

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ERGOTERAPIE



**Role ergoterapeuta v procesu učení dítěte
s DMO pro zlepšení výsledků ve škole**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Eliška Haškovcová

Autor:
Žaneta Jíšová

Praha 2009

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Elišce Haškovcové za vedení, cenné poznámky a za odborné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat Márii Krivošíkové, M.Sc. za připomínky k formální stránce při zpracování této práce. Děkuji také Mgr. Ireně Nedvědové, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na pracovišti Jedličkův ústav a školy a vymezení času pro získávání informací do mé bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Souhlasím také s použitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze 30. 11. 2009

Podpis

Identifikační záznam:

JÍŠOVÁ, Žaneta. *Role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení výsledků ve škole. [The role of an occupational therapist in the process of learning child with cerebral palsy in order to gain better results]*. Praha, 2009. 61 s., 2 příl., 8 obr., 19 grafů. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Rehabilitačního lékařství, 1. LF UK 2009. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Eliška Haškovcová.

Abstrakt:

Součástí rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO) je optimální edukace. Děti s DMO mívají problémy v oblasti hrubé a jemné motoriky, komunikace, percepce a mnohé další, jež ovlivňují jeho edukační schopnosti. Důležité je zajistit takovému dítěti rehabilitaci v celém rozsahu, na jejichž cílech se podílí tým odborníků. Ve své bakalářské práci jsem se snažila poukázat na práci multidisciplinárního týmu, zejména speciálního pedagoga a ergoterapeuta v edukačním procesu u dítěte s DMO.

Hlavní cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat současnou situaci v ergoterapeutické praxi v problematice role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO. Součástí tohoto cíle bylo zjistit kompetence ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO ve škole a určit možné ergoterapeutické intervence k ovlivnění výsledků dítěte s DMO ve škole.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část této práce poskytuje informace o základních charakteristikách DMO a vlivu speciálního pedagoga a ergoterapeuta na dítě s DMO ve škole. V práci se snažím vyzdvihnout důležitost činnosti ergoterapeuta na procesu učení dítěte s DMO, jehož pole působnosti zahrnuje i oblast polohování a pomůcek pro edukaci. Praktická část práce byla založena na dotazníkovém šetření pracovišť v ČR, která pracují s dětmi s DMO a jejichž pracovníci jsou jak ergoterapeuti, tak speciální pedagogové. Dotazník byl určen pro ergoterapeuty. Výsledek kvantitativního výzkumu poukazuje na fakt, že ergoterapeuti nesou značný podíl na procesu učení dítěte s DMO a svou intervencí pozitivně ovlivňují jeho výsledky ve škole.

Klíčová slova: DMO, multidisciplinární tým, vzdělání a výchova, ergoterapie, speciální pedagogika, polohování

Abstract:

The part of rehabilitation in children with cerebral palsy (CP) is optimal education. Children with CP have severe problems with gross and fine motor skills, communication, perception and many other areas that influence their educational skills. It is important to provide these children with complex rehabilitation the goals of which are discussed by a team of professionals. In my thesis I tried to refer to work of a multidisciplinary team, especially the one of a special pedagogue and an occupational therapist in the process of learning child with CP. The main aim of my thesis was to monitor the current situation of occupational practice in the problematic of the role of an occupational therapist in the process of learning in child with CP. One of the goals was to find out the competence of an occupational therapist in the process of learning in a child with CP in school and to define possible occupational therapy interventions to influence the results of a child with CP in school.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part of the thesis provides information about basic characteristics of CP and the influence of special pedagogue and occupational therapist on a child with CP in school. In the thesis I try to highlight the importance of work of an occupational therapist in the process of learning in a child with CP, whose sphere of competence involves the area of positioning and educational aid. The practical part of the thesis was based on a questionnaire survey carried out in various work places in The Czech Republic that work with children with CP and whose employees are both occupational therapists and special pedagogue. The questionnaire was intended for occupational therapists. The result of the quantitative research shows the fact that occupational therapists play an important role in the process of learning in a child with CP and they positively influence children's results in school by their interventions.

Key words: cerebral palsy, multidisciplinary team, education, occupational therapy, special pedagogy, positioning

OBSAH

1. ÚVOD.....	7
2. TEORETICKÁ ČÁST	9
2. 1. Přehled problematiky	9
2. 2. Dětská mozková obrna.....	12
2. 2. 1. Definice.....	12
2. 2. 2. Etiologie.....	12
2. 2. 3. Incidence.....	13
2. 2. 4. Klasifikace DMO.....	13
2. 2. 5. Přidružené projevy DMO.....	16
2. 2. 6. Terapie	16
2. 3. Ucelená rehabilitace dětí s DMO.....	16
2. 3. 1. Multidisciplinární tým (rehabilitační tým)	17
2. 3. 2. Pedagogická rehabilitace	18
2. 3. 3. Ergoterapie u dětí s DMO.....	19
2. 3. 4. Role ergoterapeuta v rámci ucelené rehabilitace	20
2. 3. 5. Spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga	20
2. 4. Výchova a vzdělávání dětí s DMO	21
2. 5. Polohování	24
2. 5. 1. Poloha v sedu	25
2. 5. 2. Poloha leh na břišku.....	26
2. 5. 3. Poloha leh na zádech.....	26
2. 5. 4. Poloha leh na boku.....	27
2. 5. 5. Poloha stoj.....	27
2. 6. Kompenzační a didaktické pomůcky pro žáky s tělesným postižením	28
3. PRAKTICKÁ ČÁST	30
3. 1. Úvod.....	30
3. 2. Metodologie	30
3. 3. Sběr dat	31
3. 4. Vyhodnocení dotazníků	32
4. DISKUSE.....	44
5. ZÁVĚR.....	47
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49
7. PŘÍLOHY	52

1. ÚVOD

Během mého studia jsem si našla bližší vztah k dětské populaci, který jsem si budovala již od VOŠ, obor porodní asistentka. Na praxích v oboru porodní asistentky jsem se setkávala s mnoha komplikovanými situacemi během těhotenství, porodu a již tenkrát jsem si uvědomovala jejich následky pro narozené dítě, ale také rodinu. Zaměření na proces učení dítěte s DMO mě přivedl obor ergoterapie, dále praxe v Jedličkově ústavu, kde jsem pracovala s dětmi s touto diagnózou a mohla jsem se účastnit s nimi na procesu učení. Zde jsem se shledala s přístupem pedagoga k dítěti s diagnózou DMO, který se mi zdál z počátku správný, ale po zamyšlení jsem našla nedostatky, které mohou působit jisté bariéry v procesu učení dítěte s DMO. Těmito bariérami mohou být např. nesprávné postavení těla a jiné aspekty osobnosti, prostředí, pedagoga a rodiny, které by měly být součástí náplně profese ergoterapeuta.

Prostřednictvím mé bakalářské práce hledám odpovědi na otázky, zda se ergoterapeut podílí na procesu učení dítěte s DMO, zda a jakým způsobem může ovlivnit jeho výsledky ve škole.

U dětí s DMO se setkáváme nejen s poruchami motorického vývoje, ale také s poruchami pozornosti, slabou koncentrací a rychlou unavitelností. U těžších případů mohou být např. problémy se zrakovým vnímáním. Citové prožívání u dětí s DMO a citové reakce nebývají adekvátní podnětu. Silné emoce mohou způsobit např. ztuhnutí svalů nebo zvýšení mimovolních pohybů. Všechny tyto jmenované poruchy osobnosti a mnohé další mohou značným způsobem ovlivňovat proces učení dítěte s DMO.

Velký podíl na školních výsledcích dítěte s DMO nesou také aspekty prostředí, například uspořádání prostředí, nábytku, typ židlí a stolů pro učení, intenzita osvětlení a kompenzační pomůcky.

V rehabilitaci se neustále setkáváme s termínem multidisciplinární tým, který je v přístupu k dítěti s DMO velmi důležitý a značně ovlivňuje edukační proces ve škole. Pro mou bakalářskou práci se jedná zejména o spolupráci speciálního pedagoga s ergoterapeutem, který poskytuje pedagogovi bližší informace o stavu dítěte, poskytne mu rady, jak by mohl zefektivnit přístup k dítěti s DMO a zlepšit tak jeho výsledky ve škole.

Edukace je nedílnou součástí života dítěte a ne nadarmo se říká: co se v mládí naučíš, v stáří jako když najdeš. Proto si myslím, že je důležité klást důraz na kvalitní

edukaci, která by měla působit na všechny zmiňované aspekty dítěte s DMO. Nutno zdůraznit, že jsem se nesečkala s literaturou zabývající se přímo problematikou školní edukace dítěte s DMO z pohledu ergoterapeuta, proto má bakalářská práce může sloužit jako ucelený zdroj základních informací pro ergoterapii, který by mohl být později dále rozvíjen.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2. 1. Přehled problematiky

V mé bakalářské práci se zabývám otázkou, jakou roli a zda vůbec zastává ergoterapeut roli v procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení výsledků ve škole. Za problém považuji nedostatek literatury, zabývající se přímo problematikou účasti, kompetencí a hranicích ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO.

O problematice DMO píše samostatnou publikaci Kraus a kol. (2005), jež považují za hlavní studijní materiál pro mou práci. Knížka je podrobně rozpracována, jejíž obsah by mohl sloužit jak laické veřejnosti, tak skupině odborníků. Autoři se v knize zmiňují o definici, příčinách, formách, diagnostice, terapii a sociálně – právní otázce DMO, a také o problematice edukace dětí s DMO, jež považují za velmi důležitou součást rehabilitace. Kraus a kol. (2005) píše: „*Výsledný handicap agravuje v dospělosti v globálním i sociálním aspektu, zejména pokud pacient není edukován podle kapacity intelektu.*“ Dále říká, že více než u zdravých platí, čím vyšší vzdělání, tím lépe, neboť u lidí s DMO je nejvíce postižena manuální zručnost a možnost lokomoce. Ve své práci také vycházím z internetového zdroje <http://neurocentrum.cz/>, kde jsem se navíc informovala o integraci dětí s DMO a toho, čím dítě strádá. Článek na těchto stránkách srozumitelně poskytuje informace široké veřejnosti, včetně odborných termínů, které jsou zde jasně vysvětleny. Bohužel zde chybí důležitý fakt, a to, že ergoterapie je součástí multidisciplinárního týmu. DMO se věnuje samostatná kapitola knížky od Komárka a kol. (2000), kteří se snaží na šesti stránkách vystihnout hlavní charakteristiku DMO, její příčiny, formy, diagnostické postupy, terapii a psychologické hledisko dětí s DMO. Z této kapitoly od Komárka a kol. jsem příliš nevyházela, protože používá hodně odborných výrazů, v kterých se člověk ztrácí. Velmi mě zaujal článek od Chmelové (2003), který je stručný a obsahuje v sobě veškeré důležité informace. Přehledná je především klasifikace DMO. V problematice DMO vycházím také z Lesného a kol. (1971) a rovněž z Lesného a kol. (1972). Ač jsou tyto publikace velmi staré, myslím si, že Ivan Lesný je stěžejní autor, z něhož vycházejí ostatní autoři výše jmenovaní. Závěrem k samostatné kapitole DMO lze říci, že existuje shoda mezi publikujícími autory v základních charakteristikách DMO. Rozdíl je např. v číselných

charakteristikách týkající se výskytu DMO, za jejíž příčinu považují především odlišná stáří publikací.

Problematikou ucelené rehabilitace a multidisciplinárním přístupem se zabývá Jankovský (2001). Z jeho knížky jsem využila spoustu informací, neboť jsou vystihující a vychází z praxe tohoto autora, který vybudoval Dětské centrum Arpida v Českých Budějovicích. Tato publikace se zabývá rehabilitací v celém rozsahu a v teoretické části vychází z poznatků mnoha autorů. Votava a kol. (2003) napsali publikaci, která je přímo určená studentům lékařských fakult, tedy i ergoterapeutům. Její obsah je srozumitelný a poskytující značné množství údajů o jednotlivých oblastech rehabilitace. Všichni uvedení autoři a jejich publikace zabývající se ucelenou rehabilitací, jsou téměř shodné a podporují multidisciplinární přístup k jedinci.

O pedagogické rehabilitaci jsem se dočetla v publikacích od autorů zabývajících se ucelenou rehabilitací, dále v práci od Gregorové (2005), která popisuje činnost speciálního pedagoga a ergoterapeuta a jejich společné působení v jednotlivých komponentech osobnosti. V textech této práce jsem postrádala odkazy na literaturu. Závěrem k pedagogické rehabilitaci musím říci, že Jankovský (2001), Votava a kol. (2003) v publikacích zabývajících se ucelenou rehabilitací a Kraus a kol. (2005) se shodují v důležitosti dosažení maximálního možného vzdělání pro budoucí účast na produktivním životě a plné integraci do společnosti.

Za hlavní zdroj informací o ergoterapii u dětí s DMO považuji článek od Mikeskové. Článek byl dobře čtivý, srozumitelný a stručný. O ergoterapii v rámci ucelené rehabilitace se zmiňuje autorka Pipeková (2006), která píše o možnostech a úkolech ergoterapie v oblasti speciální pedagogiky a samozřejmě se zabývá samotnou speciální pedagogikou. Tato publikace je určena především studentům speciální pedagogiky, proto jsem se jí v mé práci moc nezabývala. Cettl (2002) je autorkou rozsáhlé, široce propracované diplomové práce, která byla pro mne velice inspirující, neboť v sobě zahrnuje informace týkající se oblasti působení ergoterapeuta a jeho spolupráci se speciálním pedagogem, o níž pojednávám v samostatné kapitole, ale také se zabývá oblastí polohování.

Pro kapitulu o výchově a vzdělávání dětí s DMO využívám internetového zdroje www.praceprozp.cz, kde je odkaz na platnou legislativu pro osoby se zdravotním postižením (dále jen OZP), konkrétně zákon č. 561/2004 Sb. Tento zákon je stručným přehledem práv OZP. O vzdělání pojednávají také publikace od Jankovského (2001), Votavy (2003) a také Krause (2005) jakožto součásti ucelené rehabilitace OZP.

Vodáková a kol. (2003) vypracovali učební text, který slouží jako dobrý studijní materiál pro studenty speciální pedagogiky a seznamuje je s ergoterapií a způsobem edukace lidí se zdravotním postižením. Ač je text této učebnice určen pro speciální pedagogy, porozumí jí i studenti ergoterapie. Pro tuto kapitolu se našlo místo i pro knížku od autorů Edelsberger a kol. (1988), která je určena pro speciální pedagogy a pojednává také o DMO ve spojitosti s edukací. Ve své práci jsem použila především informace týkající se oblasti polohování dětí s DMO. Knižka byla napsána srozumitelně, nebylo v ní používáno příliš odborných výrazů. Učením se zabývá Fontana (1997), který napsal publikaci, jež je dobrým průvodcem pro speciální pedagogy, popisující psychologické hledisko učení, ze kterého jsem cíleně čerpala oblast motivace. Shrnutí publikace, texty a články zabývající se edukací dětí s DMO je zřetelné, že se od sebe liší, zejména autoři Edelsberger a kol. (1988), jejichž údaje nejsou zcela aktuální.

Mezi hlavní autory, kteří se v mé práci věnují polohování patří Krivošíková (2008/2009) a Colangelo (1999). Přednáška od Krivošíkové pojednává o možnostech poloh a jejich vlivu na posturální systém, úchopy, svalový tonus atd. Přednáška byla vedena v odborných termínech, tudíž je vhodným studijním materiálem pro medicínské obory, zvláště pak ergoterapeuty. Colangelo (1999) popisuje polohování z biomechanického pohledu zahrnující výhody a nevýhody určitých poloh. Informace od autorek Gilbertová (2002) a Krivošíková (2008/2009) se vzájemně doplňují, obě jsou aktuální.

