

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Natálie Ťoupalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Natálie Ěoupalová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**Soběstačnost dítěte s mentálním postižením z pohledu
ergoterapeuta**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Olga Blahovcová

PLZEŇ 2019

Prohlášení:

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

V Plzni dne 29. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Anotace

Příjmení a jméno: Ěoupalová Natálie

Katedra: Rehabilitačních oborů

Název práce: Soběstačnost dítěte s mentálním postižením z pohledu ergoterapeuta

Vedoucí práce: Mgr. Olga Blahovcová

Počet stran - číslované: 63

Počet stran - nečíslované: 36

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: možnosti, ergoterapie, mentální postižení, soběstačnost, děti

Souhrn:

Tato práce pojednává o soběstačnosti dětí s mentálním postižením. Teoretická část obsahuje popis a rozdělení mentálního postižení u dětí a reálný dopad na jejich soběstačnost. Také je zde uvedena patogeneze tohoto onemocnění a dále teoretická část obsahuje různé možnosti diagnostikování, především pomocí testů na soběstačnost s následnými terapiemi. V následující kapitole jsou uvedeny možnosti ergoterapie. Práce pokračuje praktickou částí, kde jsou popsány kazuistiky pacientů. V kazuistice je popsána anamnéza, vyšetření vstupní i průběžné, krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán s postupující terapií. Po 3 měsících je terapie ukončena výstupním vyšetřením a jsou zhodnoceny výsledky sledování.

Annotation

Surname and name: Ěoupalová Natálie

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Sufficiency of a child with mental disabilities from the perspective of occupational therapist

Consultant: Mgr. Olga Blahovcov

Number of pages - numbered: 63

Number of pages - unnumbered: 36

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 34

Key words: possibilities, ergotherapy, mental handicap, self-sufficiency, children

Summary:

This work deals with the self-sufficiency of children with mental disabilities. The theoretical part contains description and distribution of mental disability in children and real impact on their self-sufficiency. There is also a pathogenesis of this disease. Further, the theoretical part contains various possibilities of diagnostics, mainly by self-sufficiency tests with subsequent therapies. In the next chapter are presented the possibilities of ergotherapy. The work continues with a practical part where patient case reports are described. A case history describes anamnesis, an initial and ongoing examination, a short-term and long-term rehabilitation plan with progressive therapy. After one month, therapy is terminated by an exit examination and the results of the follow-up are evaluated.

Poděkování

Ráda bych upřímně poděkovala Mgr. Olze Blahovcové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, připomínek a materiálních podkladů.

Dále děkuji dětskému stacionáři Človíček, kde probíhala praktická část této práce a také pacientům, kteří přispěli k mé práci.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	13
SEZNAM TABULEK.....	15
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	16
SEZNAM GRAFŮ.....	17
ÚVOD.....	18
TEORETICKÁ ČÁST.....	20
1 TEORETICKÉ POZNÁMKY K MENTÁLNÍMU POSTIŽENÍ.....	20
1.1 Charakteristika mentálního postižení.....	20
1.2 Patogeneze a etiologie mentálního postižení.....	21
1.3 Historický vývoj přístupu k osobám s mentálním postižením.....	22
1.4 Mezinárodní klasifikace a rozdělení.....	23
1.4.1 Lehká forma.....	24
1.4.2 Středně těžká forma.....	25
1.4.3 Těžká forma.....	25
1.4.4 Hluboká forma.....	25
1.4.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace.....	26
2 SOBĚSTAČNOST DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	27
2.1 Definice a složky soběstačnosti.....	27
2.2 Vyšetření soběstačnosti.....	28
2.3 Vzdělávání dětí s mentálním postižením.....	29
2.4 Problémové oblasti v soběstačnosti u dětí s mentálním postižením.....	31
2.4.1 Hygiena.....	32
2.4.2 Oblékání, obouvání.....	32
2.4.3 Sebesycení.....	33
3 ERGOTERAPIE U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	34
3.1 Terapie.....	34
3.1.1 Cílená terapie hrou (Play therapy).....	34
3.2 Druhy her v ergoterapii.....	35
3.2.1 Expresivní terapie.....	36
3.2.2 Standardní vývoj hry u dítěte.....	37
3.3 Pomůcky využívané při terapii.....	37
3.4 Pomůcky v domácím prostředí.....	38

3.5	Zásady komunikace s mentálně postiženým dítětem	38
3.6	Komunikace s rodiči na terapii	39
3.7	Komunikace s kolegy	40
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
4	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	41
5	HYPOTÉZY	42
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	43
7	METODIKA PRÁCE	44
8	KAZUISTIKY	45
8.1	Kazuistika I	45
8.2	Kazuistika II	50
8.3	Kazuistika III.....	55
8.4	Kazuistika IV	60
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	65
10	DISKUZE.....	75
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM ZDROJŮ OBRÁZKŮ	86
	SEZNAM PŘÍLOH	87
	PŘÍLOHA 1	88
	PŘÍLOHA 2	89
	PŘÍLOHA 3	90
	PŘÍLOHA 4	91
	PŘÍLOHA 5	92
	PŘÍLOHA 6	93
	PŘÍLOHA 7	94
	PŘÍLOHA 8	95
	PŘÍLOHA 9	96
	PŘÍLOHA 10	97

PŘÍLOHA 11	98
PŘÍLOHA 12	99

SEZNAM ZKRATEK

ADL - activities of daily living

apod. - a podobně

BP - bakalářská práce

FAM - functional assessment measure

FIM - functional independent measure

CNS - centrální nervový systém

COPM - Canadian Occupational Performance Measure

č. - číslo

IQ - inteligenční kvocient

IADL - instrumental activities of daily living

MP - mentální postižení

např. - například

NO - nynější onemocnění

OA - osobní anamnéza

PA - pracovní anamnéza

PADL - personal activities of daily living

PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory

PNC - penicilin

RA - rodinná anamnéza

RBMT - Rivermead Behavioral Memory Test

RHB - rehabilitace

SA - sociální anamnéza

SIPT - Sensory Integration and Practice Test

Tzv. - takzvaně

WHO - World Health Organization

ZŠ - základní škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle MKN - 10. revize ...	24
Tabulka 2 - Věková hranice školní docházky	30
Tabulka 3 - Psychomotorický vývoj dítěte	31
Tabulka 4 - Nácvik sebesycení, kazuistika I.....	48
Tabulka 5 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika I	49
Tabulka 6 - Nácvik sebesycení, kazuistika II	53
Tabulka 7 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika II	54
Tabulka 8 - Nácvik sebesycení, kazuistika III	58
Tabulka 9 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika III.....	59
Tabulka 10 - Nácvik sebesycení, kazuistika IV	63
Tabulka 11 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika IV.....	64
Tabulka 12 - 1. otázka - Kde dotazovaný terapeut pracuje?.....	65
Tabulka 13 - 2. otázka - Setkáváte se s dětmi s mentálním postižením ve své praxi?	66
Tabulka 14 - 3. otázka - Je přítomen na terapii alespoň jeden z rodičů?	67
Tabulka 15 - 4. otázka - Se kterým z rodičů se na terapii setkáváte častěji?.....	68
Tabulka 16 - 5. otázka - Je pro Vás přítomnost rodinných příslušníků na terapii přínosem?	69
Tabulka 17 - 6. otázka - Jsou rodiče na terapii spíše aktivní nebo pasivní?	70
Tabulka 18 - 7. otázka - Má přítomnost rodinných příslušníků na terapii spíše pozitivní, nebo negativní dopad na dítě?	71
Tabulka 19 - 8. otázka - Spolupracují rodinní příslušníci podle Vašich požadavků na terapii i v domácím prostředí?.....	72
Tabulka 20 - 9. otázka - Jaké pozitivní vlivy shledáváte?	73
Tabulka 21 - 10. otázka - Jaké negativní vlivy shledáváte?	74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 FIM Test.....	88
Obrázek 2 PEDI Test.....	89
Obrázek 3 Index Barthelové	90
Obrázek 4 Speciální lahvička s pítkem.....	91
Obrázek 5 Speciální příbor - vidlička	92
Obrázek 6 Speciální příbor - lžíce.....	93
Obrázek 7 Speciální hrnek s oboustranným úchopem	94
Obrázek 8 Panel nástrojů - cvoček, knoflík.....	95
Obrázek 9 Panel nástrojů - tkanička	96
Obrázek 10 Panel nástrojů - suchý zip.....	97
Obrázek 11 Panel nástrojů - zip.....	98
Obrázek 12 Panel nástrojů	99

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - 1. otázka - Kde dotazovaný terapeut pracuje?.....	65
Graf 2 - 2. otázka - Setkáváte se s dětmi s mentálním postižením ve své praxi?.....	66
Graf 3 - 3. otázka - Je přítomen na terapii alespoň jeden z rodičů?	67
Graf 4 - 4. otázka - Se kterým z rodičů se na terapii setkáváte častěji?.....	68
Graf 5 - 5. otázka - Je pro Vás přítomnost rodinných příslušníků na terapii přínosem?	69
Graf 6 - 6. otázka - Jsou rodiče na terapii spíše aktivní nebo pasivní?	70
Graf 7 - 7. otázka - Má přítomnost rodinných příslušníků na terapii spíše pozitivní, nebo negativní dopad na dítě?	71
Graf 8 - 8. otázka - Spolupracují rodinní příslušníci podle Vašich požadavků na terapii i v domácím prostředí?	72

ÚVOD

Česká asociace ergoterapie udává definici takto: „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem 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).

Soběstačnost je pojem, nad kterým se moc lidí nepozastaví, jelikož jsou pro zdravého jedince složky soběstačnosti automatické. Nicméně to neplatí u osob s mentálním postižením, pro které jsou tyto činnosti těžkým úkolem. Tím, že mentální postižení bývá často přidruženo i tělesnému postižení, je potřeba úspěšnost ergoterapie podpořit ucelenou rehabilitací, kterou J. Jesenský (1995, s. 28 an.) vysvětluje jako komprehenzivní rehabilitaci. Tu dělí na čtyři složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Jejím cílem a smyslem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu.

Míra soběstačnosti, které je jedinec s mentálním postižením schopen dosáhnout, souvisí s formou a typem postižení, stejně tak jako terapie, kterou budeme u konkrétního klienta volit. U všech klientů se ale snažíme o co největší začlenění do společnosti a o co nejvyšší míru soběstačnosti v oblasti všedních denních aktivit (dále jen ADL) a personálních denních aktivit (dále jen PADL).

Terapii sestavujeme na základě věku klienta. Děti mají své vlastní tempo, svůj vlastní řád a s tím úzce souvisí i vlastní hranice soběstačnosti.

Terapie u dětí se snažíme volit s ohledem na jejich zájmy a koníčky, což znamená, že každá terapie u dítěte s mentálním postižením by měla být autentická s jeho zájmy a povahovými rysy. Terapeut používá většinou kompenzační přístup, stupňování aktivit a přístup všedních denních činností. Zaměřujeme se na uvědomění částí těla dítěte, rozvoj motoriky a koordinace. Snažíme se podporovat kognitivní stránku mentálně retardovaného dítěte a využíváme k tomu stimulační techniky. Vždy se snažíme respektovat tempo dítěte, přičemž je vhodné i měnit prostředí a denní program mentálně postiženého dítěte. Ergoterapeut se snaží stimulovat všechny receptory, názornost, opakování a motivaci (Klusoňová, 2011).

U dítěte s mentálním postižením v ergoterapii hrají důležitou roli rodiče. Při terapii bývají buď jako pozorovatelé, anebo se do samotné terapie aktivně zapojí, což je důležité pro dítě z hlediska podpory.

Cílem této práce je zkoumat soběstačnost dětí s mentálním postižením v jejich domácím prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÉ POZNÁMKY K MENTÁLNÍMU POSTIŽENÍ

1.1 Charakteristika mentálního postižení

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která složila z latinských slov "mens" - mysl a "retardio" - zaostávat, můžeme odvodit, že při mentálním postižení/retardaci se jedná o jakousi zaostávající, nebo zamrznutou rozumovou schopnost. Je nutné zdůraznit, že termín „osoba s mentálním postižením“ v sobě zahrnuje jak jedince s lehkým mentálním postižením, tak jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Vedle termínu mentální postižení je v češtině hojně používán další pojem a to mentální retardace. Pro určité zjednodušení lze s určitou mírou tolerance na úvod konstatovat, že jde o pojmy v češtině chápané jako synonymní (souznačné). Přesná definice mentální retardace neexistuje, jelikož si ji každý autor vykládá jinak.

Autoři jako prof. PaedDR. Milan Valenta, Ph. D., prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph. D., doc. PhDr. Martin Lečbych, PhD., a kolektiv ve své knize Mentální postižení, nahlíží na charakteristiku mentálního postižení jako na souhrn modelů, kde každý řeší mentální postižení z jiného úhlu pohledu. Zatímco medicínský model charakterizuje mentální postižení jako "vývojovou poruchu, která negativně zasáhla rozvoj rozumových schopností, a tím i celkovou kvalitu úsudku, což se projevuje omezenými možnostmi jedince přizpůsobit se nárokům prostředí. " nebo s ohledem na časovou lokalizaci vzniku mentální retardace. (Valenta, Michalík, 2018) „*Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální, nebo časně postnatální etiologie, které vedou k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí*“ (Říčan, Krejčíková a kol. , 1997, s. 151).

Ač je za časně postnatální období většinou myšleno druhý rok života dítěte a diagnostika mentální retardace spadá do dětské praxe, v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) se můžeme setkat s posunutím této hranice až na hranici 18. roku.

Alternativou medicínského modelu je model popisný, který se snaží předcházet negativním jevům vyplývajícím z používání diagnóz k popisu člověka. Tento pojem se nazývá tzv. nálepkování (labeling) a ten má za následek, že diagnóza se rovná nálepka, ta

je připevněna na člověka, přičemž nálepka nemoc uchovává a znemožňuje změnu. Pojem "nálepka" a "nálepkování" rozebral ve své teorii T. J. SCHEFF. Definice tohoto modelu nejsou jednotné, spojuje je ale snaha vidět člověka v kontextu s běžným životem a všedními denními aktivitami.

Spirituální model, který se opírá o vnímání každé bytosti komplexně v její tělesné, duchovní a psychické dimenzi, přičemž může být každá dimenze na jiné úrovni jinak rozvinuta, představila Filipovičová (2009). Podle tohoto modelu může každého člověka nehledě na jeho postižení naplňovat určitý duchovní účel. Lze to chápat i tak, že handicapované dítě nás má učit trpělivosti a umění radovat se z maličkostí.

Ekologický model řeší především praktický problém s integrací osob s mentálním postižením. Odmítá segregaci jedince s mentálním postižením do specializovaného zařízení, jelikož má jedinec právo žít v prostředí, v němž se narodil a je mu přirozené.

V modelu ústavní péče nahlížíme na mentální osoby s mentálním postižením jako na lidi s potřebou o celodenní a komplexní péči, kterou mohou dostat právě v zařízeních pro ně určených. Je založen na soucitu a vyvarování se ponížení a neúspěchem lidí s mentálním postižením, který by je čekal v "normálním životě". (Valenta, Michalík; 2018)

Hlavními znaky mentální retardace dle Vágnerové 1999 a 2004 je: Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i problematičtější adaptaci na běžné životní podmínky.

Postižení je vrozené a trvalé, ale v závislosti na etologii je možné určité posunutí. Horní hranice, kam je možné se posunout s daným postižením, je určena příčinou defektu, ale i individualitou člověka a působením výchovných a terapeutických vlivů.

