

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Adéla Podroužková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Adéla Podroužková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ POHYBOVÝCH HER V ERGOTERAPII DĚTÍ
S MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martina Bucková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 18. 4. 2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Martině Buckové za odborné vedení mé bakalářské práce a poskytování rad.
Dále bych ráda poděkovala Bc. Věře Šulcové za odborné konzultace.

Anotace

Příjmení a jméno: Podroužková Adéla

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Využití pohybových her v ergoterapii dětí s mentální retardací

Vedoucí práce: Mgr. Martina Bucková

Počet stran: 84

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: hry, pohybové hry, mentální retardace, psychomotorický vývoj

Souhrn:

Název této bakalářské práce je Využití pohybových her v ergoterapii dětí s mentální retardací. Práce je složena ze dvou částí.

V teoretické části je popsána mentální retardace, její definice, etiologie a klasifikace jednotlivých stupňů. Dále pak definice her a jejich význam. Podrobněji jsou zde popsány pohybové hry. V závěru teoretické části je shrnut psychomotorický vývoj a vývoj hry zdravého dítěte do 5 let. Důvodem uvedení této kapitoly je lepší pochopení odlišností dítěte s postižením.

V praktické části byly aplikovány pohybové hry u dětí s mentální retardací a byl zkoumán jejich vliv na pohybovou koordinaci, prostorovou orientaci a orientaci v tělesném schématu.

Annotation

Surname and name: Podroužková Adéla

Department: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Use of occupational therapy in physical games of children with mental retardation

Consultant: Mgr. Martina Bucková

Number of pages: 84

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 25

Key words: games, movement games, mental retardation, psychomotor development

Summary:

The title of this thesis is The use of motion games in occupational therapy of children with mental retardation. The work consists of two parts.

The theoretical part describes the mental retardation, its definition, etiology and classification of different levels. There is also description of game's definition and its importance. The definition of motion games is described in greater detail. At the end of the theoretical section there are summary of the psychomotor development and the game development of the healthy child up to 5 years.

In the practical part the motion games for children with mental retardation has been applied and its impact for their coordination, spatial orientation and awareness of children's body image has been studied.

OBSAH

ÚVOD	12
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.1 Definice mentální retardace	15
1.2 Etiologie mentální retardace.....	17
1.3 Klasifikace mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů	19
1.3.1. Lehká mentální retardace	19
1.3.2. Středně těžká mentální retardace.....	20
1.3.3. Těžká mentální retardace	20
1.3.4. Hluboká mentální retardace.....	20
1.3.5. Jiná mentální retardace	21
1.3.6. Nespecifikovaná mentální retardace	21
1.4 Projevy mentální retardace	22
2 HRA	23
2.1 Definice hry.....	23
2.2 Znaky hry	24
2.3 Typy her	25
2.4 Význam hry	27
2.5 Pohybové hry.....	29
2.5.1. Charakteristika pohybových her.....	29
2.5.2. Klasifikace pohybových her.....	30
3 VÝVOJ DÍTĚTE.....	31
3.1 Psychomotorický vývoj zdravého dítěte do 5 let	31
3.2 Vývoj hry.....	32
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	34
5 HYPOTÉZY	35
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ	36
7 METODIKA VÝZKUMU	38
8 VYŠETŘENÍ SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
8.1 Kazuistika - Klient A.....	39
8.2 Kazuistika - Klient B.....	47
8.3 Kazuistika - Klient C.....	55
9 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA	64
9.1 Cíl terapeutické jednotky	64
9.2 Popis skupinové TJ zaměřené na nácvik pohybové koordinace, orientace v prostoru a v tělesném schématu.....	65
9.3 Popis jednotlivých her	66
10 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	71
10.1 Klient A	71
10.2 Klientka B	71
10.3 Klient C	72
10.4 Souhrn výsledků jednotlivých klientů.....	73
DISKUZE K VÝSLEDKŮM.....	81
ZÁVĚR.....	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
SEZNAM PŘÍLOH	87

SEZNAM ZKRATEK

ABD	abdukce
CNS	centrální nervová soustava
DF	dorzální dukce
F	flexe
HK	horní končetina
iADL	Instrumental Activities of Daily Living (instrumentální všední činnosti)
KK	kolenní kloub
KP	kompensační pomůcky
LDK	levá dolní končetina
LTV	léčebná tělesná výchova
pADL	Personal Activities of Daily Living (personální všední denní činnosti)
PDK	pravá dolní končetina
PF	palmární dukce
RD	radiální dukce
UD	ulnární dukce

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Areál centra Arpida	88
Obrázek 2: Ergoterapeutická místnost	88
Obrázek 3: Vyšetření koordinace pohybu	89
Obrázek 4: Uvědomění tělesného schématu	89
Obrázek 5	90
Obrázek 6: Rozmáčknutí oválu v dlani	91
Obrázek 7: Mačkání jednotlivými prsty	91
Obrázek 8: Roztahování jednotlivými prsty do hvězdice	92
Obrázek 9: Rozevírání kruhu prsty	92
Obrázek 10: Vyšetření tělesného schématu.....	93
Obrázek 11: Vyšetření koordinace	93
Obrázek 12: Barthel test	94
Obrázek 13: Zkouška laterality	95
Obrázek 14: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.	96
Obrázek 15	97
Obrázek 16: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.	98
Obrázek 17	99
Obrázek 18: Barthel test	100
Obrázek 19: Zkouška laterality	101
Obrázek 20: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.	102
Obrázek 21	103
Obrázek 22: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.	104
Obrázek 23	105
Obrázek 24: Barthel test	106
Obrázek 25: Zkouška laterality	107
Obrázek 26: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.	108
Obrázek 27	109
Obrázek 28: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.	110
Obrázek 29	111
Obrázek 30: Postava.....	112
Obrázek 31: Opičí dráha	112
Obrázek 32: Postrkování míče a Kruh na zemi.....	113
Obrázek 33: Příprava pomůcek	114
Obrázek 34: Balancování na hmatových deskách.....	114
Obrázek 35: Chůze po různě vysokém povrchu.....	115
Obrázek 36:Překračování švihadla.....	115
Obrázek 37: Doplnění obličeje.....	116
Obrázek 38: Finální výrobek.....	116
Obrázek 39: Hra provázek na zemi.....	117
Obrázek 40: Hra postrkování míče.....	117
Obrázek 41: Chůze okolo švihadla.....	118

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Míra zdravotního postižení podle typu postižení.....	13
Tabulka 2: Pokládání předmětů na určená místa	42
Tabulka 3: Orientace na vlastním těle.....	43
Tabulka 4: Pokládání předmětů na určená místa	50
Tabulka 5: Orientace na vlastním těle.....	51
Tabulka 6: Pokládání předmětů na určená místa	59
Tabulka 7: Orientace na vlastním těle.....	60
Tabulka 8: Prostorová orientace.....	73
Tabulka 9: Orientace na vlastním těle.....	73
Tabulka 10: Souhrn výsledků klienta A.....	74
Tabulka 11: Souhrn výsledků klientky B.....	75
Tabulka 12: Souhrn výsledků klienta C	76
Tabulka 13 : Pohybová koordinace	77
Tabulka 14: Zájem klientů o hry	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Míra zdravotního postižení podle typu postižení.....	14
Graf 2: Souhrn výsledků klienta A.....	74
Graf 3: Souhrn výsledků klientky B.....	75
Graf 4: Souhrn výsledků klienta C.....	76
Graf 5: Výsledky klienta A.....	79
Graf 6: Výsledky klientky B.....	79
Graf 7: Výsledky klienta C.....	80

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1	17
Schéma 2	17
Schéma 3	18
Schéma 4	30

ÚVOD

Tématem této práce je využití pohybových her u dětí s lehkou mentální retardací. Mentální retardace je velmi závažné postižení a v naší společnosti se objevuje stále častěji. U dětí, které trpí tímto postižením, je důležité rozvíjet oblasti, ve kterých zaostávají za dětmi zdravými. Velmi dobrým a pro děti zajímavým prostředkem, jak tyto oblasti zlepšovat, je hra. Hra by měla být postavena tak, aby děti bavila a aby k ní byly dobře motivovány. Ve své práci bych ráda zhodnotila vliv pohybových her a to, jak působí na celkový stav dětí.

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána mentální retardace, její etiologie a projevy. Dále tato část obsahuje klasifikaci a podrobný popis jednotlivých stupňů mentální retardace. Jako další jsou do této části zahrnuty definice, znaky a typy her. Větší část je pak věnována podrobněji pohybovým hrám, na které je tato práce zaměřena. Do poslední kapitoly je zahrnut psychomotorický vývoj dítěte a vývoj hry dítěte do pěti let.

V praktické části je podrobný popis her, které byly aplikovány na klienty. Během doby, po kterou jsem děti pozorovala, jsem hodnotila, jak tyto hry působí na jejich problémové oblasti a jak je zaujaly.

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

„Jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší.“

Heinrich Behr

Mentální retardace je postižení vrozené a trvalé. Je chápána jako celková nevyvinutost osobnosti s výrazným postižením co se týče intelektové oblasti. Pojem mentální retardace se překládá jako opožděnost rozumového vývoje¹. Tento pojem byl převzat z mezinárodní lékařské nomenklatury (Dolejší, 1973) podle návrhu Světové zdravotnické organizace v r. 1959. (Langer, 1996, s. 10)

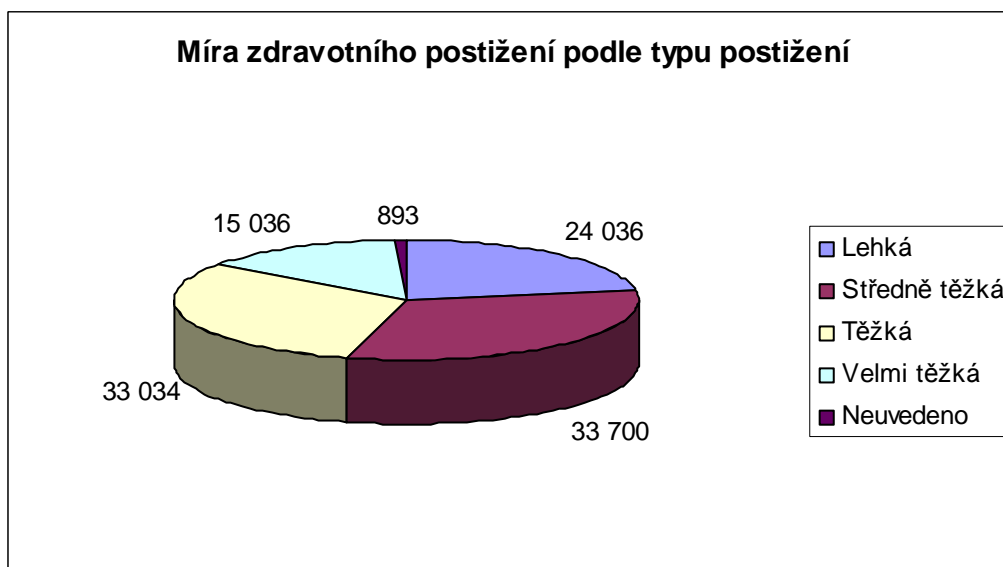
Český statistický úřad v Praze uvádí ve svém šetření o počtu zdravotně postižených z roku 2007, že v České republice se vyskytuje 106 699 mentálně retardovaných osob. Celého šetření se zúčastnilo 548 praktických lékařů, kteří od května do září roku 2007 vyplnili 10 645 dotazníků. (Novák, Kalnička, 2008, [online])

Tabulka 1: Míra zdravotního postižení podle typu postižení

Postižení	Počet osob
Lehká MR	24 036
Středně těžká MR	33 700
Těžká MR	33 034
Velmi těžká MR	15 036
Neuvedeno	893

¹ Lat. mens = mysl, rozum
retardace = opožděnost
retardare = opožďovat se

Graf 1: Míra zdravotního postižení podle typu postižení



Zdroj: Novák, Kalnička, 2008, [online]

1.1 Definice mentální retardace

Definice, které charakterizují mentální retardaci, je v literatuře veliké množství. Jako první zde například uvedu definici Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která zní: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (MKN, [online])

Další definice říká, že „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální a perinatální i postnatální etiologií.*“ (Valenta, Müller, 2004, s. 16)

(Švarcová, 2000, s. 36) Autorka ve své knize uvádí, že: „*Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii obvykle označují jako inteligence.*“

(Pipeková, 2004 s. 171) „*Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života označovaných jako demence.*“

(Kvapilík a Černá 1990, s. 7) definují toto postižení takto: „*Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí.*“

Velice výstižnou definici uvádí Klusoňová (2011, s. 192) a to že: „*Mentální retardace je snížení intelektuální kapacity, rozumových schopností, provázené poruchami adaptace, změnami chování. Nejde o duševní nemoc, ale vývojové poruchy vzniklé v prenatálním období, nebo do dvou let po narození. Důvodem může být i nedostatečná péče a výchova.*“ Rodinné zázemí může pozitivně, ale někdy bohužel i velice negativně, ovlivnit další rozvoj rozumových schopností u dětí.

Dolejší uvádí ve své knize z roku 1973, že: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečných genetických vloh, porušeném stavu anatomicko – fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném*

nasytování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, deficitním učením, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“ (Krejčířová, 2002, s. 12)

1.2 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace má mnoho různých příčin. Může vzniknout ve třech různých obdobích. V období před porodem, během porodu nebo po něm.

Langer (1996, s. 36) rozděluje mentální retardaci na vrozenou a získanou, endogenní a exogenní, dědičnou a získanou.

Schéma 1



Schéma 2



Schéma 3



(Krejčířová, 2002, s. 14) ve své knize uvádí, že mezi nejčastější příčiny mentální retardace patří:

- Následky infekcí a intoxikací
- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
- Poruchy výměny látek nebo růstu, poruchy výživy
- Makroskopické léze mozku
- Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy
- Anomálie chromozomů
- Nezralost
- Vážné duševní poruchy
- Psychosociální deprivace
- Jiné a nespecifické etiologie

1.3 Klasifikace mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů

Jak je již výše zmíněno, a jak uvádí Švarcová ve své knize Mentální retardace z roku 2000, mentální retardace představuje sníženou úroveň inteligence.

Pro klasifikaci této poruchy se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Ta vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti kategorií.

(Švarcová, 2000, s. 37)

(Valenta, Müller, 2004, s. 16) rozdělují mentální retardaci podle výšky inteligenčního kvocientu takto:

- F 70 lehká mentální retardace (mild mental retardation) IQ 50-69;
- F 71 středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation) IQ 35-49;
- F 72 těžká mentální retardace (severe mental retardation) IQ 20-34;
- F 73 hluboká mentální retardace (profound mental retardation) IQ pod 20;
- F 78 jiná mentální retardace (other mental retardation);
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace (unspecified mental retardation)

1.3.1. Lehká mentální retardace

Do této kategorie je zařazeno přibližně 80-85% postižených. Lidé, kteří trpí touto úrovní mentálního postižení, dosáhnou většinou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, dokáží udržovat konverzaci a verbálně komunikovat. Převážná většina takto postižených lidí dosáhne úplné nezávislosti v běžných denních činnostech (dále pADL), tj. jídlo, pití, oblékání, hygienické návyky, a v praktických domácích dovednostech (dále iADL). Vývoj soběstačnosti však bývá pomalejší než u zdravých jedinců. Mentální věk těchto lidí se pohybuje mezi 10-11 lety. (Švarcová, 2000, s. 37)

Tato diagnóza zahrnuje:

- Slabomyslnost
- Lehkou mentální subnormalitu
- Lehkou oligofrenii (dříve debilita)

1.3.2. Středně těžká mentální retardace

Tato kategorie je diagnostikována přibližně u 10% postižených. U jedinců se středně těžkou mentální retardací je opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je také omezena a opožděna schopnost soběstačnosti a zručnosti. Také jsou omezené a limitované pokroky ve škole, ale většina žáků s tímto handicapem se při kvalifikovaném pedagogickém vedení naučí základy čtení, psaní a počítání. Většina postižených může chodit bez pomoci, ale často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění jako je třeba epilepsie. Mentální věk těchto lidí se pohybuje mezi 4-8 lety. (Švarcová, 2000, s. 38)

Tato diagnóza zahrnuje:

- Středně těžkou mentální subnormalitu
- Středně těžkou oligofrenii (dříve imbecilita)

1.3.3. Těžká mentální retardace

Do této kategorie řadíme asi 5% osob s mentálním postižením. Žáci s těžkou mentální retardací nezvládají psaní, čtení ani počítání, ale jsou schopni zvládat mnoho jiných užitečných dovedností. Většina jedinců s tímto postižením trpí značným stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami. Jejich mentální věk odpovídá přibližně věku 18 měsíců až 3,5 roku. (Švarcová, 2000, s. 39)

Tato diagnóza zahrnuje:

- Těžkou mentální subnormalitu
- Těžkou oligofrenii

1.3.4. Hluboká mentální retardace

Jedinci této kategorie tvoří necelé 1% mentálně retardované populace. Jsou těžce omezení ve schopnosti porozumět řeči, požadavkům a instrukcím. V lepších případech jsou schopni pouze neverbální komunikace (úsměv, radost nebo pláč). Většina osob z této kategorie je imobilní nebo významně omezená v pohybu. Postižení bývají zpravidla inkontinentní, co se týče stolice i moči. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o pADL.

Tyto osoby potřebují neustálou pomoc a dohled. U těchto lidí nelze IQ přesně změřit, mentální věk je menší než 18 měsíců. (Švarcová, 2000, s. 40)

Tato diagnóza zahrnuje:

- Hlubokou mentální subnormalitu
- Hlubokou oligofrenii (dříve idiotie)

1.3.5. Jiná mentální retardace

Kategorie - jiná mentální retardace – se užívá pouze tehdy, pokud není možné pomocí obvyklých metod zařadit dotyčného do jedné z výše zmíněných kategorií. Důvodem jsou přidružená sensorická nebo somatická poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob. (Švarcová, 2000, s. 40)

1.3.6. Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale nelze kvůli nedostatku informací zařadit pacienta do výše zmíněných kategorií. (Švarcová, 2000, s. 41)

Tato diagnóza zahrnuje:

- Mentální retardaci NS
- Mentální subnormalitu NS
- Oligofrenii NS

(Pipeková, 2004, s. 172) Dále můžeme dělit mentální retardaci podle druhu chování:

1. Typ eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní)
2. Typ torpidní (apatický, netečný, strnulý)
3. Typ nevyhraněný (procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popř. jeden z nich mírně převládá)

1.4 Projevy mentální retardace

Dle Krejčířové (2002, s. 15) jsou projevy mentální retardace tyto:

- Zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech
- Infantilnost osobnosti
- Zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování
- Konformnost se skupinou
- Sugestibilita a rigidita chování
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Nerovnováha aspirací a výkonů
- Zvýšená potřeba uspokojení a jistoty
- Porucha v meziosobních vztazích a komunikaci
- Snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům
- Impulsivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování
- Citová vzrušivost a labilita nálad
- Porucha poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost úsudků, lpění na detailech, snížená mechanika a logika paměti
- Porucha vizuomotoriky a pohybové koordinace

Všechny tyto příznaky se neobjevují u každého pacienta jako celistvý syndrom. Řada výše uvedených příznaků se u dotčeného nemusí vůbec vyskytovat. U osob s mentálním postižením se však vyskytují duševní poruchy třikrát častěji než u normální populace. (Krejčířová, 2002, s. 15)

2 HRA

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

Zdeněk Matějček

Hra je velice důležitým prvkem v psychomotorickém vývoji dítěte a hraje nepochybně velkou roli v oblasti sociální interakce. Je také přirozeným a spontánním projevem dítěte.

Hra je v této práci velice stěžejní, proto bude v další kapitole popsána více do hloubky.

