

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2018**

**Radmila Procházková**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Radmila Procházková

Aplikace ergoterapie u dítěte s dětskou mozkovou obrnou v pojetí speciální pedagogiky

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Hana Karunová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Olomouci dne 20. dubna 2018

.....

Radmila Procházková

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Haně Karunové, Ph.D. za vedení bakalářské práce a za rady, které mi během práce poskytla.

## Obsah

1	Úvod.....	6
2	Uvedení do tématu .....	7
2.1	Definice a etiologie dětské mozkové obrny.....	7
2.2	Formy dětské mozkové obrny.....	8
2.3	Edukace žáků s dětskou mozkovou obrnou.....	10
2.3.1	Možnosti vzdělávání žáků s DMO .....	10
2.3.2	Raná péče.....	10
2.3.3	Podmínky vzdělávání .....	11
2.3.4	Individuální vzdělávací plán.....	11
2.4	Ergoterapie.....	12
2.4.1	Historie ergoterapie .....	13
2.4.2	Cíle ergoterapie.....	14
2.4.3	Techniky a činnosti ergoterapeuta.....	16
2.4.4	Prostředky ergoterapie.....	17
2.4.5	Specifika ergoterapeutické intervence.....	17
2.4.6	Ergoterapeutický program .....	19
2.4.7	Technické pomůcky v ergoterapii .....	20
3	Kvalitativní výzkum.....	21
3.1	Cíl výzkumu.....	21
3.2	Charakteristika použitých metod a výzkumného prostředí.....	21
3.3	Kazuistika .....	22
3.4	Přímé pozorování ergoterapie .....	24
3.5	Výsledky výzkumného šetření.....	27
4	Diskuse.....	29
5	Závěr.....	31
6	Seznam literatury.....	33
7	Přílohy .....	35

# 1 Úvod

Téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala na základě svých zkušeností z praxe na běžně mateřské škole. Zde jsem měla možnost pracovat s chlapcem postiženým dětskou mozkovou obrnou. Chlapec má těžce narušenou komunikační schopnost, které se snažím porozumět. Velkým problémem je samostatně chodit či sedět, udržet svou pozornost na určitou činnost. Poznala jsem, že vzdělávat a vychovávat takové dítě je náročné nejen pro pedagogy, ale nejvíce pro rodiče. V minulosti lidé, kteří měli jakékoliv postižení (mentální, tělesné) tak byli segregováni do ústavu. V dnešní společnosti se už setkáváme s těmito lidmi přirozeně. A toto postižení už není tabu. Vždy záleží na tom, aby držela rodina pevně při sobě a danou situaci zvládla. V teoretické části práce představuji vymezení pojmu dětská mozková obrna, charakteristiku jednotlivých forem tohoto onemocnění, možnosti vzdělávání žáků s tímto postižením, vymezení pojmu ergoterapie.

V praktické části se věnuji osobní a rodinné anamnéze dítěte s dětskou mozkovou obrnou, průběhu jeho onemocnění, jeho individuálnímu vzdělávacímu plánu a vytvoření ergoterapeutického programu.

Pro zpracování své bakalářské práce jsem využila následujících metod:

- analýzu dokumentů
- kazuistiku dítěte s dětskou mozkovou obrnou
- pozorování a přímou práci s dítětem

## 2 Uvedení do tématu

V následující kapitole vymezíme dětskou mozkovou obrnu a její specifika. Dále se budeme zabývat edukací žáků s dětskou mozkovou obrnou a vymezení pojmu ergoterapie.

### 2.1 Definice a etiologie dětské mozkové obrny

V roce 1959 zakladatel české neurologie Ivan Lesný u nás zavedl pojem dětská mozková obrna (DMO) a nahradil tak původní název z roku 1952 perinatální encefalopatie (Jakobová, 2011). I. Lesný (1980) definoval dětskou mozkovou obrnu jako raně vzniklé poškození mozku, k němuž došlo před porodem, při porodu či krátce po něm, projevující se zejména poruchami hybnosti a vývoje hybnosti. Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je závažné centrální onemocnění, patří mezi nejčtenější neuro-vývojová onemocnění. Je neprogresivním onemocněním. Ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku (Kraus, 2005). DMO je skupinou onemocnění, která jsou charakterizována poruchou kontroly hybnosti lidského těla. Onemocnění způsobuje poruchu mozku a projevuje se postižením pohybového aparátu. Riziko se zvyšuje u dětí předčasně narozených a dětí s nízkou porodní hmotností. Děti s DMO tvoří nejvýraznější skupinu mezi postiženými dětmi, pro jejich hybné postižení, tělesnou neobratnost, která se projevuje v jemné a hrubé motorice, nesoustředěnosti, opožděným vývojem řeči a nerovnoměrným vývojem dítěte, zvýšenou pohyblivostí, těkavostí a neklidem, omezenými komunikačními schopnostmi a překotnými vadami řeči.

*DMO je onemocnění neprogresivní, ale nikoli neměnné. Nejvýraznější změny jsou na muskulo-skeletálním systému. Spasticita omezuje normální hybnost, nedovoluje spontánně sval protahovat, výsledkem je vynucené držení, porucha růstu svalu a vznik kontraktur, deformit kloubu a kostí. Tomuto průběhu zprvu účinně brání vhodná pohybová terapie, později je třeba k ní připojit medikaci a případné ortopedické korekce (Kraus, 2005, s. 23).*

Výskyt mozkové obrny ve vyspělých zemích se odhaduje na 0,1 – 0,2 % populace. V posledních letech dochází k nárůstu případů hlavně v důsledku umožňující přežití nedonošeným, udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodnické a neonatologické péče (Opatřilová, 2010; Šlapal, 2007).

Mozková obrna je komplexem různých poruch. Jejich příčiny jsou rozmanité, ne vždy prokazatelné a navíc se často různě kombinují (Šlapal, 2007). Na vzniku mozkové obrny se

často podílejí dvě až tři příčiny. Většina autorů dělí etiologické činitele mozkové obrny do tří skupin (Lesný, 1980).

Do první skupiny zahrnují prenatální příčiny. Patří sem všechny infekce matky v prvním trimestru těhotenství, krvácení matky v počátečním období těhotenství, hrozící předčasný porod či potrat (krvácení, předčasné kontrakce, dráždivé děložní hrdlo), anoxie (nedostatečné okysličení tkání), oběhové poruchy, EPH gestóza (těhotenská toxikóza), těhotenská hypertenze, faktory nutriční (výživa), glykosurie v těhotenství (prediabetes a diabetes mellitus matky), závažné nemoci v těhotenství (nemoci ledvin, jater), patří sem i nedonošenost a přenošenost plodu, škodlivý vliv má také nejrůznější záření (rentgenové, radiové, nukleární), rizikové zaměstnání těhotné ženy, kouření, alkoholismus či jiná závislost (Mydlil, 1995).

Druhou skupinu tvoří perinatální příčiny. Jsou to příčiny, které souvisí s abnormálními porody (protrahovanými, překotnými, koncem pánevním, císařským řezem nebo kleštěmi), abnormálními polohami plodu, zvláště nebezpečný je předčasný odtok plodové vody, předčasné odlučování lůžka, krátký pupečník, komprese pupečníku, výhřez z pupečníku, uzal na pupečníku, mnohočetné infarkty placenty, asfyxie plodu, přenášení nad 42 týdny (Mydlil, 1995).

Poslední třetí dělení jsou postnatální příčiny. Zde patří infekce centrální nervové soustavy (encefalitis, meningitis), novorozenecká žloutenka, bronchopneumonie, úrazy hlavy, dyspeptické stavy (Mydlil, 1995).

## **2.2 Formy dětské mozkové obrny**

Obdobím, kdy dochází k poškození mozku, je celá doba nitroděložního vývoje, období porodu a dva až tři měsíce, popřípadě až jeden rok po porodu. Projevy mozkové obrny se vyskytují v různých kombinacích a stupních závažnosti. Nejdůležitější je klinický obraz, který je základem členění mozkové obrny. V odborné literatuře jsou uvedeny různé klasifikace. Mezi nejzákladnější členění dětské mozkové obrny patří forma spastická (diparetická, hemiparetická a kvadruparetická) a druhé členění je forma nespastická (hypotonická a dyskinetická).

U spastických (křečovitých) forem mají svaly zvýšené napětí (tonus). Vznikají následkem poškození mozku, který je zodpovědný za volní motoriku. Bývá narušena souhra svalů mezi napětím a uvolněním (Vítková, 2004). Mezi charakteristické rysy řadíme stereotypní pohyby, narušená rovnováha, obtíže v motorice.



Diparetická forma je zastoupena nejčastěji. Nejvíce se vyskytuje u dětí předčasně narozených nebo při krvácení do mozku. Příčinou je poškození mozkových struktur v temenní oblasti. Jedná se o postižení dolních končetin, s minimálním nebo žádným postižením horních končetin (Vítková, 2006; Nevšímalová a kol., 2010). Jsou známy dvě formy diparézy – klasická (těžká) a paukospastická (lehká). Klasická diparetická forma je ochrnutí dolních končetin s kontrakturou adduktorů stehien a flexorů kolenních kloubů. Chůze je nůžkovitá (kolena se třou o sebe), po špičkách s pokrčenými koleny. Projevuje se kolébavou chůzí, též označovanou „lidoopí“. U paukospastické diparézy chybí kontraktura adduktorů stehien, proto se nevyznačuje nůžkovitou chůzí. (Opatřilová, 2010).