V dospělosti pak převažuje zvýšená závislost na rodičích a jiných lidech, infantilní osobnost, rigidita v chování, nebo třeba nedostatečný vývoj svého "já". (Vágnerová, 1999)

1.2 Patogeneze a etiologie mentálního postižení

Etiologie je nejednotná, hraje zde důležitou roli přítomnost dalších smyslových či pohybových poruch. Takovou situaci nazýváme kombinované postižení. Příčina je nejasná, jelikož ji zatím nelze zjistit ani stanovit. Objevuje se zde více faktorů, které současně mohou ovlivnit vznik mentálního postižení. Jedná se o takzvanou multifaktoriální etiologii. (Říčan, Krejčíková, 2006)

„V případě lehké mentální retardace je příčinou organické postižení CNS v prenatálním či perinatálním období nebo genetická vada, metabolické poruchy, intoxikace nebo následky traumat (např. hypoxie při nedostatečném přísunu kyslíku při porodu).“ (Plevová, Slowik, 2010, s. 134)

Pokud je mentální retardace následkem postižení centrální nervové soustavy (CNS), můžeme počítat ve vývoji dítěte s jinými známkami organicity. Může se jednat o poruchy pozornosti, aktivity, a nerovnoměrnosti jednotlivých schopností. K opožděnému kognitivnímu vývoji se mohou přidružit poruchy chování. Mentálně postižení jedinci mají tendenci ke stereotypním autostimulačním automatismům (bouchání hlavou, pohyby rukou apod.), které přetrvávají z kojeneckého věku.

Dítě s mentálním postižením může mít sklon ke generalizované úzkosti nebo až depresím. Jsou velmi citlivé k emočním podnětům a většinou reagují hlavně změnou aktivity např. zvýšeným neklidem, nebo naopak pasivitou. (Plevová, Slowik, 2010)

1.3 Historický vývoj přístupu k osobám s mentálním postižením

Historický vývoj lze sledovat již od dob středověku. V této době se nicméně děti s tímto postižením nedožily tak vysokého věku jako dnes. Mentální postižení bylo v této době považováno za méněcennost a díky náboženskému fanatismu vykládáno jako posednutí ďáblem, a proto byly děti vražděny. Osud dětí byl rozličný dle kultury, vzdělání a panovníka dané krajiny, kde žily.

V 16. století kromě prvních klášterních ústavů pro choromyslné panoval ten názor, že mentální retardace je důsledkem vady na mozku, která má být odstraněna, konaly se proto drastické operace, při kterých pacient většinou zemřel.

Ve zmiňované době se za příčinu označoval tzv. "kámen bláznů", který měl být vyoperován z mozku, ale chirurg řez většinou jen předstíral. (Schott, 1994)

Vývoj v Praze začal roku 1738, kdy jsou datovány počátky systematické lůžkové péče. Stěžejním bodem byl rok 1800. To se mentální postižení izolovalo od trestně stíhaných, se kterými byli dosud integrováni. Velká francouzská revoluce odstranila všechny prostory, kde byli umístováni choromyslní pacienti s představou budování nových ústavů.

Velkým člověkem v této problematice byl Philippe Pinel (1745-1826), který výrazně zlepšil podmínky existence duševně nemocných. Mezi terapie prosazoval léčbu prací a zkoumal příčiny duševních nemocí.

Období 2. světové války přispělo ke zřízení říšského výboru pro vědecké podchycení těžkých dědičných chorob. (Reichsabsschuss zur Wissenschaftlichen Erfassung erbund anlagebedingter schwerer Leden) Tento krok přinesl řešení v podobě dětských oddělení, kde byly mentálně postižené děti vražděny, pomocí předávkování léků. Údajně pro vědecké účely.

Nutno podotknout, že mentální postižení již není tabu. Informací, prostředků a možností o těchto osobách není stále mnoho. V současné době existují denní a týdenní stacionáře, rehabilitační třídy, centra rané péče a odlehčovací služby. V pedagogickém prostředí, se snažíme o adaptaci žáků do normálního školního procesu, ale je diskutabilní, zda je to vždy vhodné. O možnostech začlenění do školního procesu píše v kapitole o soběstačnosti. (Kearney, 2012)

1.4 Mezinárodní klasifikace a rozdělení

Mentální postižení chápeme jako snížení rozumových schopností, též o tom lze hovořit pod pojmem inteligence. Inteligenci lze vyložit jako schopnost přizpůsobit se určitým životním podmínkám a učit se z minulé zkušenosti. Setkáváme se i s porozuměním inteligence jako s „*relativně konstantní strukturou ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací na nejnižším stupni až po složité myšlenkové operace na nejvyšším stupni*“ (Švancara, 1974, s. 222).

Nejčastěji užívané vyšetření pro stanovení inteligence a stupně mentální retardace jedince je považován výsledek psychologického vyšetření vyjádřený inteligenčním kvocientem (IQ). Slouží ovšem pouze jako mechanický prostředek a při posuzování nutno zohlednit i praktické možnosti retardovaného jedince. Jedním z důležitých faktorů by měly být intelektové, praktické, sociální a pracovní dovednosti jedince s mentálním postižením.

Tabulka 1 - Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle MKN - 10. revize

Kódová čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50 – 69
F 71	Středně těžká mentální retardace	35 – 49
F 72	Těžká mentální retardace	20 – 34
F 73	Hluboká mentální retardace	19 – 0
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Nespecifikovaná mentální retardace	

Zdroj: (WHO, 2008, s. 236-237)

1.4.1 Lehká forma

IQ 50-69 (F70)

„Podle základních charakteristik Sováka (1972) jde o jedince vychovatelného, vzdělavatelného, který je schopen využívat nižší i vyšší nervové činnosti, abstraktního myšlení a je schopen absolvovat základní školu praktickou". (Janků, 2010, s. 26)

Dle I. Švarcové a P. Bendové se může projevit lehká forma postižení tím, že hlavním problémem může být nezralá emoční stránka. Mají také specifické problémy se čtením a psaním. Naopak plné nezávislosti mohou dosáhnout v osobní péči (hygienické návyky, stravování, oblékání) a v praktických domácích dovednostech. Důležitou roli hraje vnější prostředí, rodina, motivace a přidružené chorobné stavy jako je autismus, vývojové poruchy a tělesné postižení. (Janků, 2010)

1.4.2 Středně těžká forma

IQ 35-49 (F71)

Jedinec má jednoznačně opožděné motorické a psychické dovednosti i schopnosti a jeho vývoj je pomalý. Dítě se může naučit dle svých možností jíst, udržovat základní hygienu, chodit a pohybovat se. Do dospělosti přetrvává mentální věk 6-9 let.

Podle autorky Pipekové (1998) jsou tito jedinci v dospělosti nesvéprávní a nutno je omezit v právních úkonech. Bývají často přidružené poruchy jako autismus, psychiatrická onemocnění, epilepsie.

„Podmínkou pro zvýšení jejich samostatnosti a výkonnostního potenciálu je strukturalizace činností a zajištění odborného dohledu. Zejména se jedná o práci v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích“. (Bendová, Zikl, 2011, s. 13)

1.4.3 Těžká forma

IQ 20-34 (F72)

V mnohém podobná středně těžké formě pokud se jedná o klinický obraz a přidružené stavy. Nicméně snížená úroveň schopností je výrazně nižší.

Velká porucha motoriky, které poukazují na poškození vývoje centrálního nervového systému. Velice opožděný psychomotorický vývoj, pohybová neobratnost a špatná koordinace pohybů. Je zde značné omezení psychických procesů, komunikačních schopností, kdy řeč je zkrácena na jednoduchá slova nebo není vůbec. Je zde nutný celoživotní dohled. Věk lze přirovnat ke 3-6 letům.

„Kvalitní a cílená podpora a péče má u těchto jedinců zřetelný efekt, který se projevuje v klidnějším chování bez přidružených problémů, v dospělosti pak dobré zapojení do některých pracovních činností pod supervizi“. (Bendová, Zikl, 2011, s. 28)

Vzdělávací a výchovné možnosti těchto dětí jsou omezeny, přesto včasná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k celkovému zlepšení života a rozvoji jejich motoriky, komunikačních dovedností a rozumových schopností. (Bendová, Zikl, 2011)

1.4.4 Hluboká forma

IQ pod 20 (F73)

Jedinci s touto formou trpí také postižením intelektu, rozsáhlým těžkým postižením motoriky a hybnosti. Jsou minimálně pohybliví, či úplně imobilní. Jsou u nich často stereotypní pohyby celého trupu. Schopnost porozumět požadavkům je minimální stejně

jako řeč, která je nulová. Často bývá kombinováno s dalšími vadami. Vyžadují péči ve všech základních úkonech a jsou zcela nesamostatní. Reagují na emoční tón hlasu a jsou schopni reagovat bazálními a expresivními prvky (pláč, smích, napětí) často se sebepoškozují. (Bendová, Zikl, 2011)

„Ačkoli je motorika, senzorika, kognice, komunikace, sebeobsluha a sociální adaptace u těchto jedinců na velmi nízké, takřka na rudimentální úrovni, je třeba i přesto jejich vývoj neustále na odpovídající úrovni stimulovat.“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 14)

1.4.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace

(F78, F79)

Do těchto dvou kategorií řadíme jedince, u kterých je nemožné ohodnotit stupeň postižení. To může být v důvodu přidružených vad (včetně autismu) těžkého rázu nebo z důvodu nedostatečnosti informací, které by dovolovaly určit stupeň mentální retardace. (Bendová, Zikl, 2011)

2 SOBĚSTAČNOST DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Ergoterapie je léčebná činnost pro tělesně, duševně a smyslově postižené s cílem dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti pacienta“. (Javůrková, Raudenská, 2011, s. 270)

Dle potřeby klienta vybíráme vhodný způsob terapie. Mezi ně řadíme kondiční ergoterapii, která má za úkol odpoutat pozornost klienta od nemoci a udržet duševní rovnováhu, ergoterapie cílená na postiženou oblast pohybového aparátu, ergoterapie zaměřena na pracovní zařazení, kterou volíme podle vztahu a předpokladu klienta, ergoterapie na výchovu soběstačnosti, ve které se snažíme, aby klient nabyl co nejvyšší sebeobsluhy bez závislosti na druhých. (Javůrková, Raudenská, 2011)

2.1 Definice a složky soběstačnosti

„Rogersová 1982 definuje nezávislost jako soběstačnost, sebeurčení, sebeřízení a zahrnuje také perspektivu osobní kontroly. Dále uvádí, že funkční nezávislost je základním pojmem a hlavním cílem v ergoterapii, který je výsledkem interakce mezi člověkem a prostředím“. (Krivošíková, 2011, s. 37)

Další, kdo se ztotožňuje s tímto názorem je Pacovský 1994, který vykládá samostatnost a nezávislost jako stejný pojem pro nezávislost.

Samostatný a soběstačný člověk, je podle něj jedinec bez omezení duševních a tělesných funkcí a zvládá aktivity denního života bez dopomoci a samostatně.

Novější autorkou se stejným názorem je Zavázalová 2001, která navíc rozdělila soběstačnost na čtyři složky. Do první spadá fyzická aktivita, zda je klient schopný přesunu a je-li mobilní. Ve druhé zkoumá psychickou stránku soběstačnosti, jestli se sám rozhoduje a je schopen odolat vnějším vlivům. Do třetí složky zařadila sociální interakce, začlenění do společnosti a rodinou sounáležitost. Poslední složka pojednává o hmotné nezávislosti, jako je peněžní hospodaření. Samostatný a soběstačný člověk, je podle něj jedinec bez omezení duševních a tělesných funkcí a zvládá aktivity denního života bez dopomoci a samostatně.

Ergoterapie považuje za stěžejní součást života každého člověka co největší samostatnost ve zvládnání všedních denních činností - Activities of daily living dále jen ADL. Pro které je charakteristická automaticnost a pravidelnost. Tyto všední denní činnosti

lze rozdělit na dvě skupiny. Personální všední denní činnosti (PADL) a instrumentální všední denní činnosti - Instrumental ADL, neboli IADL.

Personálními všedními denními činnostmi jsou myšleny především základní biologické potřeby člověka. Patří sem příjem jídla a tekutin, osobní hygiena, oblékání, svlékání, koupání, přesuny a kontinence.

Instrumentální všední denní činnosti představují rozšířené aktivity jak v domácím prostředí, tak i ve společnosti. Konkrétně péče o domácnost a rodinu (úklid, nakupování, praní), doprava, finanční gramotnost, a příprava medikace. Komplexní interakce člověka s okolím. (Křivošiková, 2011)

2.2 Vyšetření soběstačnosti

Zaměříme-li se na vyšetřovací postupy u dětí, můžeme nalézt několik stěžejních struktur, kterými se lze řídit. Nejprve je důležité zjistit aktuální vývojový stupeň dítěte pomocí systematického sběru dat. U mentálního postižení se zaměřujeme na sběr anamnestických údajů od rodiny. Mezi další metody patří pozorování, kdy sledujeme problémové oblasti, deficity ve vývoji a míru soběstačnosti. Vše provádíme formou hry.

Z možností hodnocení vybíráme ze standardizovaných testů jako PEDI, Sensory Integration and Practice Test (SIPT), dětská verze Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT), dále rozhovor Canadian Occupational Performance Measure (COPM) tedy Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání a zájmové dotazníky.

PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory také standardizované hodnocení disability dítěte USA (Bostonská univerzita). Hodnocení od 6 měsíců do 7,5 roků v případě nižších funkčních schopností dítěte i věk vyšší.

FIM - funkční míra nezávislosti v anglickém originálu functional independent measure vytvořena v roce 1986 v USA (zde je akceptována jako hodnotící metoda), schopnosti klienta jsou hodnoceny a dokumentovány v oblastech: ADL, mobility, komunikace a kognitivních schopností. (Svěcená, 2013)

FAM - functional assessment measure v překladu míra hodnocení funkčního stavu. Pojednává se o širší verzi testu Funkční míry nezávislosti, kdy je k jeho základním položkám přidáno dalších 18 položek, což jsou oblasti kognitivních funkcí např.: srozumitelnost mluvy, psaní, emoční stránka, čtení, volnočasové aktivity a rizikové faktory vnějšího prostředí. Přidané byly také složky IADL (péče o domácnost, nakupování, finanční gramotnost).

Index Barthelové je nejrozšířenější test v oblasti aktivit denního života v České republice. Jeho výhodou je rychlost a jednoduchost vyplnění. Hodnotí se složky deseti aktivit PADL (přijímání potravy, osobní hygienu, oblékání, kontinenci moči a stolice, užívání toalety, přesuny, lokomoce a chůzi po schodech). Barthel index je volně dostupný odborné veřejnosti. (Svěcená, 2013)

2.3 Vzdělávání dětí s mentálním postižením

Vzdělávání dětí s mentálním postižením lze rozdělit na tři etapy. První je předškolní období, kam zapadají především střediska rané péče, kdy rodiče s dítětem buď docházejí ambulantně, nebo pracovníci center dojíždějí za rodinami domů.

Ze sociálních služeb lze využít osobního asistenta hlavně v případě nástupu dítěte do mateřské školy, nebo denního stacionáře. Dítě má možnost navštěvovat speciální mateřskou školu s odborným personálem a uzpůsobeným vybavením. (Bendová, Zíkl 2013)

Před zahájením povinné školní docházky má dítě možnost docházet do přípravného stupně ZŠ speciální, který se nepočítá do školní docházky, ale je brán jako příprava na docházku do školy.

Druhá etapa začíná plněním povinné devítileté školní docházky, která je v České republice povinná a to i pro děti se všemi stupni mentálního postižení. (Bendová, Zíkl 2013)

Tabulka 2 - Věková hranice školní docházky

Stupeň postižení	Věk
Bez postižení	17 - 18 let
Zdravotní postižení	20 let
Středně těžké - těžké kombinované postižení	26 let

§36, 55 školského zákona

Dítě s MP má na výběr ze dvou forem speciálního vzdělávání. První formou je integrace do spádové školy a běžné třídy mezi zdravé žáky. Nebo škola pro žáky se speciálními potřebami. U lehkých forem mentálního postižení lze dítě zařadit do praktické školy. Po jejímž absolvování by dítě mělo mít základní vzdělání. Pro žáky se středně těžkým, těžkým a hlubokým postižením je škola pomocná dnes nazývaná jako základní škola speciální.

