

---

# Poradenství pro osoby s tělesným postižením a s kombinovanými vadami

*Mgr. Jiří Kantor*

## Cíle

Kapitola seznámí čtenáře s problematikou práce ve školských poradenských zařízeních, se základními potřebami klienta a jeho rodiny, kterým se v těchto zařízeních můžeme věnovat, a s charakteristikou nejčastějších onemocnění a tělesných postižení.

## Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat základní znaky poradenství pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením;
- porozumět zaměření poradenské práce vzhledem k potřebám klienta, jeho rodiny, pečovatele a sourozenců;
- uvést základní informace týkající se nejčastějších tělesných postižení a onemocnění, kterými se zabýváme v následujícím textu.

## Průvodce studiem

Naším cílem není podrobně představit poradenskou práci nebo diagnostické postupy, neboť tyto informace by byly pro čtenáře málo prakticky využitelné. Pokusíme se zde vytvořit základní představu o práci poradenských pracovníků ve školství, o potřebách klienta a jeho rodiny. Kapitulu doplníme stručnou charakteristikou některých tělesných postižení a onemocnění. Informace, se kterými se zde čtenář seznámí, jsou často obsahem poradenské práce na různých úrovních.

## 1 Práce ve školských poradenských zařízeních

Rozsah poradenské práce Poradenství u jedinců s tělesným postižením a kombinovaným postižením je téma nesmírně široké.

Poradenská činnost může být poskytována:

- Klientům s různými specifickými potřebami – jiné potřeby budou mít klienti po úrazech, jiné děti s tělesným postižením a jiné jejich rodiče nebo sourozenci.
- Klientům různých věkových skupin – opět se liší potřeby dětí, dospívajících, dospělých nebo seniorů s tělesným nebo kombinovaným postižením.
- V různém kontextu a sledovat velmi odlišné cíle – s poradenstvím se můžeme setkat v resortu školství, zdravotnictví i v resortu práce a sociálních věcí.

Samozřejmě záleží také na kompetencích odborníků, kteří poradenství poskytují.

Kde poradenství probíhá Uvedme si několik příkladů institucí, jež poskytují poradenskou službu populaci klientů, na které se v tomto textu zaměřujeme:

- střediska rané péče pro tělesně postižené a střediska rané péče pro kombinované vady;
- speciálněpedagogická centra pro tělesně postižené a speciálněpedagogická centra pro kombinované vady;
- poradenská centra při vysokých školách pro studenty se zdravotním postižením, např. Teiresiás při Masarykově univerzitě v Brně nebo Centrum pomoci handicapovaným při Univerzitě Palackého v Olomouci;
- základní poradenství, které je povinen poskytovat každý poskytovatel sociálních služeb;

- odborné poradenství se zaměřením buď na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob, např. v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro seniory, nebo na určitou problematiku, např. poradny pro rodinu a mezilidské vztahy.

V tomto textu se zaměříme na poradenskou činnost, která je osobám s tělesným a kombinovaným postižením poskytována v resortu školství. Tato poradenská činnost má několik úrovní – na úrovni třídy se týká třídního učitele, na úrovni školy výchovného poradce, psychologa nebo speciálního pedagoga (pokud jej škola má) a na úrovni školských poradenských zařízení speciálněpedagogických center (SPC), pedagogicko-psychologických poraden (PPP) a středisek výchovné péče (Opatřilová et al., 2006). Žáci s tělesným nebo kombinovaným postižením přitom využívají především služeb PPP, SPC pro tělesně postižené a SPC pro kombinované vady. Činnost školských poradenských zařízení legislativně zajišťuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Obecné informace o těchto zařízeních lze vyhledat v této vyhlášce, proto se zde omezíme pouze na představení základních znaků poradenské činnosti:

