

1. Somatopedie jako obor speciální pedagogiky:

- terminologie a vymezení,
- historie péče o osoby s omezením hybnosti,
- významné osobnosti a organizace ve vztahu k somatopedii.

Viz. prezentace

Otázky:

Významné osobnosti, terminologie a rozdělení

Organizace zabývající se problematikou

2. Psychosociální problematika osob s omezením hybnosti:

- proces vyrovnávání se s vrozeným i získaným postižením,
- sexuální výchova a výchova k partnerství a rodičovství u osob s omezením hybnosti.

5 typických fází prožívání a chování rodičů dítěte s postižením

- charakteristická posloupnost reakcí rodičů

Kategorizace reakcí rodičů na závažné onemocnění či postižení (Kübler-Rossová)

1. Šok a popření

- reakce na subjektivně nepřijatelnou traumatizující skutečnost
- výroky typu „To není možné, to nemůže být pravda“
- situace je natolik tíživá, že ji nelze přijmout
 - **popření** = obrana před ztrátou psych. rovnováhy
- komplexní zátěž – negativní změna – ztráta předpokládaných hodnot (zdravé dítě) – stres
- mění se potřeby otevřené budoucnosti a pocitu bezpečí
- deprivace potřeby seberealizace v rodičovské roli
- důležitý faktor – sdělení informace o postiž. dítěte co nejdříve – ihned, adekvátně, realisticky (pozitiva i negativa)
- odlišná situace rodičů s postižením
 - postoj k postižení je odlišný
 - riziko postižení dítěte není tak hroživou představou

2. Fáze bezmocnosti

- zklamání,
- bezmocnost
- pocity viny a hanby,
- ambivalentní prožitky (strach ze zavržení X potřeba pomoci)

3. Postupná akceptace reality, vyrovnávání se s problémem

- charakteristický je zvýšený zájem o další informace
- zpracování problému, postupné vyrovnání se + hledání jeho řešení
- závisí na racionálních a emocionálních faktorech
- získání informací, pochopení charakteru postižení a možností dalšího rozvoje dítěte
- racionálnímu zpracování situace často zabraňuje emocionální stav
- hněv, zoufalství, smutek a deprese nad ztrátou očekávání narození zdravého dítěte, úzkost a strach z nejasné budoucnosti
- reakce na prožité trauma
- individuálně odstupňovaná intenzita a délka
- úroveň vyrovnání se se situací
- zralost osobnosti, životní zkušenosti, frustrační tolerance, aktuální psych. a somatický stav, kvalita citového zázemí, věku, druh a příčina postižení atd.
- pokud je situace nepřijatelná
- vznik psych. obran – smyslem je udržet psych. rovnováhu – výsledné chování může být iracionální, málo pochopitelné nebo přijatelné

Postupná akceptace reality, vyrovnávání se s problémem – obranné mechanismy

- Obranné mechanismy - 2 základní fylogeneticky velmi staré mechanismy –

útok, únik

- aktivní nebo pasivní obrana
- volba varianty vychází ze zkušeností, osobních dispozic a typu temperament
- útok - tendence bojovat s nepřijatelnou situací
 - charakteristické hledání viníka (zdravotnický personál, pedagogové, druhý rodič atd.),
 - zvýšená aktivita směrem k nalezení jednoznačně pozitivního řešení (léčitelé),

- vnitřní tenze se ventiluje nadměrnou péčí o dítě
- **únik** – útek ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout
 - krajní únik = odložení dítěte,
 - únikovou situací je i přetrvávající popření a vytěsnění nepříjemných pocitů
- **racionalizace** = zastření traumatizující situace
- interpretována přijatelnějším (méně přesným) způsobem (např. pomalejší vývoj dítěte je vlastně výhodný, protože je rozložen do delšího časového úseku; odložení dítěte do ústavu, kde o něj bude nejlépe postaráno)

4. Období smlouvání

- přechodné stadium (před postupnou akceptací reality)
- tendence získat alespoň malé zlepšení, když už dítě nemůže být zcela zdravé
- vyjádření naděje (má realistický základ)
- kompromis = částečné přijetí původně zcela odmítané skutečnosti
- v kritičtějším období vývoje dítěte může dojít k opětovnému vyvolání neadekvátních reakcí rodičů

5. Realistický postoj k situaci

- dítě je akceptováno takové jaké je
- respektování reálných možností rozvoje
 - nejsou schopni všichni rodiče
 - zafixování neadekvátní (maladaptivní) varianty = obranného mechanismu
- hyperprotektivita, ochranné postoje,
- nepřiměřeně náročné, ambiciózní vých. postoje
- příp. fixace rezignace na výchovu

Přijetí realistického postoje

- podmíněno - multifaktoriálně
 - **typ nemoci nebo postižení** (velmi vážná onemocnění se špatnou prognózou, onemocnění mozku, MR, děti s malformacemi nebo jinými viditelnými defekty, epilepsie)
 - **etiologie nemoci nebo postižení** (porozumění příčinám může pomoci v akceptaci, nejtěžší situace v případě neznámé příčiny)
 - **individuální charakteristiky dítěte** (osobnost dítěte, sociální reaktivita, schopnost získat dostatek pozornosti, doba vzniku postiž., dosavadní zkušenosti s nemocí a bolestí, vztah dítěte k lékaři atd.)
 - **individuální charakteristiky dalších členů rodiny** (celková odolnost vůči zátěži, osobnostní zralost, dosavadní zkušenosti s postiž., vlastní sebevědomí a sebehodnocení)
 - **struktura a organizace rodinného systému, kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny** (počet dětí v rodině, neúplnost rodiny, dostatek vzájemné opory mezi rodiči, otevřenost komunikace)
 - **styly zvládnutí** (coping strategie) – výhodnější aktivní typ (získávání informací, akce); styl zaměřený na získání sociální opory; vyhýbavé styly (zaměřené na odpoutání pozornosti, relaxaci)
 - **prostředí** – množství sociální opory – tendence k izolaci

Získané postižení

- odlišná situace
- identita dítěte je již určitým způsobem stabilizovaná, zafixovaná role „normálního“ dítěte

- rodiče vycházejí z předchozí normality dítěte
- získaný handicap nemění jejich akceptaci dítěte a anticipaci jeho dalšího vývoje tak výrazně jako v případě vrozeného postižení
- vztah k dítěti je již vytvořen
- obranné mechanismy mají konkrétnější podobu – více brání samotné dítě než rodičovskou identitu (z hlediska veřejnosti je získané postižení akceptovatelnější – je srozumitelnější, příčina není tak tajemná jako u vrozených postiž. – onemocnění v průběhu života je obecně přijatelnější)
- získané postiž. nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže
- postižení, která se rozvíjí později – kolize mezi dvěma potřebami
 - potřeba získat jistotu o stavu dítěte X potřeba zachovat si iluzi pozitivní naděje (úleva dozvědět se pravdu)

Změny v uspokojování zákl. psych. potřeb souvisejících s rodičovskou rolí v návaznosti na postižení dítěte

- **potřeba přiměřené stimulace** – neadekvátní stimulace rodičovské aktivity dítětem, nízká intenzita, neodpovídá očekávání – ambivalentní reakce rodičů
- **potřeba smysluplnosti a řádu** – pocity nejistoty a neorientace v odlišných reakcích a projevech dítěte, projevy dítěte s postiž. často neodpovídají běžným zákonitostem; pocity marného úsilí (dítě se stejně nevyvíjí, tak jak očekávali), nezbytnost přesných, úplných a reálných informací o perspektivách dítěte
- **potřeba citové vazby** – dítě s postiž. nemusí být pro rodiče citově zcela uspokojující – náročnější akceptace dítěte – extrémní rodičovské postoje (hyperprotektivita X zavržení dítěte) – časté silné pocity viny (že takové dítě zplodili nebo že ho nedokážou bezvýhradně akceptovat)
- **potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže** – pocity neschopnosti zplodit „normálního“ potomka, trauma a narušení vlastní identity v rodičovské roli, pocity méněcennosti, reakce společnosti mohou negat. pocity posilovat (stigmatizující onemocnění/postiž. která jsou považována za sociálně degradující)
- **potřeba životní perspektivy** – perspektiva dítěte (i celé rodiny) je postižením výrazně narušena à nejasná, nepřesná, anticipace rodičů bývají vesměs negativní (dítě nikdy nebude zdravé) – přesné, úplné, reálné informace o možnostech vývoje dítěte

Získané postižení – z pohledu člověka s postižením

Lidé v situaci prudké, náhlé změny zdravotního stavu, funkčnosti i sociálního statusu nemají výše zmíněnou možnost či příležitost (nikoli výhodu) postupné adaptace. Proto můžeme souhlasit s tím, že jedny z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku v období úrazu, z různých důvodů ne zcela úspěšné operace nebo akutního i progredujícího průběhu nemoci, jež vedou k získanému postižení, jsou nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnost a vzhledová odlišnost. Krizová situace nastává u lidí, kteří do vzniku úrazu nebo prudkého vypuknutí nemoci neměli větší zdravotní problémy a kterým i přes veškerou léčebnou péči zůstanou trvalé následky s charakterem chronické nemoci či tělesného postižení. Postižení pro ně znamená zásah do kvality života a omezení aktivit a příležitostí. To se negativně promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky jejich života a vynutí si změnu postojů k životu, může vést k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění plynoucího z práce nebo ke změně postojů sociálního prostředí k člověku s postižením. Zmíněné změny bývají výrazné u klientů s amputacemi končetin, se závažnými poraněními obličeje, s deformacemi či znetvořeními, po úrazech mozku a poraněních míchy s klinickým obrazem paraplegie a tetraplegie (kvadruplegie). Tím se opět dotýkáme tématu těla.

Murphy (2001) podotýká: *Jak říká Simone de Beauvoir, tělo není věc, entita oddělená od mysli a od*

zbytku světa, ve kterém se nachází. Tělo je také soubor vztahů, jež spojují vnější svět a mysl v systém. Merleau-Ponty to ilustruje odkazem k jevu „fantomové končetiny“, falešné představy člověka po amputaci, že stále má chybějící paži nebo nohu. Píše: To v nás, co odmítá zmrzačení a postižení, je já odkázané do určitého fyzického a mezilidského světa, které navzdory handicapům a amputacím neustále tíhne ke svému světu, a které je tudíž de iure neuznává. Člověku po amputaci chybí víc než končetina: chybí mu také jedna z jeho konceptuálních vazeb ke světu, kotva samé jeho existence. U převážné většiny jedinců se získaným postižením došlo k traumatu v produktivním věku, kdy náhlá ztráta nejen pracovní výkonnosti, ale také pohyblivosti, soběstačnosti, rovnováhy, vlády nad procesem vyměšování i pohlavní aktivity znamená zhroucení dosavadních jistot, představ, životních plánů a očekávání, jež jsou vlastní každému člověku i jeho blízkým.

Osoby se získaným postižením mohou mít v některých případech potíže v oblasti kognice, resp. paměti. Poznatky o lidech, kteří ztratili paměť a prožili ony zneklidňující situace, charakteristické pocity vykořenění, ztrátou vědomí souvislostí, neurčeností vztahů k okolnímu světu i vlastním počátkům a absencí impulzů pro názory, zkušenosti a postoje, které takový člověk se samozřejmostí akceptuje, ale náhle neví, odkud pramení a kde je získal, dokládají, že člověk nemůže žít jen přítomností. Musí budovat svoji existenci na vědomí kořenů, poutajících ho k prožitě i zprostředkované minulosti, autentickým způsobem zafixovaným zkušenostem, a zároveň na úsilí či aspiracích reflektujících jeho vztahování se do budoucnosti. Vždy záleží na osobnosti postiženého člověka, jeho zázemí, závažnosti jeho stavu, perspektivách, schopnosti adaptace. Někteří jedinci se s následky traumatu vyrovnají relativně rychle a vytvoří si adekvátní podmínky k plnohodnotnému životu. To vše je vysoce individuální a proměnlivé. Co je pro jednoho nepřekonatelnou komplikací, může pro jiného znamenat drobný či dílčí problém, jež lze určitě nějakým způsobem zvládnout.

Motivační krize

Ve všech případech – v závislosti na osobnosti a zázemí člověka s tělesným postižením i s ohledem na možnou motivační krizi (ztrátu víry ve smysl určitého usilování) – je potřebné počítat s psychologickou intervencí, jež by podpořila průběh léčebné a sociální rehabilitace. Výzkumy i zkušenosti z praxe zřetelně prokázaly, že lidé s postižením či chronickým onemocněním, kteří:

- jsou poučeni o podstatných aspektech své situace,
- znají svůj zdravotní stav,
- jsou vhodně motivováni,
- mají vytvořený systém hodnot i posloupně dostupných cílů,
- mají podporu blízké osoby,
- mají zřetelnou životní perspektivu, se kterou se ztotožnili,
- mnohem lépe spolupracují při všech fázích rehabilitace či adaptace, rychleji se zotavují či pracují na stabilizaci zdravotního stavu a lépe snášejí bolest, aktivněji zvládají nesnáze.

Adaptace

U osob se získaným i s vrozeným postižením bychom měli eliminovat frekventované, avšak paušalizující adaptační mýty. Adaptace bývá chápána jako určitý duševní a sociální proces přizpůsobování se jedince změněným či neobvyklým podmínkám, na jehož konci se očekává adaptace jedince na podmínky, které jeho život nějak determinují.