Hemiparetická forma je druhou nejběžnější formou. Hlavní příčinou je poškození na protilehlé hemisféře předního mozku (Opatřilová, 2010). Jedná se o ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla, zpravidla bývají postiženy horní končetiny, bez poruchy cití (Defektologický slovník 2000; Vítková, 2006). U hemiparetické formy se často vyskytuje epilepsie (Kraus, 2005).

Kvadruparetická forma je nejtěžší formou mozkové obrny. Vyskytuje se asi u 25 % všech jedinců s mozkovou obrnou (Kraus, 2005). Zde se jedná o ochrnutí všech čtyř končetin. U kvadruparetické formy je častý výskyt mentálního postižení i epilepsie.

Nespastická forma se vyznačuje snížením svalového tonu. Jedná se o chabou obrnu, zpravidla výraznější na dolních končetinách.

Hypotonická forma je oslabení svalového napětí trupu i končetin, a to centrálního původu (Šlapal, 2007). V důsledku zranění mozku se mění tato forma mozkové obrny. Po třetím roce věku se změní ve formu spastickou či dyskinetickou nebo může vymizet. Hypotonický syndrom je samostatným typem onemocnění, ale není zcela jednoznačný. Hypotonická forma je často doprovázena snížením intelektu epileptickými záchvaty.

Dyskinetická (extrapyramidová) forma se dnes vyskytuje vzácněji. Dyskinetická forma není obrnou v pravém slova smyslu, ale projevuje se zejména hadovitými (atetoidními) hyperkinézami hlavy, trupu a končetin a grimasováním v obličeji. Vyznačuje se mimovolními pohyby (Jakobová, 2011).

## 2.3 Edukace žáků s dětskou mozkovou obrnou

V následující kapitole se budeme zabývat možnostmi a podmínkami vzdělávání žáků s DMO, ranou péčí a individuálním vzdělávacím plánem.

### 2.3.1 Možnosti vzdělávání žáků s DMO

Při výchovně vzdělávacím procesu jedinců s DMO je nutné respektovat jejich potíže se sebeobsluhou a obtíže s pohybem. Tyto potíže mohou vést až k celkové nehybnosti a závislosti na pomoci druhých. Pohybové postižení zvyšuje riziko deprivace v oblasti učení, stimulace a sociální zkušenosti. V důsledku nehybnosti dochází k opoždění rozvoje poznávacích procesů i socializace. U dětí s DMO je velký problém s koncentrací pozornosti. Jejich pozornost bývá hůře soustředěná. Často ji lze hodnotit jako celkově nezralou. Jejich sebepojetí může být provázeno prožitky pochybnosti a bezmocnosti o své přijatelnosti pro ostatní. Poruchy řeči u dětí s DMO jsou časté. Většinou se jedná o poruchy artikulace různého stupně, postižení motoriky mluvidel a jejich koordinace. Pohyby mohou být nepřesné a neobratné, může být narušena i dechová koordinace, a proto řečový projev nemůže být přiměřený (Kraus, 2005). Žáci s tělesným postižením se mohou vzdělávat v běžných základních školách, ve speciálních třídách základních škol, ve školách pro žáky s tělesným postižením a v základních školách při zdravotnických zařízeních.

### 2.3.2 Raná péče

*„Ranou péčí se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.“* (Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením in Opatřilová, 2013, s. 39-40).

**Raná péče** je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Raná péče je terénní, případně ambulantní služba, zajišťovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Ranou péčí v ČR zavedla Společnost pro ranou péči, která zřizuje také Střediska rané péče po celé ČR. V této oblasti také působí Asociace pracovníků v rané péči. Uplatňuje se pojem včasná intervence, která je zajišťována příslušnými speciálními pedagogickými centry. Cílem rané intervence je hlavně podpora a

podněcování senzoricke-motorického, sociálního, emocionálního, intelektuálního vývoje dítěte tak, aby se mohlo co možná nejsamostatněji aktivně zapojit do života společnosti (Nováková, 2004).

### **2.3.3 Podmínky vzdělávání**

Jednou z nejdůležitějších podmínek bývá bezbariérový přístup do budovy školy, který umožní samostatný pohyb žáka po škole, na toalety, přístup do všech učeben. Každá překážka žáka s DMO omezuje. U některých jedinců může dlouhodobá závislost na pomoci druhých způsobit pocit méněcennosti. Další důležitou podmínkou pro úspěšný rozvoj a vzdělávání jedince je odpovídající vybavenost vzdělávacího zařízení. Patří sem kompenzační a rehabilitační pomůcky podle individuální potřeby žáka. Mohou to být také technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací (upravená myš, speciálně upravený počítač, speciální klávesnice). Využívají se různé pomůcky pro psaní a kreslení (tzv. trojhranný program, protismykové podložky), pomůcky rozvíjející manuální dovednosti jedinců (dřevěné hračky, stavebnice, textilní hračky, speciálně upravené nůžky).

Mezi kompenzační pomůcky patří hole, berle, pomůcky k chůzi pro žáky částečně pohyblivé, chodítka a kozičky, pomůcky k chůzi pro žáky s horší stabilitou, dětské rehabilitační kočárky, tříkolky (Květonová, Hájková, 2007).

### **2.3.4 Individuální vzdělávací plán**

Individuální vzdělávací plán (dále IVP) sleduje dvě základní roviny. První rovinou je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině sledujeme specifické obtíže, snažíme se eliminovat problémy, omezit příznaky a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je výsledkem spolupráce všech zúčastněných. Je to platná forma pro spolupráci. Pro děti, žáky a studenty se specifickými vzdělávacími potřebami je nezbytné vytvořit individuálně vzdělávací plán. Je to platná forma pro spolupráci. Stává se závazným pracovním dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb a je určen pro všechny osoby, které se podílejí na výchově a vzdělávání těchto žáků. Individuální vzdělávací plán se vypracovává většinou před nástupem žáka do školy, nejpozději však do jednoho měsíce po nástupu žáka do školy. Stává se součástí žákovské dokumentace.

IVP vytváří podmínky pro výchovně vzdělávací proces každého žáka. Stanovuje krátkodobé a dlouhodobé cíle výuky, které vychází z diagnózy žáka. IVP specifikuje úroveň

žáka, umožňuje mu pracovat individuálním tempem a podle jeho vlastních schopností. Pro žáka má IVP motivační význam a pro učitele je výchozím dokumentem pro individuální vyučování a hodnocení. Na vypracování IVP se podílí celá řada odborníků, kteří s žákem pracují (třídní učitel, pedagogové, speciální pedagog). Za zpracování IVP zodpovídá ředitel školy. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, z výsledků speciálně pedagogického vyšetření, z doporučení praktického lékaře, z vyjádření rodičů, z psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, speciálního pedagoga (Vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění).

## 2.4 Ergoterapie

Ergoterapie je léčebná metoda, její název je odvozen z řeckého ergon (práce) a therapia (léčení). V roce 1914 první definici ergoterapie vyslovil autor názvu ergoterapie a zakladatel profese George Barton. Podle Světové federace ergoterapeutů je ergoterapie profese, která se zabývá celkové pohody jedince a podporou zdraví prostřednictvím činnosti či zaměstnání. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve které činnost probíhá nebo také prováděním samotné činnosti či zaměstnávání (Krivošíková, 2011).

Česká asociace ergoterapeutů (2008) uvádí následující definici: „*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 (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“.* (in Jelínková, Krivošíková a kol., 2009, s. 13).

Důležitou součástí terapie DMO je léčba smysluplnou činností např. hrou nebo prací. Tato metoda je velmi účinná, pro niž se musí sestavit individuální terapeutický plán, který respektuje potřeby pacienta a stupeň postižení. Ergoterapie rozvíjí schopnost vykonávat běžné

denní potřeby, samostatnost, také může pacienta připravovat pro jeho budoucí zaměstnání. Prací se rozvíjí koordinace pohybů, jemné motorické dovednosti. Ergoterapie pomáhá začlenění klienta do společnosti, návratu jeho společenských, fyziologických a pracovních koordinací pohybů funkcí. Podle zájmu člověka, jeho zkušenosti, potřeb a podmínek se vybírají ergoterapeutické techniky (Krivošíková, 2011). Během dne vykonáváme hodně činností, které jsou důležité pro každodenní život. Bereme je jako přirozené a to, že jsou tak důležité si ani neuvědomujeme. Patří sem hygiena, oblékání, příprava jídla a jiné. Ve chvíli, kdy se nám stane např. nemoc, úraz, nebo tělesné postižení, tak si uvědomíme, jak je tato aktivita potřebná. V takovém případě nám může pomoci ergoterapie.

Cíle a prostředky ergoterapie můžeme členit dle věku klientů. U dospělých klientů na ergoterapii navazuje speciální andragogika. Je potřeba sledovat vývoj člověka v oblasti motorické, senzorycké, kognitivní, emoční, sociální nebo v oblasti nácviku denních činností (Jakobová, 2007)

### **2.4.1 Historie ergoterapie**

V 18. století se v Čechách s nastupující průmyslovou výrobou zlepšovala léčebná péče. Stavěly se nemocnice, ale péče v nich nebyla na dobré úrovni. Postupně se zdokonalovaly. V 19. století se zlepšila péče i o tělesně postižené a díky sociální péči i o duševně nemocné. Klád se velký důraz na význam léčby prací u pacientů tělesně postižených. V roce 1850 začaly první pokusy o zavádění pracovní léčby a rehabilitace v Ústavu pro choromyslné v Praze. Ředitel ústavu viděl v práci možnost léčby pacientů hlavně tam, kde selhaly jiné prostředky péče. Ve světě tak i u nás se začala uplatňovat léčba prací v psychiatrii a psychiatrických léčebnách. Tuto léčbu zahájil profesor Čermák v psychiatrické léčebně v Brně. Zde pracovali pacienti v zemědělských provozech a na ústavní zahradě. Později vznikaly dílny s řemeslnou výrobou, dílny se zaměřením technickým, výtvarné nebo keramické dílny. V 19. století léčbu prací také zaváděl Vincenc Priessnitz v lázních Jeseník. O rozvoj ergoterapie se v roce 1913 velmi zasloužil profesor Rudolf Jedlička, ve svém ústavu v Praze při léčbě dětí s tělesným postižením. Jedličkův ústav používal cvičné dílny (truhlářskou, krejčovskou a ortopedickou dílnou). Po první světové válce byla ergoterapie využívána při znovuzачlenování válečných invalidů, kteří už nemohli vykonávat své původní povolání.

