
Základy somatopedie

Mgr. Jiří Kantor

Cíle

Cílem kapitoly je představit základní aspekty problematiky osob s omezením hybnosti. Text se seznamuje s terminologií, fenoménem rehabilitace, složením a kompetencemi rehabilitačního týmu a důležitými terapeutickými přístupy, které se využívají u osob s tělesným postižením a nemocí.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat terminologii užívanou pro osoby s omezením hybnosti;
- uvést některá dělení tělesných postižení a nemocí;
- uvést některé současné trendy speciálněpedagogické podpory u osob s tělesným postižením a nemocí;
- uvést členy rehabilitačního týmu, včetně vymezení jejich základních kompetencí;
- uvést a charakterizovat některé terapeutické přístupy, včetně příkladů jejich praktické aplikace.

Průvodce studiem

Kapitola vymezuje základní východiska nezbytná pro analýzu edukačního procesu u osob s omezením hybnosti. První dvě podkapitoly stručně pojednávají o somatopedii – oboru, který je na vzdělávání těchto osob úzce zaměřen. Zmíněné podkapitoly představují základní terminologii a trendy v celkové speciálněpedagogické podpoře osob s tělesným postižením a nemocí. Dále se text zabývá interdisciplinárním kontextem práce s těmito osobami, který rozšiřuje o oblast některých frekventovaně využívaných terapeutických přístupů.

1 Terminologie v somatopedii

Somatopedie se původně nazývala **defektologie ortopedická**, současný pojem zavedl roku 1956 František Kábele (z řeckého *soma* = tělo, *paideia* = výchova, vedení). Ačkoliv je somatopedie i dnes nejfrekventovaněji používaný termín, setkáváme se také s názvy pedagogika tělesně postižených, výchova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, rehabilitační pedagogika tělesně postižených, somatopedagogika, speciální pedagogika somatopedická aj. (Vítková, 1999; Vítková, 2006; Hruška, 1995; Kollárová, 1993).

Terminologie
užívaná pro
označení
oboru

Se značnou rozmanitostí termínů se můžeme setkat také ve vztahu k **somatopedické klientele**. Pro její označení se jeví jako nejvhodnější terminologické spojení **člověk s omezením hybnosti**, ale setkáváme se také s termíny porucha hybnosti, porucha mobility, postižení hybnosti apod. Omezení hybnosti je dle odborné literatury členěno na částečné nebo celkové, primární nebo sekundární (Vítková, 2006). Při primárním omezení se jedná o „*přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, např. amputací, deformací, vývojovými vadami apod.*“ (Vítková, 1999, s. 9) Ve druhém případě zůstává „*centrální i periferní nervová soustava a vlastní pohybové ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného.*“ (tamtéž)

Člověk
s omezením
hybnosti

Dle české somatopedické tradice se omezení hybnosti dělí na tři základní kategorie – tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení (Kábele et al., 1992). **Tělesným postižením** se rozumí „*převažující nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech, které mají značný vliv na kognitivní, emocionální a sociální výkony*“ (Gruber, Lendl in Vítková, 1999, s. 28). V současném pojetí se za postižení považují pouze takové stavy, kdy se tělesné poškození projevuje negativními důsledky na sociální rovině

Tělesné
postižení

lidského života. Tělesné postižení může být vrozené, nebo získané. **Vrozená postižení** se dále dělí na genetická (např. syndaktylie – srůsty prstů) a na postižení vzniklá v průběhu prenatálního vývoje a během porodu (DMO, zaškrvení končetiny v prenatálním vývoji a různé vývojové malformace). **Tělesné postižení získané** může vzniknout následkem úrazu nebo po nemoci. Tělesné postižení vzniklé po úraze představují např. traumatické mozkomíšní obrny, zatímco příklady nemocí, které mohou zapříčinit vznik tělesného postižení, reprezentují např. progresivní svalové dystrofie, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza a další.

Definice a klasifikace onemocnění **Nemocí** se rozumí porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu (Kábele et al., 1992; Jonášková in Müller, 2001). Nemoc není považována jen za biologickou odchylku, ale za typ sociálního znevýhodnění (Renotierová, 2002). Pro lékaře je závazné členění nemocí dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Zde si uvedeme některé další možné způsoby dělení.