2.1 Definice hry

Rovný a Zdeněk uvádějí ve své knize Pohybové hry z roku 1982, že za nejstarší písemně zachycenou charakteristiku hry se pokládá definice římského lékaře Galena z roku 150: *„Hra je činnost, která zamestnává příjemným způsobem telo i ducha. Pre telo je odpočinkovým cvičením a ducha mierne unaví.“*

Další charakteristiky hry najdeme až v době humanistické. Definice P. Vergeria z roku 1428 zní: *„Hra zlučuje telesnú obratnosť a duševnú sviežosť a je prameňom najlepšieho odpočinku.“* (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 25)

Dobrý vliv hry na vychovatelství zdůrazňovali hlavně reformátoři a osvícenci. Nejvíce pozornosti věnoval hře J. A. Komenský. Ve svém díle Nejnovější metoda jazyků z roku 1649 definoval hru takto: *„Hra je cvičenie (duševné alebo telesné), zavedené medzi viacerými, čo súperia o akúsi odmenu poskytujúcu zisk alebo čestné uznanie. Sedem vecí robí hru hrou: pohyb, spontánnosť, spoločnosť, zápas (t.j. príjemné očakávanie výsledku), poriadok, ľahkosť hrania a príjemný cieľ (duševné osvieženie). Hra má byť čestná, užitočná, má osviežiť telo i dušu a má byť predohrou vážnych vecí.“* (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 25)

Mezi definice z novější literatury patří například: *„ Hra je forma činnosti, která se liší od práce i od učení. Člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti.“* (Průcha; Walterová; Mareš 2003, s. 75)

Parham (1997) definoval hru jako spontánní nebo organizovanou činnost, která poskytuje potěšení, zábavu, pobavení nebo rozptýlení. (Křivošíková, 2011, s. 241)

2.2 Znaky hry

Dle Kořátkové (2005, s. 17) patří mezi významné znaky, které se ve hře projevují, tyto:

- Spontánnost
- Zaujetí
- Radost
- Tvořivost
- Fantazie
- Opakování
- Přijetí role

Spontánnost můžeme pozorovat v přirozeném aktivním chování. Dítě si zde samo stanovuje cíle a uplatňuje své vnitřní zdroje. (Kořátková, 2005, s. 18)

Zaujetí hrou se projeví tím, že dítě je plně soustředěno na svou činnost a nevnímá žádné podněty ze svého okolí. Pokud dojde k přerušení hry, dítě na něj reaguje nesouhlasem a nespokojeností. (Kořátková, 2005, s. 18)

Radost a uspokojení se projeví ve tváři a mimice dítěte. Dítě se může začít smát bez viditelné vnější příčiny. Dalšími projevy mohou být samomluva, gesta nebo různé jiné pohyby. (Kořátková, 2005, s. 18)

„Tvořivost značí nové, originální upravování a konstruování skutečností z okolního světa a jejich nové kombinování. Má povahu velmi různorodou, od výrazových prostředků orientujících se tělesnou a pohybovou tvořivost, přes vytváření fabulačních kontextů pro příběhy s vytvářením a volbou originálních rekvizit, hledání slovních spojení, novotvarů a jazykových výrazových prostředků, až po plošnou i prostorovou konstrukční tvořivost.“ (Kořátková, 2005, s. 18)

Fantazii děti zapojují ve hře již před 3. rokem života. Fantazie splňuje ve hře velice důležitou roli. Slouží k zapojení a obohacování jejich představ a zkušeností. (Kořátková, 2005, s. 19)

Opakování je nepochybně velice dominantním znakem hry. Dítě se velice rádo vrací ke hře, kterou si vyzkoušelo a kterou již prozkoumalo. Lépe se v této situaci orientuje. (Kořátková, 2005, s. 19)

„Přijetí role je velkým přelomem ve hře dítěte. Jde o prozkoumávání jednání druhých, vyjadřování základních atributů jejich života a povolání. Dítě vybírá a podle svého zájmu

přetváří určité situace, zvolí si v nich svoji roli, naplňuje ji podle odpozorovaného a současně i podle své zkušenosti a představy a dále ji ověřuje ve vztahovém kontextu s ostatními rolemi.“ (Kořátková, 2005, s. 19)

2.3 Typy her

(Klusoňová, Špičková, 1988) rozdělují hry takto:

- Funkční hry
- Manipulační hry
- Napodobovací hry
- Úlohové hry
- Konstrukční hry
- Pohybové hry
- Receptivní hry
- Didaktické hry
- Skupinové pohybové hry
- Skupinové společenské hry

Funkční hry

Jde o hru rukama, nohama, překulování, plazení, mimiku, broukání atd. Jde o nejjednodušší formu hry bez hraček, kdy dítě poznává spontánními pohyby své vlastní tělo. Kontakt s dítětem můžeme navázat pomocí doteků, hlazení, změnami poloh a tím podněcujeme pohyby a hlasové projevy. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 172)

Manipulační hry

Dítě si hraje s předměty, které ho běžně obklopují (klíče, šátek, tužka). Poznává svými smysly vlastnosti daných předmětů

- hmatem jejich drsnost a jemnost
- sluchem jejich zvuk (zvuky chrastítek, údery do podložky)
- zrakem tvar a barvu věcí

Tyto dva druhy her (funkční a manipulační) jsou typické pro batolecí a kojenecký věk. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 173)

Napodobovací hry

Tento typ hry je charakteristický pro kojenecké období dítěte. V tomto období se dítě snaží napodobovat mimiku, pohyby a zvuky kolem sebe.

Úlohové hry

Ve starším batolecím věku se začínají objevovat hry „na něco“ (na obchod, na maminku, na školu...). Tyto hry nerozvíjejí pouze rozumové funkce, ale hlavně sociální vztahy. Příkladem je například děvče, které si hraje na maminku (vaří, žehlí, pere, nakupuje) nebo chlapec, který si hraje na tatínka (jede autem, nakládá do auta, vykládá...). (Klusoňová, Špičková, 1988, str. 174)

Konstrukční hry

Tento typ hry se objevuje u batolat ve formě skládání jednoduchých stavebnic (např. kostky nebo navlékání různých tvarů na šňůru). Postupem času se pak dítě dostává ke složitějším činnostem jako je vystřihování, modelování nebo složitější stavebnice. Nejznámější konstrukční hrou je bezpochyby stavění hradů a tunelů z písku. Při této formě hry dochází k rozvíjení jemné a hrubé motoriky, čítí, obratnosti, vytrvalosti, koordinaci, rozumové a psychické funkce. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 174)

Pohybové hry

Pohybové hry se užívají nejčastěji v léčebné tělesné výchově. Při aplikaci těchto her používáme náradí a náčiní (houpačky, žebřiny, lavičky, prolézačky, skluzavky), dále sem patří například různé taneční prvky a rytmická cvičení. Můžeme zde použít hudební doprovod nebo různé popěvky. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 176)

Podrobněji budou pohybové hry rozebrány v další kapitole.

Receptivní hry

(Klusoňová, Špičková, 1988, s. 176) „*Receptivní hry jsou činnosti, kdy dítě přijímá určité podněty, pracovává je a rozvíjí své duševní schopnosti a vlastnosti. Např. sleduje hru s maňáskem, poslouchá pohádku, prohlíží si obrázky.*“

Didaktické hry

Tento typ her se využívá pro trénink jemné motoriky, cílených pohybů a koordinovaných funkcí rukou. Tyto hry rozvíjejí vědomosti a poznávací procesy. Mezi tyto hry patří například skládačky, hry s řešením úkolů, obrázková kvarteta nebo magnetická tabule. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 176)

Skupinové pohybové hry

Do této skupiny řadíme hry, které mají určitá pravidla. Patří sem kolektivní míčové hry nebo soutěže v družstvech, které ovlivňují kromě emocionálního prožívání také kázeň a sebekontrolu. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 177)

Skupinové společenské hry

Tato skupina zahrnuje společenské hry jako jsou například šachy, ruleta, karetní hry nebo stolové hry jako je miniaturní golf nebo stolní fotbal. Tyto hry se využívají hlavně v ergoterapii, jde o hry s určitými pravidly, které se mohou aplikovat v rehabilitaci pohybových a psychických funkcí. (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 177)

2.4 Význam hry

Hra provází každého z nás po celý život a liší se v různých etapách života. Jinak si hraje dítě dvouleté, jinak školák a jinak dospělí. Odlišnosti v hraní se však nemusí lišit pouze věkem, ale rozdílné může být i hraní dvou stejně starých dětí.

(Mišurcová, Fišer, Fixl, 1980, s. 47)

(Mišurcová, Fišer, Fixl, 1980, s. 47) také uvádějí, že: „*Dětská hra se vyvíjí v závislosti na tom, jak dítě vyspívá a jak je vychováváno.*“ Což znamená, že výchova má veliký vliv na budoucí vývoj dítěte. Pokud je výchova dobrá, pozitivně ovlivní jeho další vývoj. Pokud je ale výchova naopak nevhodná může ho brzdit v dalším vývoji. Velice důležité je také dítěti vytvořit vhodné podmínky pro hru a dbát na to, aby si dítě dobře osvojilo znalosti hraček, her a pomůcek.

Hra je pro dítě velice důležitá i z toho důvodu, že se při ní seznamuje s okolím a životním prostředím. Ve hře se dále mohou projevit fyzické a psychické síly. Činnost hráče je motivovaná situacemi, které se každou chvílí mění, což vyvolává emocionální napětí. (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 22)

Díky hře se dítě také naučí jednat v kolektivu a zapojit se do společenského života. Patří sem plnění společenských rolí nebo podřizování se většině.

(Rovný, Zdeněk, 1982, s. 22)

Bojové úsilí ve hře rozvíjí sílu vůle, houževnatost, rozhodnost a odvalu. Při hře je důležité dodržování pravidel, což vede hráče ke spravedlnosti a čestnosti chování. Pohotová činnost vyžaduje stálou pozornost, obrazotvornost, rychlost reagování a orientaci v prostoru a čase. (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 22)

Hra má dále velice pozitivní vliv na rozvoj charakteru a vůle hráče. Při dobré hře získává hráč mnoho zásadních morálních vlastností. (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 22)

(Kořátková, 2005, s. 19) *„Silným spouštěcím mechanismem pro hru je radost z činnosti v tom rozsahu a formě, ve které se svojí úrovní zralosti dítě nachází.“*

Hra působí na dítě jak v oblasti kognitivní, tak sociální. Děti kolem 2 let se dle Piageta (1970) ve svých hrách projevují spíše víc tělesně, než aby přemýšlela o postupu dané činnosti. Toto stádium se nazývá stádium senzomotorické hry. Mezi 2. až 7. rokem života se dítě dostává do stádia symbolické hry. V tomto období prozkoumává dítě pomocí hry své okolí a začíná využívat řeč, která je stále více propojena s myšlením. Při hře vnímá dítě situaci nejen z pozice svého zájmu, ale jeho pozornost upoutá určitý významný znak, který nemusí být z hlediska celku nejdůležitější. Vše se pak točí kolem těchto znaků.

(Kořátková, 2005, s. 20, 21)

Hra má nepochybně veliký význam v rozvoji sociálních vztahů mezi jedinci. V předškolním věku vyhledávají děti stále více partnera pro svou hru. Učí se jednat ve skupině, naslouchat druhému, přemýšlet o jeho nápadech a volit z nabízených variant. Je důležité, aby se domluvily na tématu, postupu, záměru hry a na pravidlech.

(Kořátková, 2005, s. 22)

(Kořátková, 2005, s. 23) *„Dětská hra je stejně opravdová, pro děti zásadní a významně přínosná činnost, jako je pracovní klání dospělých.“*

2.5 Pohybové hry

Dítě si musí během prvních šesti let svého života osvojit několik důležitých pohybů, které jsou pro jeho další život nezbytné. Mezi ně patří v první řadě sed, vzpřímený stoj, plazení, lezení po čtyřech, kutálení, chůze, běh, poskakování a skákání. Čím je potom dítě starší, tím jsou jeho pohyby ucelenější a rozmanitější. U dětí je důležité tyto věci rozvíjet hned od počátku. Ovlivňuje se jimi celková pohyblivost, která tvoří první etapu psychomotorického rozvoje dítěte. (Doyon, 2003, s. 11-12)

V pohybových hrách se objevují dvě důležité složky, a to spontánní aktivita dítěte, což je například běh, a řízená aktivita, která zahrnuje seznámení se s pravidly hry a jejich přijetí. Je důležité, aby pohybové hry přinášely dětem silný prožitek, uspokojení a aby je děti hrály rády. Hry mají přesná pravidla, která by se měla dodržovat, aby hra byla bezpečná a smysluplná. Je velice důležité začít zpočátku jednoduchou variantou hry a po té, co tuto variantu dítě zvládne, přidávat postupně další složitější pravidla.

Hra by měla být vybrána s ohledem na skupinu, pro kterou je určena. Měl by být respektován vývojový stupeň dítěte. (Ležáková, 2007, [online])

Pohybové hry mají vliv na některé základní funkce u dětí. Můžeme díky nim trénovat koordinaci pohybu, prostorovou orientaci, orientaci na vlastním těle, pozornost, rovnováhu, motivaci, sociální vztahy a komunikaci, samostatnost, spolupráci, rozhodování, rozumové schopnosti, obratnost a spoustu dalších. (Ležáková, 2007, [online])

2.5.1. Charakteristika pohybových her

„Hra vyvěrá z biologické a psychologické podstaty dítěte a je jeho základní životní potřebou. Její uspokojování je nezbytné pro celkový zdravý vývoj jedince po stránce tělesné i duševní.“ (Mišurcová, Fišer, Fixl, 2009, s. 33)

„Pohybové hry přispívají k zdokonalování pohybů i morálních vlastností, přinášejí radost, uspokojení a zábavu.“ (Mišurcová, Fišer, Fixl, 2009, s. 34)

Dle Mazala (2000) je pohybová hra záměrná, uvědomělá organizovaná pohybová aktivita dvou a více lidí v prostoru a času, s dopředu dobrovolně dohodnutými a dodržovanými pravidly. Je charakterizovaná napětím, radostí, veselostí, vysokou motivací k činnosti, pohodou a často soutěživostí. (Adamčák, Novotná, 2009, s. 9)

Argaj (2001) charakterizuje pohybové hry jako pravidly upravenou soutěživou činnost soupeřících stran uskutečňovanou výrazným pohybem hráčů. (Adamčák, Novotná, 2009, s. 9)

Podle Mišurcové, Fišera a Fixla hra není libovolná činnost, ale má svůj pořádek. Uskutečňuje se v určitém čase a vymezeném prostoru, má určitá pravidla, která jsou závazná pro všechny účastníky hry bez výjimky. (Adamčák, Novotná, 2009, s. 8)

Dle Mišurcové, Fišera, Fixla (2009, s. 33) je úkolem pohybových her:

- 1) Podporovat růst a tělesný rozvoj dítěte a upevňovat jeho zdraví, odolnost a zdatnost
- 2) Učit novým pohybům a zvyšovat obratnost, rychlost, sílu a vytrvalost
- 3) Přispívat k vytváření morálních vlastností, k obohacení estetického cítění a k prohloubení rozumového vzdělání

2.5.2. Klasifikace pohybových her

Argaj (2001) uvádí tyto klasifikační kritéria:

- Převažující pohybová činnost hráče
- Soutěživý charakter vyplývající z námětu hry, který se řídí dohodnutými nebo stálými pravidly
- Zájmový a zábavný charakter činnosti hráčů

(Adamčák, Novotná, 2009, s. 9) uvádějí toto schéma:

Schéma 4



3 VÝVOJ DÍTĚTE

3.1 Psychomotorický vývoj zdravého dítěte do 5 let

Aby bylo možné posoudit, v jakých oblastech je handicapované dítě opožděné, je nutné znát psychomotorický vývoj zdravého dítěte.

„Psychomotorickým vývojem myslíme postupné dosažení dovedností v oblasti pohybu, řeči, duševního a sociálního života.” (Ferancová, 2010, [online])

Dle Ferancové, 2010 se dítě vyvíjí v jednotlivých měsících takto:

1. měsíc - dítě otáčí hlavu ze strany na stranu v poloze na břiše, někdy i na zádech. Fixuje a sleduje předměty, které se mu ukazují. Oplácí úsměv a vydává spokojené vzdychavé zvuky, pokud se napije mléka.

3. měsíc - dítě zvedá v poloze na břiše hlavu nad podložku. Žvatlá a spontánně vydává zvuky. Pohlíží si prsty na ruce a hraje si s nimi.

6. měsíc - dítě dokáže uchopovat předměty pravou i levou rukou a předává si je z ruky do ruky. Reaguje na oslovení a odpovídá žvatláním.

9. měsíc - pohybuje se v poloze na břiše, plazí se, leze po čtyřech, umí se válet a přetáčet. Samo sedí a zkoumá předměty ruka - oko - ústa.

12. měsíc - dítě se přitahuje do stoje s oporou o nábytek, některé děti umí sami chodit. Umí napodobovat zvuk řeči, říká krátká slova - máma, táta.

18. měsíc - dítě chodí samostatně a dokáže se shýbnout pro předměty, které jsou na zemi. Intenzivně zkoumá prostředí, schovává věci a zase je přináší.

2 roky - běhá jistě, ale překážky většinou obchází. Dokáže dřep a vstát z něj. Napodobuje každodenní činnosti a chování dospělého člověka. Nechce své hračky půjčovat, brání si je. Smysluplně používá 20 slov a zvládá splnit jednoduchý úkol.

3 roky - dítě vydrží stát krátce na jedné noze a umí seskočit ze stupínku snožmo. Dokáže zapojovat svou bohatou fantazii při hře a napodobuje činnosti. Mluví v krátkých větách.

4 roky - chodí po schodech nahoru a dolů bez držení, umí stát na jedné noze delší dobu. Dítě si hraje v kolektivu, hledá kamarády. Hovoří s ostatními a dokáže vyprávět zážitky.

5 let - dítě umí skákat na jedné noze. Dokáže dodržovat pravidla hry a spolupracuje s kamarády. Dítě bezchybně vyslovuje, občas se mohou objevit drobné gramatické chyby.

3.2 Vývoj hry

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

20 týdnů - uchopuje hračku pravou i levou rukou

24 týdnů - pevně drží hračku

28 týdnů - předává si kostku z jedné ruky do druhé

40 týdnů - bere malý knoflík pravou i levou rukou

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

52 týdnů - všeho se dotýká

56 týdnů - náruživě čmárá

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

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

21 měsíců - postaví věž z 5 až 6 kostek

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

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

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

3,5 roku - postaví věž z 10 kostek

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

5 roků - nakreslí trojúhelník

Dle Rehabilitace v klinické praxi (Kolář, 2009) by zdravé dítě ve věku pěti let mělo zvládnout následující činnosti: udržení rovnováhy při stožení na jedné noze se zavřenými očima, udržet rovnováhu na jedné noze i na špičkách, seskočit ze židle bez držení, zkoušet skákat přes švihadlo, rychle běhat. Pohyby dítěte by měly být koordinované. Jemná motorika a vizuomotorická koordinace by měly být rozvinuty v takovém rozsahu, že dítě je schopné např. trefit se míčem na cíl ze vzdálenosti jednoho metru nebo chytit míč v letu. V oblasti grafomotoriky by mělo zvládnout napodobit spirály a tahy podobné písmenům, geometrické tvary složené z několika jednoduchých tvarů a zvládnout také kresbu jednoduchého schématu.

Dítě ve věku pěti let dosahuje samostatnosti v oblékání a svlékání, zapíná knoflíky, váže uzlíky, umí jíst příborem, krájí nožem „křehčí“ produkty a čistí si zuby bez dohledu další osoby.

U dětí s lehkou mentální retardací je obecně tento vývoj opožděn. Mají horší koordinaci při složitějších pohybech, nedokáží stát na jedné dolní končetině vůbec nebo pouze kratší dobu, mají špatný postup při oblékání z důvodu horší orientace na vlastním těle a nedokáží si zapnout knoflíky nebo zapnout zip. Při všech těchto činnostech je nutná asistence druhé osoby nebo slovní dopomoc.

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem praktické části této bakalářské práce je zhodnotit vliv pohybových her na rozvoj pohybové koordinace, prostorové orientace a uvědomění tělesného schématu u dětí s lehkou mentální retardací.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o mentální retardaci, její klasifikaci a etiologii a informace o pohybových hrách.
2. Výběr vhodných sledovaných souborů dětí a zjištění charakteristických znaků této skupiny.
3. Nastudovat vhodné metody testování k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.
4. Sestavit program pro vybranou skupinu dětí a aplikovat ho s průběžným kontrolováním výsledků.

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

5 HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. Pohybové hry mají pozitivní vliv na zlepšení pohybové koordinace dětí s lehkou mentální retardací.
2. Využití pohybových her v ergoterapii významně přispívá k rozvoji prostorové orientace u dětí s lehkou mentální retardací.
3. Pohybové hry pozitivně ovlivňují orientaci v tělesném schématu u dětí s lehkou mentální retardací.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

K posouzení vlivu pohybových her jsem si vybrala skupinu 4 dětí s lehkou mentální retardací ve věku pěti let. V tomto věku dochází k vývoji obratnosti, motorické koordinace a k rozvoji hybných stereotypů. Děti by měly být schopné uvědomovat si pravidla hry, zapojit se do kolektivu a spolupracovat s kamarády. Aplikováním pohybových her bych chtěla zhodnotit, jak děti ve věku 5 let, handicapované lehkou mentální retardací, zvládnou hry, které jsou vhodné pro děti v tomto věku.