Třetí etapou je střední a celoživotní vzdělání. Po úspěšném ukončení ZŠ mají žáci možnost nastoupit na střední školu za předpokladu splnění přijímacího řízení. (Bendová, Zikl 2013)

Jsou i střední školy, které jsou přizpůsobeny právě žákům s MP a patří mezi ně odborné učiliště, po jehož zakončení student obdrží výuční list, nebo škola praktická, kde jednoletý program určený žákům s těžkým mentálním postižením je přizpůsoben přípravě na praktický život a odpovídá možnostem a potřebám jednotlivých žáků.

Dvouletý program na této škole určený pro žáky se středně těžkým, lehkým ale v kombinaci s jiným MP je zaměřen na rozšíření všeobecného vzdělání a přípravu pro vykonávání pracovních činností. (Bendová, Zikl 2013)

2.4 Problémové oblasti v soběstačnosti u dětí s mentálním postižením

Pro srovnání rozvoje samostatnosti s dítětem bez mentálního postižení, lze použít fáze psychomotorického vývoje.

Tabulka 3 - Psychomotorický vývoj dítěte

Věk	Vývoj
1. měsíc	otáčí hlavu ze strany na stranu v poloze na břiše, někdy i na zádech. Fixuje a sleduje předměty a oplácí úsměv
3. měsíc	zvedá v poloze na břiše hlavu nad podložku. Žvatlá a spontánně vydává zvuky. Pohlíží na ruce a hraje si s nimi.
6. měsíc	dítě dokáže uchopovat předměty pravou i levou rukou a předává si je z ruky do ruky. Reaguje na oslovení a odpovídá žvatláním.
9. měsíc	pohybuje se v poloze na břiše, plazí se, leze po čtyřech, umí se válet a přetáčet. Samo sedí a zkoumá předměty ruka - oko - ústa.
12. měsíc	přitahuje se do stoje s oporou o nábytek, některé děti umí samy chodit. Umí napodobovat zvuk řeči, říká krátká slova - máma, táta.
18. měsíc	chodí samostatně a dokáže se shýbnout pro předměty, které jsou na zemi. Intenzivně zkoumá prostředí, schovává věci a zase je přináší.
2 roky	běhá jistě, ale překážky většinou obchází. Dokáže dřep a vstát z něj. Napodobuje každodenní činnosti a chování dospělého člověka. Nechce své hračky půjčovat, brání si je. Smysluplně používá 20 slov a zvládá splnit jednoduchý úkol.
3 roky	vydrží stát krátce na jedné noze a umí seskočit ze stupínku snožmo. Dokáže zapojovat svou bohatou fantazii při hře a napodobuje činnosti. Mluví v krátkých větách.
4 roky	chodí po schodech nahoru a dolů bez držení, umí stát na jedné noze delší dobu. Hraje si v kolektivu, hledá kamarády. Hovoří s ostatními a dokáže vyprávět zážitky.
5 let	dítě umí skákat na jedné noze. Dokáže dodržovat pravidla hry a spolupracuje s kamarády. Dítě bezchybně vyslovuje, občas se mohou objevit drobné gramatické chyby.

Zdroj: (Ferancová, 2011)

Ve 2 - 3 letech dítě používá vidličku, pije přes slánku a provádí jednoduché úkony při svlékání a oblékání. Je schopno rozepnout a zapnout zip.

Ve 3 - 4 letech dítě samo jí, namaže si chleba, samostatně se obléká a svléká, zkouší zapnout knoflíky, svlékne si i oblékne punčocháče, umyje se, a vyčistí si zuby, ale potřebuje dozor a diskrétní pomoc.

Ve 4 - 5 letech umí krájet nožem křehčí jídlo a správně jí příborem, zcela samostatně se svléká, obléká. Zapíná knoflíky a u tkaniček váže uzlíky. Myje se sám a čistí si zuby.

V 5 - 7 letech jí zcela samostatně, zkouší krájet jídlo na talíři, automaticky se svléká a obléká a dodržuje veškeré hygienické návyky.

V některých případech, nemusí být omezení z důvodu mentálního postižení, ale ze špatného přístupu rodičů, kteří většinu úkonů sebeobsluhy vykonávají za děti.

Tři nezbytné složky všedních denních činností. Jsou to sebesycení, osobní hygiena a oblékání. (Kolář, 2009)

2.4.1 Hygiena

U dětí s lehkým mentálním postižením nepozorujeme výrazné problémy se sebeobsluhou. Můžeme pouze vidět pomalejší tempo při osvojování návyků.

Jedinci se středně těžkým postižením zvládají některé činnosti sami. Jsou schopni mytí rukou a obličeje, používají mýdlo i hřeben, upozorní na nutnost jít na toaletu, čistí si zuby s pomocí.

Děti s těžkým mentálním postižením zvládají úkony převážně s dopomocí. Postupně se adaptují na vodu, omývání obličeje a rukou žínkou, nejsou schopny ovládnout potřebu na toaletu a upozornit na ni.

Při hluboké mentální retardaci jsou děti odkázány na pomoc jiných, tudíž v rámci sebeobsluhy nesamostatní. (Švarcová, 2003)

2.4.2 Oblékání, obouvání

U lehké mentální retardace je samostatnost v úkonech oblékání a obouvání s přihlédnutím na pomalejší tempo.

Středně těžká mentální retardace zahrnuje oblékání, obouvání s dopomocí například při zapínání zipů, knoflíků, zavazování bot a také bývá problém s rozpoznáním svého oblečení, složením a uložením na své místo.

U těžké mentální retardace je nezbytná pomoc. Dítě je schopné nastavit končetinu a je přítomna zraková pozornost při oblékání.

Dítě s hlubokou mentální retardací je nesamostatné, tudíž zcela závislé. (Švarcová, 2003)

2.4.3 Sebesycení

Jako u předchozích složek, tak i v sebesycení je dítě s lehkou mentální retardací schopno dosáhnout samostatnosti.

U středně těžké mentální retardace už v období novorozeneckém můžeme vidět problém se sáním a polykáním. Později zvládne dítě sebesycení s dopomocí. Problémy mohou být v krájení. V některých případech dítě nepřibývá na váze, jelikož mu dělá problém podání potravy do úst.

U dětí s těžkou mentální retardací používáme orofaciální masáž k napomáhání polykání potravy. Jídlo podáváme na lžičce do úst, dítě je schopno chytit lžičku ale pohyb k ústům zvládne s dopomocí. Jídlo podáváme ve vhodné poloze. Dítě pije z láhve nebo z hrnečku s dopomocí.

Hluboká mentální retardace u dětí většinou vyžaduje zasondování nebo krmení druhou osobou. (Švarcová, 2003)

3 ERGOTERAPIE U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTÍŽENÍM

3.1 Terapie

Dle Müllera (2005, s. 13) platí, že terapie: „*probíhají v určitém prostředí a čase; - mají určitou organizační formu; odpovídají určité orientaci terapeuta; závisí na věku, příčinách, potížích a symptomech klienta; mohou být prvotně zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta; bývají zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně*“.

S terapií je důležité začít co nejdříve, zejména jedná-li se o soběstačnost jedince, která je pro každého důležitá. Návčik činností sloužících k sebeobsluze je po úrazu složitá i pro zdravého jedince a návčik jednotlivých úkonů, chce trpělivost a neustále opakování.

Jedná-li se o dětského pacienta s mentálním postižením, platí toto pravidlo ještě více. U dětí praktikujeme návčik ADL formou hry, může se jednat o soutěžení s rodiči, nebo sourozenci v oblékání, svlékání, správném vrstvení nebo návčiku držení příboru, krmení panenky a toaletní trénink.

3.1.1 Cílená terapie hrou (Play therapy)

Terapii hrou lze vysvětlit jako cílevědomou, odbornou aplikaci hry se záměrným účelem ovlivnění chování, myšlení, osobnostní či emoční struktury přijatelným směrem.

Hra může být použita jako prostředek k navázání komunikace, vztahu a přístupu k dětskému pacientovi. Další možností, jak hru využít u dětí s MP, je návčik sebeobsluhy. Patří sem příprava na sebesycení, manipulace s příborem, krmení panenky, oblékání a svlékání cvičného miminka.

„Hra je forma činnosti, která se liší od práce i učení. Člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má své specifické postavení - je vůdčím typem činnosti. Obsahuje řadu aspektů, a to aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivostní, fantasijní, sociální, rekreační, diagnostický, terapeutický.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 75)

Definice římského lékaře Galéna z roku 150: *„Hra je činnost, která zamestnává příjemným způsobem tělo i ducha. Pro tělo je odpočinkovým cvičením a ducha mierne unaví.“*

„Hra je jedním ze svorníků, které spojují jednotlivá vývojová období lidského života v jeden celek.“ (Zdeněk Matějček)

Dle Klusoňové (2011) můžeme říci, že ergoterapie v dětském věku musí splňovat několik zásad:

- 1) brát stupeň psychomotorického vývoje.
- 2) terapií podpořit senzo-psychomotorický vývoj
- 3) dbát na stupeň vývoje každého věkového období (grafomotorika, sociální citění, samostatnost a řeč)
- 4) podpořit rozvoj částečně zachované nebo neporušené funkce
- 5) snažit se o využití všech forem her adekvátních pro pacienta
- 6) aktivně spolupracovat s ostatními členy týmu a rodiči pacienta
- 7) ve správnou chvíli navázat na pracovní a sociální rehabilitaci

Představivost neboli fantazii děti zapojují do hry před 3. rokem života. Proto také ve hře představivost splňuje nezanedbatelnou funkci. Obohacuje jejich představy a pomáhá rozvíjet jejich schopnosti.

Nepochybně je velice důležitým znakem hry její opakování. Děti mají tendenci vracet se ke hře, kterou již předtím hrály, proto se v ní nyní lépe orientují. (Kořátková, 2005)

3.2 Druhy her v ergoterapii

Dle Klusoňové máme několik typů her: funkční hry, manipulační hry, napodobovací hry, úlohové hry, konstrukční hry, pohybové hry, receptivní hry, didaktické hry, skupinové pohybové a společenské hry, počítačové hry.

Hru vybíráme dle možností a schopností pacienta. U dětí s MP při nácviu sebeobsluhy používáme především hry funkční, jejichž cílem je spontánní procvičování pohybů, které se stávají vědomými a cílenými, což je klíčové pro poznávání svého těla a následné výuky sebeobsluhy. (Klusoňová, 2011)

Dále používáme hry manipulační, kdy dítě poznává, osahává, zkoumá ústy nebo poslouchá předměty, které se běžně používají např.: klíče, šátek, propiska, hračky. Tento typ hry je typický pro batolecí věk a uplatnění s manipulací nalezne v pozdějším věku při sebesycení (práce se lžící).

Při napodobovacích hrách si dítě záměrně napodobí mimiku, zvuky zvířat, pohyby a hlasové projevy. To vede především k rozvoji řeči. Důležitou roli hrají hry úlohové, kdy

si dítě hraje na "něco", čímž je myšlena role maminky krmící dítě lžičkou nebo přebalování panenky či jiné napodobení role.

I počítačové hry nebo jiné virtuální pomůcky se u dětí těší velké oblibě, nicméně je důležité, aby obsah splňoval terapeutický význam. Například dítě se může pomocí simulátoru starat o všední denní potřeby postavičky. (Klusoňová, 2011)

3.2.1 Expresivní terapie

Umělecká stránka terapie probouzí tvořivost u dětí s mentální retardací schopnost být vynalézavý také v ostatních sférách praktického života.

Patří sem metody, kterými má jedinec možnost se dle svých možností (verbálně, neverbálně) vyjádřit. Jsou to arteterapie, muzikoterapie a nebo dramaterapie.

„Arteterapie je rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace“ (Šicková - Fabrici, 2002, s. 81)

„Mentálně postižení, někdy nazývaní "věčnými dětmi", nechápou události ve svém životě a ve světě jako takovém "rozumem", ale jsou schopni chápat svět okolo sebe "srdcem", emocemi. Umělecké aktivity, které rozvíjejí tvořivost, budují v jedincích s mentální retardací schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života. Zejména modelování z hlíny, jež probíhá prostřednictvím hmatu, je vhodnou technikou budující uvědomování si vlastního těla, body image, což je důležité při tvorbě adekvátního sebevědomí a sebehodnocení“. (Šicková - Fabrici, 2002, s. 83)

Muzikoterapie lze, dle autorů Kantor a Lipský (2009) chápat jako léčbu či pomoc člověku prostřednictvím hudby. Definice dle americké muzikoterapeutické asociace hudby zní: *„muzikoterapie je klinické a záměrné působení hudby za účelem dosažení konkrétních cílů pod vedením kvalifikovaného odborníka, který absolvoval platný muzikoterapeutický program“.* (American Music Therapy Association, 2017 [online]).

V rámci dramaterapie u dětí s MP používáme hru s loutkami, neverbální techniky, hru na role, improvizace a využíváme různé pomůcky jako masky, maňásky nebo ponožky.

Dramaterapie je *„léčebně-výchovnou (terapeuticko-formativní) disciplínou, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti“.* (Valenta, 2011, s. 23)

3.2.2 Standardní vývoj hry u dítěte

(Hintnausová, Hintnaus, 1999) uvádějí tento vývoj hry u dětí do 5 let:

20 týdnů - uchopuje hračku pravou i levou rukou

24 týdnů - pevně drží hračku

28 týdnů - předává si kostku z jedné ruky do druhé

40 týdnů - bere malý knoflík pravou i levou rukou

48 týdnů - uchopuje kostku a zase ji pouští (uvolňuje sevření)

52 týdnů - všeho se dotýká

56 týdnů - náruživě čmárá

15 měsíců - vloží malý knoflík do nádobky, pokouší se obracet stránky v knížce, vezme minci pravou i levou rukou

18 měsíců - obrací 2 až 3 stránky najednou a postaví věž z 3 až 4 kostek

21 měsíců - postaví věž z 5 až 6 kostek

24 měsíců - postaví věž z 6 až 7 kostek, obrací jednotlivé stránky, kreslí vertikální čáry a kruhové čáry, roztírá plastelínu

30 měsíců - postaví věž z 8 kostek a kreslí horizontální čáry.

3 roky - kreslí kruhy a čmárá čáry křížem, postaví věž z 9 kostek, začíná stříhat, vybarvuje štětcem, dělá z plastelíny koláče

3, 5 roku - postaví věž z 10 kostek

4 roky - nakreslí čtverec, dělá předměty z plastelíny, vloží 10 knoflíků do skleničky za 25 sekund, dovede rovně stříhat

5 roků - nakreslí trojúhelník

3.3 Pomůcky využívané při terapii

Při ergoterapii s mentálně postiženým dítětem je vhodné využít pomůcky. Může se jednat o takzvané inteligentní pomůcky, různé terapeutické nástroje nebo jen hračky na odpoutání pozornosti. Mezi oblíbené patří například terapeutická panenka na oblékání a česání, sada emočních karet nebo razítek, kterými dítě ukazuje své pocity, zvukové či čichové sady a naučné kartičky o zdraví a bezpečnosti. U dětí se záchvaty vzteku bývá oblíbená takzvaná podložka k vydupání zlosti nebo u dětí neposedného spektra zatěžkávací vestička. Škála pomůcek pro ergoterapeuta je rozmanitá a záleží na jeho fantazii a cílů terapie. (Šamánková, 2011)

3.4 Pomůcky v domácím prostředí

Pro úspěšnost terapie a její smysl je důležité, aby rodiče s dětmi prováděli po zaškolení terapii také doma. Může se jednat například o nácvik zavazování tkaniček u bot, k čemuž nám může posloužit panel nástrojů, kde si dítě nacvičí i rozepínání a zapínání různých zipů, knoflíků a šňorování. Pro nácvik na sycení můžeme použít nejprve panenku a k samotnému úkonu speciální přístroj s rozšířenou rukojetí pro lepší úchop. Lze využít prvky s bazální stimulace jako třeba orofaciální masáž.