Prof. Pfeiffer zdůrazňuje propojení adaptace/readaptace s edukací/redukací v léčebné rehabilitaci. Pacient – člověk s postižením – si nejprve osvojuje/znovuosvojuje to, co je možné, tj. učí se školou chůze, školou zad, Vojtovou metodou, Bobathovým konceptem apod., a teprve potom se přizpůsobuje zbývajícím omezením.

U osob s tělesným postižením to znamená určitou zjednodušující rovnici mezi adaptací a přijetím postižení. Je zřejmé, že o člověku, který žije v jednotě se svým tělem – přijímá ho takové, jaké je, jak funguje, jak vypadá a jaká mu může přinášet omezení, a podle toho zachází se svým životem, tj. má adekvátní aspirace, očekávání, je motivovaný, zplnomocněný k řízení svého života – lze říci, že je dobře adaptovaný na svoji situaci. Ovšem u nikoho nejde o trvalý stav, přicházejí výkyvy, krize, zklamání, nenaplněné potřeby apod., což v praxi znamená, že i člověk, který má dobré předpoklady ke zvládnutí své nepříznivé situace, musí o adaptaci neustále usilovat, bojovat, protože vždy může narazit na něco, co mu dá razantně vědět o jeho situaci, možnostech a naruší onen vratký stav adaptace. V tomto kontextu není adaptace cílem, finálním stavem, ale trvalým procesem, cestou k přijatelnému bytí. Lidé s tělesným postižením se setkávají navíc s jinými irelevantními úvahami: *Je smrt lepší než postižení? Ne, není, neboť taková volba by popřela jediný smysl, který můžeme připsat veškerému životu nehledě na jeho omezení. Názor, že pro člověka je lepší být mrtvý než postižený, je nejhorším poplíváním tělesně handicapovaných, protože zpochybňuje hodnotu jejich života a jejich právo na existenci. My ale budeme existovat, neboť jsou-li všechny ostatní významy a hodnoty libovolné a kulturně relativní, pak jedinou transcendentní hodnotou je život sám. Život je zároveň svým prostředkem i cílem, darem, který nelze odmítnout ani odhodit, nejde-li o naprosto extrémní situaci.* (Murphy, 2001)

Libor Novosad - Tělesné postižení jako fenomén i životní realita, vydalo nakl. Portál, 2011

Doporučení:

blok Zdeňky Geršlové

<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-telesnym-postizenim/rodina-ditete-s-telesnym-postizenim.shtml>

Otázky:

Fáze vyrovnávání se ze strany rodičů

Pojem adaptace

Pojem fantomové končetiny

Přijetí realistického postoje

- sexuální výchova a výchova k partnerství a rodičovství u osob s omezením hybnosti.

Sexualita úskalí

- Život ve velkých zařízeních
- Nekoedukované zařízení (vynucená homosexualita)
- Masturbace
- Tlumení medikamenty
- Postoje personálu k sexuálním projevům
- Postoje rodičů k sexualitě vlastních dětí
- Malá informovanost o problematice sexuality osob s postižením
- Spolupráce
- Vyškolení odborníků
- Problém s prostitucí, nemocemi, zneužíváním...

Situace v ČR

- Neexistence **žádné metodiky, normy**, dle níž by byl zaměstnanec povinen zabezpečit vzdělávání zaměstnanců v oblasti sexuality osob s MP

Pro zavádění sexuální výchovy je důležité:

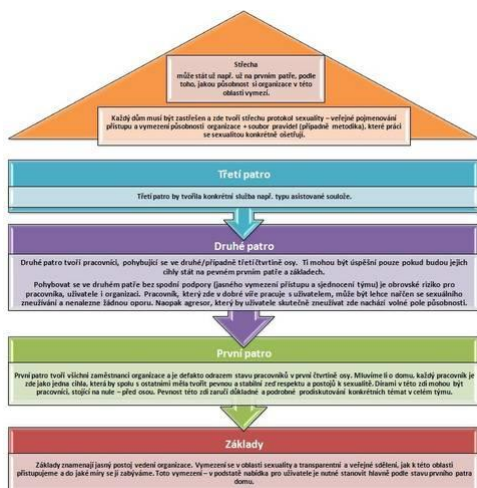
- vytvořit normální prostředí – koedukované
- protokol sexuality

- připravit skupiny – personál, rodiče, profesionály...
- osvěta

Protokol sexuality – náležitosti

- Postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých uživatelů
- Témata osvěty
- Způsob řešení možných důsledků sexuality
- Přípustné a nepřipustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory
- Osvěta a prevence
 - Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality
 - Rodiče a zákonní zástupci
 - Postup při sexuálním zneužití
- Preventivní politika uvnitř zařízení

Dům sexuality v organizaci



Obsah sexuální výchovy

- Hygienické návyky
- Vhodnost místa
- Antikoncepce, těhotenství
- Nemoci, úchytky
- Volání o pomoc, naučit se říkat „ne“
- Homosexualita, heterosexuality, bisexualita
- Pornografie
- Vztahy
- Vyjadřování a terminologie...

CO JE SEXUÁLNÍ ASISTENCE?

Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem s hendikepem, osobám s duševním postižením, seniorům a seniorkám, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou a vztahy.

Sexuální asistent/ka pomáhá jedincům, párům, ale i rodičům osob, které mají nějaké znevýhodnění či hendikep - označování jako klient / klientka.

Sexuální asistence je externí služba na rozdíl od intimní asistence. Asistenti/ky nejsou tedy zaměstnanci/kyně domovů či organizací pro osoby se znevýhodněním či hendikepem. Do organizací,

domovů či domácností klientů/ek docházejí. Jsou zpravidla kontaktovány samotnými klientky/ami, pracovníky/icemi pomáhajících organizací či rodiči.

Další rozdíl je především ve způsobu provádění druhu asistence. Sexuální asistent/ka se na rozdíl od pracovníka se sexualitou může klienta dotýkat – pohladit jej, pevně obejmout nebo jít do sexuální interakce. Pracovník se sexualitou tuto činnost v žádném případě vykonávat nemůže.

V zahraničí tuto službu nabízejí i lékaři/ky, psychologové/žky, terapeuti/ky, zdravotní sestry/bratři či bývalé a současné sexuální pracovnice aj. Pro sexuální asistenci se používají i jiné názvy jako je sexuální doprovázení, sexuální poradenství, sexuální důvěrník, intimní asistence, surrogacy terapie (náhradní partnerství), dotykový pracovník/ice, Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu) aj. (nahoru)

CO KONKRÉTNĚ SEXUÁLNÍ ASISTENTI/KY NABÍZÍ?

Sexuální asistence zahrnuje tyto aktivity:

- Zodpovědnost k rodičovství
- Rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou
- Schopnost říci ne
- Učí komunikovat o pohlavním styku
- Obstarává sexuální pomůcky
- Učí, jak správně používat sexuální pomůcky
- Učí vyhledávat pornografii na internetu a vzdělává muže/ženy v této oblasti
- Pomáhá při nastavování hranic vzhledem k sexualitě
- Zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit
- Vysvětluje jak správně masturbovat
- Informují o možnostech antikoncepce
- Edukuje v oblasti bezpečnějšího sexu
- Edukuje v oblasti hygieny
- Edukuje v oblasti přitažlivého oblékání
- Učí jak navazovat partnerské vztahy
- Probírají s klientem/kami téma sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání)
- Pomáhají handicapovaným párům se začátkem pohlavního života
- Poskytují poradenství příbuzným (např. rodičům, blízkým osobám) ohledně sexuality jejich dětí, blízkých

Sexuální asistence zahrnuje navíc sexuální interakce jako např. pomoc při masturbaci, pomoc postiženému páru při pohlavním styku, doteky, erotické masáže, pohlavní styk či další sexuální praktiky, na kterých se s klientem domluví.

CO JE PRÁCE SE SEXUALITOU NĚKDY TÉŽ NAZÝVANÁ INTIMNÍ ASISTENCE?

Náplň práce poradce/kyně se sexualitou odpovídá výčtu některých aktivit u sexuální asistence, ale nezahrnuje doteky, masáže a sexuální interakce. Rozdílem je, že tato služba je nabízena pracovníky/icemi pomáhajících organizací, kteří mohou být zaměstnanci/kyněmi těchto organizací. V současné době nemá tato pozice ukotvení v systému profesí. V různých organizacích se tato profese jmenuje odlišně.

ROZDÍLY MEZI SEXUÁLNÍ ASISTENCÍ A SLUŽBOU SEXBYZNYSU

Je sice pravda, že obě tyto služby mohou končit placeným pohlavním stykem, ale rozdíl je v zaměření sexuální asistence na prožívání a individualitu jedince. Sexuální asistence nemusí být pouze

jednorázovým sexuálním uspokojením, ke kterému někdy ani nedochází, ale postupným seznamováním se sexualitou, nastavováním hranic, domlouvání pravidel, nácviku a poznávání doteků. Především jde o porozumění mezi člověkem s hendikepem a sexuální asistentem/kou. Ti si s klientem povídají, a to mnohdy nesnadným způsobem. Naslouchají mu, mají trpělivost a nic jim nepřijde nenormální. Jejich úkolem je vybudovat vztah na důvěře.

Mezi klientem a asistentem/kou se totiž často utvoří především prostor pro rozvíjení zkušeností. Možnost si zkusit nové věci, dotyk, smyslnost, nahotu, kontakt s druhým člověkem, blízkost a něžnost – to vše je možné při sexuální asistenci objevovat. Člověk si může utvořit vztah k sobě samému, ke svému tělu.

Sexuální asistenti/ky poskytují své služby systematicky, s ohledem na konkrétní osobnost a hendikep. Něco jiného potřebuje člověk, který svou sexualitu objevuje, něco jiného chce člověk po úraze, který už není schopen svou dřívější sexualitu stimulovat. Něco jiného potřebuje člověk s poruchou autistického spektra, člověk s mentálním hendikepem nebo zdravý člověk. A právě dalším rozdílem je vzdělání sexuálních asistentů nebo asistentek, kteří/ré jsou proškolení/y, jak pracovat s lidmi s postižením nebo hendikepem, jak s nimi o sexualitě mluvit a jak ji postupně nacvičovat. Vědí, jak s lidmi postiženými fyzicky manipulovat a znají zásady první pomoci, pomáhají mu také s hygienou a oblékáním.

Sexuální asistenti a asistentky na rozdíl od sexuálních pracovníků mohou edukovat nejen hendikepované samotné, ale i rodinné příslušníky, pracovníky v zařízeních, kteří se o ně starají, o sexuálních potřebách lidí s hendikepem, mohou je učit manipulovat se sexuálními pomůckami nebo mohou přinášet pornografická díla.

Sexuální asistenti a asistentky pracují na získání dovedností, které může člověk s hendikepem v budoucnu využít. Jde např. o navazování kontaktů, zabývají se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit, schopnost říci ne, zodpovědnosti k rodičovství, rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou a podobně. Velkou úlohu hrají asistenti v prevenci sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání aj).

V České republice pracuje pět proškolených sexuálních asistentek, které prošly kurzem našeho týmu, který v té době pracoval v R-R.

Jejich seznam naleznete na stránkách www.sexualniasistence.cz (nahoru)

Co je sexuální asistence?

Sexuální asistence je služba, která pomáhá naplnit sexuální potřeby zejména osob s hendikepem. Zahrnuje komplexní asistenci spočívající v poskytnutí emocionální podpory a sexuálních služeb – naplnění smyslových a erotických očekávání na základě dohody a konkrétní situace klienta nebo klientky služby.

Základní zásady

Všeobecný etický rámec, o který se tento etický kodex opírá, zahrnuje zásadu vzájemné úcty (klient/klientka a poskytovatel/poskytovatelka služby), uvědomění si role třetích osob při realizaci služby (rodina klienta/klientky, osobní asistent/asistentka) a absolutní respektování intimního charakteru samotného okamžiku této služby.

Profesionální sexuální asistence jako pravidelná, příležitostná či přechodná služba, která podléhá svobodnému souhlasu, dodržování platných zákonů a zásadě ochrany zdraví všech protagonistů a protagonistek.

Za SEXUÁLNÍ ASISTENTY A ASISTENTKY se mohou považovat a jsou považovány pouze osoby, jež absolvovaly školení u organizace ROZKOŠ bez RIZIKA, která se na tuto oblast specializuje. Jedná se o osoby, které se rozhodly poskytovat sexuální asistenci, jednají vlastním jménem a měly by dodržovat tento kodex. ROZKOŠ bez RIZIKA negarantuje služby sexuálních asistentek/asistentů.

Zdroje:

<http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence>

<http://www.vozickar.com/tag/sexualni-asistence/>

<http://www.petreisner.cz/>

<http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/filmy-a- videa>

Otázky:

[Obsah protokolu sexuality](#)

[Sexuální asistence a zásady](#)

[Co nabízí sexuální asistence](#)

3. Omezení hybnosti (terminologie a možnosti klasifikace, příklady nejčastějších tělesných postižení a onemocnění směrem k cílovým skupinám studijního oboru):

MOZKOVÉ POHYBOVÉ PORUCHY

(TÉŽ CEREBRÁLNÍ POHYBOVÉ PORUCHY, OBRNY)

Dojít k nim může před/při nebo těsně po narození, kdy je vnímáme jako vrozené (DMO: dětská mozková obrna, CTP: centrální tonusové poruchy, CKP: centrální koordinační poruchy), ale také v pozdějším věku v důsledku úrazu nebo onemocnění mozku (nádory, mozkové příhody, degenerativní onemocnění apod.).