Kapitola kompenzační a didaktické pomůcky vychází z autorů Kubičková a Kubiče (2001). Kapitola o pomůckách je v publikaci velice jasně rozepsána i s příklady. Tato knížka je vhodná i pro rodiče dětí se zdravotním postižením, neboť zde najdou spousty informací a inspirace, jak svému dítěti se zdravotním postižením ulehčit život. Bendová a kol. (2006) napsali knížku, která je studijním textem pro studenty speciální pedagogiky a podává ucelený přehled pomůcek užívaných osobami s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením. Publikace se mi jevila jako omezený materiál pro studenty pedagogických fakult. Uvítala bych, kdyby se autoři zaměřovali u jednotlivých postižení na edukační pomůcky, jak uvádí v kapitole o pomůckách pro osoby s poruchou hybnosti. Závěrem k této kapitole o pomůckách a jeho autorech lze říci, že publikace od Kubičkové a Kubiče (2001) se mi zdála přehlednější, celistvější a co do kvality lepší.

2. 2. Dětská mozková obrna

Ve své práci se o charakteristice DMO zmiňuji velmi stručně.

2. 2. 1. Definice

Lesný a kol. (1972: 10) používají definici DMO jako „*raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti*“.

Renotierová (2002: 34) definuje dětskou mozkovou obrnu jako poruchu hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem 1 roku).

Jednu z novějších charakteristik uvádí Kraus a kol. (2005: 67): DMO je trvalé, ale nikoli neměnné postižení hybnosti a postury, které je způsobeno neprogresivním poškozením nezralého mozku v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním období.

Dětská Mozková Obrna (DMO) neboli Infantilní Cerebrální Paréza (ICP) či Cerebral Palsy (CP) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. „*Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku, pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla*“ (http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO).

2. 2. 2. Etiologie

Příčiny poškození mozku mohou být rozmanité, avšak za hlavní příčinou DMO stojí hypoxicko-ischemické postižení mozku (Komárek a kol., 2000: 61).

Příčiny vedoucí k tomuto onemocnění můžeme rozdělit na následující činitele:

- Prenatální činitele: nitroděložní infekce, fyzikální a toxické noxy, metabolické poruchy u matky
- Perinatální činitele: poškození v průběhu porodu, v důsledku čehož může vzniknout hypoxicko-ischemická encefalopatie, nitrolební krvácení, bilirubinová encefalopatie, bakteriální meningoencefalitida

- Postnatální činitele: závažná poranění lebky a mozku, bakteriální meningoencefalitida a následky toxických a metabolických encefalopatií (Jankovský, 2001: 34).

2. 2. 3. Incidence

Incidence jednotlivých forem DMO se v různých studiích mírně liší. Hodnota incidence se neustále mění s pokroky, které přináší neonatologická péče. Celosvětově ubývá těžkých forem DMO a přibývá středně těžkých postižení. Ubývá atetotických syndromů, přibývá diparetických forem DMO v souvislosti s přežíváním těžce nezralých dětí (Chmelová, 2003: 34-35).

Dle Komárka a kol. (2000: 61) DMO postihuje 2-5 dětí z 1000, z toho u jednoho dítěte z tisíce se jedná o závažné postižení. V nejnovější publikaci o DMO od Krause a kol. (2005: 53) se uvádí hodnota prevalence DMO v dětské populaci mezi 2-3 případy/1000 živě narozených dětí. „*S klesající porodní váhou a gestačním stářím se incidence DMO zvyšuje*“ (Kraus a kol., 2005: 53).

2. 2. 4. Klasifikace DMO

Existuje řada klasifikací DMO. V ČR je nejužívanější klasifikace Lesného, v oboru léčebné rehabilitace se častěji užívá klasifikace Bobathových (Chmelová, 2003: 34-35).

Klasifikace podle Lesného:

- Formy spastické – diparetická, paukospastická diparetická, hemiparetická, kvadraparetická forma
- Formy nespastické – dyskinetická, hypotonická, cerebelární

Klasifikace manželů Bobathových:

- Spastická
- Hypotonická
- Athetoidní (dyskinetická)
- Ataktická (cerebelární)

Diparetická forma:

Tento klasický raný syndrom spastický spočívá v postižení obou dolních končetin s kontrakturou adduktorů stehen, vnitřních rotátorů kyčlí, musculi tricipitis surae a addukční kontrakturou sevřených stehen. Dále je tato forma charakteristická zvýšenými reflexy na dolních končetinách (někdy těžko vybavitelné pro kontraktury), klonem nohy, pyramidovými jevy iritačními, extenčními a hlavně flekčními. Chůze dětí s touto formou DMO je „nůžkovitá“ (díky addukci v kyčlích třou kolena o sebe, překračování), „digitigrádní“ (kontraktura m. triceps surae, chůze po špičkách prstů) a „lidoopí“ (kontraktura flexorů bérce, kývavá chůze po špičkách prstů), (Lesný a kol., 1972: 69). U většiny jsou intelektové schopnosti relativně zachované (Kraus a kol., 2005: 78).

Paukospastická diparetická:

Tato forma je stejná jako klasická diparetická forma, avšak chybí zde addukční kontraktura stehen a pyramidové jevy iritační flekční. Častěji, než u jiných forem se vyskytují drobné mozečkové příznaky – ataxie, poruchy koordinace (Lesný a kol., 1972: 73). Nacházíme zde výraznější extenční projevy, chůze je zde pouze s nepatrným ohnutím v kolenou (Opatřilová, 2003: 12). Je charakteristické, že postižení jedinci více zatěžují přední část chodidla.

Forma hemiparetická:

Jedná se o jednostrannou poruchu hybnosti. Horní končetina bývá ve spastickém flekčním držení. Na dolní končetině převažuje extenční držení a je vytvořena koňská noha (pes equinus). Chůze je pak typicky pajdavá. Dále je postižena polovina trupového svalstva, ve stoji je patrné šikmé postavení pánve. Na postižené straně je zvýšená spasticita, na druhé polovině těla je ochabnutí, čili asymetrie těla. V polovině případů bývá postižen intelekt v různém stupni (Kraus a kol., 2005:69-73).

Forma kvadruparetická:

Jde o nejtěžší formu DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy ji doprovází těžká mentální retardace (Kraus a kol., 2005: 79). Při nadměrném zvýšeném svalovém tonu existuje malá možnost dostat se do vyšší polohy. Je postižena hrubá i jemná motorika, jsou přítomné ortopedické vady (Vítková, 2004: 176).

Forma dyskinetická (athetoidní):

Tato forma je méně častá než spastické formy a je charakterizována sníženým svalovým tonem, vůlí nepotlačitelnými pohyby. Pohyby jsou atetonické (vlnité, hadovité, pomalé v klidu i při činnosti), choreatické (malé, prudké, trhavé), balistické (velké, rychlé, často celých končetin) nebo myoklonické (trhavé záškuby svalstva). Bezděčné pohyby postihují také svaly mimické, žvýkací, polykací, fonační. Nepotlačitelné pohyby se objevují spontánně, zvyšují se různými podněty a emocemi. Jsou přítomny problémy s příjmem potravy, produkcí řeči a dýcháním. Častá je oboustranná nedoslýchavost. Vyskytují se subluxe a dislokace kloubů, distálně kroutivé pohyby a proximálně zvýšený svalový tonus. Jsou problémy s rovnováhou a chůzí. Mentální schopnosti jsou většinou normální (Kraus a kol, 2005: 81-84).

Forma hypotonická:

Tato forma je charakteristická sníženým svalovým tonem, velkou kloubní exkursibilitou. Typický je šálový příznak, kdy je možno otočit horní končetiny kolem šíje jako šálu, příznak pásovce, kdy je možné dítě stočit do klubička a příznak úhloměru, tzn. lze dolní končetiny ohnout i za hlavu. Reflexy jsou přítomny, někdy až zvýšené. Přítomna je častá mentální porucha. Hypotonie je výrazně vývojový příznak, v této formě skoro neexistuje u jedinců starších tří let. Po této době se hypotonická forma mění v jinou, spastickou či dyskinetickou (Lesný a kol., 1971: 146).

Forma cerebelární (ataktická):

Mozečková forma je jako samostatná jednotka relativně vzácná, tvoří cca 5% diagnostikovaných DMO. U této formy dominuje snížené svalové napětí a opoždění lokomočního vývoje (Komárek a kol., 2000: 62-63). Je značná ataxie trupu s poruchou koordinace pohybů. Ataxie se zhoršuje u přílišné koncentrace, nebo při emocích. Objevuje se rovněž intenční tremor, porucha rovnováhy díky poruše vestibulárního aparátu, porucha hlubokého cití. Chůze je ataktická. Lze zjistit určitý stupeň mentálního defektu, ale těžká retardace je vzácná (Kraus a kol., 2005: 84-85).

Formy DMO se mohou různě kombinovat a pak hovoříme o smíšené formě DMO.

2. 2. 5. Přidružené projevy DMO

Tato diagnóza se projevuje poruchou pohybových schopností, jemné motoriky a pohybové koordinace, které mohou být provázeny škálou dalších projevů – poruchy řeči, kombinací s mentálním anebo smyslovým postižením, epilepsií, onemocněními vnitřních orgánů, narušením psychických funkcí (např. pozornosti, vnímání, myšlení, emocionality a sebepojetí). Všechny tyto oblasti mohou komplikovat nejen oblast sebeobsluhy, ale i proces ucelené edukace, profesní přípravu a socializaci jedinců s DMO (Novosad, 2002). Na druhé straně je řada osob s DMO, které mají průměrnou nebo nadprůměrnou inteligenci. „*Přítom rozumové schopnosti nejsou úměrné zdatnosti pohybové, tedy i dítě na elektrickém vozíku může mít nadprůměrnou inteligenci a naopak*“ (Votava a kol., 2003: 174). Z výše uvedených problematických oblastí vyplývá, že je nutná spolupráce rehabilitačního týmu, k co největší míře soběstačnosti, která zahrnuje i proces edukace.

2. 2. 6. Terapie

Léčba DMO si žádá týmový přístup. Každý člen týmu (lékař, psycholog, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, dětská sestra, ošetřovatel, speciální pedagog, sociální pracovník, protetik) musí pohlížet na problémy dítěte s DMO stejným úhlem pohledu. Úzká spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu a především intenzivní kontakt s dítětem a jeho rodinou je předpokladem úspěchu.

2. 3. Ucelená rehabilitace dětí s DMO

Ucelená rehabilitace je pro děti se zdravotním postižením důležitým prostředkem, který jim napomáhá v dalším průběhu života. S rehabilitací by se mělo všeobecně začínat co nejdříve, zvláště pak u dětí s DMO (Waclawková, 2008).

Efektivní léčba dětí s tělesným, respektive motorickým postižením, by měla být ucelená neboli komplexní a interdisciplinární. Vyžaduje týmovou spolupráci všech specialistů, kteří se jí zabývají.

Při léčbě DMO hrají rozhodující roli složky léčebné rehabilitace, ale rovněž další oblasti tzv. ucelené rehabilitace, jejíž součástí je i edukace (Jankovský, 2001: 48).

2. 3. 1. Multidisciplinární tým (rehabilitační tým)

Řešení DMO vyžaduje multidisciplinární péči, jejímž cílem by měla být vždy adekvátní integrace postiženého dítěte a snaha o jeho nezávislý způsob života. Také Gregorová (2005) ve své práci píše, že dětští klienti mají komplexní potřeby, které vyžadují spolupráci rozličných zdravotnických, pedagogických a sociálních disciplín.

„Členové týmu mají pracovat společně, podporovat se a doplňovat. Optimalizují péči tak, aby byl pro klienta dosažen co nejlepší výsledek. Mají mít ke klientovi jednotný přístup.“ Multidisciplinární tým má pracovat na společném plánování cílů, podporovat myšlenky, nápady a informace ostatních. Efektivní spolupráce podporuje komunikaci mezi členy týmu, samotným klientem a maximalizuje výsledky léčby klienta (Gregorová, 2005).

Votava (2003) uvádí, že rehabilitační tým představuje skupinu odborníků, kteří v rámci pracoviště vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů. Podle Votavy (2003) užitečným členem týmu je i speciální pedagog, který se může účastnit na rehabilitaci kognitivních funkcí a případně používat speciální techniky (např. muzikoterapie). *„Dle typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí týmu také zdravotní sestry a protetičtí odborníci včetně lékaře – ortopedického protetika“* (Votava, 2003).

Za nejdůležitějšího člena týmu pokládám samotného rehabilitanta a jeho rodinné příslušníky, kteří by měli spolupracovat a snažit se o začlenění dítěte se zdravotním postižením do aktivního života. Členové týmu se pravidelně setkávají na konziliárních zasedání a pracují na společných cílech rehabilitanta. Jankovský (2001) mluví o tzv. „kruhové péči“, kde rodiče jsou významnými účastníky „kruhové“ podpory dítěte a jejich dítě stojí na vrcholu všech aktivit. *„Jejich role spočívá mj. v tom, aby se naučili se svým dítětem pracovat obdobným způsobem, jak to dělají jednak různí terapeuti (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti, aj.) a samozřejmě také speciální pedagogové“* (Jankovský, 2001).

Multidisciplinární tým nebo-li rehabilitační tým by se měl rovněž podílet na procesu učení neboli edukaci dítěte s DMO.

2. 3. 2. Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace má široký záběr a neobejde se rovněž bez týmové spolupráce zainteresovaných odborníků ve smyslu mezioborové kooperace, resp. kruhové péče, což ovšem platí o rehabilitaci obecně. Tento požadavek však není až tak samozřejmý, jak by se mohlo na první pohled zdát. Jak v praxi, tak i na teoretické úrovni se totiž setkáváme s diskuzemi zabývajícími se mírou kompetencí jednotlivých oborů a vymezováním vědních disciplín (Jankovský, 2001).

Speciální pedagogika je orientována na výchovu a vzdělávání, na pracovní a společenské možnosti zdravotně a sociálně znevýhodněných osob. V období školního procesu dítěte je speciálními pedagogy používán termín dítě se speciálními vzdělávacími potřebami (Pipeková a kol., 2006).

Dobrou práci speciálního pedagoga zajišťují znalosti z oborů speciální pedagogiky, metodiky předmětů základních škol a speciálních škol, medicínských disciplín, speciálně pedagogické diagnostiky a poradenství, psychologie, filozofie a oblast sociálních věcí. Mezi speciálně pedagogické nápravné metody patří reedukace, kompenzace, rehabilitace a integrace. Speciální pedagog by měl být zdatný v učení nových vědomostí, dovedností a návyků, ve volbě vhodných výchovných a vzdělávacích metod a také v komunikaci s dětským klientem a se spolupracovníky multidisciplinárního týmu (Gregorová, 2005).

„Ačkoliv se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky rehabilitace léčebné, sociální i pracovní, je nesporné že ucelenou rehabilitaci je nutno chápat také právě jako pedagogický jev.“ Výchova (edukace) hraje významnou roli při socializaci jedince a nemůžeme ji vnímat jen jako aktivitu, která má pouze vztah k dětství či dospívání. *„I když je výchova permanentní celoživotní proces a vzdělávání je nutno chápat jako otevřený systém, přesto však je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější právě v období dětství a dospívání.“* Hledání hranic mezi výchovou, vzděláváním a rehabilitací by bylo neproduktivní (Jankovský, 2001: 25).

Úzký vztah k pedagogické rehabilitaci mají také ergoterapeuti, protože řada činností, které se v rámci ergoterapie provádějí či nacvičují, bývají i složkou vyučování či školou organizované zájmové činnosti (výtvarné, pracovní programy). Návčik soběstačnosti, který se provádí v rámci ergoterapie (včetně vybavení technickými pomůckami), se potom pravidelně uskutečňuje nejen v rodině, ale také v rámci

vyučování a organizovaného volného času (Votava, 2003). Cettl (2002) uvádí ve své závěrečné práci, že působení pedagogické a terapeutické by mělo probíhat na školách pro děti se zdravotním postižením tak paralelně, že můžeme mluvit o pedagogicko-terapeutickém konceptu vyučování. Dále Cettl (2002) píše, že učitel a ostatní odborníci (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, a další) přihlížejí ke konkrétní diagnóze a k medicínské prognóze, k individualitě jednotlivce.