Počet zkoumaných klientů byl dán počtem dětí, odpovídající věkové kategorii v zařízení.

V průběhu výzkumu jsem měla možnost dále pracovat pouze se třemi ze čtyř zvolených klientů. Jeden klient bohužel neočekávaně dlouhodobě onemocněl a nemohl se výzkumu účastnit. Skupina je z tohoto důvodu složena ze dvou chlapců a jedné dívky. K účasti ve výzkumu byl nutný písemný souhlas rodičů dětí.

Vzhledem k zaměření této bakalářské práce se v textu podrobněji rozepisují o pohybové koordinaci, orientaci v prostoru a orientaci v tělesném schématu. Ostatní problémové oblasti, které byly zjištěny z vyšetření, nejsou vzhledem k rozsáhlosti tématu dále podrobněji popisovány.

Všichni klienti mají diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, opožděný psychomotorický vývoj a vývojovou dysfázi. Mají velmi malou slovní zásobu, umí říct průměrně osm jednoduchých slov. Rozumí základním pokynům, pokud úkony provádím s nimi a názorně je předvedu. Všichni klienti mají problém s prostorovou orientací a rozpoznáním tělesného schématu. Děti jsou velice neklidné a netrpělivé. Nevydrží dlouho u jedné činnosti, proto je třeba je dobře motivovat, aby spolupracovaly.

Klienti, které jsem si pro svou práci vybrala, byli vyšetřeni a dále pak byli sledováni ergoterapeutem, který aplikoval mnou sestavené terapeutické jednotky. Za klienty jsem docházela v delších časových intervalech, pozorovat změny a provádět průběžná vyšetření.

Informace jsem získala ze záznamů ergoterapeuta, z vlastních průběžných vyšetření a z pozorování během mých návštěv v centru Arpida.

Charakteristika zařízení Arpida

Děti, které jsem si pro svou práci vybrala, dochází do mateřské školy v centru Arpida v Českých Budějovicích. Dále bude toto centrum krátce popsáno, abych přiblížila jeho zaměření.

Zařízení Arpida je centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Nabízí pomoc rodinám pečujícím o děti, mladistvé a mladé dospělé osoby s tělesným a kombinovaným postižením. Poskytuje komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace (prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) osobám s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením. Zajišťuje čtrnáctidenní rehabilitační pobyty dětí s rodiči. Děti docházejí na nejrůznější procedury jako například individuální LTV, skupinový LTV, ergoterapii, vodoléčbu, animoterapii, elektroléčbu, termoterapii, magnetoterapii, akupunkturu, klinickou logopedii a psychologickou péči. Disponuje týmem speciálně vyškolených odborníků jako dětský neurolog, rehabilitační lékař, pediatr, ortoped, 3 kliničtí logopedi, 10 fyzioterapeutů, 3 ergoterapeuti, zdravotní sestra, hipolog, 2 dětské psychologové, 2 speciální pedagogové, arteterapeut, muzikoterapeut a sociální pracovníci. Ergoterapie je v tomto zařízení indikována dětským neurologem a realizována je speciálně vyškolenými ergoterapeuty pod supervizí rehabilitačního lékaře centra Arpida. Velká pozornost je věnována zejména metodice dětské ergoterapie. Nedílnou součástí ergoterapie je i ergodiagnostika.

7 METODIKA VÝZKUMU

U všech klientů jsem použila stejné metody testování. Testovala jsem rozsah pohybu, svalovou sílu, prostorovou orientaci, stoj, chůzi, jemnou motoriku, hrubou motoriku, úchopy a ADL. Dále jsem použila standardizované testy pro děti - Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I., Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II. a dále Test laterality a Barthelův test základních všedních činností. Vstupní testování jsem provedla v květnu roku 2012. Po té jsem ergoterapeutce v Arpidě předala seznam her, které s dětmi hrála. Výstupní vyšetření jsem provedla v únoru 2013. Za dětmi jsem docházela ve svém volnu a pozorovala změny. Poznatky ke kazuistikám jsem zjistila z dokumentace, pozorování a rozhovoru s ergoterapeutkou. Testy, které jsem ve výzkumu použila, byly konzultovány s ergoterapeutkou v zařízení Arpida. Zvolené testy jsou běžně používány v praxi při vstupním vyšetření ergoterapeuta.

Práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu.

8 VYŠETŘENÍ SLEDOVANÉHO SOUBORU

8.1 Kazuistika - Klient A

Základní informace

Prvním klientem je chlapec ve věku 5 let, ergoterapie u něj byla zahájena v centru Arpida 17. 5. 2010. Veškeré informace jsou zjištěny z dokumentace a z vlastního vyšetření.

Osobní anamnéza: porod ve 37. gestačním cyklu, protražovaný, poporodní adaptace dobrá, do 1 roku věku nelezl, neseděl, cvičení dle Vojty

Rodinná anamnéza: otec pracuje jako svářeč a zámečnick, matka je v domácnosti, klient má bratra

Sociální anamnéza: klient bydlí s rodiči v rodinném domě

Pracovní anamnéza: klient navštěvuje denně mateřskou školu v Arpidě

Vstupní vyšetření

○ Testy

Barthelův test základních všedních činností - ADL - 95 bodů, lehká závislost

Zkouška laterality - 67, nevyhranění laterality - viz. příloha

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I. - viz. příloha

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II. - viz. příloha

○ Funkční hodnocení

Čítí

Čítí má klient zachováno ve všech ohledech, vyšetřováno orientačně

Vzhled kůže

Kůže na obou HKK i DKK je fyziologická. Na kůži nejsou žádné patologické změny.

Rozsah hybnosti

Pasivní hybnost je fyziologická.

Aktivní hybnost byla vyšetřována orientačně.

Ramenní kloub:

- F - pohyb provedl pod horizontálu, při slovním pokynu klient nepochopil pohyb, bylo nutné mu ho předvést, ale ani přes to klient pohyb neprovedl. Jako pomůcku jsem použila plyšové jablko, které jsem mu držela nad hlavou, a on se ho snažil uchopit.

- ABD - pohyb proveden pod horizontálu, klient opět nereagoval na slovní pokyn
- Cirkumdukce - fyziologická, klient nevěděl, kde má ramena, ruce pokládal na krk, když jsem mu ukázala, kde má ramena, pohyb provedl po předchozím předvedení

Zápěstí:

- F, RD, UD - provedena v plném rozsahu

Trup:

- F - klient nechápal pohyb, stále krčil kolena a sedal si do dřepu, nedokázal provést flexi s nataženými KK

Kyčelní kloub:

- F - klient prováděl flexi v plném rozsahu na LDK, PDK příliš nezapojoval - rozsah kloubu byl menší než u LDK

Kolenní kloub:

- F - fyziologická, ze začátku klient pohyb nechápal a neuměl ho provést

Hlezenní kloub:

- PF - ukázal, kde má špičky, ale palmární flexi pouze naznačil jen na PDK
- DF - klient neuměl ukázat, kde má paty a ani stoj na patách neprovedl

Vyšetření svalové síly

Svalová síla byla vyšetřena na HKK orientačně pomocí terapeutické hmoty. K dispozici jsem měla všechny čtyři stupně tvrdosti terapeutické hmoty (extra měkká, měkká, středně tuhá a tvrdá). Ke každému stupni jsem si určila stupeň podle svalového testu. Tvrdá a středně tuhá jako stupeň 5, měkká jako stupeň 4 a extra měkká jako stupeň 3. Klient sám nedokázal otevřít krabičku s hmotou - byla nutná pomoc. Klient zvládl pracovat s hmotou středně tuhou bez problémů, ale s tvrdou již měl menší problémy. Ukázky činností s terapeutickou hmotou viz. příloha. Krabičku nedokázal sám zavřít.

Svalovou sílu na DKK jsem vyšetřovala také orientačně pozorováním při činnostech, které klient prováděl na terapii. Svalová síla je na HKK i na DKK fyziologická. Orientačně jsem zhodnotila svalovou sílu stupněm 5 na HKK i DKK podle svalového testu.

Vyšetření úchopů

Úchopy

Tužkový - je třeba klientovi pomoci ke správnému úchopu, po té drží tužku správně

Klíšťkový - při tomto úchopu nepoužívá ukazováček, nejčastěji uchopuje mezi palec a prostředníček

Háčkový, cylindrický, sférický, palmární, laterální, nůžkový - fyziologické

Vyšetření koordinace pohybu

Otevírání lahve - neuměl zkoordinovat obě HKK, láhev otevřel s asistencí

Házení a chytání míče - míč házet i chytat umí z krátké vzdálenosti

Házení míčků na cíl - nechápal činnost, nedokázal zkoordinovat HKK

Vkládání knoflíků do krabičky a třídění podle barev

Třídil žluté a červené, jiné barvy nerozeznával, nepoužíval ukazováček při úchopu

Vkládání sirek do krabičky - krabičku sám neotevřel, sirky do ní vložil bez problému, neuměl ale krabičku opět zavřít, byla nutná asistence

Vyšetření stoje

Rombergův stoj I - fyziologický

Rombergův stoj II - nevydržel stát na místě delší dobu

Rombergův stoj III - nezvládl úkol

Stoj na 1DK - zvládal pouze krátkodobě, upřednostňoval PDK

Vyšetření chůze

Rombergův test chůze I - nepochopil instrukce, stále zvedal pouze PDK

Rombergův test chůze II - oči zavřel, ale s tím se přestal pohybovat, nedokázal pochodovat se zavřenýma očima

Rombergův test chůze III

Chůze dopředu - chůze o širší bázi

Chůze dozadu - nechápal úkol

Chůze po čtyřech pozadu - nechápal, sedl si na zem a zvedal HKK a DKK nad hlavu

Chůze po čtyřech popředu - bez problému

Čapí chůze - nezvládl zkoordinovat HKK a DKK dohromady. HKK pouze tleskal, ale nenarovnal je. DKK zvedal v menším rozsahu.

Chůze po špičkách a po patách - náznak stání na patě na PDK, ví, kde jsou špičky, ale kde jsou paty nevěděl, po následném ukázání nechápe, jak se na ně má postavit.

Chůze do schodů - střídal obě DKK

Chůze ze schodů - nestřídal DKK, nakračoval LDK a PDK šla jako druhá

○ **Mobilita**

Klient je soběstačný ve veškerých přesunech - přesun na židli, na lůžko, na toaletu. Neužívá žádné lokomoční pomůcky.

○ **Vyšetření prostorové orientace a uvědomění tělesného schématu**

S klientem jsem každý pokyn provedla pětkrát. Do tabulky 2 jsem uvedla počet pokusů, které klient provedl správně. Vyšetření bylo prováděno formou hry, která byla individuálně přizpůsobena dítěti.

Tabulka 2: Pokládání předmětů na určená místa

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
Pod	4
Na	5
Vedle	0
Mezi	0
nahoře	1
Dole	2
dopředu	3
dozadu	2
Malý	1
Velký	2
uvnitř	3
Vně	2

Klientovi jsem pětkrát zadala stejný pokyn a klient ho provedl. V tabulce 3 jsou uvedena čísla, která znázorňují, kolikrát ho provedl správně. Opět bylo vyšetření prováděno formou hry, která byla individuálně přizpůsobena dítěti.

Tabulka 3: Orientace na vlastním těle

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
hlava	5
oko	1
ucho	3
ústa	4
zuby	0
krk	2
ruka	5
břicho	4
noha	5
špička	0
pata	1
nárt	0
palec	3
koleno	2

○ **Skládání tělesného schématu**

3 dílky - složil s dopomocí, na obrázcích ukázal části těla dobře, ale nedokázal je správně přiřadit, na sobě je již ukázat nedokázal

6 dílků - nesložil

○ **Soběstačnost**

Vyšetření pADL

Oblékání

- *Panel nástrojů*

Knoflíky nezvládl rozepnout ani zapnout, pouze za ně tahal a chtěl je utrhnout

Zip rozeplnul, ale při zapínání ho nenasadil do jezdce

Tkaničku ani copánek neumí zavázat

- *Horní polovina těla* - klient sám neurčí, jaké oblečení patří na jakou část těla, je nutná slovní dopomoc a příprava oděvu, při oblékání pomáhá, nutné navést k pohybu, knoflíky nezapne, zip rozeplne a zapne, ale nenasadí do jezdce, svlékání zvládá sám

- *Dolní polovina těla* - stejné jako u horní poloviny, nazuje si boty na suchý zip nebo nazouvací boty, ale činnost trvá delší dobu

Sebesycení

- *Nabírání therabeans na lžici*

Lžici držel správně, v PHK, lžice měla upravenou rukojeť, třídil fazole a korálky a dával je do kelímků, při uchopování nepoužíval ukazováček

- *Krájení příborem*

Příbor neumí používat, držel pouze nůž, ale neuměl s ním krájet, hmotu pouze trhal

Hygiena: klient samostatně neumístí zubní pastu na kartáček, samotné čištění zubů zvládne sám, u všech činností spojených s osobní hygienou je třeba slovní dopomoc.

Vyměšování: klient používá WC s dopomocí, v noci nosí plenky, přes den preventivně, potřebu hlásí jen občas, k veškeré činnosti je nutná slovní dopomoc

Přesuny a mobilita: klient je plně mobilní, přesouvá se bez pomoci jakékoli kompenzační pomůcky

Vyšetření iADL

Klient vzhledem ke svému věku nemanipuluje s penězi, neprovádí domácí práce, nevlastní mobilní telefon a neužívá dopravu bez doprovodu rodiče nebo jiného dospělého.

Klient reaguje na oslovení a dobře spolupracuje. Je velice všímavý a dobře se zapojuje do kolektivu dětí ve školce. Mezi jeho zájmy patří zvukové hračky. Věž z kostek nestaví a ukládá jednoduché tvary do formičky.

Závěr vstupního vyšetření

Mezi problémové oblasti klienta patří prostorová orientace, což zahrnuje rozpoznání pojmů malý x velký, nahoru x dolů, dopředu x dozadu a vedle. Co se týká tělesného schématu - klient nedokáže ukázat určité části těla na sobě ani na obrázku a nedokáže složit obrázek postavy.

Klienta je nutné velice dobře motivovat. Dlouhodobá činnost ho omrzí a nevydrží být soustředěný. Je třeba činnosti často střídat nebo obměňovat, aby byly pro klienta stále nové a zajímavé.

Další problémovou oblastí klienta je pohybová koordinace. Má problémy zkoordinovat ruce při složitějších aktivitách a dále HKK a DKK při pohybových činnostech.

Klient nerozeznává barvy. Pouze žlutou a červenou.

Mezi silné stránky klienta patří velká podpora jeho rodiny a po předchozí motivaci a vhodném výběru činnosti i zájem o aktivitu.

Kompenzační pomůcky klient nepoužívá a vzhledem k jeho současnému stavu to není ani nutné.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Klient dochází na ergoterapii jednou až dvakrát týdně po dobu třiceti minut již od roku 2010. Krátkodobý ergoterapeutický plán jsem stanovila na dobu devíti měsíců, kdy jsem klienta sledovala. Za dětmi jsem docházela během své souvislé praxe v květnu 2012 a po té ve svém volném čase až do března 2013.

Do krátkodobého ergoterapeutického plánu jsem zařadila:

- nácvik prostorové orientace – rozeznání pojmů jako vedle, malý, velký, nahoře, dole, dopředu, dozadu
- uvědomění tělesného schématu – orientace na vlastním těle
- zlepšení pohybové koordinace
- nácvik pADL, a to hlavně zapínání a rozepínání knoflíků, zapínání zipu, zavazování tkaničky a nácvik správné posloupnosti při oblékání
- rozeznávání barev
- nácvik sebesycení pomocí příboru, základní hygieny a hlášení potřeby
- nácvik jemné motoriky a to hlavně zapojování ukazováčku do úchopů

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Edukace rodiny

Pokračovat v nácviku pADL a iADL

Pokračovat v nácviku orientace v prostoru a orientace v tělesném schématu

Pokračovat v nácviku koordinace pohybu

Doporučit KP ke zvýšení soběstačnosti klienta v pADL a iADL

8.2 Kazuistika - Klient B

Základní informace

Druhým klientem je dívka také ve věku 5 let, ergoterapie u ní byla zahájena v centru Arpida 10. 9. 2009. Veškeré informace jsou zjištěny z dokumentace a z vlastního vyšetření.

Osobní anamnéza: z 1. nekomplikované gravidity, porod provokovaný pomalu postupující, 2 dny oslabené sání - z toho důvodu výživa NG sondou a po té přechod na kojení až do 2 let, v 11 měsících hospitalizace pro febrilní křeče - tehdy konstatováno opoždění PSM vývoje, kolem 2 let lezla po čtyřech a v necelých 3 letech vertikalizace do stoje

Rodinná anamnéza: otec - architekt, vysokoškolské vzdělání, matka - ekonomka, středoškolské vzdělání, sourozence nemá

Sociální anamnéza: bydlí s rodiči v rodinném domě

Pracovní anamnéza: klientka navštěvuje denně mateřskou školu v Arpidě

Vstupní vyšetření

○ Testy

Barthelův test základních všedních činností - ADL - 115 bodů, nezávislý

Zkouška laterality - 28, méně vyhraněné leváctví - viz. příloh

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I. - viz. příloha

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II. - viz. příloha

○ Funkční hodnocení

Čítí

Čítí má klientka zachováno ve všech ohledech, vyšetřeno orientačně

Vzhled kůže

Kůže na obou HKK i DKK je fyziologická. Na kůži nejsou žádné patologické změny

Rozsah hybnosti

Pasivní i aktivní hybnost je fyziologická

Vyšetření svalové síly

Svalová síla byla vyšetřena orientačně pomocí terapeutické hmoty. K dispozici jsem měla všechny čtyři stupně tvrdosti terapeutické hmoty (extra měkká, měkká, středně tuhá a tvrdá). Ke každému stupni jsem si určila stupeň podle svalového testu. Tvrdá a středně tuhá jako stupeň 5, měkká jako stupeň 4 a extra měkká jako stupeň 3. Klientka sama nedokázala otevřít krabičku s hmotou - byla nutná dopomoc. Klientka zvládla pracovat s hmotou měkkou bez problémů, ale se středně tuhou již měl menší problémy. Ukázky činností s terapeutickou hmotou viz.příloha. Krabičku zvládla sama zavřít.

Svalovou sílu na DKK jsem vyšetřovala také orientačně pozorováním při činnostech, které klient prováděl na terapii. Svalová síla je na HKK mírně snížena a na DKK je fyziologická. Orientačně jsem zhodnotila svalovou sílu stupněm 4 na HKK a stupněm 5 na DKK podle svalového testu.

Vyšetření úchopů

Úchopy - veškeré úchopy jsou fyziologické

Vyšetření koordinace pohybu

Otevírání lahve - zvládla bez problému, láhev otevírala LHK

Házení a chytání míče - míč neuměla chytit

Házení míčků na cíl - bez problému

Vkládání knoflíků do krabičky a třídění podle barev - úchop fyziologický, rozeznala barvy červená, zelená a žlutá

Vkládání sirek do krabičky - krabičku neuměl otevřít a zavřít

Vyšetření stoje

Rombergův stoj I - fyziologický

Rombergův stoj II - fyziologický

Rombergův stoj III - vydržela pouze krátkou dobu, později ztrácela rovnováhu

Stoj na 1DK - bez problému, déle vydržela na PDK

Vyšetření chůze

Rombergův test chůze I - fyziologická

Rombergův test chůze II - ze začátku fyziologická, později se vychylovala z osy

Rombergův test chůze III

Chůze dopředu - fyziologická

Chůze dozadu - fyziologická

Chůze po čtyřech pozadu - nechtěla spolupracovat, stále opakovala, že to neumí, pouze si stoupla na HKK a DKK, ale chůzi odmítala

Chůze po čtyřech popředu - fyziologická

Čapí chůze - nezvládla zkoordinovat ruce a nohy dohromady, úkol zvládla zvlášť - nejprve HKK a po té DKK

Chůze po špičkách a po patách - nevěděla, kde má paty a kde špičky, nechápala úkol

Chůze do schodů - nestřídala DKK, vykročovala LDK a PDK šla jako druhá, odmítala střídat DKK

Chůze ze schodů - nestřídala DKK, vykročovala LDK a PDK šla jako druhá, odmítala střídat DKK

○ Mobilita

Klient je soběstačný ve veškerých přesunech - přesun na židli, na lůžko, na toaletu. Neužívá žádné lokomoční pomůcky.

