

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V  
PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2013

Markéta Řezánková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Markéta Řezánková**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R004

**PODPORA SOBĚSTAČNOSTI U STŘEDNĚ TĚŽKÉ  
MENTÁLNÍ RETARDACE VE ŠKOLNÍM VĚKU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Kabourková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů

V Plzni dne 29.3. 2013

.....

Vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Tereze Kabourkové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat za možnost absolvování odborné praxe a získání zkušeností zařízení DČCE Merklín a CPTS Zbůch.

## ANOTACE

Příjmení jméno: Řezánková Markéta

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Podpora soběstačnosti u středně těžké mentální retardace dětí školního věku

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Kabourková

Počet stran: číslované 40, nečíslované 7

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 19

Klíčová slova: ergoterapie, mentální retardace, soběstačnost, etiologie, diagnostika, klasifikace, augmentivní a alternativní komunikace

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá podporou soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací. Práce je rozdělena na teoretickou část zaměřující se na klasifikaci, etiologii a diagnostiku mentální retardace. Popisuje motorický vývoj jak u dětí se středně těžkou mentální retardací tak u dětí bez zdravotního postižení. Praktická část se zabývá rozdílností schopností jedinců v jednotlivých skupinách a i rozdílností obou skupin. Na konci autorka srovnává názory a výsledky s jinými autory.

## ANNOTATION

Surname and name: Řezánková Markéta

Department:Physioterapy and occupational therapy

Title of thesis: Self-sufficiency support at school children with medium mental retardation

Consultant: Mgr. Tereza Kabourková

Number of pages: 47

Number of appendices: 2

Number of literature used: 19

Key words: occupational therapy, mental retardation, self- sufficiency, etiology, diagnosis, classification, augmentative and alternative communication

Summary:

This thesis deals with the support of self-sufficiency in children with moderate mental retardation. The work is divided into a theoretical part focused on the classification, etiology and diagnosis of mental retardation. Describes how motor development in children with moderate mental retardation and children without disabilities. The practical part deals with the diversity of skills of individuals in each group, and even differences between the groups. At the end the author compares the ideas and results with other authors.

# Obsah

Úvod .....	10
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Mentální retardace.....</b>	<b>11</b>
1.1 Etiologie mentální retardace .....	12
1.2 Diagnostika mentální retardace .....	12
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	13
1.4 Vývoj soběstačnosti u dětí bez mentálního a tělesného postižení .....	14
1.5 Kombinace vad mentální retardací .....	16
<b>2 Soběstačnost u dětí se středně těžkou mentální retardací .....</b>	<b>17</b>
2.1 Problémové oblasti v sebesycení .....	17
2.2 Problémové oblasti v oblékání.....	17
2.3 Problémové oblasti v hygieně.....	17
2.4 Problémové oblasti s vyměšováním .....	18
2.5 Problémové oblasti v sebeobsluze .....	18
<b>3 Augmentivní a alternativní komunikace.....</b>	<b>18</b>
3.1 Systémy vyžadující pomůcky .....	19
3.1.1 Fotografie .....	19
3.1.2 Bliss symboly .....	19
3.1.2 Makaton.....	20
3.1.3 Piktogramy .....	20
3.2 Systém nevyžadující pomůcky .....	21
3.2.1 Přirozený znakový jazyk neslyšících.....	21
3.2.2 Znaková čeština .....	21
3.2.3 Znakování klíčových slov.....	22
3.2.4 Prstová abeceda .....	22
3.2.5 Cued speech.....	23
3.2.6 Metoda Tadoma.....	23
3.2.7 Lormova abeceda.....	23
<b>4 Ergoterapie u dětí s mentální retardací .....</b>	<b>24</b>

4.1	Cíl ergoterapie u dětí s mentální retardací .....	24
4.2	Oblast ADL u dětí s retardací .....	25
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>Cíl a úkoly práce.....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Stanovení hypotéz.....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Metodologie.....</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>Metody.....</b>	<b>28</b>
8.1	Případová studie.....	28
8.2	Pozorování .....	28
8.3	Testovací metoda .....	28
<b>9</b>	<b>Výzkumný soubor .....</b>	<b>30</b>
9.1	Výzkumný soubor A.....	31
9.1.1	Oblast oblékání .....	31
9.1.2	Oblast sebesycení.....	31
9.1.3	Oblast hygieny .....	32
9.2	Výzkumný soubor B .....	33
9.2.1	Oblast oblékání .....	33
9.2.2	Oblast sebesycení.....	33
9.2.3	Oblast hygienických návyků.....	34
<b>10</b>	<b>Správná podpora soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací.....</b>	<b>35</b>
10.1	Oblast oblékání .....	35
10.2	Oblast sebesycení.....	36
10.3	Oblast hygienických návyků.....	36
	<b>Diskuse.....</b>	<b>38</b>
	Diskuze k hypotéze č. 1 .....	38
	Diskuze k hypotéze č. 2 .....	38
	Diskuze k hypotéze č.3 .....	39
	Diskuze k hypotéze č. 4 .....	39
	<b>Závěr .....</b>	<b>40</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>41</b>
	<b>Ostatní zdroje.....</b>	<b>42</b>
	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>43</b>
	<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>43</b>



<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>44</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>44</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>45</b>

## Úvod

Hlavní téma této bakalářské práce je podpora soběstačnosti u středně těžké mentální retardace ve školním věku. S touto problematikou jsem se setkala na vysoké škole při odborné praxi v CPTS Zbůch a DČCE Merklín kde se děti učily ke zvládnání běžných denních činnostech. Během své odborné praxe jsem spolupracovala s rehabilitačními pracovníky, s ošetřovateli, speciálními pedagogy a vybrannými jedinci k mé bakalářské práci.

Podpora soběstačnosti je u dětí se středně těžkou mentální retardací důležitá pro jejich osvojení základních návyků a vede k budoucímu zkvalitnění a zlepšení života postiženého jedince.

Teoretická část přibližuje pojem mentální retardace, její diagnostiku, etiologii a klasifikaci. Popisuje motorický vývoj v soběstačnosti zdravého jedince od narození až do období osmi let, kdy dítě je plně soběstačné. Dále popisuje nejčastější problémové oblasti v soběstačnosti u dětí s mentální retardací. Další část teoretické práce popisuje jednotlivé komunikační systémy, jejich charakteristiku doplněnou snímky jednotlivých komunikačních systémů. Závěr teoretické práce popisuje obecné informace o oboru ergoterapie, udává definici ergoterapie, cíl ergoterapie u dětí a oblast personálních denních aktivit.

V praktické části se zaměřuji na vhodný postup při podpoře soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací. Vhodný postup tak může být vodítkem pro ošetřovatelský personál nebo rodinné příslušníky. Dále se snažím uvést rozdílnost soběstačnosti mezi dětmi vyrůstajícími v ústavní péči a rodinné péči. Účastníci jsou rozděleni na dvě skupiny. První skupina jsou děti se středně těžkou mentální retardací ve věku deseti let. Druhá skupina dětí se středně těžkou mentální retardací je ve věku šestnáct až osmnáct let. V každé skupině jsou dvě děti z domácího prostředí a dvě děti z ústavní péče. Dále praktická část popisuje jednotlivé schopnosti v soběstačnosti jedince ve skupině a mezi danými skupinami. Vybraní jedinci jsou označeni fiktivním jménem z důvodu ochrany osobních dat.

V závěru bakalářské práce potvrzují a vyvracují hypotézy, které si stanovila na začátku výzkumu k mé bakalářské práci.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Mentální retardace

Mentální retardace pochází z latinského slova mens (mysl, duše) a retardare (opozdit, zpomalit). Český statistický úřad udává z roku 2008 informace, že počet osob s postižením se odhaduje na 1 015 548, z toho mentálně postižení tvoří 9, 87 procent.

Vágnerová (2004) definuje první zmínku o mentální retardaci kolem roku 1500 před Kristem z egyptských papyrových svitků, které byly nalezeny v Thébách. Dále se o mentální retardaci zmiňuje otec medicíny Hipokrates a později římský lékař Galenov, kteří dokázali popsat jednotlivé stupně duševního onemocnění (Matulay, 1986). Dřívější pohled na mentálně postižené ovlivňoval duch doby a dobový názor společnosti. Již v dětství byli odlišní jedinci usmrčovani a využíváni pro zábavné účely společnosti (Lečbých, 2008). Postoj společnosti k mentálně retardovaným jedincům se změnil po druhé světové válce. Koncem devatenáctého a začátkem dvacátého století se rozsáhlým výzkumem vyvinuly psychologické testy na měření inteligence (Matulay, 1986).

Mentální retardace může být vrozená nebo získaná. Vrozená mentální retardace se vyvíjí v období prenatalním, perinatálním a postnatálním do dvou let dítěte. Dříve se označovala i jako oligofrenie. Získaná mentální retardace vzniká po druhém roce života dítěte a označuje se jako demence. Dochází k úbytku nabytých rozumových schopností a celkových schopností jedince (Pipeková, 1998).

Definici mentální retardace vydala v roce 1983 organizace UNESCO jako: „*Pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.*“ (SLOWÍK 2007, s. 109).

Mentální retardace je tedy trvalé snížení rozumových schopností vznikající organickým poškozením mozku (Švarcová, 2000).

## 1.1 Etiologie mentální retardace

Švarcová (2000, s. 24) udává, že: „*Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku.*“ Podle Lečbycha (2008) jsou příčiny vedoucí k mentální retardaci různorodé.

Příčiny mentálního postižení se rozdělují na endogenní a exogenní původ. Endogenní příčiny označujeme jako vnitřní příčiny, které vznikly vlivy genetickými (Lečbych, 2008). Příčiny jsou zakódovány v pohlavních buňkách, kdy při jejich spojení vzniká nový jedinec (Švarcová, 2000). Exogenní, tedy vlivy vnější, vznikly v období gravidity, porodu a ranného dětství (Lečbych, 2008). Tyto vlivy nemusí být příčinou poškození mozku, ale mohou působit i jako spouštěč postižení. Dále se exogenní vlivy rozdělují na prenatální, perinatální a postnatální (Švarcová, 2000).