Dále můžeme použít fixační pásek pro fixovaný úchop, vyvýšený okraj a protiskluzovou podložku k talíři.

Dle závažnosti postižení je dobré vybrat vhodný stojan, vozík, chodítko, jelikož i ležící těžce postižené děti je nutno vertikalizovat. U ležících dětských pacientů také využíváme polohovací pomůcky. Pro děti je také přínosné používat pro sensorickou stimulaci míčky, kartáče nebo žínky.

Chceme-li stimulovat dlaň, necháme dítě sahat do pěny na holení, do písku nebo hladit zvířátko k čemuž se využívá animoterapie, ze které nejvíce je aplikována canisterapie.

Ta má u dětí s mentálním postižením pozitivní vliv, jak na psychickou oblast, tak na fyzickou oblast dítěte. Ať už mluvíme právě o stimulaci díky srsti, tak o relaxujících účincích na dítě díky udržení pozornosti. Tak i o nácviku jemné motoriky díky připínání obojku nebo nasazování náhubku. Oblíbená je i hipoterapie, kdy dítě využívá i tělesné schopnosti právě jízdou na koni. (Šamánková, 2011)

3.5 Zásady komunikace s mentálně postiženým dítětem

Vzhledem k tomu, že na terapii přichází dítě většinou v doprovodu rodičů, je důležité si uvědomit, že pacient je zde dítě a ne rodič. To znamená, že je důležité komunikaci ať verbální nebo neverbální vést i s ním a poskytnout mu okamžitou zpětnou vazbu. Pomoci může řeč těla terapeuta a mimika, která dotvoří obsah sdělení. Na dítě mluvíme pomalu, jasně, ale vyvarujeme se zdobnělin a idiomů.

Důležité je jak pro komunikaci, tak pro samotnou terapii respektování osobního diskomfortu v neznámém prostředí a dítě musíme nechat zvyknout si. Při komunikaci s dítětem omezíme rušivé a rozptylující vlivy okolního prostředí včetně hraček. (Bendová, Zíkl, 2011)

„Ke komunikaci dětí s mentálním postižením, a to zejména těch s výrazně narušenou expresivní složkou řeči, jsou využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace, tzv. systémy alternativní a augmentativní komunikace“. (Kubová, 1996, s. 22)

Dle Bendové rozdělujeme alternativní a augmentativní komunikaci podle způsobu informace na statické a dynamické. Statickými jsou myšlené předměty, obrázky, fotografie, piktogramy, systém blis. Za dynamické způsoby se považují ty, které jsou založené na aplikaci gest a znaků, například Makaton nebo podle využitelnosti podle speciálních pomůcek s rozdělením bez pomůcek, s pomůckami nebo jiné.

Bez pomůcek, s využitím gestikulace, mimiky nebo jiných prostředků nonverbální komunikace. S pomůckami, kdy má dítě k dispozici reálné fotografie, předměty, obrázky, symboly.

Do jiných typů můžeme zařadit různé technické pomůcky. (Bendová, Zíkl, 2011)

3.6 Komunikace s rodiči na terapii

U dětských pacientů s mentálním postižením bývají často na terapii přítomni rodinní příslušníci, což terapii může usnadňovat nebo také komplikovat. V tomto ohledu záleží na mnoha faktorech, jakými jsou například: psychický stav rodičů, vyrovnanost s postižením dítěte či rodinná situace. To bývá závislé především na tom, v jakém stádiu dítě na terapii přichází. Záleží i na informovanosti rodičů o zdravotním stavu dítěte a jeho prognóze. (Jankovský, 2006)

Setkáme se s rodiči, jejichž reakce na sdělení o zdravotním stavu jejich dítěte jsou emočně podbarvené, nebo naopak mohou být bez jakékoliv emoční odezvy.

Obecně platí, že rodič si po sdělení diagnózy dítěte projde celkem šesti fázemi o smíření. První fází je iniciální šok, dále popření, smlouvání, agrese, deprese až po přijetí postižení. Nutno podotknout, že většina rodičů má i přes smíření s diagnózou přemrštěné očekávání zlepšení schopností dítěte. S rodiči, je důležité udržovat dobrý vztah a komunikovat s nimi na rovinu, ale nesmíme zapomínat, že nejsme lékaři, a proto dbát na míru informací, které sdělujeme.

Zvláště se snažíme o aktivní zapojení rodičů do terapie, jelikož se jedná o dlouhodobý proces, při kterém je důležité cvičení provádět i doma. (Jankovský, 2006)

3.7 Komunikace s kolegy

„Je dobře znát své odborníky, znát jejich styl práce, znát jejich možnosti. Je správné vědět, co od jejich vyšetření očekávám a nemít očekávání přehnaná“. (Seifertová, 2016, s. 103)

Pro úspěšnost terapie je důležitá spolupráce s odborníky z rehabilitačního týmu, který by se měl skládat z lékaře, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, logopeda, klinického psychologa, sociálního pracovníka a v některých zdravotních zařízeních i speciálního pedagoga. Spolupráce všech členů týmu a jejich vzájemná komunikace o zdravotním stavu pacienta je cestou k úspěšné léčbě.

Rehabilitační lékař je vedoucí týmu. Provádí vstupní vyšetření pacienta, ať v lůžkové, nebo ambulantní péči. Stanoví krátkodobý rehabilitační plán, na který navazují ostatní členové týmu. (Votava, 2005)

Fyzioterapeut se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému, jehož prostřednictvím ovlivňuje i ostatní systémy v těle.

Ergoterapeut se snaží o dosažení maximální nezávislosti a soběstačnosti pacienta ať v nemocnici, nebo v domácím prostředí.

Na logopedickou terapii jsou přijímáni pacienti, jak s poruchou řečových mechanismů, tak i s poruchou fatických a kognitivních funkcí. Logoped se snaží znovu obnovit nebo vylepšit komunikaci pacienta.

Psycholog provádí v rehabilitačním týmu poradenskou činnost, jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. (Votava, 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je zkoumat soběstačnost dětí s mentálním postižením v jejich domácím prostředí.

K cíli bude zapotřebí splnit tyto body:

- 1) získání teoretických znalostí o mentálním postižení u dětí z různých zdrojů
- 2) načerpání praktických zkušeností při práci s dětmi s mentálním postižením
- 3) pomoc s nácvikem aktivit běžného denního života
volnočasovými a pracovními aktivitami
- 4) obnova, získání či udržení schopností plánovat a realizovat denní aktivity
v souladu s okolním prostředím (Konceptce oboru ergoterapie z roku 2007,
podle ČAE, 2008, cit. podle Jelínková et al., 2009, s. 17)
- 5) připravit krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

5 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že účast rodičů na terapii zlepší výsledek terapie u více než poloviny klientů.
2. Předpokládám, že po nácviku sebesycení s vhodnou kompenzační pomůckou bude polovina dětí schopna provést samostatně úkon sebenasycení.
3. Předpokládám, že po nácviku jemné motoriky s panelem nástrojů bude schopno alespoň jedno dítě převést úkon do ADL zapínání knoflíků a zipů na oděvu.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do výzkumu jsou zařazeni čtyři dětské pacienti od 5 do 17 let s různým stupněm a kombinací mentálního a tělesného postižení. Všem těmto pacientům byla lékařem diagnostikována mentální retardace určitého stupně. Většina z pacientů dochází s rodiči do rehabilitační ambulance jak na fyzioterapii a ergoterapii, tak i na logopedii. Také navštěvují lázeňské pobyty.

Výzkum byl prováděn v dětském stacionáři Človíček pro děti s mentálním postižením od 3 do 18 let. Jednu pacientku jsem navštěvovala i v domácím prostředí. Pacienti byli sledováni 2x týdně po dobu 2 měsíců.

U pacientů jsem se zaměřila na nácvik sebeobsluhy a o největší míru soběstačnosti. Pacienti s těžkou formou postižení měli největší potíže jak se sebesycením, tak se samotným úchopem lžice nebo samotného pochopení principu.

Při středně těžké formě bylo zapotřebí zaměřit se na jemnou motoriku a využití transferu učení, tedy přenesení naučeného do praxe.

Další z cílů bylo zaměření na rodiče, konkrétně na jejich účast při terapii, která může mít kladný vliv, nebo naopak negativní vliv.

Souhlas klientů (zákonným zástupcem) se spoluprací na této BP a publikování pořízené fotodokumentace pro potřeby BP je uložen u autora práce.

7 METODIKA PRÁCE

V této bakalářské práci byl využit výzkum pomocí dotazníkového a kazuistického šetření. Dotazník má název Účast rodičů dítěte s mentálním postižením na ergoterapii.

Cílem bylo dosáhnout alespoň padesáti odpovědí od respondentů. Dotazník obsahuje 10 otázek na aktivitu, komunikaci a přínos rodičů na terapii. Z toho dvě otázky byly otevřeny pro volnou odpověď, kde se ptáme jaká pozitiva a jaká negativa přináší účast rodičů na terapii.

Závěrečné vyhodnocení dotazníků je znázorněno v tabulkách a grafech.

Zkoumání formou dotazníku bylo použito právě proto, že se jedná o nejrozšířenější nástroj ke sběru dat. Odpovědi formou dotazníku jsou velice snadno zpracovatelné, lze jimi získat velké množství subjektivních odpovědí od cílové skupiny. (Mareš, 2006)

Další výzkum probíhal formou kvalitativního šetření pomocí kazuistik čtyř dětských pacientů. V kazuistikách se zaměřujeme na anamnestické šetření, vstupní, průběžné a výstupní vyšetření.

V anamnéze se zjišťuje etiologie vzniku mentální retardace. Rodinná anamnéza a sociální zázemí.

Ve vstupním vyšetření je zkoumáno IADL a PADL, jak formou Barthel testu, tak rozhovorem s rodinnými příslušníky, či aspekci. Zde sledujeme způsob vyjadřování verbální či neverbální komunikace, nebo se vhodný způsob dorozumění právě snažíme nalézt.

V průběžném vyšetření sledujeme posun terapie při nácviku sebesycení s vhodnou kompenzační pomůckou a panelem nástrojů.

V závěrečném vyšetření hodnotíme postup, výsledky, kvalitu či kvantitu terapie. Kazuistické šetření je práce s jednotlivými případy, kdy přehledně uspořádáme všechna fakta podle předem daného schématu a následně analyzujeme. Umožňuje nám postřehnout souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné. (Hadj-Moussová, 2001)

8 KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika I

Věk: 11

Pohlaví: Žena

Diagnóza: Těžká mentální retardace, spastická kvadruparéza

Datum začátku terapie: 28. 11. 2018 **Datum ukončení terapie:** 25. 1. 2019

Anamnéza

RA: Matka i otec zdraví, matka knihovnice, otec podnikatel, bez dědičných chorob.

OA: Ve dvou letech hospitalizována pro Meningitidu s následným zhoršením stavu a rozvinutím šoku a krvácení do mozku, což je příčina 3. stupně MR, následně hospitalizována pro epileptické záchvaty, 2014 zlomenina bérce z neznámých příčin.

PA: Žákyně speciální třídy, stacionář Človíček.

SA: Klientka bydlí s rodiči v panelovém domě s bezbariérovým vstupem, klientka navštěvuje denní stacionář se speciálním rehabilitačně vzdělávacím programem.

NO: Ve dvou letech ji byla diagnostikována po zánětu mozkových blan těžká mentální retardace. Spolu s touto diagnózou se pojí spastická kvadruparéza a jiná přidružená onemocnění jako je epilepsie a subluxe kyčelních kloubů.

Alergie: Neguje

Dominance: Nevyhraněná

Vyšetření

Vstupní vyšetření 28. 11. 2018

Dle testů IADL a PADL je klientka zcela závislá na pomoci druhých osob. Pacientka samostatně není mobilní, pouze v Atlanta dlaze se sama přetočí a dostane do kleku. Pro přesun je potřebný speciální terénní invalidní kočár. Doma je využívána speciální terapeutické židle. Ke komunikaci používá neverbální gesta a zvuky.

Spokojenost vyjadřuje úsměvem a pobrukováním. Při nespokojenosti se sebepoškozuje kousáním do ruky nebo boucháním hlavou.

Motorické činnosti: Na zemi se otočí, otáčí se, s Atlanta dlahou se dostane i do kleku nebo sedu.

Oblíbené činnosti: Hudba, zpívání, básničky, manipulace s jakýmkoli předmětem, volný pohyb na podložce, canisterapie.

Neoblíbené činnosti: Když ji nutíme dělat, co v tu chvíli nechce, když je přetížena a když se nudí, má hlad nebo žízeň.

Kompenzační pomůcky: Židle Aris s fixací pásy, se stolkem, Z kompenzačních pomůcek využívá především Atlanta dlahu, terénní vozík, terapeutickou židli, vertikalizační stojan, závěsný systém pro přesun po bytě a pro nasycení využívá speciální přístroj a hrneček s obojetným úchopem.

Nasytí se s pomocí terapeuta. O panel nástrojů nejeví zájem.

Rodiče využívají svoz do stacionáře.

Průběžné vyšetření 14. 12. 2018

Do terapie byly zapojeny kompenzační pomůcky pro nácvik sebesycení a panel nástrojů pro nácvik jemné motoriky. Pacientka zvládne úchop lžice na vyzvání, nedovede ovšem pohyb k ústům. Lžici po chvíli zahodí. Pacientka nejeví zájem o vykonání aktivity s panelem nástrojů. Vkládá jej do úst a kouše jej.

Výstupní vyšetření 25. 1. 2018

Dle psychického rozpoložení pacientky můžeme říci, že pacientka jeví zájem o použití speciálního přístroje k sebenasycení. Lžice byla vyměněna za vidličku a pacientka s pomocí terapeuta, který jí jídlo připraví na vidličku, vede sama pohyb k ústům.

Po sebenasycení vidličku od úst nevrátí. Na pití využívá obojetný hrnek, který jí terapeut přidrží. Nutný verbální doprovod.

S panelem nástrojů pacientka nerada spolupracuje, spíše jen chrastí se zipy, nebo do něj kouše.

Průběh vyšetření

Subjektivně pacientka reaguje lépe než na začátku terapie. Přítomnost terapeuta v ní nevyvolává neklid, zůstává v klidu. Spolupracuje s terapeutem, rodiče udávají, že stejný postup praktikují doma.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Do krátkodobého plánu byla zakomponována orofaciální stimulace, zlepšení úchopu, bimanuální techniky, senzorická stimulace (stimulace smyslů), somatická stimulace, využití taktilně haptické stimulace.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rodiče byli upozorněni a poučeni o prevenci a nutnosti pravidelného tréninku, cvičení a plnění zásad. Byli poučeni o orofaciální stimulaci a handlingu.

Cílem bylo usilovat o dosažení co největší schopnosti dítěte se sebenasytit.

Doporučení a závěr

Pacientka byla po terapii stabilní. Psychický stav se nezměnil.

Cíl ergoterapeutického plánu byl splněn z části. Pacientka se sebenasytí, ale pouze s dopomocí druhé osoby. Rodiče s pacientkou nacvičují dle instruktaže pravidelně i doma. Rodiče mají velice pozitivní přístup a dodržují všechny instrukce, které jim byly sděleny.

Doporučuji praktikovat princip bazální stimulace zvláště orofaciální masáže pro zlepšení příjmu potravy.