TĚLESNÉ POSTIŽENÍ A ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ

Protože příčinou omezení hybnosti je postižení mozku, často v tomto případě dochází ke kombinaci s jiným druhem postižení, např. smyslovým nebo mentálním, nebo se projevují různá omezení vyplývající z oslabení dalších funkcí. Nicméně tyto poruchy se nedají zevšeobecňovat, zvláštnosti vývoje vnímání, paměti a inteligence se objevují velmi individuálně. Častá je porucha vnímání (typicky deficit v diferenciaci figura – pozadí), problém s oddělením podstatného od nepodstatného: příčinou je vedle přímého postižení CNS také vývoj za změněných senzomotorických podmínek.

Pro žáky s DMO (dětská mozková obrna) bývají často náročné abstraktní úlohy, je u nich patrné, že se rychleji unaví a odvrátí pozornost, potřebují více času na ovládnutí nějakého úkonu.

Mezi obecné znaky cerebrálních pohybových poruch patří abnormální svalové napětí a narušení koordinace pohybů.

Ty se dělí na:

- Spastickou formu: svalové napětí je zvýšené, je narušena souhra svalů mezi napětím a uvolněním, svalstvo je ztuhlé a je vyšší reflexní pohotovost. Pohyby jsou omezené, převažují stereotypní pohybové vzory, držení těla je strnulé, je narušena rovnováha a projevují se obtíže v jemné motorice.
- Ateózu: svalové napětí je střídavé, v klidu je nízké, ale náhlé impulzy vedou k pohybu končetin. Mimika je proto často zasažena mimovolními grimasami. Mezi projevy tohoto typu patří ztížená kontrola hlavy, obtíže při jídle a artikulaci, omezená kontrola rovnováhy, zpoždění vývoje chůze a její omezení, ortopedické vady.
- Ataxii: svalové napětí je snížené, takže je omezena schopnost provádět cílené pohyby. Pohyby jsou nekoordinované, při jemné motorice nastupuje silný třes, dochází k poruchám rovnováhy a k špatné výslovnosti.

Podle míry a počtu postižených končetin používáme termíny:

Paréza = částečné omezení hybnosti × plegie = úplné omezení hybnosti.

Kvadruparéza/plegie = postiženy všechny 4 končetiny.

Diparéza/plegie = postiženy dolní končetiny.

Hemiparéza/plegie = postiženy končetiny na jedné straně těla.

POŠKOZENÍ MÍCHY

Jde vesměs o získané postižení v důsledku onemocnění nebo úrazu. Závažnost postižení závisí na tom, jak moc a kde byla mícha poškozena. Čím blíže mozku došlo k poškození, tím větší část těla je zasažena.

Zatímco při poškození míchy v oblasti bederní a křížové dojde k araparéze až paraplegii dolních končetin, následkem zasažení horní části krční míchy je spastická kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou citlivosti sahající až ke krku.

ROZŠTĚP PÁTEŘE

Vrozené postižení, které má různě závažné formy: rozštěp páteře bez postižení plen a míchy s postižením plen a s postižením plen i míchy. Příčinou je špatné uzavření páteřního kanálu, nejčastěji v bederní oblasti. Postiženy jsou zejména dolní končetiny (částečně nebo úplně) a současně dochází k obrně svěračů. Intelekt přitom nebývá porušen.

Počet výskytů se snižuje v důsledku prenatálního vyšetření plodů ultrazvukem. Dopady rozštěpů páteře je možné zmírnit neurochirurgickou operací.

SKOLIÓZY A KYFÓZY

Jsou to získané deformace způsobené obvykle nesprávným držením těla.

Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní): zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza.

Častější jsou deformace v rovině frontální (čelní) – projevují se bočním vychýlením od středové roviny = skoliózy. Ty se podle místa vzniku dělí na krční, hrudní a bederní. Další dělení je na typy C (vybočení vlevo), D (vybočení vpravo) a S (složená skolióza).

Příčiny vadného držení těla mohou být vnitřní (dědičné, růstové, nevhodná výživa), nebo vnější (jednostranný pohyb nebo sport, dlouhotrvající sedavá poloha, spaní na měkké podložce s vysokým podhlavníkem apod.).

MALFORMACE

Je to vrozená vývojová vada, patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Amélie značí vrozené nevyvinutí končetin, dysmélie jsou vrozené deformity končetin, fokomélie je stav, kdy končetina navazuje přímo na trup.

ONEMOCNĚNÍ A VÝVOJOVÉ ANOMÁLIE

Může se jednat např. o růstový útlum nebo patologický růst do délky. Příkladem tohoto typu postižení jsou:

Osteognosis imperfekta – vrozená porucha, která může vést ke značné lámavosti kostí.

Nanismus – tzv. trpaslictví, malý vzrůst. K jeho příčinám patří např. nedostatek růstového hormonu GH, tvořeného v předním laloku hypofýzy, defekt receptorů pro GH Laronův n., rušená tvorba IGF-I dč. somatomedin C, který zprostředkovává některé účinky GH, hypothyreóza, předčasná puberta s uzavřením růstových chrupavek, onemocnění pohybového aparátu vč. vrozené chondrodystrofie. Dále je nižší vzrůst kombinovanou vadou u Turnerova syndromu a mnoha dalších vzácných syndromů.

Poruchy růstu mohou mít proporční nebo disproporční ráz. V některých případech lze k překonání tohoto onemocnění podávat rekombinantní lidský růstový hormon.

DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Z psychologického a sociálního hlediska mají blíže k získaným postižením, ale situaci ještě zhoršuje skutečnost, že dochází k postupnému zhoršování stavu a prognóza onemocnění je špatná.

SVALOVÁ DYSTROFIE

Geneticky podmíněná choroba. Při progresivní svalové dystrofii je postiženo svalstvo.

Svalová tkáň je postupně odbourávána, to způsobuje neustálé zhoršování hybnosti člověka, což vede k závislosti na vozíku až k předčasnému úmrtí.

Nemoc lze definovat jako porušení rovnováhy mezi organismem s jeho prostředím, které vyvolává důsledky v anatomických a funkčních změnách organismu.

Mezi vybraná onemocnění, se kterými se můžete setkat ve školách a která výrazně ovlivňují vzdělávání, patří:

KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

revmatické postižení srdečních chlopní;

vrozené srdeční vady;
• ischemické choroby.

ONEMOCNĚNÍ PLIC A DÝCHACÍCH CEST

průduškové astma;
srdeční astma;
opakované katary;
cystická fibróza;
• plicní tuberkulóza.

PORUCHY IMUNITY

lergie;
• astma bronchiale.

KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ

ekzémy;
lupénka;
• růže.

PORUCHY METABOLICKÝCH PROCESŮ

diabetes (cukrovka);
onemocnění ledvin;
• infekční onemocnění jater.

NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

zhoubné;
nádory nezhooubné;
• leukémie.

Spadají sem dále další nemoci s různými příčinami, jako je vrozené nebo získané onemocnění srdce, cévní soustavy, dýchacího ústrojí, poruchy metabolismu, záchvatová onemocnění (epilepsie) apod.

Podklady DMO

Co je to dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) představuje jakýkoli stupeň pohybového postižení (od málo patrného až po úplnou bezmocnost) a je podmíněna poškozením nezralého mozku během jeho vývoje. Obecnými znaky DMO jsou abnormální svalové napětí a narušená koordinace pohybových dějů.

DMO bývá někdy doprovázena symptomatickými poruchami v oblasti řeči, smyslů, epilepsií a snížením mentální úrovně.

Odborníci uvádějí, že DMO postihne jedno až pět dětí z tisíce, přitom u jednoho dítěte z tisíce se jedná o postižení závažné. Více jak polovina závažněji postižených pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených dětí, především jsou to novorozenci s váhou pod 1500 gramů.

Počet dětí nemocných dětskou mozkovou obrnou se zvyšuje přibližně od 50. let 20. století, kdy se začala výrazněji zlepšovat péče o matku a dítě a odkdy se také snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. V důsledku tohoto pokroku v pediatrii je zachráněno mnoho dětí, které by dříve umíraly na následky nedonošenosti nebo nějaké nemoci. Tyto děti jsou však nyní často postiženy právě dětskou mozkovou obrnou.

Předporodní příčiny (prenatální)

V tomto období se za původce považuje jakákoli infekční nemoc matky během těhotenství, přičemž nejnebezpečnější je pro embryo první trimestr, během něhož může dojít k zánětu mozku vyvíjejícího se zárodka, a tedy k jeho následnému poškození. Podle Krause a Šandery (1975) jsou to nejčastěji chřipka, infekční žloutenka, syfilis, případně různé záněty. Dalším nepříznivým vlivem může být krvácení během těhotenství, které může způsobit nedostatečné zásobování plodu kyslíkem a může tak vést k poškození jeho mozku. Vývoj mozku dítěte mohou také mít nepříznivě ovlivňovat narkotika používaná při operacích nebo rentgenové paprsky.

Příčiny porodní (perinatální)

Tyto příčiny se považují za nejvýznamnější faktory vzniku DMO u dítěte. Nejčastější ohrožující situace nastává při dlouhotrvajícím (protahovaném) porodu, během něhož dochází k rozdílům v tlacích mezi porodními cestami a dělohou. Je-li hlavička již v porodních cestách a tělo plodu ještě v děloze, krev se v hlavičce hromadí a může tak dojít ke krvácení do mozku a také k jeho špatnému zásobování kyslíkem.

K dalšímu závažnému rizikovému faktoru pro vznik dětské mozkové obrny patří asfyxie novorozence. Jedná se o podmíněné selhání dodávky kyslíku, takže novorozenec musí být kříšen. Kraus a Šandera (1975) uvádějí, že čím déle je dítě kříšeno tím je poškození, a tudíž i postižení, větší. Je však možné, že pouze několikaminutové kříšení nemusí novorozence nijak poškodit.

Další nebezpečí pro mozek dítěte představuje překotný porod. Plod je při něm ohrožen tím, že při rychlém vyrovnání rozdílu mezi tlakem nitroděložním a atmosférickým se mohou poškodit cévy a nastane krvácení. Mezi další příčiny vzniku dětské mozkové obrny patří porod pánevním koncem, při němž může dojít k nitrolebečnímu poranění a krvácení a také klešťový porod, avšak tato metoda už se dnes v porodnicích nepoužívá. Nepříznivý vliv může mít také novorozenecká žloutenka, předčasný odtok plodové vody, abnormální porody plodu a císařský řez (Kraus, Šandera, 1975).

Za jednu z nejdůležitějších příčin dětské mozkové obrny je považována nedonošenost. Nedonošené dítě má křehké krevní cévy a nevyvinuté cévní stěny a tudíž je u něj mnohonásobně zvýšeno nebezpečí krvácení do mozku při nevyvinuté krevní srážlivosti. Nedonošené dítě je také mnohem více ohroženo infekcemi. Naproti tomu přenošenost je také jednou z příčin poškození mozku plodu. Při přenášení se totiž snižuje syčení krve plodu kyslíkem a tak vzniká nepoměr mezi nároky na kyslík a jeho dodávkou (Kraus, Šandera, 1975).

Příčiny poporodní (postnatální)

Také jakákoliv onemocnění novorozenců v prvních dvanácti měsících jeho života mohou zapříčinit vznik dětské mozkové obrny. Bývají to především zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému a jeho plen, mezi něž patří záněty mozku a mozkových blan. K poškození mozku může také dojít při rozsáhlejších hnisavých procesech na kůži toxickým působením, při průjmových onemocněních a při zánětu plic, který omezuje dýchání a mozek může být poškozen nedostatkem kyslíku.

Formy dětské mozkové obrny

Spastické formy dětské mozkové obrny

Při těchto formách se jedná o poruchu aktivní volní hybnosti, je zde přítomno svalové napětí (spasticita) a stereotypní pohyby. Je narušena vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé a existuje zvýšená reflexní pohotovost. Mezi znaky patří:

- Omezená motorická schopnost pohybu
- Stereotypní pohybové vzory
- Strnulé držení těla
- Narušená rovnováha
- Obtíže v jemné motorice
- Ortopedické vady v pozdějším věku

Vítková rozlišuje v těchto formách mezi dětmi ohnutými a napnutými (děti s otevřenými ústy, sliní, mají problémy s jídlem a řečí, krátký dech a nápadná mimika).

Psychické ladění těchto dětí bývá charakterizováno úzkostí, nejistotou, nedostatkem sebedůvěry.¹

Spastická forma tvoří asi 60% všech DMO. Dělí se podle lokalizace postižení na spastickou diparézu, hemiparézu a kvadruparézu.