V období prenatálním může ohrozit plod infekce (syfilis) a intoxikace (otrava olovem). V perinatálním období se může plod poškodit před porodem, během porodu a těsně po porodu např. novorozeneckou hypoxií, zánětem mozku. V postnatálním období může způsobit postižení úraz nebo fyzikální vlivy působící na dítě (Švarcová, 2000).

Další příčiny mentální retardace se uvádí vážné duševní poruchy, poruchy výměny látek, růstu a výživy, nezralost a anomálie chromozomů (Švarcová, 2000). Mezi nejčastější genetické poruchy patří trizomie 21, tedy Downův syndrom, vznikající v důsledku zvýšení počtu chromozomů na 21. páru. Mezi další genetické odchylky patří Turnérův a Klinefelterův syndrom (Slowík, 2007).

Nejčastější příčinou mentální retardace je syndrom fragilního X- chromozomu. Je charakterizován na dlouhém raménku chromozomu X. Jedinci s tímto postižením mají typický vzhled. Tvář je podlouhlá s vystupujícím čelem a bradou, velké odstávající uši a abnormitou kostrou. Přítomny jsou oculomotorické poruchy, špatná koordinace a snížený svalový tonus (Lečbych, 2008).

## 1.2 Diagnostika mentální retardace

Na diagnostice a následné péči o děti s mentálním postižením se podílí multidisciplinární tým. Podílí se nejen neurolog, ale také psycholog, pediatr, genetik, rehabilitační pracovník, speciální pedagog, logoped a sociální pracovník (Komárek, Zumrová, 2008). Všechny tyto složky by měly spolupracovat a jako tým se doplňovat.

Morfologické změny nervového systému zaznamenává neurolog pomocí počítačové tomografie (dále jen CT). Periferní neuropatii a myogenní postižení diagnostikuje pomocí elektromyografie (dále jen EMG). Pomocí elektroencefalografie (dále jen EEG) stanoví neurolog modalitu evokovaných potenciálů a funkční vyšetření mozku jedince (Komárek, Zumrová, 2008).

Ve skutečnosti provádí vyšetření na doporučení pediatra psycholog nebo psychiatr. Ti zaznamenávají odchylky ve vývoji dítěte. Spolupráce mezi obory nebývá dobrá a ani systém rané péče pro děti s mentálním postižením není zatím dostatečně propracovaný (Slowík, 2007).

### **1.3 Klasifikace mentální retardace**

Klasifikace dle vývojových období u osob s mentální retardací vychází z vývojových období zdravého jedince. Při popisování zvláštností je nutné znát správný psychomotorický vývoj zdravého dítěte. „*Vzhledem ke značné variabilitě příčin a symptomů mentálního postižení se jednoznačná klasifikační kritéria hledají velmi obtížně.*“ (Slowík, 2007, s. 109). Klasifikovat mentální retardaci lze dle vývojových období, dle typu chování a dle stupně mentálního postižení.

Podle druhu chování se mentální retardace rozděluje na eretické, torpidní a nevyhraněné chování. Eretické chování se projevuje nespokojeností, dráždivostí a jedinec je instabilní. Torpidní chování se vyznačuje netečností, apatií a jedinec je strnulý. Pokud je jedinec nevyhraněný jsou procesy vzruchu a útlumu relativně v rovnováze (Pipeková, 1998).

„*Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností*“ (Pipeková, 1998, s.173). Klasifikace dle stupně mentálního postižení je nejpoužívanější pro speciálně - pedagogickou praxi. V roce 1992 Světová zdravotnická organizace stanovila šest základních kategorií mentální retardace, která se užívají i dnes.

**Tabulka 1 Klasifikace mentální retardace dle WHO z roku 1992 MKN-10**

F 70	Lehká mentální retardace	IQ 69-50
F 71	Středně těžká mentální retardace	IQ 49- 35
F 72	Těžká mentální retardace	IQ 34- 20
F 73	Hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	Jiná mentální retardace	Těžké poruchy chování
F 79	Nespecifikovaná mentální retardace	Není dostatek informací

**Zdroj:Jarmila Pipeková, Kapitoly ze speciální pedagogiky**

Dříve se ve speciálně - pedagogické, psychologické a lékařské terminologii používaly pojmy pro označení stupňů mentální retardace jako debilita, imbecilita a idiotie, které s novým pojetím klasifikace vymizely kvůli pejorativnímu významu (Slowík, 2007).

U středně těžké mentální retardace se inteligenční kvocient pohybuje v rozmezí 35- 49. Tato porucha se označuje jako F71 (Slowík, 2007). U těchto jedinců je značně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči (Švarcová, 2000). Tento stav přetrvává až do dospělosti. Často jsou doprovázeny epilepsií, neurologickými a tělesnými obtížemi (Pipeková, 2006). U značné části je přítomen dětský autismus či jiné pervazivní vývojové poruchy (Švarcová, 2000). Řeč u středně těžce mentálně postiženého člověka je velmi jednoduchá, slovní zásoba je chudá a jsou přítomny agramatismy (Pipeková, 2006). Švarcová (2000) udává, že úroveň řeči u jedinců se středně těžkou mentální retardací je variabilní. Někteří postižení dokáží jednoduše konverzovat, ale někteří se dokáží jen stěží domluvit o základních potřebách. Některé osoby se vůbec během svého života nenaučí mluvit, ale mohou rozumět jednoduchým verbálním instrukcím a gestikulaci (Švarcová, 2000). Jemná a hrubá mot orika je zpomalena, celkově jsou neobratní, nemají koordinované pohyby a jsou neschopni jemných úkonů. Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou emociálně labilní a nevyrovnaní s častými afektivními nepřiměřenými reakcemi (Pipeková, 2006).

#### **1.4 Vývoj soběstačnosti u dětí bez mentálního a tělesného postižení**

Dítě kolem jednoho roku až druhého roku začíná spolupracovat v oblasti soběstačnosti. Dítě se nimrá a rýpe v jídle a poměrně obratně zachází se lžičkou. Začíná používat slámku. Při oblékání dítě spolupracuje, snaží se strkat ruku do rukávu či nohu do nohavice. Dítě částečně ovládá močení a stolici (Allen, Marotz, 2002).

Ve věku dvou až tří let je dítě v oblasti hrubé motoriky stabilní v běhu, chodí po schodech a kope do míče. V oblasti jemné motoriky dítě postaví šest až osm kostek, napodobuje

kresby tečky a čárky, přelívá vodu z jedné nádoby do druhé a dokáže navlékat velké korále na šňůru. Dítě užívá cca třista slov a umí přednést krátkou básničku. V oblasti soběstačnosti začíná používat vidličku, rozbaluje bonbóny, pije přes slámku, rozepíná a zapíná zip (Kolář, 2009). Vidličkou se dítě dokáže najíst samo. Ve dvou letech je dítě dostatečně zralé na to, aby se naučilo ovládat stolicí. Plenky jsou méně často mokré (Allen, Marotz, 2002).

Ve třetím až čtvrtém roce dítě kope míčem na cíl, jezdí na saních, tříkolce a učí se plavat. V oblasti jemné motoriky dítě začíná kreslit kolo a používat dominantní ruku. Dokáže vymodelovat kuličku nebo váleček, sříhat nůžkami. Slovní zásoba se rozšířila na tisíc až dvatisíce slov. Komentuje vykonávané činnosti, věty skládá z mnoha výrazů. Dítě jí, myje se, obléká a svléká se samostatně, zuby si čistí s dohledem (Kolář, 2009). Dítě se snaží pomáhat při oblékání a samo se vykoupe. Ve třech letech se dítě během dne ani v noci nepomocuje a zvládne chodit na nočník. Samostatně nalije šťávu nebo mléko do skleničky (Allen, Marotz, 2002). S dopomocí uklízí hračky a začíná zkoušet zapínat knoflíky (Kolář, 2009).

Dítě ve čtvrtém až pátém roce se dítě zdokonaluje v házení a chytání míče, chodí po šikmé ploše, leze na žebřík a zvládá obratnostní cvičení např. brusle, lyže nebo plavání. Dokáže postavit trojrozměrné stavby z kostek, začíná napodobovat čtverec, trojúhelník a začíná stříhat jednoduché tvary. Dítě se obléká a svléká zcela samostatně, čistí si zuby bez dohledu, zapíná knoflíky, váže uzlíky a správně jí nožem (Kolář, 2009). Účastní se přípravy pokrmů a stolování. V pěti letech se dítě učí zavázat tkaničky, dokáže smrkat do kapesníku, ale nevyměňuje si je (Allen, Marotz, 2002).

V pěti až sedmi letech dítě zkouší skákat přes švihadlo, jezdí na bruslích, lyžích a kole. Dítě ze židle seskakuje samo bez držení (Kolář, 2009). V pěti je dítě plně odpovědné za chození na toaletu. Dítě se může začít opět pomočovat během prvních týdnů po nástupu na základní školu (Allen, Marotz, 2002). Začíná si vyhraňovat laterality, kresby jsou vyzrálější a bohatší. Plně automatizováno je svlékání a oblékání (Kolář, 2009). Dítě nechává povalovat své oblečení po pokoji a snaží si ho samo vybrat (Allen, Marotz, 2002). Dítě dodržuje hygienické návyky a samo se připraví ke spánku (Kolář, 2009). Používá vidličku a nůž, občas má problémy nakrájet maso (Allen, Marotz, 2002).

V osmi letech si dítě dokáže vybrat samo vhodné oblečení, začíná se starat o vlastní oblečení a věší si je. S velkým zaujetím se začíná starat o svůj vzhled. U stolu je dítě hrdé

na to, že umí sedět eticky u stolu. Dítě je vyspělé a dokáže být plně soběstačné (Allen, Marotz, 2002).

### **1.5 Kombinace vad mentální retardací**

Děti s postižením doprovází řada kombinovaných poruch s mentální retardací. Nejčastější poruchy spojené s mentální retardací jsou poruchy sluchu, zraku, kombinace mentálního postižení s tělesným postižením a epilepsie (Komárek, Zumrová, 2008). Dále se vyskytují psychiatrické onemocnění např. schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy chování a osobnosti (Zvolský, 1997).

