

Karlova Univerzita v Praze

1. lékařská fakulta

Ergoterapie

Ergoterapie u klientů s Downovým syndromem

*Možnosti ergoterapie u dětí s Downovým syndromem se zaměřením
na zvyšování soběstačnosti*

Bakalářská práce

Autor: Lenka Kravarová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Gerlichová

Konzultant práce: Bc. Olga Nováková

Praha 2008

Charles University in Prague
1st Faculty of Medicine
Occupational therapy

Occupational therapy in clients with Down syndrome

*Possible approaches and Occupational therapy sensibility used
for increasing self – dependence of children with Down syndrome*

Bachelor Paper

Author: Lenka Kravarová

Supervisor: Mgr. Markéta Gerlichová

Consultant: Bc. Olga Nováková

Prague 2008

*Motto :Vy říkáte "mongolik"
My říkáme "Downův syndrom"
Jejich přátelé je volají jménem.*

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Gerlichové, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze, za odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Dále chci poděkovat Bc. Olze Novákové, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze, za odborné konzultace a připomínky k práci. Poděkování také patří Barboře Horáčkové za pomoc s překladem do angličtiny a se stylistickou úpravou, Danielu Mansourovi za pomoc s grafickou úpravou práce, Veronice Vachové za trefné připomínky a v neposlední řadě Tereze Medkové a mé mamince za psychickou podporu.

Čestně prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Markéty Gerlichové a to na základě informací z uvedených zdrojů a vlastní praxe. Dále čestně prohlašuji, že během praxe jsem dodržela etické předpisy a normy, které jsem uplatnila rovněž při pořizování a uvádění údajů o pacientech, které jsou v mé bakalářské práci obsaženy.

Souhlasím s případným zapůjčením tohoto exempláře bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 3. 2008



Lenka Kravarová

Souhrn

Tato práce se zabývá metodami ergoterapie a jejich využitím u dětí s Downovým syndromem se zaměřením na zvyšování soběstačnosti. Downův syndrom je forma mentální retardace způsobená poruchou dvacátého prvního chromozomu. Tato práce se v teoretické části zabývá popisem Downova syndromu a jeho historií. Popisuje příčiny jeho vzniku, projevy – vnější a vnitřní, zvláštnosti vývoje u dětí, soběstačnost, využití ergoterapie a ergoterapeutický trénink. Dále následuje popis hry jako terapie a její různé formy. Jako stěžejní přístup pro práci s dětmi s Downovým syndromem byl zvolen a popsán biomechanický přístup. Praktická část obsahuje dvě kazuistiky dětských klientů s Downovým syndromem, ve kterých jsou uvedeny základní informace o klientech, je popsáno ergoterapeutické hodnocení motorických, kognitivních a senzomotorických funkcí a psychosociálních dovedností, je zhodnocena soběstačnost klientů a následně vytvořen krátkodobý ergoterapeutický plán a dlouhodobý ergoterapeutický plán. Dále je uveden popis a vyhodnocení nácviku jednotlivých dovedností soběstačnosti a v závěru je zhodnocen průběh a výsledky terapií.

Abstract

This paper is concerned with methods of occupational therapy and their use in children with the Down syndrome. It concentrates on the increase of self – dependance. The Down syndrome is a form of mental retardation caused by a malfunction of the twenty first chromosome. The theoretical part of the paper describes the Down syndrome, its history, causes, symptoms – internal and external, abnormalities in the development of children, self – dependance, the use of occupational therapy and its training. Description of a game as a therapeutic means and its various forms follows. As the major approach for therapy with children with the Down syndrome the biomechanic approach was chosen and described. The practical part contains two casuistics of children clients, evaluation of their motoric, cognitive and sensomotoric functions, psycho-social abilities. Self-dependance of clients was evaluated and accordingly, a short term plan and a long term plan were compiled. Description and evaluation of the self-dependance training follows and finally, the course and results of the training are evaluated.

Obsah

I. Úvod	1
II. Teoretická část	2
1. Historie Downova syndromu	2
2. Příčiny vzniku Downova syndromu	3
2.1 Chromozomální porucha	4
3. Projevy Downova syndromu	5
3.1 Vnější znaky	5
3.2 Vnitřní znaky	6
3.2.1 Somatické obtíže	6
3.2.2 Duševní příznaky	7
4. Zvláštnosti vývoje dětí s Downovým syndromem	7
4.1 Na koho se můžete obrátit o pomoc	9
5. Soběstačnost	10
5.1 ADL – Activities of Daily Living – aktivity všedního dne	10
5.1.1 Personální ADL	10
5.1.2 Instrumentální ADL	10
5.2 Hodnocení ADL	11
6. Využití ergoterapie u dětí s Downovým syndromem	12
6.1 Zásady práce s dětským klientem s Downovým syndromem	12
6.1.1 Zásady brzké péče a volby vhodného terapeutického programu	13
7. Ergoterapie a trénink soběstačnosti u dětí s D.S.	14
7.1 Dovednosti potřebné k integraci	14
7.1.1 Dovednosti v oblasti samostatnosti	14
7.1.2 Interpersonální dovednosti	15
7.1.3 Pracovní návyky	15
8. Trénink soběstačnosti	16
8.1 Nácvik oblékání	16
8.2 Nácvik používání toalety	17
8.3 Nácvik stolování	18
9. Orofaciální regulační terapie	19
10. Využití hry jako způsobu terapie	20
10.1 Formy her	20

11. Rodiče dětí s postižením	22
12. Popis přístupu využitého v praktické části	23
12.1 Biomechanický přístup	23
12.1.1 Adaptace	23
12.1.2 Stupňování aktivity	24
III. Praktická část	26
1. Analýza jednotlivých činností	26
1.1 Oblékání	26
1.2 Osobní hygiena	26
1.3 Používání toalety	27
1.4 Sebesycení	27
2. Kazuistiky klientů	28
2.1 Kazuistika I.	28
2.1.1 Základní informace	28
2.1.2 Ergoterapeutické hodnocení	28
2.1.3 Ergoterapeutický plán	32
2.1.4 Průběh terapie	32
2.1.5 Zhodnocení terapie	36
2.1.6 Závěrečné doporučení	37
2.2 Kazuistika II.	37
2.2.1 Základní informace	37
2.2.2 Ergoterapeutické hodnocení	38
2.2.3 Ergoterapeutický plán	42
2.2.4 Průběh terapie	42
2.2.5 Zhodnocení terapie	45
2.2.6 Závěrečné doporučení	46
IV. Diskuse	47
V. Závěr	48
Seznam použité literatury	50
Přílohy	

I. Úvod

Downův syndrom je forma mentální retardace způsobená poruchou dvacátého prvního chromozomu. Osoby s Downovým syndromem spojuje 55 společných znaků, které se u nich vyskytují nerovnoměrně. Všichni ale potřebují od raného života soustavnou péči týmu odborníků specialistů, jehož nedílnou součástí je i ergoterapeut.

Tématem ergoterapie u klientů s Downovým syndromem se v České republice doposud zabývalo jen velmi málo lidí. V odborné literatuře se můžeme dozvědět o tom, co je Downův syndrom, jak s lidmi s tímto postižením pracovat, jaké mají možnosti a jaké odborníky by klient měl navštěvovat. U ergoterapie je většinou popsáno, v čem může dítěti ergoterapeut pomoci. Chybí ale literatura, která je určena přímo pro ergoterapeuty, s návody, jak k těmto dětem přistupovat a jak různé dovednosti v oblasti jejich soběstačnosti rozvíjet.

Tato práce se v teoretické části zabývá popisem Downova syndromu, jeho historií, popisuje příčiny vzniku Downova syndromu, jeho projevy – vnější a vnitřní, zvláštnosti vývoje u dětí, soběstačnost, využití ergoterapie a ergoterapeutickou intervenci. Dále je uvedena orofaciální regualční terapie jako podpůrná technika pro zlepšení kvality života klientů, následuje popis hry jako terapie a její různé formy . Jako stěžejní přístup pro práci s dětmi s Downovým syndromem byl zvolen a popsán biomechanický přístup.

Praktická část obsahuje dvě kazuistiky dětských klientů s Downovým syndromem, ve kterých jsou uvedeny základní informace o klientech, je popsáno ergoterapeutické hodnocení motorických, kognitivních a senzomotorických funkcí, psychosociálních dovedností, je zhodnocena soběstačnost klientů a následně vytvořen krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán. Dále je uveden popis a vyhodnocení nácviu jednotlivých dovedností soběstačnosti a v závěru je zhodnocen průběh a výsledky terapií.

II. Teoretická část

1. Historie Downova syndromu

„Downův syndrom, označovaný také jako Downova choroba (morbus Downi), je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. V literatuře se udává, že lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10% všech lidí s mentálním postižením.“ (Švarcová, 2000:117)

Lidé se často ptají, zda se děti s Downovým syndromem rodily i v počátcích lidské civilizace, nebo jestli jsou chromozomální poruchy průvodním jevem moderní doby. I když přesná odpověď nikdy nebude dána, je velmi pravděpodobné, že mnohé ze známých geneticky podmíněných nemocí a chromozomálních abnormalit, včetně Downova syndromu, se vyskytovaly již v předchozích tisíciletích.

První vědecké zprávy o osobách s Downovým syndromem (dále jen DS) se objevily v polovině devatenáctého století. *„V roce 1838 popsal lékař Jean Esquirol vzhled dítěte, jehož znaky odpovídají dnešnímu fenotypu DS. Podobný poznatek popisuje v roce 1846 Edouard Seguin. V roce 1866 publikuje anglický lékař John Langdon Down vědeckou studii o skupině pacientů, kteří se svojí podobou a chováním odlišují od jeho ostatních pacientů. Výchtem jejich vnějších znaků vyčleňuje část mentálně postižených lidí od jiných duševně zaostalých pacientů. Pro jejich asiatský zjev používá Down termín "mongolismus", později se toto pojmenování považuje za zavádějící a nepřesné, v současnosti se již neuzívá.“* (www.dobromysl.cz)

Po historické publikaci J.L. Downa se objevují práce dalších autorů, kteří přispívají k popisu detailů, souvisejících s DS. Celkově se uvádí 55 charakteristických znaků, u každého jedince se ale vyskytuje pouze část z nich. Nikdy nebyla nalezena souvislost mezi počtem vnějších znaků a stupněm mentální retardace.

„Pokrok v metodách vizualizace chromozómů v polovině padesátých let našeho století, umožnil podrobnější a přesnější studie lidských chromozómů. Odtud byl už jenom krůček k objevu francouzského lékaře Jerome Lejeuna r. 1959, který identifikoval Downov syndrom jako chromozomální anomálii.“ (www.dobromysl.cz)

2. Příčiny vzniku Downova syndromu

Hlavní příčinou vzniku Downova syndromu je vrozená chromozomální vada, přičemž pravděpodobnost, že se narodí dítě s takovýmto syndromem, stoupá v některých případech i s věkem matky.

Tabulka č.1 Výskyt Downova syndromu v závislosti na věku matky

Věk matky	Výskyt Downova syndromu	Věk matky	Výskyt Downova syndromu
20	1 z 2 000	35	1 z 350
21	1 z 1 700	36	1 z 300
22	1 z 1 500	37	1 z 250
23	1 z 1 400	38	1 z 200
24	1 z 1 300	39	1 z 150
25	1 z 1 200	40	1 z 100
26	1 z 1 100	41	1 z 80
27	1 z 1 050	42	1 z 70
28	1 z 1 000	43	1 z 60
29	1 z 950	44	1 z 50
30	1 z 900	45	1 z 40
31	1 z 800	46	1 z 30
32	1 z 720	47	1 z 25
33	1 z 600	48	1 z 20
34	1 z 450	49	1 z 10

(Selikowitz, 2005:50)

Z tabulky vyplývá, že nejvyšší procentuelní pravděpodobnost výskytu Downova syndromu je u matek ve věku od 45 let výše.

2.1 Chromozomální porucha

Příčinou vzniku Downova syndromu je nadbytečný chromozom 21. chromozomového páru. Zdravý jedinec má v každé své buňce 23 chromozomových párů, tj. 46 chromozomů, jedinec s Downovým syndromem jich má o jeden víc - 47.

K této chromozomové vadě dochází již při vzniku zygoty – základ nového jedince, která vzniká splynutím mužské a ženské gamety – spermie, vajíčko. Již jedna z těchto gamet obsahuje úplnou chromozomovou sadu plus jeden chromozom č.21 navíc. Tento nadbytečný chromozom v jádře buňky způsobuje, že se v buňce vytvářejí určité přebytečné bílkoviny, které způsobují abnormální růst plodu – například menší vzrůst, méně mozkových buněk.

Vyskytují se tři různé typy vzniku dané poruchy. Jedná se o trisomii 21. chromozomu, translokaci a mozaicismus. Přibližně u 95 % postižených se jedná o výše zmiňovanou trisomii 21. chromozomu. Tito lidé mají tedy nadbytečný celý 21. chromozom v každé buňce svého těla. U této formy riziko výskytu nadbytečného chromozomu stoupá s věkem matky. (Kučera, 1981)

O translokaci mluvíme, jestliže dojde k odlomení malého vrcholku 21. chromozomu a jiného chromozomu a zbylé části obou se spojí. Příčina tohoto jevu je doposud neznámá, ale víme, že zde není závislost na věku matky. Translokace se vyskytuje asi ve 4 % případů a příznaky jsou stejné jako u běžné formy – trisomie 21. chromozomu.