Na profesora Jedličku navázali další lékaři a pedagogové z ústavu, František Bakule nebo Augustin Bartoš. Zabývali se uplatněním práce ve výchově tělesně postižených dětí a rozšiřovali ústav o ústavní dílny. Také se zasloužili o rostoucí uplatnění svých svěřenců.

Ergoterapeuti se podíleli na léčbě následků dětské mozkové obrny. Jejich cílem bylo posilování oslabených svalů, tím vznikla cílená ergoterapie. Rehabilitační ústav v Kladrubech byl otevřen v roce 1947, kde se pod vedením dr. Karpina rozvíjela moderní rehabilitace nejčastěji pro amputované, později pro paraplegiky a kvadruplegiky. K postupnému zlepšení postavení ergoterapie a osamostatnění v ČR přispělo založení České asociace ergoterapeutů (ČAE) v roce 1994. Od roku 2005 lze ergoterapii studovat jako samostatný obor pouze na vysokých školách. V posledních letech se stává ergoterapie důležitou, při vyhledávání vhodného pracovního zařazení osob s postižením, při sestavování dovedností a pracovních možností. (Jelínková a kol., 2009).

## **2.4.2 Cíle ergoterapie**

Cíle oboru ergoterapie jsou na různých úrovních, od rozvoje dovedností potřebných pro vykonávání úkonů přes zapojení do aktivit až po umožnění sociálního začlenění. Hlavním cílem ergoterapie je dosáhnout pro klienta uspokojivé úrovně a rovnováhy při provádění sebeobslužných a pracovních činností dále aktivit volného času, které podpoří uzdravení, lepší pocit osobní pohody a sociální participaci. Cíl intervence závisí od individuálních potřeb, cílů a preferencí každého klienta, proto je možné výstupy intervence vyjádřit tím, jaký přínos mají pro klienta a jak přispívají k jeho spokojenosti a pocitu a naplnění. Ergoterapii rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé cíle. Krátkodobé cíle jsou zaměřené na podporu, rozvoj a ztrátu schopnosti v senzomotorické, kognitivní, psychické a sociální oblasti. Dlouhodobé cíle jsou zaměřené na uspokojování rovnováhy při vykonávání sebeobslužných nebo pracovních činností, začlenění do společnosti a lepší pocit z vlastního úspěchu. Ergoterapii lze provádět čtyřmi různými způsoby. Způsob vybíráme podle toho, jakého máme klienta a čeho s ním chceme dosáhnout (Jelínková a kol., 2009).

První způsob je kondiční ergoterapie, která se zabývá zaměstnáváním pacienta ve volném čase. Tato terapie se nezaměřuje na pacientovu diagnózu, ale na člověka jako na celek. Cílem kondiční ergoterapie je vyplnění volného času klienta, odpoutání pozornosti od diagnózy, procvičování mozkových funkcí nebo prevence hospitalizačního syndromu. Kondiční ergoterapie ovlivňuje složku biologickou. Dále pomáhá udržovat dostatečné kloubní rozsahy, funkci dechového a oběhového systému, svalovou sílu, ovlivňuje celkovou fyzickou, ale především také psychickou kondici člověka. Při volbě a plánování kondiční ergoterapie se terapeut musí řídit zájmy klienta. Kondiční ergoterapie obsahuje tanec, zpěv, poslech hudby, sport, turistika, různé výtvarné techniky a hry. Druhý způsob je provádění cílené ergoterapie,

kteřá se na rozdíl od kondiční zaměřuje na diagnózu klienta, na jeho konkrétní problém, postižení či poruchu. Jedná se o soubor činností, které obnovují postižené funkce a udržují zdravé funkce. Cílem je tedy zabránění zhoršování poruchy či naučení klienta s danou poruchou žít, náprava poruchy a vybavit ho vhodnými kompenzačními pomůckami (Kubínková, Křížová, 1997).

Trénink ADL je další možnost, jak provádět ergoterapii. Jsou to každodenní činnosti, které lidé provádějí, aby zajistili každodenní péči o vlastní osobu. Činnosti se provádějí samostatně, automaticky a pravidelně, jsou součástí našich individuálních návyků a vztahují se k pohlaví, věku a období dne. Tyto činnosti můžeme rozdělit do tří hlavních oblastí. První oblastí je funkční mobilita (pohyblivost na lůžku, chůze, mobilita v komunitě a mobilita související s pracovní činností). Druhou oblastí je osobní péče (příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, svlékání a použití toalety). Do poslední oblasti patří péče o domácnost (příprava jídla, nakupování, telefonování, užívání léků, praní prádla, manipulace s financemi). Běžné denní činnosti lze dále rozdělit na takzvané personální, což jsou bazální, velmi osobní až intimní činnosti, které často souvisejí s individuálními návyky člověka a na činnosti instrumentální neboli činnosti širší soběstačnosti. Úkolem ergoterapeuta je naučit klienta soběstačnosti a samostatnosti (Jelínková, 2009).

Poslední způsob provádění ergoterapie, je terapie zaměřená na pracovní začlenění klientů. Hlavní úlohu zde hraje ergodiagnostika, která stanoví změny, přizpůsobení zaměstnání i celkový způsob života stavu nemoci a dočasným, případně trvalým následkům. Tato ergoterapie je velmi důležitá pro osoby, které vlivem úrazu nebo onemocnění musí změnit nebo přizpůsobit své zaměstnání. Předpracovní ergoterapie připravuje klienta na vykonávání určitého zaměstnání. Ergoterapeut má za úkol připravit klienta k návratu do původního zaměstnání, pokud je klient toho schopen. Klient, který má určitá omezení, připraví ho terapeut k návratu do zaměstnání, ale s úpravami pracovního programu nebo s úpravami pracovního prostředí (úpravy nábytku, náradí, ergonomické úpravy, odstranění architektonických bariér atd.). Pokud se klient nemůže vrátit do původního zaměstnání s upravenými podmínkami, které byl zvyklý vykonávat, většinou je na řadě uznání částečného či plného invalidního důchodu nebo rekvalifikace k jinému pracovnímu zařazení. Ergoterapeut svému klientovi při přípravě na budoucí zaměstnání vytvoří simulované pracovní prostředí podle popisu klienta. V tomto prostředí, které by se mělo nejvíce podobat pracovnímu prostředí klienta, pak terapeut nacvičuje s klientem činnost, kterou jeho práce obnáší. Cílem je zjistit, zda klient zvládne pracovat v tomto pracovním prostředí. Pokud

činnosti nezvládne, následuje alternativní řešení ve formě úpravy pracovních podmínek, prostředí atd., (Jelínková, 2009; Kubínková a kol., 1997; Pfeiffer, 1989).

Pracovní rehabilitace, ergodiagnostika je jedna z hlavních oblastí ergoterapie. Je důležitá pro lidi v produktivním věku, kteří jsou postižení nebo dlouhodobě nemocní a musí změnit své povolání. Dále se zabývá mladými lidmi s mentálním, tělesným postižením, kteří chtějí vstoupit do pracovního procesu. Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění je důležitá pro lidi s mentálním postižením z více důvodů. Důležitá je především aktivita, aby naplňovala potřeby smysluplné práce. Další naplněním je seberealizace, kdy může klient ukázat, čeho chce ve společnosti dosáhnout. Třetím důvodem jsou peníze, jako odměna za vykonanou práci, při které si klient může uspokojit své potřeby. Předposledním důležitým bodem je sociální kontakt, kdy má možnost klient poznávat nové lidi a navazovat kontakty. Poslední důležitou složkou je samostatnost a nezávislost (Müller, 2005).

### **2.4.3 Techniky a činnosti ergoterapeuta**

Ke kompetencím ergoterapeuta patří následující činnosti a techniky, které se řídí vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. První důležitou činností je realizace ergoterapeutického vyšetření. Sem patří analýza činností pacienta, orientační vyšetření kognitivních funkcí, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, analýza běžných denních činností. Další činností je hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) personálních nebo instrumentálních, hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit. Vždy se musí sestavit krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie na základě ergoterapeutického vyšetření. Ergoterapeut navrhuje zhotovení kompenzačních a technických pomůcek. Podílí se na nácviku personálu a pacientů, jak tyto pomůcky využívat. Další důležitou činností je poskytování poradenských služeb a instruktáže v prevenci vzniku komplikací u imobilních pacientů, spolupráce s ošetřujícím personálem a rodinou klienta. Poskytuje poradenství v oblasti adaptace a úprav domácího i pracovního prostředí. Podílí se na na ergodiagnostickém vyšetření a předpracovní rehabilitaci, na rehabilitaci kognitivních funkcí a nácviku komunikačních a rozumových dovedností ve spolupráci s ostatními odborníky a na sociální rehabilitaci klientů se zdravotním postižením.