○ **Vyšetření prostorové orientace a uvědomění tělesného schématu**

S klientem jsem každý pokyn provedla pětkrát. Do tabulky 4 jsem uvedla počet pokusů, které klient provedl správně. Vyšetření prostorové orientace bylo provedeno formou hry. Každá hra byla individuálně přizpůsobena každému dítěti.

Tabulka 4: Pokládání předmětů na určená místa

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
pod	5
na	5
vedle	0
mezi	0
nahore	3
dole	4
dopředu	2
dozadu	2
malý	4
velký	5
uvnitř	1
vně	2

Klientovi jsem pětkrát zadala stejný pokyn a klient ho provedl. V tabulce 5 jsou uvedena čísla, která znázorňují, kolikrát ho provedl správně. Stejně jako u předchozího vyšetření, toto bylo opět provedeno formou hry. Hra byla individuálně přizpůsobena každému dítěti.

Tabulka 5: Orientace na vlastním těle

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
hlava	5
oko	5
ucho	2
ústa	4
zuby	1
krk	3
ruka	5
břicho	5
noha	5
špička	1
pata	2
nárt	0
palec	2
koleno	4

o **Skládání tělesného schématu**

3 dílky - složila bez problému

6 dílků - složila, ale činnost trvala delší dobu, části těla ukázala na sobě, ale nedokázala je sama pojmenovat

○ **Soběstačnost**

Vyšetření pADL

Oblékání

- *Panel nástrojů*

Knoflíky nedokázala sama rozepnout ani zapnout, byla nutná slovní dopomoc a vést obě ruce při činnosti

Zip rozeznala sama, ale při zapínání nedala zip do jezdce

Suchý zip rozeznala i zapnula bez problémů

Copánek ani tkaničku neuměla zavázat

- *Horní polovina těla* - klientka se svléká sama, při oblékání je nutná slovní dopomoc, klientka někdy nerozezná správný postup oblékání, nezapne knoflíky a nenandá zip do jezdce

- *Dolní polovina těla* - stejné jako s horní polovinou, tkaničky si nezaváže, nutná slovní dopomoc

Sebesycení

- *Nabírání therabeans na lžici*

. Lžici držela v LHK, umí ji používat

- *Krájení příborem*

Příbor umí držet, používala příbor s upravenou rukojetí. Bylo nutné dopomáhat k pohybu krájení

Hygiena: klientka je soběstačná, činnosti trvají delší dobu

Vyměšování: klientka je plně soběstačná

Přesuny a mobilita: klientka je plně mobilní, přesouvá se bez pomoci jakékoli kompenzační pomůcky

Vyšetření iADL

Klientka vzhledem ke svému věku nemanipuluje s penězi, neprovádí domácí práce, nevlastní mobilní telefon a neužívá dopravu bez doprovodu rodiče nebo jiného dospělého.

Klientka je velice nedůvěřivá k cizím lidem a k činnosti je třeba ji dobře motivovat, jinak nechce spolupracovat. Hodně činností odmítala se slovy „*tohle neumím, to nezvládnou*“.

Klientka kolektiv toleruje, ale samostatně se nezapojuje a nevyhledává ho. Sama si ráda určuje, čemu se bude věnovat. Je nutné pokyny opakovat, váhá delší dobu s provedením.

Závěr vstupního vyšetření

Klientka B je na tom s prostorovou orientací lépe než klient A. Problémy jí dělalo pojmenovat některé části těla a skládat složitější oblázky tělesného schématu. Problém jí také dělaly pojmy vedle, nahoře, dole, dopředu, dozadu.

Klientka rozeznává základní barvy.

U klientky je mírně snížená svalová síla na HKK.

Klientka byla ze začátku velice pasivní a činnosti jí nebavily, neměla žádný zájem provádět činnosti, které jsem jí zadala. Později, při lepším seznámení a dobré motivaci spolupracovala.

Kompenzační pomůcky klientka nepoužívá a vzhledem k jejímu současnému stavu to není ani nutné.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Klient dochází na ergoterapii jednou až dvakrát týdně po dobu třiceti minut již od roku 2010. Krátkodobý ergoterapeutický plán jsem stanovila na dobu devíti měsíců, kdy jsem klientku sledovala.

Do krátkodobého ergoterapeutického plánu jsem zařadila:

- nácvik prostorové orientace - zaměřila jsem se na pojmy jako vedle, nahoře, dole, dopředu, dozadu, mezi
- uvědomění tělesného schématu - jde o rozpoznání částí vlastního těla
- nácvik pADL, a to hlavně zapínání a rozepínání knoflíků, zapínání zipu, vázání tkaniček a nácvik správné posloupnosti při oblékání
- zvýšení svalové síly na obou HKK

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Edukace rodiny

Pokračovat v nácviku pADL a iADL

Pokračovat v nácviku orientace v prostoru a orientace v tělesném schématu

Pokračovat v nácviku koordinace pohybu

Doporučit KP ke zvýšení soběstačnosti klienta v pADL a iADL

8.3 Kazuistika - Klient C

Základní informace

Třetím a posledním klientem je pětiletý chlapec opět se shodnou diagnózou. Ergoterapie byla u něj zahájena 5. 12. 2011. Veškeré informace jsou zjištěny z dokumentace a z vlastního vyšetření.

Osobní anamnéza: fyziologická gravidita, porod doma, byl podchlazený, od 2. roku věku je pozorován opožděný PSM vývoj a epileptické záchvaty - stavy zahledění a pádu

Rodinná anamnéza: rodiče jsou rozvedení, klient má bratra, který trpí epilepsií a opožděným PSM vývojem

Sociální anamnéza: klient bydlí s matkou v panelovém domě

Pracovní anamnéza: klient navštěvuje denně mateřskou školu v Arpidě

Vstupní vyšetření

○ Testy

Barthelův test základních všedních činností - ADL - 95 bodů, lehce závislý

Zkouška laterality - 96, nevyhraněná laterality - viz. příloha

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I. - viz. příloha

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II. - viz. příloha

○ Funkční hodnocení

Čítí

Čítí má klient zachováno ve všech ohledech, vyšetřeno orientačně

Vzhled kůže

Kůže na obou HKK i DKK je fyziologická. Na kůži nejsou žádné patologické změny

Rozsah hybnosti

Pasivní hybnost je fyziologická

Aktivní hybnost byla vyšetřována orientačně

Ramenní kloub:

- F - ruce nejdříve nezvedal v celém rozsahu, LHK byla pod horizontálou více než PHK, později, když jsem mu dala nad hlavu plyšová jablka, zvedl ruce v celém rozsahu

- ABD - pohyb provedl pod horizontálu, horní končetiny neroztáhl v celém rozsahu z důvodu, že přesně nechápal pohyb, rozsah RK byl v pořádku
- Cirkumdukce - nevěděl, kde má ramena, když jsem ho navedla, kam má ruce dát, nevěděl, jak má udělat pohyb HKK

Zápěstí:

- F, RD, UD - fyziologická

Trup:

- F - při pohybu stále krčil kolena a nechápal, že je má nechat natažené

Kyčelní kloub:

- F - zvedal spíše LDK, PDK příliš nezapojoval, rozsah byl fyziologický

Kolenní kloub:

- F - fyziologická

Hlezenní kloub

- PF - ukázal, kde má špičky, nezvládl, nechápal instrukce po slovním navedení a předvedení ale pohyb nezvládl
- DF - nezvládl, kde je pata nevěděl

Vyšetření svalové síly

Svalová síla byla vyšetřena orientačně pomocí terapeutické hmoty. K dispozici jsem měla všechny čtyři stupně tvrdosti terapeutické hmoty (extra měkká, měkká, středně tuhá a tvrdá). Ke každému stupni jsem si určila stupeň podle svalového testu. Tvrdá a středně tuhá jako stupeň 5, měkká jako stupeň 4 a extra měkká jako stupeň 3. Klient sám nedokázal otevřít krabičku s hmotou - byla nutná dopomoc. Klient zvládl pracovat s hmotou středně tuhou bez problémů, ale s tvrdou již měl menší problémy. Ukázky činností s terapeutickou hmotou viz. příloha. Krabičku nedokázal sám zavřít. Svalovou sílu na DKK jsem vyšetřovala také orientačně pozorováním při činnostech, které klient prováděl na terapii. Svalová síla je na HKK i na DKK fyziologická. Orientačně jsem zhodnotila svalovou sílu stupněm 5 na HKK i DKK podle svalového testu.

Vyšetření úchopů

Úchopy

Tužkový - nejdříve uchopil tužku špatně, ale po té, co jsem klienta navedla, držel tužku správně

Klíšťový - nepoužívá ukazováček

Háčkový, cylindrický, sférický, palmární, laterální, nůžkový - fyziologické

Vyšetření koordinace pohybu

Otevírání lahve - nedokázal zkoordinovat HKK, byla nutná dopomoc

Házení a chytání míče - umí házet míč i ho chytat z krátké vzdálenosti

Házení míčků na cíl - zvládal bez problémů, používal kulový a válcový úchop

Vkládání knoflíků do krabičky a třídění podle barev - knoflíky vkládal do krabičky, při úchopu nepoužíval ukazováček, barvy nerozeznává

Vkládání sirek do krabičky - krabičku neuměl otevřít ani zavřít

Vyšetření stoje

Rombergův stoj I - fyziologický

Rombergův stoj II - fyziologický

Rombergův stoj III - nepochopil úkol

Stoj na 1DK - nejdříve nechápal úkol, později pochopil, ale vydržel pouze krátce, déle vydržel stát na PDK než na LDK

Vyšetření chůze

Rombergův test chůze I - zvedal pouze koleno PDK, později zvedal občas i LDK, nechápal úkol

Rombergův test chůze II - nezvládl

Rombergův test chůze III

Chůze dopředu - fyziologická

Chůze dozadu - nechápal úkol

Chůze po čtyřech pozadu - šoupal se po hýždích, špatná koordinace HKK a DKK, neudržel rovnováhu, pokud zvedl hýždě

Chůze po čtyřech popředu - fyziologická

Čapí chůze - nejprve nechápal úkol, později zvedal DKK dobře, PDK zvedal výše, nedokázal zkoordinovat HKK a DKK dohromady, úkol plnil zvlášť - nejdříve HKK a po té DKK, zvlášť chůzi zvládl

Chůze po špičkách a po patách - nezvládl, nechápal instrukce i po slovním navedení a předvedení, pouze ukázal, kde je špička, ale kde je pata nevěděl

Chůze do schodů - střídal DKK

Chůze ze schodů - nestřídal DKK, nakračoval PDK a LDK šla jako druhá

○ Mobilita

Klient je soběstačný ve veškerých přesunech - přesun na židli, na lůžko, na toaletu. Neužívá žádné lokomoční pomůcky.

○ **Vyšetření prostorové orientace a uvědomění tělesného schématu**

S klientem jsem každý pokyn provedla pětkrát. Do tabulky 6 jsem uvedla počet pokusů, které klient provedl správně. Vyšetření bylo prováděno formou hry. Každá hra byla individuálně přizpůsobena každému dítěti.

Tabulka 6: Pokládání předmětů na určená místa

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
pod	4
na	3
vedle	1
mezi	0
nahoře	2
dole	3
dopředu	0
dozadu	0
malý	1
velký	2
uvnitř	1
vně	0

Klientovi jsem pětkrát zadala stejný pokyn a klient ho provedl. V tabulce 7 jsou uvedena čísla, která znázorňují, kolikrát ho provedl správně. Stejně jako u předchozího vyšetření bylo vyšetření orientace na vlastním těle prováděno formou hry. Hra byla individuálně přizpůsobena každému dítěti.

Tabulka 7: Orientace na vlastním těle

Pokyn	Počet správně provedených pokynů z pěti pokusů
hlava	5
oko	2
ucho	1
ústa	4
zuby	0
krk	2
ruka	5
břicho	5
noha	5
špička	2
pata	0
nárt	1
palec	0
koleno	3

○ **Skládání tělesného schématu**

3 dílky - složil s dopomocí, některé části těla dokázal ukázat na sobě, ale měl problém s tím, kam části těla přiřadit

6 dílků - nesložil

- **Soběstačnost**

Vyšetření pADL

Oblékání

- *Panel nástrojů*

Knoflíky sám nerozepnul ani nezapnul, bylo třeba mu pohyb naznačit a po té mu vést ruku

Zip rozepnul bez pomoci, ale při zapínání mu bylo třeba zasunout jezdec

Tkaničku zavázat neumí

Copánek uplést také neumí

- *Horní polovina těla* - klient se svléká sám, při oblékání má problém

s posloupností, knoflíky neumí zapnout, zip nenasadí do jezdec

- *Dolní polovina těla* - stejně jako u horní poloviny těla, neumí zavázat tkaničku

Sebesycení

- *Nabírání therabeans na lžici*

Lžici držel v PHK, lžici používat umí

- *Krájení příborem*

Neuměl příliš používat vidličku, špatně ji držel, později odložil vidličku a modelínu si přidržoval LHK, po té mu šlo krájení lépe

Hygiena: klient samostatně neumístí zubní pastu na kartáček, ke všem činnostem je nutná slovní dopomoc

Vyměšování: klient si řekne o potřebu pouze někdy, na noc nosí pleny, jinak přes den pouze preventivně

Přesuny a mobilita: klient je plně mobilní, přesouvá se bez pomoci jakékoli kompenzační pomůcky

Vyšetření iADL

Klient vzhledem ke svému věku nemanipuluje s penězi, neprovádí domácí práce, nevlastní mobilní telefon a neužívá dopravu bez doprovodu rodiče nebo jiného dospělého.

Klient byl ze začátku velice nesmělý, ostýchavý a opatrný. Všechny činnosti prováděl bez problému a se zaujetím. Dobře spolupracuje, reaguje, ale nemluví. Ovládá asi 8 jednoduchých slov. Staví věž ze 4 kostek a vkládá základní tvary do formičky.

Závěr vstupního vyšetření

Klient C má větší potíže s prostorovou orientací a tělesným schématem. Opět měl problémy s pojmy na, vedle, nahoře, dole, dopředu, dozadu, malý, velký.

Opět byla u klienta horší koordinace HKK a DKK při pohybových činnostech jako u předchozích klientů.

Klient nerozeznává žádné barvy.

Klient se do činností s chutí zapojoval. Byl velice trpělivý, a pokud mu činnost nešla, snažil se ji vykonat co nejlépe.

Jedinou kompenzační pomůckou, kterou klient používá, jsou brýle.

Krátkodobý ergoterapeutický plán

Klient dochází na ergoterapii jednou až dvakrát týdně na dobu třiceti minut již od roku 2010. Krátkodobý ergoterapeutický plán jsem stanovila po dobu devíti měsíců, kdy jsem klienta sledovala.

Do krátkodobého ergoterapeutického plánu jsem zařadila:

- nácvik prostorové orientace - zaměřila jsem se na pojmy, které dělaly klientovi problémy a to pojmy jako vedle, na, malý, velký, nahoře, dole, dopředu, dozadu.
- uvědomění tělesného schématu - a to zlepšení orientace na vlastním těle
- zlepšení pohybové koordinace
- jako další jsem do plánu zařadila nácvik pADL, a to hlavně zapínání a rozeptávání knoflíků, zapínání zipu a nácvik správné posloupnosti při oblékání, vázání tkaničky
- dále nácvik sebesycení pomocí příboru, základní hygieny a hlášení potřeby.
- nácvik jemné motoriky a to hlavně zapojování ukazováčku do úchopů
- rozeznávání barev

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

Edukace rodiny

Pokračovat v nácviku pADL a iADL

Pokračovat v nácviku orientace v prostoru a orientace v tělesném schématu

Pokračovat v nácviku koordinace pohybu

Doporučit KP ke zvýšení soběstačnosti klienta v pADL a iADL

Na základě zjištěných výsledků jsem stanovila krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán. Krátkodobý plán se převážně zaměřuje na nácvik prostorové orientace, uvědomění si tělesného schématu – s čímž souvisí i správný postup při oblékání a zlepšení pohybové koordinace. Dlouhodobý plán je zaměřen na pokračování v nácviku pADL a iADL, doporučení kompenzačních pomůcek v pADL a iADL. Dále je zde zmíněna edukace rodiny k nácviku prostorové orientace a orientace v tělesném schématu.

9 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

9.1 Cíl terapeutické jednotky

K podrobnějšímu zkoumání jsem si v bakalářské práci vybrala pouze tři z výše zmíněných problémových oblastí. Ostatním problémovým oblastem jsem se věnovala v průběhu terapie, ale do práce nemohou být zařazeny z důvodu velké obsáhlosti.

Náplní terapeutické jednotky jsou pohybové hry, které se zaměřují na výše zmíněné problémové oblasti. Jednotka je sestavena tak, aby klienty vzhledem k jejich věku bavila a aby zlepšila problémové oblasti popsané v kazuistikách. Cílem terapeutické jednotky je zlepšení prostorové orientace klientů, jejich orientace v tělesném schématu a nácvik pohybové koordinace.

Terapeutická jednotka začíná úvodní tzv. rozehřívací částí. Následuje vlastní terapeutická činnost, doplněná krátkými přestávkami na odpočinek klientů. Po dokončení terapeutické činnosti probíhá relaxace tzn. zklidňující část terapeutické jednotky a závěr, kdy se klienti dozvědí, co se bude odehrávat příště a na co se mohou těšit. Dále následuje rozloučení a odchod klientů na další terapii.

V terapii jsem využívala biomechanický rámec vztahů, a to přístup stupňovaných aktivit a ADL. Při sestavování terapeutických jednotek jsem zohlednila všechny problémové oblasti, a to složku motorickou, kognitivní a sociální.

Terapie je indikována individuálně, jednou až dvakrát týdně po dobu třiceti minut. Připravila jsem soubor her, které jsou zaměřené na problémové oblasti klientů. S klienty jsem je realizovala a předala je také ergoterapeutce v zařízení. Ergoterapeutka s dětmi tyto hry hrála během mé nepřítomnosti v době letních prázdnin. V průběhu roku jsem klienty navštěvovala ve svém volném čase, pracovala s nimi a pozorovala změny. V průběhu času jsem jednotlivé hry měnila podle individuálních potřeb klientů. Dále jsou popsány čtyři příklady her, které děti nejvíc bavily. Ostatní hry budou popsány v příloze.

9.2 Popis skupinové TJ zaměřené na nácvik pohybové koordinace, orientace v prostoru a v tělesném schématu

Terapeutická jednotka se odehrávala v ergoterapeutické místnosti v centru Arpida. V místnosti jsem byla já s klienty a ergoterapeutka, ke které klienti pravidelně docházejí na terapii. Se všemi klienty jsem se na začátku přivítala, vždy jsem jim přiblížila program následující půl hodiny a ukázala jim potřebné pomůcky. Po té jsme společně s klienty pomůcky připravili. Klientům jsem vysvětlila pravidla hry a všechny činnosti jsem podrobně předvedla. Popis pravidel byl nutný přizpůsobit věku dítěte. Přirovnávala jsem tedy provázek, který děti nesměly překročit, ke břehu řeky apod. Po uplynutí půl hodiny jsme společně uklidili všechny pomůcky na své místo a rozloučili jsme se. Před odchodem do třídy jsem děti odměnila obrázkem nebo sladkostí za to, že dobře pracovaly a že se snažily.

9.3 Popis jednotlivých her

Hra: „Opičí dráha“

Cíl: zlepšení pohybové koordinace

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: hmatové desky, švihadlo, židle, stolička, tunel

Pravidla: Po předchozím přivítání jsem dětem ukázala krabici s hmatovými deskami. Děti hmatové desky vyndaly ven a samy si postavily cestičku, po které po té přecházely sem a tam. Jako další jsme k hmatovým deskám přidali menší stoličku, na kterou děti stoupaly a překračovaly ji. Pokud tuto činnost zvládly, přidali jsme ještě židli. Po té jsme natáhli švihadlo na zem a děti po něm chodily jako po „provaze“. Později jsme švihadlo přivázali k židlím a děti měly za úkol ho překračovat nebo podlézat. Tato činnost se dá neustále obměňovat. Má spoustu různých variant, do kterých patří například překračování předmětů, chůze mezi předměty, chůze po stopách, mezi linkami, přeskokování překážek a mnoho dalších.