Mozaicismus se vyskytuje přibližně u jednoho procenta lidí s Downovým syndromem. Jde o formu kde se nadbytečný 21. chromozom vyskytuje jen v některých buňkách. Fyzické i mentální příznaky tohoto jsou díky přítomnosti zdravých buněk mírnější. (Kučera, 1981)

Výše zmíněné „formy je důležité rozlišovat, protože předpoklad, že rodiče budou mít další dítě se syndromem, závisí určitým způsobem právě na tom, jakou z forem poruchy jejich dítě má.“ (Selikowitz, 2005:49)

3. Projevy Downova syndromu

U Downova syndromu bylo popsáno více jak sto charakteristických projevů, avšak u většiny lidí s tímto syndromem se jich projeví jen pět až sedm. Obecně se znaky charakterizující Downovu chorobu dají rozdělit na vnější a vnitřní znaky. „*Vnějšími znaky myslíme ty charakteristiky, které jsou viditelné a zřejmé i laikovi. Do této kategorie zařadíme charakteristické rysy tělesné stavby. Vnitřními ty, které zjistíme až po bližším kontaktu s daným člověkem s DS, případně po jeho podrobnějším vyšetření.*“ (Olšáková, 2000:10)

3.1 Vnější znaky

Do této skupiny patří celá řada specifických charakteristik pro Downův syndrom. Níže uvádím nejčastější z nich :

Obličej – při pohledu zepředu bývá kulatý a profil je obvykle plochý

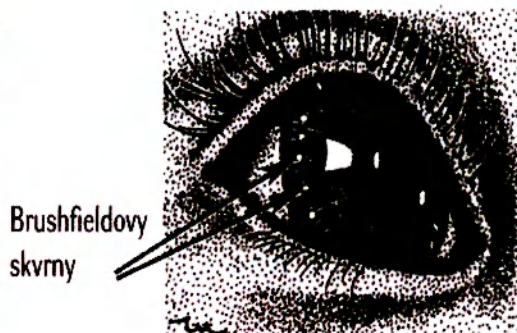
Hlava – typický je Brachycefalus (disproporční tvar lebky se sníženou klenbou a zploštělým zátylkem)

Oči – jsou mírně zešíklé vzhůru. Vertikálně mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu se vyskytuje epikantrická řasa (obr.č.1). Tato řasa může s přibývajícím věkem vymizet, může se zvedne a vypne přes kořen nosu. Na okraji duhovky se také mohou vyskytovat malé bílé či nažloutlé tečky – Brushfieldovy skvrny (obr.č. 2)

Obr. č. 1



Obr. č. 2



Vlasy – jsou jemné a rovné

Krk – je krátký a široký

Ústa – ústní otvor je menší a jazyk naopak větší než u zcela zdravých dětí. Kvůli těmto malým abnormalitám si některé děti občas zvyknou vyplazovat jazyk. Tomuto jevu se dá zabránit využitím technik orofaciální stimulace.

Ruce – jsou většinou široké, s krátkými prsty. Malíček může být o jeden kloub kratší a mírně zahnut k ostatním prstům. Tomuto symptomu se říká klikodaktylie (Obr. č. 3). Tyto abnormality mohou v ranném věku dítěte zhoršit schopnost správného úchopu. Proto je vhodná podpora správných úchopových stereotypů do doby, než omezení vymizí. Na dlani můžeme také vidět pouze jednu příčnou dráhu nebo, pokud se vyskytují dvě, obě se táhnou napříč dlaní.

Obr. č. 3



Nohy – bývají silné a mívají širokou „sandálovou“ mezeru mezi palcem a ukazovákem.

Svalové napětí – u končetin a krku je typická svalová hypotonie, neboli svalová ochablost. Svalová síla bývá bez patologie. (Selikowitz,2005; Niessen,1996)

Velikost postavy – děti s DS rostou většinou pomaleji než jejich vrstevníci. Jejich růst závisí na genetických a etnických faktorech, na výživě, hormonech a na jiných zdravotních podmínkách a určitých vlivech životního prostředí. V průměru dorůstají muži s DS výšky 147 – 162 cm a ženy asi 135 – 155 cm.

(Švarcová, 2000)

3.2 Vnitřní znaky

Za vnitřní znaky se považují převážně duševní příznaky a přidružené somatické obtíže.

3.2.1 Somatické obtíže

Zrakové vady – asi v 50% se vyskytuje krátkozrakost, ve 20% dalekozrakost a poměrně značná část lidí s Downovým syndromem šilhá. Proto je obzvláště v nízkém věku nutná brzká návštěva očního lékaře. Neodhalená zraková vada by mohla způsobit zbytečné potíže při terapiích či výuce.

Sluchové vady – v literatuře se uvádí, že až 60% klientů je lehce až středně sluchově postižených. Tato vada může neblaze ovlivnit nejen jejich verbální schopnosti, ale i psychický a emocionální vývoj. (Švarcová, 2000)

Srdeční vady – „Názor na frekvenci výskytu vrozených srdečních vad se u různých autorů liší. Niessen (1996) uvádí, že srdeční vadou trpí až 40% postižených, Rodinná encyklopedie zdraví (1993) britské zdravotnické asociace udává 25% a v učebnici dětského lékařství (Houštěk a kol., 1990) čteme pouze o 10% výskytu srdeční vady mezi jedinci s DS. Léčba jedinců s DS, kteří srdeční vadou trpí, se neliší od postupů uplatňovaných u ostatních kardiaků.“ (Olšáková, 2000:16)

3.2.2 Duševní příznaky

- mentální postižení je často v pásmu lehkého mentálního postižení až po spodní hranici středně těžkého mentálního postižení
- osoby s Downovým syndromem nejsou schopny abstraktního myšlení, jejich myšlení je těžkopádné a ulpívavé, mají sníženou koncentraci, paměť je mechanická a obtížně se orientují v čase
- naučí se obvykle poznávat čísla asi do 10, nebývají ale schopni početních úkonů, naučí se rozeznávat barvy, mají smysl pro rytmus a jednoduché melodie (možnost využití muzikoterapie), poměrně dobře se orientují v jednoduchých praktických situacích
- emocionálně jsou obvykle dobře laděni, klidní, neagresivní a milí

4. Zvláštnosti vývoje dětí s Downovým syndromem

„Podle nejnovějších údajů se na celém světě rodí každoročně přibližně 100 000 novorozenců s DS – tj. na každých 700 živě narozených dětí připadá jedno dítě s DS. V České republice se v poslední době rodilo přibližně 70 dětí s Downovým syndromem, což představuje 1 dítě s DS na 1500 živě narozených dětí“. (Strusková, 2000:162)

Vývoj dětí s Downovým syndromem se od zdravých dětí začíná značně lišit již od prvních dnů od narození a s přibývajícím věkem se tyto dovednostní a schopnostní odlišnosti stále více a více prohlubují. Tato vznikající propast mezi zdravým a „nemocným“ dítětem se však dá do jisté míry eliminovat pomocí vhodných a adekvátních stimulů odpovídajícím věku dítěte (pomocí vhodné facilitace

se dovedností a inhibicí nefyziologických návyků). Touto podporou se zabývá mnoho profesí, včetně ergoterapeuta.

Tato kapitola seznamuje s vývojem dětí s Downovým syndromem v jednotlivých fázích života od narození do školního věku. Dle mého názoru je velmi důležité, uvědomit si odlišnosti vývoje, protože od nich se pak odvíjí veškerá terapeutická podpora.

Dítě s Downovým syndromem se vyvíjí nepřetržitě celý život jak po stránce tělesné, motorické, intelektuální, tak i po stránce emocionální. Tento vývoj se však odehrává pomaleji než u zdravých dětí. Děti s touto chorobou potřebují na osvojení si dovedností podstatně více času a tím je opožděn i postup do dalších stadií vývoje.

(Selikovitz, 2005)

Hlavní vývojová stadia a jejich odlišnosti u dětí s morbus Downi nejlépe vystihuje tabulka číslo 2 přejatá z knihy Downův syndrom Marka Selikowitze. Autor zde stručně, přehledně a výstižně popisuje vývoj hrubé motoriky, jazyka a řeči, a základních sebeobslužných dovedností. Pro srovnání je zde uvedeno v jakém věkovém rozmezí je schopno vykonat jednotlivé dovednosti dítě bez zdravotní disability.

Tab. Č. 2

	Downův Průměrný věk	syndrom Věkové rozmezí	Normální Průměrný věk	vývoj Věkové rozmezí
Hrubá motorika				
Sedí bez pomoci	11 měsíců	6-30 měsíců	6 měsíců	5-9 měsíců
Leze	12 měsíců	8-22 měsíců	9 měsíců	6-12 měsíců
Stojí	20 měsíců	1-3 ¼ roku	11 měsíců	8-17 měsíců
Chodí bez pomoci	2 roky	1-4 roky	14 měsíců	9-18 měsíců
Jazyk a řeč				
První slovo	23 měsíců	1-4 roky	12 měsíců	8-23 měsíců
Dvouslovné věty	3 roky	2-7,5 roku	2 roky	15-32 měsíců
Sebeobslužné dovednosti				
Opětuje úsměv	3 měsíce	1,5-5 měsíců	1,5 měsíce	1-3 měsíce
Jí rukama	18 měsíců	10-24 měsíců	10 měsíců	7-14 měsíců
Pije ze šálku (bez pomoci)	23 měsíců	12-32 měsíců	13 měsíců	9-7 měsíců
Používá lžičku	29 měsíců	13-39 měsíců	14 měsíců	12-20 měsíců
Chodí na nočnick	3 ¼ roku	2-7 let	19 měsíců	16-42 měsíců
Obléká se (bez zapínání)	7 ¼ roku	3,5-8 ¼ roku	4 roky	3 ¼-5 let

(Selikowitz, 2005:61)

4.1 Na koho se můžete obrátit o pomoc

Chce - li rodič svému dítěti nechat narůst alespoň malá křídla soběstačnosti a tím dát větší volnost nejen jemu, ale i sobě, nestačí se obrátit jen na jednoho odborníka. Na zvyšování soběstačnosti nejen dětí s Downovým syndromem se podílí celý tým odborníků počínaje doktorem a konče sociální pracovníci. Jsou to: rodina, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, neurolog, pedagog a spec. pedagog, zdravotní sestra, osobní asistent.

Zdravotníci – již v porodnici by měli lékaři a sestry poskytnout rady týkající se rané zdravotní péče. Později by měl ošetřující lékař poskytnout informace o možnostech rehabilitace a odeslat k dalším specialistům – neurolog, psycholog atd.

Sociální pracovníci – by měli poskytovat rady týkající se sociální a právní problematiky, například v otázkách příspěvků a dávek

Speciální pedagog – zajišťuje podporu rozumových schopností, zařazení dítěte do vzdělávacího procesu

Ergoterapie – poskytuje nácvik soběstačnosti, orofaciální terapie, úprava prostředí, podpora kognitivního vývoje a grafomotoriky, předpracovní rehabilitace

Fyzioterapie – podporuje fyziologický vývoj dítěte, provádí Vojtovu metodu

Logopedie – podporuje řečové schopnosti

Psycholog – poskytuje diagnostickou a poradenskou činnost

(FN Brno; Švarcová, 2000)

V tabulce č.3 je znázorněno jaké vyšetření by mělo dítě s DS. podstoupit již v raném věku, aby se předešlo zbytečným komplikacím a péče o něj byla opravdu komplexní. Informace jsem čerpala z brožurky SPMP ČR, Sekce Downův syndrom z roku 1999.

Tabulka č.3 Plán péče o děti s Downovým syndromem

Vyšetření/test	Kdy a jak často
Celkové fyzikální vyšetření	Při porodu a pak v každé poradně
Testy funkce štítné žlázy	Při porodu, pak každý rok
Echokardiografie	Při porodu, dále pouze při zjištěné vadě
Neurologie	V 1.roce 1-2x, potom dle potřeby
Oční vyšetření	Od 9-12 měs.každý rok,od 10 let každé 2 roky
Vyšetření sluchu	Od 9-12 měs.každý rok,od 10 let každé 2 roky
Vyšetření zubní	Od dvou let každý rok

Od raného věku je nezbytná i vhodná rehabilitace pod odborným dohledem.

5. Soběstačnost

„Soběstačnost je míra samostatnosti člověka při vykonávání běžných denních aktivit a zastání potřebných a očekávaných rolí“ (Krivošíková, 2004) Jakmile dojde k poškození funkčnosti jedince ať po fyzické či po psychické stránce, míra soběstačnosti klesá v závislosti na obtížích klienta. Hlavním úkolem ergoterapeuta je tedy buď pomoci obnovit poškozené funkce klienta, nebo kompenzovat poškozené funkce. Ergoterapeutickou intervencí se snažíme o dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a tím o zvýšení kvality života klientů.

5.1 ADL - Activities of Daily Living – aktivity všedního dne

„Jedná se o zcela rutinní aktivity, které jsou ovlivněny naší kulturou. Provádíme je automaticky a jejich výkon si neuvědomujeme až do chvíle, kdy dojde k jejich omezení či narušení“ (Krivošíková, 2004) Tyto všední denní činnosti jsou pro každého jedince odlišné. Záleží na věku, pohlaví, zvycích, socio-kulturním prostředí apod. Aktivity všedního dne (dále jen ADL) dělíme na personální ADL a instrumentální ADL.

5.1.1 Personální ADL

Jde o činnosti, které jsou většinou intimní povahy, a tak je nutné dbát na soukromí klienta, zejména při nácvičku.

- příjem jídla
- oblékání
- osobní hygiena
- použití WC
- koupání
- přesuny
- kontinence moči a stolice
- chůze po rovině / do schodů

5.1.2 Instrumentální ADL

K vykonání těchto aktivit potřebují klienti vyšší psychosociální dovednosti (řešení problémů a kompletní interakce s prostředím). Vykonávání instrumentálních ADL je velice důležitá pro nezávislost jak v domácím prostředí, tak i v komunitě. Problémy v této oblasti mají převážně klienti s kognitivními poruchami.

