjadřování vnitřních pocitů. Hudbě lze naslouchat, vnímat ji, nechat ji na sebe působit a také ji tvořit a kreativně přetvářet. (Jankovský, 2006)

Kuklová a Jakešová v knize od Hanáka a kol. (2011) popisují muzikoterapii s dětmi přímo v jedné mateřské škole speciální, kde děti mají souběžné postižení s více vadami. Cílem je smyslová kooperace a psychomotorika, stimulace dětí v oblasti pozornosti, senzomotorického vnímání, poznávacích procesů, komunikace atd. Muzikoterapeutické setkání může mít následující strukturu:

- zahájení, přivítání se;
- hra s nástroji, zpěv s doprovodem hudebních nástrojů;
- hra „na tělo“;

- hudebně-pohybové hry, psychomotorické hry;
- poslech relaxační hudby.

Muzikoterapie může spolupracovat s logopedií. Pro rozvoj řeči i rozvoj hudebnosti je potřeba zlepšovat a trénovat sluchové vnímání, rytmické schopnosti, hlasové dovednosti atd. Například u vývojové dysfázie může muzikoterapie rozvíjet rytmiku, sluchovou percepci, verbální i neverbální způsoby komunikace dítěte. V některých případech je prospěšná rodinná muzikoterapie. U koktavosti výrazně pomáhá rytmizace slov, zpěv, dechová cvičení a nácvik relaxace. U osob, které nemohou verbálně komunikovat, je třeba zahájit rozvoj alternativního či augmentativního způsobu komunikace. (Gerlichová, 2021)

Muzikoterapii lze provádět i s osobami s poruchou autistického spektra. Cíli takové muzikoterapie pak jsou:

- snížení sociální izolace a výuka sociálních dovedností;
- zvyšování motivace k interakci s okolím;
- podpora nezávislosti;
- nácvik dovedností nutných pro zapojení do běžných aktivit;
- terapie nežádoucích vzorců chování a rozvoj adaptivního chování;
- posílení motivace ke komunikaci a rozvoj funkční schopnosti komunikovat;
- porozumění řeči;
- osvojení řeči nebo alternativních prostředků komunikace;
- rozvoj schopnosti sensorické integrace¹⁰;
- rozvoj percepčních a motorických procesů;
- rozvoj kognitivních schopností a podpora procesu učení. (srov. Kantor, 2013 in Gerlichová, 2021)

¹⁰ proces, díky kterému získává mozek informace ze všech smyslů, rozpoznává je, třídí, porovnává s dřívějšími zkušenostmi a reaguje na ně (Gerlichová, 2021)

5 Shrnutí teoretické části

Záměrem teoretické části této práce bylo popsat Lentilku – integrační školku a rehabilitační centrum, ucelenou rehabilitaci, diagnózy, které se vyskytují u cílové skupiny a terapeutické aktivity léčebné rehabilitace.

V první kapitole popisují Lentilku, a to jak samotnou integrační školku, tak i rehabilitační centrum. V tomto zařízení budu provádět svůj výzkum, týkající se realizace ucelené (re)habilitace dětí.

Ve druhé kapitole se věnuji pojmu ucelená rehabilitace. Vysvětluji, co ucelená rehabilitace i habilitace znamená, a popisují jednotlivé složky ucelené rehabilitace. Z této kapitoly vyplývá, že ucelená rehabilitace je velmi podstatná pro děti s jakýmkoli postižením. Podporuje přirozený vývoj a přibližuje ho i u dítěte s postižením vývoji zdravých vrstevníků, případně se snaží dosáhnout i fyziologického vývoje.

Ve třetí kapitole popisují vybrané diagnózy, které se velmi často vyskytují i u cílové skupiny Lentilky. Vybrala jsem a vysvětlila ty, které považují za nejčastější a každý by měl mít o těchto diagnózách větší povědomí.

V poslední kapitole uvádím terapeutické aktivity v rámci léčebné rehabilitace. Uvedla a popsala jsem ty, které realizuje i samotná Lentilka pro své děti. Proto i u mnohých terapeutických aktivit i uvádím jako příklady děti s autismem či ADHD, jelikož i pro ně jsou tyto aktivity určené a mohou mít velmi pozitivní účinek.

Výše zmíněné poznatky budou využity jako podklady pro empirickou část, kterou budu realizovat kvalitativní výzkumnou strategií s využitím metody analýzy interních dokumentů organizace, zúčastněného pozorování a polostrukturovaného rozhovoru se zaměstnanci Lentilky. Mým hlavním výzkumným cílem bude zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru a jaká jsou její specifika. Zaměřím se na to, jak se teoretická východiska odráží v praxi.

6 Metodologie výzkumného šetření

V této části se budu věnovat metodologii výzkumného šetření. Zaměřím se na formulaci výzkumného cíle, hlavní výzkumné otázky a na dílčí výzkumné otázky.

6.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření je **zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika.**

Tento cíl byl následně přetransformován do hlavní výzkumné otázky (HVO) a to následovně: **Jak je v Lentilce realizována ucelená (re)habilitace a jaká jsou její specifika?**

Abych na tuto otázku mohla získat odpověď, stanovila jsem si šest dílčích otázek (DVO), které se zaměřovaly na ucelenou (re)habilitaci v Lentilce a na to, jak se k této problematice staví terapeuti a paní ředitelka tohoto zařízení.

DVO1: Jaké terapeutické služby poskytuje rehabilitační centrum Lentilka v rámci ucelené (re)habilitace?

Cílem první dílčí výzkumné otázky je odhalit, jaké terapeutické aktivity jsou v Lentilce – rehabilitačním centru využívány. Tato informace je velmi podstatná, jelikož budu následovně s každým odborníkem jednotlivé oblasti provádět rozhovory.

DVO2: Jak hodnotí jednotlivé terapeutické služby terapeuti?

Cílem druhé dílčí výzkumné otázky je zjistit, jak dané terapeutické služby hodnotí sami terapeuti. Díky jejich názoru zjistím, jakou důležitou úlohu daná služba má.

DVO3: Co je specifické v rámci jednotlivých terapeutických služeb?

Cílem třetí dílčí výzkumné otázky je odhalit specifika jednotlivých terapeutických služeb. V rámci této otázky se blíže s terapeutickými službami seznámím a poznám, co je pro ně specifické.

DVO4: Jaký dopad mají terapeutické služby na rozvoj dětí v Lentilce?

Cílem čtvrté dílčí výzkumné otázky je prozkoumat dopady terapeutických služeb na rozvoj dětí v tomto konkrétním zařízení. Díky tomu zjistím přínosy ucelené (re)habilitace.

DVO5: Jak funguje interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb?

Cílem páté dílčí výzkumné otázky je zjistit funkčnost interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb. Bude mě zajímat s jakými dalšími odborníky či lidmi terapeuti spolupracují a jakým způsobem.

DVO6: Jaký názor má na ucelenou (re)habilitaci v Lentilce paní ředitelka Lentilky?

Cílem šesté dílčí výzkumné otázky je zjistit pohled paní ředitelky tohoto zařízení na ucelenou (re)habilitaci. Díky této otázce se seznámím s pohledem na tuto problematiku další osoby, která není terapeutem, ale má přehled a může poskytnout informace, které dobře doplní cíl práce.

6.2 Transformace dílčích otázek

Každou dílčí otázku jsem transformovala do sady tazatelských otázek. Vytvořila jsem celkem dvacet osm otázek, kdy pro první dílčí výzkumnou otázku je využito pět tazatelských otázek, pro druhou dílčí výzkumnou otázku čtyři tazatelské otázky, pro třetí dílčí výzkumnou otázku také čtyři tazatelské otázky, v rámci čtvrté dílčí otázky jsou využity tři tazatelské otázky, pro pátou dílčí výzkumnou otázku je využito šest tazatelských otázek a v rámci poslední šesté dílčí výzkumné otázky jsem využila šest tazatelských otázek.

Následující tabulka znázorňuje transformaci dílčích výzkumných otázek na otázky tazatelské.

Tabulka 2: Transformace otázek do tazatelských otázek (zdroj: vlastní)

Dílčí výzkumná otázka	Dílčí výzkumný nástroj	Informant	Tazatelské otázky
DVO1 Jaké terapeutické aktivity využívá rehabilitační centrum Lentilky v rámci ucelené (re)habilitace?	analýza dokumentů, polostrukturovaný rozhovor	výroční zprávy a interní dokumenty, paní ředitelka	TO1.1 Jak je v Lentilce realizována ucelená (re)habilitace? TO1.2 Co pro děti v Lentilce znamená ucelená (re)habilitace? TO1.3 Jaké terapeutické služby Lentilka poskytuje?

			<p>TO1.4 Jak se o možnostech terapeutických služeb dozvídají klienti?</p> <p>TO1.5 S jakými diagnózami jsou přijímáni klienti do rehabilitačního centra Lentilky?</p>
<p>DVO2 Jak hodnotí jednotlivé terapeutické služby terapeuti?</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>terapeuti Lentilky</p>	<p>TO2.1 Jak hodnotí terapeutické služby ergoterapeut?</p> <p>TO2.2 Jak hodnotí terapeutické služby fyzioterapeut?</p> <p>TO2.3 Jak hodnotí terapeutické služby logoped?</p> <p>TO2.4 Jak hodnotí terapeutické služby rehabilitační lékař?</p>
<p>DVO3 Co je specifické v rámci jednotlivých terapeutických služeb?</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>terapeuti Lentilky</p>	<p>TO3.1 Co je specifické v rámci realizace ergoterapie?</p> <p>TO3.2</p>

			<p>Co je specifické v rámci realizace fyzioterapie?</p> <p>TO3.3</p> <p>Co je specifické v rámci realizace logopedie?</p> <p>TO3.4</p> <p>Co je specifické v rámci realizace rehabilitace?</p>
<p>DVO4</p> <p>Jaký dopad mají terapeutické služby na rozvoj dětí v Lentilce?</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>terapeuti Lentilky</p>	<p>TO4.1</p> <p>Jaký dopad mají terapeutické služby na motorický vývoj dítěte?</p> <p>TO4.2</p> <p>Jaký dopad mají terapeutické služby na psychický vývoj dítěte?</p> <p>TO4.3</p> <p>Jaký dopad mají terapeutické služby na sociální vývoj dítěte?</p>
<p>DVO5</p> <p>Jak funguje interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb?</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>terapeuti Lentilky, paní ředitelka</p>	<p>TO5.1</p> <p>Jak se zapojuje do týmu psycholog?</p> <p>TO5.2</p> <p>Jak se zapojuje do týmu speciální pedagog?</p>

			<p>TO5.3 Jak se zapojuje do týmu sociální pracovník?</p> <p>TO5.4 Kdo další se zapojuje do spolupráce v kontextu terapeutických služeb v Lentilce?</p> <p>TO5.5 Jak se zapojují do spolupráce rodiče?</p> <p>TO5.6 Jak hodnotíte současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro vaši cílovou skupinu v Pardubicích?</p>
<p>DVO6 Jaký názor má na ucelenou (re)habilitaci v Lentilce paní ředitelka Lentilky?</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>paní ředitelka</p>	<p>TO6.1 Jaké poslání má Lentilka?</p> <p>TO6.2 Jak vznikla myšlenka terapeutických služeb pro děti v Lentilce?</p> <p>TO6.3</p>

			<p>Jaké úspěchy zaznamenala Lentilka v rámci ucelené rehabilitace a terapeutických služeb?</p> <p>TO6.4</p> <p>S jakými problémy se v oblasti terapeutických služeb v Lentilce potýkáte?</p> <p>TO6.5</p> <p>V čem je Lentilka specifická?</p> <p>TO6.6</p> <p>Jak hodnotíte současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro Vaši cílovou skupinu v Pardubicích?</p>
--	--	--	---

6.3 Volba a popis výzkumné metody

Pro toto výzkumné šetření jsem jako výzkumnou strategii zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Myslím si, že tato strategie je pro poznání a pochopení problematiky, kterou se zabývám nejvhodnější. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidské problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistická obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell, 1998 in Hendl, 2005)

Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) je podstatou kvalitativního výzkumu do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné a stejně tak nejsou předem

stanoveny hypotézy. Výzkumný projekt není závislý na teorii, která byla předtím někým vybudována. Smyslem je do hloubky prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika tohoto výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně oporu v dalších datech. Výstupem je formulování nové hypotézy či teorie.