Ergoterapeutické prostředky se překrývají s prací speciálních pedagogů, proto je těžké vymezit pole působnosti ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO.

2. 3. 3. Ergoterapie u dětí s DMO

V ergoterapii u dětí s DMO není možné mluvit o náhradě, respektive o návratu ztracených funkcí, jelikož si dítě své schopnosti hledá a nemá zkušenosti z minulosti na rozdíl od dospělých rehabilitantů. Dítě s DMO se s poškozením určitého typu rodí, vyvíjí a svůj motorický a pracovní stereotyp si postupně vytváří (Gúth a kol., 1998). Z těchto důvodů ve své práci používám nejen pojmu rehabilitace, ale také habilitace, která je úzce spjata s dětskou populací.

Ergoterapie u dětí s DMO se zaměřuje na motorické postižení, kdy v důsledku změny svalového tonu, dítě s DMO používá končetiny ve špatných pohybových vzorech nebo je nepoužívá vůbec, což způsobí deficit získávaných informací pro mozek. Další oblastí, jež se ergoterapie u dětí zabývá je úchop ruky, který bývá nekvalitní v důsledku sevření prstů v pěst s palcem v dlani a špatné koordinaci oko-ruka, kdy se dítě s DMO dívá jiným směrem, než je předmět, který se snaží uchopit. Také dominance ruky a bilaterální koordinace ovlivňuje práci dítěte s DMO, jež řeší ergoterapie. Na tyto jmenované obtíže dětí s DMO se nabalují neméně důležité problémy. Jedním z nich je porucha percepce neboli sensorické vnímání, mezi něž patří vnímání tvaru a povrchu předmětu bez kontroly zraku, vnímání pohybu a polohy trupu a končetin, což je nezbytné pro samotný pohyb člověka a v neposlední řadě vnímání trojrozměrného prostoru. Další oblastí, kterou řeší ergoterapie u dětí s DMO je svlékání/oblékání, kde nás zajímá míra dopomoci, pohybová sekvence, schopnost udržet a znovu získat rovnováhu v sedu a ve stoji, přenos váhy těla či končetin z jedné na druhou, schopnost disociovat končetiny, vnímání těla, končetin a polohy trupu, sensorické vnímání a posloupnost při oblékání. Dovednosti s tužkou (preferance ruky, typ úchopu, polohy pro největší stabilitu k práci s tužkou, potřebnost speciálních

pomůcek) a ostatní aktivity denního života jsou náplní práce ergoterapeuta u dětí s DMO (www.mnof.cz/drs).

Na základě týmové spolupráce vybírají ergoterapeuti vhodné pomůcky pro dítě a provádějí nácvik jejich používání. V rámci procesu učení by měl ergoterapeut pomáhat učiteli zvolit správnou židli, vozík, stavěcí rám či jinou vnější externí podporu pro žáka se zdravotním postižením, stanovit vhodné místo ve třídě, informovat učitele, rodiče, vychovatele a další pracovníky o náležitých polohách pro dítě.

„Je podstatné si uvědomit, že handicapované dítě má stejné psychické potřeby jako dítě zdravé. Touží po lásce, pocitu jistoty a bezpečí, seberealizaci a seberozvoji“ (Gregorová, 2005). Za základní prostředek terapie v ergoterapii u dětí se považuje hra. Dětská hra a činnost vůbec, mají svá vývojová stádia, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu (Jankovský, 2001: 19-20).

„Abychom dosáhli plného potenciálu dítěte, je třeba aby všichni, kdo přicházejí do kontaktu s dítětem pracovali v jednom týmu s jednotným pochopením individuálních potřeb dítěte a jednotným přístupem k jejich řešení“ (www.mnof.cz/drs).

2. 3. 4. Role ergoterapeuta v rámci ucelené rehabilitace

Ergoterapeut hraje nezastupitelnou roli v rehabilitačním týmu. V publikaci od Pipekové (2006) se píše o možnostech a úkolech ergoterapie v oblasti speciální pedagogiky v těchto sférách: pomoc rodině, rehabilitace narušených funkcí, pomoc při orientaci v životním prostředí, podpora samostatnosti, stimulace (vnímání, myšlení, řeči, sociálního vývinu), korekce při výchovných problémech a při poruchách chování. Pipeková (2006) píše, že se může také jednat o korekci při komunikaci a sociálních vztazích, které jsou větší, než by se dalo čekat vzhledem k postižení, při pasivitě, negativismu, při destruktivním chování atd.

2. 3. 5. Spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga

Cettl (2002) ve své práci píše: *„Koncem 90. let 20. století se spolupráce ergoterapeutů a speciálních pedagogů rozvíjela jenom pomalu. Spíše se jednalo o začlenění ergoterapie, respektive ergoterapeutického oddělení do jednotlivých zařízení pro osoby s postižením.“* Myslím si, že postupem času se spolupráce ergoterapeutů a ostatních členů týmu v mnoha institucích zlepšuje.

Formy spolupráce ergoterapeutů a speciálních pedagogů mohou probíhat různorodě. Ergoterapeut může pracovat s žákem samostatně mimo třídu a při tom sledovat rovněž cíle pedagogické. Speciální pedagog může při vyučování žáka s DMO využívat ergoterapeutické postupy a sledovat cíle ergoterapeutické. Často se setkáváme s individuální terapií kombinovanou s třídním vyučováním (Cettl, 2002). Nejprínosnějším řešením spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga by bylo, pokud by oba působili ve třídě a podíleli se na společném obsahu vyučování. Pokládám za důležité zajištění koordinace, jednoty ergoterapeuta a speciálního pedagoga v pohybových stereotypch a návycích k dosažení správných a co nejlepších výsledků žáka s DMO. Např. pokud dítě s DMO získává správné pohybové stereotypy podle Bobath konceptu, měl by být stejný přístup využíván i během vyučování.

2. 4. Výchova a vzdělávání dětí s DMO

Mezi základní práva každého dítěte patří právo na vzdělání. Edukace je zakotvena v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání – podle tohoto zákona mají žáci se zdravotním postižením právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich potřebám a možnostem (www.praceprozp.cz).

Každé dítě je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí, která se projevuje svými vlastnostmi, dispozicemi, zájmy, ale také rozličnými potřebami a jejich uspokojováním. To se dotýká také oblasti vzdělávání, neboť zdaleka ne všechny děti jsou schopny bezproblémově uspokojit své potřeby v této oblasti. Výchovně vzdělávací činnost, nebo-li vlastní proces učení, může být pro mnohé děti velmi náročný a způsobovat jim nejrůznější problémy. Specifickou skupinu tvoří děti s různými poruchami učení a děti se zdravotním postižením, kam patří také děti s DMO (Jankovský, 2001).

Již Lesný a kol. (1972) píší o důležitosti zajištění výchovy a vzdělání postižených osob, a to vzdělání základního i odborného, včetně přípravy pro povolání. Výchova a vzdělávání zahrnuje vědomosti, dovednosti a návyky, potřebné k dosažení pokud možno největší míry soběstačnosti, pracovního uplatnění a společenského života (Lesný a kol., 1972: 210)

„Vzdělávání zdravotně postižených dětí je jednou z neúčinnějších metod kompenzace důsledků postižení.“ Nedostatečná úroveň vzdělání je překážkou při hledání pracovního uplatnění na trhu práce i výrazným limitujícím faktorem pro

samostatnou výdělečnou činnost. „*Proto by rodiče těchto dětí měli od počátku usilovat o to, aby se jejich dětem dostalo co možná nejlepšího vzdělání, pochopitelně s přihlédnutím k zdravotnímu stavu a schopnostem dítěte*“ (www.infoposel.cz).

Rovněž Kraus a kol. (2005) uvádí: „*Více než u zdravých platí, čím vyšší vzdělání, tím lépe. U většiny postižení je v různé míře postižena manuální zručnost a možnost lokomoce, takže intelektuální činnost s minimálními přesuny je optimálním řešením. Samozřejmě vertikalizace a chůze jsou velmi důležité, ale mnohdy se mnoho úsilí a energie zaměřuje tímto směrem, i když je všem zúčastněným jasné, že dítě či někdy již adolescent nikdy chodit nebude*“ (Kraus a kol., 2005).

Pro každého žáka školy by měl být vypracován individuální výchovně vzdělávací plán (dále jen IVVP), na němž by se mělo spolupracovat jak s rodiči tak se samotným žákem. IVVP by měl pomáhat sestavit celý tým odborníků: speciální pedagog školy, klinický psycholog, neurolog, dětský lékař, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník atd. Vodáková a kol. (2007) se ve své publikaci zmiňují o individuálním programu ve škole i při ergoterapii, zpracovaný pro žáka nebo klienta, pomocí něhož se respektuje doporučení lékaře a umožňuje plnit krátkodobé i dlouhodobé cíle. „*Zajistí se prostorové, světelné, případně další podmínky vyhovující konkrétnímu žákovi nebo klientovi. Učitel podle možnosti spolupracuje s ergoterapeutem. Pokud má žák osobního asistenta, dohodne se jeho úloha při výuce všech předmětů včetně prakticky zaměřených*“ (Vodáková a kol., 2007).

K dosažení dobrých výsledků výchovy a vzdělání je třeba kvalifikovaných speciálně pedagogických pracovníků a vhodné materiální vybavení školy a výchovných zařízení. Důležité je pamatovat i na hygienu zraku žáků a zařadit vhodné osvětlení pracovní plochy, bez oslňování očí (Lesný a kol., 1972: 212).

Významný vliv na školní výsledky hraje motivace, která vyjadřuje souhrn všech skutečností, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal či nekonal. Každý úspěšný výsledek je závislý na motivaci. Velmi dobře a snadno si jedinec zapamatuje to, o co má skutečný zájem. Existují dva druhy motivů, vnitřní motivy, což jsou potřeby, a vnější motivy, kterými jsou pobídky (Čáp a kol., 1998). Fontana (1997) dělí motivaci na druhy intrinsické a extrinsické. Intrinsická motivace vychází z jedince samotného. Pro člověka je vlastní pud zvědavosti, který již od raného věku podněcuje spontánní zkoumání a objevování. „*V úzkém vztahu s dětskou zvědavostí jako motivačním činitelem je stupeň zájmu vzbuzovaný vlastní zkušeností s výukou*“ (Fontana, 1997: 153). Extrinsická motivace nastupuje v případě, kdy intrinsická

motivace je nedostatečná. Většinou zahrnuje známkování, testy, zkoušení, vysvědčení, sdělení rodičům, ale samozřejmě i pochvaly. Pomáhá budovat prestiž dětí ve vlastních očích, v očích spolužáků, rodičů, učitelů a napomáhá tím k rozvoji výkonové motivace. Každý žák by měl zažít pocit úspěchu. Dalším pravidlem je podávat žákům výsledky, co nejdříve po jejich výkonu. Delší prodlevy snižují motivaci. Vhodnou motivací je soutěž, která je nejefektivnější, pokud soutěží žák sám se sebou, nebo pokud jde o spolupráci ve skupinách, kdy žáci přijmou skupinový cíl a společnými silami se ho snaží dosáhnout. Zapomínat bychom neměli na pochvalu, ocenění snahy za každý výkon, které jsou pro žáka nejen vysoce odměňujícím zážitkem a povzbuzením, ale pomáhají vytvářet i kladné vztahy mezi učitelem a jeho třídou (Fontana, 1997).

Edelsberger a kol. (1988) ve své knize popisuje DMO jako postižení hybnosti, které se projevuje buď formou spastickou, kdy svaly jsou stále křečovitě napjaty nebo formou dyskinetickou, kdy svaly jsou napínány střídavě a vykonávají tzv. nepotlačitelné mimovolní pohyby. Tyto pohyby se projevují při mluvení jako záškuby hlavou a grimasy v obličejí, při pohybu končetin a celého těla pak jako trhavé neuspořádané pohyby. „*Tyto nepotlačitelné mimovolní pohyby jsou tím větší, čím více se dítě snaží je potlačit a čím více se snaží provést správný výkon. Ve škole ztěžují, nebo až znemožňují žákovi psaní, kreslení, výtvarné práce, pracovní vyučování, cvičení a pohybovou činnost vůbec*“ (Edelsberger a kol., 1988).

Cetl (2002) ve své práci píše, že ve škole by se měla věnovat pozornost správnému držení těla, sezení, aby se předešlo svalové kontrakci. Dále uvádí důležitost náležitého držení pracovního a psacího náčiní, pokud ho dítě používá. Děti s postižením paže a ruky potřebují často speciální podporu, speciální psací pomůcky, pomůcky ke kreslení a jiným školním činnostem, aby mohly být v těchto aktivitách úspěšné. Také Vodáková a kol. (2007) zastávají názor, že by se měla při práci zajistit správná, pohodlná poloha, upravit pozice zad, prsou, brady a celého těla. Podpůrné aparáty se správně přiloží, podle potřeby zajistí odlehčení hmotnosti horních končetin závěsy nebo podepřením (Vodáková a kol., 2007).

Velmi důležitá je stabilní poloha celého těla. „*Dítě má sedět při práci i odpočinku tak, aby bylo opřeno celými zády o opěradlo a nohama o podlahu, předloktími paží o postranní opěradla. Židle nebo křeslo má mít i opěradlo pro hlavu, aby si dítě mohlo odpočinout, neboť stálé držení trupu a hlavy ve vzpřímené poloze je pro ně únavné.*“ Pokud dítě nečte nebo nepíše, má se poloha vsedě střídát s polohou vleže. Děti s těžším postižením dětskou mozkovou obrnou by měly cvičit řeč, psaní i

čtení vleže, aby nebyly rušeny zvýšenou spasticitou nebo nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, vznikajícími z úsilí o udržení trupu a hlavy ve vzpřímené poloze. „Pro čtení a psaní vleže je třeba opatřit pracovní stůl se sklopnou deskou, případně prizmatické brýle nebo zrcadlo, které lomí světelné paprsky přibližně o 90°, takže ležící dítě může číst text z knihy postavené na sklopném stole“ (Edelsberger a kol., 1988).

Pokud dítě při pokusu o mluvní projev nebo jinou činnost křečovitě zaklání nebo uklání hlavu, případně i trup a končetiny, má se uvést do opačné polohy (tzv. reflexně inhibiční neboli uvolňovací polohy), (Edelsberger a kol., 1988). Polohování dětí s DMO je velmi důležitou součástí ucelené rehabilitace, jež je náplní také ergoterapeuta, proto o ní pojednávám v samostatné kapitole.

Dítě s DMO vyžaduje při učení individuální přístup, klidnou a optimistickou atmosféru ve třídě i doma. Důležité je pracovat s dítětem v kratších časových intervalech, prokládat učení častějšími přestávkami pro odpočinek a střídat činnosti a to jak ve škole, tak v rámci ergoterapie.

2. 5. Polohování

Polohování je jednou ze základních rehabilitačních technik, jejímž hlavním cílem je podpora dalšího psychomotorického vývoje a odstranění patologických pohybových vzorců (Opatřilová, 2005).

Cetl (2002) ve své práci píše, že osoba s postižením by měla uplatňovat fyziologické držení těla a fyziologické pohyby nejen při všedních denních činnostech, ale také při hře nebo při plnění povinností, kam já řadím rovněž školní povinnosti. Než začne tedy dítě ve škole pracovat, musíme si uvědomit, jaká poloha je pro něj při činnosti optimální. To jakou polohu dítě zaujímá, ovlivňuje nejen posturální systém, ale má značný vliv i na edukaci dítěte s DMO, např. pro míru soustředění, motoriku horních končetin, koordinaci atp.