- nákup
- příprava jídla
- zajištění chodu domácnosti
- manipulace s penězi
- telefonování
- použití dopravního prostředku

(Krivošíková, 2004)

5.2 Hodnocení ADL

Hodnocení aktivit všedního dne má mnoho terapeutických důvodů. Mezi první z nich patří zjištění míry soběstačnosti klienta, dále pak stanovení silných a slabých stránek a stanovení vhodné terapeutické intervence. Při hodnocení ADL je velice důležité brát zřetel na aktuální stav klienta (únava, bolest, úroveň postižení, vztah k činnosti atd.) a na správný výběr prováděné činnosti (náročnost, délka trvání).

Proč hodnotíme ADL?

- Odhalení disability
- Zhodnocení aktuálního funkčního stavu
- Určení rehabilitačního potenciálu – čeho je klient schopen
- Pro plánování terapie
- Monitorování efektivity terapie

Způsoby hodnocení ADL

Rozhovor – s klientem nebo rodinou

Pozorování – co klient zvládá

- v přirozeném prostředí – doma – je možno pozorovat přirozené chování, klient si je jistější
- během terapií

Testování – se zaměřuje na zhodnocení změn ve výkonu a identifikaci vhodnosti intervencí používaných během terapie

- kvantitativní přístupy – globální hodnocení – Barthel index, FIM
– standardizované hodnocení
- kvalitativní přístupy – strukturované pozorování

Hodnocené parametry

- význam a důležitost pro klienta
- nezávislost – potřebná míra asistence
- bezpečnost – riziko přítomno nebo nepřítomno
- omezení při provedení činnosti – fyzické omezení, smyslové omezení, snížený náhled
- bariéry

Co je nutné zohlednit při nácviku ADL?

- Aktuální funkční stav
- Zájmy a potřeby klienta
- Bezpečnostní opatření – potřeba další pomoci, zajištění proti úrazu
- Vhodný čas pro terapii

6. Využití ergoterapie u dětí s Downovým syndromem

Každé terapii předchází důkladné vyšetření schopností klienta a stanovení cíle pomocí konzultace s rodiči, nebo zodpovědnou osobou.

Cílenými terapeutickými přístupy lze u dětí s DS dosáhnout určitého stupně samostatnosti v praktických potřebách života. Jde o dlouhodobý proces výchovy a snažení se celého kolektivu lidí, jehož součástí nejsou jen pedagogové, terapeuti, ale i rodiče. *“Přestože jde o proces dlouhodobý, je třeba stanovit určitý plán postupu, aby se dítě i rodiče mohli tomuto programu přizpůsobit – adaptovat se. Všechny programy péče jsou přísně individuální.” (Šustrová, 1999:12)*

6.1 Zásady práce s dětským klientem s Downovým syndromem

Při plánování terapie pro klienty s Downovým syndromem se nejvíce vychází z faktu, že tento syndrom jde ruku v ruce s mentální retardací různého stupně. Proto se i v ergoterapii využívá přístupů všeobecně užívaných u klientů s mentální retardací. Pro kýženou efektivitu terapie by se tedy při práci s klienty dětského věku měly dodržovat určité zásady, které usnadní dětem s DS osvojení a dlouhodobé uchování nově nabytých dovedností.

Tyto zásady vycházejí z faktu, že klientova osobnost s mentální retardací má tyto charakteristiky: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji "já", opoždění psycho-sexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a komunikace, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů, malá přizpůsobivost k sociálním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť, tékavá pozornost (udržení pozornosti 15 – 20 minut), porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace. (Dolejší, 1978)

Vzhledem k výše uvedeným charakteristikám osobnosti s mentální retardací, potažmo s Downovým syndromem, by měla ergoterapie vycházet zejména z principu názornosti. „Mezi nejdůležitější didaktické metody ergoterapie patří demonstrace, efekt novosti či demonstrační šok, podnět, který přichází nečekaně (zvonek, hudební zvuk atd.)“ (Klivar, 2003:28). Za nejúčinnější se považuje spojení výkladu a demonstrace, poté jen slovní vysvětlení a za nejméně účinné se považuje pouze předvedení bez slovního dovysvětlení. Za velice důležitou se považuje motivace a důkladné vysvětlení proč danou činnost chceme provádět. (Klivar, 2003)

„V metodách ergoterapie hraje velkou roli instruktáž před začátkem práce, protože navozuje motivaci, předává poznatky. Postup instruktáže je takový, že pacienti si nejdříve zopakují teoretické vědomosti, potom následuje ústní a písemné obeznámení s příslušnou činností. Poté následuje předvádění činnosti.“ (Klivar, 2003:28)

Výše uvedené informace lze doplnit o poznatky čerpané z článku Downův syndrom jako komunikační problém, Šustrová M.

6.1.1 Zásady brzké péče a volby vhodného terapeutického programu

Pravidelnost – četnost terapeutické intervence by se měla odvíjet podle typu postižení, jedenkrát či vícekrát denně, týdně nebo měsíčně

Vhodná motivace dítěte – činnosti musíme dítěti s DS zadávat postupně a ve vhodném čase a prostředí. V potaz je třeba brát i charakterové a kognitivní vlastnosti dítěte a nikdy nesmíme vyžadovat vykonávání činnosti proti vůli dítěte

Nácvik jednotlivých úkonů terapeutického programu – terapie by měla probíhat v místnosti kde je co nejméně rušivých elementů, aby se dítě mohlo dostatečně koncentrovat. Prostor i nálada má být příjemná, bez napětí a celá terapeutická intervence by měla být prováděna hravou formou bez nucení a naléhání na dítě. Jak jsem již uváděla výše, činnost, kterou chceme provést po dítěti, musíme náležitě

předvést se slovním výkladem a nechat dítěti prostor na otázky. „*Například u nácviku oblékání kalhot, předvede terapeut sám jak se kalhoty oblékají a doplní to příslušným komentářem. Když dítě aktivitu nesplní je potřeba úkol zopakovat. Když se ani poté nedostaví žádaný výsledek, je třeba vhodným způsobem dítě k výkonu stimulovat (pochvala, povzbuzení atd.). Za určitých okolností je lepší na chvíli přerušit nácvik na den a nebo na delší dobu*“ (Štrusová, 1999:12)

7. Ergoterapie a trénink soběstačnosti u dětí s DS

Před započítím terapie u klientů dětského věku s DS je důležité si uvědomit, jaké dovednosti má dané dítě ve svém věku zvládat a jaké by měly být jeho návyky. Důležité je si také uvědomit, jaké jsou požadavky rodičů dítěte.

Tato práce se zaměřuje převážně na oblast soběstačnosti v oblasti personálních ADL (nácvik oblékání, sebesycení, používání toalety a osobní hygieny), ale zapomínat by se nemělo na cíl ergotereapeutické intervence, což je integrace lidí s handicapem do společnosti. U klientů dětského věku se jedná převážně o integraci do mateřské školky, nebo prvního stupně základní školy.

7.1 Dovednosti potřebné k integraci

Je třeba zmínit, jaké dovednosti by dítě s DS mělo ovládat, aby mohlo být intergovatelné do školských zařízení a na co by se tedy měl ergoterapeut zaměřit. Jedná se o dovednosti, které by mělo mít osvojené pětileté dítě v oblastech samostatnosti, vztahů a práce.

V praktické části se práce podrobněji zaměřuje pouze na nácvik oblékání, osobní hygieny, používání toalety a sebesycení.

7.1.1 Dovednosti v oblasti samostatnosti

Oblékání

- oblékat se bez přímého dohledu
- zapínat a rozepínat knoflíky, zipy
- rozlišovat rub a líc
- rozeznat přední a zadní část oděvu

Sebesycení

- používat příbor, skleničku
- jíst samostatně
- neodcházet od stolu před koncem jídla
- pomáhat s prostíráním a sklizením ze stolu

Osobní hygiena a udržování pořádku

- uklízet si své oblečení
- dodržovat hygienu a čistotu při jídle
- mýt si ruce před jídlem a po jídle
- umýt si obličej, vyčistit zuby a učesat se
- spolupráce při koupání

Lokomoce

- chodit do schodů a ze schodů
- skákat po jedné noze, po obou..
- dávat pozor při přecházení silnice

7.1.2 Interpersonální dovednosti

- znát a používat jména spolužáků
- zapojovat se do her a jiných činností
- chovat se slušně k ostatním dětem
- neničit věci, neublížovat okolí
- dodržovat běžná pravidla společenského chování – zdravit, poděkovat, omlouvat
- umět pracovat ve skupinách
- zajímat se o pocity a zájmy druhých
- požádat o pomoc

7.1.3 Pracovní návyky

- vhodně se chovat při všech činnostech
- poslouchat instrukce
- dokončit činnost

- uklidit po sobě pomůcky
- dělit se o společný materiál
- vhodně používat materiál
- odhadnout, co bude potřeba pro danou činnost

(Guíza,1995:32)

8. Trénink soběstačnosti

Tato kapitola podrobněji popisuje nácvik soběstačnosti v jednotlivých položkách personálních ADL, kterým se při nácviku s dětmi věnujeme.

8.1 Nácvik oblékání

Před samotným nácvikem oblékání je nutné si uvědomit, co by dítě v daném věku již mělo zvládat samo a na co ještě není dostatečně zralé. Přílišné nároky na dítě by mohly mít negativní vliv na celý průběh terapie. Také je nutné vyšetřit, zda se dítě již dobře orientuje ve svém tělesném schématu. Pokud tomu tak není, pak dobře neporozumí našim pokynům.

Co můžeme od zdravého dítěte v určitém věku očekávat?

15 měsíců – ochotně při oblékání pomáhá

18 měsíců – nasadí si čepici, rozepne si zip, pokouší se obout boty a navléknout si ponožky

24 měsíců – obouvá si boty, navléká paži do rukávu

30 měsíců – částečně se svléká, natahuje si ponožky, a obléká si košili

3 roky – při svlékání pomáhá svléknout košili, popřípadě svetr, začíná se oblékat, rozepíná si středně velké knoflíky, zapíná veliké knoflíky na cvičném čtverci, rozšněruje boty, obuje si obuv

4 roky – obléká se téměř samo, šněruje tkanice do bot na cvičné botě

4,5 roku – zašněruje si boty

5 roků – oblékne se samo, zapne si i menší knoflíky

6 roků – udělá jednoduchý uzel

7 roků – svede dvojitou kličku

(Pfeiffer, 2001)

„Nácvik sebeobsluhy v oblékání vychází v výše uvedených údajů, které jsou přibližné a mohou existovat značné individuální odchylky“ (Pfeiffer, 2001:34) Velice záleží na rozdílnosti kalendářního a biologického věku, například dítě se může projevovat jako 15-ti měsíční a přitom je tříleté.

Nácvik vychází z principů biomechanické metody – stupňování činností, využívání kompenzačních pomůcek. „Cvičení provádíme nejprve na různě velkých pannách, na připevněných velkých botách a kusech látky s různě velkými knoflíky a dírkami. Oblek nesmí být těsný, naopak spíše o něco větší. Odděleně se nacvičuje oblékání horní a dolní poloviny těla, poněvadž každá představuje jiný druh problému.“(Pfeiffer 2001:34) Když dítě zvládá vykonat veškeré úkony na terapeutických pomůckách, můžeme postupně přecházet na nácvik oblékání na těle dítěte. „Oblékání spodní poloviny těla zkusíme nejprve vleže na zádech, aby dítě mělo větší pocit jistoty. Za nejsložitější je nutno považovat oblékání triček a pulovrů přes hlavu.“(Pfeiffer 2001:34)

Velice důležité je dítěti s DS podrobně vysvětlit postup oblékání jednotlivých částí oblečení a zpočátku nácviku na těle mu poskytovat fyzickou pomoc, která postupem terapií přejde na slovní vedení a nakonec úkon dítě zvládne samo.

Děti s Downovým syndromem mají také problémy s koncentrací, proto je nácvik dobré provádět v místnosti, kde bude co nejméně rušivých elementů.

8.2 Nácvik používání toalety

Co můžeme od zdravého dítěte v určitém věku očekávat?

15 měsíců – dítě částečně ovládá močení, ovládá stolici, hlásí když se pomočí

18 měsíců – přes den se nepomočí

21 měsíců – řekne si, když potřebuje na nočník

24 měsíců – v noci se nepomočí, když je jednou vysazeno na nočník, řekne si, když chce na stolici

3 roky – samo se pokouší jít na nočník nebo na klozet bez valného úspěchu

4 roky – jde samo na klozet

5 roků – je zcela nezávislé

(Pfeiffer, 2001)

Vyprazdňování moče a stolice je zajištěno vrozenými nepodmíněnými reflexy. Ty se učíme již od dětství ovládat jednak na úrovni vědomé, tak i nevědomé, ve spánku se probudíme. „*U dětí v přiměřeném, výchovně působícím prostředí se kulturní návyky používání WC tvoří mezi 3 – 5 rokem.*“ (Pfeiffer 2001:35)

Při nácvičku používání toalety je důležité myslet na to, aby použití bylo pro dítě co nejjednodušší. Toaleta i splachovadlo by mělo být dostupné, oblečení jednoduše odložitelné, WC by mělo být opatřeno madly po obou stranách. (Pfeiffer,2001) Pro samostatné používání toalety je také velice důležité předchozí zvládnutí svlékání a oblékání spodní části těla.

Postup nácvičku používání toalety se v základních principech neliší od nácvičku oblékání. Postup používání WC musíme dítěti nejdříve dostatečně vysvětlit. Zpočátku mu musíme pomáhat, později mu slovně pomáhat s postupem (nejdříve se svléknout, posadit se, vyprázdnit se, obléknout se, spláchnout, umýt si ruce). Dítě si s postupem času tento postup zafixuje a použití toalety zvládne dříve či později samo.