## 2.4.4 Prostředky ergoterapie

K hlavním prostředkům ergoterapie patří nácvik sebeobsluhy. Jejím cílem je nácvik denních aktivit a obnovení schopnosti, přesunů, mobility na lůžku, oblékání a základní hygieny. Dalším prostředkem ergoterapie je testování kompenzačních pomůcek. Zvolit vhodné kompenzační pomůcky, které do určité míry mohou zmírnit funkční deficit a překážky bariérového prostředí. Ergoterapeut se může podílet na návrhu mechanického a elektrického invalidního vozíku, který vyhovuje stupni postižení. Základem individuální ergoterapie je výcvik funkční schopnosti a mobility. Jejím cílem je výcvik maximálního obnovení funkce a snížit funkční deficit mobility pacienta. Další prostředek ergoterapie je instruktáž a zácvik rodiny. Rodině jsou předávány informace o reziduálních schopnostech chůze a přesunů. Předvádí se také účel navržené kompenzace. Důležitý je kognitivní trénink, kdy ergoterapeut se podílí na výcviku mozkových funkcí. Vždy musí vycházet z hodnocení logopeda a psychologa. Posledním nejdůležitějším prostředkem ergoterapie jsou hodnocení a testy. Ergoterapeut využívá škálu hodnotících testů, které zhodnotí závislosti klienta na účasti druhé osoby a stupeň postižení. Hodnocení je podkladem pro získání technických a kompenzačních pomůcek, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života postiženého jedince.

## 2.4.5 Specifika ergoterapeutické intervence

U jedinců s mozkovou obrnou má ergoterapie svá specifika. Nejprve je ovlivněna především rozsahem a kombinací poruch, protože mozková obrna je velmi různorodé postižení. Vždy je proto nutné zachovat individuální a komplexní přístup. Dítě s vrozeným hybným postižením se musí hodně aktivit teprve naučit, proto je důležité brát v úvahu jeho aktuální úroveň vývoje hybnosti a z ní vycházet, protože dítě s vrozeným postižením poznává okolní prostředí na základě rozvoje hybnosti a zapojování smyslů. To je zásadní rozdíl oproti osobám se získaným postižením, které navazují na své předchozí dovednosti (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Mezi podporované oblasti motoriky řadíme hlavně hrubou motoriku, jemnou motoriku, koordinace pohybů, smyslové vnímání, sebeobsluhu a aktivity denního života. Hrubá motorika u jedince s DMO je ovlivněna zvýšeným nebo sníženým svalovým tonem. V důsledku toho jsou fixovány patologické pohybové vzorce. Dítěti je potřeba poskytnout podněty, aby se dokázalo učit správným pohybovým vzorům. Oblast jemné motoriky je ovlivněna špatnou hybností horních končetin a addukcí palce do dlaně. Dítěti tak dělá velký problém kvalitní úchop s opozicí palce. Ergoterapeut se tedy zaměřuje na zlepšení hybnosti a

citlivosti hybnosti horních končetin, nácvik úchopů, grafomotorické cviky, protahování končetin, dále na podporu koordinace oko-ruka a souhry obou rukou. Je potřeba se dále věnovat dominanci rukou, kdy jedna bývá zpravidla manipulační a druhá fixační.

Tím, jak se rozvíjí jemná motorika, souvisí i rozvoj percepce, kdy podporujeme poznávání okolního světa zapojením smyslů. Dále sem řadíme vnímání tvaru, vnímání pohybu a polohy trupu a končetin. Mezi aktivity běžného denního života patří stravování, oblékání, koupání, osobní hygiena, udržení moči (stolice), používání WC, mobilita, přesuny z lůžka na židli (vozik) a naopak. Podle druhu postižení může jedinec s DMO vykonávat sebeobslužné aktivity sám, s pomocí kompenzačních pomůcek, s dopomocí druhé osoby nebo s plnou pomocí druhé osoby (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

Oblékání a svlékání jsou činnosti obtížné na jemnou motoriku, rovnováhu, laterality, koordinaci, svalovou sílu atd. (Foster, 2008). Při oblékání mívají jedinci s DMO fyzické potíže s udržením rovnováhy, s udržením zrakové kontroly úkonu prováděného rukou, s kontrolou končetin. Pro odstranění těchto problémů je velmi důležité zajistit odpovídající polohu, která zvládne jedinci udržet rovnováhu. Pro jejich zvládnutí je nutné úkol rozdělit do několika dílčích kroků. Jedinec s DMO se při oblékání může setkat i s percepčními problémy způsobenými špatnou orientací v prostoru a chybným vnímáním jednotlivých částí těla (Wilsdon, 2008). Nácvik oblékání a svlékání především závisí na schopnosti jedince. U malých dětí bývají činnosti většinou pojaty formou hry. Děti učí oblékat nejdříve panenku nebo medvídku, pro starší jedince lze využít různé manipulační desky k tréninku zapínání zipů, knoflíků a až poté se jedinec věnuje nácviku oblékání na svém těle. Platí zásada posloupnosti od jednoduššího k obtížnějšímu. V praxi to znamená, že se jedinec nejdříve věnuje svlékání a pak teprve oblékání. Dále třeba brát ohled na to, že nejdříve se obléká více postižená strana (Best a kol., 2008).

Stravování je jednou ze základních lidských potřeb. Mělo by pro jedince s postižením představovat příjemnou součást dne, která vede k získání energie pro výkon dalších aktivit (Jelínková, 2008). Patří sem příprava jídla, stolování a samotný příjem jídla a pití. Někteří jedinci se závažným kombinovaným postižením musí být vyživováni sondou, většina jedinců s DMO přijímá potravu orálně, i když se u nich většinou vyskytují různé obtíže zpravidla přetrvávající až do dospělosti (Foster, 2008; Kraus, 2008). Jsou to problémy s polykáním, žvýkáním, zavřením úst. Dále sem řadíme problémy s udržením odpovídající polohy těla, jedinec by neměl ztrácet symetrické postavení a otáčet hlavu na stranu. Velký problém je také zvednout jídlo rukou, nabrat si jídlo vidličkou (lžící), vzít si jídlo z vidličky (lžíce). Nejčastějším problémem je příjem tekutin, jejichž příčinou je špatná pohyblivost jazyka a rtů

(Dočkal, 2005; Wilsdon, 2008). Při stravování je vhodné používat speciálně upravené nádobí a příbory, které usnadní příjem jídla a pití jedincům s nedostatečným úchopem, limitovaným rozsahem pohybů. (Stevens, 2008).

Používání toalety je jedna z nejobtížnějších oblastí sebeobsluhy, ve které si mnoho jedinců s postižením přeje získat nezávislost na druhé osobě, ale pro jedince s kombinovaným postižením je pomoc druhé osoby na místě. Důvodem mohou být problémy se zvládnutím toalety (adaptace, manipulace, oděv) nebo zdravotní důvody, které mohou používání toalety zcela znemožnit. Nejprve před samotným nácvikem toalety je nutné zvážit techniky přesunu, a to zejména u vozíčkářů. Vybavení toalety musí opět splňovat požadavky přístupnosti, bezpečnosti, bezbariérovosti a pohodlí (Foster, 2008; Stevens, 2008).

Mobilita je jedna z oblastí, která se zaměřuje na samostatnou jízdu pomocí vozíku, na přesuny z vozíku na postel, židli, toaletu atd. Vždy se spolupracuje s fyzioterapeuty a provádí se nácvik chůze a udržení rovnováhy (Dočkal, 2005).

## **2.4.6 Ergoterapeutický program**

Ergoterapeutický program je plán, který si vytváří ergoterapeut. Stanoví hlavní cíle terapie, konkrétní cíle ergoterapeutického střetnutí a také aktivity, které klientovi dělají potíže a naopak pokroky, které klient dokázal v průběhu setkání. Mezi základní zásady patří otevřenost, upřímnost, zodpovědnost v konání, dodržování důvěrnosti a možnost vyjádřit svůj názor.

Česká asociace ergoterapeutů (2007) stanoví oporné body ergoterapeutického programu. Prvním bodem je hodnocení. Každý ergoterapeutický program by měl začít na vstupním hodnocení a průběžně hodnotit jednotlivé výstupy terapie. Ergoterapeut by měl umět zjistit, která činnost dělá klientovi problém. K hodnocení se používají standardizované a nestandardizované testy. Dále je důležité plánování ergoterapeutický plánu, který vychází z hodnocení. Samozřejmostí je spolupráce s rodinnými příslušníky a odborníky. Posledním bodem je dokumentace, která obsahuje všechny informace o klientovi, o jeho schopnostech a dovednostech. Dokumentace by měla obsahovat použité metody, objektivní údaje, rozsah poskytovaných služeb, použité metody, terapeutické prostředky.

Každý ergoterapeutický program se skládá z několika fází. První fáze je seznamovací, zde dochází k prvnímu kontaktu mezi terapeutem a klientem. Seznamovací fáze může sloužit jako diagnostická funkce, která se doplňuje informacemi o klientovi. Vytváří se důvěrný vztah mezi klientem a terapeutem, který může ovlivnit úspěšnou terapii. Druhá fáze je hlavní

realizační, kdy si terapeut s klientem stanoví konkrétní cíle k požadovanému výsledku. Činnosti a materiály, se kterými bude klient pracovat, vybírá terapeut na základě cílů, kterých chce dosáhnout. Terapeut zvolí činnosti, které podporují rozvoj schopností. Předposlední fáze je upevňovací, zde si klient rozvíjí a upevňuje naučené způsoby chování, zručnosti a schopnosti. V poslední závěrečné fázi se ukončuje terapie s klientem. Klient je předem informovaný, že se blíží konec jeho terapie. Měl by mít dostatek času na nácvik nových zručností. A také při posledních setkáních by měl terapeut nechat klienta přebrat zodpovědnost sám za sebe (Valešová, Malecová, 2011).