Muchová (2006) ve své práci píše: „*Polohy, kterých využíváme ve vzdělávacím procesu, nesmí žáka zatěžovat po stránce fyzické ani psychické, musí vycházet z dosaženého pohybového stádia, musí alespoň částečně snižovat závislost dítěte na okolí pro vytváření pocitu jeho sebeuvědomění, musí vést k novému poznávání a získávání nových dovedností a vědomostí.*“

Samostatné polohování není aktivní formou cvičení, ale má vliv na schopnost výkonu dítěte. Jde spíše o statický přístup pomocí vnější posturální kontroly, která kompenzuje vnitřní nedostatečnost posturální stability (Hromádková a kol., 1999).

Polohování je možné realizovat jak v horizontální rovině (v poloze supinační, pronační, na boku), tak i v rovině vertikální (v sedu, kleku nebo stoje). K polohování se využívá řada pomůcek (válce, polštáře, klíny, podložky atd.), které přispívají k zlepšování funkce dětí se zdravotním postižením, k předcházení kontraktur a napomáhají k zabránění abnormálních pohybových vzorů (Cettl, 2002). Začínáme v polohách, které dítě posturálně zvládá. Stabilizujeme dítě tak, aby mohlo držet hlavu ve střední linii, trup natažen a ruce volně používat k činnostem.

Polohování dětí s DMO je velmi individuální. Ergonomické parametry lze brát jako určité vodítko, ale neplatí jako pravidla (především jde o polohování v sedu).

2. 5. 1. Poloha v sedu

Poloha v sedě podporuje zvýšení kontaktu s okolím, extenzi páteře, lordózu, zlepšení kontroly hlavy, rovnoměrné zatěžování a podporuje rovnovážné reakce (Krivošíková, 2008).

Na židli polohujeme, pokud dítě samo vydrží v sedu a udrží hlavu. U dětí se spastickými dolními končetinami použijeme tuto polohu na krátkou dobu, neboť bychom podporovali spasticitu. Během vyučovací hodiny polohy střídáme (Švejdvová, 2001). Pokud se dítě v sedu hroučí, tzn. má oslabené zádové a trupové svalstvo, volíme spíše polohu sedu v sedačkách.

Dnešní doba nabízí možnost vybrat vhodnou židli či sedačku dle individuálních potřeb dítěte. Sedačky a židle lze individuálně nastavit (např. výška a hloubka sedu, výška loketních opěrek, sklon zádové opěrky, různé typy sedu - od polohy vzpřímené až do polohy v pololeže apod.) a dovybavit širokým výběrem doplňků (např. abdukční klín, podložky pod nohy, fixační pásy, stolní deska, kolečka atd.). Firmy, které se zabývají těmito polohovacími pomůckami, jsou např. Repo, Meyra, Otto Bock.

Důležité je, aby židle zajistila pohodlnost, bezpečnost a stabilitu. Pro osoby se sníženou mobilitou možno ještě dodat požadavek snadného přístupu, snadného usedání a vstávání.

2. 5. 2. Poloha leh na břišku

U polohy na břišku využíváme polohovacích pomůcek, jako jsou válce, klíny apod., kdy bříško dítěte podložíme klínem, čímž uvolníme dítěti ruce a podporujeme úchop, plazení (Švejdová, 2001).

Poloha v lehu na břicho umožňuje protáhnout flexory kyčelních a kolenních kloubů, odlehčení tlaku v oblasti hýždí. Pokud dítě částečně zvládá kontrolu hlavy, může tato poloha posílit krční svaly, zatímco dítě zrakově vnímá okolí. Výhodou této polohy je, že umožňuje zvýšit množství příjmu senzoryckých informací pomocí očního kontaktu a recipročního kontaktu při lezení, plazení, podporuje vzpřimovací reflexy a přetáčení (Colangelo, 1999). Při použití válce, je umožněn pohyb, díky čemuž se snižuje spasticita dítěte (Krivošíková, 2008).

Volíme mezi dvěma možnostmi, jak polohovat v lehu na břicho a to buď s oporou o předloktí či o natažené ruce, tzn. extenze v loketních kloubech. Důležité je při této poloze nenechat dítěti viset hlavu mezi rameny, nebo přes polohovací zařízení (Colangelo, 1999). Při výběru klínu se musí zohlednit gravitace, úhel těla a především délka a výška klínu – podle extenze v kyčelních kloubech a dolního trupu. Při volbě správného typu klínu či podložky musíme vzít v úvahu laterální oporu trupu, abdukcii v kyčelních kloubech (Krivošíková, 2008).

2. 5. 3. Poloha leh na zádech

U jedince s abnormálním svalovým tonem, tedy i u DMO podporuje tato poloha správné rozložení tlaků, prodloužení flexorů, symetrii trupu a poskytuje zevní stabilitu, která podporuje kontrolu pohybů očí. Poloha leh na zádech přispívá k schopnosti spojit ruce, křížení přes středovou osu a umožní odpovídající pohyb lopatky. Dále napomáhá k vývoji zrakové fixace, sledování cíle při plné opoře trupu a pohyb proti gravitaci (Colangelo, 1999).

Při správné poloze musí být centrována hlava s občasnými variacemi do stran jako prevence ztuhlosti šíje. Páteř a kyčelní kloub musí být v ose, horní končetiny ve flexi blízko těla, ruce položené na tělo, blízko obličeje. Pokud je zvýšen tonus extensorů, snažíme se zapolohovat kyčelní a kolenní klouby do flexe, ramena tlačit dopředu (Krivošíková, 2008).

2. 5. 4. Poloha leh na boku

Tato poloha poskytuje symetrii trupu, odebírání tlak v oblasti pánve a hýždí, rozvíjí kontrolovaný pohyb na horní končetině – lepší úchopová funkce díky vyloučení gravitace, je prevencí abnormální abdukce v kyčlích. Poloha je vhodná pro dítě s těžší hypertonií. Správná poloha umožňuje podporu středové osy a střídání stran (Krivošíková, 2008).

2. 5. 5. Poloha stoj

Poloha vstoje podporuje rovnoměrné zatěžování – v extenčním postavení dolních končetin, zajišťuje volné ruce pro aktivitu a zatěžováním stimuluje propriocepci. Výhodou této polohy je, že umožňuje přenos váhy, nastavení muskuloskeletálního systému, podporuje cirkulaci a dýchání (Colangelo, 1999).

Při polohování do stoje musíme být opatrní, neboť nesprávné postavení, může být škodlivé. Při volbě této polohy musíme zohlednit, zda zvolit úplnou vertikální polohu či určitý úhel s oporou v oblasti zad a břicha. Dále zohledňujeme množství upevnění nebo další oporu k získání správného postavení. (Krivošíková, 2008)

Pro stoj jsou vhodná zařízení – vertikalizační stojany, jež umožňují např. oporu a možnost zatížení dolních končetin, oporu ze předu / ze zadu, podporu kontroly hlavy a trupu, vzpřímenou polohu. Existují stojany pro děti, které se začínají stavět, mají snížený svalový tonus, potřebují opěru hlavy, pro dítě které zvládá kontrolovat hlavu i trup. Vertikalizační stojan poskytuje oporu a polohování pro dolní končetiny a současně umožňuje volný pohyb trupu, horních končetin a hlavy všemi směry (Krivošíková, 2008).

Vertikalizační stojany lze rovněž sestavit dle individuálních potřeb dítěte a je možné je nalézt u firem zabývajících se polohováním v sedu.

I přes všechny možnosti polohování výše uvedené je potřeba mít na mysli individualitu dítěte, jeho diagnózu, potřeby a podle toho volíme, přizpůsobujeme a kontrolujeme správné polohování.

2. 6. Kompenzační a didaktické pomůcky pro žáky s tělesným postižením

K tomu, aby byl jedinec se zdravotním postižením co nejvíce soběstačný, vyžaduje nejen léčebné prostředky ucelené rehabilitace, ale také pomůcky, jež mu usnadní pohyb a péči o sebe sama. Pokud hovoříme o dítěti s DMO a jeho edukaci, jsou nezbytnou součástí pomůcky, které usnadňují pohyb, dobré zapoložování čili vhodný nábytek a didaktické pomůcky. Kubíčková a Kubíče (2001) dělí tyto pomůcky na :

- Kompenzační pomůcky usnadňující pohyb žáků – berle, hole, kozičky, chodítka, vozíky, dětské rehabilitační kočárky a tříkolky, lezítka, výtahy apod.
- Upravené didaktické pomůcky – nástěnné obrazy a nástěnky, magnetické tabulky s písmeny a číslicemi z pěnové omyvatelné hmoty, velké tvary puzzle (číslice/písmena/tvary), molitanová abeceda atd.
 - Pomůcky usnadňující psaní a kreslení – upravené psací potřeby s různými druhy úchopů (rozšířený, hranatý, trojboký, pro praváky/leváky, úchop ústy apod.), nástavce na tužky atd.
 - Pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností – stavebnice, textilní didaktické hračky, speciálně upravené nůžky, sypké materiály apod.
 - Pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci – molitanové stavebnice, žíněnky, trampolína, posilovač prstů, kuželky, skluzavky, molitanové míčky atd.
 - Technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací – diktafon, počítače, speciální počítačové programy, upravené myši, klávesnice, mobilní telefony apod.
- Vybavení třídy, prostor školy – úpravy nábytku, úpravy pomůcek denní potřeby (speciálně upravené židle, stolky, lehátka, vertikalizační stojany atd.)
- Jiné pomůcky – pláštěnky, protiskluzové podložky do vozíků, křesel, podložky hlavy, polohovací válce apod.

Bendová a kol. (2006) uvádí pomůcky, které je možno využít v rámci edukačního procesu osob s poruchou hybnosti:

- Pomůcky sloužící k rozvoji hrubé motoriky u dětí s poruchou hybnosti – balanční koule, plastové kvádry, lyže pro dvě osoby, rybičky s udičkou

- Pomůcky sloužící k rozvoji jemné motoriky u dětí s poruchou hybnosti – nácvik manipulace s předměty, který se manifestuje především v kvalitě úchopu a sebeobslužných dovedností – dětské puzzle, deska s tvary, foukací labyrint, maxi mozaika, labyrint s korálky apod.
- Pomůcky sloužící k rozvoji a usnadnění grafických činností – zápěstní objímka, dlaňová objímka, pomůcka s držáky pro psací náčiní umožňující dlaňový úchop
- Pomůcky usnadňující nácvik a realizaci volnočasových aktivit – držák na jehlice, obraceč stránek

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1. Úvod

Hlavní cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat současnou situaci role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO v ergoterapeutické praxi. Dalším cílem bylo určit možné ergoterapeutické intervence k ovlivnění výsledků dítěte s DMO ve škole. Zmapovat současnou situaci kompetencí ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO ve škole. K těmto cílům mě vedl problém chybějících informací o účasti, kompetencích a hranicích ergoterapeuta na procesu učení dítěte s DMO, jehož zásah by mohl vést k lepším školním výsledkům.

Výzkumné otázky bakalářské práce:

- Podílí se ergoterapeut na procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení výsledků ve škole?
- Může ovlivnit ergoterapeut školní výsledky dítěte s DMO?
- Jak ovlivnit školní výsledky dítěte s DMO ergoterapeutem?

Hypotézy:

H1: Ergoterapeut se účastní na procesu učení dítěte s DMO pro dosahování jeho lepších výsledků ve škole.

H2: Ergoterapeut může ovlivnit školní výsledky prostřednictvím působení na aspekty osobnosti, prostředí a spolupráci s multidisciplinárním týmem, zejména speciálním pedagogem.

3. 2. Metodologie

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazníkového šetření. Ferjenčík (2000) ve své knize píše, že dotazník je standardizované interview předložené v písemné podobě, jehož výhodami jsou úspora času a finančních prostředků. Dále Ferjenčík (2000) uvádí vhodnost užití dotazníku v případě, kdy potřebujeme jednu a tutéž sadu otázek zadat velkému počtu lidí.

Dotazníkovou metodu jsem zvolila po mnoha uvážení, jejichž součástí byla právě zmiňovaná úspora času vzhledem k omezené možnosti vykonání praxe se zaměřením na mou bakalářskou práci.

3.3. Sběr dat

Dotazník jsem rozesílala formou e-mailů na 10 pracovišť v ČR strukturou podobná Jedličkovu ústavu v Praze. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo působení ergoterapeuta a speciálního pedagoga na pracovišti a zároveň se zaměřením na děti s DMO. Dotazník vyplňovaly pouze ergoterapeuti. Pracoviště jsem vyhledávala za pomoci doporučených pracovišť ergoterapeutkou Jedličkova ústavu v Praze a prostřednictvím internetových zdrojů. E-mailové adresy jsem získala z internetových stránek zařízení a z veřejně dostupného seznamu pracovišť na internetu. Dotazník jsem rozesílala ve dvou kolech na pracoviště: Jedličkův ústav a školy - Praha, Jedličkův ústav - Liberec, Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka - Brno, ARPIDA – centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením - České Budějovice, ARKÁDIE – společnost pro komplexní péči o zdravotně postižené - Teplice, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže – Košumberk, Mateřská škola speciální, Základní škola speciální a Praktická škola - Brno, Základní škola pro tělesně postižené – Opava, Základní škola a Praktická škola Svítání – Pardubice, Dětský denní rehabilitační stacionář – Hradec Králové. Pro letní prázdniny většina zařízení proběhlo první dotazníkové šetření od poloviny června a druhé kolo od konce srpna. Vzhledem k nedostatečným informacím z internetových zdrojů o působení ergoterapeuta na pracovišti, jsem počítala i s možností negativních odpovědí.

Dotazníkové šetření jsem zaměřila ve smyslu působení ergoterapeuta na děti s DMO ve škole za cílem zlepšit jejich školní výsledky. Dále mě zajímala i spolupráce rehabilitačního týmu na edukaci dítěte s DMO, zejména ergoterapeuta a speciálního pedagoga. Ferjenčík (2000) ve své knize uvádí: „*Uzavřené otázky jsou věcnější, jejich pomocí můžeme získat větší množství různých informací v kratším čase.*“ Dále uvádí, že odpovědi na uzavřené otázky jsou obvykle stručné, umožňují eliminovat nekontrolovatelný tok řeči u příliš hovorných respondentů. Ze zmiňovaných důvodů a pro snazší vyhodnocení dotazníku jsem se rozhodla pro vytvoření uzavřených otázek s možností více odpovědí a částečně s vlastním vyjádřením, pokud to otázka nabízela.

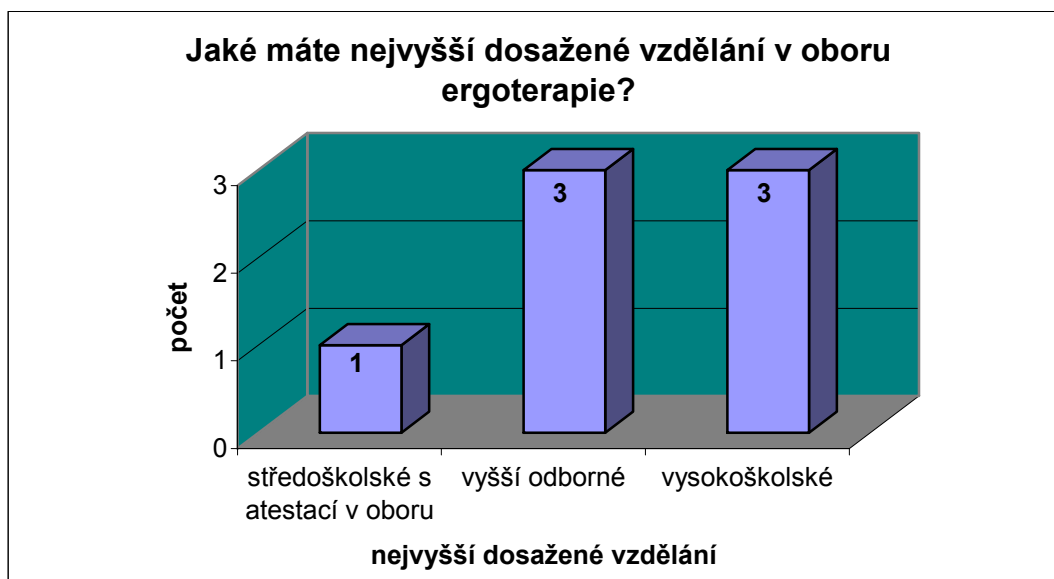
Dotazník obsahoval 20 otázek. První otázky dotazníkového šetření byly zaměřeny na obecná fakta a následné otázky speciálně na oblast edukace dětí s DMO z pohledu ergoterapeuta. Respondenti mají právo na ochranu soukromí a osobních údajů, kterou jsem plně respektovala (Miovský, 2006).