Klient A: Zezačátku byl velice opatrný a bylo nutné ho držet za ruku, měl po té větší pocit jistoty. Sám nevylezl na židli ani na stoličku, bylo nutné ho přidržovat a jistit. TJ se však účastnil aktivně, hra ho velice bavila. Pokaždé ho zaujala určitá část a u té vydržel delší dobu. Pokud ho naopak nějaká část opičí dráhy nezaujala, odmítal tuto činnost provádět. Klient si sám určoval, jaké pomůcky chce do hry zapojit a kam je umístí. Klient je velice nesmělý a s ostatními dětmi příliš nespolupracoval. Chlapcovu pozornost vyrušil jakýkoli podnět z okolí. Jak zvukový tak i zrakový. Přínosem pro klienta bylo, že po několika různých variantách této hry se přestal tolik obávat a zapojoval se sám do stále většího množství činností. Mimo pohybové koordinace jsme při této hře také nacvičovali rovnováhu, pozornost nebo orientaci v prostoru.

Klientka B: Dívka byla zpočátku velice pasivní, nedůvěřivá a do hry se příliš nezapojovala. Bylo nutné ji neustále motivovat. Stále opakovala, že to neumí nebo že to nezvládne. Byla vystrašená a bála se činnosti vyzkoušet. Později, když pozorovala ostatní děti, sama se do činnosti zapojila. Velice dobře spolupracovala s ostatními dětmi a měla tendence jim se vším pomáhat. Bylo nutné činnost neustále obměňovat, protože po chvíli přestala stereotypní činnost klientku bavit a děvče ztrácelo pozornost. U klientky hra přispěla k zapojení do kolektivu a do činnosti. Stejně tak jako u klienta A působila hra nejen na pohybovou koordinaci, ale i na zlepšení pozornosti a orientaci v prostoru.

Klient C: Byl po celou dobu velice aktivní a do hry se s chutí zapojoval. Výborně spolupracoval s ostatními dětmi a byl dobře motivován. Pozornost udržel kratší dobu, bylo nutné činnost neustále obměňovat. U klienta C přispěla tato hra k nacvičování orientace v prostoru a mimo jiné i nácvičku rovnováhy.

Skupina jako celek pracovala velice dobře. Děti byly zpočátku nesmělé, ale později začaly navzájem spolupracovat. Hra je bavila a byla pro ně velice zajímavá, protože bylo mnoho možností, jak ji obměňovat a přizpůsobit také individuálním potřebám klienta.

Hra: „Postrkování míče“

Cíl: rozpoznání různých částí těla

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: míč, kuželky

Pravidla: Na zem jsem rozmístila kuželky ve vzdálenosti asi půl metru. Klientům jsem podala míč a vysvětlila jim, jak bude hra probíhat. Pokaždé jsme určili jednu část těla, kterou všichni klienti ukázali na sobě a tou pak postrkovali míč od jedné kuželky ke druhé kuželce. Činnost jsem jim pokaždé nejprve předvedla. Prvních pár her jsme „pojali“ jako nácvičku a později mezi sebou klienti soutěžili. Na konci však byli odměněni všichni tři. Míč jsme postrkovali nejdříve hlavou, pak rukou a po té nohou. Později jsem určovala těžší části těla jako nos, brada, ucho, stehno, pata a další.

Klient A: Tato hra klienta velice zaujala. Klient si rád hraje s míčem a při této hře byl velice aktivní a spolupracoval. Tato hra byla zaměřena na pohybovou koordinaci klienta a přispěla i k uvědomění různých částí těla. Touto hrou jsme procvičovali i prostorovou orientaci a pozornost, které byly nutné k dodržení určené dráhy. Po delší době chlapec lépe komunikoval v kolektivu. Bylo nutné, aby si na ostatní děti zvykl.

Klientka B: Klientku příliš nezaujaly hry s míčem. Hry se účastnila, ale příliš jí nezaujala. Stále chtěla změnit činnost a hrát jinou hru. Bylo nutné ji dobře motivovat, aby u činnosti vydržela.

Klient C: Ze začátku klient činnost nechápal, bylo nutné mu ji předvést a podrobně vysvětlit. Když jsme hru hráli častěji, klient se postupně do činnosti zapojoval stále více a lépe aktivitu chápal. Klient příliš nespolečně pracoval s ostatními dětmi a s míčem hrál podle sebe. Hra u klienta přispěla k rozpoznávání různých částí těla.

Děti tato hra příliš nezaujala. Bylo nutné jim činnost řádně předvést a vysvětlit. Já i ergoterapeutka jsme dětem pomáhaly a vždy jsme je navedly k tomu, aby činnost prováděly správně. Ze začátku spolu děti příliš nespolupracovaly, ale postupem času, když se více seznámily, byla spolupráce lepší.

Hra: „Postava“

Cíl: rozpoznání různých částí těla

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: papír, pastelky, knoflíky, příze

Pravidla: Tuto hru jsem hrála s každým klientem individuálně. Hra by šla přizpůsobit i skupinové terapii. Klient se však lépe soustředil, pokud měl na činnost klid a nikdo ho nerozptyloval. Na zem jsem položila papír a klientovi jsem dala pokyn, aby si na něj lehl. Po té jsem klienta obkreslila a na papíře vznikl obrys postavy. Klientovi jsem dala za úkol doplnit postavu. Sám určoval části těla, které na obrázku chyběly, a pomocí různých pomůcek je na obrázek doplňoval. Pořadí částí těla nebyly předem určeny. Klient si sám určoval, které části doplní jako první, a které později.

Klient A: Chlapce tato hra příliš nezaujala. Jmenovala jsem mu části těla, které má na obrázek doplnit, a on je ukazoval na sobě, nebyl však schopen pomůcky správně umístit. Stále ho rozptylovalo okolí a nevěnoval pozornost dané činnosti. Nakonec jsem dokreslila části obličeje, ruce a nohy sama a klient ukazoval na obrázku, na mně a na sobě části těla podle různých pokynů. Dále jsem jmenovala části oblečení a klient mi ukazoval na obrázku i na sobě, kam tyto části patří. Tato hra byla užitečná pro klienta tím, že části těla, které ukazoval na sobě, se pokoušel určovat na obrázku i na mně. Dále si uvědomoval, kam patří jaké části oblečení.

Klientka B: Jako první přidala na obrázek přízi jako vlasy. Po té jsme doplňovaly obličej. Oči, nos a uši pomocí knoflíků a ústa pomocí papírku. Většinou byla nutná slovní dopomoc, protože klientka části těla umísťovala na špatná místa. Když byl obličej hotový, přišly na řadu knoflíky, boty a oblečení. Klientka doplnila pomocí tužky kalhoty a tričko. Po každé jsem od ní vyžadovala, aby mi řekla, kam části oblečení patří. Většinou si nevěděla rady a byla nutná minimálně slovní dopomoc. Hra klientu bavila. Byla však velice opatrná a vždy se ujišťovala, zda pokládá pomůcky na správné místo. Přínosem této hry bylo, že si klientka uvědomila, na které části těla patří jaké oblečení. Určovaly jsme barvy částí oblečení, které měla na sobě, a po té hledala pastelku stejné barvy a dokreslila části na papír.

Klient C: Klient byl k této hře zpočátku velice nedůvěřivý, ale později se mu zalíbila a chlapec velice dobře spolupracoval. Nejprve jsme na obrázek dokreslili kalhoty a tričko v barvách, které měl na sobě. Později jsme doplnili části obličeje. U této činnosti byla nutná dopomoc. Pokaždé jsem určitou část pojmenovala a ukázala jí na sobě. Po té jí klient ukázal na svém těle a doplnil pomůcku na obrázek. Stejně jako u předchozích klientů působila tato hra na orientaci v tělesném schématu.

Tato hra byla pro klienty složitější než většina ostatních her. Byla vždy nutná dopomoc, a to buď slovní, nebo v doplňování pomůcek do obrázku. Klienty však tato hra převážně bavila a spolupracovali.

Hra: „Kruh z provázku“

Cíl: trénink prostorové orientace – pojmy jako malý x velký, uvnitř x vně, kolem, vedle...

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: provázek, velký míč, dva malé míče

Pravidla: Tuto hru jsem s klienty hrála také individuálně. Na zem si každý klient připravil kruh z provázku. Klientům jsem dávala různé pokyny, které vykonávali. Například klient chodil kolem kruhu, seděl uvnitř kruhu, seděl vně kruhu, umístil míček do kruhu, stoupl si vedle míčku, umístil míček vně kruhu, položil velký míč mezi dva malé míče nebo mi podával různě velké předměty.

Klient A: Klient byl při této hře velice aktivní a dobře spolupracoval. Činnost mu však bylo nutné vždy předvést. Tato hra nepochybně přispěla k rozvoji orientace v prostoru. Hru bylo nutné neustále měnit, protože klient nevydržel být dlouho pozorný. Neustále ho rozptylovaly hračky okolo a různé sluchové podněty.

Klientka B: Klientka spolupracovala, ale hra jí příliš nezaujala. Bylo nutné ji dobře motivovat. Každou činnost bylo nutné klientce předvést a podrobně vysvětlit.

Klient C: Klient udržel při činnosti pozornost pouze krátkou dobu. Bylo nutné mu činnost neustále připomínat, protože ho rozptylovaly hračky kolem. Hru si vždy přizpůsobil tak, aby ho bavila. Lépe zvládal jednoduché pokyny jako rozeznání malého a velkého míče. Složitější pokyny jako vedle nebo mezi mu už dělaly větší problémy. Při hře však dobře spolupracoval.

Tyto poslední dvě hry už nebyly pro klienty tolik zajímavé jako předchozí popsané hry. Bylo nutné je různě obměňovat a klienty motivovat, aby se do hry zapojili.

10 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

10.1 Klient A

U klienta došlo k částečnému zlepšení v některých zkoumaných oblastech. Při výstupním vyšetření byl klient schopen rozeznat pokyny jako nahoře x dole nebo dopředu x dozadu. Nebyl však schopný stále rozpoznat pojmy jako malý x velký, vedle, mezi nebo vpravo x vlevo.

Při skládání těsného schématu byl klient schopen složit obrázek z 3 dílů samostatně, obrázek z 6 dílů složil s dopomocí druhé osoby. Části těla byl schopen ukázat na vlastním těle, ale nebyl schopen je pojmenovat. Stále nerozeznal složitější pojmy jako zuby, nárt, špička nebo pata. Dokázal rozpoznat části obličeje, což při vstupním vyšetření nedokázal.

U klienta se zlepšila i neverbální komunikace. Byl schopen pomocí naučených znaků komunikovat s okolím lépe než na začátku šetření.

Co se týká soběstačnosti, tak klient již nenosí pleny ani preventivně, dokáže upozornit na potřebu, při použití WC je však stále nutná slovní dopomoc stejně jako při osobní hygieně.

Rombergův test chůze I., II., III. a chůze po schodech zůstaly nezměněny. Klient vydrží stát na jedné končetině delší dobu než při vstupním vyšetření. Koordinace na HKK zůstala také bez větších změn.

Barthel test se změnil na 105 bodů díky kontinenci.

10.2 Klientka B

Po provedení kontrolního vyšetření bylo zjištěno, že u klientky nedošlo k výrazným změnám celkového stavu. Změny se týkají pouze některých částí vstupního vyšetření.

Pokud jde o prostorovou orientaci, klientka byla schopna při výstupním vyšetření rozeznat pojmy jako malý x velký, nahoře x dole a dopředu x dozadu. Složitější pojmy jako mezi, vedle nebo vpravo a vlevo rozpoznat nedokázala.

Klientka byla schopna ukázat části těla na sobě o trochu lépe než při vstupním vyšetření, ale k větším změnám jako u ostatních klientů v tomto ohledu nedošlo.

Chůze do schodů a ze schodů zůstala nezměněna. Stejně tak jako Rombergův stoj a chůze. Koordinace na HKK zůstala také bez větších změn s výjimkou házení a chytání míče. Tuto činnost zvládala klientka lépe než při vstupním vyšetření.

Klientka se zlepšila ve správné posloupnosti v oblékání a umí rozepnout knoflíky, se zapínáním má však stále potíže.

Barthel test zůstal nezměněn stejně jako ostatní standardizované testy, které jsem prováděla při vstupním vyšetření.

10.3 Klient C

Po provedení výstupního hodnocení bylo zjištěno, že u klienta došlo k výraznému zlepšení celkového stavu. U klienta byly odhaleny při vstupním vyšetření problémy s prostorovou orientací. Při výstupním hodnocení klient lépe rozpoznával pojmy jako malý x velký, nahoře x dole nebo dopředu x dozadu. Složitější úkony jako mezi, vedle nebo vpravo a vlevo stále neumí rozeznat.

Klient nebyl schopen při vstupním vyšetření složit obrázek postavy z 6 dílků ani s dopomocí. Při vstupním vyšetření klient složil tento obrázek pouze s menší dopomocí. Klient byl schopen na pokyn ukázat základní části těla na vlastním těle.

Klientovi se rozšířila slovní zásoba. Při hrách se začal více verbálně projevovat a opakoval určitá jednoduchá slova. Stále však nebyl schopný části těla sám pojmenovat.

Klient se zlepšil i v oblasti soběstačnosti. Naučil se hlásit potřebu a přes den již ve školce nenosí pleny.

Klient byl schopen stát delší dobu na jedné DK než při vstupním vyšetření. Chůze do schodů a ze schodů zůstala nezměněna stejně tak jako Rombergův test stoje a chůze. Koordinace na HKK byla stejná jako při vstupním vyšetření s výjimkou jedné činnosti. Otevírání lahve zvládal klient o něco lépe.

Barthel test měl při výstupním vyšetření 105 bodů. K zlepšení došlo v oblasti kontinence.

10.4 Souhrn výsledků jednotlivých klientů

Tabulka 8: Prostorová orientace

Pokyn	Klient A		Klientka B		Klient C	
	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření
Pod	4	5	5	5	4	5
Na	5	4	5	5	3	5
Vedle	0	1	0	0	1	2
Mezi	0	0	0	0	0	1
Nahoře	1	4	3	5	2	4
Dole	2	3	4	4	3	3
Dopředu	3	5	2	4	0	3
Dozadu	2	4	2	5	0	4
Malý	1	2	4	5	1	5
Velký	2	2	5	5	2	5
Uvnitř	3	5	1	4	1	4
Vně	2	4	2	3	0	3
Celkem úspěšných pokusů	25	39	33	45	17	44
Procento úspěšnosti	42%	65%	55%	75%	28%	73%

Tabulka 9: Orientace na vlastním těle

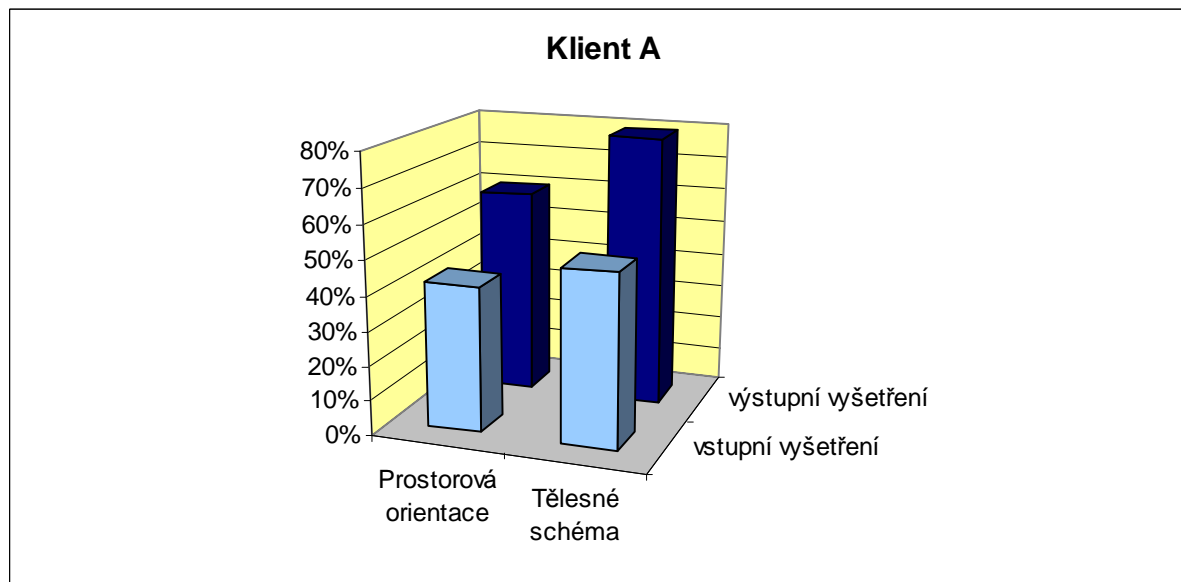
Pokyn	Klient A		Klientka B		Klient C	
	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření
Hlava	5	5	5	5	5	5
Oko	1	4	5	5	2	4
Ucho	3	5	2	4	1	3
Ústa	4	5	4	5	4	5
Zuby	0	1	1	1	0	0
Krk	2	4	3	5	2	4
Ruka	5	5	5	5	5	5
Břicho	4	5	5	5	5	5
Noha	5	5	5	5	5	5
Špička	0	3	1	3	2	3
Pata	1	4	2	2	0	4
Nárt	0	2	0	1	1	1
Palec	3	3	2	4	0	0
Koleno	2	4	4	5	3	4
Celkem úspěšných pokusů	35	55	44	55	35	48
Procento úspěšnosti	50%	79%	63%	79%	50%	69%

Zdroj: vlastní

Tabulka 10: Souhrn výsledků klienta A

Klient A	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	rozdíl
Prostorová orientace	42%	60%	18%
Tělesné schéma	50%	79%	29%

Graf 2: Souhrn výsledků klienta A



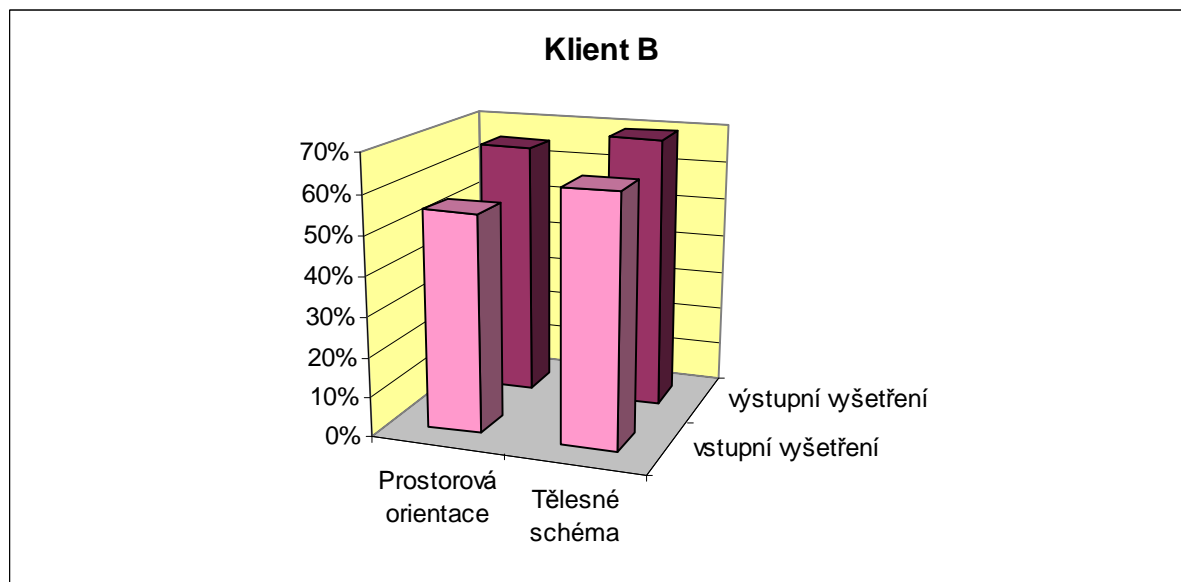
Zdroj: vlastní

Graf 2 znázorňuje rozdíl mezi vstupním a výstupním vyšetřením prostorové orientace a orientace na vlastním těle u klienta A. Při vstupním vyšetření prostorové orientace klient provedl pokyn správně v 42%, při výstupním to bylo v 60%. Rozdíl vyjadřuje v procentech míru zlepšení klienta. Při vstupním vyšetření uvědomění tělesného schématu byl klient úspěšný v 50% a při výstupním vyšetření v 79%. Z výsledku je patrné zlepšení klienta v této oblasti.