Mezi přednosti kvalitativního výzkumu patří např. získávání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince, skupiny, událostí a fenoménu; zkoumá fenomén v přirozeném prostředí; umožňuje studovat procesy; umožňuje navrhnout teorie; dobře reaguje na místní situace a podmínky; hledá lokální příčinné souvislosti; pomáhá při počáteční exploraci fenoménu. (Hendl, 2005)

Jako metodu sběru dat jsem použila analýzu interních dokumentů organizace, zúčastněné pozorování a metodu polostrukturovaného rozhovoru, který vycházel z předem připraveného seznamu témat a otázek. Tyto metody jsem použila proto, jelikož se mi jevily jako nejvhodnější způsob. Mohla jsem tím danou problematiku nejlépe poznat a v rámci polostrukturovaného rozhovoru se v případě nejasností mohli doptávat jak respondenti, tak i já. Stěžejní metodou byl právě polostrukturovaný rozhovor, díky kterému jsem měla možnost seznámit se s problematikou nejvíce. V rámci tohoto výzkumu bylo pozorování spíše doplňkové pro poznání teorie v praxi.

Hendl (2005) říká, že „*analýza dokumentů patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek. V dokumentech se projevují osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje, hodnoty a ideje. Dokumenty jsou knihy, novinové články, záznamy projevů funkcionářů, deníky, plakáty, obrazy. Za dokumenty se však mohou obecně považovat veškeré stopy lidské existence.*“ Dále se zmiňuje o tom, že rozmanitost dokumentů otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsobem těžko získaly a další výhodou je to, že data nejsou vystavena působení zdrojů chyb nebo zkreslení, jež vznikají při uskutečňování rozhovorů, pozorování, měření a testování.

Zúčastněné pozorování definuje Švaříček a Šedřová (2007) jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“ Účelem není jen pozorování, ale také nalezené zprostředkovat čtenáři. Pozorovatel je jednak účastníkem interakcí, přičemž aktivity spíše

sleduje, jednak je pozorovatelem, který se od ostatních aktérů liší záměrem. Pozorovatel se účastní probíhajících aktivit, ale „drží se zpátky“, když klade otázky na věci, které každý ze studované skupiny ví.

Polostrukturovaný rozhovor je jeden z dvou hlavních typů hloubkové rozhovoru, který vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou zkoumány členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny. Celý proces získání dat touto metodou sestává z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a z psaní a prezentace výzkumné zprávy. (Švaříček, Šedřová, 2007)

Místem, ve kterém se konalo výzkumné šetření byla Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum v Pardubicích.

6.4 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika

Dle Hendla (2005) je ve studii pomocí rozhovorů důležité se rozhodnout, s kterými osobami provedeme rozhovor a z jakých skupin mají tito jedinci pocházet. V rámci specializace diplomové práce jsem se rozhodla, že základním výzkumným souborem pro polostrukturovaný rozhovor budou zaměstnanci Lentilky. Následovně jsem sestavila výběrový výzkumný soubor, kde jsem stanovila konkrétní osoby, se kterými bude rozhovor uskutečněn.

Základní podmínkou, kterou jsem si při výběru dotazovaných osob vytyčila, bylo, aby respondenti tohoto výzkumu byli ti, kteří se v co největší míře podílejí na ucelené (re)habilitaci v Lentilce. Bylo pro mě důležité, aby každou terapii reprezentoval příslušný terapeut/respondent. Dále jsem považovala za nutnost přizvat i paní ředitelku k rozhovoru, která má k dané problematice také co říct, jelikož za veškeré dění v Lentilce zodpovídá a má na něm své zásluhy.

Konečný výzkumný soubor pro polostrukturovaný rozhovor tedy tvoří tři terapeuti (logoped, ergoterapeut, fyzioterapeut), jeden rehabilitační lékař a paní ředitelka. Lentilka má na každou terapii více terapeutů, ale bohužel nemohou být všichni přítomni. Jednak zaměstnanci Lentilky jsou časově vytíženi a dále je problémem situace ohledně covidu-19. Výzkumu se zúčastnily ženy, které splnily uvedená kritéria a s účastí na výzkumu souhlasily.

V rámci pozorování jsem za základní soubor zvolila klienty Lentilky (děti), kde podmínkou bylo, aby mi bylo poskytnuto k pozorování každé terapie alespoň jedno dítě s jakoukoli diagnózou.

Dalším základním výzkumným souborem jsem zvolila opět zaměstnance Lentilky, z kterých jsem sestavila výběrový výzkumný soubor. Kritériem pro výběr respondentů bylo to, aby se jednalo o terapeuty každé terapie a rehabilitačního lékaře.

Konečný výzkumný soubor tvoří tři terapeuti (logoped, ergoterapeut, fyzioterapeut), jeden rehabilitační lékař a dvě děti v rámci logopedie, jedno dítě v rámci ergoterapie, v rámci fyzioterapie taktéž jedno dítě a u rehabilitačního lékaře jsou to dvě děti. Cílem je pozorovat terapeuty při práci s klienty a poznávat problematiku ucelené (re)habilitace v Lentilce.

Tabulka 3: Kódování respondentů – zaměstnanci Lentilky (zdroj: vlastní)

Respondenti	Pohlaví	Věk	Počet let v Lentilce	Pracovní pozice
R1	žena	47	13	ředitelka
R2	žena	26	2	ergoterapeut
R3	žena	54	27	fyzioterapeut
R4	žena	40	6	logoped
R5	žena	37	3	rehabilitační lékař

6.5 Organizace a průběh výzkumu

Diplomová práce byla vypracována v časovém rozmezí od července 2021 do března 2022. Časový plán a kroky výzkumného šetření jsou popsány v následující tabulce.

Tabulka 4: Časový plán výzkumného šetření (zdroj: vlastní)

Průběh výzkumu	Časové rozmezí
Vyhledávání a studování zdrojů pro vypracování teoretické části	červenec – srpen 2021
Vypracování teoretické části	srpen – listopad 2021
Vypracování empirické části	prosinec 2021
Realizace výzkumného šetření	prosinec 2021 – leden 2022

Zpracování výsledků výzkumu	únor – březen 2022
Dokončení diplomové práce	březen 2022

Nejdříve jsem kontaktovala paní ředitelku a poprosila, zda mohu výzkum v jejich zařízení realizovat. Vyšla mi vstříc a sama se aktivně zapojila do spolupráce.

V prvním kroku jsem paní ředitelce zaslala otázky, na které bych se chtěla zeptat. Cílem bylo zjistit, zda je vše srozumitelné a zároveň jsem i chtěla, aby paní ředitelka viděla, na co se budu ptát zaměstnanců. Otázky mi byly schváleny, a proto jsem mohla výzkum začít realizovat.

Ve druhém kroku jsem opět kontaktovala paní ředitelku a poprosila ji, zda by mohla požádat o spolupráci alespoň jednoho zástupce z logopedie, ergoterapie, fyzioterapie a rehabilitačního lékaře, což paní ředitelka zařídila a domluvily jsme se na konkrétních termínech pro uskutečnění jak rozhovoru, tak pozorování.

V předem dohodnutý den jsem se sešla s paní ředitelkou, s kterou jsem potřebovala vykonat rozhovor. Znovu jsme probraly cíl práce a začaly s rozhovorem. Stejný postup platil i u logopeda, ergoterapeuta, fyzioterapeuta a rehabilitačního lékaře. Rozhovor s paní ředitelkou trval asi čtyřicet pět minut, protože jsem na ni měla nejvíce otázek. U dalších zaměstnanců byl rozhovor kratší, jelikož se každý věnoval především popisu náplně své pozice a nikoli obecným záležitostem ohledně (re)habilitace v Lentilce.

Rozhovory nahrávány nebyly, jelikož jak jsem již zmínila, zaměstnanci byli opravdu v časové tísní a už tak to bylo občas složité. Zároveň jsem se chtěla soustředit na to, co mi daný člověk říká, abych se případně mohla doptávat. Proto jsem si rozhovor přepisovala a nespolehala se na nahrávací zařízení. Mělo to jistou nevýhodu, protože bylo zapotřebí mít získané odpovědi zapsané pečlivě. Rozhovory byly realizovány vždy v nějaké pauze, dokud nepřišel další klient ze školky. V tu chvíli jsem se musela přizpůsobit situaci a soustředit se na pozorování.

Pozorování probíhalo tak, že mi terapeuti i rehabilitační lékař dovolili sledovat jejich práci s klientem. Vždy mi bylo řečeno, jaké dítě má v tu chvíli přijít a jaká je jeho diagnóza, případně jaký problém se u něj vyskytuje. Samozřejmě byla zachována anonymita a jména mi sdělena nebyla. Poté jsem pečlivě sledovala jak chování dítěte, tak práci a přístup daného terapeuta. Vše jsem si zapisovala v bodech.

6.6 Zpracování dat

Jak již bylo zmíněno, při vedení rozhovoru nebylo využito záznamu, a proto jsem se snažila vše pečlivě zaznamenávat psaním. Získané údaje posloužily jako zdroj informací pro analýzu a interpretaci.

Při pozorování jsem si zapisovala v bodech různé situace, které se v danou chvíli děly. Touto metodou jsem získala lepší přehled o tom, jak ucelená (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru probíhá. Poskytlo mi to mimo teorie i praktický náhled.

6.7 Bariéry výzkumného šetření

Velikou překážkou vnímám to, že se bohužel výzkum musel realizovat v době covidu-19. Jednak kvůli tomu chybělo spoustu terapeutů a pak jsem se také obávala toho, že přijde k terapeutům i lékaři málo dětí. Naštěstí i přes menší počet dětí ve školce, se klienti k (re)habilitaci dostavili a já mohla v pořádku pozorovat.

Když už hovořím o daném časovém období, tak takovou druhou bariérou mohlo být i to, že jsem výzkum provedla v prosinci, a to v týdnu před Vánoci z důvodu, že jsem se v dalších dnech stěhovala do poměrně vzdáleného místa. Uvědomuji si, že jsem mohla být v danou chvíli i přítěží, jelikož skoro pro každého z nás je období před svátky poměrně stresující. Je zde tedy riziko odbytí výzkumu ze strany respondentů, ačkoli si myslím, že pro mě v tu chvíli udělali maximum.