Používání toalety je úzce spjato s oblékáním a osobní hygienou, proto je dobré tyto tři aktivity nacvičovat postupně a v podobném období.

8. 3 Nácviček stolování

Co můžeme od zdravého dítěte v určitém věku očekávat?

6 měsíců – dává si předměty do úst

9 měsíců – jí samo piškoty, rohlík

12 měsíců – jí pomocí prstů

18 měsíců – bere šálek do obou rukou, při požívání polévky se většinou značně znečistí, podobně jako při požívání kaše

30 měsíců – jí správně polévku i kaši, začíná používat vidličku

3 roky – krmí se samo

4 roky – dává přednost vidličce

4,5 roku – dovede pít pomocí brčka, uchopí pohárek jednou rukou

5 roků – krájí měkká jídla

5,5 roku – nalévá z láhve o objemu asi 90 cl

6 roků – krájí jakékoliv maso

(Pfeiffer, 2001)

„Výživu v dětském věku zajišťuje sací reflex. Když je sací reflex nedostatečně výhavný, musí se dítě živit kapátkem, nebo parenterálně, popřípadě nosní sondou, ale vždy jde o příznak závažného postižení. Pasivní krmení přechází v aktivní sebekrmení ve věku kolem tří roků u duševně normálních dětí. Při ordinaci ergoterapie má program nácviku stolování významné postavení.“ (Pfeiffer, 2001:36). Pro nácvik sebesycení je velice vhodné využívat kompenzačních pomůcek, které dítěti usnadní příjem potravy. Jedná se například o protiskluzové podložky, talíře s vyvýšenými okraji, kryté hrnky, hrnky se dvěma uchy, příbor z umělé hmoty – snižuje riziko poškození dásní, příbor se speciálně upravenou rukojetí.

Při terapii je důležité brát v potaz ergonomický sed klienta. Dítě by mělo sedět rovně s nohama na zemi a na talíř by mělo bez problému dosáhnout. Když není k dispozici vhodná židle, stačí vsunout pod plosky nohou nějakou podložku. Postupovat by se opět mělo od nejjednoduššího ke složitějšímu – začít u měkké stravy a postupně přecházet ke složitějším pokrmům. V začátcích je lepší provádět nácvik na pokrmech, které má dítě rádo. Zde je výhodou, že děti s Downovým syndromem nejsou v jídlu vybíravé.

Samotná terapie by opět měla probíhat v klidném prostředí. Terapeut by měl dítě s pokrmem seznámit a ujistit se, že ho dítě jí a že má pokrm vhodnou teplotu. Během prvních terapií krmíme dítě sami a spíše mu ukazujeme, jak to při stolování vypadá. Postupem času mu začínáme vkládat do ruky lžici a při manipulaci s pokrmem mu pomáháme vedením. Podle reakcí dítěte můžeme dále stupňovat probíhající terapii.

„Cílem ergoterapie je dosáhnout co nejvyššího standardu kulturního stolování.“

(Pfeiffer, 2001:36)

9. Orofaciální regulační terapie

Orofaciální regulační terapie - ORT je metoda určená dětem s Downovým syndromem. Vznikla v Argentinském neurofyziologickém centru. Autoři - dr. R. Castillo Morales a dr. Juan Bronto - ji v sedmdesátých letech vyvinuli pro děti s Downovým syndromem a následně ji aplikovali u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Cílem této techniky je lepší orientace jazyka v ústech, změna jeho polohy, aktivizace sání a polykání, úprava funkce žvýkacího svalstva. Současně se normalizuje svalové napětí, uvolněním čelistí se zmírňuje skřípání zubů, ovlivňuje se atypický akt polykání a vzájemná poloha hlavy a čelistí. Tím se také upravuje a stimuluje dýchání,

což má velký význam pro rozvoj řeči a celkový psychomotorický vývoj. Z hlediska komunikačních schopností ORT ovlivňuje především foneticko-fonologickou rovinu jazyka, protože dochází k úpravě anatomických poměrů v ústní dutině. Po uplatnění ORT je vytvořen mimořádně "příznivý" terén pro navazující logopedickou pomoc, která zpětně fixuje výsledky ORT a zesiluje její efekt.

ORT neléčí všechny problémy najednou - volí se priority, zvažuje se, co je v daném okamžiku pro dítě nejdůležitější - zda např. přijímání potravy, nácvik dýchání nosem, problémy spojené s pohybem, jemnou motorikou, zvýšené slinění nebo řečové či psychologické problémy.

Orofaciální regulační terapii učí rodiče dětí s Downovým syndromem Eva Matějčková v Klubu rodičů a přátel dětí s DS při Speciální mateřské škole, Stíbrova, Praha 8. Eva Matějčková pracuje ve Výskumnom ústave detskej psychológie a patopsychológie - Dětské centrum, Cyprichova 42, Bratislava. (www.dobromysl.cz, 2; Matějčková 2006)

10. Využití hry jako způsobu terapie

Hra jako taková je přirozenou a důležitou součástí života každého dítěte. Jedná o činnost, která je pro něj zábavná a vždy se k ní rád vrací. Tohoto faktu jde výborně využít i v ergoterapeutické intervenci u dětí s Downovým syndromem. Díky správně zvolené hře můžeme nenásilnou formou rozvíjet mnohé schopnosti dítěte – kognitivní, motorické, lokomoční, smyslové, emoční, sociální i sebeobslužné a sobestačností. Takto zvolená terapie bude pak pro dítě zábavná a většinou si ani samo neuvědomí, že se zrovna něco učí. Takové dítě se pak na terapii bude těšit a vy se jen málo kdy setkáte s jeho pláčem. Hlavní formy her, pomocí kterých můžeme rozvíjet schopnosti dítěte s Downovým syndromem, jsou hry funkční, hry námětové, hry s pravidly a hry konstruktivní.

10.1 Formy her

Funkční hra – „je zaměřená na rozvoj fyzické, smyslové a psychomotorické stránky dítěte, napomáhá získat koordinaci různých částí těla a pohybů. Hlavní charakteristikou funkční hry je to, že ji dítě vykonává opakovaně, čímž si upevňuje získané návyky a poznává svět který ho obklopuje.“ (Guíza,1995:28) Tento typ her napomáhá

také rozvíjí jemnou motoriku (lepení obrázků, vystřihování) a rozvíjí koordinaci pohybů.

Námětová hra – je hra při níž si dítě představuje nějaký předmět, napodobuje nějakou scénu nebo akci. Pomocí námětových her děti poznávají okolní svět, učí se ho přijímat, učí se přizpůsobovat reálným situacím, získávat i nepříjemné zkušenosti. Velmi oblíbené jsou hry, které napodobují činnost dospělých (nějaké zaměstnání – vhodné pro trénink samostatnosti), stejně tak je baví se převlékat a hrát si na někoho. (Guíza,1995:28)

Hra s pravidly – „jsou takové, při nichž se dítě učí přijímat jistá pravidla závazná pro tu či onu hru.“ (Guíza,1995:28)

Konstruktivní hra – „zahrnuje činnost, při níž dítě rozvíjí svůj smysl časově-prostorový, smysl pro řád, rytmus, symetrii, tvořivost a fantazii“ (Guíza,1995:28). Velmi časté jsou hry s kostkami, hlavolamy, s plastelínou, hlinou nebo obrázky.

Avšak i pro terapii hrou platí určitá pravidla, která by se pro úspěšnost dané intervence měla dodržovat. Jedná se o vytvoření vhodného prostředí, o vhodné načasování a motivaci. Tato pravidla již byla výše zmíněna. Důležité je také vhodně zvolit hru, která bude odpovídat možnostem dítěte a zároveň podpoří váš terapeutický úmysl – tedy rozvoj potřebné oblasti. Při hře by se také mělo postupovat od jednodušších úkolů ke složitějším – tzv. stupňování činnosti – dítě pak samo vidí své úspěchy a snad nejdůležitější je zpětná vazba.

Hra také nesmí být jednotvárná – například je vhodné obměňovat hračky. Také je třeba volit hru odpovídající schopnostem a dovednostem dítěte – příliš jednoduchá hra dítě nemotivuje, příliš složitá také ne.

(Newman, 2004)

Využití hraček při tréninku soběstačnosti

- zavazovací boty
- zapínání knoflíků
- zapínání různých typů spon a uzávěrů
- oblékání panenky/panáčka
- skládačky postav pro uvědomování si tělesného schématu – panenka, medvídek

11. Rodiče dětí s postižením

Při vývoji dětí s Downovým syndromem, nebo jakýmkoliv jiným postižením, hraje velkou roli i vyrovnanost rodičů. Rodič, který očekává příchod krásného zdravého potomka, může být narozením děťátka s disabilitou zlomen. Je tedy při nejmenším vhodné zabývat se i způsoby, jak se mohou budoucí maminky a tatínkové vyrovnávat s příchodem potomka s Downovým syndromem.

Ergoterapeut totiž při svých terapiích nepracuje jen s klientem samotným, ale i s celou jeho rodinou a u klientů v dětském věku je velmi důležité, aby do terapií byli zapojeni jeho nejbližší, tedy jeho rodiče. Proto by měl každý ergoterapeut vědět, v jaké situaci se rodič zrovna nachází a jak může pomoci nejen dítěti s postižením, ale i jeho rodičům. Tato kapitola bych Vás tedy seznamuje s možnými reakcemi rodičů na postižení dítěte.

„Velká část rodičů, zejména pod vlivem obrovského psychického stresu a také proto, že neměla základní morální znalosti, jak tuto náročnou situaci řešit, umísťovala narozené děti s DS ihned do ústavní péče. Není pochyb o tom, že mentální vývoj dítěte, opuštěného vlastními rodiči a navíc poznamenaného nezvratnou diagnózou, má nesrovnatelně horší perspektivu budoucího rozvoje než dítě obklopené láskou a kvalitní rodinou“ (Strusková 2000:163).

„Když se dítě s DS narodí nastává konflikt. Neboť sebedokonalejší dítě se bude od představy zdravého dítěte lišit. A to je skutečnost se kterou se musí vyrovnat každý rodič, protože každé dítě je osobnost. Samostatná osobnost, jejíž život neurčují pouze touhy a přání rodičů.“ (FN Brno, str. 2)

Pocity, které budou rodiče prožívat po sdělení diagnózy, jsou šok, bolest, vina, odmítání, přizpůsobení a řešení. Na pomoc rodičům dětí s mentálním postižením, které vyžadují včasnou péči, se již zaměřuje mnoho center. (viz příloha č. 5)

Rodiče dětí s Downovým syndromem by měli vědět, že :

- I když se jejich děti liší od ostatních vzhledem a chromozomální podstatou, jsou to stále myslící jedinci, kteří jsou schopni napodobovat, poznávat, učit se, vyvíjet se a projevovat se
- Díky správným terapeutickým a pedagogickým přístupům se jejich dítě většinou naučí psát, číst a počítat a z větší části je později i soběstačné

- Lidé s DS jsou v dospělosti schopni téměř samostatného života
- Při všestranné lékařské péči se průměrná délka života osob s DS prodlužuje

12. Popis přístupu využitého v praktické části

Při práci s dětskými klienty s diagnózou Downův syndrom jsem se pro zlepšení jejich soběstačnosti rozhodla použít jeden z mnohých přístupů, jež se využívají v rámci ergoterapie. Jde o přístup biomechanický. Myslím si, že tento přístup je velmi dobře využitelný pro klienty v dětském věku s určitým stupněm mentálního postižení. Z mého pohledu je i jednoduše upravitelný právě pro dětské klienty.

Tato kapitola stručně seznamuje s výše zmiňovaným přístupem.

12.1 Biomechanický přístup

Přístup stupňování aktivit (graded activities approach) - postupný, od jednoduchého ke složitějšímu, kontinuální nácvik problematické oblasti;

Přístup ADL (ADL approach) - zlepšení dovedností na základě opakování;

Kompenzační přístup (compensatory approach) - využití zbývajících schopností pomocí kompenzačních pomůcek a adaptace prostředí.

12.1.1 Adaptace

Adaptace se vykonává pro to, aby klient mohl činnost vůbec provést. Provádí se ve dvou případech:

- klient není schopen provést činnost žádným způsobem (sám bez pomůcky či jiné úpravy), potřebuje adaptaci například ve formě pomůcky, úpravy prostředí a podobně.
- klient je schopen činnost provést, ale pro provedení potřebuje delší čas, nebo je kvalita výkonu snižena. Adaptací mu umožníme rychlejší a kvalitnější provedení.

Nejběžnější adaptace:

Prostředí: typ, velikost místnosti (malá, větší, velká, rozmístění nábytku)

Pomůcky: množství pomůcek, náradí, materiál, úprava nástrojů, nástavce

Sociální: počet osob ve skupině, co se od nich očekává

Fyzická: pracovní pozice, náročnost na sílu, potřebný rozsah pohybů

Kognitivní: ucelenost, posloupnost činnosti, potřeba instrukcí

Emocionální: zájem, sebevyjádření, význam činnosti

Čas, doba: trvání, opakování, jak dlouho je klient schopný udržet pozornost

Struktura: pořadí části úkolu, vynechání nepodstatných úkolů

12.1.2 Stupňování aktivity

Stupňování aktivity zahrnuje postupné zvyšování nebo snižování nároku při vykonávání činnosti tak, abychom dosáhli největšího terapeutického efektu (podporujeme poškozené funkce, nebo se zaměřujeme na funkce nepoškozené či kombinované). Stupňování aktivity vyžaduje od terapeuta značnou flexibilitu – musí být schopen reagovat na aktuální stav klienta (například v případě momentální indispozice – nevyspalost, bolest - zvolit snazší provedení činnosti). Při stupňování aktivity se můžeme zaměřit na činnost jako celek, nebo můžeme zvýšit nebo snížit obtížnost pouze v jednom kroku. Například – jestliže jsme zvolili náročnou činnost, tak snížíme obtížnost, pokud klient zvládá činnost dobře, obtížnost zvýšíme.