Poruchy sluchu u dětí s mentální retardací jsou poruchy vedení nervus VIII., hyperakusis a neurální hluchota. Poruchy zraku nejčastěji bývají katarakta, glaukom, nystagmus a fotofobie (Komárek, Zumrová, 2008).

Schizofrenie se projevuje náhlou změnou chování, kdy se zhorší intelektové funkce, které vedou až k halucinacím. Mezi poruchy chování u mentálně retardovaných patří olizování hraček, kývání a impulzivní jednání. Obtížnější poruchy mohou vést až k sebepoškozování či okusování rukou. Porucha osobnosti se projevuje např. záchvaty vzteku a útočností. Dále Zvolský (1997) udává, že agresivní chování je u 10% mentálně retardovaných, ale někdy jde o nepochopení situace nebo neodhadnutí důsledku chování.

Epilepsie se dělí na parciální a generalizované záchvaty. Při parciálním záchvatu je postižený při vědomí, orientován a bez poruchy paměti. Generalizovaný záchvat se dále rozděluje na velký záchvat s tonickými a klonickými křečemi, tak na malý záchvat s krátkým výpadkem kontaktu (Komárek, Zumrová, 2008). Dále se epilepsie dělí na příčiny známé a neznámé, kdy příčin známých je celá řada např. hemorhagie nebo toxické příčiny. Příčiny neznámé jsou nepoznané poruchy geneticky podmíněné (Zvolský, 1997).

Mezi nejčastější tělesná postižení spojená s mentální retardací je dětská mozková obrna (dále jen DMO). DMO je nejčastější neurovývojové onemocnění, které postihuje děti již v raném věku. Má několik forem a to formu hemiparetickou, bilaterální spastickou, dysknetickou, cerebelární a smíšenou. Spastická forma se dále dělí na diparézu, hemiparézu a kvadruparézu (Komárek, Zumrová, 2008). U DMO se využívá farmokologie, nejčastěji léčba spasticity botulotoxinem. Nadále se využívá Vojtova metoda reflexní lokomoce a Bobath koncept (Kraus, 2005).



## **2 Soběstačnost u dětí se středně těžkou mentální retardací**

Soběstačnost je velice důležitou součástí ergoterapie. Ergoterapie oblast soběstačnosti rozděluje na dvě složky, na složku aktivní a pasivní. Aktivní oblast překonává vzniklé obtíže, pasivní upravuje životní prostředí za pomoci technických pomůcek (Pfeiffer, 1990). Níže budou představeny jednotlivé problémové oblasti v soběstačnosti.

### **2.1 Problémové oblasti v sebesycení**

Nácvik sebesycení probíhá ve dvou fázích. Skládá se z vlastního požívání a dopravení jídla do úst postiženého jedince. Problémy se vyskytují v krájení potravy, např. tužší maso. Další problém se vyskytuje při podání potravy do úst, např. tekutější strava, nebo při pití (Pfeiffer, 1990). U mentálně postiženého novorozence můžeme pozorovat určité změny v sebesycení. Dítě má větší problém se sáním a polykáním. V dětství má problém s příjmem tužší stravy, nesnaží se strkat jídlo do pusy, používat lahev nebo hrneček. Často dítě nepřibývá na váze a doprovází ho nechutenství k jídlu (Allen, Marotz, 2002).

### **2.2 Problémové oblasti v oblékání**

Dítě bez zdravotního postižení by si mělo snažit obléci ve třech letech co nejsamostatněji. Mentálně postižené dítě od útlého věku nespolupracuje s druhým se svlékáním a oblékáním. Často vše přetrvává do staršího věku dítěte. Ve starším věku se dítě stále nedokáže obléci s dopomocí, a proto je nutný nácvik soběstačnosti. Dítě se středně těžkou mentální retardací nedokáže zapnout zip ani knoflík kvůli poruše jemné motoriky (Allen, Marotz, 2002). Snažíme se tedy vyloučit oděvy na knoflíky a raději je nahradíme háčky. Problém vzniká dále v zavazování tkaniček, pro jedince je výhodnější suchý zip. Těsné oblečení na horní a dolní polovině těla se nedoporučují kvůli obtížnému oblékání pro jedince (Pfeiffer, 1990).

### **2.3 Problémové oblasti v hygieně**

Problém s oblastí hygieny doprovází mentálně postiženého již od raného dětství. Dítě se středně těžkou mentální retardací nezačíná v určitém věku projevovat zájem o hygienické návyky jako dítě bez postižení. Dítě nechodí na nočník, nesnaží se ovládat stolici a močení. Ve starším věku mu dělá problém používání toalety (Allen, Marotz, 2002). Samostatně si nevyčistí chrup, neopláchnou si ruce a obličej (Allen, Marotz, 2002).

## **2.4 Problémové oblasti s vyměšováním**

Dítě se středně těžkou mentální retardací nezačíná v určitém věku projevovat zájem o chození na nočník, nesnaží se ovládat stolicí a močení a používat toaletu. Nevyčistí si samostatně chrup, neopláchnou si ruce a obličej (Allen, Marotz, 2002). Vyměšování není ovládáno kvůli mentální poruše, sám postižený by použil hygienické zařízení, ale z důvodu strachu z kluzké podlahy nebo hluboké vany je mu lhostejné, jak působí na své okolí (Pfeiffer, 1990).

## **2.5 Problémové oblasti v sebeobsluze**

Dítě se středně těžkou mentální retardací nedokáže pochopit zadané jednoduché pokyny a nesnaží se na ně reagovat. Neplní zadané pokyny ani úkoly v určitém sledu, např. nedokáže si uklidit nádobí po jídle (Allen, Marotz, 2002). Pro jedince s postižením je důležité účastnit se přípravy pokrmu. Pro postiženého je nácvik přípravy pokrmu velmi cenný (Pfeiffer, 1990).

## **3 Augmentivní a alternativní komunikace**

Augmentivní a alternativní komunikace (dále jen AAK) se snaží kompenzovat komunikační poruchy u osob s postižením, kteří mají narušenou verbální komunikaci, schopnost dorozumívat se a komunikovat. Existující komunikační schopnosti podporují augmentivní (podpůrné) systémy, alternativní systémy nahrazují mluvenou řeč (Logopedie, 2006).

Mezi charakteristické znaky mentální retardace patří narušení vývoje řeči. Vývoj je narušen tak, že dítě s mentální retardací nedosáhne úroveň normy, jde tedy o omezený vývoj řeči (Lechta, 2002, 2008). U dětí s mentální retardací je vždy opožděn vývoj řeči v jakémkoli stupni postižení, který se projevuje již v raném věku. Děti se středně těžkou mentální retardací se opoždějí v kojeneckém věku nejpozději v batolecím období. Dítě využívá minimální slovní zásobu, kterou si osvojí pro základní potřeby. Řeč dítěte se středně těžkou mentální retardací se vyvíjí kolem šestého roku. Cílem AAK je tedy maximální rozvoj komunikačních schopností a dovedností dítěte s mentální retardací nejen u mentální retardace (Klinická logopedie, 2003).

### 3.1 Systémy vyžadující pomůcky

Systém vyžadující pomůcky se dělí na technický a netechnický. Technické pomůcky využívají elektronické komunikační pomůcky a počítače, které mají upravený software a hardware. Jsou přístupné lidem s fyzickým postižením. Netechnické pomůcky jsou jednoduché, které nemají hlasový výstup (Klinická logopedie, 2003). Je to systém, kterým se dorozumíváme, např. pomocí fotografií, bliss symboly, piktogramy a systémem makaton (Logopedie, 2006).

#### 3.1.1 Fotografie

Fotografie používáme barevné nebo černobílé znázorňující předměty, činnosti, osoby a místa. Pro jedince bývá někdy fotografie srozumitelnější než obrázek (Klinická logopedie, 2003).

#### Obrázek 1 Fotografie



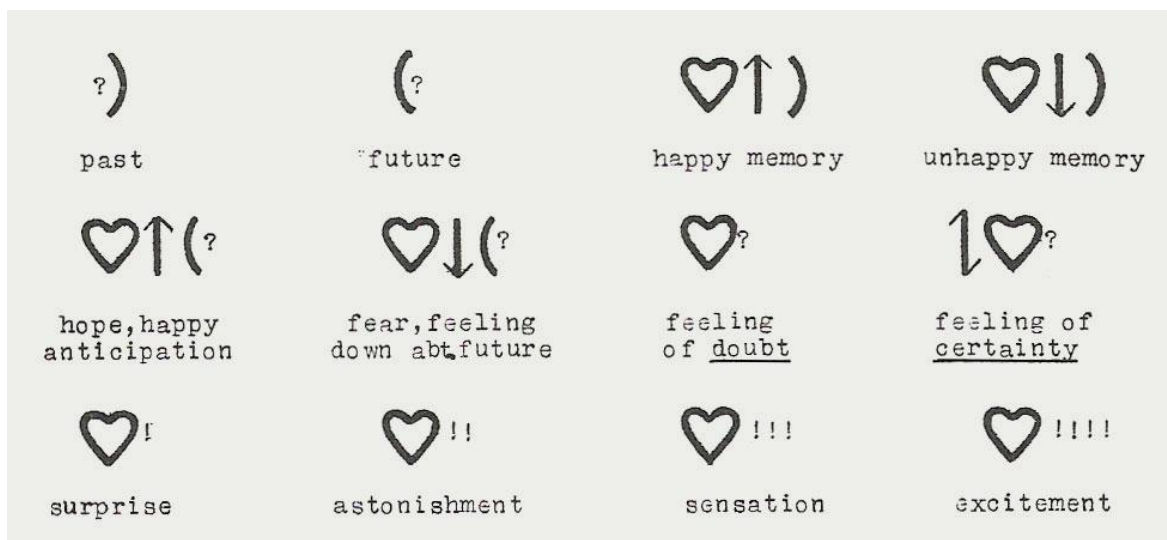
Zdroj: vlastní

#### 3.1.2 Bliss symboly

Bliss symboly se v sedmdesátých letech dvacátého století začaly využívat v Kanadě. Navrhl je Charles Bliss pro komunikaci osob, kteří mluví různými jazyky (Klinická logopedie, 2003). Inspiroval se čínským obrázkovým písmem. Dříve sloužil k vzájemnému dorozumívání národů. Systém byl rozvinut tak, aby sloužil jedincům s omezeným pohybem rukou (Logopedie, 2006). Pro užití je nutné porozumět lingvistickým

pravidlům. Bliss symboly obsahují přibližně sto základních symbolů, které lze kombinovat, a tak rozšiřovat slovní zásobu (Klinická logopedie, 2003).