Další bariérou by mohlo být i to, že jsem rozhovory nenahrávala. Mně osobně to nevadí, jelikož jsem rozhovory měla zapsané pečlivě a zároveň tak, abych tomu při analýze a interpretaci rozuměla, ale přeci jen je nahraný rozhovor jistota pro všechno.

7 Interpretace výsledků výzkumného šetření

V této kapitole se budu věnovat výsledkům výzkumu dle dílčích otázek. Každý podkapitola se věnuje jedné dílčí otázce.

Na začátku každé podkapitoly vždy uvádím dílčí výzkumnou otázku, kterou pak interpretuji a dokládám výpověďmi respondentů.

Pro identifikaci respondentů užívám označení R1 – R5.

7.1 První dílčí výzkumná otázka

Jaké terapeutické aktivity využívá rehabilitační centrum Lentilky v rámci ucelené (re)habilitace?

Cílem první dílčí výzkumné otázky je odhalit, jaké terapeutické aktivity jsou v Lentilce – rehabilitačním centru využívány. Tato informace je velmi podstatná, jelikož budu následovně s každým odborníkem jednotlivé oblasti provádět rozhovory.

První otázka, které se věnuji, pojednává o tom, jak je v Lentilce realizována ucelená (re)habilitace. Tím zjišťuji, jak probíhá celý proces ucelené (re)habilitace, jaké to má náležitosti, kdo se na této činnosti podílí a co je cílem. Tuto otázku jsem položila paní ředitelce, jelikož dle mého názoru zodpovídá za celý průběh (re)habilitace a má dostatečný přehled.

Děti s těžším handicapem mají v Lentilce komplexní individuální plán rozvoje (KIPR), na kterém se podílí v rámci ucelené (re)habilitace multidisciplinární tým, ve kterém je speciální pedagog, ergoterapeut, klinický logoped, psycholog a paní ředitelka. Externě pak také poradci z rané péče (Rodinné Integrační Centrum, Středisko rané péče). R1: „*Nejprve se sejde tým pracovníků a ti zkonzultují plán péče za svoji odbornost a poté je společná schůzka týmu s rodiči, kteří specifikují svoji zakázku. Odborníci představí jejich plán péče a výstupem je písemný společný plán na nejbližší období.*“ Hodnocení pak probíhá 2x – 3x za rok. V průběhu plnění KIPR mají rodiče i terapeuti možnost individuálně plán konzultovat. Cílem je zapracovat zakázku rodičů do plánu školky, do terapií, vyzdvihnout aktuální společné cíle, někdy je i upřesnit, aby byli v možnostech rodičů.

Dále mě v rámci tématu diplomové práce zajímalo, co může pro děti ucelená (re)habilitace znamenat, což jsem pak následně vnímala tak, že je vlastně na tuto otázku těžké odpovědět a stejně tak to vnímala i paní ředitelka. R1: „*Těžko ohodnotit, jak děti vnímají terapie a aktivity.*“

Spíše by to mělo být adresováno na rodiče. “ Za sebe však uvedla, že pracovala v Lentilce před dvaceti sedmi lety jako první speciální pedagog ve stacionáři, což je dnes integrační školka, kde v té době byly pouze zdravotní sestry na třídách a fyzioterapeuti s logopedy. Její bakalářská práce byla na téma Pedagogická práce jako součást ucelené rehabilitace. Před dvanácti lety se vrátila na pozici ředitelky a začala s kolegy intenzivně pracovat na ucelené (re)habilitaci. Ve školce se pak měnilo postupně personální obsazení, ze zdravotních sester na speciální pedagogy, pedagogy a asistenty pedagoga. Dále rozšířili terapie o ergoterapie. Nyní se všichni společně odborně podílí na ucelené (re)habilitaci, která je z pohledu paní ředitelky jediná cesta pro komplexní rozvoj dětí s postižením zejména do šesti let věku.

Velmi zásadní otázkou bylo, jaké vlastně terapeutické služby Lentilka poskytuje. Odpověď jsem získala prostřednictvím analýzy dokumentů a dále i od paní ředitelky pro upřesnění. Lentilka poskytuje služby klinické logopedie, fyzioterapie, ergoterapie, dále péče rehabilitačního lékaře, přičemž tyto čtyři terapie jsou poskytovány na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. R1 uvádí, že: *ve spolupráci s Rodinným Integračním Centrem se realizuje také canisterapie a muzikoterapie. Dále v rámci psychologického vyšetření je poskytována diagnostika a ve spolupráci s rodinnou terapií je v Lentilce detašované pracoviště PSYCHOCOM.* “

Vnímám za podstatné, aby rodiny, které mají dítě s handicapem věděly o Lentilce jako o zařízení a zároveň i o službách, které nabízí. O možnostech terapeutických služeb se klienti dozvídají prostřednictvím dětského lékaře, odborných lékařů (neurolog, rehabilitační lékař, ortoped, foniatr apod.), rizikových poraden, nemocnic, lázní, institucí, mezi které patří např. Středisko rané péče, mateřské školy, základní školy, speciálně pedagogické centrum či pedagogicko psychologická poradna. Dále si také informace o službách v Lentilce předávají mezi sebou sami rodiče.

Do rehabilitačního centra Lentilky jsou přijímáni klienti s různými diagnózami. V rámci fyzioterapie jsou přijímány děti s opožděním motorického vývoje, ortopedickým onemocněním (např. vrozené či získané vady dolních končetin), vadným držením těla, skoliózou, neurologickým onemocněním (např. dětská mozková obrna), genetickým, metabolickým a respiračním onemocněním anebo děti s poúrazovými stavy.

I v rámci logopedie, jsou do centra přijímány děti s nejrůznějšími vadami. Dále R1 uvádí: *„Pak v rámci logopedie jsou přijati klienti s opožděným vývojem řeči, s poruchami plynulosti řeči, s vadami výslovnosti, takže je to například dyslálie a vývojová dysfázie, pak s poruchami*

autistického spektra, například dětský autismus, s mentální retardací, s genetickými vadami, s převodními i percepčními vadami sluchu, s mutismem a dále s dětskou mozkovou obrnou.“

V rámci ergoterapie, jsou přijímány děti s následujícími diagnózami: opožděný či nerovnoměrný psychomotorický vývoj, vývojové koordinační poruchy, poruchy autistického spektra, mentální retardace, neurologická onemocnění (dětská mozková obrna, spinální svalová atrofie) a poruchy aktivity a pozornosti, např. ADHD.

V poslední řadě je potřeba nezapomenout i na rehabilitačního lékaře. Ten na základě získaných poznatků pracuje s dětmi, u kterých se vyskytuje vadné držení těla (např. skolióza), dětská mozková obrna, vývojové koordinační poruchy, dyspraxie, opožděný a nerovnoměrný psychomotorický vývoj a poruchy autistického spektra.

Shrnutí DVO1

Z rozhovoru s paní ředitelkou a také analýzou interních dokumentů organizace vyplývá, že ucelená (re)habilitace v Lentilce probíhá pečlivě a za využívá se mnoho terapeutických aktivit. Děti s handicapem mají vypracovaný komplexní individuální plán rozvoje, na ucelené (re)habilitaci se podílí multidisciplinární tým, plán péče se zkonzultuje a do celého procesu jsou zapojeni i rodiče.

Pro děti s postižením může být (re)habilitace jediná cesta pro komplexní rozvoj. V rámci této cesty může děti v Lentilce doprovázet služba klinické logopedie, fyzioterapie, ergoterapie a péče rehabilitačního lékaře. Dále se mohou setkat i s canisterapií a muzikoterapií.

O těchto službách se můžou klienti doslechnout z několika zdrojů, mezi které patří např. dětský lékař, odborný lékař, rizikové poradny, nemocnice, lázně, různé instituce a dále si informace předávají mezi sebou sami rodiče. V rámci fyzioterapie, logopedie, ergoterapie nebo vyšetření rehabilitačním lékařem jsou přijímány děti s mnoha diagnózami. Nejčastěji se jedná např. o dětskou mozkovou obrnu, poruchy autistického spektra, mentální retardací, opožděný psychomotorický vývoj, ADHD.

7.2 Druhá dílčí výzkumná otázka

Jak hodnotí jednotlivé terapeutické služby terapeuti?

Cílem druhé dílčí výzkumné otázky je zjistit, jak dané terapeutické služby hodnotí sami terapeuti. Díky jejich názoru zjistím, jakou důležitou úlohu daná služba má.

Na základě tématu práce vnímám za zásadní dotázat se i samotných terapeutů, jak své služby hodnotí. Zajímá mě odpověď ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda i rehabilitačního lékaře, který má na ucelené (re)habilitaci také podíl.

Ergoterapeut tvrdí, že díky provázanosti oboru je ergoterapie u dětí efektivnější. Je zde možnost naplánovat terapie pro daný cíl, který s rodiči stanoví, což znamená, že všechny odbornosti společně a úzce mohou mezi sebou komunikovat. R2 říká: *„Ergoterapeutické služby jsou tu rozmanité. Můžeme využívat pro naše terapie různé místnosti, kterými jsou třeba místnosti pro senzorickou integraci, nízko podnětové místnosti a místnosti Snoezelen. Myslím si, že díky dobré vybavenosti různých pomůcek, materiálů a předmětů je ergoterapie u nás na velmi dobré úrovni.“*

Své služby zhodnotil i fyzioterapeut, který se taktéž zmínil o spolupráci napříč jednotlivými obory na konkrétních klientech, čímž si rozšiřují informační zdroje. R3: *„Nezůstáváme vlastně pouze ve své specializační a profesní škatulce, ale danému dítěti a jeho rodině můžeme nabídnout i přesah do dalších terapeutických služeb.“* Dále se zmiňuje i pomoci rodičům dětí. Říká: *„Navíc pomáháme i rodičům, kteří často bývají zaměřeni pouze na problém nebo zakázku, s kterou za námi přicházejí, aby viděli věci komplexně. Můžeme se vzájemně doplňovat a společně směřovat k vytyčenému cíli, ačkoli každý svou cestou dle svého oboru.“*

Logoped taktéž vyhodnotil Lentilku jako unikátním zařízením, kde se pod jednou střechou realizuje logopedie, ergoterapie, fyzioterapie, je zde rehabilitační lékař a psycholog. Stejně jako předchozí terapeuti vypíchl spolupráci všech terapeutů, díky které je možné při terapii využívat párových terapií, např. s ergoterapeutem v různých místnostech. R4 uvádí: *„Naše zařízení nám umožňuje absolvovat před atestační přípravu a účastnit se nejaktuálnějších kurzů zabývajících se různou problematikou, třeba senzorickou integrací, behaviorálními technikami, SON – RISE, Snoezelen a tak. A díky této možnosti máme na výběr využít různé terapeutické přístupy, metody a techniky při terapii.“*

Svým hlavním úkolem vnímá rehabilitační lékař diagnostiku se stanovením terapeutické péče a předepsání vhodných zdravotních pomůcek. R5: *„Terapeuti se mohou účastnit vyšetření dětí, můžou na jednom místě konzultovat se mnou průběh terapií, třeba jestli dochází ke zlepšení nebo zhoršení, potřebu dalšího vyšetření nebo odeslání na další odborníky.“*

Shrnutí DVO2

Z rozhovoru s terapeuty vyplývá, že všichni terapeuti se shodli na efektivnosti spolupráce napříč jednotlivými obory. Ergoterapeutické služby v Lentilce jsou velmi rozmanité a v rámci těchto služeb lze využívat několik terapeutických místností. Fyzioterapeut se zmínil i o pomoci rodičů, kterou jeho terapie jim poskytuje. Logopedie taktéž probíhá ve spolupráci s ostatními terapeuty. Terapeuti mají možnost absolvovat před atestační přípravu a účastnit se různých kurzů, které se zabývají jakoukoli problematikou. Díky tomu pak mají na výběr různé terapeutické přístupy, metody a techniky. Rehabilitační lékař provádí diagnostiku a stanovuje pak následnou terapeutickou péči s předepsáním vhodných zdravotních pomůcek. Taktéž zdůraznil spolupráci s ostatními terapeuty, kteří se vyšetření mohou účastnit. Celkově je velmi zásadní spolupráce s rodiči dětí.