Příklady stupňování:

- pořadí, součásti úkolů
- tvar, velikost nástrojů (například rukojetě širší, užší, žádné, pro obtížnost provedení)
- umístění nástrojů, pomůcek, nábytku, materiálu (například nejprve pomůcky potřebné k činnosti můžeme klientovi připravit, jako další stupeň si pomůcky klient musí vzít sám, uspořádat si je k činnosti)
- množství, typ materiálu (například s větším množstvím materiálu je obvykle náročnější manipulace, na prohnětení většího kusu keramické hlíny potřebují větší sílu a delší čas pro zpracování)
- rychlost, doba provádění, opakování činnosti
- požadování přesných (potřebných) pohybů pro provádění úkolů
- požadavek svalové síly
- požadavek na percepci
- kognitivní složka (logické myšlení, pozornost, paměť, komunikace..)
- jednoduchost, ucelenost

- způsob a množství podávaných informací, demonstrace, ukázka výrobku
- souvislosti úkolů časové, prostředí, sociální, kulturní
- místo, kde bude činnost prováděna
- počet účastníků – požadavky na interakci s ostatními (klienti mohou pracovat nejprve vedle sebe, později vyžadujeme spolupráci dvou nebo více klientů)

(Hamáčková, 2004)

III. Praktická část

Svou pětítýdenní praxi v rámci bakalářské práce jsem vykonávala ve Speciální mateřské školce Štíbrova, jejíž součástí je i Klub rodičů a přátel Downova syndromu. Během celé praxe jsem pracovala s dvěma dětmi s Downovým syndromem – Vojtěchem a Lucií. U obou klientů byla terapie zaměřena na oblast personálních ADL, konkrétně na nácvik oblékání, osobní hygieny, používání toalety a sebesycení. Při práci jsem využívala poznatků Biomechanického přístupu. Cílem celé terapeutické intervence bylo zvýšení míry soběstačnosti u obou klientů.

1. Analýza jednotlivých činností

Pro lepší terapeutické zhodnocení (pochopení) trénovaných činností, jsou v této kapitole činnosti rozepsány do jednotlivých kroků.

1.1 Oblékání

- nalezení a manipulace s oblečením ve skřínce
- výběr vhodného oblečení vzhledem k počasí
- správná posloupnost jednotlivých kroků oblékání
- obléknout a svléknout si horní polovinu těla
- obléknout a svléknout si dolní polovinu těla
- zapnout zip, knoflíky
- obout a vyzout si boty, přezůvky
- zavázat a rozvázat tkaničky
- srovnat oblečení
- uložit oblečení do skříňky

1.2 Osobní hygiena

Mytí rukou

- dojít k umyvadlu
- umět otočit kohoutkem a tak pustit a vypnout vodu
- pomocí dávkovače aplikovat na ruce mýdlo
- namydřit ruce

- opláchnout ruce
- utřít ruce do ručníku

Čištění zubů

- znát místo, kde je uložen kartáček a pasta
- umět otevřít pastu
- dát přiměřené množství pasty na kartáček
- pustit a vypnout vodu
- vyčistit zuby
- vypláchnout ústa
- uklidit kartáček a pastu

15.3 Používání toalety

- uvědomit si potřebu
- svléct kalhoty a spodní prádlo na dolní polovině těla
- vykonat potřebu
- použít toaletní papír
- obléknout se
- spláchnout
- mytí rukou

15.4 Sebesycení

- příprava stolu před stolováním
- donést si jídlo ke stolu
- odnést použité nádobí
- manipulace s příborem
- dopravit jídlo do úst a dále ho zpracovat
- pití z hrnku či sklenice

2. Kazuistiky klientů

2.1 Kazuistika I.

2.1.1 Základní informace

Klient: Vojtěch Č.

Datum narození: 3.6.2003

Diagnóza: Downův syndrom, vrozená srdeční vada chlopně

OA: porod bez komplikací dva týdny po termínu, ve 3. měsíci cvičení dle Vojtovy metody, v 10. měsíci první slova, nyní navštěvuje Speciální mateřskou školku Štíbrova

RA: rodina úplná, bratr Jan narozen 2006

Kompenzační pomůcky: žádné

Dominantní končetina: pravá

Doba terapie: 6.9.2007 – 8.10.2007

2.1.2 Ergoterapeutické hodnocení

Motorické funkce :

Lokomoce

- chůze ze schodů i do schodů pouze s dopomocí, nohy nestřídá
- chůze je samostatná, ale výrazně ovlivněna zvýšenou unavitelností
- skáče jen snožmo
- chybí rovnováha při stání na jedné noze
- koordinace i nápodoba pohybů při motorických hrách je mírně omezena
- míč hodí, ale nechytí

Jemná motorika a vizuomotorická koordinace

- úchopy: při manipulaci s předměty používá pouze válcový úchop
- cílení a koordinace pohybů: chybí koordinace jemných pohybů – problém při vytrhávání z papíru
- kresba: s pomocí nakreslí kruh
- při práci někdy chybí zraková kontrola
- nevystřihuje z papíru

Citlivost

- hluboké i povrchové čítí je na obou HKK ovlivněno hyposenzitivitou

Svalová síla

- je snížena vzhledem k biologickému věku

Kognitivní funkce:

- orientace: je orientován osobou, místem i časem
- pozornost a soustředění se: je silně ovlivněno jeho náladou a rušivými elementy v okolí
- prostorová orientace: klient s ní nemá problémy, v interiérech i exteriérech se orientuje bez jakýchkoliv problémů
- zvýšená unavitelnost
- velmi často nedokončí zadaný úkol
- dobře se orientuje v tělesném schématu
- nerozpoznává barvy

Senzorické funkce:

- zrakové, sluchové vnímání není poškozeno
- hmatové je mírně sníženo

Psychosociální dovednosti:

- Interpersonální dovednosti: Klient je často veselý, rád si hraje s dětmi a zapojuje se do skupinových činností. Nerad vykonává činnosti spojené se sebeobsluhou a to se odráží v jeho přístupu. Klient je pak vznětlivý a nepřístupný
- Řeč: komunikuje verbálně pouze jednoslovně i nonverbálně – vyhledává oční kontakt, mává, porozumění odpovídá diagnóze
- Motivace: Klienta je těžké namotivovat k činnostem, které nepatří mezi oblíbené. Činnosti, které ho baví či zajímají, vykonává velice rád a s nadšením.

Hodnocení soběstačnosti :

Pro vyšetření soběstačnosti klienta v oblasti ADL byla vytvořena tabulka, která byla dále použita pro stanovení krátkodobého a dlouhodobého terapeutického plánu.

Hodnocené položky		Provede sám	Slovní vedení	Názorná ukázka	Fyzická pomoc	Neprovede
Oblékání	Posloupnost v oblékání					+
	Spodní prádlo				+	
	Ponožky					+
	Triko				+	
	Mikina – zip, knoflíky					+
	Kalhoty				+	
	Boty					+
Hygiena	Umýt se					+
	Učesat se	+				
	Vyčistit si zuby					+
Toaleta	Posloupnost postupu					+
	Říci si					+
	Dojít si					+
	Utřít se					+
	Spláchnout					+
	Umýt si ruce				+	
Sebesycení	Oznámení hladu či žízně	ano+	ne			
	Napít se z hrnku					+
	Jíst rukama	+				
	Jíst lžící	+				
	Jíst vidličkou a nožem					+

Vyhodnocení údajů z tabulky:

Oblékání: Klient má problém se správnou posloupností, volením vhodného oblečení, zapínáním zipů a knoflíků i samotným oblékáním, při kterém potřebuje fyzickou pomoc. Boty si samostatně neobuje.

Hygiena: Klient se sám učeše. Mytí rukou a čištění zubů samostatně neprovede. Chybí mu správná posloupnost jednotlivých úkonů i znalost, jak činnost provést samostatně. Na některé úkony, například dát si mýdlo na ruce, utřít si ruce do ručníku, aplikovat pastu na kartáček a opláchnout si poté obličej, zapomíná úplně.

Toaleta: Ukázalo se, že má v této oblasti velké rezervy. Zvládá pouze oznámit pocit potřeby. Klient se neumí svléci a obléci dolní polovinu těla, použít toaletní papír a spláchnout po sobě. Chybí mu také propojení umytí si rukou po vykonání potřeby.

Sebesycení: Klient pije z lahve pomocí slámky, jí lžící, kterou drží válcovým úchopem, z hlubokého talíře. Pro jídlo si nedojde, to mu bylo nošeno a po jídle svůj talíř neodnese.

Silné stránky :

- Rád spolupracuje při činnostech, které ho baví
- Je veselý
- Rád navazuje sociální kontakty
- Zrakové a sluchové vnímání je nepoškozeno
- Dobré rodinné zázemí
- Dobrá orientace v tělesném schématu vzhledem k věku

Slabé stránky :

- Zvýšená unavitelnost
- Vznětlivost a tvrdohlavost
- Hyperprotektivní matka (ADL vykonává za klienta)
- Nesamostatnost a neochota spolupracovat v oblasti ADL
- Při činnostech často chybí zraková kontrola – nesoustředěnost
- Obtížná motivace k činnostem, které nepatří k jeho oblíbeným

2.1.3 Ergoterapeutický plán

Na základě zjištěných informací byl vytvořen ergoterapeutický plán, ze kterého byla stanovena priorita nácviku oblékání, nácviku osobní hygieny, používání toalety a sebesycení. Z toho důvodu je jak krátkodobý, tak dlouhodobý terapeutický plán zaměřen pouze na tyto oblasti.

Během mé praxe jsem s klientem pracovala každý den, jak v rámci skupinových činností, tak individuálních terapií. Ergoterapeutický trénink cílený na oblast ADL probíhal vždy když klient potřeboval danou činnost provést.

Krátkodobý terapeutický plán:

Nácvik oblékání – správná posloupnost oblékání, výběr vhodného oblečení, trénink zapínání zipu a knoflíků, snížení míry dopomoci při oblékání.

Nácvik osobní hygieny – umět si s minimální asistencí umýt ruce a vyčistit zuby, znát správný postup a posloupnost kroků

Nácvik používání toalety – správná posloupnost používání toalety, použití toaletního papíru, spláchnutí a umytí rukou

Nácvik sebesycení – korekce špatného úchopu příboru, naučení pití z hrnku a sklenice, zásady stolování

Dlouhodobý terapeutický plán:

Dosažení co největšího možného stupně samostatnosti v oblastech ADL pomocí stupňování trénovaných činností, uvedených v krátkodobém terapeutickém plánu.

2.1.4 Průběh terapií

Následuje popis postupů při nácviku jednotlivých trénovaných položek ADL s klientem během pěti týdnů.

Trénink oblékání

Při individuálních terapiích jsem se nejdříve zaměřila na nácvik výběru oblečení vzhledem k počasí a na nácvik posloupnosti oblékání. Později na trénink zapínání zipů a knoflíků. Nácvik oblékání a svlékání horní a dolní poloviny těla probíhal v šatně před vycházkou a po návratu zpět do školky. Mnoho dětí v šatně způsobovalo, že byl klient nesoustředěný a vzdorovitý, což do velké míry ovlivňovalo nácvik aktivity.

Nácvik a stupňování aktivity:

Výběr vhodného oblečení

- *Seznámení s činností* - povídání o tom, v jakém ročním období se nosí jaké oblečení. Jako pomůcky byly použity obrázky ročních období a oblečených panáčků, kdy ke každému ročnímu období byl přiřazen vhodný panáček. Poté panáčky přiřazoval klient.
- *Oblékání medvídka podle počasí* – klient měl za úkol obléci dřevěného medvídka podle obrázků ročních období.
- *Výběr správného oblečení z šatníku* – klient z hromádky běžného oblečení vybíral, co by si oblékl vzhledem k ročnímu období a počasí znázorněných na kartičkách.
- *Samostatný výběr oblečení*

Správná posloupnost oblékání

- *Svlékání medvídka* – klient dostal oblečeného medvídka a měl ho svléknout. Při činnosti dostával doprovodné informace (co právě svléká a proč je dané oblečení na takovém místě).
- *Oblékání medvídka* – klient oblékal medvídka do předem připraveného oblečení, které bylo poskládáno ve správném pořadí.
- *Oblékání medvídka s pomocí piktogramů* – klient oblékal medvídka podle obrázku s piktogramy.
- *Oblékání sama sebe pomocí piktogramů* – klient se měl sám obléci, podle piktogramů vylepených ve správném pořadí, na dvířkách šatní skříňky.

Zapínání zipu a knoflíků

- *Nácvik zapínání zipu na knoflíků na cvičném panáčkovi* – Nejdříve ukázka správné manipulace s knoflíky a zipy na cvičném panáčku. Poté klient knoflíky a zipy rozepínal a zapínal na panáčku samostatně, přičemž velikost knoflíku a zipu se postupně zmenšovala.
- *Zapínání zipu a knoflíků na vlastním oblečení na panáčkovi*
- *Zapínání zipu a knoflíků na vlastním oblečení na sobě*

Nácvik samotného oblékání

- *Vysvětlení a názorná ukázka oblékání jednotlivých částí oblečení – vysvětlení správného postupu při oblékání jednotlivých částí oblečení.*
- *Samotné oblékání s fyzickou dopomocí*
- *Samostatné oblékání se slovním vedením*

Trénink osobní hygieny

Nácvik těchto položek probíhal individuálně v koupelně každý den praxe.