Tabulka 11: Souhrn výsledků klientky B

Klientka B	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	rozdíl
Prostorová orientace	55%	65%	10%
Tělesné schéma	63%	69%	6%

Graf 3: Souhrn výsledků klientky B



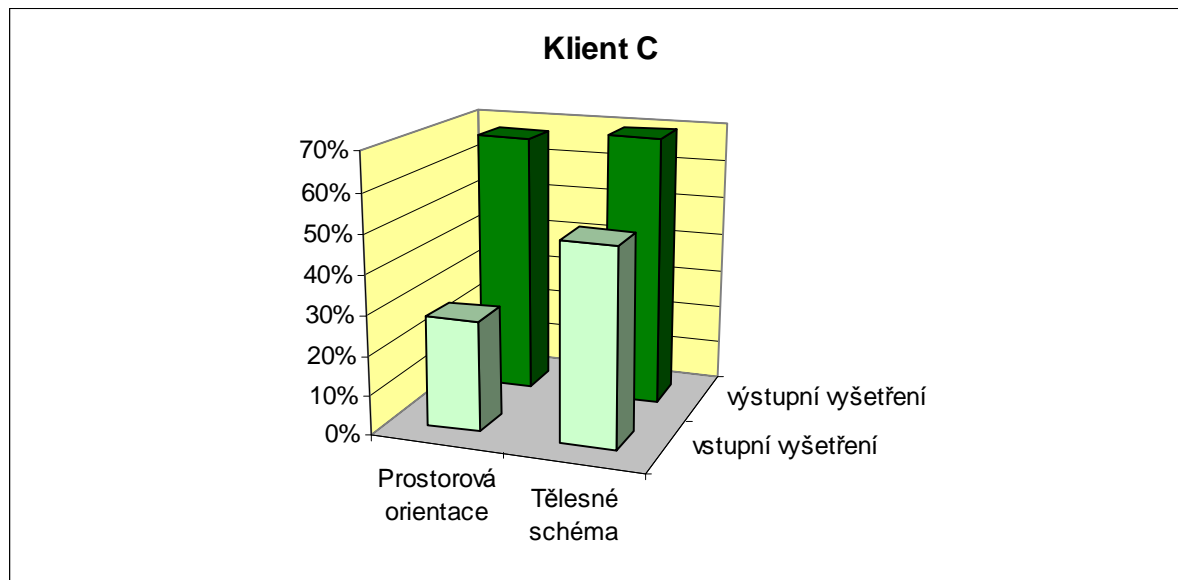
Zdroj: vlastní

Graf 3 znázorňuje rozdíl mezi vstupním a výstupním vyšetřením prostorové orientace a orientace na vlastním těle u klientky A. Při vstupním vyšetření prostorové orientace klientka provedla pokyn správně v 55%, při výstupním to bylo v 65%. Rozdíl vyjadřuje v procentech míru zlepšení klienta. Při vstupním vyšetření uvědomění tělesného schématu byla klientka úspěšná v 63% a při výstupním vyšetření v 69%. Z výsledku je patrné zlepšení klienta v této oblasti.

Tabulka 12: Souhrn výsledků klienta C

Klient C	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	rozdíl
Prostorová orientace	28%	67%	39%
Tělesné schéma	50%	69%	19%

Graf 4: Souhrn výsledků klienta C



Zdroj: vlastní

Graf 4 znázorňuje rozdíl mezi vstupním a výstupním vyšetřením prostorové orientace a orientace na vlastním těle u klienta B. Při vstupním vyšetření prostorové orientace klient provedl pokyn správně v 28%, při výstupním to bylo v 67%. Rozdíl vyjadřuje v procentech míru zlepšení klienta. Při vstupním vyšetření uvědomění tělesného schématu byl klient úspěšný v 50% a při výstupním vyšetření v 69%. Z výsledku je patrné zlepšení klienta v této oblasti.

V průběhu pozorování nedošlo k výrazným změnám v oblasti pohybové koordinace. S klienty jsem prováděla stejné úkoly při vstupním i výstupním vyšetření. Každou činnost jsem „oznámkovala“ orientačně číslem na stupnici od jedné do pěti.

1 – úkol provedl bez problému

2 - úkol provedl s menší slovní dopomocí

3 – úkol provedl pouze se slovní dopomocí

4 – úkol provedl pouze s velkou dopomocí druhé osoby

5 – úkol neprovedl

Tabulka 13 : Pohybová koordinace

Úkol	Klient A		Klientka B		Klient C	
	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření	vstupní vyšetření	výstupní vyšetření
Otevírání lahve	4	4	1	1	5	4
Házení a chytání míče	2	2	4	3	4	4
Házení míčků na cíl	5	5	1	1	1	1
Vkládání knoflíků do krabičky	1	1	1	1	1	1
Vkládání sirek do krabičky	4	4	4	4	4	4
Rombergův stoj I.	1	1	1	1	1	1
Rombergův stoj II.	4	4	1	1	1	1
Rombergův stoj III.	5	5	4	4	5	5
Stoj na 1DK	4	3	2	2	4	3
Rombergův test chůze I.	5	5	1	1	5	5
Rombergův test chůze II.	5	5	2	2	5	5
Chůze dopředu	1	1	1	1	1	1
Chůze dozadu	5	5	1	1	5	5
Chůze po čtyřech popředu	1	1	1	1	1	1
Chůze po čtyřech pozadu	5	5	5	5	5	5
Čapí chůze	5	5	5	5	4	4
Chůze po špičkách	5	5	5	5	5	5
Chůze po patách	5	5	5	5	5	5

Zdroj: vlastní

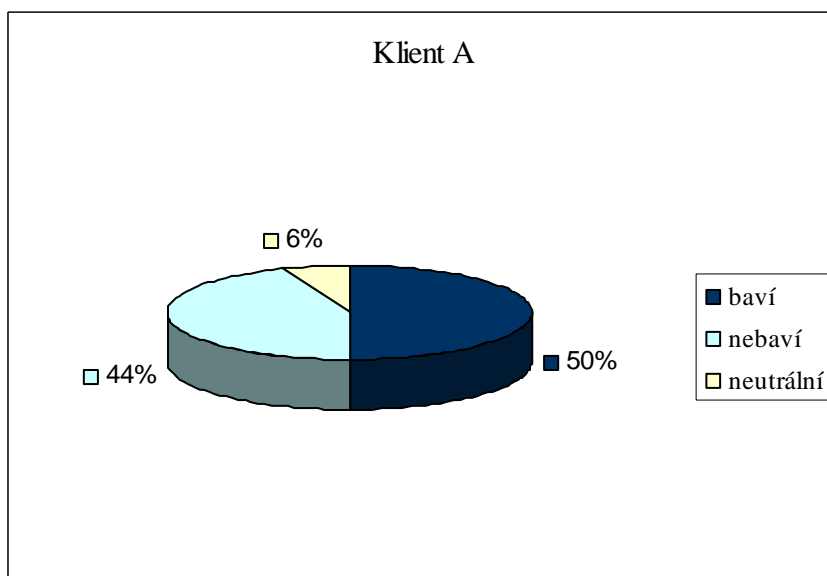
Tabulka 14: Zájem klientů o hry

Hra	Klient A	Klientka B	Klient C
Opičí dráha	😊	😊	😊
Kruh z provázku	😊	😐	😊
Postava	😐	😊	😊
Postrkování míče	😊	😐	😐
Skákání v pytli	😊	😊	😊
Válení sudů	😊	😊	😐
Chůze s lehkým předmětem na hlavě	😊	😊	😊
Skákací panák	😊	😊	😊
Napodobování pohybů po terapeutovi	😐	😊	😊
Dotýkání jednotlivých částí těla	😐	😐	😐
Pohybování částmi těla	😐	😐	😐
Uchopování míče chodidly v sedu	😐	😊	😐
Předmět položený na hřbetu ruky	😐	😊	😊
Udržení předmětu na ploskách nohou	😐	😐	😐
Hra s míčem	😊	😐	😊
Skákání po jedné DK	😐	😐	😊

😊 - baví, 😐 - nebaví, 😐 – neutrální

Tabulka 14 znázorňuje zájem klientů o hry. Levý sloupec obsahuje výčet her, které jsem s dětmi hrála. Další tři sloupce znázorňují fakt, jak hry děti zaujaly. Každého klienta zaujala jiná hra a k jiné měl zase negativní nebo neutrální postoj. Ke každému klientovi jsem zvlášť vytvořila individuální graf, ve kterém je znázorněna úspěšnost her, které jsem s dětmi hrála.

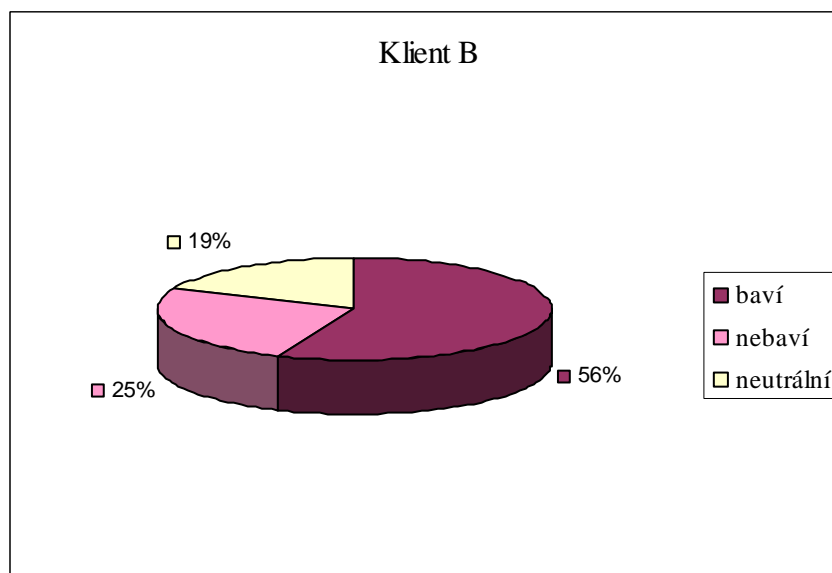
Graf 5: Výsledky klienta A



Zdroj: vlastní

Graf 5 znázorňuje, jak klienta A zaujaly hry. V 50 % ho hry zaujaly, v 44% ho hry nebavily a v 6% měl k hrám neutrální postoj.

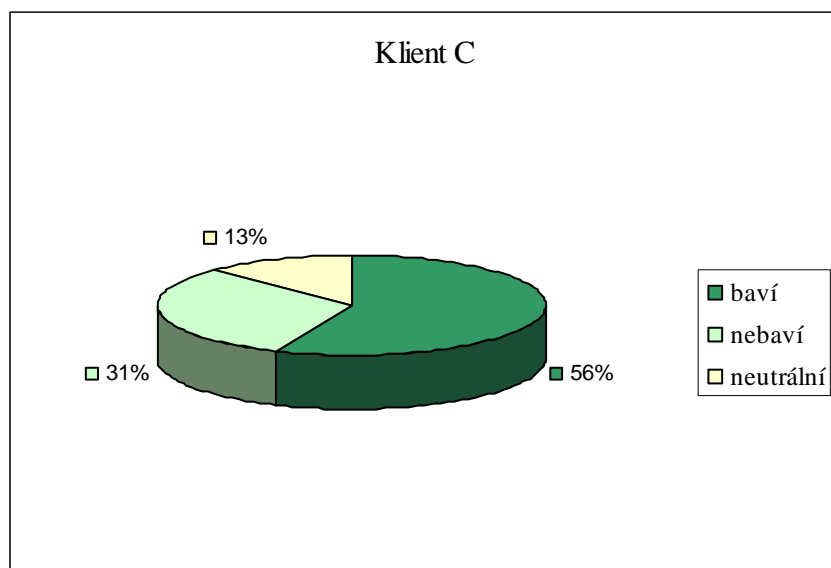
Graf 6: Výsledky klientky B



Zdroj: vlastní

Graf 6 znázorňuje postoj k hrám u klientky B. Klientku hry zaujaly v 56%, nebavily jí v 25% a neutrální postoj měla k hrám v 19%.

Graf 7: Výsledky klienta C



Zdroj: vlastní

Graf 7 znázorňuje úspěšnost her u klienta C. Klienta hry zaujaly z 56%, nezaujaly z 31% a v 13% měl k hrám neutrální postoj.

Z posledních tří grafů vyplývá, že klienty celkově zaujala více než polovina her, které jsem s nimi hrála. Samozřejmě u každého z nich se objevily hry, které některého z nich nebavily nebo k nim měli neutrální postoj.

DISKUZE K VÝSLEDKŮM

V kapitole Pohybové hry v teoretické části je uveden výčet funkcí, na které působí pohybové hry a které lze těmito hrami ovlivnit. V hypotézách jsou uvedeny pouze tři z nich. Jak bylo zjištěno z vyšetření, všechna tato tři odvětví jsou problémovou oblastí u vybraných klientů. Cílem mé práce bylo zhodnotit vliv pohybových her na pohybovou koordinaci, prostorovou orientaci a uvědomění tělesného schématu. Předpokládala jsem, že pohybové hry přispívají k rozvoji prostorové orientace a uvědomění tělesného schématu a mají pozitivní vliv na rozvoj pohybové koordinace u dětí s lehkou mentální retardací ve věku pěti let. K výzkumu jsem si vybrala tři děti, které měly stejnou diagnózu, lehká mentální retardace.

V práci jsem si stanovila tři hypotézy.

Hypotéza 1: Pohybové hry mají pozitivní vliv na zlepšení koordinace pohybu u dětí s lehkou mentální retardací.

Koordinační schopnosti závisí na několika důležitých dovednostech, bez kterých nejsou tyto schopnosti plně vyvinuty. Mezi ně patří činnost CNS, stav pohybové soustavy, svalové napětí a v neposlední řadě také úroveň analyzátorů jako je sluch, zrak a další.

S klienty jsem provedla při hodnocení stejné činnosti jako při vstupním vyšetření a bohužel u nich v tomto ohledu nedošlo k žádným větším změnám. Hypotéza 1 se tedy nepotvrdila. Chtěla bych ale uvést, že vývoj dětí obecně, včetně dětí s mentální retardací, je v této oblasti postupný a probíhá v delším časovém období. Tato oblast je velice problematická a proto je třeba se jí plně a dlouhodobě věnovat. Při svém výzkumu jsem měla možnost zachytit pouze krátký úsek tohoto vývoje. Věřím však, že při dlouhodobém pozorování a práci s dětmi by později došlo ke zlepšení. Bohužel takto rozsáhlý časový úsek nemohu ve své práci dále zachytit. Práce s dětmi mně velice zaujala, a proto bych se této problematice ráda věnovala i do budoucna ve své praxi.

Hypotéza 2: Využití pohybových her v ergoterapii významně přispívá k rozvoji prostorové orientace u dětí s lehkou mentální retardací.

Jak vyplynulo z šetření, v tomto ohledu se stav dětí zlepšil, hypotéza se tedy potvrdila. U prvního klienta je rozdíl mezi vstupním vyšetřením a výstupním 18%. U klienta B je to 10% a u klienta C je to 39%. U klientů jsem vyzorovala fakt, že pokud jsme úkoly zkoušeli

na známých předmětech a ve známém prostředí, klienti pokyny rozeznávali mnohem lépe než s neznámými předměty. Pokud jsem prostředí trochu změnila, klienty to zmátlo a pokyny, které při předchozích činnostech plnili dobře, nezvládali. Z tohoto důvodu mohou být výsledky poněkud zkreslené.

Hypotéza 3: Pohybové hry pozitivně ovlivňují orientaci v tělesném schématu u dětí s lehkou mentální retardací.

Poslední hypotéza se také potvrdila. Opět došlo u klientů ke zlepšení, tentokrát však v menším rozsahu. U klienta A o 29%, u klienta B o 6% a u posledního klienta je to o 19%. Výsledky bych však zhodnotila stejně jako u druhé hypotézy. Klienti se začali lépe orientovat v částech obličeje a rozpoznávali základní části těla. Složitější pokyny jako špička, pata nebo nárt jim dělaly stále potíže. Na svém těle se klienti orientovali vcelku dobře. Pokud jsem pokyn změnila, např. ukázat stejné části na někom jiném, klienti pokyn neprovedli správně. Stejně tak se mi tento fakt potvrdil s pomůckami. Pokud jsme části těla určovali na pomůčkách, které byly pro děti známé a na kterých jsme je trénovali, provedly pokyn správně. Pokud jsem však použila neznámou pomůcku, děti provedly činnost opět špatně.

Z celkových výsledků je patrné, že stav klientů se zlepšil. Hry, které jsem u dětí aplikovala, nepůsobily pouze na zkoumané oblasti. Hrami u dětí souběžně trénujeme nejen stránku pohybovou, ale také kognitivní funkce, sociální dovednosti nebo verbální a neverbální komunikaci. Děti se během období šetření zlepšily i v některých těchto oblastech. Z mého pozorování došlo ke zlepšení převážně v oblasti verbální i neverbální komunikace. Klient A si osvojil více znaků a byl schopen je užívat v určitých situacích. Klient C se díky logopedické péči zlepšil ve verbální komunikaci a bych schopen užívat více slov než při vstupním vyšetření. Klienti se také naučili spolupracovat mezi sebou.

Zlepšení klientů je převážně z důvodu toho, že docházejí na ergoterapii pravidelně jednou až dvakrát týdně. Arpida je jedno z mála pracovišť, kde spolupracuje multidisciplinární tým. S dětmi pracují odborníci z různých oborů, jako je např. fyzioterapie, muzikoterapie, logopedie, hipoterapie nebo speciální pedagogika. Věřím, že byl můj výzkum pro klienty přínosný a že jsem prostřednictvím vhodně zvolených terapeutických přístupů a technik přispěla k jejich celkovému rozvoji.

Délka výzkumu byla stanovená na 9 měsíců a to od května 2012, kdy jsem v centru Arpida vykonávala odbornou praxi, až do března roku 2013, kdy jsem za dětmi docházela ve

svém volném čase. Během doby mého výzkumu bylo období letních prázdnin. Za mé nepřítomnosti s dětmi pracovaly ergoterapeutky, ke kterým děti pravidelně docházejí. Ergoterapeutky pracovaly podle krátkodobého ergoterapeutického plánu, který jsem navrhla. V září roku 2013, během mého šetření, děti postoupily z mateřské školy do přípravného ročníku. V tomto přípravném stupni se dětem věnují speciální pedagogové a pomáhají jim s přípravou do první třídy speciální školy centra Arpida.

Z diskuze tedy vyplývá, že hypotézy 2 a 3 se potvrdily, hypotéza 1 potvrzena nebyla.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit význam pohybových her u dětí s lehkou mentální retardací. Téma práce je velice rozsáhlé a proto jsem se v textu nemohla podrobně věnovat všem problémovým oblastem, které byly zjištěny z vyšetření. Práce je tedy zaměřena pouze na tři z nich, a to oblast prostorové orientace, orientace v tělesném schématu a na oblast pohybové koordinace. Prostřednictvím této práce bych chtěla poukázat na to, že hra je velice důležitou součástí vývoje nejen zdravého dítěte, ale nepochybně i dítěte s mentální retardací, zvláště v předškolním věku.

Je velice důležité hry často obměňovat, protože dítě s tímto handicapem neudrží dlouhodobě pozornost. Hry jsou pro děti o to zajímavější, když objevují stále něco nového a mohou si je přizpůsobit. Důležité je dbát při pohybových hrách na bezpečnost a ubezpečit se, že dítě chápe správně pravidla. Nutností je také co nejvíce omezit jakékoli rušivé vlivy z okolí. Děti je třeba řádně motivovat a často je chválit nebo i odměnit, aby měly pocit, že jsou úspěšné a měly ze hry radost.

Tato práce by měla být přínosem pro všechny, kteří se zajímají o práci s dětmi s lehkou mentální retardací. Může být zajímavým materiálem pro rodiče dětí s tímto handicapem, kteří díky ní mohou rozšířit své znalosti a použít ji jako inspiraci pro činnosti s dětmi. Dále může být práce určena pro odborníky, kteří s těmito dětmi pracují, jako shrnutí této problematiky a příklad námětů na činnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMČÁK, Štefan a NOVOTNÁ, Naďa. *Hry v tělocvični a základná gymnastika*. Žilina: EDIS Žilina, 2009, ISBN 978-80-554-0125-6

ARGAJ, G. a kol.: *Pohybové hry*. 2. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2001. 95 s. ISBN 80-223-1658-X.

Co je centrum Arpida. 2006

Dostupné na http://kultura.idnes.cz/co-je-detske-centrum-arpida-dd2-/vytvarne-umeni.aspx?c=A060609_111444_show_aktual_kot, citováno dne 16.3.2013

DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973. 183 s.