Výsledkem mého výzkumu jsou zjištěná fakta týkající se oblasti zastávající role ergoterapeuta v procesu edukace dítěte s DMO.

3. 4. Vyhodnocení dotazníků

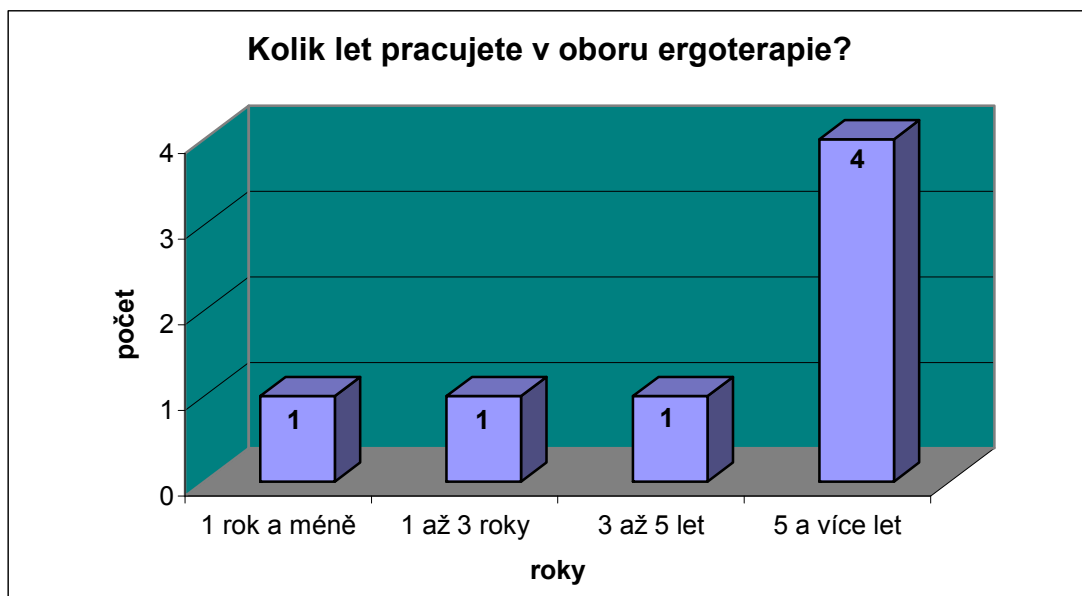
Celkem je do studie zahrnuto sedm dotazníků ze čtyř pracovišť. Čtyři dotazníky jsou od ergoterapeutů z Jedličkova ústavu v Praze, jeden dotazník ze ZŠ a PŠ Svítání Pardubice, jeden dotazník z Dětského denního rehabilitačního stacionáře v Hradci Králové a jeden dotazník z Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka v Brně.

Graf č. 1



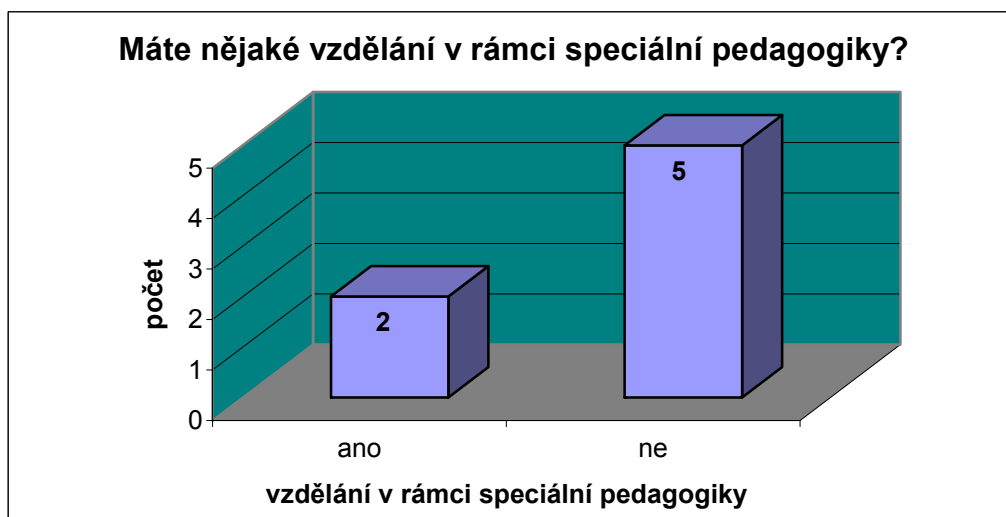
Graf č. 1 poskytuje údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů v oboru ergoterapie. Z dotazovaných respondentů tři (43%) dosáhli vyššího odborného vzdělání, další tři (43%) zakončili vzdělání v oboru ergoterapie vysokoškolským titulem. Pouze 1 respondent (14%) dosáhl středoškolského vzdělání s atestací v oboru.

Graf č. 2



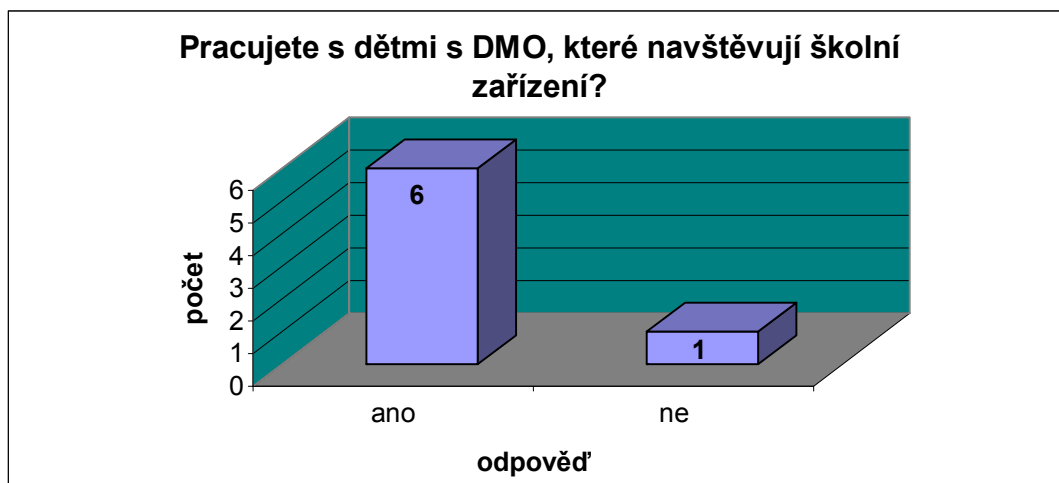
Z grafu č. 2 vyčteme odpověď na otázku kolik let, pracují respondenti v oboru ergoterapie. Čtyři dotazovaní (58%) pracují v oboru ergoterapie 5 a více let. Jeden respondent (14%) působí v oboru 3 – 5 let, stejný počet lidí (14%) pracuje v oboru ergoterapie 1 – 3 roky a rovněž v počtu jednoho respondenta (14%) 1 rok a méně.

Graf č. 3



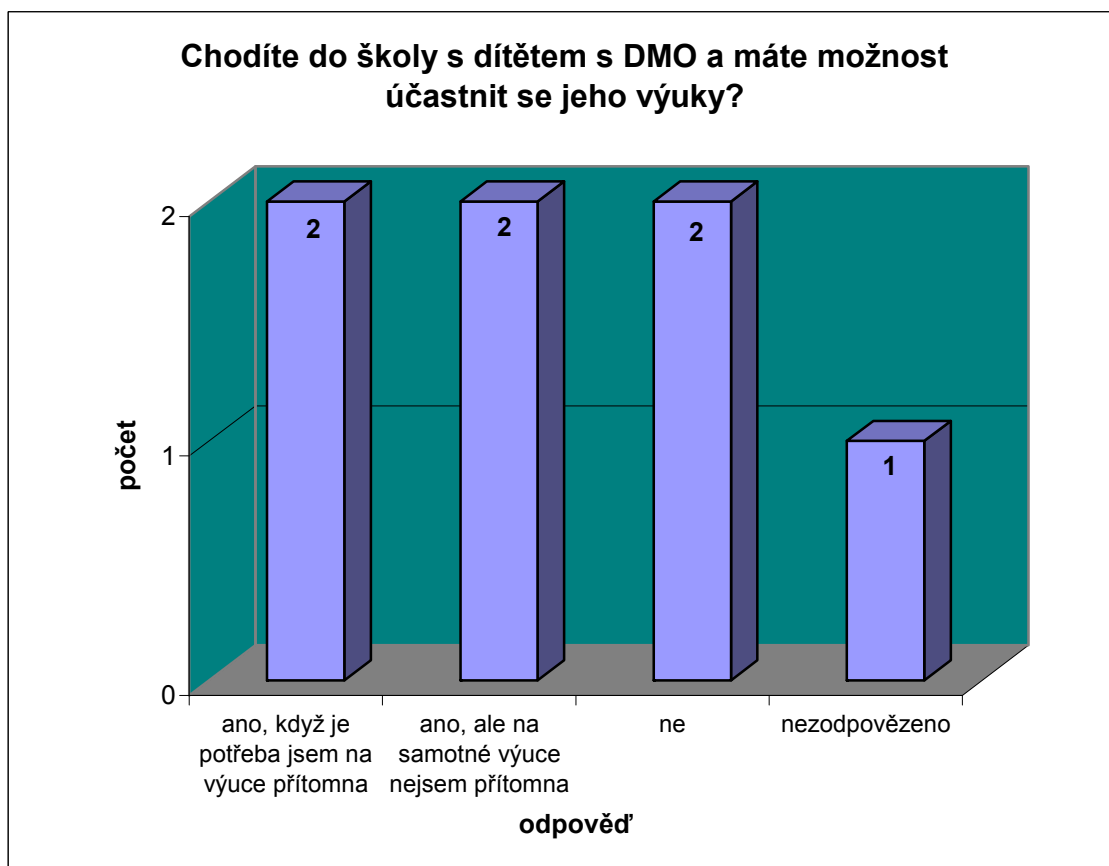
Výše uvedený graf č. 3 znázorňuje odpověď na otázku, zda mají respondenti nějaké vzdělání v rámci speciální pedagogiky. Pět lidí (71%) nemá vzdělání z oblasti speciální pedagogiky a pouze dva respondenti (29%) toto vzdělání mají.

Graf č. 4



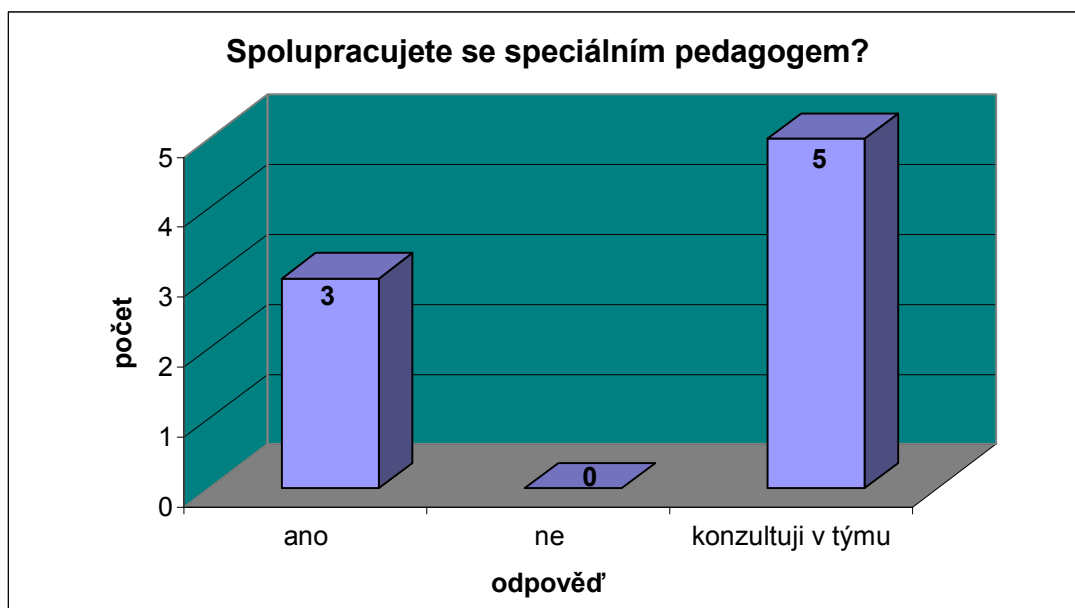
Graf č. 4 odpovídá na otázku, zda ergoterapeuti pracují s dětmi s DMO, které navštěvují školní zařízení. Výrazně převládá odpověď ano v počtu šesti ergoterapeutů (86%) a pouze jedna odpověď (14%) zní ne.

Graf č. 5



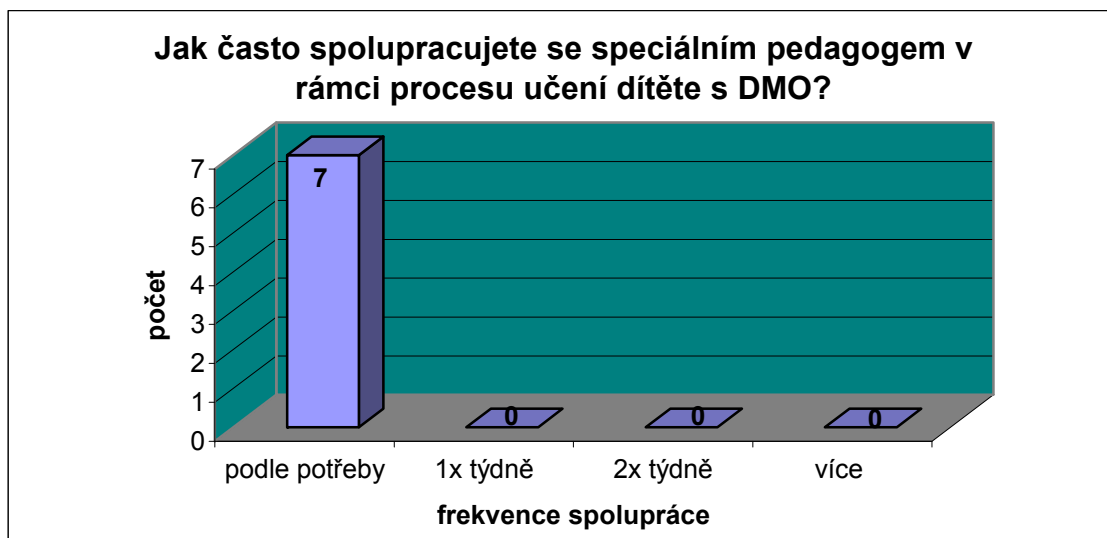
Graf č. 5 znázorňuje odpověď na otázku, zda chodí ergoterapeuti do školy s dítětem s DMO a mají možnost účastnit se jeho výuky. Ano, když je potřeba jsem na výuce přítomna odpověděli 2 respondenti (29%). Ano, ale na samotné výuce nejsem přítomna je odpověď také 2 respondentů (29%). Ne odpověděli další 2 respondenti (29%). Jeden ergoterapeut (14%) neoznačil ani jednu odpověď.