Podle doby trvání rozlišujeme onemocnění:

- krátkodobé (akutní), např. infekční onemocnění;
- dlouhodobé, např. epilepsie.

Nemoc dlouhodobá může být:

- *chronická*, vznikají závažné organické a funkční změny orgánů a systémů s dlouhodobě předpokládaným průběhem, tj. minimálně 3 roky (diabetes, srdeční vady);
- *recidivující*, pokud se opakuje nejméně 3x ročně, ale v mezidobích v organismu nenalzáme anatomické ani funkční změny (alergie, astma);

nebo z hlediska očekávaného vývoje:

- *progresivní (progredující)*, přičemž některé mohou mít i letální charakter (např. progresivní svalová dystrofie, maligní nádorová onemocnění);
- *stacionární*, u kterých neočekáváme postupné a dlouhodobé zhoršování (např. benigní nádory).

Charakteristika zdravotního oslabení **Zdravotně oslabený člověk** má sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování (např. u akutních zánětů dýchacích cest). Jeho zdravotní stav je ohrožen působením nevhodného životního prostředí, špatným režimem nebo nesprávnou výživou (Kábele et al., 1992). Za zdravotně oslabené jsou považovány také osoby ve stavu rekonvalescence. Důležitou součástí léčebné rehabilitace zdravotního oslabení je *klimatoterapie*, která se obvykle uskutečňuje v dětských ozdravovnách.

Zdravotní postižení v užším významu Jiným blízkým pojmem ve vztahu k somatopedii je **zdravotní postižení v užším významu** – označení skupiny osob nemocných a zdravotně oslabených (Opatřilová, Zámečnicková, 2007). Termín zdravotní postižení se užívá také v širším významu, kdy zahrnuje všechny typy postižení. Další odkazy k oblasti somatopedické terminologie můžeme nalézt v odborné literatuře (Vítková, 1998; Kábele et al., 1992; Jonášková in Müller et al., 2001 aj.).

2 Reflexe současných vývojových tendencí v somatopedii

Dále se budeme zabývat současnými trendy vývoje somatopedie v ČR. Mnohé z těchto trendů odrážejí aktuální dění v některých zahraničních zemích. Přesto je poměrně obtížné srovnávat stav oboru u nás a v zahraničí, neboť somatopedie v mnoha zemích jako samostatný obor vůbec neexistuje, často se výrazně liší používaná terminologie apod.

Přehled vývojových tendencí v somatopedii Současné vývojové tendence můžeme shrnout následovně:

- Od postižení ke zdraví – charakterizuje posun od medicínského k sociálnímu paradigmatu. Dříve byla somatopedie zaměřena na fenomény nemoci, patologie, omezení a postižení (Opatřilová, 2007).

řilová, Zámečnicková, 2007). Pro současnou práci speciálního pedagoga je však důležitější, jaké jsou možnosti a schopnosti člověka s omezením hybnosti a ve kterých směrech a oblastech má potenciál pro seberozvíjení, seberealizaci a nacházení životní spokojenosti.

- Zaměření na celé věkové spektrum klientů – speciálněpedagogický přístup může člověk s omezením hybnosti potřebovat v různých etapách svého života, proto patří k současným trendům speciální pedagogiky zaměřené na oblast rané péče, dospělého věku a seniorů.
- Rozšíření specifických potřeb klientely – prakticky se somatopedi stále častěji setkávají s lidmi s kombinovaným postižením, kdy je pohybové postižení doprovázeno dalšími handicap (často mentálním nebo senzorickým). Dále není možné se orientovat izolovaně pouze na samotného člověka s omezením hybnosti – musíme zohlednit také jeho blízké okolí a interakce s ním (rodiny, partneři, vrstevníci apod.).
- Rozšíření kompetencí somatopedů – ačkoliv většina autorů definuje somatopedii jako disciplínu zabývající se výchovou a vzděláváním (Kábele et al., 1992; Vítková, 2006), profesionální kompetence somatopedů značně přesahují rámec edukace a zahrnují také terapie, prevenci, poradenství, zaměstnávání a socializaci osob s omezením hybnosti.
- Provázanost jednotlivých oblastí ucelené rehabilitace – současný trend směřuje k užší spolupráci mezi speciálními pedagogy, zdravotnickým personálem a ostatními specialisty v rámci interdisciplinárního týmu.
- Integrace různých identit oboru – somatopedii nelze považovat výlučně za **vědu** nebo vědecký obor, protože práce somatopeda je zároveň i **uměním** (které vyžaduje schopnost praktického použití pedagogických dovedností, speciálních metod a přístupů) a **interpersonálním procesem** (který vyžaduje schopnost navázat lidský vztah, rozvíjet ho žádoucím směrem, umět rozpoznat rizika vztahového rámce a pracovat s nimi) (srov. Kantor in Kantor, Lipský, Weber et al., 2009; Bruscia, 1998).