Obecné znaky  
poradenství

- poradenské služby mohou být poskytovány všem žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, dále školám a školským zařízením, které si tuto službu vyžádají (Opatřilová et al., 2006);
- poradenství je kooperativní, multidisciplinární proces, který ve školských poradenských zařízeních předpokládá úzkou spolupráci minimálně mezi speciálním pedagogem, psychologem a sociálním pracovníkem;
- pomáhá např. při naplňování vzdělávacích potřeb žáků, prevenci výukových a výchovných potíží nebo sociálněpatologických jevů, podporuje školskou integraci žáků s tělesným a kombinovaným postižením, zabezpečuje speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku atd.;
- činnost poradenských pracovišť se uskutečňuje ambulantně i návštěvami přímo ve školách a školských zařízeních;
- časový rámec je ve srovnání s terapií nebo edukací obvykle velmi krátký, maximálně v rozmezí několika sezení;
- poradenství je zaměřené na klienta a vychází primárně z jeho potřeb.

### Co potřebuje klient?

Poradenská činnost zaměřená na klienty s tělesným nebo kombinovaným postižením se často týká psychologické a speciálněpedagogické diagnostiky, poradenství při zvládnutí obtížných výukových a výchovných situací a pomoci při integraci žáků s postižením do běžných škol.

Speciálněpedagogická i psychologická diagnostika využívá množství testů, např. testy inteligence (WISC-III, Raven), testy pro diagnostiku specifických poruch učení, testy do různých předmětů (testy čtenářských schopností, matematických schopností). Rovněž pro diagnostiku motoriky se využívá mnoho standardizovaných i nestandardizovaných postupů. Mezi standardizované testy patří např. orientační test dynamické praxe (Vágnerová, Klégrová, 2008; Krejčířová, Svoboda, Vágnerová, 2009). Měří se většinou funkce jemné motoriky a grafomotorické dovednosti.

Diagnostika

K práci speciálního pedagoga v SPC a PPP patří také poradenství při zařazování žáků s tělesným a kombinovaným postižením do příslušných vzdělávacích programů a rozhodování při výběru školy (integrace, či speciální škola). Protože v dřívějších speciálních školách jsou obvykle vytvořeny podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, je role poradenských pracovníků významnější pro zabezpečení integrace těchto žáků v běžných školách. V optimálním případě by měl poradenský pracovník pomoci při vytváření vhodných podmínek pro integraci, což zahrnuje přípravu učitelů, asistenta pedagoga i třídy, pomoc při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů, hledání vhodných forem a metod výuky, zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoc při zvládnutí náročných situací v edukačním procesu atd.

Další oblasti  
poradenské  
práce

### Co potřebují rodiny?

Potřeby rodin jsou velmi rozmanité. Často je poradenská podpora užitečná v období tranzitorních krizí, které se týkají náročných změn v životě rodiny, např. náhlého zhoršení zdravotního stavu

Potřeby rodiny  
dítěte s posti-  
žením

dítěte, jeho nástupu do školy, internátního zařízení, přípravy na přechod dítěte do stacionáře či jiného zařízení sociálních služeb atd. Tyto změny mohou zasáhnout zaběhnutý způsob fungování rodinného systému a vyžadují adaptaci všech členů na novou situaci.

Pro rodiče je samotná skutečnost, že mají dítě s postižením, velkou životní zkouškou. Ačkoliv se v praxi často setkáváme u dětí s tělesným či kombinovaným postižením s neúplnými nebo nepůvodními rodinami (obvykle od rodiny odchází otec), názor, že tato zkouška je pro rodinný systém pouze hrozbou, je dle mého názoru nesprávný. Narození postiženého dítěte v některých případech rodinu posílí, podpoří vytvoření nových adaptivních vzorců pro zvládnání zátěžových situací, pomůže dospělým přeskupit jejich hodnotový systém atd. Pro zachování rodiny je ovšem významná otevřená komunikace mezi partnery, sdílení (radostí i starostí), společně trávený čas (i bez postiženého dítěte nebo člena rodiny) a společné zážitky, umožnění uspokojování potřeb obou partnerů navzdory objektivním omezením, včetně možnosti se i nadále věnovat svému zaměstnání a svým dřívějším koníčkům, vzájemná emocionální podpora atd. To vše je s postiženým dítětem pochopitelně mnohem obtížnější, ale obvykle ne zcela nemožné. Záleží na souhře mnoha faktorů a okolností, zda se podaří rodinný systém zachovat, či nikoliv (Krejčová, Strnadová, Vágnerová, 2009).