Graf č. 6



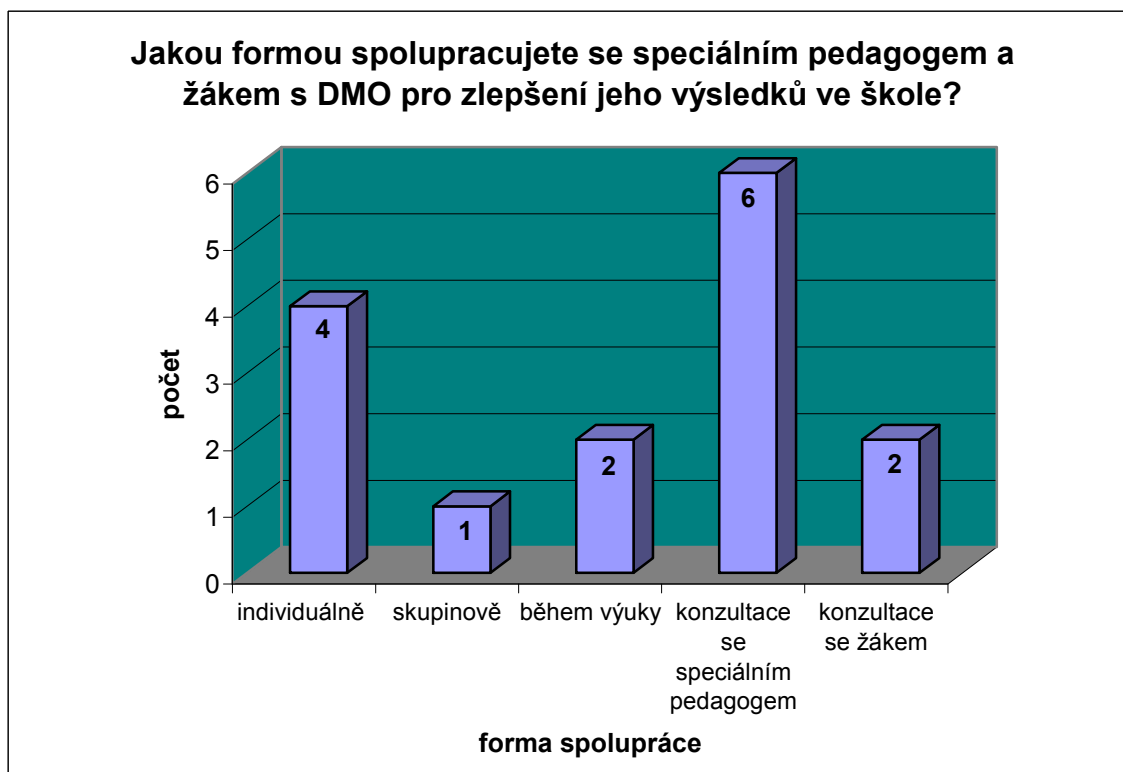
Z toho grafu plyne odpověď na otázku, zda ergoterapeuti spolupracují se speciálním pedagogem, kde jeden respondent volil možnost více odpovědí, proto konečný výsledek neodpovídá 100%. Pět ergoterapeutů odpovědělo, že konzultuje v týmu (71%), tři ergoterapeuti (43%) odpověděli ano a žádný respondent (0%) nezvolil odpověď ne.

Graf č. 7



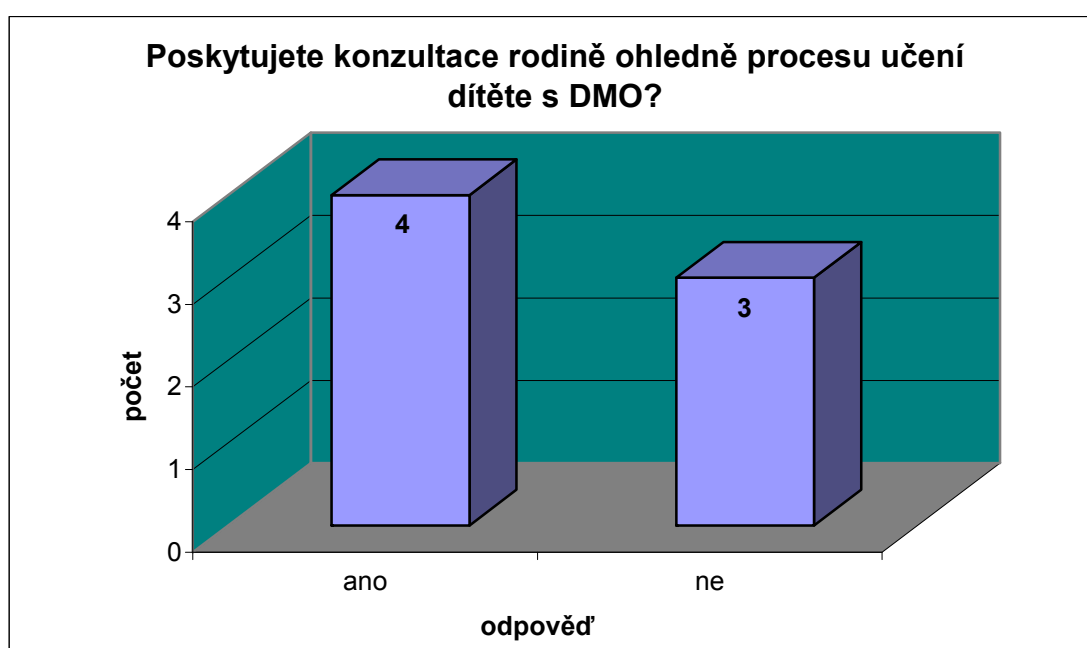
Graf č. 7 ukazuje odpověď na otázku, jak často ergoterapeuti spolupracují se speciálním pedagogem v rámci procesu učení dítěte s DMO. Všech sedm respondentů (100%) odpovídalo, že spolupracuje se speciálním pedagogem v rámci procesu učení dítěte s DMO podle potřeby.

Graf č. 8



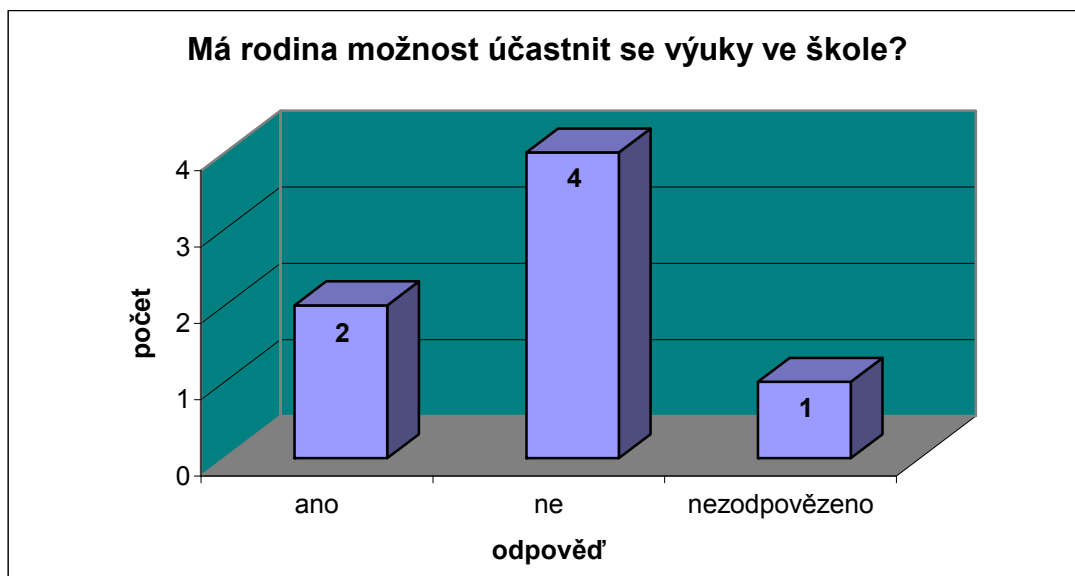
Graf č. 8 znázorňuje odpověď na otázku, jakou formou spolupracuje ergoterapeut se speciálním pedagogem a žákem s DMO. Zde respondenti často volili více odpovědí, proto konečný výsledek neodpovídá 100%. Nejvíce je zastoupena forma spolupráce konzultací se speciálním pedagogem v počtu šesti odpovědí (86%). Další možností spolupráce byla individuální, kterou volili čtyři respondenti (57%). V počtu dvou odpovědí (29%) byla zvolena spolupráce během výuky a dva respondenti (29%) spolupracují konzultací se žákem. Nejméně zastoupenou odpovědí byla možnost spolupráce skupinově v počtu jedné odpovědi (14%).

Graf č. 9



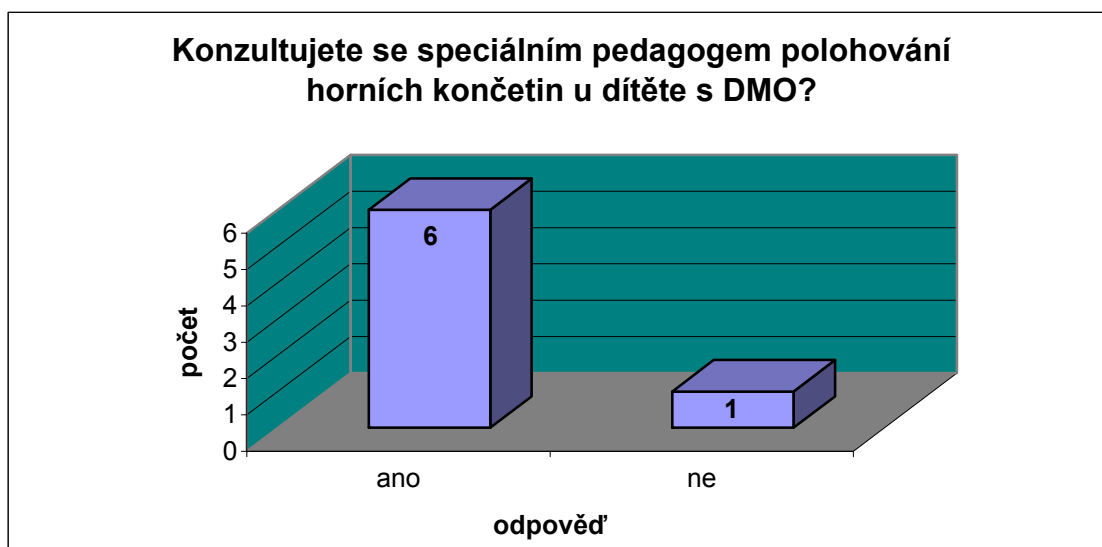
Graf č. 9 odpovídá na otázku, zda ergoterapeut poskytuje konzultace rodině ohledně procesu učení dítěte s DMO. V počtu čtyř respondentů (57%) je odpověď ano, tři respondenti (43%) zvolili odpověď ne.

Graf č. 10



Graf č. 10 znázorňuje odpověď na otázku, zda má rodina možnost účastnit se výuky ve škole. Čtyři ergoterapeuti (57%) odpověděli ne, dva (29%) volili odpověď ano a bohužel od jednoho ergoterapeuta (14%) se nedostavilo odpovědi.

Graf č. 11



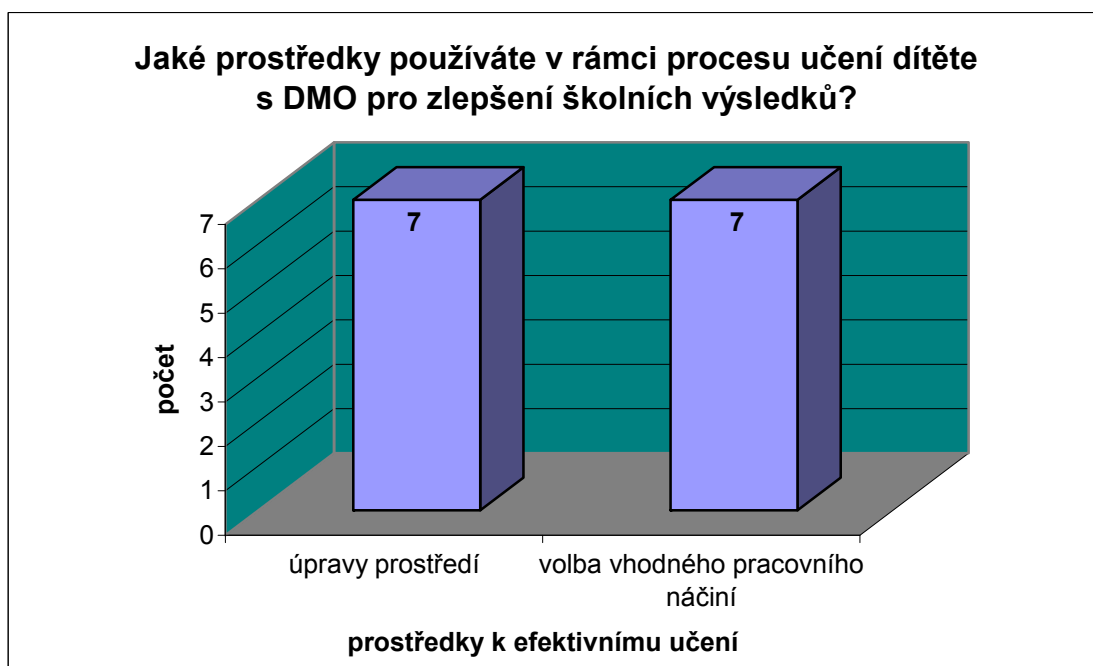
Zda ergoterapeut konzultuje polohování horních končetin se speciálním pedagogem, znázorňuje graf č. 11. Z celkového počtu sedmi ergoterapeutů, šest (86%) odpovídalo ano a pouze jeden ergoterapeut (14%) odpověděl ne.

Graf č. 12



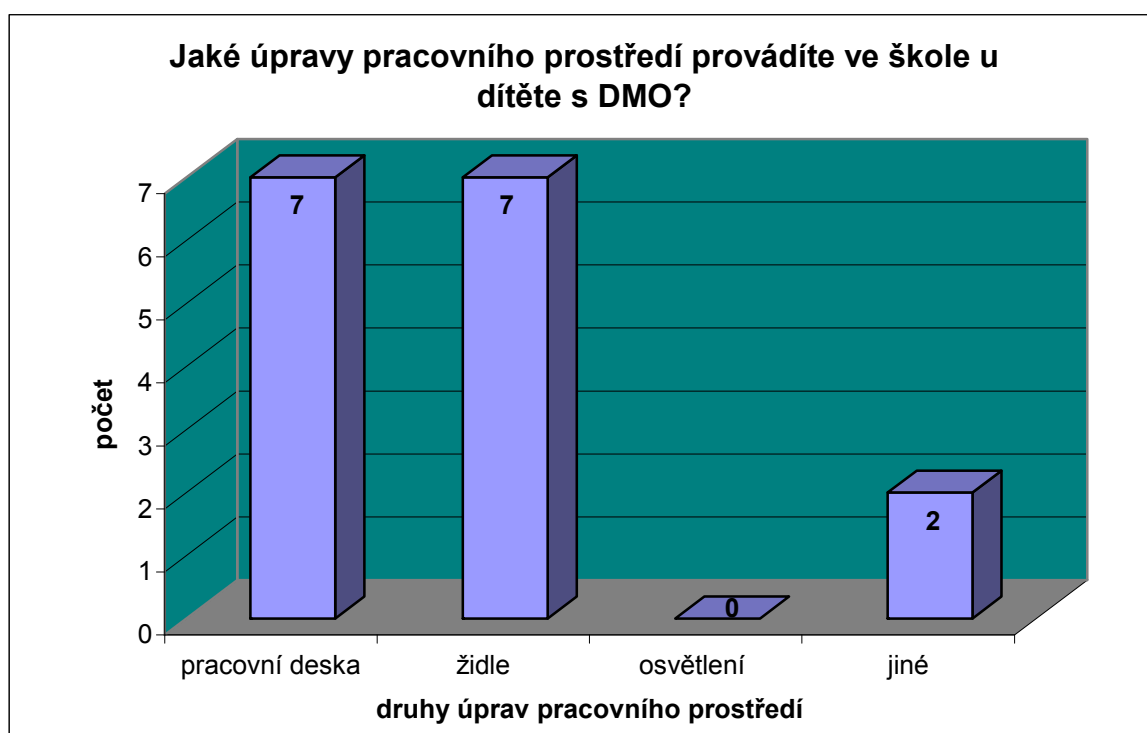
Graf č. 12 znázorňuje odpovědi na otázku, zda ergoterapeuti doporučují kompenzační pomůcky a úpravy ve škole pro dosažení lepších školních výsledků dítěte s DMO. Všech sedm respondentů (100%) odpovídalo kladně a k doplňující otázce „jaké“ se vyjadřovali příklady z oblasti sedu (vozíky, židle, abdukční klíny), řešení školních lavic, vhodných pomůcek pro grafomotoriku, dlahy, opěrky, alternativní ovládání PC a protiskluzové podložky.