7.3 Třetí dílčí výzkumná otázka

Co je specifické v rámci jednotlivých terapeutických služeb?

Cílem třetí dílčí výzkumné otázky je odhalit specifika jednotlivých terapeutických služeb. V rámci této otázky se blíže s terapeutickými službami seznámím a poznám, co je pro ně specifické.

Každá terapie má svoje jistá specifika. Ergoterapeut za takové specifikum vnímá to, že všichni ergoterapeuti mohou využít nejrůznější prostředí či místnosti. R2 uvádí: *„Díky těmto možnostem můžeme s rodiči a dalšími terapeuty vytvořit správný terapeutický plán a cíl pro dítě.“* Za další specifikum ergoterapeut považuje i možnost využít různé terapeutické přístupy, a to dle individuálních potřeb konkrétního dítěte. V tomto případě je ergoterapie specializována zejména na metodu sensorické integrace, ale využívají všechny možné přístupy a metody, které vedou k rozvoji dítěte v jeho všedních denních činnostech jeho života.

Fyzioterapeut za specifika v rámci realizace fyzioterapie považuje taktéž možnost využití různých místností dle individuálních potřeb dítěte. R3: *„Za specifické považuji, že v rámci Lentilky máme možnost využití různých místností podle individuálních potřeb dítěte. Jedná se třeba o fyzioterapeutickou ambulanci, místnosti sensorické integrace, Snoezelen nebo nízkopodnětnou místnost.“* Dále uvádí specifikum úzké spolupráce s ostatními terapeuty a možnosti párových terapií. Terapeutický přístup není pouze jeden, proto R3 popisuje ještě další specifikum: *„Podle individuálních potřeb dítěte máme možnosti využít více a různých terapeutických přístupů.“*

Svoje specifika má i logopedie, která se shodují s předešlými terapiemi. Logoped opět zdůrazňuje využití různého prostředí. R4: „*Takovým prostředím je třeba logopedická ambulance, místnost sensorice integrace, Snoezelen nebo nízkopodnětná místnost.*“ V rámci problematiky, kterou se logopedie zabývá, jsou považovány za specifické i různé komunikační záležitosti. R4 říká: „*Využíváme různé komunikační kanály, například výměnný obrázkový komunikační systém, takzvaný VOKS, komunikační knihy, znak do řeči nebo totální komunikaci.*“ Dále opět za specifické považuje využití různých metod, kterými je třeba SON – RISE, behaviorální techniky či sensorická integrace.

Na tuto otázku rehabilitační lékař tedy R5 odpovídá: „*Péče rehabilitačního lékaře je nutná pro realizaci dalších terapií jak v rámci Lentilky, tak i s dalšími lékařskými obory, třeba neurologie, ortopedie a jiné. Specifickým je specializace na náročnou klientelu, což jsou třeba děti s PAS, s poruchami komunikace nebo děti s kombinovanými vadami.*“

V rámci výzkumu jsem měla i možnost pozorovat práci terapeutů s dětmi. Mohla jsem tedy poznat, jak takové setkání probíhá a vidět určitá uvedená specifika v praxi.

Zúčastnila jsem se pozorování ergoterapie, kde byl klientem šestiletý chlapec s psychomotorickým opožděním, hypotonickými svaly a laxitou kloubní. Ergoterapeutka s ním nacvičovala konzumaci jídla. Nejprve mu stravu podávala, pak mu ji podávala jeho asistentka. Následně chlapec začal jíst rukou sám, což bylo potřeba ocenit (potlesk a následné plácnutí). Proces probíhal formou hry. Po jídle následovalo umytí rukou a pak klidný režim. Ergoterapeutka uvedla, že si chlapec neumí hrát sám, proto mu jakékoli hračky podávala a bylo potřeba mu jeho činnost říkat nahlas. Například při podávání míče ergoterapeutka říkala, co chlapec zrovna dělá. *Příklad: „Já mám míč.“ „Já házím míč.“*

Poté jsem se účastnila pozorování fyzioterapie. Opět jsem pozorovala stejného chlapce. Nutno ještě dodat, že chlapec měl několik dnů předtím poraněnou levou nohu z neznámých příčin a při došlapu plakal. Lékař však nenašel vážnější problém a bolest po odlehčení (bez chůze) za několik dní odezněla. Cvičení probíhalo na neurofyziologickém podkladě, na nestabilních polohách. Fyzioterapeutka využívala válec a togu k aktivaci fyziologických svalových řetězců na posílení postury (středu těla) a to samozřejmě v odlehčení levé dolní končetiny. Proces fyzioterapie mi opět přišel jako hra. Kolem byly hračky, na které se chlapec soustředil a cvičení s ním pak probíhalo více v klidu. Pro dobrou motorickou imitaci a zapojení dalšího smyslu pomáhá při fyzioterapii zrcadlo.

V rámci pozorování logopedie jsem měla možnost pozorovat dva chlapce. První chlapec, kterému byly tak tři nebo čtyři roky. Dříve docházel ambulantně a hodně křičel. Nyní chodí do integrační školky Lentilky a je to lepší. Jeho diagnózou je opožděný vývoj řeči a nedoslýchavost kvůli rýmě. Měl za úkol hledat obrázky a následně opakovat slova. Jednalo se o slova jako např. rajče, kukuřice, konec, kbelík. Pokaždé následovala pochvala. Opět se jednalo o hravý přístup. Dalším úkolem bylo skládání a pojmenování obrázku. *Příklad: Na obrázku byl tygr, probíhalo pojmenovávání částí těla (hlava, tělo, nohy, ocas apod.)* Po pojmenovávání částí těla tygra následovalo pojmenovávání svých částí těla. Logopedka se chlapce ptala: „*Kde máš oči?*“ „*Kde máš vlasy?*“ a chlapec ukazoval. Další hrou bylo hraní domina, které opět pomáhalo k pojmenovávání zvířátek na dominu. Využívalo se pojmenovávání zvířat i v rámci hry Logico Primo. Logopedka u sebe měla tužku, která vydávala zvuky, což dítě zaujalo. Po chvíli dítě začalo odbíhat a bylo potřeba znovu probudit zájem. Chlapec si společně s logopedkou začal prohlížet obrázkovou knihu a následně napodobovali zvuky těch zvířat, které byly v knize na obrázku. Pak se cvičení zakončilo a chlapec odešel do školky. Celkovým cílem bylo porozumění, pojmenovávání a zrakové vnímání.

Následně přišel tříletý chlapeček, kterého terapeuti netypovali na PAS, ale rodiče dodali zprávy a diagnóza dětského autismu se potvrdila. Během cvičení měl za úkol přidávat knoflíky do otvorů. Pak následovalo vyplazování jazyka, při kterém se logopedka s chlapcem sledovali v zrcadle. Dále dítě vkládalo správné obrázky do správného otvoru, což mu šlo. Poté v rámci procvičování i motoriky mělo za úkol krájet jídlo. Jednalo se o dřevěné hračky. Následně chlapce zaujal bublifuk, tak spolu s logopedkou foukali, aby vznikly bubliny, což ocenil. Jako poslední věcí, kterou jsem vyzorovala, byla masáž obličeje, kterou prováděla paní logopedka. Pak se proces ukončil.

Jako poslední jsem pozorovala práci rehabilitačního lékaře s dětmi. Lékařku navštěvovalo jedno dítě za druhým a bylo pro mě obtížné se soustředit. Zaměřila jsem se na dva chlapce. Chlapcům bylo kolem pěti let a jednalo se o sourozence. Projevoval se u nich dětský autismus. Navíc jejich otec je Američan a jeden z chlapců mluví anglicky. Dalším problémem je, že chlapec, který hovoří anglicky, má ještě opožděný vývoj řeči, takže celkově je to pro logopeda velmi náročné. V podstatě návštěva lékaře vypadala, jako by si děti přišly pouze hrát. Chlapci tam prakticky pořád poskakovali, lezli po žebřinách, chodili po plošině a rozhazovali hračky. Pravda je ale taková, že díky tomu právě rehabilitační lékař nejvíce vyzoruje. Komunikuje a vše konzultuje s ostatními terapeuty i asistenty dětí. Vše si zapisuje a na základě toho pak vyvodí další postup.

Shrnutí DVO3

Z rozhovoru s terapeuty Lentilky vyplývá, že pro dané terapie je specifické téměř to samé. Jak pro ergoterapii a fyzioterapii, tak i pro logopedii platí, že specifikem při realizování terapií je možnost využití různých prostředí, na čemž se všichni shodli. Dle mého názoru je tato záležitost pozitivně vnímaná nejen terapeuty, ale tak i samotnými klienty a veřejností. Při terapiích se využívá různých přístupů a metod, a to dle individuálních potřeb dítěte. Logopedickou jedinečností je využití různých komunikačních kanálů. Rehabilitační lékař se specializuje na náročnou klientelu a je velmi podstatným člověkem pro realizaci dalších terapií.

Z pozorování práce terapeutů s dětmi lze vysledovat, jak celé setkání probíhá. Terapeuti se během dne setkají s velkým počtem dětí. V dopoledních hodinách přicházejí především děti z integrační školky, poté již dochází klienti ambulantně. Všichni terapeuti své terapie provádí formou hry, aby to bylo pro klienty zajímavé a zábavné. Je zřejmá vzájemná spolupráce terapeutů. Každý z nich má své různé techniky a přístupy v rámci realizace terapií. Pokaždé je třeba dítě ocenit, což sem u každého z nich vypožorovala.

7.4 Čtvrtá dílčí výzkumná otázka

Jaký dopad mají terapeutické služby na rozvoj dětí v Lentilce?

Cílem čtvrté dílčí výzkumné otázky je prozkoumat dopady terapeutických služeb na rozvoj dětí v tomto konkrétním zařízení. Díky tomu zjistím přínosy ucelené (re)habilitace.

Na následující tři oblasti, kterým se věnuji, jsem odpovědi získala opět od terapeutů – ergoterapeuta, fyzioterapeuta a logopeda. První otázka, které se věnuji, pojednává o tom, jaký dopad mají terapeutické služby na motorický vývoj dítěte. To, že služby jistě nějaký dopad mají, o tom není pochyb, ale zajímalo mě, jak na tuto záležitost nahlíží přímo odborníci, kteří se v této problematice pohybují. Všichni tři odborníci se shodují na rozvoji hrubé a jemné motoriky. R2 dále uvádí: „*Ergoterapie má na motorický vývoj dopad také v rozvoji grafomotoriky a rozvoji smyslů, a to hlavně vestibulárního, proprioceptivního a taktilního aparátu. Hlavním dopadem je i soběstačnost v běžných činnostech dne, takže třeba sebe sycení, oblékání, hygiena, rozvoj hry a tak dále.*“ Kromě již zmíněného rozvoje hrubé a jemné motoriky uvádí fyzioterapeut mimo jiné dopady na zabránění, případně minimalizaci poškozování motorického aparátu. R3: „*Podporuje se i psychomotorický vývoj, rozvíjí se stabilita a koordinace.*“ Logoped dodává ještě rozvoj oromotoriky.