### **2.4.7 Technické pomůcky v ergoterapii**

Aplikace technických prostředků hraje důležitou roli na cestě k samostatnosti osob s postižením. Ergoterapeut by měl být odborník, který se o aktuální nabídku technických pomůcek zajímá a umí vyhledat a nabídnout vhodný prostředek. Technické prostředky mohou být velmi jednoduché po stránce výroby – nástavce na tužku, komunikační tabulky) nebo také technicky náročné pomůcky – speciální počítače, elektricky poháněné vozíky (Jelínková a kol., 2009).

Technické prostředky můžeme klasifikovat různými způsoby. Dělí se buď podle cílové skupiny, která je využívá (podle druhu postižení), anebo podle činnosti nebo tělesné funkce, kterou pomůcka umožňuje nebo usnadňuje. Technická pomůcka je považována za takovou, která je běžně dostupná na trhu a ergoterapeut ji klientovi doporučí – mikrovlnná trouba, dlouhá lžice na obouvání a další (Votava, 2009).

Kombinované postižení vyžaduje specifický individuální přístup kvůli různým kombinacím forem a stupňů postižení. Nejčastěji se vyskytuje kombinace mentálního postižení s tělesným (např. u DMO). Pro tyto osoby je určen velký počet rozmanitých pomůcek, od pomůcek protetických a drobných pomůcek kompenzačních až po speciální úpravy bytu (Votava, 2009).

### **3 Kvalitativní výzkum**

V následující kapitole uvedeme vlastní kvalitativní výzkum, vymezíme si cíle výzkumu, výzkumné otázky. Od sběru dat se dostaneme k zodpovězení otázek, interpretaci a závěrům.

#### **3.1 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce je popsat využití prvků ergoterapie při výuce žáka s dětskou mozkovou obrnou a zjistit, zda lze tímto způsobem dosáhnout rozvoje osobnosti v oblasti jemné motoriky, hrubé motoriky, vizuomotoriky, grafomotoriky, vnímání, komunikace, rozumových schopností, pozornosti a sebeobsluhy.

Dílčím cílem výzkumu je zjistit, zda ergoterapeutická intervence ovlivnila nejen úroveň jemné motoriky, ale také psychický stav či motivaci k dalším pokrokům.

Výzkumné otázky byly stanoveny tak, aby směřovaly k vyšetření problematiky.

1. Jak přispívají ergoterapeutické prvky k dosahování cílů v oblasti komunikace?
2. Jak přispívají ergoterapeutické prvky k dosahování cílů v oblasti jemné motoriky?

#### **3.2 Charakteristika použitých metod a výzkumného prostředí**

Kvalitativní výzkum se snaží o všestranný a podrobný popis konkrétního případu či události. Jedná se o jakýkoli výzkum, kdy jeho výsledky nejsou dosaženy pomocí statistických metod. Výzkumník by měl být v intenzivním kontaktu se situací zkoumaného jedince. Základními metodami jsou dotazování, pozorování a sběr dokumentů (Hendl, J. 2005).

Níže bude prezentován kvalitativní výzkum opírající se o kazuistiku jedince, přímé pozorování ergoterapie, nestandardizované rozhovory s matkou.

Výzkumné šetření se uskutečnilo v mateřské škole v Dubě nad Moravou v Olomouckém kraji. Mateřská škola má celkem 60 dětí ve věku 3-7 let. Je rozdělena do tří tříd. Kromě zdravých dětí mateřskou školu navštěvuje i dítě s diagnózou mozkové obrny, Matěj. V přízemí se vzdělává Matěj s účastí asistenta pedagoga. Sociální zařízení splňuje podmínky bezbariérovosti. Vzhledem k nízkým finančním prostředkům není v budově zřízen bezbariérový výtah, tudíž musí Matěj každý den absolvovat chůzi s asistentem pedagoga po schodech ke stravování. Třída, ve které se Matěj vzdělává, je vymalovaná pestrými barvami doplněná obrázky zvířátek. Je vybavená nástěnkami, klavírem, hracími koutky, interaktivní

tabuli a relaxačním koutkem. V prostoru třídy jsou umístěny stoly s židlemi. Matěj používá svou uzpůsobenou židli (obr. 1) a sedí společně u stolu s pěti dětmi a za přítomnosti asistenta pedagoga. Součástí mateřské školy je velká zahrada. Děti zde mají k dispozici průlezky, klouzačku, houpačku a vláček. Na školním dvoře je vybudováno dopravní hřiště a pískoviště.

### 3.3 Kazuistika

Kazuistika zpracovává případ konkrétního jedince od zjištění postižení po současnost. Shrnuje všechny dostupné informace (anamnestické údaje, výsledky vyšetření, posudky různých institucí, atd.) a snaží se nalézt vzájemné vztahy mezi nimi, souvislosti a příčiny (Přinosilová, D. 2007).

V naší studii se zabýváme chlapcem Matějem ve věku 6 let, který je postižen spastickou bilaterální formou asymetrickou dětské mozkové obrny. Má spodní pásmo středně těžká mentální retardace. Trpí poruchou zraku-strabismus. Matěj je imobilní. Je zcela odkázán na pomoc druhé osoby.

Co se rodinné a osobní anamnézy týče, jeho matka je zdravá, má 34 let, a je vyučena jako prodavačka. Otec je zdravý, má 40 let, získal středoškolské vzdělání jako kuchař. Jejich syn Matěj je osmileté dítě, kterému byla ve třech měsících diagnostikována dětská mozková obrna. Těhotenství probíhalo po celou dobu až do porodu bez komplikací. Porodní hmotnost dítěte byla 2600 g a délka 47 cm. Narodil se do úplné rodiny. Matěj má ještě další 2 mladší sourozence, kteří nemají žádné postižení. Ve 3 měsících poslala lékařka rodiče s Matějem na vyšetření na neurologii z důvodu nedostatečného tělesného vývoje. Byla mu potvrzena diagnóza DMO. Bylo zahájeno cvičení Vojtovy reflexní lokomoce. V 6 měsíci Matěj zvedal hlavu na bříšku a objevil se první úsměv. Velmi dobře reagoval na zvukové hračky. V 10 měsíci prodělal první epileptický záchvat, poté se záchvaty projevovaly častěji. V 18 měsících Matěj absolvoval první měsíční pobyt v lázních Klimkovic, kde probíhala rehabilitace (Klim-therapy). Osvoji si dlaňový úchop, preferoval levou horní končetinu. Ve 3 letech byl převzat do Střediska rané péče v Olomouci. Středisko rané péče zajišťovalo odborné vedení integrace Matěje do běžné mateřské školy v místě bydliště. Od 4 let Matěj nastoupil do mateřské školy na 4 hodiny denně a byl mu přidělen asistent pedagoga. Integrace do běžné mateřské školy měla velký přínos pro Matějův psychosociální vývoj. Od 5 let byl Matěj v péči Speciálního pedagogického centra (SPC) v Mohelnici. Speciálně pedagogické centrum

doporučilo Matějovi odklad školní docházky o jeden rok. Jeho rozumové schopnosti byly rozloženy v dolní hranici středně těžké mentální retardace. V sociální anamnéze popisuje Matěje jako dítě žijící s rodiči v bezbariérovém rodinném domě na vesnici. Rodiče o něj pečují s láskou a empatií. Podporují ho ve všech oblastech rozvoje a k samostatnosti. Jeho mladší bratr má k němu velmi hezký vztah. Matěj má přiznán příspěvek na péči ve IV. stupni- plná závislost. Je držitelem průkazu ZTP/P. Jednou týdně dochází za Matějem ergoterapeutka do mateřské školy, se kterou si dobře rozumí. V mateřské škole poskytuje Matějovi podporu při vzdělávání asistent pedagoga. Během roku jezdí na ozdravné a léčebné pobyty. Zvládá krátkodobá odloučení od matky.