Výše uvedené informace můžeme shrnout v následující **pracovní definici** somatopedie:

Somatopedie je obor speciální pedagogiky, jehož předmětem jsou lidé s omezením hybnosti a interakce těchto lidí s jejich okolím. Za omezení hybnosti považujeme tělesné postižení, nemoc nebo zdravotní oslabení. Kromě výchovy a vzdělávání nachází speciální pedagog somatoped uplatnění také v oblasti terapie, poradenství, prevence, zaměstnávání a socializace osob s omezením hybnosti. Obor somatopedie ve své komplexnosti integruje minimálně tři různé identity – somatopedii jako vědu, umění či interpersonální proces.

Definice somatopedie

3 Somatoped jako člen rehabilitačního týmu

Dříve, než se začneme zabývat vlastní somatopedickou problematikou, musíme pro práci somatopeda vytvořit nezbytný kontext, a tím je provázanost jeho práce s ostatními prostředky odborné podpory člověka se zdravotním postižením. V praxi se mluví o interdisciplinární spolupráci nebo také o rehabilitaci (Votava et al., 2001; Pfeiffer, 2006; Jankovský, 2001). Toto pojetí rehabilitace (také ucelené nebo komplexní rehabilitace) zahrnuje nejen složku léčebnou, ale také pedagogickou, sociální a pracovní. Týká se tedy celého komplexu specifických potřeb a aktivit, které může osoba s omezením hybnosti vykonávat.

Moderní pojetí rehabilitace

Pojem rehabilitace se nepoužívá pouze v souvislosti s osobami po úraze, jak by vyplývalo z etymologie pojmu, jehož význam je „uschopnění“ nebo „znovunavrácení do předchozího stavu“. Používá se také v souvislosti s osobami s vrozeným postižením či terminálním onemocněním, které nikdy stav bez postižení nepoznaly, nebo jejichž zdravotní potíže progredují bez perspektivy možného zlepšení.

Moderní pojetí rehabilitace u nás i v zahraničí klade důraz na interdisciplinární tým, včasné zahájení a koordinované propojení jednotlivých služeb s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s co nejefektivnějšími náklady. Považuje se za propojený řetězec intervencí

všech odborníků, kteří se podílejí na komplexní podpoře rehabilitované osoby. Týmový přístup zahrnuje také rodiny a životní partnery jedince s omezením hybnosti. (Novosad, 2003) Budeme-li však reflektovat současný stav, musíme podotknout, že právě v komplexnosti a koordinaci jednotlivých služeb a intervencí spočívá největší úskalí praktického naplňování zásad, které toto pojetí rehabilitace zdůrazňuje.

Kde se rehabilitace provádí? Rehabilitace se provádí především v soustavě zdravotnických a školských zařízení a v zařízeních rezortu práce a sociálních služeb.

Léčebná rehabilitace je realizována primárně v nemocnicích (např. na rehabilitačních odděleních), odborných léčebných ústavech (rehabilitační ústav, lázně, ozdravovny, rehabilitační kliniky) nebo v rámci ambulantní péče.

Pedagogická rehabilitace je realizována primárně v mateřských, základních a středních školách. Do sítě školských zařízení patří také školská poradenská zařízení (např. pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra), školská zařízení pro zájmové a další vzdělávání apod. Mateřské a základní školy mohou být zřízeny také při zdravotnických zařízeních (nemocnice, ozdravovny, léčebny). Zařízení, která dříve spadala do sítě speciálních škol (školy pro tělesně postižené), samozřejmě stále existují, nyní se však již terminologicky neodlišují od běžných základních, mateřských nebo středních škol.

Sociální rehabilitace je realizována prostřednictvím sociálních služeb, které zahrnují sociální poradenství (např. poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro seniory) a služby sociální péče, které jsou nabízeny např. v domovech s pečovatelskou službou, formou odlehčovacích služeb, v centrech denních služeb, v denních a týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory nebo prostřednictvím chráněných bydlení.