**Obrázek 2 Bliss symboly**



**Zdroj:** <http://idsgn.org/posts/bringing-bliss-to-non-speakers>

### 3.1.2 Makaton

Margaret Walker ve Velké Británii vytvořila systém makaton pro rozvoj řeči, porozumění pojmů a komunikaci. Systém využívá manuální znaky doplněné symboly a řeči (Logopedie, 2006). Symboly Makaton se používají s kombinací písmen pro dotvoření obrázkového sdělení. Černobílých piktogramů je celá řada. Symboly se spojují s nápisy, lze využít stylizované kresby, obrázky, loga atd. (Klinická logopedie, 2003). Celkově je 350 znaků, které vycházejí z denního života. Znaky se v každé zemi vybírají a jsou standardizovány (Logopedie, 2006).

### 3.1.3 Piktogramy

Piktogramy zjednodušeně zobrazují skutečnost, které všichni rozumí (Logopedie, 2006). Jsou navrženy černobíle a redukují diskriminaci figury a pozadí. Systémů piktogramů je různá řada např. sigh symboly, picture symbols a Yerkish Lexigrams (Klinická logopedie, 2003).

**Obrázek 3 Piktogramy**



**Zdroj:** [http://czechdesign.cz/d\\_foto.php?lang=1&designer=92&prace=1136](http://czechdesign.cz/d_foto.php?lang=1&designer=92&prace=1136)

### **3.2 Systém nevyžadující pomůcky**

Systém využívá prostředky nonverbální komunikace, nevyžaduje pomůcky ke komunikaci. Komunikujeme cíleným pohledem, výrazy obličeje, gesty, držením těla, manuálními znaky a systémy (Klinická logopedie, 2003). Tímto systémem se dorozumíváme pomocí znakové řeči, prstové abecedy, znakováním klíčových slov a metodou Tadoma (Logopedie, 2006).

#### **3.2.1 Přirozený znakový jazyk neslyšících**

Tento systém využívají neslyšící v komunitě, kdy systém má vlastní syntax a gramatiku. Existuje v různých národních variantách (Klinická logopedie, 2003).

#### **3.2.2 Znaková čeština**

Systém využívá manuální znaky neslyšících doprovázený mluveným projevem v češtině (Klinická logopedie, 2003).

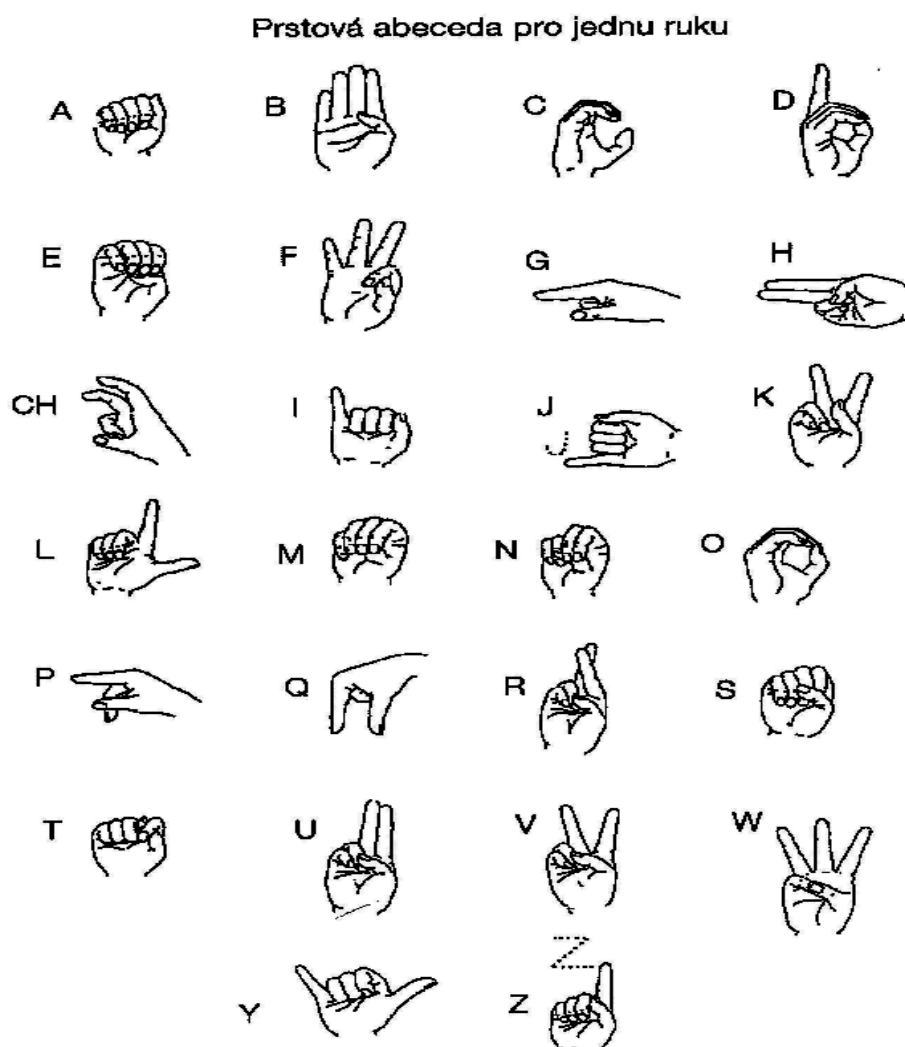
### 3.2.3 Znakování klíčových slov

Tato metoda se využívá u osob s těžším typem mentálního postižení. Znakování je hlavním nositelem sdělení doprovázeným běžnou, gramatickou a správnou řečí. (Klinická logopedie, 2003).

### 3.2.4 Prstová abeceda

Prstová abeceda se využívá při komunikaci s podporou manuálních znaků. Zobrazuje se pomocí různých poloh prstů jedné nebo obou rukou. V AAK se využívá pro určitý pojem, pro který není vytvořen znak, nebo pro lepší srozumitelnost mluvené řeči (Klinická logopedie, 2003).

Obrázek 4 Prstová abeceda pro jednu ruku



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/komunikace.html>

### 3.2.5 Cued speech

Využívá se u osob se sluchovým postižením, ale i u osob s vývojovou apraxií řeči. Systém je o osmi tvarech ruky reprezentující skupiny souhláskových zvuků a o šesti polohách ruky a obličeje označující skupinu samohlásek a dvojhlásek. Díky kombinacím těchto poloh předvedeme přesnou výslovnost slov probíhající řeči (Klinická logopedie, 2003).

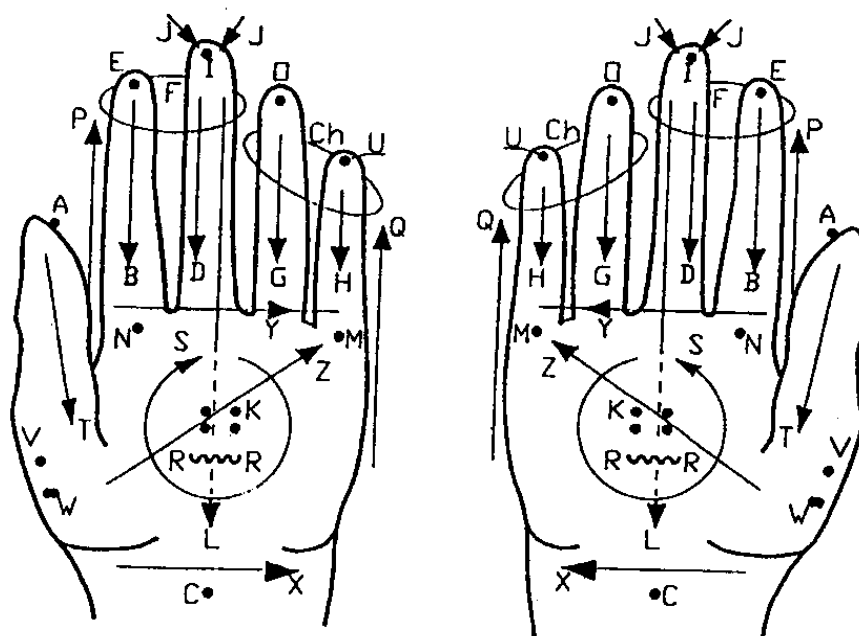
### 3.2.6 Metoda Tadoma

Tato metoda se využívá u slepohluchých osob. Jedná se o hmatové čtení řeči, kdy ruka postiženého se dotýká obličeje a krku mluvčí osoby. Palcem se dotýká rtů, cítí i pohyby čelistí či jazyka. Ostatní prsty zachycují vibrace na tvářích, čelistech a hrdle (Klinická logopedie, 2003).

### 3.2.7 Lormova abeceda

Lormova abeceda se využívá u slepohluchých osob, kdy jednotlivá písmena abecedy se využívají dotykem na dlani a prstech jedné ruky (Klinická logopedie, 2003).

Obrázek 5 Česká verze Lormovy abecedy



Zdroj: [http://www.lorm.cz/img/hluchoslepi/abeceda/lorm\\_abc\\_big.gif](http://www.lorm.cz/img/hluchoslepi/abeceda/lorm_abc_big.gif)

## 4 Ergoterapie u dětí s mentální retardací

Česká asociace ergoterapie udává definici takto „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity*“ (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13). Rada ergoterapeutů evropských zemí udává z roku 2000 definici, že cílem je podpořit zdraví a celkový pocit pohody prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčení o tom, že zdraví může ovlivňovat činnosti člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života.“ (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13). Cílem je tedy smysluplné zaměstnávání v jakémkoli věku s různými typy postižení.