Tabulka 4 - Nácvik sebesycení, kazuistika I

Kompenzační pomůcka	18. 11. 2018	14. 12. 2018	25. 1. 2019
A	-	-	+/-
B	-	+	+
C	+/-	+/-	+/-

Zdroj: Vlastní

A - speciální příbor

B - speciální hrnek s oboustranným úchopem

C - speciální lahvička s pítkem

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

Tabulka 5 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika I

Panel nástrojů	18. 11. 2018	14. 12. 2018	25. 1. 2019
A	-	-	-
B	-	-	-
C	-	-	-
D	-	-	-

Zdroj: Vlastní

A - zip

B - knoflík

C - cvoček

D - tkanička

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

8.2 Kazuistika II

Věk: 9 let

Pohlaví: Žena

Diagnóza: Těžká až hluboká mentální retardace a přidružené onemocnění

Datum začátku terapie: 30. 11. 2018 **Datum ukončení terapie:** 8. 2. 2019

Anamnéza

RA: Matka i otec zdraví, matka v domácnosti, otec učitel, bez dědičných chorob.

OA: Dítě ze 4. gravidity bez komplikací, postižení po porodu patrné. Po porodu bylo matce řečeno, že pravděpodobně bude dívka trpět těžkou až hlubokou mentální retardací s přidruženými nemocemi.

PA: Žačka speciální třídy, stacionář Človíček.

SA: Zabezpečená, bydlí v rodinném bezbariérovém domě.

NO: Od narození strabismus, hypotrofie svalstva dolních končetin, hyperkyfóza, upoutána na invalidní vozík, chůze pouze s pomocí další osoby.

Alergie: PNC

Dominance: Nevyhraněná

Vyšetření

Vstupní vyšetření 30. 11. 2018

Dle diagnózy a vyšetření IADL, PADL je dívka zcela závislá na pomoci druhých osob, včetně mobility. Vývoj nepřesáhl 12 měsíců. Nemluví, používá neartikulovatelné zvuky, nelibost vyjadřuje výrazným křikem a houpáním. Je hodně nekontaktní, nemá ráda doteky a je plně inkontinentní. Při sebesycení má problém s polykáním potravy.

Využívá speciální hrnek s pítkem. Při prvním kontaktu s panelem nástrojů jeví pacientka nezájem.

Motorické činnosti: Přetáčí se, sama se posadí, sedí ale "vrávoravě" sama neklečí, když ji postavíme, tak chvíli vydrží stát, musíme ji však pevně držet (stojíme ji za zády), aby neupadla, sama nechodí, ale když ji postavíme a pobídneme se, udělá malé kroky.

Oblíbené činnosti: Zpívání - hudební kroužky, manipulace se zvukovými hračkami nebo s plastovou lahví, která je z části naplněná vodou, práce na tabletu, ráda se mazlí, místnost na základě Snoezelen.

Neoblíbené činnosti: Čištění zubů - zvedá se jí žaludek, nečinnost - cucání prstů, bránění v pohybu rukou

Kompenzačních pomůcky: Využívá především invalidní vozík, terénní vozík, lahvičku pro sycení.

Rodiče využívají svoz do stacionáře.

Průběžné vyšetření 18. 12. 2018

Terapie stejná jako v předchozí kazuistice, tedy využití panel nástrojů, a kompenzační pomůcky pro sebesycení. Dále byla využita orofaciální masáž pro zlepšení polykání.

Výstupní vyšetření 8. 2. 2019

Dle psychického rozpoložení pacientky, můžeme říci, že pacientka jeví zájem o použití speciálního přístroje k sebenasycení, ale ne vlastní vůlí. Prováděn tzv. handling, v terapii je doporučeno pokračovat dlouhodobě pro zlepšení výsledku. Pacientka stále využívá lahvičku s pítkem za asistence druhé osoby.

Po zavedení orofaciální masáže, se pacientce polykání zlepšilo, ale nutno podotknout, že pro dlouhodobý účinek musí s touto masáží pokračovat i nadále. S panelem nástrojů jsme u pacientky opět vůbec neuspěli.

Průběh vyšetření

Pacientka postupem terapie reaguje lépe než na začátku. Zůstává během terapie v klidu a spolupracuje. Rodiče praktikují stejný postup doma.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Do krátkodobého plánu byla zakomponována orofaciální stimulace, zlepšení úchopu, bimanuální techniky, senzorická stimulace (stimulace smyslů), somatická stimulace, využití taktilně haptické stimulace.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rodiče byli upozorněni a poučeni o prevenci a nutnosti pravidelného tréninku, cvičení a plnění zásad. Byli poučeni o orofaciální stimulaci a handlingu.

Cílem bylo usilovat o dosažení co největší schopnosti dítěte se sebenasytit.

Doporučení a závěr

Pacientka byla po terapii stabilní. Psychický stav se po terapii mírně zhoršil. Cíl ergoterapeutického plánu byl splněn z menší části než v předchozí kazuistice. Pacientka se nesebenasytí. Je zde nutná asistence druhé osoby.

Rodiče udávají, že s pacientkou nacvičují dle instruktáže pravidelně i doma. Mají velice pozitivní přístup až přehnané naděje. Dodržují všechny instrukce, které jim byly sděleny.

Doporučuji praktikovat princip bazální stimulace zvláště orofaciální masáže pro zlepšení příjmu potravy.

Tabulka 6 - Nácvik sebesycení, kazuistika II

Kompenzační pomůcka	30. 11. 2018	18. 12. 2018	8. 2. 2019
A	-	-	-
B	-	-	-
C	-	-	-

Zdroj: Vlastní

A - speciální příbor

B - speciální hrnek s oboustranným úchopem

C - speciální lahvička s pítkem

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

Tabulka 7 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika II

Panel nástrojů	30. 11. 2018	18. 12. 2018	8. 2. 2019
A	-	-	-
B	-	-	-
C	-	-	-
D	-	-	-

Zdroj: Vlastní

A - zip

B - knoflík

C - cvoček

D - tkanička

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

8.3 Kazuistika III

Věk: 12 let

Pohlaví: Muž

Diagnóza: Mentální hluboká retardace, Axilární hypotonie po cytomegalovirové infekci

Datum začátku terapie: 3. 12. 2018 **Datum ukončení terapie:** 11. 2. 2019

Anamnéza

RA: Matka zdráva, spontánní abortus 2003, otec neznámý.

OA: Matce v průběhu těhotenství byla zjištěna nespecifická genetická vada plodu.

PA: Žák ZŠ speciální DČCE Merklín, stacionář Človíček.

SA: Zabezpečen, bydlí v bezbariérovém bytě s matkou, často je navštěvuje babička.

NO: MR, epileptické záchvaty, přidružené motorické omezení.

Alergie: Jahody, prach, pyl

Dominance: Nevyhraněná, více používá levou ruku (dlaňový úchop)

Vyšetření

Vstupní vyšetření 3. 12. 2018

Klient je dle vyšetření soběstačnosti zcela závislý na asistenci druhých. Hlavním problémem je, že pacient nerad přijímá potravu a že sliněním ji vystrkuje ven, tak je dokrmován nasogastrickou sondou. Doteď pil pomocí dětské lahvičky v rámci terapie přejde na speciální hrneček s pítkem.

Jako iniciální dotek se používá levé rameno.

Motorické činnosti: Držení zezadu za boky, nesmí se pouštět, aby neupadl.

Mobilita je omezena, přesunu je schopen chůzi za pomoci terapeutů, kteří mu aktivně asistují. Sám leze i sedí, chůze a chůze do schodů s dopomocí.

Oblíbené činnosti: Preferuje klidnější prostředí, povídání, mluvené slovo, poslech hudby, trhání, muchlání papíru (s asistencí, i sám), bubnování-rytmus, hraje si rád s vibrační hračkou, hra s panelem nástrojů, rád spí, hipoterapie, canisterapie.

Neoblíbené činnosti: Chaos, nervozita, hluk, některé zvuky - sanitka či siréna, dlouhé táhlé vysoké zvuky, neznámé prostředí, nuda, čištění zubů.

Kompenzační pomůcky: Židle Aris bez fixace se stolem, rehabilitační kočár, polohovací pracovní deska, polohovací lůžko, relaxační pytel, speciální autosedačka, zvedáky
Matka využívá svoz do stacionáře.

Průběžné vyšetření 15. 1. 2019

Terapie stejná jako v předchozí kazuistice, tedy využit panel nástrojů, a kompenzační pomůcky pro sebesycení. Dále byla využita orofaciální masáž pro zlepšení polykání. Viz tabulky s výsledky.

Výstupní vyšetření 11. 2. 2019

Pacient už na začátku terapie prokazoval známky aktivního úchopu. Nelze s jistotou říct, zda byl úchop cílený. Asistent pacientovy nandal potravu na příbor. Ten vložil do ruky pacienta a nejprve s asistencí vedl k ústům. Následně byla činnost provedena i bez asistence. Bohužel, pacient potravu nepřijímá, což znamená, že potravu stále dostává nasogastrickou sondou. Přejít na speciální lahvičku se zatím neosvědčil, nedokáže korigovat přísun množství tekutin. Objektivně se stav pacienta nezměnil. Pacient si od začátku oblíbil panel nástrojů, zejména zipy a cvočky.

Nicméně nerozepnul ani jednu stranu, ač se o to pokoušel, svalová síla mu to nedovolila.

Průběh vyšetření

Pacient je od první terapie velmi přecitlivělý. Reaguje pláčem nebo leknutím na jakýkoliv podnět. V následujících terapiích byl zklidňován relaxačními technikami. Reaguje lépe než na začátku. Zůstává během terapie v klidu a spolupracuje. Matka se snaží o terapii i v domácím prostředí. Dala si za cíl zlepšit sebesycení syna.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Do krátkodobého plánu bylo zařazeno zvýšení množství potravy, zlepšit její příjem a rozvíjení úchopů.

Orofaciální stimulace, zlepšení úchopu, bimanuální techniky, sensorická stimulace (stimulace smyslů), somatická stimulace, využití taktilně haptické stimulace.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Matka byla upozorněna a poučena o prevenci a nutnosti pravidelného tréninku, cvičení a plnění zásad. Byla poučena o orofaciální stimulaci a handlingu.

Cílem bylo usilovat o navýšení příjmu potravy.

Doporučení a závěr

Pokračovat v orofaciální stimulaci před každým jídlem. Pacient byl po terapii ve stabilním stavu. K zvýšení příjmu potravy nedošlo, jen se zlepšilo polykání pomocí pravidelné orofaciální masáže. Matka se bude snažit praktikovat orofaciální masáž před každým jídlem.

Většinou dodržuje všechny instrukce, které jí byly sděleny. Stále ale často spěchá tak, že se uchyluje k rychlejšímu řešení nakrmení sondou.

Doporučuji praktikovat princip bazální stimulace zvláště orofaciální masáže pro zlepšení příjmu potravy.

Tabulka 8 - Nácvik sebesycení, kazuistika III

Kompenzační pomůcka	3. 12. 2018	15. 1. 2019	11. 2. 2019
A	-	-	-
B	-	-	+
C	-	-	+

Zdroj: Vlastní

A - speciální přístroj

B - speciální hrnek s oboustranným úchopem

C - speciální lahvička s pítkem

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

Tabulka 9 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika III

Panel nástrojů	3. 12. 2018	15. 1. 2019	11. 2. 2019
A	-	+/-	+/-
B	-	-	-
C	-	+/-	+/-
D	-	-	-

Zdroj: Vlastní

A - zip

B - knoflík

C - cvoček

D - tkanička

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

8.4 Kazuistika IV

Věk: 10 let

Pohlaví: Muž

Diagnóza: Středně-těžká mentální retardace

Datum začátku terapie: 5. 12. 2018 **Datum ukončení terapie:** 13. 2. 2019

Anamnéza

RA: Matka DM 2. typu na inzulinu, operace děložního čípku 2005, bez dědičných chorob, otec hypertenze, astma bronchiale.

OA: Kvůli komplikacím při porodu vznikla hypoxie plodu, která má za následek středně těžkou MR.

PA: Žák speciální třídy, stacionář Človíček.

SA: Zabezpečen, žije v rodinném domě za Plzní, bydlí se třemi staršími sestrami.

NO: MR, astigmatismus, skolióza, kvadruspasticita.

Alergie: Vosa, slunce

Dominance: Nevyhraněná

Vyšetření

Vstupní vyšetření 5. 12. 2018

Pacient je v důsledku těžkého kombinovaného mentálního a fyzického postižení zcela závislý na péči druhé osoby. Je velmi energický, hlasitě a radostně výská.

Využívá speciální obojetný hrneček již více než tři roky. Stejně tak i speciální příbor, se kterým mu musí pomoci terapeut. Panel nástrojů aktivně využívá. Aktivita rozepnutí ale není cílená.

Jako iniciální dotek se používá levé rameno. Má rád tělesný kontakt na zádech a jako zklidňující techniky používáme polohu hnízda nebo mumie.

Motorické činnosti: Leh na zádech, přetáčí se ze zad na břicho a zpět, leh na břicho, opora o předloktí, pokouší se posunout vpřed, sed s oporou, hlava "padá" vpřed.

Oblíbené činnosti: Zvýšit pozornost změnou činnosti, oblíbená poloha sed - opírá se zády o terapeutův hrudník, rukama obejmout, masírovat ruce, hudba, vytahování věcí z krabic, bourání kostek, trhání papíru, houpání v síti, rád se plazí za nějakým cílem - předmětem, vycházky, výlety.

Neoblíbené činnosti: Když zůstane stranou, tzn. mimo dění, leká se nenadálých zvuků, doteky kolem očí, kontakt s většími psy.

Kompenzační pomůcky: Židle Aris s bezpečnostními pásy a se stolkem: ortopedické dlahy rehabilitační kočár, polohovací pracovní deska, polohovací lůžko, relaxační pytel, speciální autosedačka, zvedáky.

Matka vozí syna každé ráno do stacionáře a odpoledne jej vyzvedává.

Průběžné vyšetření 17. 1. 2019

Do terapie byly zapojeny kompenzační pomůcky pro nácvik sebesycení a panel nástrojů pro nácvik jemné motoriky. Dle průběžného šetření pacient zvládne úkon sebenasytit se pomocí handlingu, tedy vedení pohybu od nabrání potravy po její příjem. Potravu přijímá bez komplikací a s chutí. Nápoj přijme z hrnečku pomocí terapeuta.

U panelu nástrojů má největší úspěch tkanička, kterou rozváže, zip, který částečně rozepne a jeden patent. Ani jedna z těchto činností není cílená.

Výstupní vyšetření 13. 2. 2019

Pacient na konci terapie, jeví známky úchopu lžice. Stále je pohyb prováděn handlingem, se slovním doprovodem. Používá hrnek s obojetným úchopem, opět s pomocí terapeuta. Sám úkon sebesycení nezvládne.

Panel nástrojů pacienta zajímá, účelově s ním však nepracuje. Používá jej jako hračku. Občas rozepne, nebo rozváže nějakou část, např. mašličku.

Průběh vyšetření

Subjektivně pacientka reaguje lépe než na začátku terapie. Přítomnost terapeuta v ní nevyvolává neklid, zůstává v klidu. Spolupracuje s terapeutem, rodiče udávají, že stejný postup praktikují doma.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Do krátkodobého plánu byla zakomponována orofaciální stimulace, zlepšení úchopu, bimanuální techniky, senzorická stimulace (stimulace smyslů), somatická stimulace, využití taktilně haptické stimulace.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Rodiče byli upozorněni a poučeni o prevenci a nutnosti pravidelného tréninku, cvičení a plnění zásad. Byli poučeni o orofaciální stimulaci a handlingu.

Cílem bylo usilovat o dosažení co největší schopnosti dítěte se sebenasytit.

Doporučení a závěr

Pacient byl po terapii stabilní. Psychický stav se odvíjel od spousty vedlejších faktorů. Pro zklidnění pacienta lze použít polohování do polohy hnízda nebo mumie.

Cíl ergoterapeutického plánu nebyl splněn.