Spastická diparéza

Jedná se o poškození dolní poloviny těla. Charakteristické je zvýšené napětí (spasticita) svalů dolních končetin. U klasické diparetické formy jsou staženy lýtkové svaly, ohýbače kolena a kyčlí a svaly, které přitahují k sobě stehna. Nemožnost natažení bérků v kolenu vede k chůzi s ohnutými koleny. Nohy jsou většinou slabší, chůze je možná převážně s oporou, u těžších forem se dítě nenaučí chodit vůbec (Stehlík a kol., 1977). Dolní končetiny bývají také méně vyvinuté, takže je nápadný nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin – k normální velikosti jsou dolní končetiny krátké (Kraus, Šandera, 1975). Prsty u rukou bývají neobratné, ale hrubá motorika bývá dobrá (Stehlík a kol., 1977). U diparetické formy dále můžeme sledovat předklon pánve a trupu, což je způsobeno zvýšeným napětím svalstva v této oblasti. Zvýšené napětí má také za následek zkrácení Achillovy šlachy. V důsledku toho sval táhne patu vzhůru a vzniká tak oboustranné špičkové postavení nohy, kterému se říká koňská či svislá noha. Vývoj diparetické chůze ztěžuje nůžkovité postavení dolních končetin, předklánění pánve a trupu a tyto děti chodí po špičkách nebo po hřbetní a zevní ploše nártu. Dítě začíná chodit většinou mezi 3. a 5. rokem. Vzhledem k tomu, že diparetická forma DMO vzniká poškozením mozku především v oblasti jeho kmene a mozková kůra tedy zpravidla není zasažena, inteligence dětí postižena nebývá a při vytvoření podmínek mohou zvládnout jak základní, tak vyšší vzdělání (Kraus, Šandera, 1975).

Spastická hemiparéza

U tohoto typu postihne svalové napětí jednu polovinu těla – pravou nebo levou a často výrazněji na dolní končetině. Na dolní končetině je stažen lýtkový sval, horní je ohnuta v loketním kloubu stahem jeho ohýbačů, otočena hřbetem předloktí a ruky vzhůru. Ruka s prsty je někdy ohnuta dolů, palec bývá přitažen k dlani (Stehlík a kol., 1977). Kraus a Šandera (1975) uvádějí, že postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout až několika centimetrů. Také příslušná polovina obličeje bývá menší. Při chůzi dítě napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku, horní končetinu přitom drží strnule bez souhybu. Tato forma vzniká poškozením jedné mozkové polokoule. Až u 40 %

¹ Úkolem rodičů těchto dětí je dle mého pracovat na tom, aby se jejich děti necitily mezi ostatními méněcenné.

případů bývá snížena inteligence, zde je však rozhodující rozsah postižení, jeho lateralizace a případné doprovodné potíže. Až u 30 % těchto dětí je zvýšené riziko epilepsie.

Spastická hemiparéza oboustranná

Příčinou je rozsáhlé poškození mozku v obou polokoulích. Postiženy jsou všechny končetiny a proto patří tato forma mezi nejtěžší. Většinou však bývá jedna polokoule více postiženější než druhá, takže i postižení končetin jedné strany je horší. Hybnost končetin je výrazně omezena a tudíž postižený bývá převážně odkázan na pomoc druhých, má sníženou inteligenci a zvýšené riziko výskytu epilepsie .

Spastická kvadruparéza

U této formy postihuje spastické napětí všechny končetiny. Může být dvojího typu. V prvním případě může jít o diparetickou formu s rozšířením spasticity a paréz i na horní končetiny, v druhém případě jde o oboustranné postižení, přičemž horní končetiny jsou těžce postižené a dolní končetiny trochu méně výrazně. U tohoto typu DMO bývá prognóza nejméně příznivá.

Nespastické formy dětské mozkové obrny

Dyskineticko-dystonická forma

Tato forma postihuje asi 20 % dětí s dětskou mozkovou obrnou. Je způsobena poškozením podkorových center. Projevuje se špatně ovládanou hybností, jedná se vlastně o sérii nepotlačitelných mimovolních pohybů, které postihují končetiny, trup, hlavu i mluvidla (Komárek, Zumrová, 2000). Tyto pohyby se objevují spontánně, v klidu nebo se dají provokovat různými podněty, např. náhlým zvukem, bolestivým podnětem nebo polekáním (Kraus, Šandera 1975). Kraus a Šandera (1975) uvádějí několik druhů nepotlačitelných, tzv. mimovolních pohybů².

- Atetotické pohyby jsou pomalé, červovité a vlnivé. Naproti tomu
- choreatické pohyby jsou prudké, nečekané a obvykle drobné.
- Balistické pohyby jsou prudké a rozsáhlé, většinou celou končetinou a o velké amplitudě.
- Myoklonie jsou drobné pohyby jednotlivých svalů nebo svalových skupin, avšak v případě
- lordotické dystonie můžeme sledovat nepotlačitelné pohyby během chůze. Jedná se o kroucení trupu směrem dozadu a současné stáčení hlavy.

Mimovolní pohyby se zpravidla značně zvětšují a zmnožují při chtěných pohybech, které doprovázejí, ruší jejich provedení a někdy je mohou přímo znemožnit. Poté se zvyšuje svalové napětí jako důsledek úsilí, které člověk s DMO vyvíjí ve snaze pohyb ovládnout. Záškuby v obličeji vytvářejí nejrůznější grimasy, nemocný se různě pošklebuje, mohou se objevovat masky smíchu, zlosti, pláče, které však neodpovídají aktuálnímu duševnímu stavu postiženého. U některých případů dyskinetické formy se naopak mimovolní pohyby nevyjadřují vůbec, nebo pouze ojediněle. Pohyby a mimika jsou celkově chudé, řeč je monotónní a pomalá (Kraus, Šandera, 1975). U dyskineticko-dystonické formy nebývá rehabilitace a medikace obvykle úspěšná. Inteligence bývá velmi dobrá, ale děti ji pro problémy s vyjadřováním nemohou uplatnit (Komárek, Zumrová, 2000).

Hypotonická forma

Tato forma je vázána na raný věk dítěte, a to do tří až čtyř let. Později přechází do jiných forem, například do spastické DMO (Novotná, Kremličková, 1997).

Hypotonická forma se projevuje snížením svalového napětí. V důsledku toho mají postižené děti větší rozsah pohybů v kloubech. Dítě můžeme snadno svinout do klubička, nebo mu horní končetiny ovinout kolem krku. Pokud dítě chodí, chůze je nejistá, vrávoravá, kroky jsou nestejně s úchytkami do stran (Kraus, Šandera, 1975). Objevuje se zde často značná porucha v duševním vývoji a v důsledku toho není prognóza příliš dobrá. Tito lidé bývají zřídka schopni žít samostatně (Novotná, Kremličková, 1997).

Léčba

Vojtova metoda reflexivní lokomoce

Tato metoda využívá fakt, že v centrální nervové soustavě (CNS) člověka jsou geneticky zakódované motorické vzory. Terapie je cílená a schopna zasáhnout postiženou motoriku na úrovni řízení v CNS. Léčení Vojtovou metodou znamená obnovování funkčně blokových neuronálních spojení, eventuálně hledání nových spojení k nepoškozeným strukturám, které přebírají řídicí funkce, aniž by ztrácely své původní. Terapie tedy využívá automatické vzory pohybu vpřed, které jsou uloženy v CNS a jsou výbavné jen z určité polohy těla a pod danou stimulací (spoušťové body). Tyto vzory obsahují takové svalové souhry, které se objevují v motorické ontogenezi u zdravého dítěte, kde se aktivuje veškeré příčněpruhované svalstvo. Za patologických okolností jsou pohybové složky (např. vzpřímení trupu, přenášení těžiště ad.) porušeny nebo dokonce nepřítomny. Terapií a nápravným cvičením je reflexní plazení a reflexní otáčení.

Metoda manželů Bobathových

Základním principem je zaujímání antispastických vzorců a poloh. Je to technika držení a zacházení s dítětem – reflexní manévry k uvolnění spasticity. Působíme na tzv. klíčové body – hlava, krk, klouby, trup, ramenní a pánevní pletence, které ovlivňují vlastní hybnost končetin. Důležitou roli hraje sestavení tzv. vývojové řady, což znamená, že cvičení respektuje ontogenetický vývoj, polohy a pohyby jsou sestaveny od nejjednodušších vleže až do vzpřímeného stoje. Dítě by mělo postupně zvládat jednu posturální situaci za druhou a současně se naučit překonávat patologický svalový tonus a nežádoucí svalové kontrakce. Zde více než u Vojtovy metody je zapotřebí spolupráce dítěte.

Selektivní dorzální rizotomie (SDR)

SDR je způsob chirurgické (neurochirurgické) léčby - operace, kterou lze u některých nemocných s převážně spastickou nebo smíšenou formou dětské mozkové obrny výrazně a trvale zmírnit jejich spasticitu, případně i nehybnost. Samotná neurochirurgická operace spočívá v částečném, velmi uvážlivém přerušení části (30-50%) nervových vláken tzv. zadních míšních kořenů předem pečlivě vybraných segmentů míchy určených pro dolní část trupu (zejména pro dolní končetiny), a/nebo pro horní část trupu (zvláště pro horní končetiny).

Operace vede také ke zlepšení jemné motoriky rukou (zejména jejich úchopové funkce), zlepšení rozměňování stravy v ústech a polykání, zlepšení řeči (zejména zlepšení artikulace - výslovnosti), zmírnění nadměrného slinění, zlepšení vzpřímení trupu a kontroly hlavy v sedu a stoji, redukce "úlekových" reakcí, zlepšení vyměšování stolice (vymizení zácpy) a zlepšení močení (větší porce moči, lepší kontrola odchodu moči), ale i zlepšení schopnosti příjmu a zpracování

informací, u některých operovaných dětí se zlepšují i některé jejich mentální výkony, děti se "cítí lépe ve svém těle", bývají klidnější, spokojenější. Je však třeba zdůraznit, že operace není vhodná pro všechny nemocné s diagnózou DMO a také že není zcela bez rizika. Operací tato terapie nekončí, ale vlastně teprve začíná. Dítě po operaci potřebuje získat co nejvíce nových kvalitních senzomotorických zkušeností, které postupně nahradí ty předoperační, získané ve spastickém terénu, jejichž hodnota se po odstranění nebo omezení spasticity operací zčásti nebo i zcela ztrácí - dítě se musí naučit se svým operací "uvolněným" tělem zacházet. Některé děti tak dočasně ztrácí i určité předoperačně nabyté pohybové dovednosti (zejména náhradní patologické pohybové vzory), aby je po několika týdnech až měsících znovu nabyly na kvalitativně vyšší (tj. fyziologickým vzorům bližší) úrovni. Proto je pro maximální zúročení efektu operace nezbytné intenzivní pooperační cvičení, což musí mít nemocní, resp. jejich rodiče a/nebo pečovatelé na paměti již při rozhodnutí nechat dítě operovat.

Aplikace botulotoxinu (BTX)

Je to doplňková léčba, která svým účinkem usnadňuje rehabilitaci. BTX je specifický enzym, který působí snížení svalové síly. Podává se ve velmi malém množství injekčně přímo do postižených svalů, kde má zmírnit nadměrné napětí a nepotlačitelné stahy. Injekce usnadňují dítěti vykonávat pohyby postiženými svaly, např. postavit se na paty.

BTX je s úspěchem používán u nemocných dětí se spastickými formami DMO. Lék je možné aplikovat opakovaně; intervaly mezi jednotlivými aplikacemi se pohybují mezi 3 měsíci a 2 roky. Účinek BTX na spastický sval je dvojitý: vedle relaxace (uvolnění) spastického svalu dochází také k umožnění normálního růstu. Ze zkušenosti lze konstatovat, že efekt je tím větší a déletrvajícím, čím je dítě s DMO mladší, čím je jeho postižení menší, čím více svalů (které to potřebují) je BTX ošetřeno a také čím intenzivněji a kvalitněji je dítě cvičeno (fyzioterapie především Vojtovou metodou).

Odkazy:

Inkluze upol – metodika pro žáky se zdravotním postižením

Otázky:

Příčiny DMO

Co je zkratka DMO

Základní rozdělení tělesného postižení

4. Kompenzační a rehabilitační pomůcky

- dělení a využití, pomůcky pro lokomoci, sebeobsluhu, edukaci, hygienu,
- ortopedická protetika

Základní pomůcky pro zdravotně postižené, kterým se alespoň částečně daří zvládat život známe všichni - hole a bílé hole, berle, ortézy, invalidní vozíky, schodolezy, brýle a lupy, speciální mikroskopy, sluchadlo, psací telefony, světelné zvonky, umělé končetiny, ortopedická obuv. Tyto pomůcky jsou většinou běžné a občanům s postižením dostupné včetně jejich pořízení, občané na některé kompenzační pomůcky mají nárok od zdravotních pojišťoven nebo je lze hradit (či hradit jako spolu-plátce).

Mezi tyto pomůcky, **které jsou dostupné pro sporty** a rozvíjí se stále dokonaleji ve svém technickém provedení jsou invalidní vozíky určené ke sportování.

Tak například pro basketbal, pro tenis, pro rugby.

Pro další sportovní aktivity lze popsat jako "kolo-vozik" HANDBIKE, nebo sedátko s lyžemi MONOBĚŽKY, MONOSKI.

Úžasné jsou také dvojkola pro cyklistiku nevidomých s asistentem, lyže pro dvě osoby.