Před nástupem do mateřské školy byla chlapci provedena vstupní diagnostika. Na základě této diagnostiky byla ve škole udělena speciální opatření. Matěj byl diagnostikován jako chlapec s tělesným ( DMO- bilaterální spastická forma asymetrická) a mentálním postižením (středně těžká mentální retardace), který je integrován v běžné mateřské škole v místě bydliště. Matěj je imobilní, zvládá chůzi s držením za obě ruce, na delší trasy je převážen v kočárku. Vlivem jeho diagnózy je narušena oblast jemné motoriky a grafomotoriky. Řeč opožděná po stránce expresivní, recepce pak na znatelně lepší úrovni. V sebeobsluze je nutná celodenní péče dospělé osoby. Podpora asistenta pedagoga v mateřské škole je nadále nutná. Mezi jeho specifické pomůcky patří: specificky uzpůsobená židle, kočárek, specificky tvarovaná lžice, Klokanův kufr- pro rozvíjející a diagnostické aktivity. Po stránce sociálního chování má Matěj krátkodobou reakci na dospělého a velmi nízkou soustředěnost. Má rád volné hry, nerad se účastní skupinové práce s dětmi. V sebeobsluze je zcela odkázán na pomoc dospělého, asistenta pedagoga. U svačinky a oběda je nutno chlapce krmit. Pije samostatně z hrnku s uchy a náustkem. Někdy nechce sedět u stolečku na židli, tak se krmí v koutku. Používá pleny, protože nedokáže říct potřebu na toaletu. Přebalován bývá dle potřeby v průběhu dne. Zvládne pustit a zastavit vodu pákovou baterií. Mytí rukou zvládá s dopomocí asistenta. Dokáže napodobit utírání rukou do ručníku. Snaží se umýt sám pusou, i když je pak celý mokrý. Při oblékání a obouvání potřebuje pomoc asistenta. Zvládne si svléci čepici. Z hraček má v oblibě auta, traktory, vláčkovou dráhu a hraní v dětské kuchyňce. V průběhu vycházky na kočárku bývá upoután opaskem. Jeho rozumové schopnosti odpovídají spodnímu pásmu středně těžké mentální retardaci. Dokáže se orientovat ve známém prostředí (škola, domov), pozná své tělo, orientuje se v režimu mateřské školy a dokáže rozpoznat rodinné příslušníky. Nevládá početní představy, říkadla neříká, tvary a velikosti částečně pozná. Řeč je velmi málo rozvinutá, malá slovní zásoba, ale reaguje na

otázku. Receptivní řeč je na lepší úrovni než expresivní řeč. Vyjadřuje se prostřednictvím jednoduchých slovních spojení (jednoslabičná, dvojslabičná slova). V rámci svého chápání dokáže porozumět obsahu sdělovaných informací. V oblasti hrubé motoriky se odráží Matějova diagnóza. Je imobilní, pohybuje se s dopomocí asistenta a na invalidním kočárku. Má také invalidní vozík, který minimálně ovládá. Dokáže samostatně ujet několik metrů. Sedí s oporou a přes dolní končetiny je upoután páskem. Lokomočně se zvládá otočit z břicha na záda a zpět. Na břicho zvládne vzpor na loktech a následný sed do písmene „W“. Různé přesuny z židličky do kočárku apod. zvládá jen s dopomocí asistenta. Největší problém má v oblasti jemné motoriky. Matěj používá výhradně levou ruku, vážne hybnost zápěstí. Přesto je jeho úchop nedokonalý, dlaňový. Pokouší se o štipcový úchop. Při práci se někdy snaží zapojit i pravou ruku, ale nedokáže ji sám zvednout. Z manipulačních činností zvládá přemísťování a třídění předmětů. Prohlídku knih nezvládá, staví z kostek, zip a zapínání knoflíků nezvládá. Vizuomotorická koordinace je krátkodobá. Pro nácvik grafomotoriky preferuje levou ruku. Samostatně dokáže na papíře jen čaranicí, kterou pojmenuje. V sociálních vztazích s vrstevníky komunikuje s asistentem pedagoga i s paní učitelkou. Do společných aktivit se zapojuje podle nálady a většinou v roli pozorovatele. Odloučení od matky ještě úplně nezvládá. Matka s ním musí chvíli zůstat v mateřské škole a pak nenápadně opustit mateřskou školu. Hodně mu pomáhá jeho mladší bratr svou přítomností ve školce.

### **3.4 Přímé pozorování ergoterapie**

Byl sestaven ergoterapeutický program v souladu se stupněm postižení, schopností dítěte a na základě individuálního vzdělávacího programu. Tento ergoterapeutický program se zaměřil na rozvoj jemné motoriky, rozvoj sluchového vnímání, rozvoj zrakové percepcie, zlepšení trpělivosti a zlepšení štipcového úchopu. V rámci ergoterapie byl zahájen nestandardizovaný rozhovor s matkou (v příloze č. 1). Matěj má vytvořen individuální vzdělávací plán pro školní rok 2016/2017 (v příloze č. 2).

Pozorování probíhalo v běžné mateřské škole, kde je chlapec integrován. Chlapec je v současné době 8 let, výzkum začínal v 6 letech. Místnost nebyla zvláště uzpůsobena pro ergoterapii. Součástí místnosti byl relaxační koutek, kde se prováděla relaxace a bazální stimulace. Byly použity kompenzační pomůcky, které hrají zásadní roli ve výuce. Při trénování psaní používá trojhrannou tužku, při střihání speciální nůžky, při samostatném pití používá hrnek s uchy a náustkem. Nezbytnou kompenzační pomůckou je uzpůsobená židlička



a mechanický vozík, ve kterém má Matěj zajištěný správný sed. Z pozorování bylo zjištěno, že ergoterapeutka zahájila terapeutickou hodinu stimulační masáží horní končetiny. Nejčastěji používala masáž pomocí míčku, ježka anebo vlastní rukou. Tím stimulovala horní končetinu na následnou činnost. Délka masáže trvala od 5 do 10 minut. Někdy bylo lepší masážní pomůcku nahřát. Bylo vidět, že spazmy ustupují. Také se ergoterapeutka ptala, zda mu masáž nepřináší bolest. Terapeutka volila vždy plnění takových činností s ohledem na jeho postižení. Ke zlepšení pohyblivosti prstů a také svalové síly využívala inteligentní plastelínu. Tato plastelína se může natahovat, trhat a prskat. U Matěje to byla oblíbená činnost. Jako motivaci používala při činnostech povzbuzení a pochvalu. Důležité bylo vytvořit klidnou a motivující atmosféru pro výkon ergoterapeutických prvků, tak aby se Matěj cítil bezpečně a dobře.

Za Matějem docházela ergoterapeutka jedenkrát týdně, pracovala s ním vždy po dobu 45 minut. Před každým cvičením musel být zajištěn správný sed klienta. Matěj používal specificky uzpůsobenou židli, která je důležitá pro zásadu správného sezení. Ergoterapeutka využívala různé metody, hry, hračky, které odpovídali individuálním potřebám a věku chlapce.

Ke snížení svalového napětí terapeutka využívala fyzioterapeutickou metodu, míčkování neboli facilitace. Masáž a terapie probíhala speciálními molitanovými míčky před každou samotnou činností. Ergoterapeutka uvolňovala Matějovi horní končetiny masáží svalstva předloktí, zápěstí, meziprstních prostorů hřbetů rukou a masáž dlaně. Dalším obsahem setkání byla mobilizace kloubů zápěstí a ruky. Horní končetiny Matěje byly stimulovány pomocí míčků (molitanové míčky, míčky s výstupky tzv. ježek) a kartáčů.

Byla použita také prstová cvičení na rozvoj jemné motoriky. Prstová cvičení se používají na zlepšení úchopu. Rytmické střídání pohybů prstů zlepšují pohyblivost a koordinaci. Zařazovány byly vždy před kreslením a grafomotorickými cviky. Vhodným prstovým cvičením bylo taky hraní stínového divadla, znázorňování zvířátek nebo říkanky doprovázené pohyby prstů jako např. „Vařila myšička kašičku, To je táta“. Ergoterapeutka seděla naproti Matějovi s lokty opřenými o podložku. Rytmicky střídali pohyby prstů od velkých pohybů v zápěstí po jemné pohyby prstů (špetka, štipec, opozice palce proti prstům). Začínali volnějším tempem a pomalu přecházeli k rychlejším pohybům do rytmu říkanky nebo hudby. Pak se vrátili opět k míčkování, aby se ruce uvolnily.

V rámci ergoterapeutického programu byly plněny následující aktivity:

### **Třídění vršků stejné barvy**

Cílem byl nácvik rozlišení základních barev (zelená, žlutá, červená, modrá, černá, bílá). Ergoterapeutka při práci s Matějem využívala krabici rozdělenou do šesti částí. Každá byla obarvená jednou z těchto základních barev. Úkolem bylo správně rozdělit barevné vršky podle těchto barev.

Matěj přiřazoval vršky ze začátku špatně, až po názorné ukázce ergoterapeutky, začal dávat vršky správně. Tato aktivita se opakovala několikrát za sebou, aby si Matěj dobře zapamatoval, jak má plnit zadaný úkol.

### **Navlékání korálek**

Cílem byl rozvoj jemné motoriky a tvořivosti. Ergoterapeutka ji zaváděla často. Jednalo se o dřevěnou krabici, ve které jsou různé barvy dřevěných korálek. Úkolem bylo navlékat korálky stejné barvy jako je barva šňůrky. To znamená na červenou šňůrku navléci všechny červené korálky. Měl tam celkem 5 barevných šňůrek.

Matěj při plnění tohoto úkolu potřebuje pomoc ergoterapeutky. Nedokáže sám ovládat obě ruce najednou a soustředit se na daný úkol. Potíž mu dělala šňůrka, kterou měl prostrčit do korálku. Ergoterapeutka mu pomáhala udržet korálek, aby se lépe soustředil na provlékání. Pak tento úkol s dopomocí zvládl.

### **Porovnávání stejných zvířat na obrázku**

Cílem této metody bylo zlepšit sluchové vnímání a zrakovou percepci. Ergoterapeutka vybrala obrázky se zvířátky, které se na kartičkách opakovali. Vždy řekla jedno zvířátko a Matěj musel na něj ukázat a přiložit jej na stejné zvířátko na kartičce.

Matěj nepoznal všechna zvířátka a dát jej do stejného páru mu dělalo velké potíže. Ergoterapeutka mu vždy ukázala, které zvířátko myslela. Znovu ho vyslovila, aby si jej lépe zapamatoval. Začala střídat další názvy zvířátek, ale Matějovi se to všechno pletlo. Nakonec už nechtěl spolupracovat, protože zjistil, že je to náročné.

### **Malování prstovými barvami**

Cílem metody bylo vylepšit vnímání prostoru, podpořit hybnost svalů ruky. Ergoterapeutka aplikovala na plochu blízko sebe více barev. Úkolem bylo prstem barvy různě do sebe po celé ploše rozetřít.