Partnerské  
a rodičovské  
role

Pro partnery je důležité, aby rozvíjeli nejen své rodičovské role, ale také role partnerské. Velké riziko pro vztah dvou lidí představuje dlouhotrvající situace, kdy partnerská rovina přestává fungovat a oba dospělí se ztotožňují pouze nebo převážně se svou rodičovskou rolí. Postižení dítěte může partnerský vztah ovlivňovat nebo deformovat také dalšími nepříznivými způsoby, např. konfúzí partnerské a rodičovské roviny (v jejím důsledku mohou např. děti začít plnit roli dospělých), přenášením potíží s akceptací dítěte do partnerské roviny (emocionální přijetí postiženého dítěte je obvykle náročnější pro muže) apod. K důležitým aspektům partnerského života patří naopak umět se společně bavit, plánovat společné akce, podporovat radostnou atmosféru v rodině atd.

Život s dítětem s postižením je podle slov mnohých rodičů těchto dětí snáze přijatelný, pokud náročnou životní situaci pojmu jako životní úkol (Matějček, 2001). Samozřejmě – v mnoha případech není v moci psychologa a dalších poradenských pracovníků odvrátit rozpad rodiny. Ale také v případě, že k tomu dojde, může psychologické poradenství pomoci zvládnout tuto životní etapu způsobem, který je pro děti i dospělé co nejméně stresující.

### Co potřebuje primární pečovatel?

Role pečovatele

Ve většině rodin, kde se nachází dítě s tělesným nebo kombinovaným postižením, zastává jeden z rodičů roli primárního pečovatele. Většinou to bývá matka, kdo má největší zodpovědnost a zároveň podíl na péči o postižené dítě. Tato role vyžaduje naučit se flexibilně zacházet se svými zdroji, neboť v mnoha rodinách dochází ke kumulaci péče a povinností na jednu osobu. Primární pečovatel obvykle vydává mnohem více energie, než má možnost získat zpět. Zvýšená nerovnováha mezi přijímáním a dáváním může mít z dlouhodobého hlediska pro psychiku pečujících závažné následky, ty se mohou negativně projevit také v péči o postižené dítě (Plevová, 2007).

Způsoby péče  
o sebe

V praxi se můžeme navíc setkat s pečovateli (a není to zřídka), kteří jsou vnitřně přesvědčeni, že veškerou energii a volný čas musejí věnovat svému postiženému dítěti. Dítě tuto péči samozřejmě potřebuje, ale očekávání rodičů a reálné možnosti ovlivnění vývoje dítěte pozitivním směrem se málokdy střetávají. Čím větší je nasazení rodičů, tím rychleji dochází k vyhoření. Je tedy nutné, aby pečující osoby věnovaly pozornost všem složkám rodinného systému, včetně sebe. Věta, která by se měla stát součástí jejich životní filosofie, zní: „Každý máme nárok na péči, na chvílku denně jen pro sebe.“ Tato problematika je společná pro rodiny s dětmi s postižením i pro zaměstnance pomáhajících profesí.

Způsoby pečování o sebe a o svou duševní hygienu jsou velmi individuální. Každý člověk si musí najít, co mu vyhovuje. Při poradenské práci s maminkami dětí s těžkým kombinovaným a tělesným

postižením se často setkáváme s jejich nedostatečně saturovanou potřebou pečovat o sebe jako o ženu. Týká se to nejen zevnějšku. Závažnější je negativní dopad pečování o dítě na pocit vnitřního žensství a snižování vnímání vlastní hodnoty, která jí jako ženě či partnerce náleží. V těchto případech pomáhá ocenění, sdílení zkušeností žen s podobnými problémy atd. Pro organizované svépomocné skupiny pečujících maminek mohou být užitečné aktivity jako např. aromaterapie, masáže, shiatsu, líčení atd.