Jelikož jsem se zabývala dopadem terapií na motorický vývoj dítěte, dále mě zajímal i dopad na psychický vývoj dítěte, který tam také určitě musí nějaký být. Zde všichni tři terapeuti rozpovídali a každý měl co k tomu říct. Tyto odpovědi se konečně tolik neshodovali, což mi udělalo radost, protože jsem viděla, jak to každý z nich vnímá pro svou oblast trochu jinak. Ergoterapeuti často pracují s rodiči dětí. K tomu se ergoterapeut R2 vyjadřuje následovně: *„V rámci ergoterapie pracujeme často s rodiči dětí, které máme v terapii a velmi často dochází k tomu, že pokud rodič neví, jak má doma s dítětem pracovat, je pak v psychické nepohodě, což se odráží právě na dítěti. Proto je důležité rodiče zaedukovat do domácího prostředí a pak díky tomu je dítě také v psychické pohodě.“* Fyzioterapeut R3 zase odpovídá: *„V rámci vývoje mluvíme o psychomotorickém vývoji. Psychika a motorika jsou úzce spjaté, protože motorika se vyvíjí v závislosti na psychice a naopak. Obojí nám ukazuje na míru vyžívání nervového systému. V terapii pak využíváme vhodnou motivaci pro aktivaci limbického systému pro lepší motorické učení.“* Dopady na psychický vývoj lze vysledovat i v rámci logopedie. Dítě, které nemá řeč takovou jako mají ostatní děti, může tuto záležitost vnímat, což ho může psychicky frustrovat, stejně tak jako to, že mu ostatní nejsou schopni porozumět. R3 k této záležitosti říká: *„Komunikace hraje důležitou roli v životě dítěte i rodiče, a proto deficity v komunikaci mají velký dopad na psychický vývoj dítěte. Pokud má dítě nastavený nějaký způsob komunikace a okolí mu rozumí, tak dítě není frustrované z nepochopení a dochází k uvolnění a následnému rozvoji komunikace v rámci možností dítěte.“*

Poslední oblastí, kterou se v rámci této otázky zabývám je sociální oblast a s tím spojená otázka, jaký dopad mají terapeutické služby na sociální vývoj dítěte. Terapie mohou dětem pomoci se začlenit mezi své vrstevníky. Například děti často v ergoterapii mohou objevit nové dovednosti. Ergoterapie třeba pomocí hry rozvíjí nějakou funkci dítěte nebo ho učí, jak si má hrát. Díky tomu se pak dítě začlení snáz mezi vrstevníky. Stejně tak ve fyzioterapii. R3 říká: *„Díky zlepšení motorických funkcí se děti lépe vyrovnají svým vrstevníkům a lépe se mohou mezi ně začlenit.“* V podstatě stejně tak tomu je i u logopedie, kdy komunikace má vliv i na sociální vývoj dítěte. V situaci, kdy má dítě nastavený nějaký komunikační kanál a okolí se s ním dokáže domluvit, tak pak má dítě možnost být součástí kolektivu.

Shrnutí DVO4

Z rozhovoru s terapeuty vyplývá, že terapie mají několik dopadů na rozvoj dětí v Lentilce, a to jak v motorické oblasti, tak i v oblasti psychické a sociální. Co se týká oblasti motorického vývoje dítěte, zde se všichni terapeuti shodli na rozvoji hrubé a jemné motoriky. Zde je vidět,

jak některé věci mají terapie společné a v dalších záležitostech se zase doplňují. Každý z terapeutů uvedl nějaký dopad na motorický vývoj dítěte specifický pro svou oblast. V rámci psychického vývoje dítěte bylo uvedeno několik dopadů z každé terapie. Ergoterapie zdůrazňuje potřebu zaedukování rodičů do domácího prostředí, protože díky tomu pak dítě bude v psychické pohodě. Fyzioterapie v rámci vývoje mluví o psychomotorickém vývoji, kdy psychika a motorika spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Na základě toho se pak využívá vhodná motivace pro aktivaci limbického systému pro lepší motorické učení. Logopedie předpokládá, že pokud dítěti, který má nastavený daný komunikační kanál okolí rozumí, tak dítě není frustrované z nepochopení, což přináší rozvoj komunikace dítěte. Všechny tři terapie mají značné dopady i na poslední oblast, a to na oblast sociální. Ergoterapie předpokládá, že děti v ergoterapii objeví nové dovednosti, i v rámci toho, jak si hrát. To pak vede ke snazšímu začlenění mezi vrstevníky. Možné začlenění jako pozitivní dopad na sociální vývoj dítěte přináší i fyzioterapie a logopedie.

7.5 Pátá dílčí výzkumná otázka

Jak funguje interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb?

Cílem páté dílčí výzkumné otázky je zjistit funkčnost interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb. Bude mě zajímat s jakými dalšími odborníky či lidmi terapii spolupracují a jakým způsobem.

Ačkoliv mým původním plánem bylo tyto otázky položit terapeutům, nakonec jsem se dotazovala paní ředitelky, která má v těchto záležitostech také přehled a ví, s kým terapii spolupracují v kontextu terapeutických služeb. Na základě odpovědí je patrné, že interdisciplinární spolupráce v Lentilce skutečně probíhá. Do týmu se zapojuje psycholog, který je v zařízení aktuálně 1x za čtrnáct dní v rámci detašovaného pracoviště Psychocom, které poskytuje psychologické poradenství a služby po klienty Lentilky, a to jak z integrační školky, tak i rehabilitačního centra. R1: *„Terapeuti mají možnost konzultovat s psychologem vývoj dítěte. Aktuálně nastavujeme přítomnost psychologa na třídách, ale i na terapiích u dětí s problémovým chováním či na podporu rodičů.“*

Další platnou součástí multidisciplinárního týmu je speciální pedagog. Ten běžně funguje přímo ve třídách Lentilky a dle mého názoru je v rámci ucelené (re)habilitace také velmi důležitý. Paní ředitelka jakožto R1 o speciálním pedagogovi říká: *„Dle potřeby se účastní jednotlivých terapií a po dohodě s terapeuty přenáší prvky z terapií do třídy ostatním pedagogům a asistentům.“*

Jelikož si pod pojmem 'integrační školka' vybavím především pedagogiku a pedagogy, velmi mě zajímalo, zda se jakkoli do terapeutických služeb a celkově do záležitostí v Lentilce zapojuje sociální pracovník. Skutečnost je taková, že přímo sociální pracovník v Lentilce není přítomen. R1: *„Úzce spolupracujeme s ranou péčí...s Rodinným Integračním Centrem a Střediskem rané péče, které mají sociálního pracovníka nebo tedy poradce rané péče. Ti třeba řeší zajištění sociálních dávek a příspěvků pro rodinu. Poradci se účastní společných konzultací KIPRu a můžu říct, že se daří propojovat požadavky z domácího prostředí do ambulancí a školky. Jako příklad můžu uvést nastavení komunikačního kanálu.“*

Tyto tři osoby, na které jsem se konkrétně ptala, jsem zahrnula do otázek z toho důvodu, že se mi jeví jako podstatní odborníci, kteří by v této problematice měli fungovat. Do spolupráce v kontextu terapeutických služeb v Lentilce se zapojují i další. R1 uvádí: *„Do spolupráce se zapojuje raná péče, speciálně pedagogické centrum, pedagogicko psychologická poradna, Kousák, Benaudira, protetik, pak jsou to firmy poskytující kompenzační a zdravotnické pomůcky, TAMTAM, samozřejmě muzikoterapeut, arteterapeut, canisterapeut a napadá mě ještě dům dětí a mládeže v rámci volnočasových aktivit a další.“*

Je zřejmé, že by se do spolupráce měli zapojit i rodiče. Ti se zapojují tak, že se podílejí na tvorbě individuálního plánu a konzultují jisté záležitosti s terapeutem. R1: *„Komplexní individuální plán rozvoje a individuální konzultace rodičů s terapeutem přenášejí prvky z terapií do domácího prostředí.“*

Současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro cílovou skupinu Lentilky v Pardubicích hodnotí jak paní ředitelka, tak i samotní terapeuti velmi pozitivně. Zřizovatelem Lentilky - integrační školky i rehabilitačního centra, je Statutární město Pardubice, které přispívá na provoz integrační školky. Cílem je poskytovat odbornou péči primárně dětem a rodinám z Pardubic. To je důvod tohoto pozitivního hodnocení. Bohužel i přesto je vnímán určitý problém. R1: *„V širokém kontextu stále zůstává problém v nedostatku psychologů, kde rodiče i my čekáme dlouho na diagnostiku.“*

Shrnutí DVO5

Z provedeného rozhovoru, na kterém se nejvíce podílela paní ředitelka, vyplývá, že interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb v Lentilce probíhá dobře. Do multidisciplinárního týmu se zapojuje psycholog, který je k dispozici 1x za čtrnáct dnů. Součástí je i speciální pedagog přímo ve třídách zařízení. V Lentilce není přímo přítomen sociální pracovník, ale probíhá úzká spolupráce s ranou péčí, kde sociální pracovníci či poradci

rané péče řeší zajištění sociálních dávek a příspěvků pro rodinu. Dále se zapojuje muzikoterapeut, arteterapeut a canisterapeut. S Lentilkou spolupracuje i několik různých zařízení a organizací (např. již uvedená raná péče, Kousák, Benaudira, TAMTAM). Samozřejmě se zapojují i samotní rodiče dětí, kteří si prvky z terapií přenášejí do domácího prostředí. Se současnou situací poskytování terapeutických služeb pro cílovou skupinu jsou zaměstnanci Lentilky spokojeni. Jediná uvedená nespokojenost tkví v nedostatku psychologů, což je zjevné již z výše uvedeného, že psycholog je v zařízení pouze 1x za čtrnáct dní.

7.6 Šestá dílčí výzkumná otázka

Jaký názor má na ucelenou (re)habilitaci paní ředitelka Lentilky?

Cílem šesté dílčí výzkumné otázky je zjistit pohled paní ředitelky tohoto zařízení na ucelenou (re)habilitaci. Díky této otázce se seznámím s pohledem na tuto problematiku další osoby, která není terapeutem, ale má přehled a může poskytnout informace, které dobře doplní cíl práce.