Graf č. 13



Odpořed' na otázku, jaké prostředky používáte v rámci procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení školních výsledků, znázorňuje graf č. 13. Respondenti zde volili možnost více odpovědí, tudíž konečný výsledek neodpovídá 100%. Sedm respondentů (100%) volilo jak úpravu prostředí, tak volba vhodného pracovního náčiní.

Graf č. 14



Graf č. 14 znázorňuje odpovědi na otázku, jaké úpravy pracovního prostředí provádí ergoterapeut ve škole u dítěte s DMO. Zde respondenti volili opět možnost více odpovědí, proto konečný výsledek netvoří 100%. Sedm ergoterapeutů (100%) provádí úpravy pracovní desky i židle. Žádný ergoterapeut neprovádí úpravy osvětlení. Dva respondenti (29%) vybírali také možnost jiné odpovědi, kde jmenovali úpravu pracovní plochy, ergonomická doporučení, polohovací vaky a jiné polohovací pomůcky, speciální stojany na knihy a psací potřeby.

Graf č. 15



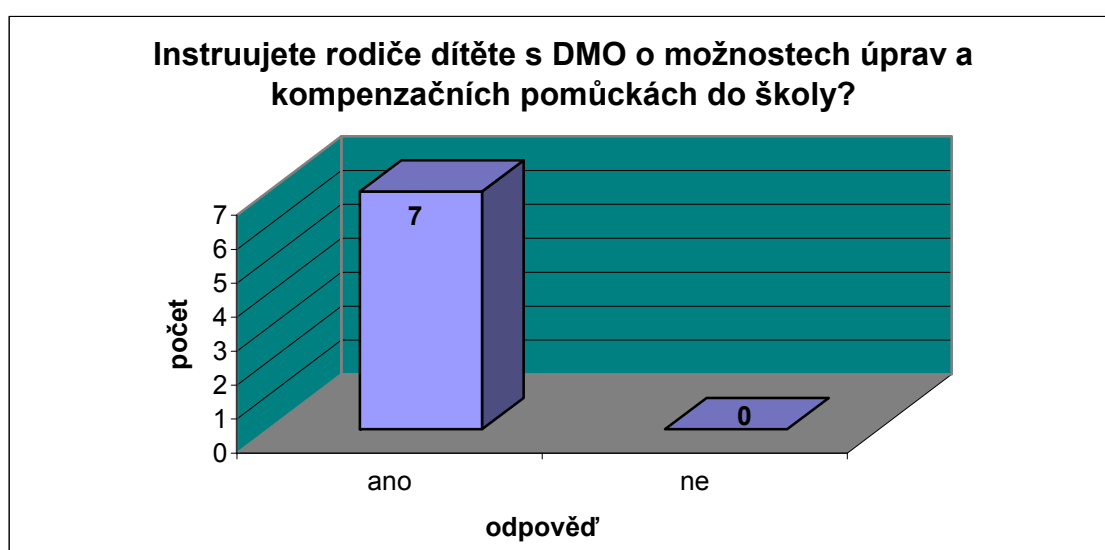
Odpověď na otázku, jaké druhy upraveného pracovního náčiní doporučujete nejčastěji jedinci s DMO pro efektivní edukaci najdeme v grafu č. 15. Respondenti zde volili možnost více odpovědí, proto opět konečný výsledek netvoří 100%. Nejčastěji zastoupenou odpovědí v počtu sedmi (100%) byla pomůcky pro psaní. Pouze dva respondenti (29%) doporučují pomůcky pro čtení. Možnost odpovědi ostatní volili tři ergoterapeuti (43%), kdy nejčastější odpovědi byly alternativní ovládání PC, pomůcky pro grafomotoriku, usnadnění soběstačnosti, pokud se jedná o edukaci v nácviku ADL.

Graf č. 16



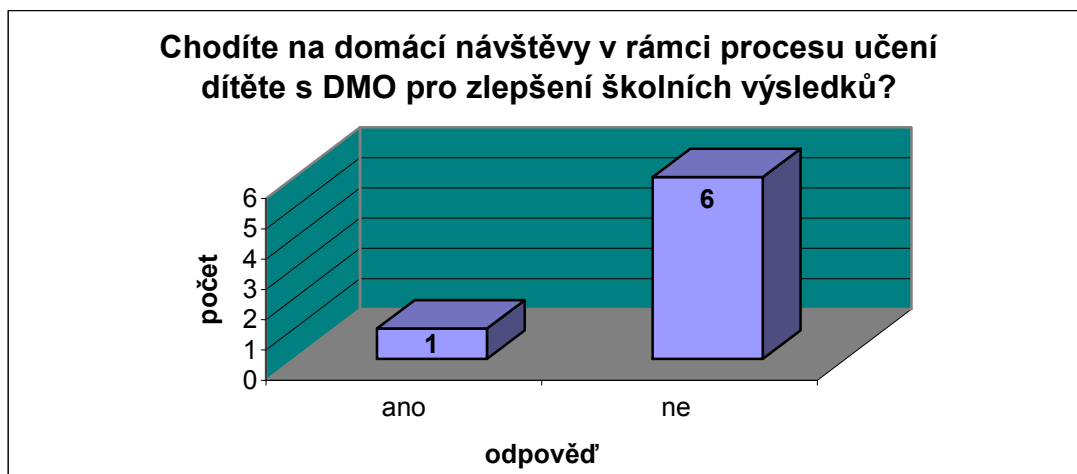
Graf č. 16 ukazuje odpovědi na otázku, jaké možnosti sedu nebo polohování těla dítěte s DMO navrhuje ergoterapeut během výuky. Ergoterapeuti volili možnost více odpovědí, proto konečný výsledek neodpovídá 100%. Nejvíce je zde zastoupena s počtem šesti odpovědí (86%) možnost sedu na židli a ve vozíku. Pouze jeden ergoterapeut (14%) navrhuje polohu ve stavěcím rámu. Čtyři ergoterapeuti (57%) volili možnost ostatní, kde uváděli příklady: polohování na rehabilitačních stolech, žíněnkách, polohovacích polštářích, na zemi a v lehu s polohovacími pomůckami, kombinace poloh dle akutního stavu.

Graf č. 17



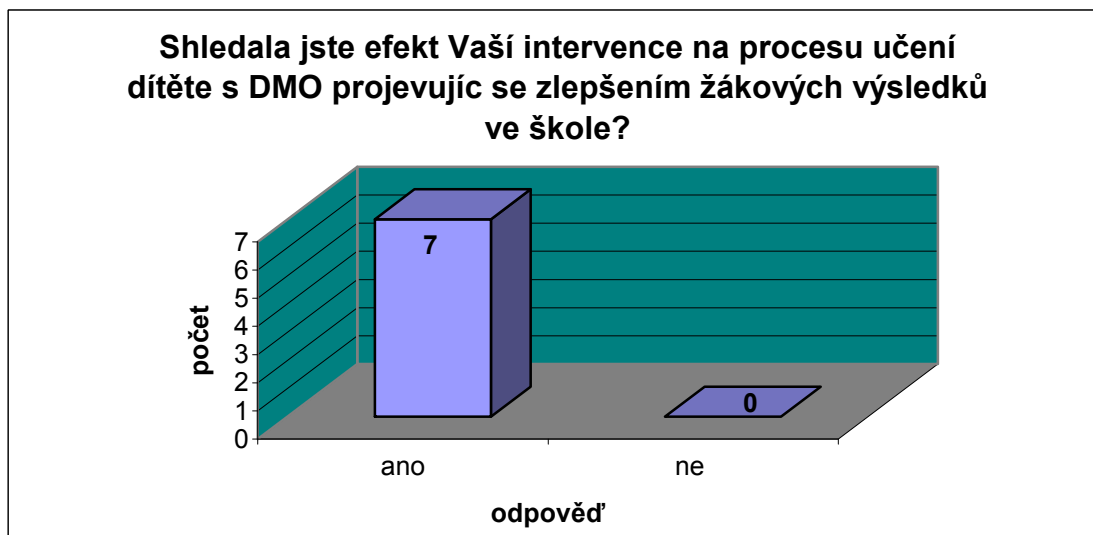
Zda ergoterapeut instruuje rodiče dítěte s DMO o možnostech úprav a kompenzačních pomůckách do školy, znázorňuje graf č. 17. Z grafu je jednoznačné, že všech sedm ergoterapeutů (100%) instruuje rodiče o úpravách a kompenzačních pomůckách do školy.

Graf č. 18



Graf č. 18 znázorňuje odpovědi na otázku, zda ergoterapeut chodí na domácí návštěvy v rámci procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení školních výsledků. Nejčetnější odpovědi v počtu šesti (86%) zní ne, pouze jeden ergoterapeut (14%) provádí domácí návštěvy v rámci procesu učení dítěte s DMO.

Graf č. 19



Shledání efektu ergoterapeutické intervence na procesu učení dítěte s DMO projevujícím se zlepšením žákových výsledků ve škole, ukazuje graf č. 19. Všichni (100%) ze sedmi respondentů shledali pozitivní efekt jejich intervence na procesu učení dítěte s DMO. Zlepšení vidí v rámci koncentrace, pozornosti, prevenci únavy, zlepšení držení těla, grafomotoriky, spokojenosti dítěte a rodičů.

4. DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat současnou situaci v problematice role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO v ergoterapeutické praxi. Tento cíl jsem splnila prostřednictvím dotazníkového šetření, z něhož jsem vyvodila závěry pro ergoterapeutickou praxi.

Miovský (2006) shledává nevýhody dotazníkového šetření v různém porozumění zadání či různém výkladu otázek, nemožnosti vyjádřit svůj postoj k danému tématu. Různé porozumění zadání, výkladu otázek se bohužel nevyhnulo ani mému dotazníku, neboť některé otázky s možností doplnění příkladů si respondenti vysvětlili svým způsobem. Například v otázce, jaké druhy upraveného pracovního náčiní doporučujete nejčastěji jedinci s DMO pro efektivní edukaci, respondent uváděl i oblast edukace v nácviku ADL. V tomto případě byla nedostatečně srozumitelná formulace otázky, proto bych ji doplnila o slovo školní edukace. Různě vyložená otázka byla rovněž záležitostí úpravy pracovního prostředí ve škole u dítěte s DMO, kde respondent uvádí i psací potřeby. Pomůcky pro grafomotoriku považuji za pracovní náčiní a uvádím ho rovněž v další otázce mého dotazníku. Nemožnosti vyjádřit svůj postoj k problematice jsem zamezila volným prostorem v dotazníku s popiskem „Vaše vyjádření k problematice“. Tuto možnost bohužel nikdo nevyužil.

Dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného, je snadné přeskocit otázky nebo neodpovědět vůbec (Disman, 1993). Ano, i toto se projevilo v mém dotazníkovém šetření a to v počtu dvou respondentů, kdy každý z nich vynechal jednu otázku. Otázkou je, zda je tato skutečnost způsobena úmyslně.

Ferjenčík (2000) uvádí jako jednu z nevýhod dotazníků malou návratnost, která se mi bohužel také potvrdila. Z deseti oslovených zařízení o vyplnění dotazníku se mi vrátila odezva pouze ze čtyř pracovišť, tedy necelá polovina. Z celkového počtu deseti zařízení jsem obdržela jednu negativní odezvu ve smyslu nepřítomnosti ergoterapeuta na pracovišti. Další nepříznivou okolností pro vyplnění dotazníku byla nepřítomnost cílové skupiny zdravotně postižených na pracovišti. Zbylá čtyři zařízení nereagovala. Za jednu z příčin nízké návratnosti dotazníků považuji obecné e-mailové adresy na internetových stránkách zařízení, tedy nemožnost poslat dotazník přímo ergoterapeutovi daného pracoviště. Také neúplnost informací o cílové skupině zdravotně postižených jedinců v daném zařízení limitovala návratnost dotazníku. V případě chybějící e-

mailové adresy na ergoterapeuty v zařízeních jsem mnohdy postupovala cestou nepřímou, tedy oslovením jiných pracovníků tohoto zařízení. Nejčastěji jsem žádala speciální pedagogy, které jsem prosila o poskytnutí kontaktu na ergoterapeuty či přímo jejich obelání mým dotazníkem. Tato forma se mi osvědčila pouze u jednoho pracoviště, kdy mi pracovník poskytl kontakt na ergoterapeuta, avšak ve výsledku bez úspěšné odezvy.

Všechny zmiňované nevýhody spojené s dotazníkem mohly značným způsobem ovlivnit a zkreslit výsledky dotazníkového šetření.

V mé bakalářské práci jsem si stanovila dvě hypotézy. Předpokládala jsem, že se ergoterapeut účastní na procesu učení dítěte s DMO pro dosahování jeho lepších výsledků ve škole. Tato hypotéza se mi potvrdila, ač výsledek otázky, zda chodí ergoterapeut do školy s dítětem s DMO a účastní se jeho výuky, zní takto: dva respondenti (29%) odpovídali: ano, když je potřeba jsem na výuce přítomna, další dva respondenti (29%) odpověděli: ano, ale na samotné výuce nejsem přítomna, odpověď nevolili rovněž dva respondenti (29%) a bohužel jeden respondent (14%) nevyplnil ani jednu odpověď. Z dotazníku ale rovněž vyplývá, že většina ergoterapeutů se účastní na procesu učení dítěte s DMO formou konzultací se speciálním pedagogem, žákem, rodinou, prostřednictvím úprav prostředí ve škole, polohy těla a doporučováním vhodného pracovního náčiní. Všichni respondenti (100%) se rovněž vyjadřovali kladně k jejich efektivní intervenci na procesu učení dítěte s DMO projevující se zlepšením žákových výsledků ve škole. Viditelné zlepšení žákových výsledků ve škole shledávají prostřednictvím koncentrace, pozornosti, lepším držení těla, zlepšením grafomotoriky, ovládnutí PC, což vše způsobí spokojenost dítěte a rodiče. Všechny tyto odpovědi mou hypotézu č. 1 potvrzují.