Z oblasti samo-obslužnosti osob s postižením patří drobné pomůcky jako je zapínače a rozepínače knoflíků (na rukojeti je očko tvaru jako je pomůcka na navlékání jehly, pochopitelně z pevnějšího materiálu)

Navlékače ponožek a punčoch

upravené lžice do bot

terapeutické nůžky (mají pod "oky" na uchopení ještě jedny)

podavače a držáky hrnků

pomůcky k usnadňování otevírání dveří

sedačky do vany, hydraulické zvedáky do vany

speciální prkénka na toaletní mísy

zvedáky

polohovací postele a polohovací vaky (vhodné pro ležící pacienty, aby netrpěly proleženinami)

Prudký rozmach rozvoje je zaznamenán zejména s pomůckami v oblasti výpočetní techniky

Jsou to počítače upraveny s hlasovými výstupy pro nevidomé (Winmonitor)

různě upravená ovládání myši, klávesnice pro osoby s postižením hybnosti

- myš s jednou klávkou s větší plochou nebo ergonomicky tvarované myši, trackbally (můžeme je charakterizovat jako obrácené myši- uživatel ovládá pouze velkou kuličku) a dále sensorová klávesnice
- ovládací tužky
- ovládání hlasem
- různě upravené obrazovky
- systém 14 Control umožňuje ovládat počítač pomocí pohybu očí nebo hlavy(základ tvoří malá kamera).

Nyní se můžeme věnovat mnoha pomůckám v oblasti vzdělávání, primárního a následného

Různé druhy postižení mají k dispozici mnoho pomůcek.

V kategorii hybnosti (příklad u dětí s DMO)

Pomůcky k rozvíjení jemné motoriky:

- dřevěné puzzle
- desky s tvary

- foukací labyrinty
- maxi mozaika
- navlékání knoflíků, velkých korálů
- šňěrovací panenky
- labyrinty s korálky

dále k rozvoji grafomotoriky - zápěstní objímka

- dlaňová objímka
- pomůcka s držákem pro psací náčiní umožňující dlaňový úchop

volnočasové aktivity

- držák na jehlice
- obraceč stránek

Kuchyňské potřeby

- fixační kuchyňská prkénka
- odnímatelné škrabky na ovoce, zeleninu
- štětka na nádobí s úchytem
- systémy kartáčů k mytí sklenic

POMŮCKY PRO ROZVOJ PODPŮRNÝCH A NÁHRADNÍCH KOMUNIKATIVNÍCH KOMPETENCÍ OSOB S PORUCHOU HYBNOSTI

(DMO, osoby s poraněním CNS, osoby po laryndektomii...)

Mimo tradiční logopedickou péči jsou pro rozvoj komunikačních kompetencí vhodné kompenzační prostředky (alternativní a augmentativní)

Netechnické:

- izolované symboly
- piktogramy
- fotografie
- Bliss symboly

Další technické:

- ručičkový komunikátor (ve tvaru hodin a ručičkou ukazujeme symboly)
- komunikátory s možností vyvolání jednoduchého vzkazu, některé i s možností připojení tlačítka
- tanker (přenosný tabulkový komunikátor)

Ortopedická protetika

Ortopedická protetika se zabývá výrobou, aplikací a opravou ortéz a protéz individuálně zhotovovaných.

Důležitým pojmem je slovo *individuálně*. Většina z nás se setkává především s ortézami vyráběnými sériově. Jedná se hlavně o ortézy sportovního typu horních a dolních končetin a ortézy trupové, které si lze na poukaz od odborného lékaře vyzvednout v jakékoliv zdravotnické prodejně nebo si je zde přímo bez poukazu zakoupit. Tyto ortézy se vyrábějí pouze ve velikostních řadách. Ne, ale každý pacient je samozřejmě vhodný k aplikaci některé velikosti. Jedná se hlavně o starší pacienty nebo o pacienty po odborném lékařském zákroku, kdy dochází k častým otokům, a právě v těchto případech je nutné individuální řešení a návštěva **Ortopedické protetiky**.

Protéza nahrazuje chybějící část končetiny.

Protézovaní lidé dnes běhají, plavou, jezdí na kole a hrají volejbal. Tohle všechno je dnes mladým aktivním lidem dostupné. Moderní lehké a spolehlivé součásti však často dovolují vybavit protérou i geriatrické pacienty, kteří nemají sil nazbyt a přesto chtějí být nezávislí.

Ortéza zajišťuje na dolní končetině především její stabilitu - nosnost, pohyb a náhradu svalové práce. Při porušení nosnosti používáme podpěrné ortézy.

Sedačky, ortopedické boty, ortopedické vložky....

Odkazy:

<https://slideplayer.cz/slide/3282606/>

Otázky:

Ortopedická protetika – co zde spadá

Kompenzační pomůcky – vyjmenuj jaké pomůcky se používají pro lokomoci, sebeobsluhu, edukaci, hygienu

Dělení vozíků

Chodítka – typy

5. Terapeutické a edukační přístupy a jejich aplikace u žáků s omezením hybnosti:

- a) ergoterapie – vymezení a charakteristika, základní přístupy a oblasti ergoterapie,
- b) fyzioterapie – charakteristika, diagnostika a intervence, pomůcky a moderní technologie, metody u osob s tělesným a kombinovaným postižením (Vojtova metoda, Bobath koncept),
- c) fyzikální terapie – charakteristika, základní dělení a příklady aplikace fyzikálních prostředků,
- d) psychomotorické a na tělo orientované přístupy – bazální stimulace, Snoezelen a multisenzoriální místnosti, dotyková terapie atd.,
- e) zooterapie a využití zvířat v somatopedické praxi.

a) Ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon = práce a therapia = léčení, terapie. Od šedesátých let 20. století se začíná v některých evropských jazycích výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního pojmenování pracovní terapie

Mezi činnostní a pracovní terapií je velmi tenká hranice, hlavním záchytným bodem může být, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku, k výsledku práce.

U mládeže a dospělých klientů se dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím rukodělných činností (práce s textilem, se dřevem, přírodními materiály...) a nácvikem v oblasti praktického života (v oblasti samostatného bydlení, péče o domácnost...)

U dětí využívá pracovní (činnostní) terapie formu dětské hry (imitovány každodenní práce nebo profese, sebeobsluha, hygiena...)

Ergoterapie spadá do oblasti léčebné rehabilitace a představuje širší pojem než pracovní rehabilitace, přestože spolu úzce souvisí. Má velmi povzbuzivý účinek na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění a zbavuje nemocného jinak velmi častých pesimistických myšlenek. Pomáhá nalézt způsoby, jak trvalé poruchy zdraví obejít a porušené funkce nahradit (kompenzovat), jak se co nejlépe znovu zapojit do plnohodnotného života). V diagnostickém (zjišťování stavu) i prognostickém (předvídaní stavu) smyslu je podstatné, že rehabilitace zdůrazňuje, hledá a buduje na možnostech postiženého, že vychází z pozitivních vlastností i hodnot a ne z negativních stránek a důsledků postižení Ergoterapie využívá aktivně poznatků několika medicínských oborů, ale také praktických zkušeností ergonomie.

Oblasti ergoterapie

kondiční ergoterapie

kde jejím cílem je odpoutat pozornost od sebe sama, udržet duševní pohodu klienta nebo, pacienta, umožnit mu navázání nových kontaktů a přátelských vztahů. Činnosti zařazené do kondiční ergoterapie by měli klienta zajímat, 15 těšit, měl by je dělat s chutí. Proto je důležité vybrat vhodné činnosti, materiál, náměty, promyslet jak se výrobky využijí atd

ergoterapie cílená na postiženou oblast

kde jejím cílem je zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti a zlepšení svalové koordinace a taxie - pohyb organismu směrem k určitému podnětu. Proto je nezbytná znalost pohybového aparátu – kostry svalů a kineziologie

ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

snahou je znova začlenění pacienta do aktivního života s přihlédnutím k postižení. Cílem je na základě ergodiagnostiky stanovit možnosti opětovného začlenění do zaměstnání, do pracovního kolektivu nebo navrhnout vhodné změny zaměstnání. Tato oblast je aktuální zvláště po úrazech nebo při dlouhodobé nemoci. U osob v aktivním věku ohrožených dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením nepostačí jen některá z forem fyzikální terapie, je potřeba začít s ergoterapií. Pro volbu metod a postupů je nutné zjistit jaké následky onemocnění zanechalo a jaké jsou jeho možnosti zapojení do práce, tj., zda je možný návrat do původního zaměstnání nebo je nutná (možná) rekvalifikace. Pracovní činnosti, které se v ergoterapii zařazují, zabrání m.j. odvyknutí práci, ztrátě určitých algoritmů (vstát, vykonat hygienu, obléct se atd.), přispějí k udržení se v určité duševní i tělesné kondici

ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti, trénink ADL (activities of daily living)

Jde především o všední denní činnosti vztahující se na základní fyzické funkce, které dotvářejí každodenní život klienta. (personální ADL, nebo basální ADL). Sem patří hygiena, (koupání, použití WC, aj.) oblékání, jedení, přesuny a mobilita. 16 Nebo může jít o sociální aktivity běžného života (instrumentální ADL, nebo rozšířené ADL). Např. nákup, příprava jídla, domácí práce, praní, manipulace s penězi, použití dopravy, jízda autem, telefonování.

b) Vojtova metoda

Reflexní pohyb vpřed neboli reflexní lokomoce podle Vojty se aktivuje ze tří základních poloh – z polohy na břicho, na zádech a na boku. K aktivaci pohybových modelů je možné použít deset zón, které Vojta popsal a které se nachází na trupu a na horních a dolních končetinách. Kombinací různých zón a střídáním tlaku a tahu lze zaktivovat oba pohybové modely - reflexní otáčení a reflexní plazení.

Kromě toho hrají důležitou roli optimální úhlová nastavení končetin a používání tzv. odporů, kdy terapeut klade odpor proti vznikajícím dílčím pohybům příslušného pohybového modelu. Tímto způsobem lze například brzdit a zastavit rotační tendenci hlavy při reflexním plazení. Svalstvo v okolí „brzděné“ části těla díky tomu vyvine větší napětí, aniž by se kvůli tomu muselo dál zkracovat (izometrie). Na základě toho zesílí i svalová aktivita vzdálenějších částí těla (břicho, záda, horní a dolní končetiny). Polohovací reakce dle Vojty (7 polohovacích reakcí).

- používají se při diagnostice
- při změně polohy dítěte reflexně zareaguje pohybem
- funguje to od narození do 1 roku věku (tedy než začne chodit)

Dva koordinační komplexy reflexní lokomoce

Při aplikaci reflexní lokomoce se používají dva tzv. koordinační komplexy:

- Reflexní plazení
- Reflexní otáčení

Oba komplexy byly objeveny a terapeuticky používány nejprve u dětí a dospívajících s již fixovanými pohybovými poruchami (např. se spastickou obrnou). Na základě pozorování reakcí při aktivaci zdravých kojenců vznikla teprve později představa, že se jedná o specifické vrozené pohybové komplexy, které se dají využít i pro terapii malých kojenců.

Jeden princip – mnoho variací

Průběh pohybů reflexní lokomoce lze vyvolat kdykoli. Ke třem základním polohám na břicho, na zádech a na boku existuje víc než 30 variací. Kombinováním a variacemi aktivačních zón, používáním odporů i jemných změn ve směru tlaku a úhlovém nastavení ve výchozí pozici je možné přizpůsobit terapii individuální diagnóze a cílům terapie.

Aby byla Vojtova terapie úspěšná, je nutné ji provádět zpravidla několikrát (až čtyřikrát) denně. Jedna terapeutická jednotka trvá pět až dvacet minut. Protože terapii denně provádějí rodiče nebo jiné blízké osoby, hrají při aplikaci Vojtovy terapie právě oni rozhodující roli.

Vedle základního onemocnění mají zásadní vliv na efektivitu, a tím i na úspěch terapie, intenzita cvičení, frekvence a přesnost. Poté, co ošetřující lékař doporučí pacientovi Vojtovu terapii, sestaví

terapeut Vojtovy metody individuální program a společně s pacientem/rodiči určí cíle terapie. Bezprostředně poté by mělo proběhnout zaučení rodičů, resp. blízkých osob do terapie, aby bylo možné začít s terapií i doma a dosáhnout tak potřebné intenzity terapie. Terapie může trvat týdny až měsíce – ve zvláštních případech i roky – terapeut Vojtovy metody by měl být rodičům stále nápomocen. Program terapie, dávkování terapie i příp. přestávky v terapii se v pravidelných intervalech přizpůsobují vývoji pacienta.

Bobathova terapie

Určena pro léčbu dětí s dětskou mozkovou obrnou. Spočívá v dosahování relaxace (uvolňování) svalového napětí pomocí polohových a pohybových reflexů, uvedením celého těla nebo jeho částí (hlavy, trupu či končetin) do tzv. reflexně – inhibičních poloh.

Základem **Bobath konceptu** je neurovývojová terapie manželů **Berty a Karla Bobathových**, kteří koncept vytvořili a zároveň založili **Bobath centrum v Londýně**, kde se ročně léčí stovky pacientů z celého světa především s dětskou mozkovou obrnou, ale i s ostatními neurologickými problémy. Navštěvují ho i dospělí pacienti, nejčastěji po cévních mozkových příhodách. **Bobath centrum** rovněž organizuje vzdělávací kurzy pro odborníky.

Bobathovi pohlížejí na dětskou mozkovou obrnu jako na neprogresivní onemocnění, které vzniklo na základě poškození nezralého dětského mozku. Tento poškozený mozek se nadále vyvíjí a nese s sebou četnou řadu příznaků. Je to především porušený vývoj dítěte v jednom nebo více vývojových aspektech a také porušený tonus a porucha koordinace pohybu.