Matějovi se tato činnost moc líbila. Byl celý umazaný a z toho měl krásný pocit, že dokázal něco namalovat. Projevoval radost tleskáním. Obrázek jsme potom věnovali mamince.

### **Skládání pěnového puzzle**

Cílem metody bylo zlepšit trpělivost, zdokonalit štipcový úchop a rozvíjet tvořivost. Ergoterapeutka nachystala sadu pěnového puzzle, které mělo 10 částí. Úkolem bylo správně poskládat obrázek podle předlohy.

Matějovi dělalo problém uchopit část puzzle a najít správnou polohu tak, aby do sebe části zapadali. Při činnosti mu pomáhala ergoterapeutka, aby tento úkol dokončil. Z poskládaného obrázku měl Matěj velkou radost a zatleskal si.

### **Obkreslování a psaní svislé a vodorovné čáry**

Cílem byl nácvik vodorovné a svislé čáry, vnímání prostoru a podpora hybnosti zápěstí ruky. Ergoterapeutka předepsala na papír vodorovné čáry, protože tyto čáry dokázal Matěj dobře napsat. Důležité bylo Matěje motivovat a zopakovat v čem je dobrý.

Matěj zvládl vodorovné čáry obkreslovat velmi dobře. Pro usnadnění úchopu používá trojhrannou tužku. Následné psaní těchto čar mu už dělaly potíže. Ergoterapeutka mu říkala, ať pracuje pomalu v klidu. Matěj zpomalil a pracoval lépe. Nakonec byl už hodně unavený a odhodil tužku. Ergoterapeutce se už nepodařilo Matěje dále přesvědčit a nácvik svislých čar ani nezkusil.

## **3.5 Výsledky výzkumného šetření**

V době začátku terapie byl Matěj velmi navázan na svou matku. Hodně to znesnadňovalo práci s dítětem. Časem se dokázal odpoutat od matky a začal se dobře cítit v kolektivu dětí, které ho mezi sebe přijaly. Tím, jak Matěj rostl, se snížilo používání kočárku. Postupně se učil pohybovat na invalidním vozíku, který se naučil samostatně manipulovat. Po chirurgickém zákroku natahování šlach dolních končetin, který měl vést k lepší mobilitě se, ale Matějova chůze nezlepšila. Naopak výrazné zlepšení nastalo v držení těla a to hlavně při sedu. V průběhu dvou let intenzivní ergoterapeutické péče se Matěj zlepšil v jemné motorice, konkrétně v úchopu tužky. Percepce řeči byla již na počátku lépe vyvinuta než exprese, ale v průběhu terapie se slovní zásoba výrazně rozšířila a navíc začínal zvládat jednoduchá slovní spojení.

V některých oblastech nedošlo ani po terapii ke zlepšení. Jednou z těchto oblastí je sebeobsluha, která úzce souvisí s jeho imobilitou. Také se nezlepšily rozumové schopnosti. Délka soustředění na jakoukoliv činnost je pořád nízká a za dva roky se nezměnila.

## 4 Diskuse

### *1. Jak přispívají ergoterapeutické prvky k dosahování cílů v oblasti komunikace?*

Komunikační schopnost Matěje se velice posunula dopředu. Při plnění činnosti mu pomáhají speciálně vyrobené komunikační karty, které používá k vyjádření. Jeho slovní zásoba se začíná pomalu rozšiřovat. V oblasti komunikace probíhal nácvik situací, kdy potřebuje pomoci a je rozčilený. Učí se týmové práci a procvičuje komunikační schopnosti.

### *2. Jak přispívají ergoterapeutické prvky k dosahování cílů v oblasti jemné motoriky?*

Důležitým prvkem při nácviku jemné motoriky jsou uvolňovací a stimulační techniky, které horní končetinu prokrví a uvolní. Při plnění činností byl jejich účinek znatelný. Matějovi se zlepšil úchop tužky a také došlo ke zlepšení koordinace horních končetin.

Na základě pozorování výzkumného řešení jsem se zaměřila na následující oblasti. V oblasti sociálního chování je stále krátkodobá reakce na dospělého a krátkodobá soustředěnost. V sebeobsluze je téměř odkázán na pomoc asistenta pedagoga. V rámci stravování nedokáže sám nabrat jídlo z talíře na lžici. Pečivo se pokouší jíst sám a také se učí pít z hrnečku bez náustku. Bez potíží vydrží sedět na uzpůsobené židli u stolečku po celou dobu stolování. Neustále používá pleny a je přebalován v průběhu dne. Matěj si umí samostatně rozepnout zip a dokáže určovat správně pořadí oblečení při oblékání. Při přezouvání potřebuje pomoc asistenta. V posledních měsících rád používá didaktické hry na jemnou motoriku a knihy. Dokáže si hračku podat sám nebo ukázat, kterou by chtěl. Vycházku tráví na kočárku (obr. 2). Na školní zahradě využívá pískoviště, vláček a dopravní hřiště. V rámci kognitivních funkcí došlo k výraznému rozvoji řeči. Začíná slovně vyjadřovat své potřeby i přání. Pojmenovává věci kolem sebe i na obrázku. Začíná komunikovat částečně s dětmi, asistentkou a učitelkou. Slovní zásoba se obohacuje. Početní představy nejsou téměř žádné. Někdy barvy, velikosti a tvary pozná a někdy ne. Co se týče říkadel, tak žádná neumí. V komunikaci se zlepšila expresivní řeč. Dokáže porozumět pojmům. Reaguje a odpovídá na otázku. Pokouší se o slovní spojení a krátké věty o dvou slovech. Oční kontakt udrží po velice krátkou dobu (v řádu sekund). V oblasti hrubé motoriky Matěj zvládne na mechanickém vozíku na dopravním hřišti ujet několik metrů. Vždy se těší a má radost z vykonané jízdy. Při sedu na vozíku je zlepšení v držení hlavy, nemusí se často upozorňovat, aby se narovnal. Chodí s podporou asistenta pod pažemi. V sedu či kleku se pohybuje sám. Do cvičení se začíná zapojovat s asistentem. Pokouší se o koulení a házení míče. Osvědčily

se u Matěje masáže a cviky podporující citlivost horních končetin. Tudíž se zlepšila jemná motorika. Ruce jsou uvolněné a usnadňují lepší úchop. Z manipulačních činností se Matěj zlepšil v přemísťování, třídění předmětů do otvorů, zasouvání geometrických tvarů a také sundávání předmětů na suchý zip. Knihy si prohlíží se slovním vedením. Rád staví z kostek. V oblasti sociálních vztahů s vrstevníky se již také objevuje komunikace. Po většinu času komunikuje převážně jen s asistentem a učitelkou. Do společných aktivit se zapojuje v roli pozorovatele a aktivně pak s pomocí asistenta. Ve třídě Matěj nejvíce času tráví v oblíbeném relaxačním koutku a na zahradě je jeho oblíbené místo na pískovišti a ve vláčku.

## 5 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat využití ergoterapeutických prvků u dítěte s dětskou mozkovou obrnou. Využití ergoterapie má velký význam a přínos v oblasti hrubé motoriky, jemné motoriky, grafomotoriky, vnímání, komunikace, sebeobsluhy, rozumových schopností a pozornosti. První tři kapitoly se zabývají teoretickými částmi. První kapitola je zaměřena na pojem dětská mozková obrna, etiologii a formy dětské mozkové obrny. Druhá kapitola se zabývá edukací žáků s dětskou mozkovou obrnou, ranou péčí, podmínkami vzdělávání a individuálním vzdělávacím plánem. Poslední teoretická kapitola je věnována ergoterapii. Její historii, cíle, prostředky, techniky ergoterapeuta a ergoterapeutické intervenci u dětské mozkové obrny.

V praktické části bakalářské práce je možné vidět ergoterapeutická střetnutí a následná reflexe dítěte s dětskou mozkovou obrnou. Ve výzkumném šetření byla využita anamnéza dítěte, pozorování při činnosti, nestrukturovaný rozhovor. Na základě získaných dat byla vytvořena kazuistika dítěte. Závěrem bylo zjištěno, že zařazování ergoterapeutických prvků mělo pozitivní vliv na rozvoj dítěte a na kvalitu edukačního procesu. Důležitou roli hrály kompenzační pomůcky, které usnadňovaly vykonávání činnosti. Ergoterapie podněcovala dítěti chuť pracovat a zažít úspěch z vlastního výkonu. Osobám s dětskou mozkovou obrnou poskytuje možnost jak být užitečný a ukázat své nadání. Pomáhá kompenzovat jejich postižení a začleňování do naší společnosti. Je potřeba si uvědomit, že člověk se zdravotním postižením je jedinečný, a proto bychom se měli snažit jeho zvláštnosti tolerovat a porozumět jim, a tím vytvořit takové podmínky, aby se osoby se zdravotním znevýhodněním plně zapojili do intaktní společnosti. Věřím, že tato bakalářská práce potvrzuje, že ergoterapie tvoří důležitou součást života osob s dětskou mozkovou obrnou a zvyšuje kvalitu jejich života.

## Summary

The main aim of the bachelor thesis was to describe the use of ergo-therapeutic elements in a child with cerebral palsy. The use of ergo-therapy is of a great importance and benefits in terms of heavy motoric skills, soft motoric skills, perception, communication, self-service, intellectual abilities and attention. The first three chapters deal with the theoretical background. The first chapter focuses on the concept of cerebral palsy, etiology and forms of childhood cerebral palsy. The second chapter deals with the education of children with cerebral palsy, early care, educational conditions and an individual educational plan. The last theoretical chapter focuses on ergo-therapy, its history, aims, means, therapist and ergo-therapeutic intervention in cerebral palsy.