Pacient se sebenasytí, ale pouze s dopomocí druhé osoby. Rodiče se do terapie zapojují dle instruktaže pravidelně i doma.

Doporučuji praktikovat princip bazální stimulace zvláště orofaciální masáže pro zlepšení příjmu potravy.

Tabulka 10 - Návuk sebesycení, kazuistika IV

Kompenzační pomůcka	5. 12. 2018	17. 1. 2019	13. 2. 2019
A	-	-	+
B	+	+	+
C	-	+	+

Zdroj: Vlastní

A - speciální přibor

B - speciální hrnek s oboustranným úchopem

C - speciální lahvička s pítkem

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

Tabulka 11 - Trénink s panelem nástrojů, kazuistika IV

Panel nástrojů	5. 12. 2018	17. 1. 2019	13. 2. 2019
A	-	+/-	+/-
B	-	-	-
C	-	-	-
D	+/-	+/-	+/-

Zdroj: Vlastní

A - zip

B - knoflík

C - cvoček

D - tkanička

+ provedl samostatně

+/- provedl s dopomocí

- neprovedl samostatně

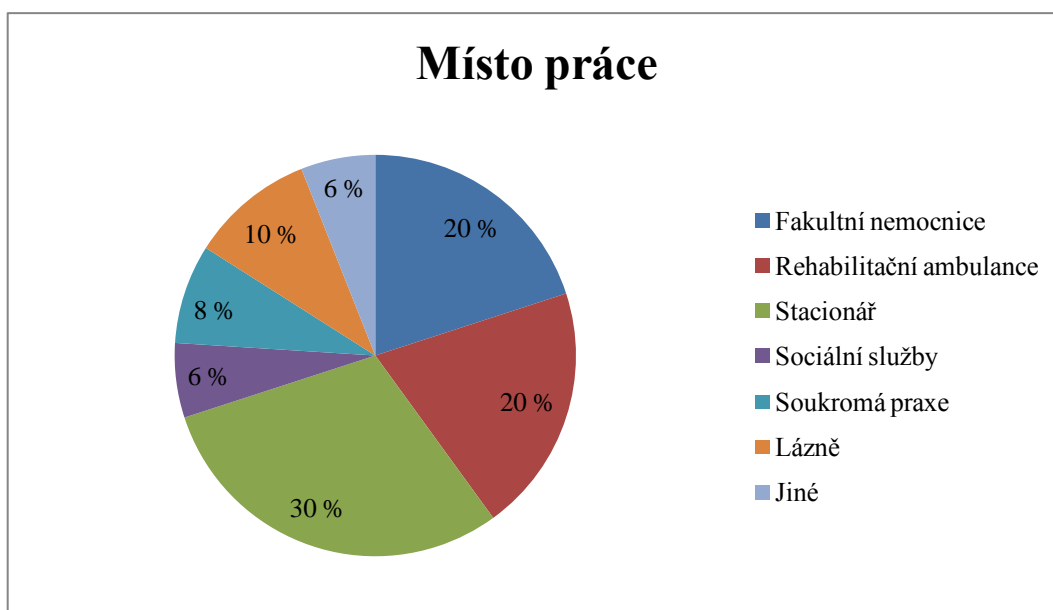
9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 12 - 1. otázka - Kde dotazovaný terapeut pracuje?

	Počet	Četnost
Fakultní nemocnice	10	20,0 %
Rehabilitační ambulance	10	20,0 %
Stacionář	15	30,0 %
Sociální služby	3	6,0 %
Soukromá praxe	4	8,0 %
Lázně	5	10,0 %
Jiné	3	6,0 %

Zdroj: Vlastní

Graf 1 - 1. otázka - Kde dotazovaný terapeut pracuje?



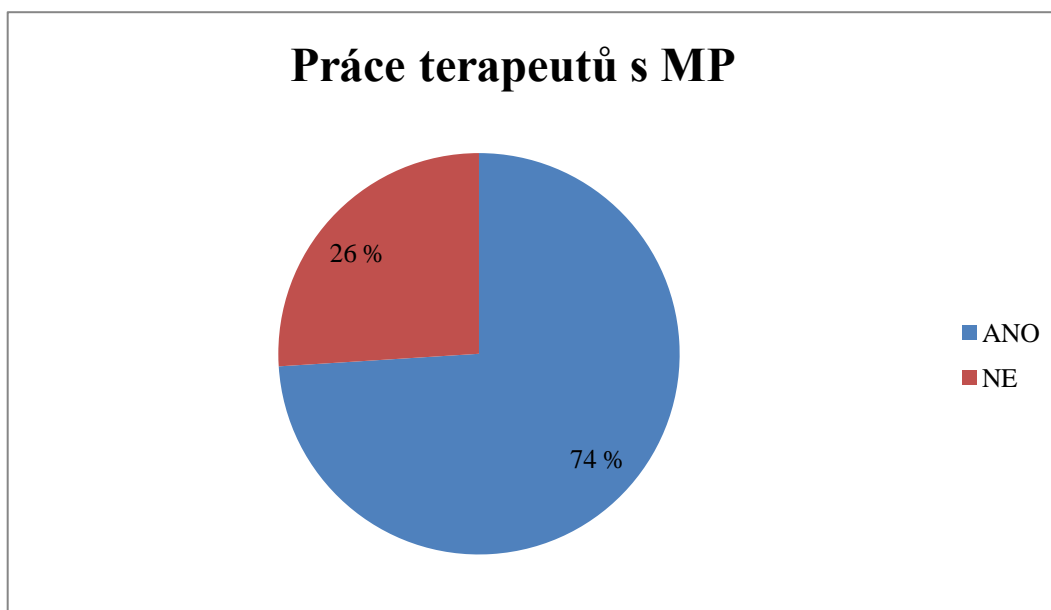
Zdroj: Vlastní

Tabulka 13 - 2. otázka - Setkáváte se s dětmi s mentálním postižením ve své praxi?

	Počet	Četnost
ANO	45	90 %
NE	5	10 %

Zdroj: Vlastní

Graf 2 - 2. otázka - Setkáváte se s dětmi s mentálním postižením ve své praxi?



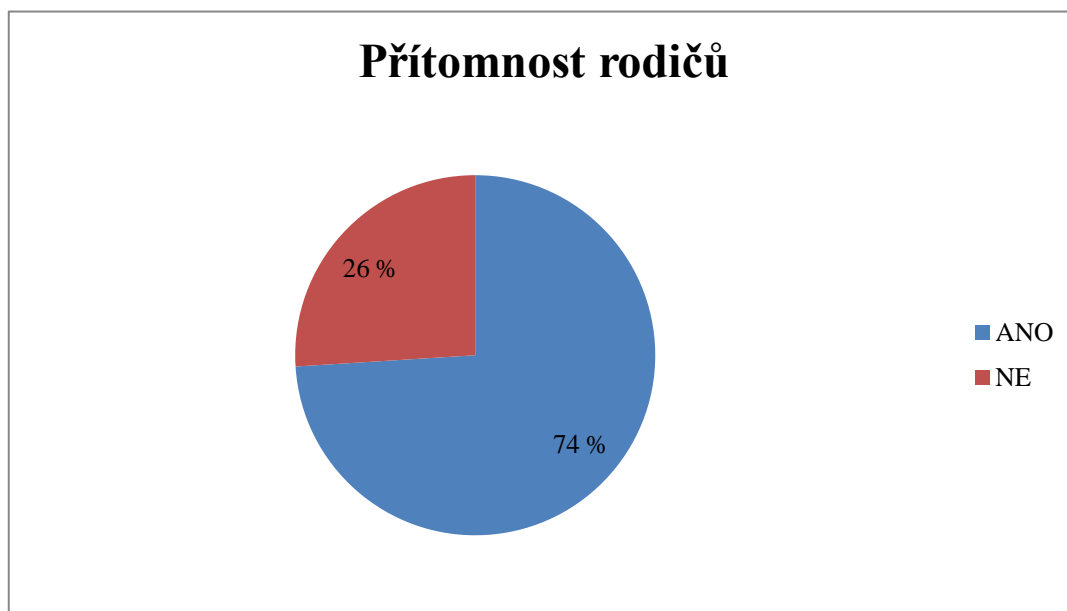
Zdroj: Vlastní

Tabulka 14 - 3. otázka - Je přítomen na terapii alespoň jeden z rodičů?

	Počet	Četnost
ANO	37	74 %
NE	13	26 %

Zdroj: Vlastní

Graf 3 - 3. otázka - Je přítomen na terapii alespoň jeden z rodičů?



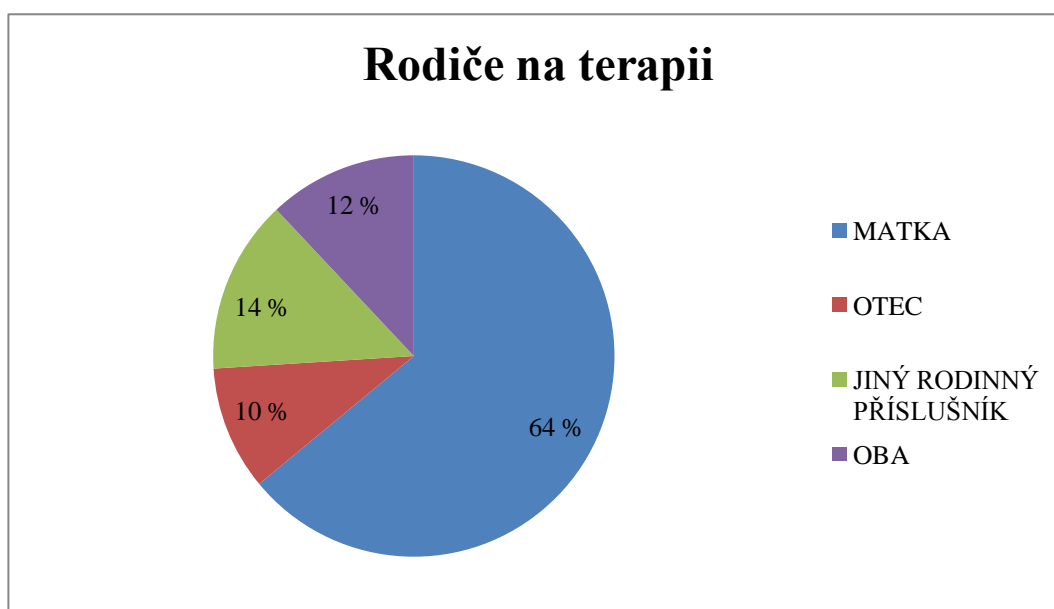
Zdroj: Vlastní

Tabulka 15 - 4. otázka - Se kterým z rodičů se na terapii setkáváte častěji?

	Počet	Četnost
MATKA	32	64 %
OTEC	5	10 %
JINÝ RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK	7	14 %
OBA	6	12 %

Zdroj: Vlastní

Graf 4 - 4. otázka - Se kterým z rodičů se na terapii setkáváte častěji?



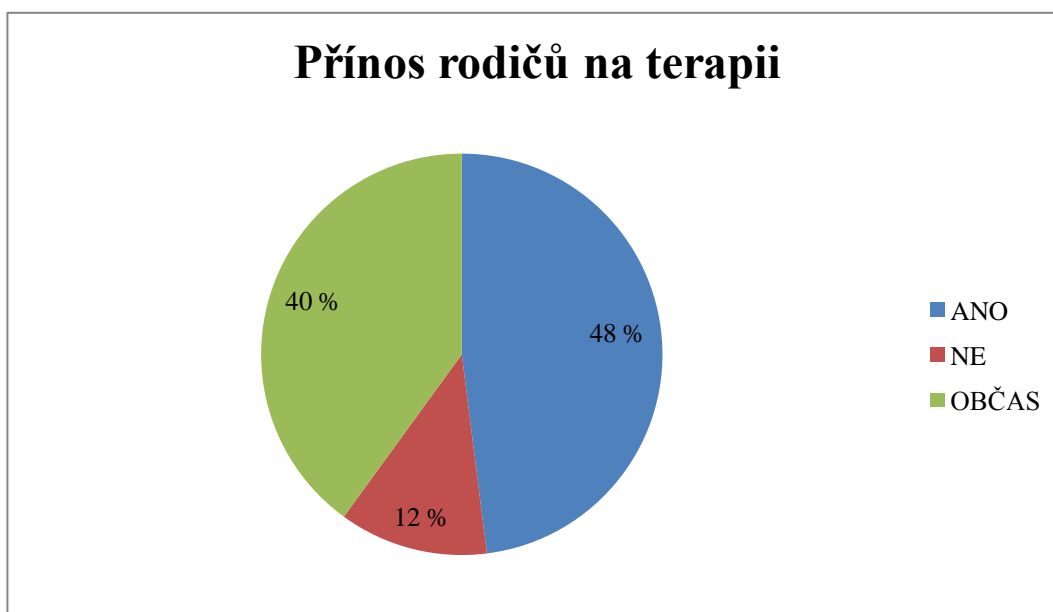
Zdroj: Vlastní

Tabulka 16 - 5. otázka - Je pro Vás přítomnost rodinných příslušníků na terapii přínosem?

	Počet	Četnost
ANO	24	48 %
NE	6	12 %
OBČAS	20	40 %

Zdroj: Vlastní

Graf 5 - 5. otázka - Je pro Vás přítomnost rodinných příslušníků na terapii přínosem?



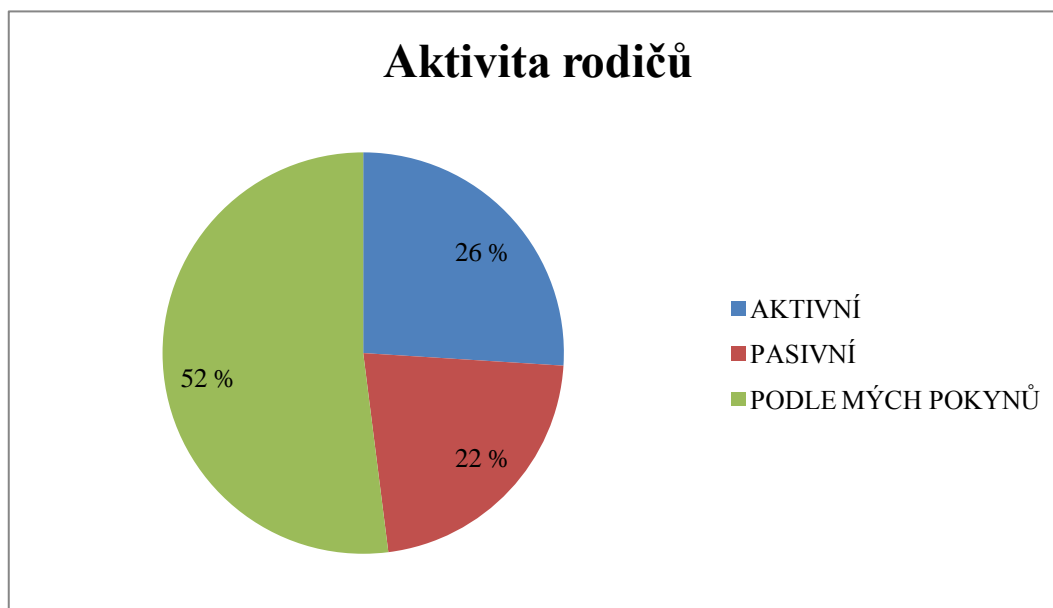
Zdroj: Vlastní

Tabulka 17 - 6. otázka - Jsou rodiče na terapii spíše aktivní nebo pasivní?

	Počet	Četnost
AKTIVNÍ	13	26 %
PASIVNÍ	11	22 %
PODLE MÝCH POKYNŮ	26	52 %

Zdroj: Vlastní

Graf 6 - 6. otázka - Jsou rodiče na terapii spíše aktivní nebo pasivní?