Terapeut, vycházející z **Bobath konceptu**, na základě podrobného vyšetření, během kterého se zaměřuje na to, co dítě dovede bez dopomoci, s dopomocí, co nedovede a dle kvality tonu a pohybu stanovuje svůj léčebný plán a cíl. Tohoto cíle dosahuje za použití terapeutických nástrojů, které aplikuje velice cíleně a při tom vždy vnímá reakce pacienta na tyto techniky. Dle těchto reakcí aktuálně mění a přizpůsobuje svou terapii. Mluvíme o tom, že terapeut provádí handling za použití jeho jednotlivých technik. Tyto techniky jsou zaměřeny především k tomu, aby příznivě ovlivnily patologický tonus pacienta, usnadnily dítěti provést pohyb co nejsprávněji a nejsnadněji. Terapeut neučí dítě pohybům, ale dělá vše pro to, aby pacient mohl pohyb sám co nejsprávněji provést. Veškerá terapie je prováděna v rámci funkční situace. Snahou terapeuta je umožnit dítěti získat novou sensomotorickou zkušenost a tím příznivě posunout jeho vývoj vpřed. Terapeut často používá četné pomůcky k dosažení zamýšleného cíle (míče, válce, lavičky, labilní plochy atd.) Základním znakem **Bobath konceptu** je práce v týmu. Ve středu týmu vždy stojí dítě a jeho rodina. Všichni ostatní terapeuti (logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut) musí na problémy dítěte pohlížet stejnými očima a musí umět použít vhodné léčebné techniky.

Petöho terapie

Zaměřena na rozvoj praktických pohybových dovedností u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Klade důraz především na rozvoj volných vlastností pohybově postižených dětí, které uplatňují v průběhu každodenních pohybových činností ve skupinách. Jsou využívány běžné pomůcky jako židle, lavičky, stoličky, atd.

Terapie se aplikuje u tělesně postižených dětí s normálními intelektovými schopnostmi, neboť motivace pro cvičení je podněcována především slovními prostředky a základem je pochopení jeho významu a užitečnosti.

c) Fyzikální terapie

Fyzikální terapie využívá působení různých druhů zevní energie na živý organismus. Cílem FT je zvyšování a mobilizace obranných sil organismu působící proti chorobnému procesu.

Účinky fyzikálních podnětů závisí na:

druhu a formě podnětu;
intenzitě a délce trvání podnětu;
místu působení podnětu a reaktivitě organismu;
tělesné konstituci;
typu vyšší nervové činnosti a stavu endokrinního systému.

Základní dělení:

Mechanoterapie (mechanická energie)

masáže (klasické, reflexní, periostální, přístrojové, podvodní tlaková masáž, manuální lymfodrenáž);
aj.

Termoterapie (tepelná energie)

pozitivní termoterapie (parafin, tepelné obklady – Fango, Lavatherm);
negativní termoterapie (studený, ledový obklad, kryosáčky, kryokomory);
kombinovaná termoterapie (střídavé koupele, sauna, skotské stříky)

Fototerapie (světelná energie)

UV záření;
biolampa;
laser;
infračervené záření.

Elektroterapie (elektrická energie)

galvanoterapie;
nízkofrekvenční terapie;
magnetoterapie.

Hydroterapie (vodní energie)

lázně (celková, sedací, nožní, ruční, podvodní, přísadová);
sprchy, polevy;
kombinovaná terapie;

d) Psychomotorická terapie - Pessa Boyden

PBSP (Pessa Boyden System Psychomotor)

Psychomotorická terapie autorů Alberta Pessa a Diany Boyden

Jde o psychoterapii orientovanou na tělo:

pracuje se s psychologickým významem, který evokuje dotek, gesto, fyzické přibližování či vzdalování (navozují se velmi cíleně a kontrolovaně)

Předpokládá se, že na úrovni elementárních tělových pocitů a hnutí:

se po celý život projevují naše vrozené potřeby,
že na této úrovni je kódována paměť naší rané, emocionální, verbálně nepostihnutelné zkušenosti.
Předpokládá se rovněž, že emocionální učení je účinné právě díky kontaktu s touto, velmi bazální prožitkovou rovinou.

Charakter metody PBSP

autoři jsou tanečnice a choreografy, PBSP však *není taneční terapií*

PBSP je jedna z původních psychoterapeutických metod určených širokému okruhu zájemců:

o sebepoznávání

osobní rozvoj

vyrovnávání se s osobní historií
a nacházení hlubšího smyslu v životě.
spočívá zejména v cílevědomém vytváření zážitků, kterých se nám z nejrůznějších příčin v naší minulosti nedostávalo (ač jsme je naléhavě potřebovali ke svému psychologickému vývoji)
vytváření emocionálně "výživných" zážitků je chápáno jako dodatečné, umělé doplňování naší prožitkové výbavy, která značnou měrou vytváří "atmosféru" našeho vnitřního světa a rozhoduje o tom, jak se budeme v životě cítit
účinnost takto pojatého emocionálního učení nachází oporu v aktuálních poznatcích vývojové psychologie a neurofyziologických výzkumů paměti.

V PBSP se rozeznává 5 základních potřeb či „očekávání“ :

každý člověk očekává, že ve světě najde své místo
každý člověk očekává od světa ochranu (pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení)

člověk očekává péči a výživu (tím se myslí i dostatek podnětů, kontaktů, vztahů)

člověk očekává, že bude podporován

člověk instinktivně touží být „limitován“ (vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých)

Jak PBSP probíhá

V základní formě probíhá ve skupině, v počtu asi 8 až 10 stálých klientů. Je rovněž možné využívat ji v individuální terapii.

jde o velmi strukturovaný, řízený způsob terapeutické práce

důraz je kladen na naprostý přehled a informovanost jednotlivých účastníků o každém terapeutickém kroku

nevyužívá se tudíž účinku tzv. skupinové dynamiky (prožitků spojených se spontánním, živelným děním mezi členy skupiny)

system uplatňovaných pravidel má za cíl vytvořit co nejširší společný prostor respektu, diskrétnosti a podpory pro každého účastníka (s maximálním omezením vztahové dynamiky, která vyžaduje jiný způsob práce)

Frekvence setkání bývá jednou v týdnu, délka jedné frekvence pak okolo dvou hodin (není striktně určeno). Možné jsou však i jiné formáty, např. jednodenní vícehodinové soustředění po vícero týdnech.

Zejména zpočátku proniká adept do terapeutické práce prostřednictvím speciálních cvičení. Hlavní funkci v nich má pohyb a dotyk. Jde o cvičení v zásadě neverbální, použití slov je omezené a přesně cílené. Cvičení jsou orientována jednak na rozvoj všímavosti vůči subtilnostem prožívání, jednak na tříbení citu pro výše probrané potřeby a konečně na to, abychom si v terapii dovedli říci přesně, konkrétně a detailně, co mají ostatní udělat, aby nám to „sedlo“. Cvičení se provádějí většinou ve dvojici nebo ve skupině. V PBSP se klade důraz na přímou zkušenost, na zážitek, nikoli na pouhou informaci, proto jsou cvičení nutná

Centrálním terapeutickým prostředkem PBSP je „struktura“. Jde o soustředěný proces trvající asi tři čtvrti hodiny, věnovaný pouze jednomu adeptovi. Ve struktuře jde o již řečené zkoumání citlivých míst prožívání a o zkoumání rezonancí těchto citlivých míst v paměti. Na rozdíl od cvičení je struktura delší a hlubší. Pracuje se v ní většinou scénicky - ostatní členové skupiny jsou k dispozici v tom smyslu, že vstupují do rolí důležitých postav a aspektů adepta prožívání. Terapeut pomáhá adeptovi tvarovat scénu tak, aby co nejvíce odpovídala jeho vnitřní „mapě“. Terapeutickým cílem je, aby adept mohl během struktury objevit, vstřebat a odnést si do dalšího života zážitek ideálního uspokojení jedné či výše bytostných potřeb.

Co je Bazální stimulace

Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace® je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.

Bazální stimulace® je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak také v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí.

Historie konceptu

Autorem konceptu je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept Bazální stimulace® podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí. A. Fröhlich prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Dosažené výsledky a rozvoj schopností u těchto dětí vyvolaly rozsáhlý vědecký výzkum v oblasti medicíny. Tak se stal koncept uznávaným pedagogicko – ošetrovatelským konceptem. Profesor A. Fröhlich nyní působí na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau.

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept Profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Od poloviny osmdesátých let spolupracuje úzce s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna. Od roku 1994 vede Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. Prof. Ch. Bienstein.

<https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/pomucky/>

d) Psychomotorická terapie - Pessa Boyden

PBSP (Pesso Boyden System Psychomotor)

Psychomotorická terapie autorů Alberta Pessa a Diany Boyden

Jde o psychoterapii orientovanou na tělo:

pracuje se s psychologickým významem, který evokuje dotek, gesto, fyzické přibližování či vzdalování (navozují se velmi cíleně a kontrolovaně)

Předpokládá se, že na úrovni elementárních tělových pocitů a hnutí:

se po celý život projevují naše vrozené potřeby,
že na této úrovni je kódována paměť naší rané, emocionální, verbálně nepostihnutelné zkušenosti.
Předpokládá se rovněž, že emocionální učení je účinné právě díky kontaktu s touto, velmi bazální prožitkovou rovinou.

Charakter metody PBSP

autoři jsou tanečnice a choreografy, PBSP však *není taneční terapií*

PBSP je jedna z původních psychoterapeutických metod určených širokému okruhu zájemců:

o sebepoznávání

osobní rozvoj

vyrovnávání se s osobní historií

a nacházení hlubšího smyslu v životě.

spočívá zejména v cílevědomém vytváření zážitků, kterých se nám z nejrůznějších příčin v naší

minulosti nedostávalo (ač jsme je naléhavě potřebovali ke svému psychologickému vývoji)

vytváření emocionálně "výživných" zážitků je chápáno jako dodatečné, umělé doplňování naší

prožitkové výbavy, která značnou měrou vytváří "atmosféru" našeho vnitřního světa a rozhoduje o

tom, jak se budeme v životě cítit

účinnost takto pojatého emocionálního učení nachází oporu v aktuálních poznatcích vývojové

psychologie a neurofyziologických výzkumů paměti.

V PBSP se rozeznává 5 základních potřeb či „očekávání“ :

každý člověk očekává, že ve světě najde své místo

každý člověk očekává od světa ochranu (pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení)

člověk očekává péči a výživu (tím se myslí i dostatek podnětů, kontaktů, vztahů)

člověk očekává, že bude podporován

člověk instinktivně touží být „limitován“ (vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých)

Jak PBSP probíhá

V základní formě probíhá ve skupině, v počtu asi 8 až 10 stálých klientů. Je rovněž možné využívat ji v individuální terapii.

jde o velmi strukturovaný, řízený způsob terapeutické práce

důraz je kladen na naprostý přehled a informovanost jednotlivých účastníků o každém terapeutickém kroku

nevyužívá se tudíž účinku tzv. skupinové dynamiky (prožitků spojených se spontánním, živelným děním mezi členy skupiny)

system uplatňovaných pravidel má za cíl vytvořit co nejširší společný prostor respektu, diskrétnosti a podpory pro každého účastníka (s maximálním omezením vztahové dynamiky, která vyžaduje jiný způsob práce)

Frekvence setkání bývá jednou v týdnu, délka jedné frekvence pak okolo dvou hodin (není striktně určeno) Možné jsou však i jiné formáty, např. jednodenní vícehodinové soustředění po vícero týdnech.

Zejména zpočátku proniká adept do terapeutické práce prostřednictvím speciálních cvičení. Hlavní funkci v nich má pohyb a dotyk. Jde o cvičení v zásadě neverbální, použití slov je omezené a přesně cílené. Cvičení jsou orientována jednak na rozvoj všímavosti vůči subtilnostem prožívání, jednak na tříbení citu pro výše probrané potřeby a konečně na to, abychom si v terapii dovedli říci přesně, konkrétně a detailně, co mají ostatní udělat, aby nám to „sedlo“. Cvičení se provádějí většinou ve dvojici nebo ve skupině. V PBSP se klade důraz na přímou zkušenost, na zážitek, nikoli na pouhou informaci, proto jsou cvičení nutná

Centrálním terapeutickým prostředkem PBSP je „struktura“. Jde o soustředěný proces trvající asi tři čtvrti hodiny, věnovaný pouze jednomu adeptovi. Ve struktuře jde o již řečené zkoumání citlivých míst prožívání a o zkoumání rezonancí těchto citlivých míst v paměti. Na rozdíl od cvičení je struktura delší a hlubší. Pracuje se v ní většinou scénicky - ostatní členové skupiny jsou k dispozici v tom smyslu, že vstupují do rolí důležitých postav a aspektů adepta prožívání. Terapeut pomáhá adeptovi tvarovat scénu tak, aby co nejvíce odpovídala jeho vnitřní „mapě“. Terapeutickým cílem je, aby adept mohl během struktury objevit, vstřebat a odnést si do dalšího života zážitky ideálního uspokojení jedné či výše bytostných potřeb.

e) Zooterapie

Ize rozdělit na:

AAT (Animal Assisted Therapy) - zvíře je nedílnou součástí terapeutického procesu. Provádí ji zdravotnický personál za pomoci vybraného zvířete. Výsledek je objektivně pozorovatelný a měřitelný (např. vyprovokování pohybu, zvětšení slovní zásoby apod.)