In the practical part of the bachelor thesis, it is possible to see ergo-therapeutic intercourse and subsequent reflection of child with cerebral palsy. In the research, a child's history, observer activity, unstructured interview was used. On the basis of the data obtained, a case report was produced.

In conclusion, it was found that the inclusion of ergo-therapeutic elements had a positive effect on the development of the child and on the quality of his educational process. An important role was played by compensatory aids that facilitated performance. Ergo-therapy has encouraged the child to work and it served the feeling of success from own performance. It offers the opportunity to be useful and shows his talent. It helps to compensate for his disability and help to integrate a child in society. We need to realize that a person with such disabilities is unique and therefore we should try to tolerate him and understand his peculiarities and thus create conditions for full integration into intact society. I believe that this bachelor thesis confirms that ergo-therapy is an important part of the life of children with cerebral palsy and improves their quality of life.



## 6 Seznam literatury

- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- JAKOBOVÁ, A. 2011. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-945-2.
- JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-192-7.
- JEDLIČKA, R. a KOLEKTIV 2004. *Děti a mládež v obtížných situacích*. Praha: Themis. ISBN 80-7312-038-0.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. a ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-837.
- KRAUS, J. 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého. ISBN 80-7067-698-1.
- KVĚTONOVÁ, L. 2004. *Edukace se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-8.
- LESNÝ, I. 1980. *Dětská neurologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství
- MÜLLER, O. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého ISBN 80-244-1075-3.
- MYDLIL, V. 1995. *Příčiny mozkových postižení dětí*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-85605-82-1.
- OPATŘILOVÁ, D. 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D. 2010. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5266-6.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4575-0.
- PFEIFFER, J. 1989. *Ergoterapie II*. Brno: IDV SPZ. ISBN 80-7013-020-2.
- PIPEKOVÁ, J. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-807-3151-980.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. 2001. *Terapie ve speciální pedagogické péči*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.

- PŘINOSILOVÁ, D. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-157-7.
- ŠLAPAL, R. 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-160-7.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- VYHLÁŠKA č. 27/2016 Sb. *O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*, v platném znění.
- VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb. *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, v platném znění
- ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-8000-7.

## 7 Přílohy

### Příloha č. 1. Rozhovor

Rozhovor umožňuje respondentovi vyjadřovat své názory na zkoumanou problematiku, díky čemuž výsledky takového výzkumu přináší detailní informace o zkoumaném jevu. Jedná se o nestrukturovaný individuální rozhovor tazatele a respondenta zaměřený na určité téma, při kterém se tazatel snaží proniknout do respondentova nitra a objevit klíčové postoje, motivy a vztahy. Úkolem je, aby na dané téma volně hovořil. Pokud se v jeho vyprávění vyskytne nějaká zajímavá informace, tazatel ho povzbuzuje k rozvinutí myšlenky (Hendl, 2008). Technikou nestrukturovaného rozhovoru jsem chtěla zjistit hlubší údaje a informace, které by mi pomohly k nalezení podrobnějších souvislostí a odpovědí na vytyčené výzkumné cíle. V rozhovoru byly použity následující otázky.

#### **„Jak jste se vyrovnala s postižením?“**

Matka: „*Děti bereme jako součást sebe, když se stane, že je dítě postižené, vyvolá to otřes. Je to šok, člověk je zaskočen. Prvním obdobím je poznat ránu, která nás potkala. Druhým obdobím jsou emoce, city a hlavně hledání viníka. A je na rodině, jak se s tím popere. Na začátku je tma a na konci zhlédneme světlo.*“

#### **„Měli jste podezření na vývojové poruchy?“**

Matka: „*Měli jsme podezření asi ve třech měsících, kdy se Matěj nepřetáčel a neudržel hlavičku. Natahoval se pro hračky jen jednou rukou a druhou nepoužíval. Naše paní doktorka nás poslala na neurologii, kde nám posléze diagnostikovali DMO.*“

*Chtěla bych říct radu pro rodiče. Žádná matka, babička ani tetička nerozpozná diagnózu. Neptejte se své kamarádky, jestli je malý nějaký opožděný. Nenechte se uchlácholit, že některé děti jsou lenivější, pomalejší. Na nic nečekejte a žádejte u lékaře doporučení na neurologii. Jen tak můžete pomoci co nejdříve svému dítěti.*

#### **„Která pomoc Vám a Matějovi nejvíce pomáhá s postižením?“**

Matka: „*Nejvíce nám pomáhají rehabilitace a cvičení Vojtovy metody. Každý si myslí, že při cvičení Vojtovy metody děti pláčou, protože je to pro ně bolestivé. Ale pravda je taková, že děti jsou nuceni vykovávat pohyb, který je jim cizí. Rozčiluje je to a tím pláčou a jsou nepřijemní.*

*Jednou za týden nás navštěvuje pracovnice z rané péče a ergoterapeutka, která dochází jednou týdně do MŠ. A především rodina. Protože péče o Matěje je velice náročná jak po stránce psychické tak i fyzické. Tak jsem moc vděčná svým rodičům, kteří nám s Matějem pomáhají.*

***„Léčba je finančně náročná, pomáhá Vám někdo shánět finanční prostředky?“***

*Matka: „ Ano, dvakrát do roka se provádí v naší obci sbírka pro Matěje formou koncertu, kde hraje můj otec. Výtěžek z tohoto koncertu připadne Matějovi na jeho kompenzační pomůcky nebo pobyt v lázních.“*

***„Které pomůcky pomáhají zlepšit jeho zdravotní stav?“***

*Matka: „Ve školce má uzpůsobenou specifickou židli, tvarovanou lžici ke stravování a invalidní vozík. Doma používáme chodítka a invalidní vozík, na kterém se Matěj moc rád pohybuje. Také navštěvujeme relaxační centrum Snoezelen, kde se může uvolnit a vnímat vše kolem sebe. A to mu přináší uspokojení.“*

***„Jakou léčbu už jste podstoupili?“***

*Matka: „ Už po několikáté jsme byli na Klim- therapy v Klimkovicích, která ho vždy posune dopředu. Napomáhá k tomu hlavně kosmický obleček, který má terapeutický účinek a ulehčuje poškozený nervový systém.“*

## **Příloha č. 2. Individuální vzdělávací plán**

Matějovi byl vytvořen následující individuální vzdělávací plán pro školní rok 2016/2017 podle vyhlášky č.27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

*„Individuální vzdělávací plán (dále IVP) musí sledovat dvě základní roviny. První rovinou je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je výsledkem spolupráce všech zúčastněných, je platformou pro spolupráci“ (Zelinková, 2003, s. 22).*

### Dlouhodobý plán:

- rozvíjení žádoucích sociálních vztahů ve třídě
- rozvíjet řeč a komunikaci
- využívat vnímání všemi smysly
- co nejvíce se zapojovat do společných aktivit
- zapojení do dopoledního režimu mateřské školy

### Krátkodobý plán:

#### **Smyslové vnímání a paměť**

- na pokyn ukázat, vybrat a přiřadit požadovanou barvu
- předměty podle barvy
- odlišit obrázek jiné velikosti
- poskládat obrázek z několika částí
- rozlišit hmatem různé povrchy, materiály
- rozlišit málo, hodně
- poznat co do řady nepatří

#### **Grafomotorika**

- samostatně vytvořit kresbu a dokázat ji pojmenovat
- nakreslit svislou a vodorovnou čáru
- držet trojhrannou tužku

- uvolnit ruku a mít přiměřený tlak na podložku

### **Jemná motorika**

- manipulovat s drobnými předměty
- zasouvat kolíčky do desky
- navlékat velké korálky na šňůrku
- provlékat šňůrku dírkami
- vyšroubovat uzávěr láhve
- hrát si s pískem (nabírat lopatkou), s vodou, plastelínou
- stavět z kostek

### **Hrubá motorika**

- překročit nízkou překážku
- ovládat lokomoci jakýmkoli způsobem bez podpory asistentky
- uvolňovat stimulované části těla
- házet, kutálet míčem
- upevňovat si vzpřímené držení těla v různých polohách

### **Komunikace**

- pozdravit asistentku, učitelku, děti bez upozorňování
- vyvozovat hlásky, slabiky a jednoduchá slova
- správně používat slova „ANO a NE“
- co je na obrázku (věci i jednoduché činnosti)
- odpověď na jednoduché otázky KDE?, CO DĚLÁŠ?
- udržet oční kontakt při komunikaci (cca 1minutu)

### **Sebeobsluha**

- samostatně sedět ve specificky uzpůsobené židli
- opláchnout si ruce, utřít do ručníku
- jíst samostatně svačinku
- pít z hrnečku, skleničky
- utřít si pusku
- umět s dopomocí používat kapesník

## **Sociální dovednosti**

- poznat členy své rodiny, říci své jméno
- dokázat se bez potíží odloučit od matky
- orientovat se v režimu MŠ
- učit se chápat a dodržovat pravidla chování a jednání
- posilovat svoji trpělivost (při čekání na jídlo, přechodech mezi činnostmi)
- aktivně se zapojit do společných činností, učit se spolupráci



**Obr. č. 1:** Matějova uzpůsobená židle

**Zdroj:** Vlastní zdroj fotografie



**Obr. č. 2:** Matějův invalidní kočárek

**Zdroj:** Vlastní zdroj fotografie