Pracovní rehabilitace je realizována prostřednictvím úřadů práce, poraden pro osoby se zdravotním postižením, poraden pro seniory, pracovněrehabilitačních středisek, chráněných pracovišť, chráněných dílen atd.

Legislativně je rehabilitace ukotvena v těchto zákonech a vyhláškách (zde je uveden pouze výběr nejdůležitějších dokumentů):

- Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
- Zákon MŠMT č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon).
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Zákon MPSV č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
- Zákon MPSV č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Interdisciplinární tým Kdo je členem **rehabilitačního (interdisciplinárního) týmu**? Výčet odborníků se může lišit podle konkrétního zařízení, ve kterém se rehabilitace uskutečňuje, a podle možností daného zařízení. S nejširším složením týmu z hlediska profesí se můžeme setkat obvykle ve zdravotnických zařízeních nebo v rehabilitačních centrech. Do tohoto týmu patří rehabilitační lékař (popř. další specialista, např. ortoped či neurolog), fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, sociální pracovníce a klinický logoped. Vedoucím týmu je **rehabilitační lékař** a jeho hlavním úkolem je provádět vstupní diagnostiku, vytvořit rehabilitační plán pacienta, koordinovat složení a činnost celého týmu. **Fyzioterapeut** s klientem „cvičí“ – provádí léčebnou tělesnou výchovu a často také některé přístupy fyzikální terapie (např. magnetoterapii, masáže, elektroterapii). **Ergoterapeut** se zaměřuje na léčbu prostřednictvím vhodně zvolených aktivit (často pracovních) a rozvoj co největší samostatnosti

při činnostech běžného života (např. oblékání, hygienické činnosti, lokomoce). Specifickou oblastí ergoterapie je *ergodiagnostika*, která prostřednictvím ohodnocení pracovní schopnosti člověka s omezením hybnosti pomáhá jeho opětovnému začlenění do pracovního procesu (např. formou rekvalifikace, adaptace prostředí na původním pracovišti, výběrem vhodné předprofesní přípravy apod.).

Dle typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí týmu také **ošetřovatelky** a **protetici**. Specifická oblast protetiky, která je určena osobám s omezením hybnosti, se jmenuje *ortopedická protetika*. Protetický technik vyrábí individuální pomůcky, např. dlahy, korzety, ortézy, protézy, ortopedickou obuv apod. Většinou jsou zaměstnání u soukromých firem nebo výjimečně také přímo v rehabilitačních ústavech, kde jsou samostatná ortopedicko-protetická oddělení.

Pacientům s narušenou komunikační schopností se věnuje **logoped**. Služby, které poskytuje **psycholog**, mohou zahrnovat psychodiagnostiku, psychoterapii, krizovou intervenci nebo psychologické poradenství. **Sociální pracovník** zabezpečuje kontakt s rodinou klienta a s úřady. Podobně jako speciální pedagog legislativně nespadá do systému zdravotnictví. Pedagogickou rehabilitaci vykonává především **speciální pedagog**, ale mohou se na ní podílet také běžní učitelé, vychovatelé či asistenti pedagoga. Role speciálního pedagoga nemusí spočívat pouze v edukaci klientů, ale také v nácviku využívání kompenzačních pomůcek, nácviku alternativní komunikace, sebeobslužných činností, rozvoji motorických schopností atd.

Rehabilitační tým může dále zahrnovat specialisty z různých dalších oblastí, např. canisterapeuty, hipoterapeuty, expresivní terapeuty (arteterapeuty, muzikoterapeuty), herní specialisty apod. V praxi provádějí některé z těchto terapií dle svého dalšího odborného zaměření zástupci již zmíněných profesí – fyzioterapeuti, speciální pedagogové či psychologové.

4 Nejčastější terapeutické přístupy využívané u klientů s omezením hybnosti

Fyzioterapie, ergoterapie a fyzikální terapie se dříve označovaly jako rehabilitace v užším významu (Kollárová in Kábele et al., 1992). Tyto terapie patří patrně k nejméně využívaným terapeutickým přístupům u osob s omezením hybnosti.