V druhé hypotéze jsem předpokládala, že ergoterapeut může ovlivnit školní výsledky prostřednictvím působení na aspekty osobnosti, prostředí a spolupráci s multidisciplinárním týmem, zejména speciálním pedagogem. Tento předpoklad se mi z větší části potvrdil. Většina respondentů konzultuje v týmu (71%) a někteří spolupracují se samotným speciálním pedagogem (43%). Spolupráce ohledně procesu učení dítěte s DMO probíhá i formou konzultací s rodinou (57%). Na aspekty prostředí působí všichni respondenti (100%) prostřednictvím úprav a volby vhodné pracovní desky (100%) a židle (100%). Ovšem žádný z dotazovaných (0%) respondentů neřeší vhodné osvětlení pracovního prostředí. Tento fakt se liší od literárních zdrojů, kde v publikaci od Vodákové a kol. (2007) osvětlení ergoterapeut řeší. Aspekty osobnosti

mohou být pozitivně ovlivněny prostřednictvím konzultací v oblasti polohování horních končetin u dítěte s DMO (86%), návrhů na polohování těla během výuky, ať už na židli (86%), ve vozíku (86%) či ostatních polohovacích pomůčkách (57%), např. polohování na rehabilitačních stolech, žíněnkách, polohovacích polštářích, na zemi a v lehu s polohovacími pomůčkami, kombinace poloh dle akutního stavu. Nejčastější doporučené pracovní náčiní, které ergoterapeuti navrhnou, jsou pomůcky pro psaní (100%), méně doporučované jsou pomůcky pro čtení (29%). Tento fakt mě nepřekvapil, neboť jednou z domén ergoterapeuta je trénink grafomotoriky a právě ta také významně ovlivňuje osobnost dítěte. Poskytováním rad rodičům dítěte s DMO o možnostech úprav a kompenzačních pomůčkách do školy, což provádí 100% respondentů, může být osobnost dítěte také výrazně ovlivněna. Myslím si, že všechny aspekty, které ovlivňují proces učení, jsou vzájemně provázané a v závěru působí na osobnost dítěte.

V dotazníku jsem řešila možnosti sedu a polohy těla dítěte s DMO během výuky, kde mě udivil fakt, že pouze jeden z respondentů (14%) navrhuje polohování ve stavěcím rámu. Naopak, výsledek otázky o domácích návštěvách ergoterapeuta v rámci procesu učení dítěte s DMO mě nepřekvapil. Pouze jeden respondent (14%) ze sedmi dotazovaných domácích návštěv v rámci procesu učení dítěte s DMO provádí. Tato skutečnost je nejspíš způsobena kódovým systémem pojišťoven, ve kterém domácí návštěvy chybí. Navíc ovlivnění procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení jeho výsledků ve škole je jen zlomkem mnoha činností, které by mohl ergoterapeut při domácích návštěvách realizovat.

5. ZÁVĚR

Tato práce popisuje kvantitativní studii provedenou za účelem zmapování současné situace v ergoterapeutické praxi v problematice role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení výsledků ve škole. Výzkumu se zúčastnila čtyři pracoviště v ČR strukturou podobná Jedličkovu ústavu v Praze. Pro mapující studii byl vytvořen anonymní dotazník pro ergoterapeuty rozeslaný e-mailovou cestou, který vyplnilo sedm ergoterapeutů. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo působení ergoterapeuta a speciálního pedagoga na pracovišti se zaměřením na děti s DMO. Kvantitativní studie přinesla zjištěná fakta uvedená níže, jejichž bližší údaje lze nalézt v praktické části a v diskuzi bakalářské práce.

Jednou z mých výzkumných otázek bylo zjistit, zda se ergoterapeut podílí na procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení výsledků ve škole. Z kvantitativního výzkumu jasně vyplývá, že se ergoterapeut podílí na procesu učení dítěte s DMO, ať už formou konzultací, či přímým zásahem ve vyučovací hodině ve škole.

Další navazující výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda může ergoterapeut ovlivnit školní výsledky dítěte s DMO ve škole. Všichni ergoterapeuti účastníci se dotazníkového šetření potvrdili, že shledali pozitivní efekt jejich intervence na procesu učení dítěte s DMO. Jedná se o oblast koncentrace, pozornosti, zlepšení grafomotoriky, ovládání PC, dále sedu a tím lepší pozornosti.

Z výzkumné otázky, jak ovlivnit školní výsledky dítěte s DMO ergoterapeutem současně vyvstává pole působnosti ergoterapeuta na procesu učení dítěte s DMO ve škole. Toto pole působnosti se vztahuje především na oblast konzultací se speciálním pedagogem, rodinou a žákem ohledně polohování horních končetin, možností úprav a kompenzačních pomůcek do školy. Dále lze z výzkumu dotazníkového šetření vyvodit, že v případě potřeby ergoterapeut navrhuje a provádí vhodné úpravy pracovního prostředí, doporučuje vhodné pracovní náčiní, polohu těla či sedu během výuky. Z praxe v Jedličkově ústavu v Praze mohu potvrdit, že zásah ergoterapeuta do procesu učení u dítěte s DMO je příznivý a speciální pedagog by jeho pomoc uvítal. Jedná se například o polohu těla dítěte během vyučování, která významně ovlivňuje práci dítěte s DMO. Na jedince s DMO jsou kladeny vysoké nároky na soustředění se během výuky, a tudíž pozornost soustředěná zároveň na správné postavení těla je zcela nemožná. Z tohoto důvodu a mnoha dalších si myslím, že efektivní zásah ergoterapeuta

do procesu učení dítěte s DMO nastává tehdy, pokud má ergoterapeut možnost účasti na výuce, kde vidí dítě v reálném prostředí. V tomto prostředí může ergoterapeut umožnit dítěti zafixovat si správné pohybové, polohové stereotypy a naučit ho tak efektivně pracovat.

Výsledky ergoterapeutického zásahu jsou mnohdy nepatrné, ale i ten nejmenší krůček dopředu je pro dítě významným hnacím motorem, tedy dobrou motivací. Nepřítomnost ergoterapeuta na procesu učení dítěte s DMO ve škole je možná částečně kompenzováno přítomností asistenta pedagoga. Avšak asistent pedagoga není natolik vzdělán v ergoterapeutických intervencích, aby dokázal dítě s DMO dovést k efektivnímu cíli, kdy bude žák např. uvolněn pro práci s tužkou či vhodně stimulován. Praxe mě utvrdila v tom, že práce ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO bude účinná tehdy, pokud nastane vzájemná spolupráce jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, zejména ergoterapeuta, speciálního pedagoga, žáka a rodiče. Nejde pouze o souhrn používaných metod, ale také o jednotný přístup k jedinci jako individualitě, která má své potřeby a přání. Dále jsem došla k poznatku, že práce ergoterapeuta a speciálního pedagoga u dítěte s DMO se mnohdy úzce prolíná a není mezi nimi ostrá hranice. Toto je jeden z důvodů, proč by měli tyto dva odborníci spolupracovat s cílem co nejpřínosnějšího působení na jedince s DMO.

Pro malý počet účastníků výzkumu a rozvoj profese ergoterapie by bylo do budoucna vhodné studii zopakovat s větším počtem účastníků a poskytnout také prostor pro vyjádření se k problematice speciálním pedagogům, pro co největší přínos klientům s DMO. Vzhledem k výsledkům vztahujícím se k polohování těla dítěte během výuky, kdy pouze jeden ergoterapeut (14%) navrhuje polohu ve stavěcím rámu, by bylo zajímavé zaměřit se na oblast polohování a jeho vliv na proces učení.

Práce přinesla zjištění, že ergoterapeut má široké pole působnosti, jehož náplní práce je i oblast edukace dětí s DMO, v níž nejde pouze o procvičování hrubé a jemné motoriky. Z práce vyplívá, že ergoterapeut významně ovlivňuje osobnost dítěte s DMO a tím i proces učení prostřednictvím polohování, a to nejen horních končetin, ale celého trupu. Tato práce také potvrzuje důležitost spolupráce multidisciplinárního týmu na edukaci dítěte s DMO, zejména ergoterapeuta a speciálního pedagoga, jejichž práce se v určitých oblastech vzájemně prolíná a doplňuje.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BENDO VÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1436-8.
2. CETTL, M. *Ergoterapie a speciální pedagogika: zhodnocení vybraných materiálů a pomůcek z hlediska jejich použití v ergoterapii osob s kombinovaným postižením*. Praha, 2002. 369 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy na katedře informačních technologií a technické výchovy. Vedoucí diplomové práce Jitka Vodáková.
3. COLANGELO, C.A. *Biomechanical frame of reference*. In P. Kamer and J. Hinojsa (Eds.) *Frames of reference for pediatric occupational therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999. s. 233-305. ISBN 0-683-04779-5.
4. ČÁP, J., ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Psychologie: Obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. 3. vyd. Praha: H&H, 1998. 206 s. ISBN 80-86022-366.
5. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993. s. 141. ISBN 90-7184-141-2.
6. EDELSBERGER, L., et al. *Speciální pedagogika: pro učitele prvního stupně základní školy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. 176 s. ISBN 14-664-88.
7. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 171-183. ISBN 80-7178-367-6.
8. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 384 s. ISBN 80-7178-063-4.
9. GREGOROVÁ, L. *Hranice kompetence ergoterapeuta a speciálního pedagoga při práci s postiženými dětmi*. Praha, 2005. 89 s. Bakalářská práce na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Vedoucí práce Petra Dvořáková.
10. GÚTH, A., et al. *Vyšetrovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*. 2. vyd. Bratislava: Liečreh Gúth, 1998. 447 s. ISBN 80-88932-02-5.
11. HROMÁDKOVÁ, J., a kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: H + H, 1999. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
12. CHMELOVÁ, I. *Dětská mozková obrna*. Sestra, 2003, roč. 13, č. 10, Dětský rehabilitační stacionář, Městská nemocnice, Ostrava. 34-35 s. ISSN 1210-0404.

13. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
14. KOMÁREK, V., et al. *Dětská neurologie: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Galén; Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2000. s. 61-66. ISBN 80-7262-081-9 (Galén), 80-246-0190-7 (Karolinum).
15. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
16. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Polohování*. E-learningová přednáška z Ergoterapie v pediatrii. Praha: 1. LF Univerzity Karlovy, Klinika rehabilitačního lékařství, školní rok 2008/2009.
17. KUBÍČOVÁ, Z., KUBÍČE, J. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské škole a základní škole*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. 32 s. ISBN 80-7216-166-0.
18. LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1972. 260 s.
19. LESNÝ, I. a kol. *Přehled neurologie*. 3. zcela přeprac. vyd. Praha: SPN, 1971. s. 143-147.
20. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
21. MUCHOVÁ, J. *Edukace jedinců s těžkým zdravotním postižením ve třídách s rehabilitačním vzdělávacím programem*. Brno, 2006. s. 44-54. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Univerzity Masarykovy na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Marie Vítková.
22. NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky: somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. s. 21-24. ISBN 80-7083-563-X.
23. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
24. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Pedagogická fakulta na Masarykově univerzitě, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
25. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

26. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. s. 34. ISBN 80-244-0532-6.
27. ŠVEJDOVÁ, M. *Ergoterapie u dětí s DMO v rámci centra komplexní péče pro děti s poruchami vývoje*. Praha, 2001. 78 s. Bakalářská práce na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí bakalářské práce Petra Dvořáková.
28. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
29. VODÁKOVÁ, J. a kol. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie: pro studenty pedagogických fakult*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3.
30. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
31. WACLAVKOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace*. Brno, 2008. 63 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Dana Zámečnicková.

INTERNETOVÉ ADRESY:

32. MIKESKOVÁ, P. *Ergoterapie u dětí s DMO* [online]. Dostupné z <http://mnof.cz/drs/ergoterapie.php> [cit. 2009-11-09].
33. ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna: základní informace pro nemocné a rodiče dětí s DMO* [online]. Dostupné z <http://neurocentrum.cz/DMOinfo.htm#DMO> [cit. 2009-08-07].
34. Autor neznámý. *Legislativa: Vzdělávání zdravotně postižených dětí* [online]. Dostupné z <http://www.infoposel.cz/> [cit. 2009-08-10].
35. Autor neznámý. *ADIP: Platná legislativa pro OZP* [online]. Dostupné z <http://www.praceprozp.cz/informace/platna-legislativa-a-ekonomicke.html> [cit. 2009-01-20].

7. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Obrázky - školní polohovací pomůcky

Příloha č. 1

Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Žaneta Jíšová a jsem studentkou 3. ročníku 1. LF UK Praha, obor ergoterapie. Touto cestou se chci na Vás obrátit s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce z ergoterapie, jejíž název zní: „Role ergoterapeuta v procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení jeho výsledků ve škole“. Tento dotazník je anonymní, odpovědi budou použity pouze pro zpracování výsledků a jejich interpretaci v mojí BP.

Prosím o vyplnění dotazníku zaškrtnutím Vámi vybraných odpovědí, popřípadě odpověď dopište. Možné zvolit více odpovědí.

Předem Vám děkuji, Žaneta Jíšová.

1. Název zařízení, ve kterém pracujete.....

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie?

středoškolské s atestací v oboru

vyšší odborné

vysokoškolské

3. Kolik let pracujete v oboru ergoterapie?

1 rok a méně

1-3 roky

3-5 let

5 a více let

4. Máte nějaké vzdělání v rámci speciální pedagogiky?

ano (uveďte jaké).....

ne

5. Pracujete s dětmi s DMO, které navštěvují školní zařízení?

ano

ne

6. Chodíte do školy s dítětem s DMO a máte možnost účastnit se jeho výuky?

ano, když je potřeba jsem na výuce přítomna

ano, ale na samotné výuce nejsem přítomna

ne

7. Spolupracujete se speciálním pedagogem?

ano

ne

konzultuji v týmu (např. porady, schůze)

8. Jak často spolupracujete se speciálním pedagogem v rámci procesu učení dítěte s DMO?

podle potřeby

1x týdně

2x týdně

více

9. Jakou formou spolupracujete se speciálním pedagogem a žákem s DMO pro zlepšení jeho výsledků ve škole?

individuálně

skupinově

během výuky

konzultací se speciálním pedagogem

konzultací se žákem

10. Poskytujete konzultace rodině ohledně procesu učení dítěte s DMO?

ano

ne

11. Má rodina možnost účastnit se výuky ve škole?

ano

ne

12. Konzultujete se speciálním pedagogem polohování horních končetin u dítěte s DMO?

ano

ne

13. Doporučujete kompenzační pomůcky a úpravy ve škole pro dosažení lepších školních výsledků dítěte s DMO?

ano (uveďte jaké).....

ne

14. Jaké prostředky používáte v rámci procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení školních výsledků?

úpravy prostředí

volba vhodného pracovního náčiní

15. Jaké úpravy pracovního prostředí provádíte ve škole u dítěte s DMO?

pracovní deska

židle

osvětlení

jiné (uveďte jaké).....

16. Jaké druhy upraveného pracovního náčiní doporučujete nejčastěji jedinci s DMO pro efektivní edukaci?

pomůcky pro čtení

pomůcky pro psaní

ostatní (uveďte jaké).....

17. Jaké možnosti sedu nebo polohování těla dítěte s DMO během výuky navrhujete?

- na židli
- ve vozíku
- ve stavěcím rámu
- ostatní (uveďte jaké).....

18. Instruuje rodiče dítěte s DMO o možnostech úprav a kompenzačních pomůckách do školy?

- ano
- ne

19. Chodíte na domácí návštěvy v rámci procesu učení dítěte s DMO pro zlepšení školních výsledků?

- ano
- ne

20. Shledala jste efekt Vaší intervence na procesu učení dítěte s DMO projevujíc se zlepšením žákových výsledků ve škole?

- ano (uveďte jaký).....
- ne

Vaše vyjádření k problematice:

Příloha č. 2
Školní polohovací pomůcky

Obr. č. 1 Výškově stavitelná školní židle typ ADAM (www.repo-rousinov.cz)



Obr. č. 2 Výškově stavitelná školní židle typ EVA (www.repo-rousinov.cz)



Obr. č. 3 Sedačka pojízdňá dětská typ KLÁRKA (www.repo-rousinov.cz)



Obr. č. 4 Dětská polohovací sedačka TOBI (www.meyra.cz)



Obr. č. 5 Stojan vertikalizační, stavitelný, mobilní typ MIREK pro děti a dospělé (www.repo-rousinov.cz)



Obr. č. 6 Stabilizační a vertikalizační prostředek STABIFLX (www.meyra.cz)



Obr. č. 7 Polohovací zařízení – Thera-wedge systém (www.sammonspreston.com)



Obr. č. 8 Polohovací zařízení Tumble Forms – Universal Grasshopper (www.sammonspreston.com)



**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne 30. 11. 2009

jméno a příjmení zájemce