AAA (Animal Assistend Activities)

forma pasivní: např. umístění akvária ve společenské místnosti navozuje příjemné prostředí. Role zvířete je pasivní, ale pozitivní efekt zde vnáší již svou přítomností.

forma interaktivní: rezidentní (stálé) - zvíře žije v ústavu, kde se o něj stará personál nebo klienti. Pro psy je méně vhodný - není jeden pán, nedostatek odpočinku => problémové chování. Vhodnější pro kočky, křečky, králíčky apod.

návštěvní - tato forma je personálem vítanější, odpadá starost o zvíře. Zvíře přichází se svým pánem vždy ves stejný den a hodinu. Musí zde být dobrá spolupráce s personálem, dobrá komunikace s klienty apod.

Zvýšení kvality života klientů v různých terapeutických zařízeních.

Terapii provádí profesionální odborník nebo proškolený psovod za účasti zvířete, nejčastěji psa. Výsledek lze vyjádřit pouze v pojmech radost, spokojenost, zlepšení psychiky klienta apod.

Další z mnoha organizací je anglická organizace CHATA (Children in Hospital and Animal Therapy Association = Děti v nemocnicích a terapie pomocí zvířat). Má za cíl návštěvy se zvířaty na dětských odděleních ve vyhrazených prostorách, hlavně pro dlouhodobě a onkologicky nemocné děti. Vzhledem ke krátkému působení našeho sdružení, nebyl kontakt s těmito zařízeními dosud navázán.

Canisterapie

Je vhodnou součástí pro zlepšení postižení:

mentálního: udržení delší pozornosti; pes není hračka, má své potřeby v oblasti péče a aby ho měl někdo rád; je mu jedno, jak kdo vypadá, chová se ke všem stejně; může se použít k nácviku sebeobsluhy klienta; je nápomocen při rehabilitačním cvičení (nácvik a rozvoj hrubé i jemné motoriky, uvolňování spasmů); hrou se rozvíjí motorická činnost; podporuje a rozvíjí fantazii (malování, modelování); podporuje komunikativnost a sblížování s okolím; rozvoj slovní zásoby a nácvik správné výslovnosti v logopedii; pocit ochrany a jistoty; možnost relaxace po hře nebo cvičení; respektování potřeb psa (odpočinek, spánek, krmení); zvyšování sebejistoty (účast na různých soutěžích)

tělesného: důvěrník, kamarád a společník; motivace k rehabilitaci; zdroj obohacení a zpestření života; zdroj ke zlepšování komunikace s okolím; menší závislost na pomoci jiných; zvýšení pocitu bezpečí; při starosti o zvíře odvedení pozornosti od vlastních potíží; prolamování barrier osamělosti

Otázky:

Oblasti ergoterapie

Vojtova metoda

Fyzikální terapie – co tam patří

6. Komunikace u žáků s omezením hybnosti:

- vliv tělesného postižení na komunikační proces, nejčastější projevy narušené komunikace u žáků s tělesným postižením (anartrie, dysartrie, afázie),
- systémy a technologie AAK, principy komunikace
- Problematika zjevného a skrytého postižení, postoje veřejnosti k osobám s omezením hybnosti

Specifika komunikace osob se zdravotním postižením

takt – tolerance – empatie – ohleduplnost – trpělivost – úcta k partnerovi

přístup v rozvíjení vzájemné komunikace:

- chovat se k lidem s postižením adekvátně k jejich věku
- pokud člověk s postižením potřebuje vaši pomoc, můžete ji nabídnout, ale počkejte až bude váš návrh přijat
- ne všichni lidé s postižením mají velké potíže s komunikací
- vytvoření bezpečné atmosféry a budování důvěry
- aktivně naslouchat udržovat přiměřeně oční kontakt, dát najevo zájem a ochotu
- mluvit v tváři v tvář pomalu a zřetelně a konkrétně

nepoužívat složitých a příliš abstraktních slov, cizí slova, květnatá souvětí

Zásady

- hovořit přímo s osobou a nikoliv s jeho případným doprovodem
- při nezbytné fyzické pomoci – např. při usazení do křesla apod. se necháme vést osobou s tělesným postižením, která přesně ví, jakým způsobem jí můžeme pomoci
- dbáme, aby klient s pohybovým postižením měl v dosahu nezbytné kompenzační pomůcky – zvyšuje se jeho jistota a pocit soběstačnosti
- pokud možno adekvátní vybavení budov – bezbariérovost (plošiny, výtahy, šířka dveří, WC atd.)

Řečový projev dětí s DMO

- poškození mozku a vývoje mozku – porucha mobility, postižení mentálních funkcí (66%), poruchy řeči (50%), epilepsie (15 – 70%), poruchy chování (50%), přidružená smyslová postižení
- formy – spastické (zvýšený svalový tonus; diparetická, hemiparetická, kvadruparetická) a nespastické (hypotonická, dyskinetická)
- narušený vývoj řeči – opoždování, u těžších forem je omezený
- problémy zejména ve foneticko-fonologické rovině
- typická symptomatická porucha řeči u osob s DMO – dysartrie – systémy AAK (piktogramy, symboly,...)
- postižení také svalstva mluvních orgánů – postižení složek mluvního projevu – respirace, fonace, artikulace, plynulost a koordinace mluvního projevu
- respirace – křečovité, mělké dýchání (spastické f.); koordinace dýchacího svalstva, narušení dýchání mimovolními pohyby, krátké prudké výdechy (dyskinetická f.)
- fonace – hlas je tichý, nevýrazný, při zvýšeném úsilí tlačný, nadměrně hlasitý, huhňavý
- dysprozódie (poruchy modulačních faktorů) – narušené tempo, síla, výška, přízvuk – m výrazné snížení srozumitelnosti řeči
- artikulace – nesprávná artikulace u většiny hlásek – poškození svalstva artik. orgánů, neobratné a nepřesné pohyby, narušená dechová koordinace
- dysartrie, balbuties, tumultus sermonis (u spastických f.), rinolalie, narušené koverbální chování (mimika, gestikulace – dyskinézy, hypotonie), mutismus, poruchy polykání (dysfagie)

Základy alternativní a augmentativní komunikace

augmentativní komunikace (podporující, rozšiřující) – zlepšuje komunikační proces u osob s určitou schopností či předpoklady pro orální řeč

alternativní komunikace – nahrazuje orální řeč, přičemž se vždy snažíme, pokud nám to situace umožní, upřednostňovat augmentativní k.

- nejširší prostředky AAK patří nonverbální prostředky řeči:

gestika, mimika, oční kontakt, haptika.....

Augmentativní komunikační systémy podporují již existující komunikační schopnosti, určité dovednosti, které jsou však nedostatečné pro dorozumívání, usnadňují porozumění řeči i vlastní vyjadřování.

Alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené řeči. V případě sluchově hendiepovaných jsou to ty, které se používají jako náhrada znakové řeči."

Klasifikace systémů AAK

- podle způsobu přenosu informace
 - 1. statické (předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, systém Bliss)
 - 2. dynamické (založeny na aplikaci znaků a gest, např. Makaton, Znak do řeči atp.)
- podle využitelnosti speciálních pomůcek
 - 1. bez pomůcek (využívají především prostředků nonverbální komunikace /např. pohled, mimika, gestikulace, vizuálně-motorické znaky/)
 - 2. s pomůckami (reálné předměty, obrázky, fotografie, symboly, komunikátory)
 - 3. jiné typy (technické pomůcky sloužící k snadnějšímu ovládnutí počítače /např. speciálně upravené klávesnice, dotekové obrazovky atp./)

Presymbolické komunikace – instinktivní vyjádření (libost / nelibost)

Signální okolnosti – využití činnosti (oblékání)

Doteky – informační doteky (na ústa – jídlo)

Gesta – od běžných gest po ikonické znaky

Předmětná komunikace (symbolická)

Identické (lžíce pro symbol, pro jídlo)

Fragmentární část předmětu

Podobné v některých zemích

Uměle vytvoření zástupci

Miniatury – obrázky

Zákl. komunik. oblasti: verbální k. 4-13 %

nonverb. komunikace zbytek (řeč těla, komunikace činem, zvuková komunikace)

Komunikace činem

čin má více účelů (muž večer po dvoudenním školení donese manželce kytku)

etologie – nauka o chování, nelze nekomunikovat, nelze se nechovat, na sebe reagovat, za 20 min jsme činem schopni říct 1 větu

Zvuková komunikace

extralingvistická – zvuk má sématickou hodnotu (nese význam), pouze souhlas, nesouhlas

paralingvistická – jde přes modulační faktory řeči, také nese význam, je tam obsah, prozodické systémy

ZÓNY

1. INTIMNÍ 20-60 cm mezi pánevními kostmi, narušená v hromadné dopravě
2. OSOBNÍ lidé se znají, na stejné úrovni, 60 – 120 cm
3. SPOLEČENSKÁ 120 – 360 cm, „kontrola občanského průkazu“, lidé, kteří se nemají rádi, formální styk
4. VYSOKÁ AUTORITA nad 360 cm, audience u královny

Haptika

dotyk- je hodně důležitý, sociál. vyjádření, problém u autistů, podání rukou pochází z prehistorického období, lovci dokazovali, že nemají zbraň, přetočení ruky – dávám najevo nadřazenost

Mimika a oční kontakt

při rozhovoru těkáme z jednoho oka do druhého a na rty – oblast orekum, problém – sociální fóbiaci, autisti se nebojí pohledu do očí, ale nechápou sociál. aspekt

Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS

- Ve světě známý jako The Picture Exchange Communication System (PECS) byl vyvinut v roce 1985 jako systém AAK, který je určen k „**nastartování**“ **komunikace u dětí a dospělých s autismem a jinými poruchami komunikace**

- Tento systém užívá obrázků

- osoba, která pomocí VOKSu komunikuje, na dané obrázky (či symboly) neukazuje, obrázek přímo vyměňuje za zobrazenou věc či činnost.

7. Specifika vzdělávání ve školách pro žáky s tělesným postižením:

- edukační procesy, metody, formy, prostředky a pomůcky, organizace vzdělávání, modifikace učiva a další specifika edukace ve školách pro žáky s tělesným postižením,

Výukové metody:

- slovní (vyprávění, vysvětlování, přednáška, práce s textem a rozhovor);
- názorně-demonstrační (demonstrace, práce s obrazem, instruktáž);
- metody dovednostně-praktické (vytváření dovedností, napodobování, manipulace a experiment).
- Vyprávění zprostředkovává konkrétní děj, událost nebo příběh. Kromě podpory vnímání, paměti a myšlení má pozitivní vliv na představivost a fantazii žáků. Používá se ke zvolnění pracovního tempa či jako zpestření výuky. Důležité je, aby bylo názorné, napínavé a přirozené. Vhodnější než čtený text je vyprávění „spatrá“.

Možnosti při edukačním procesu:

- Při vyprávění pedagoga se snaží zajistit pro svého žáka optimální podmínky pro pozorný poslech – relaxační poloha, příjemné osvětlení, klid ve třídě.
 - Může sám vyprávět zajímavý příběh svůj či svého svěřence (samozřejmě pouze s je souhlasem) před všemi jeho spolužáky – pozitivně tím ovlivňuje svoje postavení druhého pedagoga ve třídě.
 - Může vyprávět společně se žákem – doplňovat potřebná fakta či naopak nechat žáka doplňovat fakta do svého vyprávění.
 - Pro zvýšení jistoty svého svěřence při verbálním projevu může pro samostatné vyprávění žáka připravit jednoduchou osnovu (psanou či obrazovou).
 - Vyprávění žáka může podpořit názorem – pantomimou či obrazovým materiálem.
- Vysvětlování (výklad) zprostředkovává žákům učivo v logických souvislostech. Vysvětlování nové látky vždy navazuje na předchozí zkušenosti a vědomosti žáků. Osvědčuje se postup od konkrétního k abstraktnímu, od jednoduchého ke složitějšímu, od modelu ke schematickému zpodobnění. Nezbytné je udržovat se žáky soustavný kontakt pomocí otázek, řešení problémů apod. Úskalí této metody se může stát vysoká odbornost výkladu. Cílem vysvětlování je umožnit žákům samostatně dojít k zobecnění získaných poznatků a k jejich případné aplikaci.
- Někteří žáci s tělesným postižením se obtížně orientují v souvislém textu, je tedy třeba ho vhodně strukturovat: na kopírce text zvětšit, v PC ho graficky rozčlenit do kratších odstavců či sloupců, barevně zvýraznit důležité části, využívat odrážky a číslování apod.
 - V případě potřeby je možné text zestručnit nebo s ním pracovat po kratších částech (odstavec, souvětí apod.) dle možností žáka.
 - Asistent pedagoga může žákovi pomoci s vyhledáním a zvýrazněním klíčových dat, s jejich uspořádáním podle určitého kritéria.
 - Pochopení textu je vhodné ověřovat pomocí žákovy prezentace vlastními slovy či zadáním problémových úkolů.

Rozhovor patří mezi metody s výraznou aktivizační složkou a učitel poskytuje důležitou informaci o stavu vědomostí žáků. Pomocí rozhovoru je možné vzbudit u žáků zájem, nabídnout jim spoluúčast při řešení problémů. Na žákovu odpověď by měl pedagog reagovat vždy pozitivně, i ne zcela správné údaje jsou možným začátkem plodné spolupráce. Velice důležité je také to, aby žák neměl obavy se učitele sám zeptat. U Role asistenta pedagoga:

- Asistent může převzít roli učitele jako komunikačního partnera – vhodné je to především tehdy, kdy žák nekomunikuje běžným způsobem (augmentativní a alternativní komunikace).
- Vždy je však vhodné umožnit žákovi s handicapem zapojit se do společné diskuse.