Ergoterapie je pro mentálně postižené důležitou součástí jejich běžného života. Snaží se zlepšit funkční schopnosti jedince s postižením a zlepšení kvality života postiženého. Snaží se dosáhnout nejvyššího možného intelektu u postižené osoby, výkonu a jeho chování.

### 4.1 Cíl ergoterapie u dětí s mentální retardací

Krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán rehabilitační péče si terapeut stanoví pomocí ergoterapeutického vyšetření. Ergoterapeut odebere osobní anamnestické údaje dítěte, důležité je i zaznamenat údaje o průběhu porodu a jaké léky dítě užívá. Následně vyšetří orientačně hrubou a jemnou motoriku dítěte, posoudí oblast PADL a IADL pomocí provokačních testů. Zaznamená, jaké kompenzační pomůcky dítě využívá v běžných denních činnostech.

Dále autorka uvádí, že na základě ergoterapeutického vyšetření stanoví terapeut krátkodobý a dlouhodobý plán. U dětí se středně těžkou mentální retardací využívá terapeut kompenzační přístup, stupňování aktivit a přístup všedních denních činností. Terapeut se zaměřuje na uvědomění částí těla dítěte, rozvoj motoriky a koordinace. Snaží se podpořit kognitivní stránku mentálně retardovaného dítěte a využívá stimulační techniky. Ergoterapeut se snaží respektovat tempo dítěte, vysvětluje jasně, názorně a často střídá činnosti během terapie.



V ergoterapii u dětí se středně těžkou mentální retardací využíváme láskyplný přístup. Vedeme je k dodržování zásad a postupně můžeme zvyšovat nároky, pokud to je možné. Často střídáme aktivity s odpočinkem. Vhodné je i měnit prostředí a denní program mentálně postiženého dítěte. Ergoterapeut se snaží stimulovat všechny receptory, názornost, opakování a motivaci (Klusoňová, 2011).

#### **4.2 Oblast ADL u dětí s retardací**

Všední denní činnosti pochází z anglického termínu Activities of Daily Living (dále jen ADL). Činnosti se rozdělují na dvě složky a to na personální denní činnosti (dále jen PADL) a instrumentální denní činnosti (dále jen IADL). Mezi PADL patří sebesycení, oblékání, osobní hygiena, koupání, použití WC, přesuny, inkontinence moči a stolice, chůze. Do oblasti IADL patří telefonování, používání dopravy, nakupování, příprava jídla, domácí práce, užívání léků, manipulace s penězi. Ke zvládnutí této oblasti je nutná sociální dovednost, řešit problémy a komplexní interakci s prostředím (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 Cíl a úkoly práce

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jakých schopností v soběstačnosti dosahují děti s mentální retardací ve věku deseti let a v rozmezí šestnáct až osmnáct let. Dále autorka bakalářské práce zjišťuje, jak je vhodné postupovat při podpoře soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací a jaké rozdíly jsou mezi dětmi vyrůstající v ústavní a rodinné péči.

Pro dosažení cíle je nutno splnit:

1. Zjištění teoretických znalostí o mentální retardaci, její etiologii, diagnostice, klasifikaci
2. Zjištění kombinací mentálního postižení a motorického vývoje dětí se středně těžkou mentální retardací
3. Výběr dvou skupin dětí nestejně věkové kategorie
4. Najít vhodné testy pro hodnocení motorických funkcí dítěte
5. Najít vhodné řešení jak postupovat při podpoře soběstačnosti u středně těžké mentální retardace
6. Najít rozdílnosti mezi dětmi, které vyrůstají v rodině, a dětmi, které vyrůstají v ústavní péči

## 6 Stanovení hypotéz

Předpokládám, že:

1. Děti ve skupině A mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti
2. Děti ve skupině B mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti
3. Děti skupiny B jsou soběstačnější a motoricky lépe vyspělejší než děti skupiny A
4. Děti vyrůstající v ústavní péči jsou samostatnější v oblasti soběstačnosti než děti vyrůstající v rodinné péči.

## **7 Metodologie**

První část bakalářské práce objasňuje teoretické pojmy o mentální retardaci a o problémových oblastech v soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací. Dále popisuje komunikační systémy vyžadující a nevyžadující pomůcky, které jsou vhodné a využívané u dětí s mentálním postižením.

V bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum za pomoci kazuistického šetření a pozorování. Výzkumné šetření bylo prováděno od ledna 2012 do února 2013. Během tohoto období autorka zjišťovala informace o dovednostech dětí s mentální retardací v daném výzkumném souboru. Děti k výzkumnému šetření si autorka vybrala během souběžných odborných praxí v Centru pobytových a terénních sociálních služeb (dále jen CPTS Zbůch) a ve speciální škole Diakonie českobratrské církve evangelické (dále jen DČCE Merklín). Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakých schopností v soběstačnosti dosahují děti s mentální retardací ve výzkumném souboru.

U dětí s mentální retardací v kazuistickém šetření byla použita fiktivní jména pro ochranu osobních dat dětí s mentální retardací.

Následující kapitoly zaznamenávaly popis výzkumných souborů, dále pak postup sběru dat a popis jednotlivých souborů ve skupině.

## **8 Metody**

Během odborné praxe autorka pozorovala postupný motorický vývoj v soběstačnosti dětí v CPTS Zbůch a DČCE Merklín. Autorka měla pro zjištění potřebných informací a jejich dovedností. Metodou pozorování při zvládání běžných aktivit zaznamenávala autorka schopnosti jedince do hodnocení motorického testu dítěte. Hodnocení probíhalo při každodenních běžných činnostech, které děti během dne vykonávaly. Některá další šetření probíhala při terapii v terapeutické místnosti nebo ve speciálně - pedagogické třídě.

### **8.1 Případová studie**

První metoda, která byla využita ve výzkumném šetření, byla kazuistika neboli případová studie. Vyznačuje se velkým sběrem množství dat od několika jedinců. Autorka získala potřebné informace o jednotlivých účastnících šetření. Anamnestické údaje uvádí osobní anamnézu, fyziologické funkce dítěte, sociální a školní anamnézu. Dále obsahuje vstupní vyšetření ergoterapeuta, které ergoterapeut zaznamenává na začátku terapie pro závěrečné zhodnocení průběhu terapie. Tato složka obsahuje oblast PADL, IADL, kognitivní stránku a psychosociální oblast dítěte. Ergoterapeutický plán zaznamenává krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán, silné a slabé stránky dítěte se středně těžkou mentální retardací a jeho problémové oblasti. Cíl, reakce dítěte na terapii, použití kompenzačních pomůcek, silné a slabé stránky při vykonávané činnosti udává terapeutická jednotka. Závěrem kazuistiky je závěrečná zpráva ergoterapeuta, která hodnotí celkové schopnosti dítěte.

### **8.2 Pozorování**

Druhá metoda, která byla využita ve výzkumném šetření byla metoda pozorování. Autorka pozorovala děti se středně těžkou mentální retardací v jejich přirozeném prostředí při vykonávání běžných denních aktivit.

### **8.3 Testovací metoda**

Třetí metoda, kterou autorka využila byl test hodnocení motorických funkcí dítěte. Tento test získala při odborné praxi v CPTS Zbůch. TTest hodnotila metodou pozorování a průběžným zaznamenáním v testovníku. Za pomoci tohoto testu mohla autorka zhodnotit rozdílnost schopností v soběstačnosti mezi jedinci ve skupině, ale zhodnotit schopnosti jedinců mezi jednotlivými skupinami. Tento test zaznamenává oblasti, které by dítě mělo ovládat. Test obsahuje několik kategorií. První část testu hodnotí jemnou motoriku a silový

úchop. Další část testu hodnotí komunikaci, soběstačnost, oblast sebesycení a hygienu.  
Poslední část testu hodnotí oblast hrubé motoriky.

## **9 Výzkumný soubor**

Výzkumným souborem jsou dvě skupiny dětí se středně těžkou mentální retardací v odlišných věkových skupinách, které si autorka vybrala na odborných praxích během studia na vysoké škole. Autorka pozorovala děti v CPTS Zbůch a DČCE Merklín při jejich každodenních aktivitách.

### **Skupina A**

První výzkumný soubor A tvořily děti se středně těžkou mentální retardací ve věku deseti let. Kritéria se odvíjela od věku dítěte s postižením a zda dítě s mentální retardací vyrůstá v ústavní nebo domácí péči. Soubor tvořily celkem čtyři chlapci ve stejném věku. Dva chlapci pocházeli z CPTS Zbůch, tedy z péče ústavní. Další dva chlapci z DČCE Merklín, z péče domácí. Další podmínkou byl písemný souhlas se zpracováním osobních údajů dětí z domácí péče a zákonných zástupců dětí z CPTS Zbůch. Všichni čtyři chlapci měli diagnostikovanou středně těžkou mentální retardací. Z toho dva chlapci měli ke středně těžké mentální retardaci diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu, jeden chlapec poruchu autistického spektra.

### **Skupina B**

Druhý výzkumný soubor B tvořili dva chlapci ve věku šestnácti let a dva ve věku osmnácti let. Soubor obsahoval stejná kritéria jako první výzkumný soubor. Chlapci ve věku šestnácti let pocházeli z domácí péče DČCE Merklín. Oba chlapci měli diagnostikovanou středně těžkou mentální retardací, z toho jeden chlapec dětskou mozkovou obrnu a druhý poruchu zraku. Chlapci ve věku osmnácti let, pocházeli z ústavní péče CPTS Zbůch. Oběma chlapcům byla diagnostikována také středně těžká mentální retardace s dětskou mozkovou obrnou.

## **9.1 Výzkumný soubor A**

První výzkumný soubor A tvořily děti se středně těžkou mentální retardací ve věku deseti let. Celkový počet dětí v této skupině jsou čtyři chlapci. Z domácí péče jsou Jirka a Ruda z DČCE Merklín. Z péče ústavní David a Luboš z CPTS Zbůch. Všichni čtyři chlapci se snažili dodržovat hygienické návyky, návyky v soběstačnosti a sebesycení.