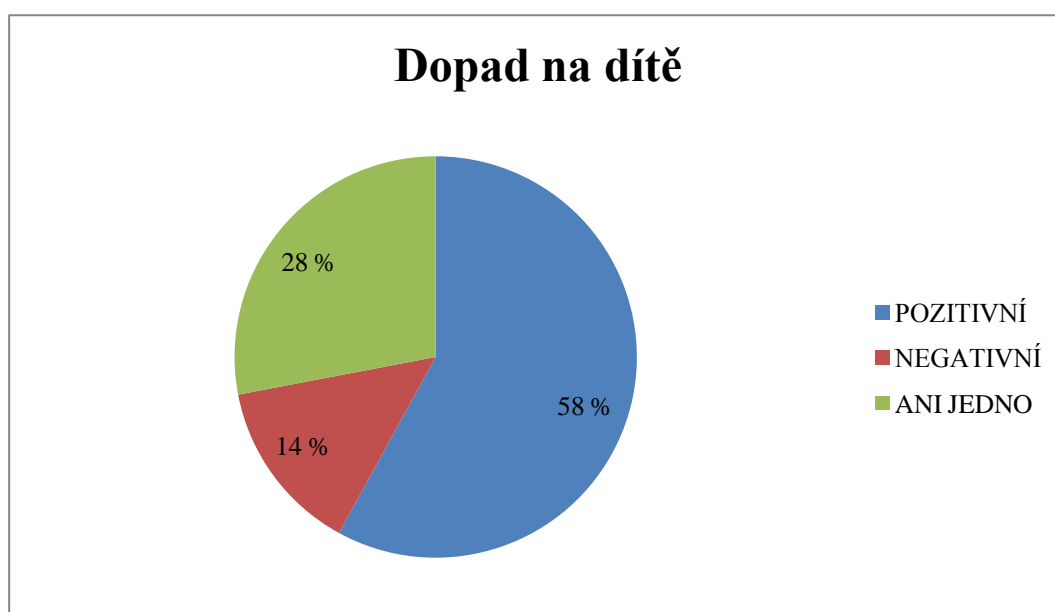
Zdroj: Vlastní

Tabulka 18 - 7. otázka - Má přítomnost rodinných příslušníků na terapii spíše pozitivní, nebo negativní dopad na dítě?

	Počet	Četnost
POZITIVNÍ	29	58 %
NEGATIVNÍ	7	14 %
ANI JEDNO	14	28 %

Zdroj: Vlastní

Graf 7 - 7. otázka - Má přítomnost rodinných příslušníků na terapii spíše pozitivní, nebo negativní dopad na dítě?



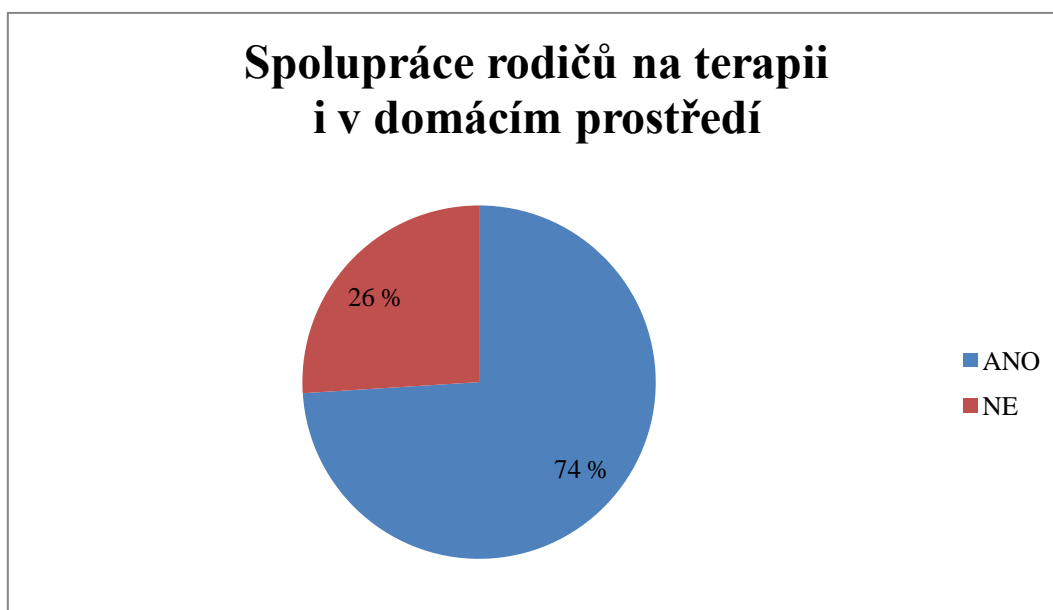
Zdroj: Vlastní

Tabulka 19 - 8. otázka - Spolupracují rodinní příslušníci podle Vašich požadavků na terapii i v domácím prostředí?

	Počet	Četnost
ANO	37	74 %
NE	13	26 %

Zdroj: Vlastní

Graf 8 - 8. otázka - Spolupracují rodinní příslušníci podle Vašich požadavků na terapii i v domácím prostředí?



Zdroj: Vlastní

Tabulka 20 - 9. otázka - Jaké pozitivní vlivy shledáváte?

Pozitivní vlivy
Aktivní zapojení rodičů do terapie.
Zklidnění dítěte.
Větší aktivita dítěte.
Lepší komunikace.
Větší motivace dítěte.
Pocit jistoty.
Dítě je klidnější, méně se bojí nebo stydí, má větší pocit bezpečí, je klidnější a méně stresované.
Motivace a podpora dítěte rodinnými příslušníky.
Je dobré rodiče edukovat o možnostech terapie na doma.
Rodič má možnost vidět postupy, zlepšení dítěte a přesvědčit se o dobrém zacházení s jeho potomkem.
Popis, jestli se něco změnilo od poslední terapie.
Ukázka, které činnosti může rodič začlenit do běžného dne, jak využívat volný čas.
Dokáží se vcítit do situace dítěte.

Zdroj: Vlastní

Tabulka 21 - 10. otázka - Jaké negativní vlivy sledáváte?

Negativní vlivy
Nízká aktivita.
Dítě špatně spolupracuje, reaguje přehnaně na určité podněty a díky tomu i rodič Terapeut je pod větším stresem a celou kvalitu terapie toto ovlivní.
Někdy se rodič neudrží a dítě napomíná, dítě se někdy méně soustředí na rhb.
Rodič za dítě všechno vyřídí, domluví, myslím, že to v pozdějším věku dítěte má za následek prohloubení ještě větší nesamostatnosti.
Neadekvátní postoj k průběhu léčby a netrpělivost.
Negativní emoce rodičů.
Dítě směřuje pozornost jinam.
Může neodborně zasahovat do terapie.
Nervozita dítěte.
Málo aktivního cvičení doma.
Příliš aktivní rodiče mají tendenci neustále zasahovat do mé terapie, která je poté nekompletní a dítě může být její strukturou zmateno.
Dítě se před nimi nechová přirozeně.
Upnutí na jednoho člověka/případně na více osob (matka, otec,...).

Zdroj: Vlastní

10 DISKUZE

Hypotéze 1: Bylo předpokládáno, že účast rodičů na terapii zlepší výsledek terapie u více než poloviny klientů.

Hypotéza byla potvrzena. Ke zjištění výsledku hypotézy bylo využito dotazníkové šetření zaměřené na terapeuty pracujícími s dětmi s mentálním postižením.

Dotazníku se zúčastnilo 50 terapeutů z různých pracovišť. Nejčastěji se jednalo o stacionáře, fakultní nemocnice a rehabilitační ambulance, viz tabulka 12.

Jedním z cílů dotazníku bylo objasnit, zda se terapeuti setkávají s přítomností rodičů na terapii, zda jsou rodiče aktivní a jaké pozitivní, či negativní vlivy to přináší jim i dětem.

Z výsledků je patrné, že 74 % terapeutů se při terapii setkává s rodiči, viz tabulka 14, přičemž nejčastěji bývá přítomna matka, nebo jiný rodinný příslušník, viz tabulka 15.

Otázka zda, je přítomnost rodičů přínosem pro terapeuta, mi potvrdila mou hypotézu, jelikož 48 % dotázaných terapeutů zvolilo odpověď „ano“. 40 % dotázaných odpovědělo, že je pro ně přítomnost přínosem pouze občas, viz tabulka 16.

Jestli jsou rodiče pro terapii přínosem, závisí i na jejich samotném zapojení do terapie, přičemž 52 % terapeutů uvedlo, že se rodiče zapojují dle jejich pokynů a 22 % rodičů bývá při terapii úplně pasivních, viz tabulka 17.

I v takovém případě se terapeuti shodli v 58 %, že přítomnost rodiče na terapii má na dítě pozitivní účinek, viz tabulka 18.

Jankovský (2006) uvádí, že je vždy dobré snažit se o aktivní zapojení rodičů do terapie, jelikož se jedná o aktivní proces, při kterém je důležité cvičení provádět i doma.

S tímto názorem se ztotožňuji, jelikož pro úspěšnost ergoterapie, například u nadcházejících se hypotéz, to je naprosto nezbytné.

Účast rodiče na terapii má kromě výše zmíněné praktické ukázky, jak při terapii postupovat doma, možnosti diskutovat o dané terapii a postupech, i jiné pozitivní účinky.

Terapeuti například uvedli, že je dítě za přítomnosti rodiče lépe motivováno, je více aktivní, má pocit jistoty a lépe komunikuje, viz tabulka 20.

14 % z terapeutů naopak udávají, že přítomnost rodičů na terapii může mít negativní vliv. Udávali například, že rodiče dítě znervózňují, mají tendenci jej napomínat nebo terapii ovlivňují negativní emoce či emoční nevyrovnanost rodiče.

Jak také zmiňuje Jankovski (2006), terapeutický proces nekončí v ordinaci, a je nutné v terapii pokračovat dle pokynů i doma. Zda, se tak opravdu děje a zda rodiče pracují s dětmi dle instruktaže terapeuta, odpovědělo 74 % dotázaných, že ano.

Hypotéza 2: Bylo předpokládáno, že po nácviku sebesycení s vhodnou kompenzační pomůckou, bude polovina dětí schopna provést samostatně úkon sebenasyčení.

Hypotéza byla vyvrácena. Jelikož v jejím znění, je kladen důraz na samostatnost u alespoň poloviny pacientů.

Ač děti jevíly drobné známky pokroku, úplné samostatnosti v oblasti samosycení nedosáhlo ani jedno z dětí. Pouze u jednoho pacienta došlo na konci terapie k samostatnému příjmu potravy.

V kapitole sebesycení, dle (Švarcové, 2003) hluboká mentální retardace u dětí, většinou vyžaduje zasondování, nebo krmení druhou osobou. K této teorii je nutno podotknout, že záleží na přidružených nemocech a omezeních daného pacienta, jelikož i děti s hlubokou formou postižení byly schopné pokroku.

Dle mého názoru je zasondování nutné jen v krajních případech. Dítě s hlubokou mentální retardací potřebuje trpělivý terapeutický přístup, vhodnou polohu a vhodné kompenzační pomůcky. Pokud trénink budeme pravidelně opakovat, lze očekávat pozitivní výsledky i u těchto těžkých případů.

Pro získání výsledků bylo vybráno několik kompenzačních pomůcek pro nácvik sebesycení. Speciální příbor a pro příjem tekutin také obojetný hrnek a speciální lahvička s pítkem.

(Stará, 1996) uvádí jako vhodné pro nácvik příjmu tekutin užít měkký pohárek. V praktické části se uvádí, že v naší terapii jsme u dětí prováděli nácvik příjmu tekutin s použitím hrnečku s obojetným úchopem a se speciální lahvičkou s pítkem.

A to z důvodu, že pacienti měli většinou nevyhraněnou laterální laterální a lépe se jím s ním manipulovalo. Materiál jsme volili plastový a nerozbitný, protože by si někteří pacienti s tendencí kousat do věcí mohli ublížit při použití jiného materiálu.

Je zde důležité zmínit, že pojem sebesycení není jen o samotném příjmu potravy, ale jde o kombinovaný proces od nabrání potravy po vedení pohybu k ústům a následnému rozkousání a polknutí. U pacientů, kde byl zjištěn problém v oblasti polykání, žvýkání a tvorby slin byla využita metoda orofaciální stimulace.

Orofaciální stimulace zapadá do konceptu autora (prof. R. C. Moralese, 2006), který tvrdí, že je přímo určena dětem s Downovým syndromem a pro děti s dalšími zdravotními komplikacemi, např. mozkovou obrnou, MR. Rovněž je využívána při centrálních a periferních faciálních parézách u dospělých pacientů.

Tato metoda se ukázala jako velice užitečná při nácviku sebesycení. Nutno ji provádět pravidelně před každým jídlem.

Hypotéza 3: Bylo předpokládáno, že po nácviku jemné motoriky s panelem nástrojů bude schopno alespoň jedno dítě převést úkon do ADL zapínání knoflíků a zipů na oděvu.

Hypotéza byla vyvrácena. Zde bylo předpokládáno, že léčebný přístup - trénink transferu, podle Zoltanové (1996), která popisuje: „že zlepšení v jednom konkrétním percepčním úkolu automatickylepší výkon v podobných percepčních úkolech.“ (Křivošíková, s. 143, 2011).

V tomto případě, bylo předpokládáno, že dítě po nácviku jemné motoriky konkrétně zapínání a rozepínání zipů, knoflíků a tkaniček na panelu nástrojů bude schopno použít ten samý úkon při oblékání. Tato hypotéza nepočítala s tím, že mentální stránka pacienta nedovolí pochopit úkon práce na panelu nástrojů, tudíž ho dítě nemůže převést do praxe.

Někteří pacienti, s panelem nástrojů pracovali rádi, některým se dokonce podařilo určitý úkon splnit. Nicméně se nejednalo o činnost cílenou, kterou by dítě mohlo v praxi využít. Většina pacientů však o panel nástrojů nejevila žádný zájem.

Autoři jako prof. MUDr. Pfeiffer DrSc. nebo z novějších autorů M. Krivošíková M. Sc. uvádí, že do složek soběstačnosti zařazujeme osobní hygienu, stravování, koupání, přesuny, kontinence a oblékání. Při práci, s mentálně postiženým dítětem, se snažíme naučit jej všechny tyto aspekty, aby dosáhlo co největší soběstačnosti.

Díky nově nabytým poznatkům si myslím, že bychom ale měli přednostně řešit, co je pro dítě opravdu důležité. Pokud dítě s námi nemůže komunikovat, obracíme se na rodiče. Je zajímavé, že zavazování tkaniček se řadí až na poslední místo a rodiče upřednostňují spíše nácvik sebesycení.

Dítě s těžkým mentálním a kombinovaným deficitem jen zřídka dosáhne plné soběstačnosti ve všech těchto aspektech. Zaměříme-li se ale na jeden vybraný aspekt, zvýšíme možnost posunu.

Právě prof. Kolář uvádí, že primárním zájmem ergoterapie u všech pacientů je umožnit jim činnosti, které považují za důležité a potřebné pro svůj život a přispět k zachování odpovídající kvality života.

ZÁVĚR

Pojem mentální postižení je těžké definovat. Již na začátku práce je zmiňováno, že právě u definice tohoto onemocnění se autoři neshodují. Většinou bývá charakterizován stupeň dosažení inteligence, bohužel však s přehlídnutím k jiným složkám vytvářejících osobnost. Tím je myšleno, že dítě s hlubokým mentálním postižením bez viditelného vyjadřování emocí nemusí být emočně nestabilní, či emoce nepociťovat vůbec.

Zde obzvlášť platí, že každé z dětí je individuální osobnost s individuálními potřebami a se svým způsobem vyjadřování a nutno k nim tak přistupovat.