Fyzikální terapie (nebo také fyziatrie) využívá pro terapii fyzikální prostředky (např. teplotu, peloidy, klima, elektrický proud). Dle Komačkové (Komačková et al., 2006) se dělí:

Oblasti fyzikální terapie

- **Mechanoterapie** – léčba prostřednictvím mechanických prostředků. Patří sem klasická masáž, reflexní masáž (podobně jako akupunktura nebo akupresura využívá reflexní body), manuální lymfodrenáž (působí na lymfatický systém) a léčba ultrazvukem (využívá přeměny vysokofrekvenčního proudu na mechanickou a tepelnou energii, aplikuje se kontaktní elektrodou).
- **Hydroterapie** – neboli vodoléčba, při které se aplikuje na povrch těla voda různé teploty a v různém skupenství, případně i se speciálními chemickými látkami. Hydroterapie je spojená s termoterapií, neboť při vodních procedurách působí na organismus kromě mechanických podnětů (hydrostatický tlak a vztlak vody, perličková koupel, vířivka) i tepelné podněty, případně také chemické podněty (pokud jsou ve vodě rozpuštěny různé přísady).
- **Termoterapie** – léčba tepelnými (termickými) podněty. Využívá se termoterapie pozitivní (teplé podněty), negativní (chladné podněty) a termoterapie s indiferentní teplotou (podnět není pociťován ani jako chladný, ani jako studený). Nosičem tepelného podnětu může být voda, vzduch, plyn, parafín a peloidy (přírodní kašovitá látka, která vznikla při geologických procesech).
- **Elektroterapie** – léčba elektrickým proudem nebo elektrickými impulsy. Může být kontaktní (prostřednictvím elektrod) nebo bezkontaktní (vystavení pacienta v elektromagnetickém poli bez vodivého kontaktu s pokožkou). Podle frekvence elektrického proudu rozlišujeme galva-

nický proud (bez frekvence), nízkofrekvenční proud (0–1000 Hz), středněfrekvenční proud (1001–10 000 Hz), vysokofrekvenční proud (nad 10 000 Hz) a ultrazvuk. Jako magnetoterapie se označuje terapie prostřednictvím magnetické složky elektromagnetického pole (aplikuje se bezkontaktní metodou).

- Fototerapie – neboli léčba světlem, k léčbě využívá elektromagnetické záření v rozsahu viditelné i neviditelné části spektra (ultrafialové a infračervené světlo).
- Balneoterapie – k léčbě využívá přírodní léčebné prostředky, které jsou vázány na určité místo, především léčivé vody a léčivé peloidy (bahno, rašelina apod.).
- Klimatoterapie – k léčbě využívá účinné faktory klimatu, a to čerstvého vzduchu (aeroterapie), slunečního záření (helioterapie), mořského klimatu (talasoterapie) nebo jeskyně (speleoterapie).

Fyzioterapie Pro **fyzioterapii** se používá také francouzský ekvivalent kinezioterapie nebo spojení léčebná tělesná výchova (LTV) (Dvořák, 1998). K terapii se využívá pohyb. Ačkoliv většina fyzioterapeutů pracuje eklekticky a využívá různé postupy, přesto se v rámci fyzioterapie můžeme setkat s různými specializovanými metodami. Např. u osob s centrálními obrnami (např. poúrazové stavy, DMO) se často využívá Vojtova lokomoce nebo Bobathova metoda.

Vojtova metoda reflexní lokomoce vychází z koncepce tzv. reflexních bodů, které v důsledku tlaku v určité poloze dokážou vyvolat sérii reflexních pohybů. Tyto reflexní body se v rámci Vojtovy metody využívají k vyvolání dvou důležitých pohybových stereotypů, a to reflexního plazení a reflexního otáčení, které představují základ pro vytvoření lidské lokomoce (chůze). Specifickou součástí diagnostiky jsou tzv. polohové reakce (Vojta, 1993).

Důležitými prvky **Bobathovy metody** je inhibice – utlumení zvýšeného svalového tonu a patologických hybných a posturálních vzorců (např. vhodným polohováním klienta), facilitace normálních polohových a pohybových vzorců – provokování požadovaných pohybů (např. určitým tlakem na tzv. klíčové body), a handling – způsob uchopování a fyzické manipulace s klientem (např. zvedání, otáčení, nošení). Klíčové body kontroly jsou části těla (např. hlava, paže, pánev), ze kterých lze neúčinněji redukovat spasticitu a současně facilitovat správný pohyb. Terapie je koncipována jako 24hodinový koncept, který lze provádět v rámci nejrůznějších aktivit v přirozeném prostředí dítěte.