### **9.1.1 Oblast oblékání**

Autorka v oblasti oblékání sledovala, jakých schopností dosahují děti se středně těžkou mentální retardací. Sledovala, zda si dokážou obléci horní a dolní polovinu těla, ponožky a zda se dokážou obléci dle příslušného ročního období.

V oblasti oblékání byli rozdílnosti u všech chlapců. Kromě Jirky ostatní chlapci rozeznali rub a líc. Ani jeden chlapec nedokázal samostatný vhodný výběr oblečení. Oblékání dolní a horní poloviny těla prováděli všichni čtyři chlapci v sedě na zemi či na okraji postele. David má problémovou oblast s nasazováním ponožek. Pokud si terapeut chlapce posadí mezi nohy, fixuje mu dolní končetiny, přitáhne mu je k tělu a navlékne na špičku nohy, dokáže si je sám dotáhnout. Problém je ještě v natahování přes patu, kde není dostatečná síla špetkového úchopu. Ponožky Davidovi nasazují ošetřovatelé, tím se David nemůže zdokonalit. Ostatní chlapci si natahují ponožky sami. Kalhoty si David i Luboš nasazují v leže pomocí bridgingu. David vyžaduje fixaci dolních končetin, neudrží plosky nohou zapřené o podložku. Roman a Jirka si zvládnou obléknout kalhoty sami v sedě. Horní polovinu těla oblékali všichni čtyři chlapci bez problémů v sedě. David a Lukáš si horní polovinu těla oblékali na mechanickém vozíku. Boty mají chlapci na suchý zip, tkaničku udělat neumí.

Všichni čtyři chlapci si dokážají samostatně obléci horní polovinu těla. Dolní polovinu těla dělá problém Davidovi. Všechny čtyři chlapce musí zkontrolovat druhá osoba, zda jsou vhodně oblečeni dle příslušného ročního období. Zvládají rozepnout a zapnout suchý zip. Zapnout a rozepnout zip nesvede ani jeden chlapec. Knoflík dělá problém Romanovi, Davidovi a Lubošovi. Jirka zvládá s podstatnou dopomocí druhé osoby.

### **9.1.2 Oblast sebesycení**

V této oblasti sledovala autorka schopnosti dětí se středně těžkou mentální retardací jaké mají návyky v sebesycení. Pozorovala, jak dokážou děti pít z hrnku a jak ovládají sebesycení s příborem.

Všechny děti ve výzkumném souboru zvládaly oblast sebesycení. Dokázali se napít z hrnku, Roman dokázal pít i přímo z lahve. Před jídlem si děti na upozornění umyly ruce. Na vyzvání si chlapci dokázali připavit táč se lžící a hrnkem. David a Luboš si připravovali táč s příborem přímo u stolu. Roman a Jirka si chodili pro táčy do jídelny, kde si vzali u pultu táč, lžící a hrnek. Všichni čtyři chlapci používali pro sebesycení lžící. Roman a Jakub zvládali sebesycení pomocí vidličky, ale dohromady s nožem se nedokázali najíst. David a Luboš jedli pomocí vidličky jen některé pokrmy. Po jídle Roman i Jirka dokázali odnést táčy s talířem. David a Luboš si je nedokázali odnést, protože oba chlapci jsou na mechanickém vozíku.

Všechny děti ve výzkumném souboru se dokážají samostatně najíst se lžící a pít z hrnku. Při přípravě pokrmu potřebují všichni čtyři chlapci dopomoc od druhé osoby. Roman a Jirka si samostatně po upozornění připraví táč se lžící a hrnkem. David a Luboš si táč se lžící a hrnkem připravují u stolu.

### **9.1.3 Oblast hygieny**

V oblasti hygieny autorka sledovala, jakých návyků děti středně těžkou mentální retardací dosahují. Sledovala je při ranní a denní hygieně a jak hygienu dodržují během dne.

Ranní a denní hygienu prováděli všichni čtyři chlapci po upozornění na ni. David a Luboš si dokázali sami vyčistit zuby a opláchnout a utřít si obličej ručníkem. Roman a Jirka si čistili zuby samostatně s dohledem. David a Luboš používali na noc plenkové kalhotky kvůli inkontinenci. Na konci výzkumného šetření Luboš plenkové kalhotky nepoužíval a v současné době zvládá kontinenci během noci. Roman někdy zapomíná dojít si na toaletu. Většinou tato situace nastává, když dělá činnost, která ho baví a při které projevuje radost. David během dne používá bažanta, kdy vyžaduje podstatnou dopomoc druhé osoby. Terapeut či ošetřovatel podají Davidovi bažanta z tašky, sám si stáhne kalhoty a spodní prádlo. Po kontinenci je nutné, aby terapeut či ošetřovatel chlapce očistili. Luboš se dokáže přesunout z vozíku na WC, vykonat potřebu a očistit se.

Všichni čtyři chlapci se snažili dodržovat hygienické návyky. Luboš, Roman a Jirka dokážají používat WC během dne i noci, kdežto David během dne používá bažanta a v noci plenkové kalhotky. Na začátku šetření Luboš používal plenkové kalhotky, nyní na konci je nepoužívá a není kontinentní.



## **9.2 Výzkumný soubor B**

Druhý výzkumný soubor B tvořili dva chlapci ve věku šestnácti let a dva ve věku osmnácti let. Celkový počet dětí v této skupině jsou čtyři chlapci. Z domácí péče je Oldřich a František a z péče ústavní Pavel a Jarda. Všichni čtyři chlapci se snažili dodržovat hygienické návyky, návyky v soběstačnosti a sebesycení.

### **9.2.1 Oblast oblékání**

Autorka v oblasti oblékání sledovala, jakých schopností dosahují děti se středně těžkou mentální retardací. Sledovala, zda si dokáží obléci horní a dolní polovinu těla, ponožky a zda se dokážou obléci dle příslušného ročního období.

Všichni čtyři chlapci nedokázali samostatný vhodný výběr oblečení. Jarda i Pavel provádějí oblékání a svlékání horní poloviny těla vsedě na židli či okraji postele. Oba rozeznají rub a líc. František ani Oldřich rub a líc nerozeznají. Oblékání provádějí všichni čtyři chlapci v sedě na okraji postele z důvodu špatné rovnováhy. Jarda i Pavel si natahují kalhoty se zapínáním na větší knoflík, menší knoflíky dělají oběma chlapcům problém. Františkovi je nutné nasadit na nohy kalhoty a sám v leže si je dotáhne. Oldřichovi musíme výrazně dopomoci s natažením kalhot. Ani po nasazení kalhot si Oldřich nedokáže natáhnout kalhoty. František a Oldřich potřebují nutnou dopomoc při oblékání horní i dolní poloviny těla. Jarda si obuv sundá bez problémů. Při zouvání používá jen levou HK, sundává si tak i ponožky. Ponožky nasazuje oběma HK, PHK používá jen ukazovák přes patu. Při obouvání obuvi používá lžici. Jarda tkaničku zavazuje na jednu smyčku, Pavel dokáže zavázat tkaničku normálně. František ani Oldřich tkaničku zavázat neumí a nedokážou si samostatně obouvat.

Pavel a Jarda se snažili dodržovat návyky v oblékání. Dokážají se samostatně obléci, ale oba chlapce musí zkontrolovat druhá osoba, zda jsou vhodně oblečeni dle příslušného ročního období. František a Oldřich potřebují neustálou dopomoc druhé osoby při oblékání a svlékání a potřebují vybrat vhodný oděv dle počasí.

### **9.2.2 Oblast sebesycení**

V této oblasti sledovala autorka schopnosti dětí se středně těžkou mentální retardací, jaké mají návyky v sebesycení. Pozorovala, jak dokážou děti pít z hrnku a jak ovládají sebesycení s přiborem.

Všechny děti ve výzkumném souboru neměly stejnou úroveň v sebesycení. Všichni se dokázali napít z hrnku, Oldřich se napil s dopomocí. Jarda a Pavel si dokázali sami připravit na vyzvání táč s hrnkem, lžící či vidličkou. Oldřichovi a Františkovi se musí táč a strava připravit ke stolu. Jarda a Pavel se nají pomocí vidličky, ale dohromady s nožem sebesycení nedokážou. František se dokáže sám najíst se lžící s mírnou asistencí, Ondra potřebuje větší dopomoc. Terapeut či rodič musí Oldřichovi a Františkovi vést ruku se lžící do pusy. Po jídle si Jarda a Pavel odnesli tácy s talířem. Oldřich a František si talíř s tácem neodnášeli kvůli špatné lokomoci.

Pavel a Jarda v oblasti sebesycení jsou samostatnější než Oldřich a František. František a Oldřich potřebují neustálou dopomoc druhé osoby při sebesycení, stolování a přípravě pokrmu. Pavel a Jarda jsou v této oblasti samostatnější než Oldřich a František.

### **9.2.3 Oblast hygienických návyků**

V oblasti hygieny autorka sledovala jakých návyků děti středně těžkou mentální retardací dosahují. Sledovala je při ranní a denní hygieně a jak hygienu dodržují během dne.

Jarda a Pavel ráno prováděli osobní hygienu po upozornění na ni. Vyčistí si samostatně zuby, opláchnou obličej a utřou se do ručníku. Na WC není nutná asistence ani u jednoho z chlapců. Kontinenci ovládají a umí použít WC. Františkovi a Oldřichovi se musí při čištění zubů vést ruka se zubním kartáčkem. S dopomocí druhé osoby si opláchnou a utřou obličej do ručníku. František během dne chodí na WC, ale přesto raději nosí plenkové kalhotky z důvodu občasného úniku moči. Také Oldřich nosí plenkové kalhotky během dne, ale potřebu na WC nevykonává. Oba chlapci používají plenkové kalhotky i během noci. Při koupání potřebují nutnou asistenci od druhé osoby. Jarda a Pavel jen dohled, zda se byli vykoupat.

Pavel a Jarda se snažili dodržovat hygienické návyky. Dokážají používat WC během dne i noci, kdežto František a Oldřich používají plenkové kalhotky během dne i noci. Při koupání a ranní hygieně stačí Pavla a Jardu zkontrolovat. František a Oldřich potřebují neustálou dopomoc druhé osoby při ranní hygieně, hygieně během dne a koupání.