Nácvik a stupňování aktivity

Mytí rukou

- *Názorná ukázka – vysvětlení správného postupu mytí rukou a jednotlivých kroků činnosti, spojené s názornou ukázkou a vedením klienta při činnosti.*
- *Fyzická dopomoc – při pozorování klienta při činnosti se ukázalo, že mu dělá velký problém pustit vodu otočením kohoutku, zmáčknout dávkovač na mýdlo. Problém byl s nižší svalovou silou, proto potřeboval při těchto úkonech fyzickou dopomoc. Použitím vhodnějších pomůcek k mytí, například pákové baterie a obyčejného mýdla, by se činnost klientovi ulehčila.*
- *Pomocí piktogramů – připevnění piktogramů znázorňující správnou souslednost jednotlivých kroků činnosti k umyvadlu – viz příloha.*
- Samostatně provedená činnost – odebrání piktogramů

Čištění zubů

- *Názorná ukázka – názorné předvedení, jak se správně zuby čistí a jaká je správná posloupnost jednotlivých kroků.*
- *Fyzická dopomoc – klient měl potíže s vymáčknutím pasty na kartáček a samotným čištěním zubů. Potíže s vymáčknutím pasty byl schopen překonat pomocí spony na pastu. Nácvik správné manipulace kartáčkem v ústech byl prováděn pomocí fyzického vedení klientovi ruky, tak aby si pohyby v ústech osvoжил.*

- *Piktogramy* – pro lepší zapamatování souslednosti kroků byly nad umyvadlo vylepeny piktogramy s obrázky jednotlivých kroků činnosti ve správném pořadí. Vojtěchovi bylo vysvětleno, že se podle obrázků má řídit.
- *Samostatné provedení činnosti*

Trénink používání toalety

Nácvik používání toalety se odehrával na toaletách vždy, když klient oznámil potřebu. V postupu se neliší od předchozích dvou nácviků.

Nácvik a stupňování aktivity

- *názorná ukázka* – názorné předvedení, jak se toaleta používá a jaká se správná souslednost jednotlivých kroků činnosti.
- *fyzická pomoc* - klient z počátku potřeboval pomoci se svlékáním a oblékáním dolní poloviny těla a také se samotným spláchnutím.
- *piktogramy doplněné slovním vedením* - pro lepší zapamatování souslednosti kroků činnosti byly vedle toalety vylepeny piktogramy se správným postupem.
- *samostatné provedení činnosti*

Trénink sebesycení

Do této oblasti ADL spadá příjem potravy, správnost stolování a sebeobsluhy při jídle. Nácvik správného sebesycení probíhal každý den při svačině a obědě.

Nácvik a stupňování aktivity

Stolování a sebeobsluha při jídle

- *Názorná ukázka doplněná slovním komentářem* – vysvětlení, jak má vypadat prostřený stůl, spojené s názornou ukázkou. Při každém dalším stolování měl klient na svém místě připravenou fotografii s prostřeným stolem.
- *Slovní vedení* – klient byl vyzván ke sledování ostatních dětí, jak si chodí pro jídlo k okénku a následně odnášejí použité nádoby zpět. Při pozorování byl slovně veden a jednotlivé kroky mu byly vysvětlovány.

Sebesycení

Vzhledem k tomu, že klient nemá výrazné problémy se sebesycením, byl nácvik této aktivity omezen pouze na korekci správného držení příboru a učení samostatného pití z hrnku a sklenice.

Pití z hrnku a sklenice

- *Hrnek s velkými uchy* – vysvětlení způsobu pití a manipulace s hrnkem, spojené s názornou ukázkou.
- *Hrnek s jedním uchem*
- *Sklenice*

2.1.5 Zhodnocení terapie

S klientem se pracovalo velmi dobře, jen bylo někdy obtížné ho motivovat k dané činnosti. Bylo důležité zaobalit trénovanou činnost tak, aby se k ní rád vracel a spolupracoval. Je nutné udělat ji zábavnou, například výklad obohatit pohádkovým příběhem.

Během pětitydenní terapie udělal klient velké pokroky a bylo na něm vidět, jak je rád, že spoustu činností zvládá jen s malou dopomocí.

Zhodnocení úspěšnosti jednotlivých trénovaných položek ADL:

Oblékání:

- při výběru oblečení je nutné upozorňování na nevhodně zvolené oblečení
- správné posloupnosti při oblékání je schopen s dopomocí piktogramů
- zapínání zipu a knoflíků – zvládá samostatně na cvičné panence, na těle potřebuje dopomoci se vsunutím zipu do jezdece a s malými knoflíky
- samostatně si oblékne kalhoty na gumu, se slovním vedením tričko, mikinu a spodní prádlo. U bot a ponožek potřebuje fyzickou dopomoc. Postup oblékání klient zná.

Osobní hygiena:

- pomoc potřebuje při otevírání a zavírání kohoutku a dávkování mýdla. Což by šlo upravit pákovou baterií a používáním standartního mýdla.

- klient je schopen si samostatně vyčistit zuby. Problém s vymačkáváním pasty byl vyřešen sponou na pastu a tak klient nepotřebuje žádnou fyzickou pomoc. Postup a správnou souslednost jednotlivých úkonů si klient osvojil.

Používání toalety:

- ví, jak se jednotlivé činnosti dělají, ale bohužel na některé z nich stále zapomíná – spláchnout, umýt si ruce, proto bylo nemožné odstranit obrázkovou podporu správného postupu.

Sebesycení:

- v sebeobsluze a stolování je plně samostatný, dokáže se napít z hrnku i sklenice a nevhodný úchop lžice je nahrazen správným.

2.1.6 Závěrečné doporučení

V rámci další terapie bych doporučila prohlubování dovedností v jednotlivých oblastech ADL a tím zvýšení klientovi samostatnosti. Je důležité, aby činnosti klient i nadále prováděl s minimální pomocí. Dále je vhodné zaměřit se na oblast jemné, hrubé motoriky a kognitivních funkcí a pomoci tak klientovi osvojit si další dovednosti a schopnosti. Veškeré trénované aktivity by měly být prováděné formou her a tím ho vhodně motivovat k rozvoji dovedností.

2.2 Kazuistika II.

2.2.1 Základní informace

Klient: Lucie K.

Datum narození: 13.7.2002

Diagnóza: Downův syndrom, krátkozrakost

OA: porod v termínu bez komplikací, první slova ve 13. měsíci

RA: rodina je úplná, matka na mateřské dovolené, sourozence nemá

Kompenzační pomůcky: brýle

Dominantní končetina: lateralita je nevyhraněná

Doba terapie: 6.9.2007 – 8.10.2007

2.2.2 Ergoterapeutické hodnocení

Motorické funkce :

Lokomoce

- chůze je samostatná bez potřeby pomoci
- chůze ze schodů a do schodů jen s oporou, nohy střídá
- skáče pouze snožmo
- koordinace pohybů prostoru i nápodoba pohybů při motorických hrách je omezena
- stoj na jedné noze zvládá jen krátce se zrakovou kontrolou
- míč hodí, chytá ho s obtížemi

Jemná motorika a vizuomotorická koordinace

- *úchopy*: aktivně používá válcový, kulový, po korekci i tužkový
- *cílení a koordinace pohybů*: chybí koordinace jemných pohybů – vkládání předmětů, mačkání, modelování
- *kresba*: samostatně nakreslí kruh, snaží se nakreslit čtverec a trojúhelník
- činnosti provádí se zrakovou kontrolou
- špatný úchop některých pomůcek při pracích ve školce (špatný úchop nůžek, gumy, štětce)

Citlivost

- hluboké i povrchové čítí je ve všech kvalitách na obou HKK je zachováno

Svalová síla

- je mírně snížena vzhledem k biologickému věku

Kognitivní funkce:

- *orientace*: je orientována osobou, místem i časem
- *pozornost a soustředění se*: při individuální práci klientka udrží pozornost maximálně pět minut, během skupinových činností se tato doba snižuje. Pozornost a soustředění je silně ovlivněno okolím. Doporučuji práci v klidném prostředí.
- *prostorová orientace*: klientka má problém s pojmy – nahoře, dole, vzadu, vlevo, vpravo, v interiérech i exteriérech se orientuje bez jakýchkoliv problémů

- nedokončuje zadané úkoly
- orientace v tělesném schématu odpovídá věku
- nerozpoznává barvy

Senzorické funkce:

- zrakové vnímání kompenzováno brýlemi
- sluchové a hmatové vnímání není poškozeno

Psychosociální dovednosti:

- *interpersonální dovednosti*: klientka se velice obtížně zapojuje do kolektivu i kolektivních činností, neuznává autoritu. Je velmi odmítavá, kdykoliv je žádaná o činnost, která ji momentálně nevyhovuje, reaguje odporem a křikem.
- *řeč*: špatná výslovnost i slovní zásoba, dochází dvakrát týdně na logopedii
- *motivace*: motivace je u klientky náročná. Kvalita vykonávaných činností závisí na její momentální náladě. Později se osvědčila metoda odměn za provedenou činnost.

Hodnocení soběstačnosti:

Pro vyšetření soběstačnosti klienta v oblasti ADL byla vytvořena tabulka, která byla dále použita pro stanovení krátkodobého a dlouhodobého terapeutického plánu.

Hodnocené položky		Provede sám	Slovní vedení	Názorná ukázka	Fyzická dopomoc	Neprovede
Oblékání	Posloupnost v oblékání					+
	Spodní prádlo				+	
	Ponožky				+	
	Triko				+	
	Mikina – zip, knoflíky				+	
	Kalhoty				+	
	Boty				+	
Hygiena	Umýt se			+		
	Učesat se	+				
	Vyčistit si zuby				+	
Toaleta	Posloupnost postupu		+			
	Ríci si	+				
	Dojít si	+				
	Utřít se					+
	Spláchnout		+			
	Umýt si ruce			+		
Sebesycení	Oznámení hladu či žízně	ano+	ne			
	Napít se z hrnku	+				
	Jíst rukama	+				
	Jíst lžící				+	
	Jíst vidličkou a nožem					+

Vyhodnocení údajů z tabulky:

Oblékání: Slabou stránkou klientky v této oblasti je potřeba asistence při oblékání a obouvání a manipulace se zipy a knoflíky. Klientka nezná správnou posloupnost v oblékání.

Osobní hygiena: Klientka se zvládne bez pomoci učesat, při mytí rukou je potřebná názorná ukázka zprostředkovaná terapeutem a během čištění zubů je nutná fyzická dopomoc při manipulaci kartáčkem v ústech. U posledních dvou činností zapomíná na některé kroky činnosti - namydlení rukou a jejich opláchnutí, vypláchnutí úst po vyčištění zubů, zavření pasty a její uklizení, utření rukou. Klientka také nezná správný postup mytí rukou.

Používání toalety: Při používání toalety je klientka téměř samostatná. Zná správný postup i jednotlivé kroky, některé kroky občas vynechá, nebo na ně zapomene (spláchnutí a používání toaletního papíru). Problematickou oblastí v rámci používání toalety je oblékání, svlékání dolní poloviny těla a správný postup při mytí rukou.

Sebesycení: Klientka oznamuje pocit hladu, umí se samostatně napít z hrnku i sklenice, jí pouze lžící nebo rukama. K příjmu potravy používá hluboký talíř a lžící, kterou drží válcovým úchopem. Nůž a vidličku používat neumí a ani o ně nejeví zájem. Stůl samostatně neprostře. Pro jídlo si po upozornění sama dojde.

Silné stránky :

- Samostatná chůze
- Při dobré náladě spolupracuje
- V klidném prostředí je více soustředěná
- Samostatně se napije s hrnku a samostatně se nasytí
- Senzorické funkce jsou nepoškozeny

Slabé stránky :

- Vznětlivost a odměřenost
- Obtížně navazuje sociální kontakty
- Problém v pojmové prostorové orientaci
- Nesamostatnost v oblasti personálních ADL
- Špatná koordinace pohybů

2.2.3 Ergoterapeutický plán

Na základě zjištěných informací byl vytvořen ergoterapeutický plán, ze kterého vyplynula podobně jako u klienta Vojtěcha potřeba nácviku oblékání, nácvik osobní hygieny, používání toalety a sebesycení, proto je jak krátkodobý, tak dlouhodobý terapeutický plán zaměřen jen na tyto oblasti.

Krátkodobý terapeutický plán :

Nácvik oblékání – správná posloupnost oblékání, snížení dopomoci při oblékání částí oblečení a bot, samostatnost při zapínání zipu a knoflíků

Nácvik osobní hygieny – snížení dopomoci při mytí rukou, čištění zubů a česání se

Nácvik používání toalety – správná posloupnost jednotlivých kroků

Nácvik sebesycení – korekce úchopu lžice, nácvik používání nože a vidličky a jíst z mělkého talíře

Dlouhodobý terapeutický plán:

Dosažení co největšího možného stupně samostatnosti v oblastech ADL pomocí vhodného stupňování trénovaných činností.

2.2.4 Průběh terapie

Postup při nácviku jednotlivých položek v oblastech soběstačnosti vycházel ze stejného přístupu jako u prvního klienta.

Trénink oblékání

Při individuálních terapiích klientka trénovala správnou posloupnost oblékání a manipulaci se zipy a knoflíky. Nácvik oblékání jednotlivých částí oblečení a obouvání bot probíhal v šatně před příchodem ostatních dětí tak, aby klientka měla na vše dostatek času.

Nácvik a stupňování aktivity

Správná posloupnost oblékání

- *Svlékání panenky* – Klientka svlékala oblečenou panenku. Při činnosti dostávala doprovodné informace (co právě svléká a proč je dané oblečení na takovém místě).