Existuje mnoho relaxačních technik, které si čtenář může vyhledat v příslušné literatuře. U nás je známý Schulzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, různá imaginační cvičení apod. Efektivní je i nácvik **rychlých relaxačních technik**, které umožňují dobítí energie v několika minutách. Těchto relaxačních technik je celá řada (např. opláchnutí obličeje chladnou vodou, břišní dýchání či jiné dechové cvičení, zkrácené varianty tradičních relaxací – rychlá autogenní imaginace, napínání svalů, prvky jógy, tai-chi, autosugestivní formule atd.). Nakonec však stačí dvě nebo tři osvědčené techniky, které lze využít v různých situacích.

### Co potřebují sourozenci?

Poradenským pracovníkům mnohdy nezbyvá čas na to, aby se věnovali všem členům rodiny, kteří poradenskou podporu potřebují. Sourozenci žáků se zdravotním postižením jsou bohužel často opomíjenou skupinou, pro kterou by tato podpora mohla být velmi užitečná. Pro formování vztahů sourozenců k postiženému dítěti je důležité:

Poradenská  
podpora sou-  
rozenců

- Poskytnout sourozencům vhodnou formou věkově přiměřené informace o postižení, jeho zvláštnostech, projevech a důsledcích pro chování postiženého dítěte. S přibývajícím věkem sourozenců je nezbytné tyto informace aktualizovat.
- Využívat vhodné komunikační strategie, tzn. netrestat zdravé dítě za jeho případné negativní pocity k postiženému sourozcovi, umožnit mu o nich otevřeně hovořit, společně hledat řešení, předcházet pocitu viny.
- Stanovit jasná pravidla a hranice (včetně vysvětlení, proč platí odlišná pravidla pro zdravého a postiženého sourozence).
- Uspokojovat přirozené potřeby zdravých sourozenců – snažit se věnovat jim individuální pozornost, všimnout si jejich úspěchů, umožnit jim trávit určitý čas s rodiči bez postiženého dítěte, umožnit jim věnovat se svým zálibám.
- Nacvičit, jak reagovat na dotazy nebo výsměch vrstevníků.
- Neočekávat, že zdravý sourozenec převezme péči o postiženého sourozence v neadekvátním rozsahu.
- Nepřetěžovat zdravé sourozence nepřiměřeným očekáváním a nároky na ně samotné a na jejich výkon (aby nemuseli být „úspěšní za dva“). (Thorová, 2006)

## 2 Charakteristika práce s některými typy postižení a onemocnění

Dále se zaměříme na některé praktické aspekty práce s žáky s tělesným postižením nebo onemocněním. Mezi nejčastější tělesná postižení patří obrny.

**Obrny** jsou *senzomotorickým* poškozením držení a pohybů těla (dochází nejen k postižení pohyblivosti, ale také citlivosti postižených částí).

Centrální a periferní obrny

Dělí se na:

- centrální (poškození mozku nebo míchy),
- periferní (poškození periferního nervstva).

Etiologie centrálních obrn

**Příčinami** vzniku centrálních a periferních obrn jsou důsledky některých nemocí, nádorů, embolií, infekcí, perinatálních komplikací (hypoxie), ale také dopravní nehody, úrazy nebo otravy.

Obrny mohou vzniknout v různém věku. V ČR se odlišují raně vzniklé centrální obrny (udává se interval do 1–3 roků), pro které se používá termín DMO, od obrn vzniklých v pozdějším věku.