K dalším fyzioterapeutickým metodám patří např. PNF (Kabatova metoda), metoda Mojžíšové, metoda Čápkové, SRT (synergicko-reflexní terapie) a další.

Zásady pro Součástí handlingu z Bobathova konceptu jsou **zásady pro fyzickou manipulaci s klienty**. U každého klienta s tělesným postižením si musíme najít a nacvičit nejlepší způsob přesunu pro danou situaci, např. vysazování na toaletu, přesuny z vozíku na zem a zpět atd. Zde jsou alespoň některá obecná doporučení (podle Bigge, Best, Heller, 2009):

- stočit klienta do klubíčka – pokrčit nohy a kolena k hrudníku. Tuto pozici využíváme zvláště tehdy, pokud samostatně zvedáme těžší klienty;
- nemanipulovat s klientem, když se naše páteř nachází v rotaci;
- zvedat klienty z nohou (kolenou), ne ze zad (kleknout si, záda jsou vzpřímená);
- nést klienta co nejbližší svému tělu;
- využít co nejvíce vlastní opory klienta, zvláště pokud je schopen stát s oporou (dle jeho možností);
- nikdy s klientem nemanipulovat, když je v spasmu;
- nebát se říct si o pomoc!

U těžších klientů se v praxi využívají dva způsoby přesunu za asistence dvou osob:

- Oba asistenti stojí po boku klienta, přičemž jej drží zrcadlově jednou rukou pod kolenem, zatímco druhá ruka je pod lopatkou. Tento způsob zatěžuje rovnoměrně oba asistenty.
- Jeden asistent uchopí klienta pod koleno, zatímco druhý asistent jej drží pod pažemi nebo za trup. Fyzicky méně zdatný asistent uchopuje klienta vždy pod koleno.

Další ukázky handlingu lze najít v příslušných odborných publikacích (Kiedroňová, 2004; Opatřilová, 2005; Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2005).

Ergoterapie je zdravotnický obor, který „prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností...“ (Česká asociace ergoterapeutů in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13) Ergoterapie

Na rozdíl od pracovní rehabilitace je hlavním cílem ergoterapie **léčba**. Také v ergoterapii je samozřejmě důležité umožnit člověku vykonávat smysluplnou a užitečnou činnost, neboť zaměstnávání výrazně přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu, kvality života i zapojení do společnosti. Zaměstnávání zde však vystupuje nejen jako cíl, ale především jako prostředek. U dětí mají tyto aktivity podobu hry.

Za oblasti ergoterapie se považuje:

- kondiční ergoterapie (usiluje především o psychickou rovnováhu postiženého);
- ergoterapie cílená na postiženou oblast;
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění (důležitou součástí je ergodiagnostika a pracovní zácvik);
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti, tzv. běžné denní činnosti (*activities of daily living*). Tento souhrnný termín se užívá pro činnosti, které lidé provádějí za účelem zajištění každodenní péče o sebe samého. (Jankovský 2001)

Ergoterapeutický proces obsahuje, podobně jako jiné terapie, fázi hodnocení, plánování terapie (vytvoření plánu s krátkodobými i dlouhodobými cíli), realizaci terapeutických programů a evaluaci ergoterapeutického procesu.

Intervenční strategie při nácviu běžných denních činností se dělí na adaptaci/kompenzaci, obnovu/navrácení původních schopností a edukaci/nácvik. *Kompenzace* představuje:

- Adaptaci aktivity nebo úkolu, např. oblékání jednou rukou, psaní alternativním úchopem ústy.
- Adaptaci nástrojů, předmětů nebo využití kompenzačních pomůcek, např. výměna knoflíků za suché zipy, používání přizpůsobené lžice, ortopedického vozíku.
- Adaptace prostředí, např. vlastní architektonická modifikace prostředí (instalace madel, odstranění prvků, které brání volnému pohybu v prostoru, kompenzace bariérového vstupu do domu plošinou apod.). Jelínková uvádí nejčastější prováděné úpravy domácího prostředí (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 174).