- *Oblékání panenky* – Klientka oblékala panenku do oblečení, které bylo připravené ve správném pořadí. Později byla klientka vyzvána k ošacení panenky do oblečení, které nebylo připraveno ve správném pořadí.
- *Oblékání s pomocí piktogramů* – Klientka oblékala panenku ve správném pořadí, které bylo stanoveno piktogramy.
- *Oblékání sama sebe pomocí piktogramů* - Klientka se samostatně oblékala, podle piktogramů vylepených ve správném pořadí, na dvířkách šatní skříňky.

Zapínání zipu a knoflíků

- *Nácvik zapínání zipu a knoflíků na cvičném panákově* – Ukázka správné manipulace s knoflíky a zipy na cvičném panáku. Poté měla klientka knoflíky a zipy rozepínat a zapínat na panáku samostatně, přičemž velikost knoflíku a zipu se postupně zmenšovala.
- *Zapínání zipu a knoflíků na vlastním oblečení na panákově*
- *Zapínání zipu a knoflíků na vlastním oblečení na sobě*

Nácvik samotného oblékání

- *Vysvětlení a názorná ukázka oblékání jednotlivých částí oblečení*
- *Samotné oblékání s fyzickou dopomocí*
- *Samostatné oblékání se slovním vedením*

Trénink osobní hygieny

Nácvik těchto položek probíhal individuálně v koupelně, vždy když byla klientka svolná k terapii.

Nácvik a stupňování aktivity

Mytí rukou

- *Názorná ukázka* – vysvětlení správného postupu mytí rukou a jednotlivých kroků činnosti spojené s názornou ukázkou a vedením klientky při činnosti.
- *Fyzická dopomoc* – fyzické vedení klientky při namydlení rukou.
- *Pomocí piktogramů* – připevnění piktogramů znázorňující správnou souslednost jednotlivých kroků činnosti k umyvadlu (viz příloha).
- *Samostatné provedení*

Čištění zubů

- *Názorná ukázka* – názorné předvedení, jak se správně zuby čistí a správné posloupnosti jednotlivých kroků.
- *Fyzická dopomoc* – nácvik správné manipulace kartáčkem v ústech pomocí fyzického vedení ruky klientky.
- *Piktogramy* – vylepení piktogramů s obrázky znázorňující správnou posloupnost kroků činnosti pro lepší zapamatování.
- *Samostatné provedení*

Trénink používání toalety

Nácvik probíhal na společných toaletách, vždy když klientka oznámila potřebu.

Nácvik a stupňování aktivity

- *Slovní vedení* – klientce byly postupně připomínány jednotlivé kroky činnosti, než si je plně osvojila.
- *Piktogramy* - pro lepší zapamatování byl na toaletě vylepen piktogramy, které znázorňují spláchnutí a použití toaletního papíru.
- *Samostatné provedení*

Trénink sebesycení

Nácvik správného sebesycení probíhal každý během svačiny a oběda.

Nácvik a stupňování aktivity

Stolování a sebeobsluha při jídle

- *Názorná ukázka doplněná slovním komentářem* – vysvětlení, jak má vypadat prostřený stůl spojené s názornou ukázkou. Při každém dalším stolování měla klientka na svém místě připravenou fotografii s prostřeným stolem.
- *Slovní vedení* – upozorňování na kroky činnosti, které má vykonat.

Sebesycení

- Klientka je při sebesycení téměř samostatná. Terapeutická intervence se omezila jen na korekci úchopu lžice. Při pokusech o používání nože a vidličky jsem se pokaždé setkala s velkým odporem, z toho důvodu jsem se o používání nože a vidličky pokoušela jen několikrát.

2.2.5 Zhodnocení terapie

S klientkou bylo obtížné pracovat. Velmi často jsem se setkávala s velkým odporem a hněvem, během kterého nebylo možné klientku uklidnit a tak se terapie nemohla uskutečnit. I přesto ale klientka během pětitydenní terapie v oblastech personálních ADL velmi pokročila.

Zhodnocení úspěšnosti jednotlivých trénovaných položek ADL:

Oblékání:

- Správné posloupnosti při oblékání je schopna s pomocí piktogramů, na které je potřeba jí upozorňovat.
- Při zapínání zipu a knoflíků potřebuje nadále fyzickou pomoc při manipulaci se zipy a knoflíky. Sama neumí vsunout jezdec do zipu, ale zip dále sama zapne. Veliké knoflíky zapne bez pomoci.
- Klientka si samostatně oblékne tričko, kalhoty, spodní prádlo a sama si obuje i zuje boty. Fyzickou asistenci potřebuje při navlékání ponožek.

Osobní hygiena:

- Při mytí rukou zná klientka správné provedení jednotlivých kroků činnosti, na některé kroky, jako je namydlení rukou a jejich utření, občas zapomíná. Proto bylo vhodné ponechání piktogramů.
- Během nácviku čištění zubů si klientka osvojila správný postup i posloupnost jednotlivých kroků. Občas si zapomene vypláchnout ústa, proto je nutné slovní připomenutí před započítím činnosti.

Používání toalety:

- V oblasti používání toalety je klientka plně samostatná. Sama se svlékne i oblékne, vykoná potřebu, použije toaletní papír a spláchne. Pro mytí rukou využívá piktogramu u umyvadla.

Sebesycení: V sebeobsluze a stolování je plně samostatná. Úchop lžice je upraven a i nadále jí lžící z hlubokého talíře.

2.2.6 Závěrečné doporučení

Doporučuji, aby další terapie byly zaměřeny na prohlubování znalostí a dovedností převážně v oblastech oblékání a sebesycení. V ostatních oblastech ADL správné postupy klientka zná. Pro zažití správné posloupnosti a dodržení jednotlivých kroků je nutné častější slovní vedení.

Jedním z největších obtíží při práci s klientkou se ukázaly její nepřiměřené reakce v některých situacích. Pro další následné terapie by byla vhodná konzultace s psychologem a následné zvolení vhodných přístupů ke zvládnutí výbuchů vzteku klientky.

IV. Diskuse

Při práci s dětskými klienty se osvědčil biomechanický přístup, spolu s kterým byla využita forma hry. Výhodou tohoto přístupu je fázování a pozvolné zvyšování obtížnosti. Terapeut zvolí konkrétní oblast ADL a určí náplň první fáze dle aktuálního stavu klienta. Následuje postupné zvyšování obtížnosti činnosti tak, aby další krok byl výzvou, ale stále proveditelný a motivující. Další výhodou tohoto přístupu je možnost pohotově snížit náročnost dané aktivity, pokud na ni klient reaguje vzdorem.

Avšak mohou nastat situace, kdy je míra motivace tak nízká, nebo se vyskytnou jiné další okolnosti, že dětský klient nabízenou činnost odmítá úplně. Jednou ze zásad pro práci s dětskými klienty s Downovým syndromem je nenutit je dělat to, co odmítají, jelikož takový nátlak může vést k dlouhodobější blokaci. Zároveň je nutné, aby terapeut rozpoznal hranici, kdy je ještě prospěšné dokončit danou aktivitu a kdy již ne. Takové situace při práci s dětskými klienty ukázaly, že je nutné nalézt vhodný motivační nástroj.

Je známo, že lidé s Downovým syndromem mají kladný vztah k jídlu a tato jejich vlastnost se nabízí jako možný motivační nástroj. Přístup, který přímo využívá odměn, jako motivačního nástroje se nazývá behaviorální. Klient obdrží něco malého k jídlu, co má rád, jako odměnu za správně vykonanou činnost.

Behaviorální přístup využívá různé způsoby učení k odnaučení neadekvátních reakcí a k vytvoření požadovaných zvyků, což může být využito při zvládnání neadekvátních emočních reakcí u klientů s Downovým syndromem.

Otázkou zůstává, jak správně zvolit systém odměn, jejich druh, četnost a množství, jelikož zejména u starších osob s Downovým syndromem se vyskytuje problém s přejídáním a nadváhou. Další nevýhoda výše zmiňovaného přístupu je možnost, že pokud si klient zvykne dostávat odměnu, bez ní nebude ochoten udělat nic. Bylo by zajímavé se tomuto přístupu podrobněji věnovat.

Dále při práci s dětskými klienty vyplynulo, že vzhledem k jejich věku je trénink aktivit všedního dne zaměřen pouze na oblast personálních aktivit. Instrumentální aktivity nepatří mezi aktivity, které by měly ve svém věku ovládat, proto by bylo zajímavé a přínosné ověřit, zda jsou přístupy zvolené pro dětské klienty využitelné i u dospělých s Downovým syndromem při tréninku instrumentálních ADL.

V. Závěr

Cílem této práce bylo nalézt a popsat přístupy vhodné pro práci s lidmi s Downovým syndromem a tím jim umožnit zvýšení kvality jejich života. Teoretická část popisuje biomechanický přístup, terapii hrou, zásady práce při terapii s dětskými klienty s Downovým syndromem a podrobný popis nácviku soběstačnosti v oblasti personálních ADL. V praktické části je aplikován biomechanický přístup při nácviku soběstačnosti u dvou dětských klientů s Downovým syndromem.

Během prvního setkání bylo provedeno vstupní vyšetření a zhodnocení dovedností klientů. Pro hodnocení soběstačnosti byl vytvořen formulář, využívající poznatky z již standardizovaných testů FIM a Barthel index. Na základě zjištěných informací byl vytvořen ergoterapeutický plán, ze kterého vyplynula jak u klienta V., tak u klientky L. potřeba nácviku oblékání, nácvik osobní hygieny, používání toalety a sebesycení. Krátkodobý i dlouhodobý terapeutický plán byl zaměřen na tyto oblasti.

Během pětítýdenní spolupráce probíhal nácvik zaměřený na zvýšení soběstačnosti a samostatnosti klientů. Klient V. byl pozitivně naladěný a rád spolupracoval, jen výjimečně došlo k přerušení nebo odložení nácviku. Klientka L. byla od počátku vzdorovitá a většinu aktivit zcela odmítala. Díky biomechanickému přístupu bylo možné jednotlivé aktivity nafázovat od toho nejjednoduššího, zaobalit je do hry pomocí básniček a říkanek a tím klientku postupně zaujmout.

Klient V. se na počátku terapie oblékl pouze s fyzickou dopomocí, zuby si nevyčistil, samostatně se učesal, řekl si, když potřeboval na toaletu, jedl lžící se špatným úchopem nebo rukama a pil pomocí slámky. Na závěr terapie se oblékne se slovní dopomocí kromě bot a ponožek, ke kterým potřebuje dopomoc fyzickou, sám se učeše i vyčistí zuby, s piktogramy zvládá toaletu sám, pije z hrnku a má správný úchop lžice. (viz příloha 2)

Klientka L. se na počátku terapie oblékla s fyzickou dopomocí a neznala postup oblékání, sama se učesala, sama si řekla, když potřebovala na toaletu, neutřela se a nespláchla, pila z hrnku a měla špatný úchop lžice. Na závěr terapie s piktogramy pozná posloupnost u oblékání, potřebuje fyzickou dopomoc u zapínání zipu a knoflíků, pomocí piktogramů si sama vyčistí zuby, sama si dojde na toaletu, utře se a spláchne a podle piktogramů si umyje ruce, má korigovaný úchop lžice. (viz příloha 3)

Závěrem lze říci, že zvolený přístup se při práci s dětskými klienty s Downovým syndromem osvědčil a vedl k pozitivnímu ovlivnění jejich dosavadního stupně soběstačnosti. Klienti se stali samostatnějšími a tím pádem lépe integrovatelnými do kolektivu, což je jeden z hlavních cílů ergoterapeutické intervence. Avšak pro udržení a další zdokonalování dovedností v oblasti soběstačnosti je nutné v ergoterapeutickém tréninku pokračovat i nadále.

Snad jen dodat, že velkou roli při práci s dětskými klienty hraje motivace terapeuta i klienta, zapojení hry, dobré načasování, spolupráce s rodiči a multidisciplinárním týmem a především tolerance a láska.

Seznam použité literatury

1. Buckley, S.: Living with Down Syndrome, The Down Syndrome Educational Trust, Portsmouth, UK 2000
2. Dolejší, M.: O otázkách mentální retardace, Avicenum Praha, 1978
3. Downův syndrom? První pomoc!, Vydalo Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie, Pracoviště dětské medicíny FN Brno
4. Gerlichová M.: přednáška Ergoterapie u lidí s mentálním postižením. Předmět Ergoterapie u lidí s mentálním postižením, 2004
5. Hamáčková, L.: přednáška Ergoterapeutická analýza, adaptace a stupňování činnosti. Předmět Terapeutické techniky, 2004
6. Klivar, M.: Ergoterapie mladistvých, Vydavatelství BALT-EAST, Praha 2003
7. Kučera, J.: Downův syndrom model a problém, Avicentrum, Praha 1981
8. Krivošíková M.: přednáška Aktivity všedního dne a jejich hodnocení. Předmět Úvod do ergoterapie, 2004
9. Lapiz, G.: Šimon půjde do školy, Portál, Praha 1995
10. Matějček, Z.: Rodičům mentálně postižených dětí, H&H, Jinočany 1992
11. Městský výbor Praha, Čtení o mentálním postižení, SPMP. 1. vydání, 1996
12. Morales R.: Orofaciální regulační terapie, Portál, Praha 2006
13. Newman, S.: Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením, Portál, Praha 2004
14. Olšáková, E.: Rodiny lidí s Downovým syndromem, 2000
15. Selikovitz, M.: Downův syndrom, Portál, Praha 2005
16. SPMP ČR, Sekce pro Downův syndrom, , Plastic, Vesec 1999
17. Strusková, O.: Děti z planety DS, G plus G s.r.o., Praha 2000
18. Šustrová, M. a kol.: Diagnóza : Downův syndrom, Perfekt a.s., Bratislava 2004
19. Švarcová, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče, Portál, Praha 2000
20. Pfeiffer, J.: Ergoterapie, Rehalb o.p.s., Praha 2001
21. Pueschel, S. M.: Downův syndrom pro lepší budoucnost, Techmarket, Praha 1997
22. ŠUSTROVÁ, M.: Downův syndrom jako komunikační problém. In SPMP ČR. Zpravodaj 1999. Vesec : SMPM, 1999. s. 13-15.