DOYON, Louise. *Hry po všestranný rozvoj dítěte*. 1. Vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, ISBN 80-7178-754-X

FERANCOVÁ, Michaela. *Psychomotorický vývoj dítěte*. 2010

Dostupné na <http://www.lekari-online.cz/detske-lekarstvi/novinky/psychomotoricky-vyvoj-ditete> , citováno dne 5.11.12

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

HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené: verze k 30.6.1999*. 4. vyd. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 1999, ISBN 80-85099-06-3

KLUSOŇOVÁ EVA. *Ergoterapie v praxi*. Brno: NCO NZO, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KLUSOŇOVÁ, Eva a ŠPIČKOVÁ, Jiřina. *Ergoterapie 1*. Praha: Avicenum 1988, ISBN 80-201-0030-x

KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1

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

KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Eteria s.r.o., 2002, ISBN 80-238-8729-7

KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-2699-1

KVAPILÍK, Josef a ČERNÁ, Marie. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 134 s. Život a zdraví. ISBN 80-201-0019-9.

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace* Hradec Králové: Kotva, 1996, ISBN 80-900254-8X

LESNÝ, Ivan a ŠPITZ, Jan. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy: Celost. vysokošk. učebnice*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. 229 s. Knižnice speciální pedagogiky. Učebnice pro vys. školy.

LEŽALOVÁ, Renata. *Pohybová hra a možnosti jejího využití v mateřské škole*. 2007 Dostupné na <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/P/1586/pohybova-hra-a-moznosti-jejeho-vyuziti-v-materske-skole.html/>, citováno dne 7.3.2013

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

Dostupné na <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, citováno dne 26.8. 12

MIŠURCOVÁ, Věra a FIŠER, Jiří a FIXL, Viktor. *Hra a hračka v životě dítěte*. Vyd. 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980, ISBN 14-112-89

NOVÁK, Jaroslav a KALNICKÁ, Vladimíra. *Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky*. 2008

Dostupné na <http://panda.hyperlink.cz/cestapdf/pdf08c6/novak.pdf>, citováno dne 22.9.12

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2004, ISBN 80-7315-071-9

ROVNÝ, Miroslav a ZDENĚK, Dalibor. *Pohybové hry*. Vyd. 2. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo Bratislava, 1982

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 178 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-506-7

VALENTA, Milan a MULLER, Oldřich. *Psychopedie* Praha: Parta s.r.o., 2004, ISBN 80-7320-063-5

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením o.s.	88
Příloha 2: Pomůcky při vyšetřování.....	89
Příloha 3: Orientační vyšetření svalové síly	91
Příloha 4: Ukázky vyšetření.....	93
Příloha 5: Testy klienta A	94
Příloha 6: Testy klienta B	100
Příloha 7: Testy klienta C	106
Příloha 8: Pomůcky k hrám.....	112
Příloha 9: Klient A při hře „Opičí dráha“	114
Příloha 10: Klientka B při hře „Postava“	116
Příloha 11: Klient C	117

PŘÍLOHY

Příloha 1: Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením o.s.

Obrázek 1: Areál centra Arpida



Zdroj: idnes.cz

Obrázek 2: Ergoterapeutická místnost



Zdroj: vlastní

Příloha 2: Pomůcky při vyšetřování

Obrázek 3: Vyšetření koordinace pohybu



Zdroj: vlastní

Obrázek 4: Uvědomění tělesného schématu



Zdroj: vlastní

Obrázek 5



Zdroj: vlastní

Příloha 3: Orientační vyšetření svalové síly

Obrázek 6: Rozmáčknutí oválu v dlani



Zdroj: vlastní

Obrázek 7: Mačkání jednotlivými prsty



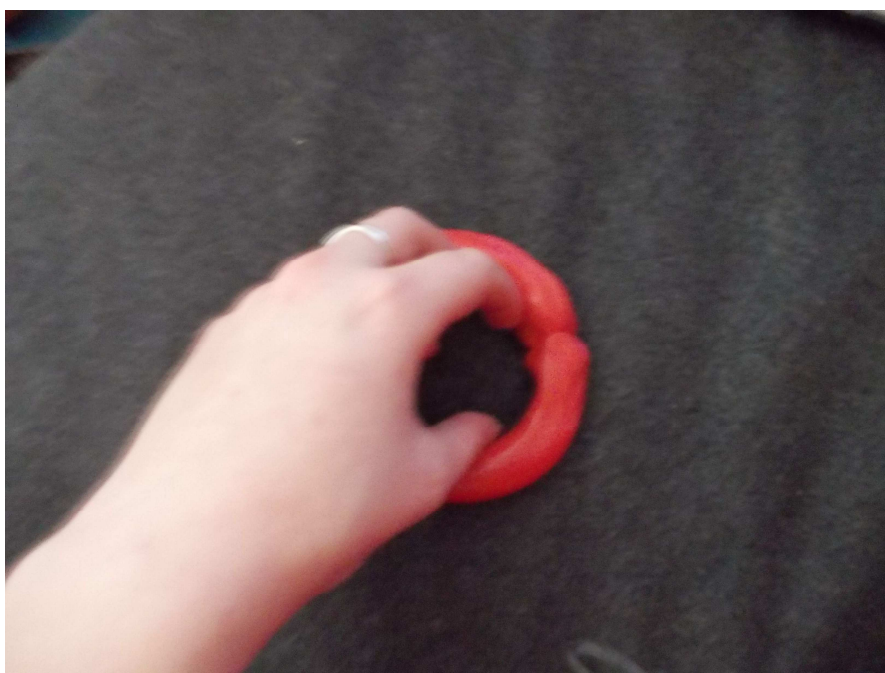
Zdroj: vlastní

Obrázek 8: Roztahování jednotlivými prsty do hvězdice



Zdroj: vlastní

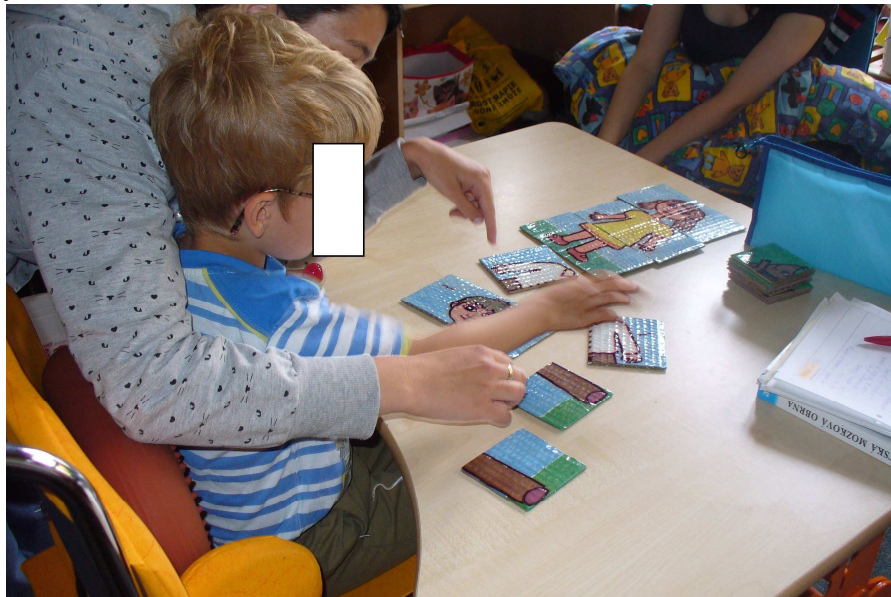
Obrázek 9: Rozevírání kruhu prsty



Zdroj: vlastní

Příloha 4: Ukázky vyšetření

Obrázek 10: Vyšetření tělesného schématu



Zdroj: vlastní

Obrázek 11: Vyšetření koordinace



Zdroj: vlastní

Příloha 5: Testy klienta A

Obrázek 12: Barthel test

Jméno
klienta:

Klient A

Datum
vyšetření:

Barthelův test základních všedních činností – ADL (activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
2. oblékání	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
3. koupání	a) samostatně nebo s pomocí b) neprovede	6 0
4. osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí b) neprovede	5 0
5. kontinence stolice	a) plně kontinentní b) občas inkontinentní c) trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence moči	a) plně kontinentní b) občas inkontinentní c) trvale inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) vydrží sedět d) neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	a) samostatně nad 50 m b) s pomocí 50 m c) na vozíku 50 m d) neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
12. sluch	a) slyší dobře běžnou řeč b) dobře hlasitou řeč nebo odezírá c) špatně hlasitou řeč, nebo neslyší	10 5 0
13. zrak	a) vidí dobře (včetně brýlí) b) dobře na 1 oko nebo na obě oči vzdálenost větší než 1 m c) nevidí ani do 1 metru (maximálně počítá prsty před očima)	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů: vysoce závislý
 45 – 60 bodů: závislost středního stupně
 65 – 95 bodů: lehká závislost
 100 bodů: nezávislý

95

Obrázek 13: Zkouška laterality

Jméno klienta (pouze křestní): KLIENT A Datum vyšetření:

Zkouška laterality

	pravá P	levá L	ambi- dexter A
1. Korálky Před dítě se vysype 10 korálků do uzávěru od sklenice. Pokud je přendá všechny pravou nebo levou rukou, zakřížkujeme. V případě, že 1 jediný přendá opačnou rukou, zapíšeme A (ambidexter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Balíčky Dítě má 5 krabiček od sirek na hromádce a má za úkol je vložit do zásuvky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Zámek a klíč: Dítě zastrkuje klíček do visacího zámku. Všíáme si držení klíče.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kelímeček – silová zkouška (provádíme 3x) Dítě má za úkol promáčknout prázdný plastický kelímeček. Pokud ho přehodí do druhé ruky, zaznamenáme A.	P P	<input type="checkbox"/>	A
5. Dlaně (provádíme 3x) Vyšetřující si dá ruce před sebe dlaněmi k sobě. Dítě obejmě hřbety rukou vyšetřujícího a tlačí je směrem k zemi. Dominantní ruka stlačí ruku vyšetřujícího níže, stlačí-li dítě ruce vyšetřujícího souměrně zaznamenáme A	<input type="checkbox"/>	L	A
6. Jehla a nit (provádíme 3x) Dítě musí nadít nit do jehly. Kterou ruku použije na vsunutí nitě do ouška jehly, ta je dominantní.	P P	L	<input type="checkbox"/>
7. Stříhání papíru (provádíme 3x) Dítě má za úkol nastříhat kus papíru. Ve které ruce drží nůžky, ta je dominantní.	P P P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Strouhání mrkve Dítě má za úkol nastrouhat kousek mrkve. Ruka strouhající je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mytí rukou Dítě má za úkol si umýt ruce. Ruka, která začne jako první mýt tu druhou, je rukou dominantní. Jdou-li ruce souměrně, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>
10. Vlášček Dítě má za úkol z kancelářských sponek sestavit vláček. Kterou rukou řadí sponky za sebou, ta je dominantní.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Házení míčkem (provádíme 3x) Dítě se třepuje do plechovky. Hází-li všechny hody jednou rukou, zaznamená se strana. Pokud použije v jednom hodu druhou ruku, zapíše se A.	P P	<input type="checkbox"/>	A
12. Taxe: Dítě má za úkol se dotknout ukazovákem ruky na části těla (např. nos, brada, ucho,...), kterou ruku použije, ta je dominantní.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tleskání Dítě má za úkol zatleskat. Jdou-li ruce souměrně proti sobě, zaznamenáme A. Ruka, která tleskne druhou je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
14. Dveře – výška (provádíme 3x) Dítě má za úkol jít ke dveřím a ukázat jak vysoko dosáhne. Pokud ukazuje oběma rukama, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
15. Kukátko Na které oko si dítě přiloží kukátko, ta strana je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A

$$\frac{1255}{26} \cdot 100 = \underline{\underline{67}}$$

Obrázek 14: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Jméno dítěte:	KLIENT A	Datum vyšetření:	
Diagnóza:	částečná mentální retardace	Věk dítěte:	

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Způsob hodnocení:
 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

Datum hodnocení:									
1) Funkční test ruky									
A/ úchop jemný		levák / pravák							
špetka (zvedá svorky)	1.-3 prst						0		
	1.-4 prst						0		
štipec	bříškový	0					0		
	tužkový (pinzeta)						0		
	nehtový (špendlík za hlavičku)	0					1		
vějířovitý úchop – rozpěťový (velká karta)							0		
pěst (mačkání papíru do kuličky)									
B/ úchop silový									
válec		0							
koule		0							
háček		0							
2) Komunikace									
domluví se	- přelstí, nahlédne, učí se zabývat, vyzkouší, řídí a slova								
čte							5		
píše							5		
3) Oblékání									
zavazování obuvi		- obuv na úhly zřítko naprosto						5	
zapínání	knoflík	- za knoflíky řídí, dokud není s páncí je naprosto					5		
	zip	- rukou, naprosto zřítko do předce					4		
	suchý zip						0		
	patent						5		
4) Jídlo									
lžice	- chopit v PHE						0		
příbor	- přelstí chopit rukou, řídí						5		
5) Pití									
hrnek							0		
stéblo									
náustek									
6) Hygiena									
čištění zubů	- přelstí, přelstí, na kartáč, čistí, zvládá, je to, je to, je to						4		
umytí se	- přelstí, dává, dopadne						3		
WC	- přelstí, čistota, ruky, navléká, s rukou, s rukou						3		

Zdroj: vlastní

Obrázek 16: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Jméno dítěte:	KLIENT A	Datum vyšetření:	
Diagnóza:	lehká mentální retardace	Věk dítěte:	

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Legenda:

- 1) souhlasící údaje v textu značíme škrtnutím, nebo slovním vyjádřením
- 2) stupně hodnocení
 - 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 - 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 - 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

HODNOCENÍ	
	datum
Smyslová postižení:	
vada zraku	0
vada sluchu	0
vada řeči	lehká mentální retardace na úrovni přístupu k mluvě
Mimovolní pohyby	
rukou	0
těla	0
třes	0
Mobilita na lůžku	
obrací se samostatně	0
posadí se přes okraj postele s dopomocí	0
Lokomoce	
zvládne sed	0
chodí samostatně	0
chodí s oporou – hůl, berle, chodítko	
chůze po schodech	ze schodiště sestupuje s pomocí L.D.
chůze v terénu	0
používá vozík elektrický, mechanický	
Osobní hygiena – u všech činností je potřeba slovně dopomoci	
umyje se	3
vyčistí si zuby	3
zvládá WC	3
vložení pleny	leží na posteli – 5
Oblékání	
obleče se	4
zavazování obuvi	obuv na špičky 5
zapínání knoflíků	5
zapínání zipu	neobíjí se do jízdu 4
zapínání suchého zipu	0
zapínání patentů – druků	5

Obrázek 17

Jídlo, pití	
jedení – lžící, přiborem, LHK, PHK	<i>je schop</i>
pití – hrnek, láhev, stéblo	<i>je zvládá</i>
příprava jednoduchého jídla	5
Komunikace	
rozumět textu	5
domluvit se	<i>je schop</i>
čtení	5
psaní	5
Zvládá úchop:	
tužkový	3
klíčový	0
kulový	0
nůžkový	0
válcový	0
klíka dveří	0
opozice palce	0
Je schopen hry – práce:	
konstruktivní – destruktivní	
po zaučení samostatně	
se slovním vedením a dohledem	<i>je schop</i>
snaží se zapojovat	
není schopen	
Obratnost, vytrvalost:	<i>je schop</i>
Koncentrace pozornosti:	<i>je schop</i>
Finální výrobek:	
Používá tyto ortopedické a kompenzační pomůcky:	<i>elka a klobouk Felle EP</i>

Jiná upozornění:

Zdroj: vlastní

Příloha 6: Testy klienta B

Obrázek 18: Barthel test

Jméno klienta: Klient B Datum vyšetření:

Barthelův test základních všedních činností – ADL (activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
2. oblékání	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
3. koupání	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
4. osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
5. kontinence stolice	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
7. použití WC	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	a) samostatně bez pomoci	15
	b) s malou pomocí	10
	c) vydrží sedět	5
	d) neprovede	0
9. chůze po rovině	a) samostatně nad 50 m	15
	b) s pomocí 50 m	10
	c) na vozíku 50 m	5
	d) neprovede	0
10. chůze po schodech	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
12. sluch	a) slyší dobře běžnou řeč	10
	b) dobře hlasitou řeč nebo odezírá	5
	c) špatně hlasitou řeč, nebo neslyší	0
13. zrak	a) vidí dobře (včetně brýlí)	10
	b) dobře na 1 oko nebo na obě oči vzdálenost větší než 1m	5
	c) nevidí ani do 1 metru (maximálně počítá prsty před očima)	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů: vysoce závislý
- 45 – 60 bodů: závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů: lehká závislost
- 100 bodů: nezávislý

115

Obrázek 19: Zkouška laterality

Jméno klienta (pouze křestní): KLIENT B Datum vyšetření:

Zkouška laterality

	pravá P	levá L	ambi- dexter A
1. Korálky Před dítě se vysype 10 korálků do uzávěru od sklenice. Pokud je přendá všechny pravou nebo levou rukou, zakřížkujeme. V případě, že 1 jediný přendá opačnou rukou, zapíšeme A (ambidexter).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Baličky Dítě má 5 krabiček od sirek na hromádce a má za úkol je vložit do zásuvky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Zámek a klíč: Dítě zastrkuje klíček do visacího zámku. Všíáme si držení klíče.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kelímek – silová zkouška (provádíme 3x) Dítě má za úkol promáčknot prázdný plastický kelímek. Pokud ho přehodí do druhé ruky, zaznamenáme A.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dlaně (provádíme 3x) Vyšetřující si dá ruce před sebe dlaněmi k sobě. Dítě obejme hřbety rukou vyšetřujícího a tlačí je směrem k zemi. Dominantní ruka stlačí ruku vyšetřujícího níže, stlačí-li dítě ruce vyšetřujícího souměrně zaznamenáme A	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Jehla a nit (provádíme 3x) Dítě musí nadít nit do jehly. Kterou rukou použije na vsunutí nitě do ouška jehly, ta je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stíhání papíru (provádíme 3x) Dítě má za úkol nastíhat kus papíru. Ve které ruce drží nůžky, ta je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Strouhání mrkve Dítě má za úkol nastrouhat kousek mrkve. Ruka strouhající je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mytí rukou Dítě má za úkol si umýt ruce. Ruka, která začne jako první mýt tu druhou, je rukou dominantní. Jdou-li ruce souměrně, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Vláček Dítě má za úkol z kancelářských sponek sestavit vláček. Kterou rukou řadí sponky za sebou, ta je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Házení míčkem (provádíme 3x) Dítě se trefuje do plechovky. Hází-li všechny hody jednou rukou, zaznamená se strana. Pokud použije v jednom hodu druhou ruku, zapíše se A.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Taxe: Dítě má za úkol se dotknout ukazovákem ruky na části těla (např. nos, brada, ucho...), kterou ruku použije, ta je dominantní.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tleskání Dítě má za úkol zatleskat. Jdou-li ruce souměrně proti sobě, zaznamenáme A. Ruka, která tleskne druhou je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Dveře – výška (provádíme 3x) Dítě má za úkol jít ke dveřím a ukázat jak vysoko dosáhne. Pokud ukazují oběma rukama, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Kukátko Na které oko si dítě přiloží kukátko, ta strana je dominantní.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

$$\frac{2155}{26} \cdot 100 = 829$$

Obrázek 20: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Jméno dítěte:	<i>KLERT B</i>	Datum vyšetření:	
Diagnóza:	<i>Lehká levostranná hemiparéza</i>	Věk dítěte:	

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Způsob hodnocení:

- 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

Datum hodnocení:							
1) Funkční test ruky							
A/ úchop jemný							
			levák /	pravák			
špetka (zvedá svorky)	1.-3 prst	0					
	1.-4 prst	0					
štipec	bříškový	0					
	tužkový (pinzeta)	0					
	nehtový (špendlík za hlavičku)	0					
vějířovitý úchop – rozpěťový (velká karta)		0					
pěst (mačkání papíru do kuličky)		0					
B/ úchop silový							
válec					0		
koule					0		
háček					0		
2) Komunikace							
domluví se					0		
čte					5		
píše					5		
3) Oblékání							
zavazování obuvi					5		
zapínání	knoflík				5		
	zip – <i>navrhá se zip do jedné ruky</i>				4		
	suchý zip				0		
	patent						
4) Jídlo							
lžiče	<i>lžiče – 200g o LHK</i>				0		
příbor	<i>příbor – 200g příbor s upínacími nástroji, nutně vst LHK k příboru</i>				3		
5) Pití							
hrnek					0		
stébko							
náustek							
6) Hygiena							
čištění zubů					0		
umytí se					0		
WC					0		

Obrázek 21

7) Schopnost hry/práce

konstruktivní				
destruktivní				

8) Motorika

překulování ze supinace	0			
překulování z pronace	0			
pláží se	0			
posadí se	0			
sedí	0			
poloha na čtyřech	0			
lezení na čtyřech	0			
vzpřímený klek				
postaví se	0			
chodí	0			
chodí v terénu	0			
ovládá invalidní vozík				
věnuje se sportovní činnosti				

Hodnocení ergoterapeuta

Přístup k pracovní činnosti:

negativní – nutná stimulace – aktivní – (ne)soustředěný

Klientka byla zprvu velmi pasivní a uvolněná, činnost jí zalíbila, bylo třeba ji motivovat a držet. Po 1. zářku byla spolehlivější, po 2. zářku se začala více zapojovat a účastnit se činnosti.