Obnova/navrácení původních schopností se zaměřuje na jednotlivé poruchy tělesných funkcí a struktur s cílem obnovit nebo vytvořit schopnosti, které jsou potřebné pro jednotlivé funkční úkoly (zvýšení svalové síly, zlepšení koordinace pohybů, přesnosti pohybů apod.). Využívá stupňování náročnosti terapeutických aktivit podle aktuální úrovně schopností klienta.

Edukace klienta nebo pečovatele představuje poskytování základních informací a instruování, např. při přesunech, polohování na lůžku apod.

Ergoterapeuti bývají zaměstnáni nejčastěji v rezortech zdravotnictví a sociálních služeb. Malé procento ergoterapeutů pracuje také v některých školských zařízeních.

Mezi další terapeutické přístupy, které jsou frekventovaně využívány u osob s omezením hybnosti, patří zooterapie, expresivní terapie a psychomotorické terapie. **Zooterapie** zahrnuje více terapeutických konceptů, které využívají k terapii účast zvířete. U nás je nejvíce rozšířena *hiporehabilitace* (terapeutickým prostředkem je kůň) a *canisterapie* (terapeutickým prostředkem je pes). Podle zahraničního modelu využívá hiporehabilitace několik konceptů práce s klientem. Fyzioterapeuticky Zooterapie

je zaměřena především *hipoterapie* (využívá koně jako přirozený stimulator chůze), zatímco pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění bychom zařadili spíše do pedagogické nebo sociální rehabilitace.

Expresivní terapie Mezi základní směry **expresivních terapií** patří arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie (v některých zahraničních zemích se zde řadí také biblioterapie). Tyto terapie využívají expresivní (výrazové) prostředky, tedy výtvarné prostředky, hudbu, dramatické prostředky, pohyb a tanec. Konkrétní pojetí práce s klientem však může nabývat velmi různorodých podob – tyto terapie jsou orientované nejčastěji psychoterapeuticky nebo edukačně.

Níže uvádíme některé konkrétní příklady aplikace expresivních postupů u osob s omezením hybnosti, se kterými se lze setkat v rámci speciálněpedagogické praxe:

- Podpora učení – vytvořením pohádky nebo příběhu na určité téma můžeme u dětí podpořit učení prostřednictvím děje příběhu, textu zpívaných písní, dialogů, použitých rekvizit apod.
- Komunikace – ve všech expresivních terapiích využíváme neverbální komunikaci, tj. komunikaci pohybem, gesty, mimikou apod. Můžeme podpořit také porozumění a rozvoj mluvené řeči a to prostřednictvím osvojování textů písní, nácvikem dialogů příslušných rolí, prostřednictvím komunikace nad vytvořenými výtvarnými objekty apod.
- Motorika – hra na nástroj podporuje pohyblivost horních končetin, tanec při hudbě lokomoci, práce s hlinou je přínosem pro rozvoj pohyblivosti ruky a prstů apod.
- Percepce – zrakovou percepci rozvíjíme např. prostřednictvím kontaktu s objekty se specifickou barvou, povrchem, tvarem a materiálem (výtvarné prostředky, hudební nástroje). Sluchovou percepci podporuje diskriminace zvuků různé barvy, intenzity, délky, rytmu apod.
- Sociální dovednosti – jakákoliv expresivní terapie může probíhat skupinovou i individuální formou. Ve skupinové terapii musíme respektovat požadavky, které na nás klade skupina. Také individuální terapie nabízí možnost rozvoje sociálních dovedností, a to na základě dyadického vztahu mezi terapeutem a klientem. Během sociální interakce si klient v neverbálním kontextu osvojuje vzorce vedení i následování.

Psychomotorická terapie Termín **psychomotorické terapie** je používán poněkud volně pro souhrnné označení mnoha různých terapeutických a edukačních konceptů. Samotný termín psychomotorika se používá pro označení spojitosti mezi tělesnými a psychickými procesy a jejich vzájemné ovlivňování. Cílem psychomotoriky je podpořit kompetence k jednání, které se skládají ze tří zkušenostních oblastí:

- „já“ kompetence: zkušenosti s tělem, jeho vnímáním, tělesnými funkcemi; Jsou základem pro orientaci na vlastním těle a v prostoru;
- věcné kompetence: zkušenosti s různými materiály a okolním světem;
- sociální kompetence: komunikace a vztahy s ostatními lidmi.