Jako první mě zajímaly obecné informace Lentilky z pohledu paní ředitelky. Jako poslání svého zařízení vnímá poskytování komplexní odborné péče dětem se specifickými potřebami. Myšlenka terapeutických služeb pro děti v Lentilce má počátek již v roce 1992. R1: „*V roce 1992 vznikl denní stacionář pro děti s postižením spolu s terapiemi. Fungovala fyzioterapie, logopedie a rehabilitační lékař. S mým nástupem na pozici ředitelky, což bylo v roce 2009, se podařilo v roce 2011 rozšířit terapeutické služby o ergoterapii. Postupně se měnil denní stacionář na speciální školu a od roku 2017 pak na integrační školku a součástí multidisciplinárního týmu se pak stal i speciální pedagog.*“

Za celou dobu fungování Lentilka zaznamenala několik úspěchů v rámci ucelené rehabilitaci a terapeutických služeb. K těmto úspěchům patří celkový zájem odborníků a jiných organizací, ale také je obecně vychválena i jedinečnost multidisciplinárního týmu, což zvětšuje zájem o služby veřejností. Podrobněji R1 uvádí: „*Tak velkým úspěchem je určitě jedinečnost multidisciplinárního týmu a integrační školky. Vnímáme zájem o služby širokou veřejností. O návštěvy našeho zařízení mají zájem různí odborníci a jiné organizace. Zajišťujeme Dny fyzioterapie, ergoterapie a rehabilitačního lékařství, vytváříme adresář. Je u nás metodické a vzdělávací centrum, ale to se týká více integrační školky. Myslím si, že přenášíme odborné znalosti veřejnosti i odborníkům, např. při Dnu pediatrií nebo v Pracovní skupině pro osoby s PAS v rámci Pardubického kraje.*“ Dozvěděla jsem se, že Lentilka pracuje i na vlastních metodikách a nabízí nejnovější a nejmodernější terapeutické metody. Už z rozhovorů s terapeutky vyplývá, že soubor terapeutických služeb pro klienta je pod jednou střechou, což je

výhodné v mnoha směrech. Lentilka je mimo jiné i člen Komunitního plánování služeb v Pardubicích.

Přestože zařízení zaznamenává mnoho úspěchů, tak stále je vnímáno i několik problémů v oblasti terapeutických služeb. Většinou se to týká potíží s určitými nedostatky. R1 uvádí: *„Vnímám nedostatek odborného personálu. I když musím říct, že se to v poslední době výrazně zlepšilo a tým je stabilizovaný. V posledních letech personál odchází pouze na mateřskou dovolenou.“* Problémy se bohužel týkají i financí. R1: *„Bohužel je vysoká finanční a časová náročnost specializovaného odborného vzdělávání. Třeba senzorická integrace stojí 70 000 Kč/kurz, atestace na klinického logopeda stojí minimálně 150 000 Kč, a to s finanční podporou v rámci dotací na Rezidenční místo u Ministerstva zdravotnictví ČR nebo úspěšnosti při získávání finančních darů.“* Zařízení se potýká s nedostatečnou kapacitou terapeutů.

Žadatelů o terapie je hodně a vzniká přesah. V poslední době jsou žadatelé především z jiných krajů. Z mého pohledu zajímavým problémem je komunikace se zdravotními pojišťovnami. R1: *„Zdravotní pojišťovny se specializují na děti s nejtěžšími diagnózami. Dochází k vyčerpání daných limitů klienta a vznikají reklamace a námitky na vyúčtování výkonů. V této době je problémem i covid, protože se kvůli tomu uzavřel provoz nebo omezil, snížil počet klientů a podobně.“* Jak jsem již uvedla, terapeutů je nedostatek, a proto dochází k dalšímu problému, s kterým se Lentilka potýká. Dochází k vyčerpání terapeutů, jelikož se jedná o náročnou práci, a to jak po fyzické, tak i po psychické stránce. R1: *„Aktuálně je do toho ještě covid, takže se neustále mění podmínky poskytování služby, musejí být respirátory, štíty a další věci.“* Ačkoliv se rodina snaží s personálem spolupracovat, k potížím dochází i přes ně. R1: *„Občas je náročná komunikace s rodiči dětí s těžkým postižením. Nechtějí například přijmout diagnózu, očekávají zázraky, jsou psychicky i fyzicky vyčerpaní. Potřebují pochopit 'jinakost' dětí a podobně.“*

Lentilka není mateřská škola jako každá jiná, proto mě zajímalo, jaká specifika Lentilky by paní ředitelka uvedla. Chtěla jsem vědět, v čem zařízení specifické z jejího pohledu. R1: *„Určitě multidisciplinárním týmem v tomto rozsahu. V České republice prakticky neexistuje. Máme velký rozsah nabízených odborných terapií, například v rámci ergoterapie to je senzorická integrace, nově bude Snoezelen, ve fyzioterapii Vojtova reflexní metoda i Bobath koncept, v logopedii specializace na děti s poruchami autistického spektra a těžkými dysfáziemi. Specifická je i ergoterapie pro děti, která je v rámci Pardubického kraje jediná.“* Další jedinečnosti je model integrační školky, ten dle slov paní ředitelky v České republice

neexistuje. Posledním uvedeným specifikem je specializace na děti s těžkým zdravotním postižením včetně PAS.

Na závěr jsem se zeptala, jak sama paní ředitelka hodnotí současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro jejich cílovou skupinu v Pardubicích. Uvedla: „*Jsme jediná organizace poskytující tolik terapeutických služeb danému klientovi. V současné době máme v maximální možné kapacitě nasmlouvané zdravotní pojišťovny. Jedná se o 8,2 úvazku a aktuálně máme čtyři fyzioterapeuty, tři ergoterapeuty, čtyři logopedy a jednoho rehabilitačního lékaře. Více rozšířit by to ani nešlo v souvislosti s omezenými prostorovými možnostmi. Ještě můžu říct, že aktuálně probíhá rozvoj ve fyzioterapii. Pořádili jsme nový přístroj CONFORMAT, který se bude zaměřovat na diagnostiku na rozložení tlaku opory kojence a dětí s handicapem.*“

Shrnutí DVO6

Z rozhovoru s paní ředitelkou vyplývá, že posláním Lentilky je poskytování komplexní odborné péče dětem se specifickými potřebami. Terapeutické služby pro děti v Lentilce fungují již od roku 1992. V roce 2011 se rozšířily o ergoterapii a od roku 2017 se změnilo zařízení na integrační školu. Lentilka zaznamenává spoustu úspěchů, mezi které patří zájem o služby širokou veřejností, zájem o návštěvy odborníky a jinými organizacemi, přenášení odborné znalosti veřejnosti i odborníkům apod. Mezi problémy, s kterými se zařízení potýká, patří např. vysoká finanční a časová náročnost specializovaného vzdělávání, nedostatečná kapacita terapeutů, komunikace se zdravotními pojišťovnami či celkové vyčerpání terapeutů. Mezi hlavní specifika Lentilky patří multidisciplinární tým v takovém rozsahu, nabízené odborné terapie, model integrační školky a specializace na děti s těžkým zdravotním postižením včetně PAS. Zařízení má v současné době v maximální možné kapacitě nasmlouvané zdravotní pojišťovny. Dochází k rozvoji fyzioterapie. Vedení Lentilky zajistilo pořízení nového přístroje CONFORMAT.

8 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika. Hlavní výzkumná otázka zněla: **Jak je v Lentilce realizována ucelená (re)habilitace a jaká jsou její specifika?** V přechodí kapitole jsem odpověděla na všech šest dílčích výzkumných otázek a spojením těchto odpovědí jsem získala odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

Na základě výpovědí zaměstnanců Lentilky se prokázalo, že Lentilka – integrační škola a rehabilitační centrum využívá spoustu terapeutických aktivit v rámci ucelené (re)habilitace. V rámci cesty pro komplexní rozvoj dítěte s postižením mohou dítě doprovázet služby klinické logopedie, fyzioterapie, ergoterapie a péče rehabilitačního lékaře. Dále se může setkat s canisterapií a muzikoterapií.

Terapeuti Lentilky své terapeutické služby hodnotí pozitivně a shodují se na efektivnosti spolupráce napříč jednotlivými obory. Služby uvedených oblastí jsou velmi rozmanité a mohou se využívat různé terapeutické místnosti. Terapeuti mají možnost absolvování před atestační přípravu a mohou se účastnit různých kurzů. Mají na výběr spoustu terapeutických přístupů, metod a technik.

Specifikem terapeutických služeb je především možnost využití různých prostředí či místností. Jak již bylo zmíněno, využívá se několik přístupů a metod dle individuálních potřeb dítěte. Klientů, kteří dochází na různé terapie, je mnoho. V dopoledních hodinách docházejí děti z integrační školky a v odpoledne dochází klienti ambulantně. Terapie jsou prováděny formou hry.

Dále z rozhovorů vyplývá, že terapeutické služby Lentilky mají na děti mnoho konkrétních motorických, psychických a sociálních dopadů. Samozřejmě v tom dobrém slova smyslu. V oblasti motorického vývoje, má realizace celkový dopad na rozvoj hrubé a jemné motoriky. Co se týká psychického vývoje dítěte, v rámci ergoterapie je zdůrazňována potřeba zaedukování rodičů do domácího prostředí, aby dítě mohlo být v psychické pohodě. Fyzioterapie hovoří o psychomotorickém vývoji, kdy se psychika a motorika navzájem ovlivňuje, což je základ pro využití vhodné motivace pro aktivaci limbického systému pro lepší motorické učení. Logopedie předpokládá, že pokud dítěti, který má nastavený určitý komunikační kanál okolí rozumí, dítě je pak v psychické pohodě a není frustrované

z nepochopení. Takový pozitivní proces pak rozvíjí jeho komunikaci. Vhodnými dopady v sociální oblasti vzniká přes dobře provedené terapie začlenění mezi vrstevníky.

Terapeuti spolu navzájem spolupracují, a tak interdisciplinární spolupráce v kontextu terapeutických služeb funguje dobře. Do týmu se zapojuje psycholog, speciální pedagog a s Lentilkou úzce spolupracuje raná péče. Dalším zapojeným je muzikoterapeut, arteterapeut a canisterapeut. Samozřejmě je spolupráce Lentilky i s dalšími zařízeními a organizacemi. Se situací poskytování terapeutických služeb pro cílovou skupinu jsou jak terapeuti, tak i paní ředitelka spokojeni. Nespokojeni jsou pouze s nedostatkem psychologů.

Velmi zásadním bodem pro mě bylo, jaký názor má na ucelenou (re)habilitaci v Lentilce paní ředitelka uvedeného zařízení, která má na dosavadním fungování velké zásluhy. Vnímá, že Lentilka má především poskytovat komplexní odbornou péči dětem se specifickými potřebami. Terapeutické služby fungují již od roku 1992 a integrační škola funguje od roku 2017. Zaznamenává několik úspěchů, mezi které patří zájem o služby širokou veřejností, zájem o návštěvy odborníky a jinými organizacemi, přenášení odborné znalosti veřejnosti i odborníkům. Mezi problémy, které Lentilku trápí, patří vysoká finanční a časová náročnost specializovaného vzdělávání, nedostatečná kapacita terapeutů, komunikace se zdravotními pojišťovnami a celkové vyčerpání terapeutů. Paní ředitelka jako specifické na Lentilce vnímá multidisciplinární tým v takovém rozsahu, nabízené odborné terapie, model integrační školky a specializaci na děti s těžkým zdravotním postižením. Současně se stále snaží všechny terapie více a více rozvíjet.

Na hlavní výzkumnou otázku a na dílčí výzkumné otázky bylo v rámci této závěreční práce odpovězeno. Způsob, jakým se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika, byl zjištěn, čímž došlo k naplnění cíle této závěrečné práce.

Doporučení pro praxi

Na základě uvedených výpovědí, by bylo dobré vyřešit problém s nedostatkem terapeutů a tím předejít jejich celkovému vyčerpání. S tím se zase pojí vysoká finanční náročnost specializovaného vzdělávání. Pokud by finanční náročnost nebyla tak vysoká, vzdělávalo by se více lidí a tím by vzniklo více možných terapeutů. Za tento problém ale Lentilka nemůže. Dále by bylo vhodné vyřešit, aby byl psycholog k dispozici více dní než pouze 1x za čtrnáct dní. Myslím, že by to mnoho rodičů ocenilo.