Zařazení ergoterapie

1x týdně

Kompenzační pomůcky:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Poznámky:

Obrázek 22: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Jméno dítěte: KLIENT B Datum vyšetření:

Diagnóza: Učebně učební retardace Věk dítěte:

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Legenda:

- 1) souhlasící údaje v textu značíme škrtnutím, nebo slovním vyjádřením
- 2) stupně hodnocení
 - 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 - 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 - 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

HODNOCENÍ	
	datum
Smyslová postižení:	
vada zraku	0
vada sluchu	0
vada řeči	0
Mimovolní pohyby	
rukou	0
těla	0
třes	0
Mobilita na lůžku	
obrací se samostatně	0
posadí se přes okraj postele s dopomocí	0
Lokomoce	
zvládne sed	0
chodí samostatně	0
chodí s oporou – hůl, berle, chodítko	
chůze po schodech – <i>našláplá dřev. a LDK</i>	
chůze v terénu	0
používá vozík elektrický, mechanický	
Osobní hygiena	
umyje se	0
vyčistí si zuby	0
zvládá WC	0
vložení pleny	
Oblékání	
obleče se	3
zavazování obuvi – <i>obuv. učebně učební</i>	5
zapínání knoflíků	5
zapínání zipu – <i>našláplá zip do předce</i>	4
zapínání suchého zipu	0
zapínání patentů – druků	

Obrázek 23

Jídlo, pití	0
jedení – lžící, příborem, LHK, PHK - <i>pozdě</i>	<i>0,5 s úpravou sítě</i> 0
pití – hrnek, láhev, stéblo	0
příprava jednoduchého jídla	5
Komunikace	
rozumět textu	5
domluvit se - <i>kom. 80%</i>	0
čtení	5
psaní - <i>pozdě A</i>	5
Zvládá úchop:	
tužkový	0
klíčový	0
kuřový	0
nůžkový - <i>dobře po úchop</i>	0,5
válcový	0,0
klika dveří	0
opozice palce	0
Je schopen hry – práce: <i>je rozk. křivky kotivost, jiné rozpal práce</i>	
konstruktivní – destruktivní	
po zaučení samostatně - <i>čtrast' vložek' kolur</i>	
se slovním vedením a dohledem	
snaží se zapojovat	
není schopen	
Obratnost, vytrvalost:	
<i>U každé čtrast' dleho puzdra, jakd se p' čtrast' koudo, jiné se zapojovat na kódy i plát</i>	
Koncentrace pozornosti:	
<i>káždě se rozk' vlož' študo zapojovat dle kódy vlož, je študo kódyt je p' jedu' čtrast' obk' dle</i>	
Finální výrobek:	
Používá tyto ortopedické a kompenzační pomůcky:	

Jiná upozornění:

- *káždě je kódy dleho koudo kotivost, jiné je p' p'škop' a p'škop' p'škop'*
- *vše p' kódy dleho dle*

Příloha 7: Testy klienta C

Obrázek 24: Barthel test

Jméno
klienta:

KLIENT C

Datum
vyšetření:

Barthelův test základních všedních činností – ADL (activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
2. oblékání	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
3. koupání	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
4. osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
5. kontinence stolice	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
7. použití WC	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	a) samostatně bez pomoci	15
	b) s malou pomocí	10
	c) vydrží sedět	5
	d) neprovede	0
9. chůze po rovině	a) samostatně nad 50 m	15
	b) s pomocí 50 m	10
	c) na vozíku 50 m	5
	d) neprovede	0
10. chůze po schodech	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
12. sluch	a) slyší dobře běžnou řeč	10
	b) dobře hlasitou řeč nebo odezírá	5
	c) špatně hlasitou řeč, nebo neslyší	0
13. zrak	a) vidí dobře (včetně brýlí)	10
	b) dobře na 1 oko nebo na obě oči vzdálenost větší než 1m	5
	c) nevidí ani do 1 metru (maximálně počítá prsty před očima)	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů: vysoce závislý
 45 – 60 bodů: závislost středního stupně
 65 – 95 bodů: lehká závislost
 100 bodů: nezávislý

95

Obrázek 25: Zkouška laterality

Jméno klienta
(pouze křestní):

KUBENT C

Datum vyšetření:

Zkouška laterality

	pravá P	levá L	ambi- dexter A
1. Korálky Před dítě se vysype 10 korálků do uzávěru od sklenice. Pokud je přendá všechny pravou nebo levou rukou, zakřížkujeme. V případě, že 1 jediný přendá opačnou rukou, zapíšeme A (ambidexter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
2. Balíčky Dítě má 5 krabiček od sirek na hromádce a má za úkol je vložit do zásuvky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
3. Zámek a klíč: Dítě zastrkuje klíček do visacího zámku. Všimáme si držení klíče.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kelímeček – silová zkouška (provádíme 3x) Dítě má za úkol promáčkнуть prázdný plastický kelímeček. Pokud ho přehodí do druhé ruky, zaznamenáme A.	P P	L	<input type="checkbox"/>
5. Dlaně (provádíme 3x) Vyšetřující si dá ruce před sebe dlaněmi k sobě. Dítě obejmě hřbety rukou vyšetřujícího a tlačí je směrem k zemi. Dominantní ruka tlačí ruku vyšetřujícího níže, stlačí-li dítě ruce vyšetřujícího souměrně zaznamenáme A	P P	<input type="checkbox"/>	A
6. Jehla a nit (provádíme 3x) Dítě musí nadít nit do jehly. Kterou ruku použije na vsunutí nitě do ouška jehly, ta je dominantní.	P P P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stříhání papíru (provádíme 3x) Dítě má za úkol nastříhat kus papíru. Ve které ruce drží nůžky, ta je dominantní.	P P P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Strouhání mrkve Dítě má za úkol nastrouhat kousek mrkve. Ruka strouhající je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mytí rukou Dítě má za úkol si umýt ruce. Ruka, která začne jako první mýt tu druhou, je rukou dominantní. Jdou-li ruce souměrně, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
10. Vláček Dítě má za úkol z kancelářských sponek sestavit vláček. Kterou rukou řadí sponky za sebou, ta je dominantní.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Házení míčkem (provádíme 3x) Dítě se trefuje do plechovky. Hází-li všechny hody jednou rukou, zaznamená se strana. Pokud použije v jednom hodu druhou ruku, zapíše se A.	P	L L	<input type="checkbox"/>
12. Taxe: Dítě má za úkol se dotknout ukazovákem ruky na části těla (např. nos, brada, ucho,..), kterou ruku použije, ta je dominantní.	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tleskání Dítě má za úkol zatleskat. Jdou-li ruce souměrně proti sobě, zaznamenáme A. Ruka, která tleskne druhou je dominantní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
14. Dveře – výška (provádíme 3x) Dítě má za úkol jít ke dveřím a ukázat jak vysoko dosáhne. Pokud ukazuje oběma rukama, zaznamenáme A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A
15. Kukátko Na které oko si dítě přiloží kukátko, ta strana je dominantní.	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>

$$\frac{14+5}{26} \cdot 100 = 96$$

Obrázek 26: Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Jméno dítěte:	KLIENT C	Datum vyšetření:	
Diagnóza:	lehká mentální retardace	Věk dítěte:	

Vstupní hodnocení motorických funkcí dítěte I.

Způsob hodnocení:

- 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

Datum hodnocení:							
1) Funkční test ruky							
A/ úchop jemný		levák / pravák					
špetka (zvedá svorky)	1.-3 prst					0	
	1.-4 prst					0	
štipec	bříškový					0	
	tužkový (pinzeta)					0	
	nehtový (špendlík za hlavičku)					0	
vějířovitý úchop – rozpětový (velká karta)						1	
pěst (mačkání papíru do kuličky)						0	
B/ úchop silový							
válec						0	
koule						0	
háček						0	
2) Komunikace							
domluví se – Adela přivede prax slovo korige						5	
čte						5	
píše							
3) Oblékání							
zavazování obuvi						5	
zapínání	knoflík – do ruky ušití					4	
	zip – rozacíká zip od jezdecky					4	
	suchý zip					0	
	patent						
4) Jídlo							
lžice – do ruky ušití						0	
příbor						4	
5) Piti							
hrnek						0	
stéblo							
náustek							
6) Hygiena							
čištění zubů						3	
umytí se						5	
WC						1	

Obrázek 27

7) Schopnost hry/práce

konstruktivní					
destruktivní					

8) Motorika

překulování ze supinace	0				
překulování z pronace	0				
plazí se	0				
posadí se	0				
sedí	0				
poloha na čtyřech	0				
lezení na čtyřech	0				
vzpřímený klek					
postaví se	0				
chodí	0				
chodí v terénu	0				
ovládá invalidní vozík					
věnuje se sportovní činnosti					

Hodnocení ergoterapeuta

Přístup k pracovní činnosti:

negativní – nutná stimulace – aktivní – (ne)soustředěný

pacient je velmi aktivní spoluprací, usiluje o úroveň činnosti a učení se sám

Zařazení ergoterapie

1 x týdně

Kompenzační pomůcky:

1. *kytka*
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Poznámky:

Obrázek 28: Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Jméno dítěte:	<u>VLADISLAV C</u>	Datum vyšetření:	
Diagnóza:	<u>lehké mentální retardace</u>	Věk dítěte:	

Vstupní hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí II.

Legenda:

- 1) souhlasící údaje v textu značíme škrtnutím, nebo slovním vyjádřením
- 2) stupně hodnocení
 0 – není žádné omezení, 1 – samostatně s obtížemi,
 2 – samostatně s pomůckami, 3 – s nenáročnou asistencí,
 4 – s podstatnou pomocí druhé osoby, 5 – plná závislost

HODNOCENÍ	
	datum
Smyslová postižení:	
vada zraku - <u>neob. slyše</u>	
vada sluchu	
vada řeči - <u>neob. slyše</u>	
Mimovolní pohyby	
rukou 0	
těla 0	
třes 0	
Mobilita na lůžku	
obrací se samostatně	0
posadí se přes okraj postele s dopomocí	0
Lokomoce	
zvládne sed	0
chodí samostatně	0
chodí s oporou - hůl, berle, chodítka	
chůze po schodech - <u>ob. s pomoc. 2. a 3. PD</u>	
chůze v terénu	0
používá vozík elektrický, mechanický	
Osobní hygiena	
umyje se	4
vyčistí si zuby	3
zvládá WC	1
vložení pleny	
Oblékání	
obleče se	3
zavazování obuvi - <u>neob. slyše</u>	5
zapínání knoflíků - <u>neob. slyše</u>	4
zapínání zipu - <u>neob. slyše</u>	3
zapínání suchého zipu	0
zapínání patentů - druků	5

Obrázek 29

Jídlo, pití	
jedení – lžící, příborem, LHK, PHK - <i>2. LHK, PHK</i>	
pití – hrnek, láhev, stéblo - <i>2. LHK, PHK</i>	
příprava jednoduchého jídla	5
Komunikace	
rozumět textu	5
domluvit se - <i>2. LHK, PHK</i>	
čtení	5
psaní	5
Zvládá úchop:	
tužkový	
klíčový	
kulový	0
nůžkový	
válcový	0
klika dveří	0
opozice palce	0
Je schopen hry – práce:	
konstruktivní – destruktivní	
po zaučení samostatně	
se slovním vedením a dohledem	0
snaží se zapojovat	
není schopen	
Obratnost, vytrvalost:	
<i>skládky je více úkolů, před lo činnost zajišť, vyčist' v o' úkol, jaké' lo přetvář' svět, na' vyčist' svět a chci' jít do' kou</i>	
Koncentrace pozornosti:	
<i>člověk má' problém s' udržet' pozornost, většina činnosti' lo' zajišť'</i>	
Finální výrobek:	
Používá tyto ortopedické a kompenzační pomůcky: <i>5. LHK</i>	

Jiná upozornění:

Příloha 8: Pomůcky k hrám

Obrázek 30: Postava



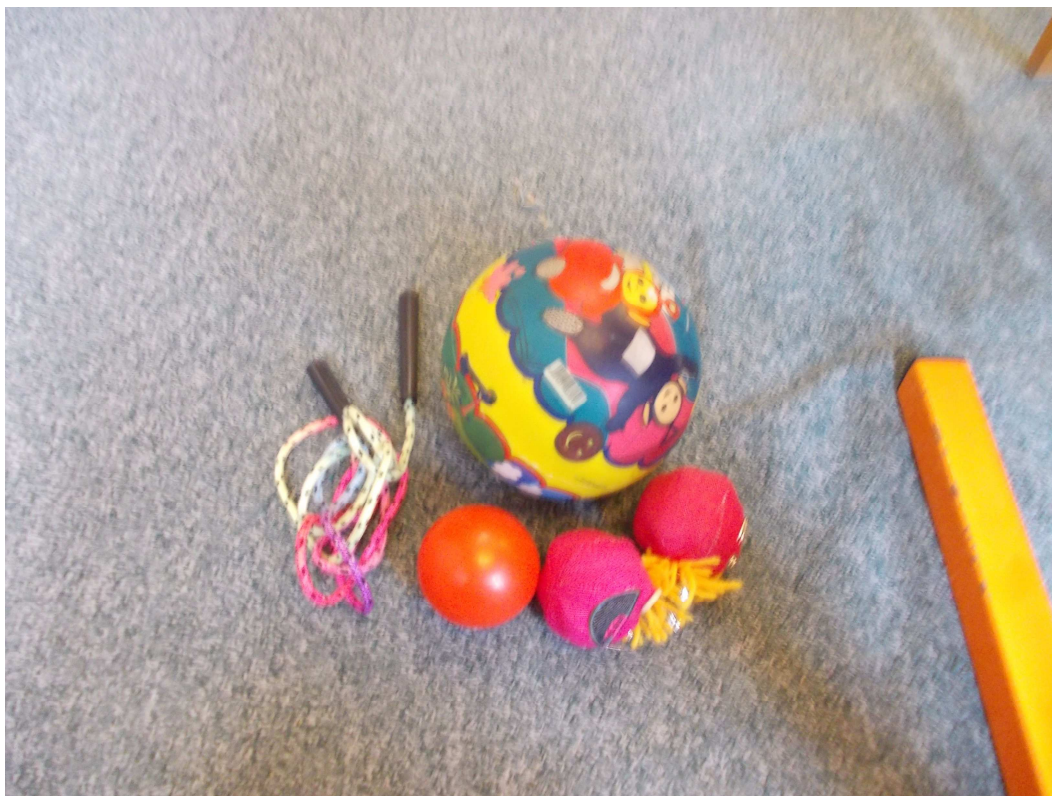
Zdroj: vlastní

Obrázek 31: Opičí dráha



Zdroj: vlastní

Obrázek 32: Postrkování míče a Kruh na zemi



Zdroj: vlastní

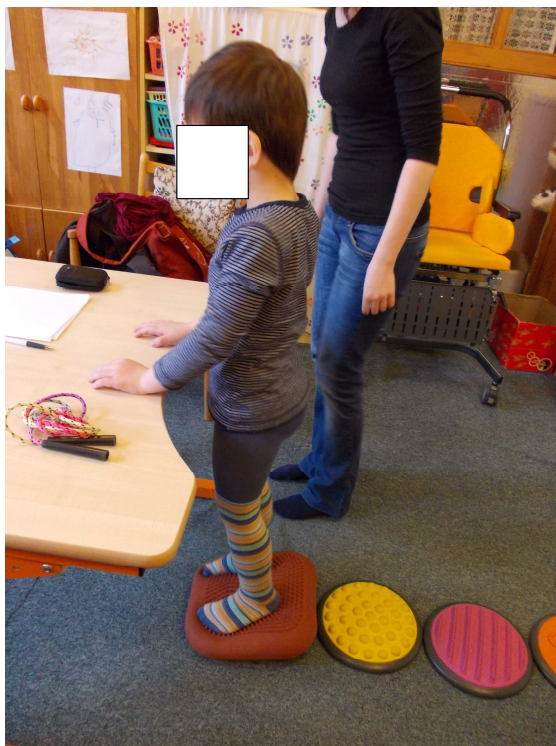
Příloha 9: Klient A při hře „Opičí dráha“

Obrázek 33: Příprava pomůcek



Zdroj: vlastní

Obrázek 34: Balancování na hmatových deskách



Zdroj: vlastní

Obrázek 35: Chůze po různě vysokém povrchu



Zdroj: vlastní

Obrázek 36: Překračování švihadla



Zdroj: vlastní

Příloha 10: Klientka B při hře „Postava“

Obrázek 37: Doplnění obličeje



Zdroj: vlastní

Obrázek 38: Finální výrobek



Zdroj: vlastní

Příloha 11: Klient C

Obrázek 39: Hra provázek na zemi



Zdroj: vlastní

Obrázek 40: Hra postrkování míče



Zdroj: vlastní

Obrázek 41: Chůze okolo švihadla



Zdroj: vlastní

Příloha 11: Seznam her

„Skákání v pytli“:

Cíl: zlepšení koordinace pohybu

Prostředí: chodba v centru Arpida

Pomůcky: kuželky, pytle na skákání

Pravidla: S klienty jsme se vzájemně pozdravili. Vysvětlila jsem jim pravidla hry a ukázala pomůcky. Bylo nutné jim činnost nejprve předvést, aby klienti pochopili průběh hry. Na zem jsem položila kuželky, které od sebe byly vzdáleny asi pět metrů. Všichni klienti si na sebe navlékli pytel a postavili se k první kuželce. Odpočítala jsem start a děti se snažily doskákat až k další kuželce. Ten, který doskákal jako první ke druhé kuželce, dostal odměnu.

„Hra s míčem“:

Cíl: zlepšení koordinace pohybu

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: míč, kyblík, klaun s otvorem

Pravidla: Klientovi jsem ukázala pomůcky a seznámila ho s pravidly hry. Klient se třefoval míčem do kyblíku nebo do klauna s otvorem. Hra měla několik možností, stále jsme ji obměňovali podle toho, jak kterého klienta bavila. Házeli jsme si s míčem, posílali jsme si ho nebo jsme se třefovali na různé cíle.

„Předmět položený na různých částech těla“:

Cíl: rozvoj pohybové koordinace, rozpoznávání částí těla a prostorová orientace

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pomůcky: malé plyšové hračky, židle, stůl, stolička, švihadlo, hmatové desky

Pravidla: Klientovi jsem určila určitou část těla, na kterou si položil plyšovou hračku a s tou po té překonával určité překážky. Ze začátku jsme pouze pojmenovávali části těla a pokládali na ně hračky, dále jsem hru stupňovala tím, že klient musel s hračkou ujít určitou vzdálenost bez toho, aby mu hračka upadla na zem. Později jsme s předmětem překonávali různé překážky jako překračování židle nebo stoličky, chůze po švihadle nataženém na zemi, chůze po hmatových deskách nebo chůze kolem stolu.

„Napodobování pohybů po terapeutovi“:

Cíl: zlepšení koordinace pohybu, rozpoznání částí vlastního těla

Prostředí: ergoterapeutická místnost

Pravidla: Klient stál proti mně a já prováděla různé pohyby různými částmi těla. Během této činnosti jsem různé části těla pojmenovávala a klient je opakoval. Později je pojmenovával sám. Role jsme si několikrát během hry vyměnili. Později jsem hru stupňovala tím, že měl klient zavřené oči a já jsem mu dávala pokyny. Dále jsme přidávali více částí těla najednou a pohybovali jsme se všemi naráz.