Dnes se pojmem *psychomotorika v užším významu* označují koncepty, které vznikly na základě *Psychomotorických cvičení* od Ernsta Kipharda. Kiphard vystupoval jako klaun na hrazdě, později vystudoval učitelství tělesné výchovy. Svou koncepci psychomotoriky vytvořil na Vestfálské psychiatrické klinice pro děti a mládež v Gütersloh a svá *Psychomotorická cvičení* představil roku 1955. Roku 1974 byla založena Společnost pro speciální pohybovou pedagogiku a psychomotorickou terapii.

V širším významu se pojmem psychomotorika označují různé pedagogicko-psychologické koncepty, které jsou zaměřené na tělo a psychické funkce, např. bazální stimulace (Vítková in Müller et al., 2005; Friedlová, 2007), snoezelen (Valenta, Müller et al., 2007), senzorická integrace od Ayresové, koncept Frostigové, Doman-Delocato aj. (viz Pavlů, 2005).

Herní specialista **Herní specialista** je příklad profese, která se k nám dostala ze zahraničí a během 90. let začala povolna měnit podobu dětských oddělení některých nemocnic. Herní specialista pracuje primárně s dětmi během jejich hospitalizace v nemocnicích a pokouší se snížit negativní dopady, kterými

období hospitalizace může postihnout psychiku dětí. Mezi konkrétní úkoly herního specialisty patří připravit rodinu i dítě na pobyt v nemocnici, informovat ho o jednotlivých zákrocích a vysvětlit mu význam a průběh chystaných lékařských zákroků, komunikovat s dítětem a připravovat pro něj vhodný volnočasový program, pomoci dítěti zvládat bolest, podporovat co nejpřirozenější vývoj dítěte a optimalizovat podmínky nemocničního prostředí.

Shrnutí

Kapitola představila některé teoretické aspekty oboru somatopedie a rehabilitace osob s omezením hybnosti, doplněné o praktické příklady z řady některých důležitých terapeutických přístupů využívaných u osob s omezením hybnosti.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jakou znáte terminologii ve vztahu k osobám s tělesným postižením nebo nemocí?
2. Pokuste se charakterizovat obor somatopedie a jeho současné vývojové tendence.
3. Jaké je složení rehabilitačního týmu? Jaké jsou hlavní kompetence jeho členů?
4. Popište, včetně praktických příkladů, některé terapeutické přístupy, které byly uvedeny v této kapitole.

Pojmy k zapamatování

somatopedie
omezení hybnosti
rehabilitace
ortopedická protetika
fyzikální terapie
fyzioterapie
handling
ergoterapie
canisterapie
expresivní terapie
herní specialista
psychomotorika

Literatura

Seznam použité literatury:

1. KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. et al. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
2. BIGGE, J.; BEST, J. S.; HELLER, K. W. 2009. *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company. 515 s. ISBN 0-675-21017-8.
3. BRUSCIA, K. 1998. *Defining Music Therapy*. 1. vyd. Barcelona: Pathway Book Service. 300 s. ISBN 978-1891278075.
4. DVOŘÁK, R. 1998. *Základy kinezioterapie*. 2. vyd. Olomouc: UP. 104 s. ISBN 80-244-0609-8.
5. FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
6. HRUŠKA, J. 1997. *Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením*. 1. vyd. Praha: Septima. 118 s. ISBN 80-85801-47-7.
7. JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: TRITON. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
8. JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
9. KÁBELE, F. et al. 1993. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 238 s. ISBN 80-7066-533-5.
10. KOLLÁROVÁ, E. 1993. *Základy somatopedie*. 1. vyd. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského. 242 s. ISBN 80-223-0715-7.

11. MÜLLER, O. et al. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: VUP. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
12. OPATŘILOVÁ, D.; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2007. *Somatopedie – texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
13. PAVLŮ, D. 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
14. PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
15. RENOTIÉROVÁ, M. 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: VUP. 85 s. ISBN 80-244-0532-6.
16. VALENTA, M.; MÜLLER, O. et al. 2007. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
17. VÍTKOVÁ, M. 1999. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno: Paido. 144 s. ISBN 80-85931-69-9.
18. VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
19. VOJTA, V. 1993. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. 1. vyd. Praha. 367 s. ISBN 80-85424-98-3.
20. VOTAVA, J. et al. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.