Dobrou věcí jak pro rodiče dětí, tak i pro celou Lentilku by byla snazší komunikace se zdravotními pojišťovny. Těžko ale říct, jak tuhle záležitost naplnit. Myslím, že tohle bude i do budoucna nekonečným problémem.

Musím říct, že když jsem prováděla v tomto zařízení výzkum, nestačila jsem se divit, jak moc se zaměstnanci Lentilky snaží poskytnout dětem dobrou péči. Myslím si, že paní ředitelka v tomto ohledu dělá opravdu maximum. Oceňuji, jak celkový chod zařízení neustále rozvíjí.

Osobně bych byla ráda, kdyby podobných institucí bylo v České republice více. Práce je to jistě velmi náročná, ale také zajímavá a má své kouzlo. Ne každý na problematiku integrační školky nahlíží pozitivně, ale dle mého názoru je mnoho rodičů, kteří myšlenku Lentilky, kterou je vidina vzoru dětí se specifickými potřebami ve zdravých dětech a ve zdravých dětech zase učení altruismu a empatii, oceňují.

Závěr

Tématem této diplomové práce byla Realizace ucelené (re)habilitace v Lentilce – integrační školce a rehabilitačním centru. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika.

Pro empirickou část jsem pro provedení výzkumného šetření využila kvalitativní výzkumnou strategii. Zvolila jsem techniku analýzy interních dokumentů organizace, polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné pozorování. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak se realizuje ucelená (re)habilitace v Lentilce a jaká jsou její specifika. Tento cíl byl následně transformován do hlavní výzkumné otázky a ta rozdělena na šest dílčích výzkumných otázek. Ve výzkumném šetření jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a jako výzkumný nástroj analýzu interních dokumentů organizace, polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné pozorování. Výzkumná strategie i výzkumné nástroje, které jsem zvolila, se osvědčily jako vhodné pro zjištění potřebných informací. Při polostrukturovaném rozhovoru byla výhodou možnost získání osobních názorů zaměstnanců Lentilky a seznámit se s danou problematikou více do hloubky. Zúčastněné pozorování mi zase pomohlo vidět, jak ucelená (re)habilitace probíhá v praxi.

V rámci hlavního cíle byly zodpovězeny všechny otázky. Seznámila jsem se blíže s fungováním Lentilky, jak zde ucelená (re)habilitace funguje a jaké poskytuje terapeutické služby. Popsala jsem její specifika. Výzkumné šetření prokázalo, že ucelenou (re)habilitaci zařízení provádí velmi dobře a využívá k tomu celou škálu metod, přístupů a technik. Snaží se neustále o větší rozvoj.

Zjistila jsem, jaké mají terapeutické služby dopady na motorickou, psychickou a sociální oblast dětí. Kvůli zjištěným problémům a nedostatkům v rámci výzkumu, jsem následně uvedla krátké doporučení pro praxi. Ne všechny problémy jsou dle mého názoru řešitelné, a proto s nimi Lentilka bude muset ještě delší dobu bojovat.

Aplikačním cílem diplomové práce mohou být poznatky týkající se vyhodnocení funkčnosti aktivit Lentilky – integrační školky a rehabilitačního centra, což může vést ke zlepšení činnosti. To by mohlo pomoci jak dětem a jejich rodičům, tak i samotným zaměstnancům. Zároveň z práce může čerpat jakékoli informace pro veřejnost. Tuto práci mohou využít i ostatní studenti pro inspiraci.

Seznam použité literatury

I. Tištěné zdroje

BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2017. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a edukace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. 246 s. ISBN 978-80-247-4238-0.

BICKOVÁ, Jaroslava, ed. *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. 1. vyd. Praha: Portál, 2020. 277 s. ISBN 978-80-262-1585-1.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. 2. vyd. Praha: Grada, 2021. 168 s. ISBN 978-80-217-1791-8.

HANÁK, Petr a kol. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Česko: s.n., 2011. 131 s. ISBN 978-80-254-0022-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 194 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí – návody na praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LECHTA, Viktor; KRÁLIKOVÁ, Barbara. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7367-849-4.

LHOTOVÁ, Marie; PEROUT, Evžen. *Arteterapie v souvislostech*. 1. vyd. Praha: Portál, 2018. 246 s. ISBN 978-80-262-1272-0.

MAREŠOVÁ, Eva; JOUDOVÁ, Pavla; SEVERA, Stanislav. *Dětská mozková obrna – možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 154 s. ISBN 978-80-7262-703-5.

NAVRÁTIL, Leoš, ed. *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-0478-9.

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Diagnostika a terapie ADHD – dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2018. 204 s. ISBN 978-80-271-0387-4.

NEUBAUER, Karel; TŮBELE, Sarmite, NEUBAUEROVÁ, Lenka a kol. *Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. 138 s. ISBN 978-80-7435-643-8.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie – učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.

NEUBAUER, Karel. *Speech-Language Therapy and Neurogenic Disorders of Communication*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016. 128 s. ISBN 978-80-7465-194-6.

NEUBAUEROVÁ, Lenka; JAVORSKÁ, Miroslava; NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 134 s. ISBN 978-80-7435-174-7.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp, 2009. 216 s. ISBN 978-8-7232-378-4.

PÁLOVÁ, Helena. *Praxe inkluze dítěte v mateřské škole: děti s autismem – Druhá metodická příručka pro učitele*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice a Integrovaná poradna Montessori, 2017. 104 s. ISBN 978-80-7560-051-6.

PAVLŮ, Dagmar. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Mařenko, řekni Ř – aby to dětem lépe mluvilo*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2353-2.

ŘEPOVÁ, Petra. *Dítě a koktavost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 35 s. ISBN 978-80-244-1766-0.

SALINE, Sharon. *Co by vaše dítě s ADHD chtělo, abyste věděli*. 1. vyd. Praha: Portál, 2019. 230 s. ISBN 978-80-262-1513-4.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 121 s. ISBN 80-7041-259-3.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka; RŮŽIČKOVÁ, Kamila; AZATYAN, Tereza; KAFYAN, Ella, ed. *Current topics in Czech and Armenian special pedagogical theory and practice*. Pardubice: University of Pardubice, 2019. 176 s. ISBN 978-80-7560-171-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

UHLÍŘ, Jan. *ÁDÉHÁDĚ – jak na emoce dětí s ADHD*. 1. vyd. Praha: Raabe, 2020. 126 s. ISBN 978-80-7496-454-1.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, ed. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

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

II. Elektronické zdroje

Česká asociace ergoterapeutů [online]. 2008. Co je ergoterapie? Dostupné z WWW: <<http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>>.

KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*. 2011. Dostupné také z WWW: <<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/02.pdf>>

Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum [online]. 2021. Integrační školka a naše aktivity. Dostupné z WWW: <<https://www.drclentilka.cz/matrska-skolka/>>.

Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum [online]. 2021. Třídy a programy. Dostupné z WWW: <<https://www.drclentilka.cz/skolka/tridy-a-programy/>>.

Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum [online]. Rehabilitační centrum pro veřejnost. Dostupné z WWW: <<https://www.drclentilka.cz/rehabilitacni-centrum-pro-verejnost/>>.

Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum [online]. 2020. Závěrečná zpráva za školní rok 2019/2020. Dostupné z WWW:

<https://drc-lentilka.webnode.cz/_files/200044553-2f5a22f5a4/LENTILKA%20-%20Z%C3%81V%C4%9ARE%C4%8CN%C3%81%20ZPR%C3%81VA%20ZA%20ROK%202019-2020.pdf>.

Mpsv [online]. 2021. Pracovní rehabilitace. Dostupné z WWW: <<https://www.mpsv.cz/-/pracovni-rehabilitace>>.

VRBOVÁ, Renata a kol. *Metodika práce s žákem s narušenou komunikační schopností*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 126 s. Dostupné také z WWW: <http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke_publikace/metodiky/NKS_Metodika.pdf?fbclid=IwAR1-kW0SK7jaNsjsyPoLKY1kWW7AFxiS3N661fcG_r_fZ-l5kNKoyni7_60> ISBN 978-80-244-3312-7.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z WWW:

<<https://www.zakonyprolidi.cz>>.

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru se zaměstnancem R1

Příloha B: Seznam tabulek

Příloha C: Seznam obrázků

Příloha A: Přepis rozhovoru se zaměstnancem R1

Příloha A je přepisem rozhovoru s paní ředitelkou. Rozhovor byl domluven na určitý termín, čas a místo. Paní ředitelka s rozhovorem souhlasila. Rozhovor nebyl nahráván, ale byly zapisovány zápisky. Paní ředitelka byla obeznámena s účelem práce a se všemi důležitými informacemi.

T: Na začátek bych se Vás chtěla zeptat, jak je vlastně ucelená (re)habilitace v Lentilce realizována?

R1: „*Tak nejprve bych řekla, že děti, u kterých je nějaký těžší handicap, mají u nás KIPR, což je komplexní individuální plán rozvoje. Na něm se podílí v rámci ucelené (re)habilitace multidisciplinární tým, ve kterém je speciální pedagog, ergoterapeut, fyzioterapeut, klinický logoped, psycholog a já jako ředitelka. Externě pak poradci rané péče, třeba Rodinné Integrační Centrum nebo Středisko rané péče. Nejprve se sejde tým pracovníků a ti zkonkultují plán péče za svoji odbornost a poté je společná schůzka týmu s rodiči, kteří specifikují svoji zakázku. Odborníci představí jejich plán péče a výstupem je písemný společný plán na nejbližší období. Hodnocení probíhá asi 2x – 3x za rok. V průběhu, kdy dochází k plnění KIPRu, mají rodiče i terapeuti možnost individuálně ten plán konzultovat. Ještě bych uvedla, že cílem je zapracovat zakázku rodičů do plánu školy, do terapií, vyzdvihnout aktuální společné cíle. Někdy je to třeba upřesnit, aby byli v možnostech rodičů.*“

T: Dobře, děkuji. Dál bych se chtěla zeptat, co si myslíte, že pro děti v Lentilce ucelená (re)habilitace znamená?

R1: „*Moc dobře nerozumím té otázce. Jak to myslíte?*“

T: Jak si například myslíte, že ucelená (re)habilitace dětem pomáhá, co jim dává, jak ji děti vnímají?

R1: „*Těžko ohodnotit, jak děti vnímají terapie a aktivity. Spíše by to mělo být adresováno na rodiče. Za sebe mohu zmínit, že osobně jsem pracovala v Lentilce před dvaceti sedmi lety jako první speciální pedagog ve stacionáři. Dneska je to integrační školka, kdy zde byli pouze zdravotní sestry na třídách a fyzioterapeuti s logopedy. Měla jsem bakalářskou práci na téma ‘Pedagogická práce jako součást ucelené rehabilitace’. Před dvanácti lety jsem se vrátila na pozici ředitelky a začala spolu s kolegy intenzivně pracovat na ucelené rehabilitaci. Ve školce se měnilo postupně personální obsazení. Ze zdravotních sester na speciální pedagogy, asistenty*“

pedagoga a rozšířili jsme terapie o ergoterapii. Můžu říct, že se všichni společně podílí na ucelené rehabilitaci, která je z mého pohledu jediná cesta pro komplexní rozvoj dětí s postižením zejména do šestého roku věku.“

T: Dále bych se chtěla zeptat na něco, co už trochu vím z analýzy dokumentů a z Vašich stránek, ale přesto se Vás zeptám. Jaké terapeutické služby Lentilka poskytuje?