## **10 Správná podpora soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací**

V této kapitole autorka popisuje problémové oblasti v soběstačnosti u dětí se středně těžkou mentální retardací. Popisuje vhodný postup v jednotlivých problémových oblastech a dodává své poznatky, které zjistila při výzkumném šetření.

Děti se středně těžkou mentální retardací mají několik problémových oblastí v sebeobsluze. Často mají problémy s oblékáním a svlékáním, sebesycením a hygienickými návyky. Na správné provádění činností dbáme více u dětí se středně těžkou mentální retardací než u dětí bez zdravotního postižení. Cílem v terapii je zvýšit samostatnost dítěte se středně těžkou mentální retardací a naučit ho správným pracovním návykům. Cíle a ergoterapeutické postupy stanovujeme dle mentálního vývoje dítěte.

Při nácviku sebeobsluhy vede rodič či terapeut milý, trpělivý a láskyplný přístup. Dbáme na přiměřenost při prováděné činnosti. Tolerujeme opožděný psychomotorický vývoj mentálně postiženého dítěte. Často střídáme aktivitu s odpočinkem a měníme prostředí. Denní program dítěti s mentálním deficitem měníme, nesnažíme se o každodenní stereotyp. Pomalu zvyšujeme nároky na mentálně postižené dítě, tím dítě pomalu vedeme k větší úspěšnosti. Snažíme se dítě motivovat k činnosti a činnost opakujeme, dokud dítě s mentálním deficitem správně činnost neprovede. Na dítě se rodič či terapeut nezlobí, naopak chválí.

### **10.1 Oblast oblékání**

V oblasti oblékání mají děti se středně těžkou mentální retardací tři problémové oblasti. Určují nesprávně pořadí oblečení, neuvědomují si své tělesné schéma a mají problém se zapínáním zipů a knoflíků, tedy s jemnou motorikou. Snažíme se u mentálně postiženého dítěte rozvíjet proces oblékání a posloupnost jednotlivých kroků. Většinou se dítě obléká v sedě kvůli špatné rovnováze. Terapeut či rodič provádí s dítětem aktivní nácvik oblékání horní a dolní poloviny těla. Popisujeme dítěti, kterou část těla v daný moment oblékáme. Dítěti vybíráme jednoduché a volnější oblečení. Nácvik oblékání provádíme na oblečení, které je dítěti známé. Vysvětlíme mu, kde je rub a líc a jak správně oblečení patří na tělo. Dítě můžeme poslat ven, aby se podívalo, jaké je počasí, aby dokázalo zvolit vhodný oděv. Takto podpoříme dítě v samostatném vhodném výběru oblečení. S nácvikem zapínání zipů, patentů a knoflíků začínáme od největšího po nejmenší, tím zdokonalíme i jemnou

motoriku dítěte. Často učení soběstačnosti volíme formou hry např. můžeme hrát hru na kouzelníka, kdy za pomoci kouzelné hůlky dítě odčarovává bolest na těle terapeuta či rodiče a jednotlivé části pojmenovává.

## **10.2 Oblast sebesycení**

V oblasti sebesycení má dítě se středně těžkou mentální retardací několik problémových oblastí. Dítě má špatný polykací reflex, špatně ovládá jazyk, někdy špatně drží vzpřímenou hlavu u jídla. Často dítě doprovází zvýšené slinění, abnormality ústní dutiny a nedostatečné dovírání úst. Při nácvičku jedení provádíme guiding. Terapeut nebo rodič stojí za dítětem a pomáhá dítěti vést ruku do úst. Dbáme na správný ergonomický sed dítěte, díky tomu tak zajistíme správnou polohu hlavy. Pokud dítě hlavu stále neudrží, vypoďložíme ji šátkem či malým polštářkem, aby měla hlava vhodnou polohu pro sebesycení. Dítě má ruce na stole před sebou, dodržuje správný ergonomický sed, tím uzavřeme kinematický řetězec dítěte. Hrneček či slánku drží oběma rukama a lokty si opírá o stůl. Při pití dítě nesmí mít hlavu v inklinaci či reklinaci. Někdy dítě využívá při jídle kompenzační pomůcky, např. lžící se širší rukojetí a postupně úchop lžice zužujeme. Nejdříve dítě učíme jíst se lžící, pokud dítě zvládne jíst se lžící přecházíme k vidličce a noži. Dítě se středně těžkou mentální retardací jí lžící nečistě a nedokáže jíst spolehlivě s vidličkou a nožem. Často děti používají k sebesycení jen vidličku. Ke zlepšení polykání, ovládnutí jazyka, ovlivnění svalového tonu v orofaciální oblasti využíváme orofaciální stimulaci. Využíváme ji již od útlého věku mentálně postiženého dítěte. Terapeut zaučí rodinné příslušníky či ošetřovatele, jak správně stimulaci orofaciální oblasti provádět. Orofaciální stimulaci vždy provádíme dítěti se středně těžkou mentální retardací před příjmem potravy, tím zkvalitníme příjem a polykání stravy.

## **10.3 Oblast hygienických návyků**

Hygienické návyky učíme dítě se středně těžkou mentální retardací již od útlého věku. Velký důraz klademe na kvalitu hygieny. Většinou je dětem i dospělým se středně těžkou mentální retardací jedno, jak působí na své okolí. Dítěti vysvětlíme, jak správně provádět ranní a večerní hygienu a hygienické návyky přes den. Čistění zubů dítěti ukážeme na sobě a pak čištění provádí dítě samo před zrcadlem. Dítě při čištění kontrolujeme, často si důkladně zuby nečistí. Učíme dítě jak se správně učesat tak, že terapeut či rodič stojí za dítětem a vede jeho ruku po hlavě. Později ho necháváme česat se s mírnou dopomocí. Dítěti vysvětlíme, jak se správně očistit po použití toalety a jak toaletu používat. Večerní

hygienu provádíme s dohledem, dítěti vysvětlíme, že musí používat mýdlo na tělo s žínkou a šampón na vlasy. Po zácvičku s terapeutem či rodičem necháváme dítě samostatně vykonávat činnosti s dohledem, později bez dohledu.

## **Diskuse**

Praktická část bakalářské práce uvádí 4 hypotézy. Hypotézy byly ověřovány pozorováním, případovou studií a testem hodnotící motorické funkce dítěte.

### **Diskuze k hypotéze č. 1**

Hypotéza č. 1: Děti ve skupině A mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda děti se středně těžkou mentální retardací ve věku 10 let mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti mezi sebou.

Hypotézu č. 1 lze tedy potvrdit. Všechny děti dosahují stejné úrovně soběstačnosti a někdy každý z nich potřebuje nenáročnou asistenci.

Bylo zjištěno, že děti v oblasti oblékání dosahují stejných schopností kromě jednoho chlapce, který má problém s oblékáním dolní poloviny těla a potřebuje dopomoc druhé osoby. V oblasti sebesycení dosahují všechny děti stejné úrovně soběstačnosti. Všechny děti dokáží sebesycení lžící a tužší stravu vidličkou a dokážou pít z hrnku. Ani jeden z nich nedokáže použít nůž dohromady s vidličkou. Všechny děti potřebují nenáročnou asistenci při koupání, při ranní hygieně jen dohled druhé osoby. Mytí rukou se všem chlapcům muselo připomínat. Všichni čtyři chlapci dokáží ovládat kontinenci. Tři chlapci dokáží použít WC bez dopomoci. Jeden chlapec vyžaduje podstatnou dopomoc druhé osoby. Všichni čtyři chlapci si dokáží zapnout boty na suchý zip.

### **Diskuze k hypotéze č. 2**

Hypotéza č. 2: Děti ve skupině B mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda děti se středně těžkou mentální retardací ve věku 15 - 18 let mají stejnou úroveň schopností v soběstačnosti mezi sebou.

Hypotézu č. 2 lze vyvrátit. Všechny děti ve skupině nedosahují stejné úrovně soběstačnosti. Chlapci z domácí péče vyžadují větší dopomoc druhé osoby než chlapci z péče ústavní.

Chlapci z domácí péče v této skupině nedosahují stejných schopností v oblasti soběstačnosti jako chlapci z péče ústavní. Chlapci z péče ústavní jsou více soběstačnější ve všech oblastech. Samostatně s dohledem zvládnou oblast sebesycení, oblékání a hygienu.

Občas při některých činnostech potřebují dohled druhé osoby. Chlapci z domácí péče potřebují neustálou pomoc od druhé osoby. Oba potřebují podstatnou pomoc druhé osoby při sebesyčení lžící. Vidlička oběma chlapcům dělá problémy. Potřebují nenáročnou asistenci při pití z hrnku. Při hygieně ve vaně potřebují oba podstatnou pomoc druhé osoby. Oba chlapci z péče ústavní zvládají zavázat si tkaničku na botě. Děti z péče domácí zavázat tkaničku nedokážou. Jeden si dokáže zapnout boty na suchý zip, druhý nikoliv.

### **Diskuze k hypotéze č.3**

Hypotéza č. 3 Děti skupiny B jsou soběstačnější a motoricky lépe vyspělejší než děti skupiny A

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda děti ve věku 15- 18 let jsou soběstačnější než děti ve věku 10 let.

Hypotézu č. 3 můžeme vyvrátit. Skupina A je v oblasti soběstačnosti schopnější než děti z domácí péče skupiny B.

Skupina A a B je rozdělena dle věkové kategorie, nikoliv dle úrovně schopnosti jedinců. Věková hranice neovlivňuje úroveň soběstačnosti u dětí ve vybraném souboru. Dva chlapci z ústavní péče skupiny B dosahují větších schopností než chlapci skupiny A.

### **Diskuze k hypotéze č. 4**

Hypotéza č. 4: Děti vyrůstající v ústavní péči jsou samostatnější v oblasti soběstačnosti než děti vyrůstající v rodinné péči.

Cílem této hypotézy bylo zjistit zda děti vyrůstající v ústavní péči jsou soběstačnější než děti vyrůstající v rodinné péči.

Hypotézu č. 4 můžeme potvrdit. Děti z ústavní péče jsou soběstačnější než děti z péče domácí.