Při terapii s dítětem s mentálním postižením se průběh těžko zaznamenával do tabulek, jelikož i na dětech, které nejevily známky zlepšení, byly patrné drobné postupy, ať už se jednalo o komunikaci, emoční rozpoložení či spolupráci.

Tato práce je zaměřena na oblast sebesycení, kde je nutno podotknout, že ve většině případů došlo k dosažení cílů pouze ojediněle nebo vůbec.

Pro účinnost terapie, je nutné ji také zařadit do běžného života a aplikovat nácvik, jak sebesycení, tak jiných složek celý den. Terapie, se tak stane automatickou.

Nezbytnou součástí je spolupráce rodičů jak na terapii, tak v domácím prostředí. Většina terapeutů udává, že rodič má při terapii na dítě pozitivní účinek. Například zklidnění dítěte, větší aktivita dítěte, pocit jistoty, větší motivace dítěte a schopnost rodiče vcítit se do situace dítěte. Terapeut tak má lepší přehled o pokroku v určitých oblastech.

Ergoterapeut je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Právě u dětí s mentálním postižením, se kterým jsou spojeny i jiné zdravotní komplikace, je tato spolupráce odborníků, ať se jedná o lékaře, logopeda, psychologa, fyzioterapeuta, anebo další pracovníky, velmi příznivá.

V ergoterapii se nejedná jen o řešení zdravotního omezení, ale i o celkovou osobnost jedince a schopnost pomoci mu v dosažení co největší kvality života. Ergoterapeut musí být při terapii s dítětem trpělivý a kreativní, jelikož ke každému dítěti nutno přistupovat jinak a to co je účinné u jednoho pacienta, nemusí být účinné i u jiného se stejnou diagnózou.

Pro zdravé jedince je sebeobsluha automatická, takže ji považují za samozřejmou. Je těžké připustit si, že dítě s mentálním postižením může zůstat na úrovni dítěte celý život a některé složky sebeobsluhy nebude schopno samostatně provádět.

Nicméně vždy je důležité v terapii vytrvat a být optimistický, jelikož medicína postupuje stále dopředu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, Petra a Pavel, ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011, 144 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.

CASTILLO MORALES, Rodolfo. 2006. Orofaciální regulační terapie. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

FERANCOVÁ, Michaela. Psychomotorický vývoj dítěte. *Lékaři-online. cz* [online]. 2011 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1802-1751. Dostupné z: [https://www. lekari-online. cz/detske-lekarstvi/novinky/psychomotoricky-vyvoj-ditete](https://www.lekari-online.cz/detske-lekarstvi/novinky/psychomotoricky-vyvoj-ditete)

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Kapitoly ze sociální psychologie*. Liberec: Technická univerzita, 2001. ISBN 8070835621.

HALEY, Stephen M. , et al. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, Standardization and Administration Manual. Version 1. 0. Boston: Boston University, 1992. 300 s.

HINTNAUSOVÁ, Marie a HINTNAUS, Ladislav. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí se zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999

JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-725-4730-5.

JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody SNOEZELEN u osob s mentálním postižením*. 1. Pedagogická fakulta OU, 2010, 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.

JAVŮRKOVÁ, Alena a RAUDENSKÁ, Jaroslava. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

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

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie*. Dostupné z:http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KEARNEY, Christopher A. a Timothy J. TRULL. *Abnormal psychology and life: a dimensional approach*. Student ed. Belmont, CA: Wadsworth, c2012. ISBN 1111343764.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s. , 2005, ISBN 80-247-0852-3

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 368 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996, 45 s. ISBN 80-902134-1-3.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: 2008. 248 s. ISBN 978- 80- 244- 2071- 4.

MAREŠ, Jiří. *Manuál pro tvůrce a uživatele studentského posuzování výuky*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 8024612348.

MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně - právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

SEIFERTO VÁ, Jarmila. Komunikace praktického lékaře pro děti a dorost: Komunikace s kolegy, specialisty. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2016, 17(2), 102-103. ISSN 1213-0494.

SVĚCENÁ, Kateřina. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre praxi*. Bratislava: Solen, 2013, 14(3), 133-135. ISSN 1335-9592. Dostupné také z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>

SCHOTT, Heinz. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print , 1994. ISBN 80-85873-16-8

STARÁ, Miloslava. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. Praha: Tech-Market, 1996.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

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

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-x.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 1999. 353s. ISBN 8071848034

VALENTA, Milan a Jan MICHALÍK. *Mentální postižení*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4. , aktualiz. a rozš. vyd. , V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-246-0708-5.

WHO: MKN-10. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů: desátá revize. 2. aktualizované vydání. Praha: WHO, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3 [online]. [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://zdravi.geogr.muni.cz/zdroje/mkn.pdf>.

SEZNAM ZDROJŮ OBRÁZKŮ

<http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/hodnoceni-funkcniho-stavu-pacienta.html>

Mahoney FI, Barthel D“ Functional evaluation: the Barthel Index. ” Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Použito se svolením

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - FIM Test

Příloha 2 - PEDI Test

Příloha 3 - Index Barthelové

Příloha 4 - Speciální lahvička s pítkem

Příloha 5 - Speciální příbor - vidlička

Příloha 6 - Speciální příbor - lžíce

Příloha 7 - Speciální hrnek s oboustranným úchopem

Příloha 8 - Panel nástrojů - cvoček, knoflík

Příloha 9 - Panel nástrojů - tkanička

Příloha 10 - Panel nástrojů - suchý zip

Příloha 11 - Panel nástrojů - zip

Příloha 12 - Panel nástrojů

PŘÍLOHA 1

Obrázek 1 FIM Test

Jméno: _____ Datum přijetí: _____ Datum propuštění: _____

FUNKČNÍ MÍRA NEZÁVISLOSTI FIM

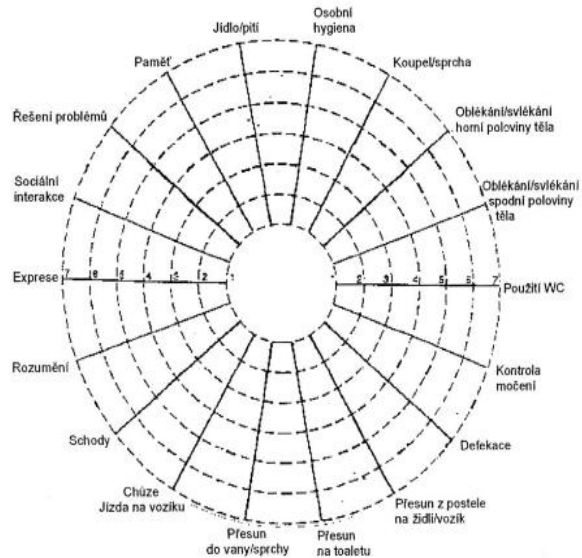
Ú R O V N Ě	7 Úplná nezávislost	NEVYŽADUJE ASISTENCI	
	6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	VYŽADUJE ASISTENCI	
	5 Modifikovaná závislost Supervize (dohled)		
	4 Minimální asistence (klient = 75%+)		
	3 Mírná asistence (klient = 50%+)		
	2 Úplná závislost Maximální závislost (klient = 25%+)		
	1 Celková závislost (klient = 0%+)		

	Příjem	Propuštění	Následná péče
Osobní hygiena			
A. Příjem jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Osobní hygiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Koupání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Oblékání – horní polovina těla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Oblékání – dolní polovina těla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Použití WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrola sfinkterů			
G. Kontrola močení, část I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
část II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Kontrola vyprazdňování, část I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
část II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přesuny			
I. Postel, židle, vozík	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Toaleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Vana, sprchový kout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokomoce			
L. Chůze/Jízda na vozíku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Schody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikace			
N. Rozumění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expres (vyjadřování)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociální schopnosti			
P. Sociální interakce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Řešení problémů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Paměť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celkově FIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1993 Uniform Data System for Medical Rehabilitation

FIM - Functional Independence Measures

Jméno: _____
Rodné číslo: _____
Datum: _____



- | | |
|--------------------------------------|------------------------|
| 7 Úplná samostatnost | bez pomoci druhé osoby |
| 6 Modifikovaná samostatnost | |
| 5 Dozor | |
| 4 Minimální asistence (méně než 25%) | |
| 3 Střední asistence (25% až 50%) | |
| 2 Velká asistence (50% až 75%) | |
| 1 Úplná asistence (75% až 100%) | |

Zdroj: <http://www.poranenimozku.cz>, 2013

PŘÍLOHA 2

Obrázek 2 PEDI Test

Oblast	I. ČÁST: Funkční schopnosti		II. ČÁST: Asistenční pomoc III. ČÁST: Modifikace
	Kategorie (podjednotky)	Počet položek	
Sebeobsluha	Komunikace jídla	4	Jedání
	Používání příborů	3	
	Používání nádob k pití	3	
	Čištění zubů	3	Péče o sebe
	Česání vlasů	4	
	Péče o nos	3	
	Mýtí rukou	3	Koupení
	Mýtí těla a obličejů	3	
	Obláčení trička / svetry / košile	3	Obláčení horní poloviny těla
	Zapínání oděvů	3	
	Kalhoty	3	Obláčení dolní poloviny těla
	Boty / Pomůcky	3	
	Toaleta	3	Toaleta
	Kontrola močení	3	Kontrola močení
Kontrola stolice	3	Kontrola stolice	
Mobilita	Přesuny na toaletu	3	Přesuny na židli / toaletu
	Přesuny na židli nebo vozík	3	
	Přesuny do auta	3	Přesuny do auta
	Mobilita na látku / Přesuny na látku	4	Mobilita na látku / přesuny
	Přesuny do vany	3	Přesuny do vany
	Způsob lokomoce v interiéru	3	Lokomoce v interiéru
	Lokomoce v interiéru: Vzdálenost / Rychlost	3	
	Přemisťování předmětů v interiéru	3	
	Způsob lokomoce v exteriéru	2	Lokomoce v exteriéru
	Lokomoce v exteriéru: Vzdálenost / Rychlost	3	
	Lokomoce v exteriéru: Terén	3	
	Mobilita po schodech nahoru	3	Schody
	Mobilita po schodech dolů	3	
Sociální funkce	Porozumění významu slov	3	Funkční porozumění
	Porozumění komplexnosti vět	3	
	Funkční využití komunikace	3	Funkční vyjadřování
	Komplexnost vyjadřování	3	
	Řešení problémů	3	Zapojování se do řešení problémů
	Sociální interakce při hře s dospělým	3	
	Interakce s vrstevníky	3	Hra s vrstevníky
	Hra s předměty	3	
	Identifikační údaje	3	
	Orientace časem	3	
	Domácí práce	3	
	Sebeobrana	3	Bezpečnost
Fungování ve společnosti	3		

Zdroj: Haley et al. , 1992

PŘÍLOHA 3

Obrázek 3 Index Barthelové

INDEX BARTHELOVÉ

	<i>S pomocí</i>	<i>Samostatně</i>
1. Jezení (pokud potřebuje jídlo nakrájet – pomoc)	5	10
2. Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět (včetně posazení na lůžko)	5-10	15
3. Osobní hygiena (umytí obličeje, učešání, oholení, vyčištění zubů)	0	5
4. Posazení se na toaletu a vstání z ní (manipulace s oděvem, utření, spláchnutí)	5	10
5. Koupání nebo sprchování	0	5
6. Chůze na rovném povrchu (nebo pokud není schopen/schopna chodit, pohánění invalidního vozíku) *skórujte pouze tehdy, pokud není schopen/schopna chodit	10 0*	15 5*
7. Chůze do schodů a ze schodů	5	10
8. Oblékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	5	10
9. Ovládání stolice	5	10
10. Ovládání močení	5	10

Informace o autorských právech

Barthel Index[®] MedChi, 1965. Všechna práva vyhrazena.

Držitelem autorských práv na Bartheliv index je Maryland State Medical Society. Může se používat zdarma pro nekomerční účely s následující citací:

Mahoney FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Použito se svolením

K úpravě Barthelova indexu nebo k jeho použití pro komerční účely je nutné povolení.

Barthel Index - Czech Republic/Czech - Version of 20 Apr 16 - Mapi.
0003770 | Barthel-Index_A02_E_Cze-02.doc

Zdroj: Mahoney FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Použito se svolením

PŘÍLOHA 4

Obrázek 4 Speciální lahvička s pítkem



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 5

Obrázek 5 Speciální příbor - vidlička



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 6

Obrázek 6 Speciální příbor - lžíce



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 7

Obrázek 7 Speciální hrnek s oboustranným úchopem



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 8

Obrázek 8 Panel nástrojů - cvoček, knoflík



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 9

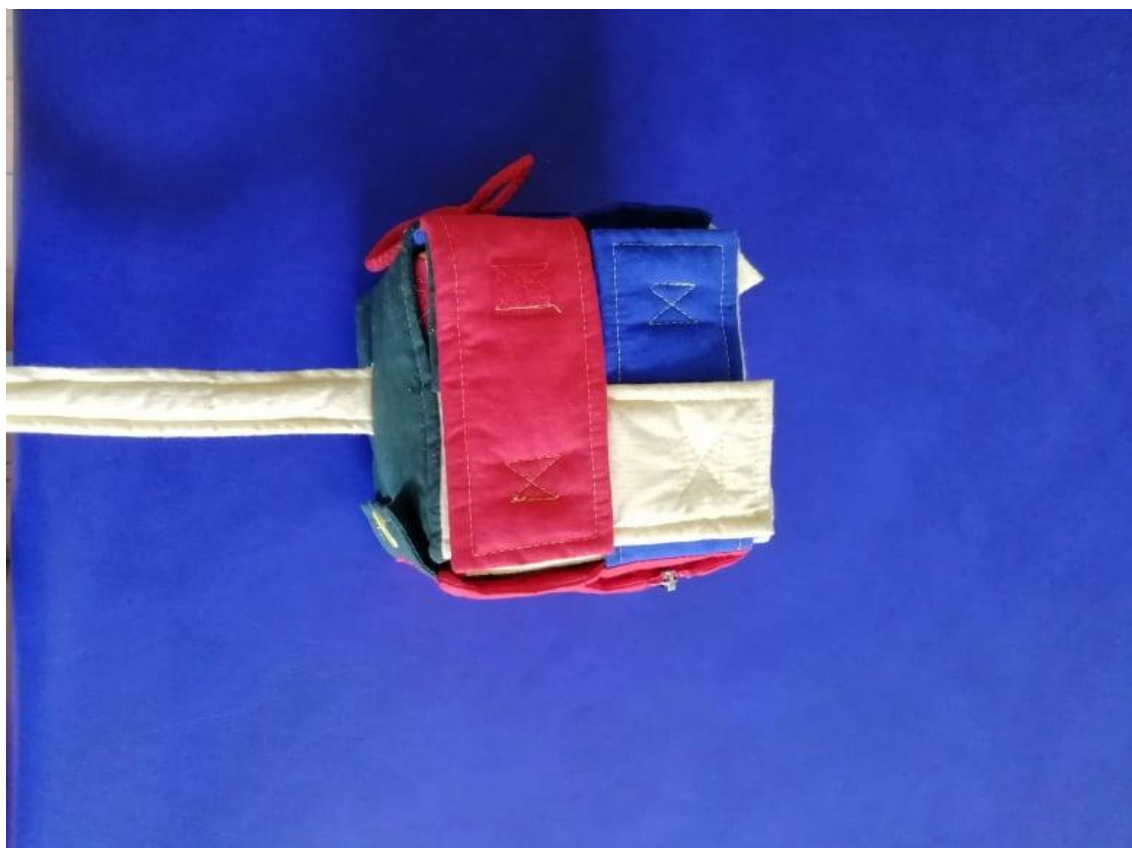
Obrázek 9 Panel nástrojů - tkanička



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 10

Obrázek 10 Panel nástrojů - suchý zip



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 11

Obrázek 11 Panel nástrojů - zip



Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 12

Obrázek 12 Panel nástrojů



Zdroj: Vlastní