- Předvádění a pozorování (demonstrace) patří k prastarým postupům, kterým byly odjakživa předávány zkušenosti mladšímu pokolení. Optimální je promyslet demonstraci tak, aby bylo možné do ní zapojit co největší počet smyslů. Pokud to lze, je účelné zapojit do předvádění samotné žáky. Má-li být demonstrace úspěšná, je důležité ji doprovázet vhodným slovním komentářem. Po ukončení předvádění je třeba shrnout získané poznatky. Mezi osvědčené pomůcky patří i školní tabule, která je stále v mnoha ohledech nenahraditelná.

Role asistenta pedagoga:

- Zajistit žákovi takové pracovní místo, ze kterého se bude moci demonstrace aktivně či pasivně zúčastnit – žák potřebuje dobrý výhled.

Zajistit, aby tempo předvádění bylo přiměřené rychlosti žákova vnímání.

V případě potřeby rozložit složitější předvádění na jednoduché dílčí části.

- Po ukončení předvádění se žákem shrnout získané poznatky, znovu s ním zopakovat průběh demonstrace.

Práce s obrazem je velice aktuálním tématem dnešní doby, ve které se neustále vyvíjí a na důležitosti získává obrazový jazyk (znaky, symboly, schémata). Vizualizace se stává důležitou součástí vyučovacích metod – od jednoduché kresby na tabuli až po složitou počítačovou grafiku. Zvláštní případ představují tzv. myšlenkové mapy – schematická znázornění vazeb a souvislostí. Kromě logického uspořádání zachycují strategii myšlení a usuzování.

Role asistenta pedagoga:

- Zjednodušovat žákovi složitá schémata a nákresy tak, aby se v nich dobře zorientoval – možné je opět rozfázování na postupné dílčí kroky.
- Umožnit žákovi znovu se k obrazovému materiálu vrátet, kdykoliv si není jistý (např. i při kontrolních písemných pracích).
- V případě potřeby zajistit vhodné kompenzační pomůcky pro práci na počítači (speciální klávesnice či joystick, dotyková obrazovka, hlasový výstup apod.).
- V případě potřeby žákovi fyzicky dopomoci při vytváření vlastního obrazového materiálu v sešitě (nákresy, rýsování, schémata apod.).

Instruktaž patří mezi osvědčené metody a je využitelná zejména k vytváření různých dovedností. Instruktaž může být slovní, písemná (návod), obrazová (film, piktogramy), pohybová (vedení pohybu). V praxi praktických a speciálních škol se velice osvědčila procesuální schémata.

Pomůcky

Při výuce žáků s tělesným postižením se většinou učitelé snaží využívat i většinu pomůcek známých ze základní školy. Pohybové omezení ovlivňuje však již od počátku života rozvoj všech složek osobnosti tělesně postiženého žáka natolik, že mu znemožňuje získávat potřebné podněty a z nich vyplývající zkušenosti, které jsou východiskem pro další učení natolik, že je třeba využívat při vzdělávání žáků i speciální didaktické pomůcky. Správně volenou speciální didaktickou pomůckou učitel pomáhá alespoň částečně eliminovat potíže vyplývající z tělesného postižení.

Mezi často využívané obecné didaktické pomůcky můžeme zařadit:

- Přehled číselné řady. V závislosti na typu početních operací a rozsahu výpočtů, s nimiž žáci ve škole pracují, volte typ přehledu (nejčastěji do 20 nebo do 100 nebo do 1000). Sešity s pomocnými linkami. „Slovníček“ odborných pojmů.
- Vytvořené přehledy probíraného učiva.
- Reálné zobrazení a znázornění předmětů a skutečností – modely, mapy, obrazy, fotografie.
- Výukové programy (musíte velmi úzce spolupracovat s třídním učitelem a ostatními učiteli).
- Doplňkové textové pomůcky (učebnice, pracovní sešity, atlasy, doplňková literatura apod.).

- Pracovní sešity (listy) navazují na učebnice, jsou provázány s jednotlivými kapitolami a slouží k procvičování, opakování a upevnění poznatků.
- Modifikace textových pomůcek: při vytváření vlastních textů, pracovních listů můžete vycházet z učebnic a pracovních listů pro běžnou ZŠ.
- Kompenzační a reedukační pomůcky usnadňující sebeobsluhu.

Pomůcky a materiály pro rozvoj jemné motoriky (jemná motorika – pohyby rukou a prstů projevující se při kreslení a psaní):

- Papíry s různou tvrdostí a strukturou pro trhání, vytrhávání, nalepování, mačkání, skládání.
- Měkčí modelovací hmoty (např. značka JOVI), terapeutické modelovací hmoty, modelovací granule, kuličkové modelovací hmoty.
- Kostky a korálky různých velikostí, tvarů a barev pro skládání, navlékání na tyčku nebo provázek, pro vhadzování do nádob, lahví.
Stavebnicepuzzle, vkládačky, mozaiky (obrázkové, kolíčkové).
- Přírodniny, luštěniny, těstoviny, knoflíky, drobný materiál pro třídění, přebírání, hmatovou diferenciaci.
- Hmatová pexesa k přiřazování a třídění dle stupně hrubosti.
- Trubičky, válečky pro válení, kutálení.
- Nůžky, terapeutické nůžky pro asistované stříhání.
- Stavebnice se šroubky a matickami, dětský šroubovák.
- Krabičky, nádoby, sklenice s víky pro otvírání, vkládání, zavírání.

Pro cvičení jemné motoriky využíváme všech činností, ve kterých jsou zapojeny ruce

(např. oblékání, mytí rukou, příprava školních pomůcek apod.) – i s pomocí kompenzačních pomůcek.

Špejle pro zapichování do modelovací hmoty.

- Konvičky, nádoby na přelévání, nalévání tekutin.

Pomůcky a materiály pro uvolnění ruky:

Pískovničky, podložky s vyšším okrajem s krupicí.

- Svislé tabule, svislé kreslicí plochy, stojany na malování, papírové archy větších formátů, balicí papír.
- Prstové barvy, kulička s barvami, která se uchopuje celou dlaní, štětce, křídly, trojhranný program, v případě potřeby nástavce pro správný úchop, dlaňový štětec, prstový štětec nebo voskovka.

Gymnastická stuha.

Stoly se sklopnou deskou.

- Držáky, kancelářské klipy pro upevnění papíru k pracovní desce, protismykové podložky.

Pomůcky a materiály pro kreslení a malování:

- Svislé tabule, svislé kreslicí plochy, stojany na malování, papírové archy větších formátů, balicí papír.

Stoly se sklopnou deskou.

- Prstové barvy, kulička s barvami, která se uchopuje celou dlaní, štětce, křídly, trojhranný program, v případě potřeby nástavce pro správný úchop, dlaňový štětec, prstový štětec nebo voskovka.

Držáky, kancelářské klipy pro upevnění papíru k pracovní desce, protismykové podložky.

Bezpečné kelímky na vodu.

- Trojhranné měkké voskovky, voskové hranolky, voskové pastelky ve tvaru kapky, tempery, vodové barvy, křídly, měkké pastelky, měkké tužky, fixy.
- Stíratelné tabulky.

Pomůcky a materiály pro psaní:

Terapeutické sešity.

- Ergonomické tužky, pera, pastelky, trojhranný program, v případě potřeby nástavce, molitanové míčky nasunuté na tužku pro správný úchop.

Kornout pro správný sklon psacího náčiní.

- Držáky, kancelářské klipy pro upevnění papíru nebo sešitu k pracovní desce, protismykové podložky.

- Svislé tabule, svislé kreslicí plochy, stojany na malování, papírové archy větších formátů, balící papír.

oly se sklopnou deskou.

- Stíratelná tabulka, fólie pro obtahování předlohy, reliéfní písmena pro obtahování prstem šablony s výřezy písmen pro obtahování prstem, tvarovací drátky, voskované provázky, modelína pro modelování tvaru písmen.

dručky Ergorest pro psaní.

- Počítače se speciálními klávesnicemi, dotykové monitory, trackbally, tablety, montážní systémy k tabletu.

Organizace vzdělávání

Úprava místní: Zde se bude jednat o situace, kdy žák z nějakého důvodu nemůže být vyučován s ostatními žáky. V této situaci je zpravidla třeba podpora asistenta pedagoga, který tuto výuku může zprostředkovat.

Úprava časová: Rámcový nebo akreditovaný vzdělávací program pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami může stanovit odlišnou délku vyučovací hodiny. V odůvodněných případech lze vyučovací hodiny dělit a spojovat. Asistent pedagoga zajišťuje podporu i během přestávek a chviliek určených k relaxaci.

Vždy je třeba myslet na to, že úprava režimu výuky je časově náročnější na přípravu na vyučování, vyžaduje důkladné promýšlení organizace výuky, vhodných forem práce, typů úkolů. Je důležité, aby si asistent pedagoga spolu s pedagogem vždy, kdy je to potřebné, vyšetřili čas na individuální rozhovor před vyučováním a vše společně probrali.

Úprava prostoru ve třídě představuje jiné uspořádání třídy, např. lavice do půlkruhu nebo písmene U (při menším počtu žáků ve třídě), nebo vytvoření několika „pracovišť“ pro skupinové vyučování. Žáka s neurologickým onemocněním (který má poruchy pozornosti) je vhodné posadit do přední lavice, tak aby dobře viděl na vyučujícího a ten měl zpětnou vazbu, zda ho žák pochopil a rozumí mu. V odůvodněných případech, u těžkých forem tělesného postižení nebo u kombinovaných postižení, je vhodné vytvoření dalšího pracovního místa např. vzadu ve třídě, kde může žák pracovat na některých úkolech mimo ostatní žáky. (Platí i v případě, že žák má speciální pomůcku – např. výukový program na počítači.) V některých případech je třeba, aby žák seděl samostatně v lavici, aby mohl mít na lavici rozložené pomůcky, případně aby si k němu mohl v určitých chvílích sednout učitel nebo asistent pedagoga.

Úprava zasedacího pořádku je ovlivněn potřebami konkrétního žáka vycházejícími z jeho speciálních vzdělávacích potřeb (kvalita zrakových funkcí, poruchy pozornosti), stupněm zdravotního postižení (a z něho vyplývajících omezení), záleží i na tom, zda je ve třídě jeden, nebo více žáků s potřebou pedagogické podpory, na počtu žáků ve třídě apod. Při úpravě zasedacího pořádku ve třídě vzhledem k tělesnému postižení (případně zdravotnímu znevýhodnění) je třeba dbát především na dostupnost pomůcek a dostatek prostoru při přesunech k tabuli. Je třeba využívat také možnosti zvážit kontakt se spolužáky (prostor pro skupinovou práci, práci ve dvojici). Tělesně postižení žáci potřebují často také prostor pro ukládání pomůcek. Úprava zasedacího pořádku umožňuje asistentovi pedagoga pomáhat žákovi v rámci třídy na jeho místě (je třeba zajistit dostatek prostoru pro židličku asistenta pedagoga)

nebo ve vyhrazeném prostoru, případně v menších skupinách v rámci třídy jen při určitých předmětech nebo při plnění konkrétních úkolů. Asistent pedagoga učitel s prostorovými úpravami třídy pomáhá.

Vzdělávání v jiném než školním prostředí je realizováno většinou u žáka na přechodnou dobu v souvislosti s jeho zhoršeným aktuálním stavem, který buď vyplývá ze stanovených diagnóz, nebo z dalších přidružených problémů. Spočívá v tom, že žák po určitou dobu, jíž délka je dána změnou stavu, je vzděláván v domácím prostředí a do školy dochází jen ke konzultacím, pokud mu to jeho stav dovoluje. Vzdělávání se řídí § 41, § 42 a § 50 školského zákona. Pokud žák ze závažných důvodů nemůže nebo není schopen docházet do školy, zákonný zástupce informuje o této skutečnosti školu a současně předkládá lékařskou zprávu o aktuálním zdravotním stavu žáka. Na základě toho škola na doporučení školského poradenského zařízení realizuje vzdělávání na podkladě individuálního vzdělávacího plánu v domácím prostředí, opatření je stanoveno na omezenou dobu. V individuálním vzdělávacím plánu jsou popsána konkrétní opatření, která vedou k zajištění vzdělávání v domácím prostředí (rozsah učiva, četnost konzultací, způsob prověřování učiva a za jakých podmínek bude probíhat apod.). K výuce i přezkoušení lze využívat výpočetní techniku s Internetem (např. Skype, e-mail, Moodle aplikace, školní web). Do budoucna lze uvažovat i o on-line vyučování. Kromě výše uvedeného dochází pedagogický pracovník pravidelně Vzdělávání v jiném než školním prostředí je realizováno většinou u žáka na přechodnou dobu v souvislosti s jeho zhoršeným aktuálním stavem, který buď vyplývá ze stanovených diagnóz, nebo z dalších přidružených problémů.

Odkazy:

Inkluze upol – metodika AP u žáků s tělesným postižením

Otázky:

Organizace vzdělávání – možnosti

Úpravy obsahu vzdělávání – příklady

Pomůcky – rozdělení do jednotlivých oblastí + příklady