R1: *„Poskytujeme služby klinické logopedie, fyzioterapie, ergoterapie a péči rehabilitačního lékaře. Tyto čtyři terapie jsou poskytovány na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Ve spolupráci s Rodinným Integračním Centrem se realizuje také canisterapie a muzikoterapie. Dále v rámci psychologického vyšetření je poskytována diagnostika a ve spolupráci s rodinnou terapií je v Lentilce detašované pracoviště PSYCHOCOM.“*

T: A jak se o možnostech těchto terapeutických služeb dozvídají klienti?

R1: *„Klienti se o těchto možnostech dozvídají přes dětského lékaře, nebo odborné lékaře. Třeba přes neurologa, rehabilitačního lékaře, ortopeda, foniatra a tak dále. Potom přes rizikové poradny, nemocnice, lázně a samozřejmě od institucí, do kterých patří třeba Střediska rané péče, mateřské školy, základní školy, speciálně pedagogické centrum nebo pedagogico psychologická poradna. A pak samozřejmě si mezi sebou předávají informace o službách v Lentilce i rodiče.“*

T: S jakými diagnózami jsou přijímáni klienti do rehabilitačního centra Lentilky?

R1: *„V rámci fyzioterapie jsou to děti s opožděním motorického vývoje, ortopedickým onemocněním, například s vrozenými či získanými vadami dolních končetin, potom vadným držení těla, skoliózou nebo neurologickým onemocněním, to je třeba dětská mozková obrna a pak i genetickým, metabolickým a respiračním onemocněním. Anebo také děti s poruchami plynulosti řeči, s vadami výslovnosti, takže je to například dyslálie a vývojová dysfázie, pak s poruchami autistického spektra, například dětský autismus, s mentální retardací, s genetickými vadami, s převodními i percepčními vadami sluchu, s mutismem a dále s dětskou mozkovou obrnou. V rámci ergoterapie přijímáme děti s opožděným či nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, vývojovými koordinačními poruchami, poruchami autistického spektra, mentální retardací, s neurologickým onemocněním, tam spadá dětská mozková obrna a spinální svalová atrofie. No a pak poruchy aktivity a pozornosti, například ADHD. Co se týče rehabilitačního lékaře, tak ten pracuje s dětmi, které mají vadné držení těla, například kvůli*

skolióze, dětskou mozkovou obrnu, vývojové koordinačních poruchy, dyspraxii, opožděný a nerovnoměrný psychomotorický vývoj a poruchu autistického spektra.“

T: Teď bych se chtěla trochu přesunout a chtěla bych se Vás zeptat, jak se zapojuje do týmu psycholog?

R1: *„V Lentilce máme aktuálně psychologa 1x za čtrnáct dní, a to v rámci detašovaného pracoviště Psychocom, které poskytuje psychologické poradenství a služby pro klienty z Lentilky, jak z integrační školky, tak i rehabilitačního centra. Terapeuti mají možnost konzultovat s psychologem vývoj dítěte. Aktuálně nastavujeme přítomnost psychologa na třídách, ale i na terapiích u dětí s problémovým chováním či na podporu rodičů.“*

T: A jak se do týmu zapojuje speciální pedagog?

R1: *„Speciální pedagog je platnou součástí multidisciplinárního týmu. Dle potřeby se účastní jednotlivých terapií a po dohodě s terapeuty přenáší prvky z terapií do třídy ostatním pedagogům a asistentům.“*

T: Nejsm si jistá, jestli ho tu máte, ale chtěla bych se ještě zeptat, jak se do týmu zapojuje sociální pracovník?

R1: *„Ano, sociální pracovník není v Lentilce přítomen. Úzce spolupracujeme s ranou péčí, s Rodinným Integračním Centrem a Střediskem rané péče, které mají sociálního pracovníka nebo tedy poradce rané péče. Ti třeba řeší zajištění sociálních dávek a příspěvků pro rodinu. Poradci se účastní společných konzultací KIPRu a můžu říct, že se daří propojovat požadavky z domácího prostředí do ambulancí a školky. Jako příklad můžu uvést nastavení komunikačního kanálu.“*

T: A kdo další se ještě zapojuje do spolupráce?

R1: *„Do spolupráce se zapojuje raná péče, speciálně pedagogické centrum, pedagogicko psychologická poradna, Kousák, Benaudira, protetik, pak jsou to firmy poskytující kompenzační a zdravotnické pomůcky, TAMTAM, samozřejmě muzikoterapeut, arteterapeut, canisterapeut a napadá mě ještě dům dětí a mládeže v rámci volnočasových aktivit a další.“*

T: Jak se zapojují do spolupráce rodiče dětí?

R1: *„Komplexní individuální plán rozvoje a individuální konzultace rodičů s terapeuty přenášejí prvky z terapií do domácího prostředí.“*

T: Tato otázka je na terapeuty, ale zeptám se pro upřesnění raději i Vás. Jak hodnotíte současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro Vaši cílovou skupinu v Pardubicích?

R1: „*Zřizovatelem Lentilky, jak integrační školky, tak i rehabilitačního centra je Statutární město Pardubice, které přispívá na provoz integrační školky. Naším cílem je poskytovat odbornou péči primárně dětem a rodinám z Pardubic. Aktuálně tedy hodnotím poskytování terapeutických služeb pro naši cílovou skupinu velice pozitivně. V širokém kontextu stále zůstává problém v nedostatku psychologů, kde rodiče i my čekáme dlouho na diagnostiku.*“

T: Dobře, děkuji. Teď bych se chtěla ještě zeptat na několik otázek, které jsou určeny pouze Vám. Jaké poslání má Lentilka z Vašeho pohledu?

R1: „*Posláním je poskytování komplexní odborné péče dětem se specifickými potřebami.*“

T: Jak vlastně vznikla myšlenka terapeutických služeb pro děti v Lentilce?

R1: „*V roce 1992 vznikl denní stacionář pro děti s postižením spolu s terapiemi. Fungovala fyzioterapie, logopedie a rehabilitační lékař. S mým nástupem na pozici ředitelky, což bylo v roce 2009, se podařilo v roce 2011 rozšířit terapeutické služby o ergoterapii. Postupně se měnil denní stacionář na speciální školu a od roku 2017 pak na integrační školku a součástí multidisciplinárního týmu se pak stal i speciální pedagog.*“

T: Jaké úspěchy zaznamenala Lentilka v rámci ucelené (re)habilitace a terapeutických služeb?

R1: „*Tak velkým úspěchem je určitě jedinečnost multidisciplinárního týmu a integrační školky. Vnímáme zájem o služby širokou veřejností. O návštěvy našeho zařízení mají zájem různí odborníci a jiné organizace. Zajišťujeme Dny fyzioterapie, ergoterapie a rehabilitačního lékařství, vytváříme adresář. Je u nás metodické a vzdělávací centrum, ale to se týká více integrační školky. Myslím si, že přenášíme odborné znalosti veřejnosti i odborníkům, např. při Dnu pediatrů nebo v Pracovní skupině pro osoby s PAS v rámci Pardubického kraje. Zároveň pracujeme i a vlastních metodikách a nabízíme nejnovější a nejmodernější terapeutické metody. Velkou výhodou je, že je soubor terapeutických služeb pro klienta pod jednou střechou. Pak bych uvedla, že Lentilka je členem Komunitního plánování sociálních služeb v Pardubicích.*“

T: A na druhou stranu, s jakými problémy se v oblasti terapeutických služeb Lentilce potýkáte?

R1: „*Vnímám nedostatek odborného personálu. I když musím říct, že se to v poslední době výrazně zlepšilo a tým je stabilizovaný. V posledních letech personál odchází pouze na mateřskou dovolenou. Bohužel je vysoká finanční a časová náročnost specializovaného*“

odborného vzdělávání. Třeba sensorická integrace stojí 70 000 Kč/kurz, atestace na klinického logopeda stojí minimálně 150 000 Kč, a to s finanční podporou v rámci dotací na Rezidenční místo u Ministerstva zdravotnictví ČR nebo úspěšnosti při získávání finančních darů. Pak se potýkáme s nedostatečnou kapacitou terapeutů. Vzniká přesah žadatelů o terapie a v poslední době hlavně i z jiných krajů. Dalším problémem je komunikace se zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny se specializují na děti s nejtěžšími diagnózami. Dochází k vyčerpání daných limitů klienta a vznikají reklamace a námitky na vyúčtování výkonů. V této době je problémem i covid, protože se kvůli tomu uzavřel provoz nebo omezil, snížil počet klientů a podobně. Dále dochází k vyčerpání terapeutů, protože to je náročná práce jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Aktuálně je do toho ještě covid, takže se neustále mění podmínky poskytování služby, musejí být respirátory, štíty a další věci. Občas je náročná komunikace s rodiči dětí s těžkým postižením. Nechtějí například přijmout diagnózu, očekávají zázraky, jsou psychicky i fyzicky vyčerpaní. Potřebují pochopit 'jinakost' dětí a podobně. “

T: V čem je podle Vás Lentilka specifická?

R1: „Určitě multidisciplinárním týmem v tomto rozsahu. V České republice prakticky neexistuje. Máme velký rozsah nabízených odborných terapií, například v rámci ergoterapie to je sensorická integrace, nově bude Snoezelen, ve fyzioterapii Vojtova reflexní metoda i Bobath koncept, v logopedii specializace na děti s poruchami autistického spektra a těžkými dysfáziemi. Specifická je i ergoterapie pro děti, která je v rámci Pardubického kraje jediná. Další věc, která je specifická je model integrační školky, který v České republice jinak neexistuje. A specializujeme se na děti s těžkým zdravotním postižením včetně PAS.“

T: Závěrečná otázka. Jak hodnotíte současnou situaci poskytování terapeutických služeb pro Vaši cílovou skupinu ze svého pohledu?

R1: „Jsme jediná organizace poskytující tolik terapeutických služeb danému klientovi. V současné době máme v maximální možné kapacitě nasmlouvané zdravotní pojišťovny. Jedná se o 8,2 úvazku a aktuálně máme čtyři fyzioterapeuty, tři ergoterapeuty, čtyři logopedy a jednoho rehabilitačního lékaře. Více rozšířit by to ani nešlo v souvislosti s omezenými prostorovými možnostmi. Ještě můžu říct, že aktuálně probíhá rozvoj ve fyzioterapii. Pořídili jsme nový přístroj CONFORMAT, který se bude zaměřovat na diagnostiku na rozložení tlaku opory kojence a dětí s handicapem.“

T: Dobře, tak to je vše. Moc děkuji za rozhovor.

Příloha B: Seznam tabulek

Tabulka 1: Diagnózy dětí v integrační školce (zdroj: Závěrečná zpráva za školní rok 2019/2020).....	13
Tabulka 2: Transformace otázek do tazatelských otázek (zdroj: vlastní).....	41
Tabulka 3: Kódování respondentů – zaměstnanci Lentilky (zdroj: vlastní).....	48
Tabulka 4: Časový plán výzkumného šetření (zdroj: vlastní).....	48

Příloha C: Seznam obrázků

Obrázek 1: Lentilka – integrační školka a rehabilitační centrum (Dostupné z www.drclentilka.cz).....12