Chlapci z péče domácí nedosahují stejných schopností v soběstačnosti jako chlapci z péče ústavní. Chlapci ze skupiny B a A péče domácí potřebují neustálou pomoc či větší kontrolu než chlapci z péče ústavní.

## Závěr

Bakalářská práce poukazuje na problematiku mentální retardace a na problémové oblasti v soběstačnosti u dětí s mentálním postižením. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a na část praktickou. Autorka vybrala dvě výzkumné skupiny dětí se středně těžkou mentální retardací nesterépného věku, které sledovala v CPTS Zbůch a DČCE Merklín.

Teoretická část stanovuje pojem mentální retardace, její diagnostiku, etiologii a klasifikaci. Autorka popisuje psychomotorický vývoj v oblasti soběstačnosti u dětí bez zdravotního a tělesného postižení. Udává kombinaci vad, které se často sdružují u dětí s mentální retardací. Po seznámení s pojmy mentální retardace následuje kapitola soběstačnost u dětí se středně těžkou mentální retardací. Ta popisuje jednotlivé problémové oblasti v soběstačnosti. Nejčastějšími problémovými oblastmi je sebesycení, hygiena, oblékání a svlékání, vyměšování a sebeobsluha. U dítěte s mentální retardací je velice důležitá komunikace, proto autorka věnuje jednu kapitolu augmentivní a alternativní komunikaci. Popisuje jednotlivé komunikační systémy vyžadující pomůcky pro komunikaci. Závěr objasňuje pojem ergoterapie, oblast běžných denních činností u dětí se středně těžkou mentální retardací.

V praktické části autorka zjišťovala kvalitativním výzkumem za pomoci kazuistického šetření, pozorováním a testem motorických funkcí dítěte, jakých dovedností dosahují děti se středně těžkou mentální retardací. Výzkum autorka prováděla v CPTS Zbůch a DČCE Merklín. Autorka si stanovila dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor obsahuje čtyři chlapce se středně těžkou mentální retardací ve věku 10 let. Ve druhém výzkumném souboru jsou čtyři chlapci se středně těžkým mentálním postižením, dva ve věku 16 let a dva ve věku 18 let. V obou skupinách jsou dva chlapci z ústavní péče a dva chlapci z péče domácí. Výzkumným šetřením byly zjišťovány dovednosti chlapců mezi sebou ve skupině, ale také dovednosti dětí v obou skupinách mezi sebou. Autorka se snažila najít rozdílnosti dovedností v soběstačnosti mezi dětmi ústavními a dětmi z domácí péče.

Autorka došla k závěru, že je důležité, aby rodič, terapeut či speciální pedagog vedli dítě s mentálním postižením od raného věku důsledně k soběstačnosti. Pokud dítě s mentálním postižením není vedeno k soběstačnosti, hloubka mentální retardace se tak může prohlubovat.



## Seznam použité literatury

1. ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, Lyn R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002. 187 s. ISBN 80- 7178- 614- 4
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava. BAZALOVÁ Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie*. Brno: 2007. 150 s. ISBN 978- 80- 7315- 161- 4
3. KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Portál, 2005. 348 s. ISBN 80- 247- 1018- 8
4. DOLEJŠÍ, Mojmir. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. Upravené a doplněné vydání. Praha: Avicenum, 1978. 190 s
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2009. 408 s. ISBN -10.80-7367-040- 2
6. JEDLIČKA, Ivan. ŠKODOVÁ, Eva. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80- 7178- 546- 6
7. JELÍNKOVÁ, Jana- KŘIVOŠÍKOVÁ, Maria- ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978- 80- 7367- 583- 7
8. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. 1. vydání Brno, 2011. 264 s. ISBN 978- 80- 7013- 535- 8
9. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80- 7262- 657- 1
10. KOMÁREK, Vladimír, ZUMROVÁ, Alena. *Dětská neurologie*. Praha: Galén, 2008. 195 s. ISBN 978- 80- 7262- 492- 8
11. KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN:978-80-247-2699-1
12. LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: 2008. 248 s. ISBN 978- 80- 244- 2071- 4
13. MATULAY, Karol. *Mentálna retardácia*. Martin, Osvěta, 1986. 336 s.
14. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 2006. 234 s. ISBN 80- 7315- 120- 0
15. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9
16. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 13 978- 80- 247- 1733- 3

17. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. 224 s. ISBN 978- 80- 7367- 889- 0
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 872 s. ISBN 80-7178-678-0
19. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 1.: dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 467 s. ISBN 80- 246- 0956- 8

## Ostatní zdroje

1. BOLDIŠ, Petr. *Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690-2* [online]. <http://www.boldis.cz/>
2. WINTER, Jaroslav. Každý desátý občan ČR se řadí mezi osoby se zdravotním postižením. <http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/175-kazdy-desaty-obcan-cr-se-radi-mez-osoby-se-zdravotnim-postizenim.html> 1.10. 2012

## **Seznam zkratek**

ADL - activities of daily living (běžné denní činnosti)

CPTS Zbůch - Centrum pobytových a terénních sociálních služeb

CT - Počítačová tomografie

DČCE Merklín - Diakonie českobratrské církve evangelické

DMO - Dětská mozková obrna

EEG - Elektroencefalografie

EMG - Elektromyografie

ERG - Ergoterapie

HK - Horní končetina

IADL - instrumentální všední denní činnosti

LHK - levá horní končetina

NAPŘ - například

PADL – personální všední denní činnosti

PHK- pravá horní končetina

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Fotografie

Obrázek 2 Bliss symboly

Obrázek 3 Piktogramy

Obrázek 4 Prstová abeceda pro jednu ruku

Obrázek 5 Česká verze Lormovy abecedy

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Klasifikace mentální retardace dle WHO z roku 1992 MKN- 10

## **Seznam příloh**

Vzor kazuistiky 1

Test hodnocení motorických funkcí dítěte

# Přílohy

## Vzor kazuistiky 1

**FIKTIVNÍ JMÉNO:** David

**VĚK:** 10 let, chlapec

**DIAGNÓZA:** Středně těžká mentální retardace, dětská mozková obrna s kvadрупostížením, epilepsie

**DATUM ONEMOCNĚNÍ:** Chlapec se předčasně narodil v 27. týdnu

**OSOBNÍ ANAMNÉZA:** Chlapec prodělal běžné dětské nemoci. Hernioplastika v šestnácti týdnech, retence testes v roce 2008, operace adduktorů a Achilovy šlachy. Alergie na roztoče. Příjem jídla per os a nemá žádné omezení v jídle

**SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:** Chlapec byl přijat z rodinných důvodů do dětského domova v Karlových Varech v roce 2002. V roce 2006 byl umístěn do CPTS Zbůch a začal navštěvovat speciální základní školu při ZŠ a OŠ Zbůch.

**OBLAST PADL:** Oblast soběstačnosti jsem hodnotila pozorováním. Oblékání a svlékání horní poloviny těla prováděl v sedě na vozíku bez dopomoci. Dolní polovinu těla zatím obléci samostatně nezvládá. Po usazení do sedu na posteli a navléknutí špičky ponožky si je sám chlapec dotáhne oběma rukama, ale stále vázne navléknutí. Sám se dokázal najíst se lžící, pil z hrnku. Ráno osobní hygienu prováděl po upozornění na ni. Na WC je nutná asistence, na noc používá pleny, protože se v noci pomočuje. Přes den ovládá močení, používá bažanta. Přesunout se z postele na vozík nedokáže. Problém s udržení se na nohou a nejistota chlapce. Po rovině neujde ani krok, ale dokáže se trochu plazit. Sám dokáže jízdu na vozíku.

**OBLAST IADL:** Chlapec nedokáže sám cestovat veřejnými dopravními prostředky. Nedokáže sám telefonovat. Vozík zvládne ovládat sám bez dopomoci. Sám dokáže jízdu na vozíku uvnitř budov, cestu do školy a venkovní cestování sám nezvládne. Chlapec si zvládne přivolat výtah, po určení tlačítka druhou osobou dokáže jet výtahem do příslušného patra.

**KOGNITIVNÍ FUNKCE:** U chlapce je nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Je hodnocen vývojově na 24 měsíců. Chlapec má zájem o hračky, je velice dětský. Psychomotorický vývoj byl určen dle motorického vývoje dítěte.

**PSYCHOSOCIÁLNÍ OBLAST:** Chlapec někdy nechtěl spolupracovat, musel se motivovat- něco za něco. Všímal se více věcí kolem sebe než zadané práce. Když se mu činnost nelíbila, začínal být plačtivý až vulgární a agresivní vůči okolí. Ostatní děti někdy provokoval, kousal je a šťípal. Jeho sociální chování je hodnoceno na 21 měsíců.

**DLOUHODOBÝ ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN:** Nácvik soběstačnosti s docílením co největší samostatnosti v oblasti sebe obsluhy, přesunů a lokomoce.

**KOMPENZAČNÍ POMŮCKY/ÚPRAVA BARIÉRY:** Nyní chlapec využívá ortopedickou obuv, mechanický vozík a je nutné bezbariérové prostředí.

**REFERENČNÍ RÁMEC:** Biomechanický, neurovývojový, kognitivní

**CÍL:** Zlepšení svalové síly a výdrže, zlepšení rozsahu pohybu, soběstačnost a její trénink, trénink schopností

**SLABÉ STRÁNKY PŘI ČINNOSTI:** Když se mu činnost nelíbila, začal přecházet k jinému tématu

**SILNÉ STRÁNKY PŘI ČINNOSTI:** Chlapec měl radost z terapií, ale jen když si mohl vybrat. Ty, které si vybral, splnil.

**POUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK:** Chlapec dokáže používat mechanický vozík.

**ZÁVĚR:** Je nutné vést nadále chlapce k soběstačnosti. Zlepšovat chlapce v oblasti najedení a napití, nacvičovat s ním nadále oblékání a svlékání dle sledu, příslušného ročního období a počasí. Učit dodržování základních hygienických návyků, užívání mycích prostředků. Naučit ovládat močení, vyměšování a správné užívání WC s hygienickými návyky. Naučit péči o kompenzační pomůcky, které chlapec používá.