Použité internetové odkazy :

1. www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=625 (26.2.2008)
2. www.downsyndrom.cz (3.3.2008)
3. www.kbinstitut.cz (10.3.2008)

Přílohy

Příloha 1 - Vyšetřovací formulář Hodnocení soběstačnosti

Hodnocené položky		Provede sám	Slovní vedení	Názorná ukázka	Fyzická pomoc	Neprovede
Oblékání	Posloupnost v oblékání					
	Spodní prádlo					
	Ponožky					
	Triko					
	Mikina – zip, knoflíky					
	Kalhoty					
	Boty					
Hygiena	Umýt se					
	Učesat se					
	Vyčistit si zuby					
Toaleta	Posloupnost postupu					
	Říci si					
	Dojít si					
	Utřít se					
	Spláchnout					
	Umýt si ruce					
Sebesycení	Oznámení hladu či žízně	ano	ne			
	Napít se z hrnku					
	Jíst rukama					
	Jíst lžící					
	Jíst vidličkou a nožem					

Příloha 2 - Závěrečné hodnocení soběstačnosti Vojtěcha

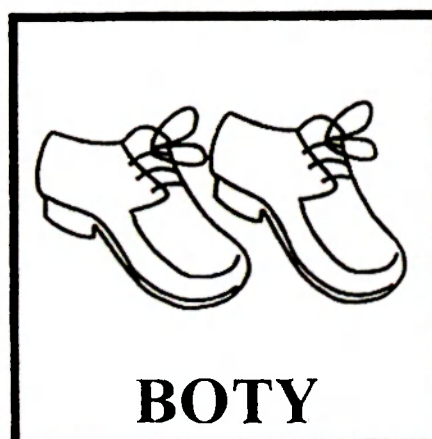
Hodnocené položky		Provede sám	Slovní vedení	Názorná ukázka	Fyzická pomoc	Neprovede
Oblékání	Posloupnost v oblékání			+		
	Spodní prádlo		+			
	Ponožky		+			
	Triko		+		+	
	Mikina – zip, knoflíky					
	Kalhoty				+	
	Boty		+			
Hygiena	Umýt se	+				
	Učesat se	+				
	Vyčistit si zuby	+				
Toaleta	Posloupnost postupu			+		
	Říci si	+				
	Dojít si	+				
	Utřít se	+				
	Spláchnout	+				
	Umýt si ruce	+				
Sebesycení	Oznámení hladu či žízně	Ano +	ne			
	Napít se z hrnku	+				
	Jíst rukama	+				
	Jíst lžící	+				
	Jíst vidličkou a nožem					+

Příloha 3 - Závěrečné hodnocení soběstačnosti Lucie

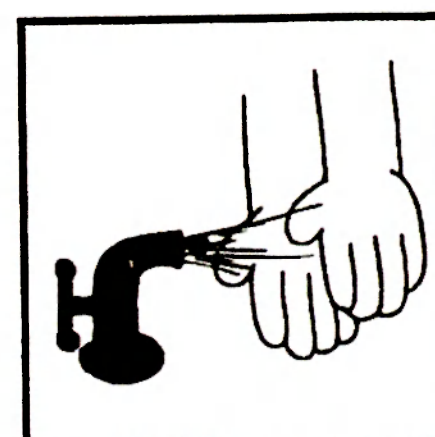
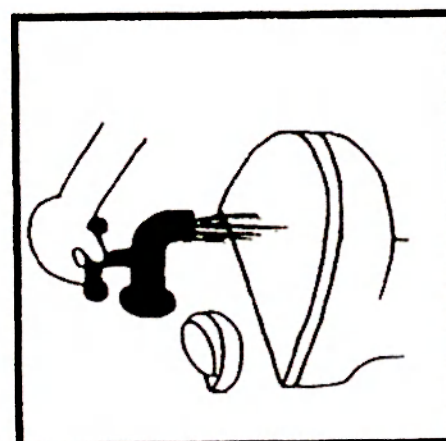
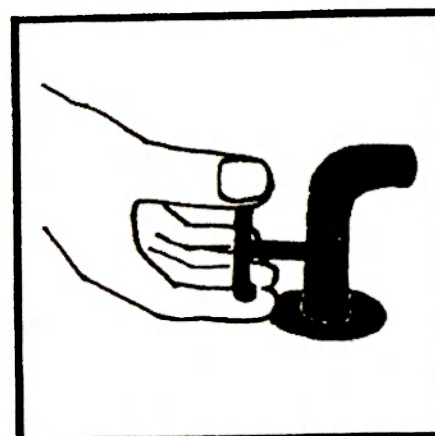
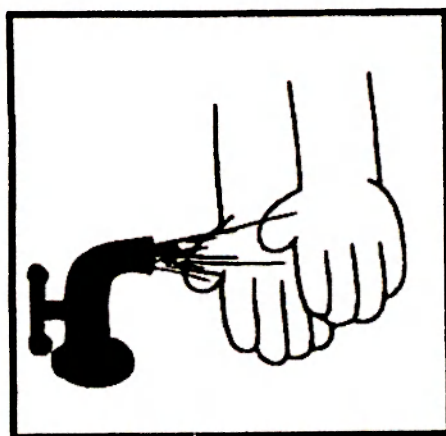
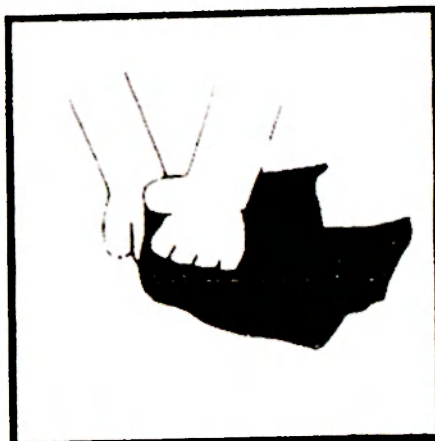
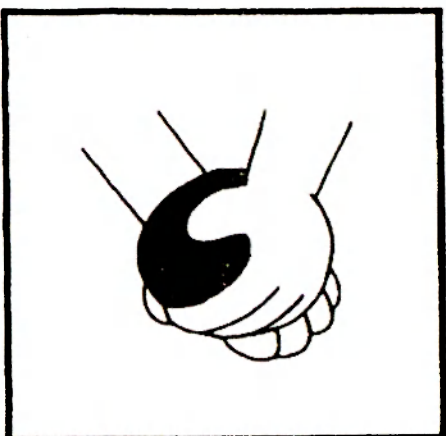
Hodnocené položky		Provede sám	Slovní vedení	Názorná ukázka	Fyzická pomoc	Neprovede
Oblékání	Posloupnost v oblékání		+	+		
	Spodní prádlo	+				
	Ponožky				+	
	Triko					
	Mikina – zip, knoflíky				+	
	Kalhoty	+				
	Boty	+				
Hygiena	Umýt se			+		
	Učesat se	+				
	Vyčistit si zuby	+	+			
Toaleta	Posloupnost postupu	+				
	Ríci si	+				
	Dojít si	+				
	Utřít se	+				
	Spláchnout	+				
	Umýt si ruce			+		
Sebesycení	Oznámení hladu či žízně	Ano+	Ne			
	Napít se z hrnku	+				
	Jíst rukama	+				
	Jíst lžící	+				
	Jíst vidličkou a nožem					+

Příloha 4 - Piktogramy

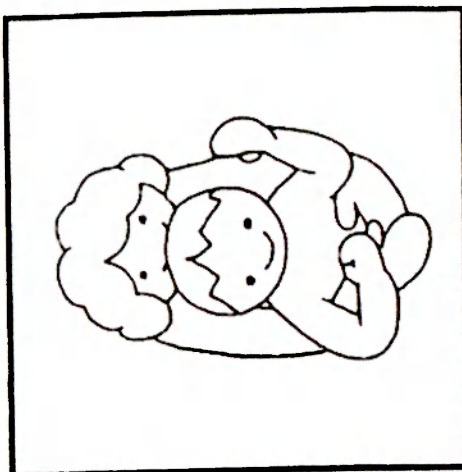
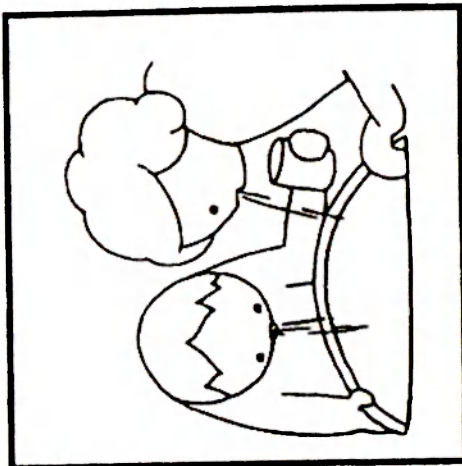
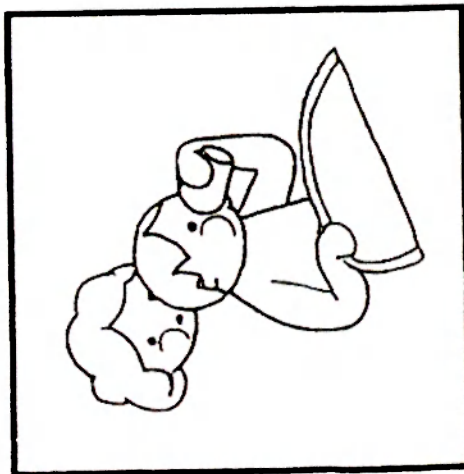
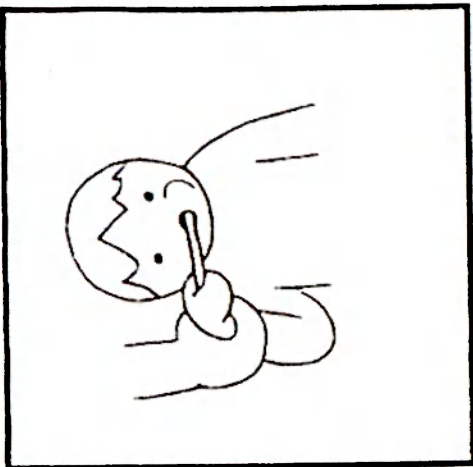
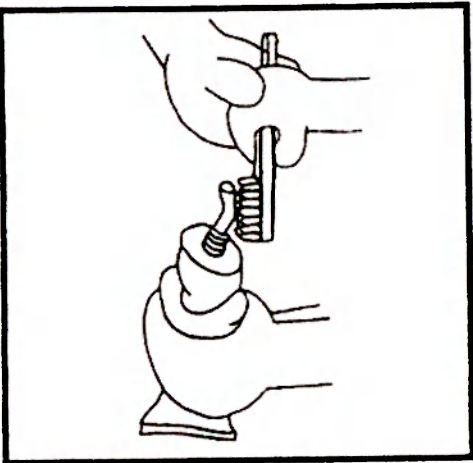
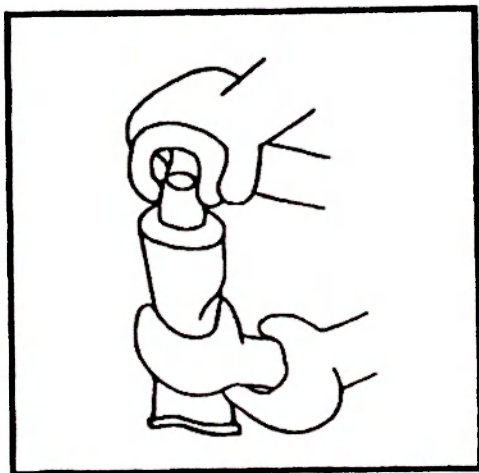
Piktogramy sloužící jako vizuální podpora pro proces oblékání
(turověř. III - piktogramy s doprovodným textem)



PROCESUÁLNÍ SCHEMA (mytí rukou); úroveň II (piktogramy)



PROCESUÁLNÍ SCHEMA (čištění zubů s pomocí), úroveň II (piktogramy).



Příloha 5 - Informace o centrech a organizacích zaměřených na DS

- Klub rodičů a přátel s DS, Štíbrova 1691, 182 00 Praha 8, www.downsyndrom.cz
- Modrá sedmikráska, Klub rodičů a přátel dětí s DS, Ibsenova 1, 623 00 Brno – Lesná, www.usmevy.cz
- Ovečka, o.p.s., Riegrova 17, 370 00 České Budějovice, www.ovecka.eu
- Sekce Downův syndrom, SPCM ČR, Pošt. př. 137, 466 21 Jablonec nad Nisou
- Centrum DS, Pedopsychiatrická ambulance pro děti s Downovým syndromem, Psychiatrická léčebna, Olomoucká 173, 785 01 Štenberk
- Mandlové oči, Erbenova 1118, 742 21 Kopřivnice, www.mandloveoci.cz
- Dětské centrum Paprsek , Šestajovická 19, Praha 9 – Hloubětín – vývojové a výchovné poradenství v rodině, www.dcpaprsek.org
- Společnost Downova syndromu, Slovenská 14, 772 00 Olomouc
- Středisko „DAR“ – poradny rané péče, rehabilitace, Alžírská 647, Praha 6, www.dcpaprsek.org/nase_strediska/dar/
- Centrum kompletní péče o děti s poruchami vývoje, FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5 – Motol
- Linka důvěry – Diagonie, tel: +420 225 4650