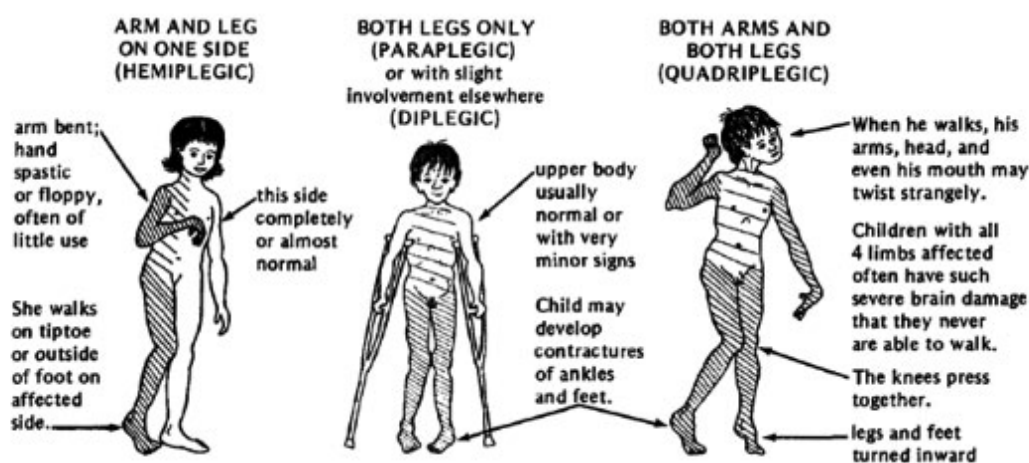
**Klinický obraz** U centrálních obrn bývá velmi rozmanitý klinický obraz. Je zde postižen mozek nebo/i mícha, což znamená, že dle lokalizace léze a rozsahu postižení mohou být přítomny také další poruchy:

- mentální retardace – uvádí se v 50 % i více;
- poruchy psychomotoriky – ADHD, specifické vývojové poruchy učení a chování;
- smyslové poruchy (především strabismus, hemianopie u hemiparéz, poruchy sluchu);
- nerovnoměrný vývoj, poruchy růstu a tělesné deformity (skoliózy, pes equinovarus, zkrácení Achillových a kolenních šlach, dysplazie kyčelních kloubů);
- narušení komunikační schopnosti (dysartrie, dyslálie);
- emocionální instabilita, výkyvy psychické výkonnosti;
- další onemocnění, např. epilepsie, hydrocefalus. (Kraus et al., 2004)

**Klasifikace** Pro **klasifikaci** centrálních obrn (vzniklých v dětství i dospělosti) se používá terminologie rozlišující stupeň, lokalizaci a svalový tonus postižení:

- Ztráta motorických funkcí může být podle **stupně** částečná (*paréza*), nebo úplná (*plegie*), např. kvadruparéza/kvadruplegie.
- Podle **lokalizace** postižení (u spastických typů centrálních obrn) se rozlišuje kvadruparéza (postižení všech končetin), hemiparéza (laterální postižení poloviny těla) a diparéza (postižení převážně spodní části těla).
- Podle **tonu** se centrální obrny dělí na spastické, hypotonické a dyskinetické. (Vítková, 1998)

Obrázek: Spastické typy DMO



### Diagnostika, rehabilitace, terapie a edukace u žáků s DMO

- Základem diagnostiky i terapie u centrálních obrn je interdisciplinární přístup ve smyslu ucelené rehabilitace. Využívá se fyzioterapie (u dětí přístupy Vojty a Bobatha, u dospělých Kabatova PNF metoda), fyzikální terapie, ergoterapie a další podpůrné přístupy léčebné rehabilitace (hipoterapie, rehabilitační plavání, míčkování, canisterapie, expresivní terapie, akupunktura, akupresura, kraniosakrální terapie, lázeňská léčba a další).
- Na odstranění deformit je zaměřena radikální léčba, kterou představují ortopedické zákroky (např. operace zkrácených Achillových šlach). Z farmakoterapie se využívá především léčba Botulotoxinem A (BTX A) při terapii spasticity a atetózy, z ortopedické protetiky se využívají dlahy, ortézy a podpůrné aparáty, ortopedická obuv a různé rehabilitační a kompenzační pomůcky.
- Součástí rehabilitace je také logopedie, která se zabývá výstavbou mluvené řeči, využitím prostředků alternativní a augmentativní komunikace, podporou zvládnutí salivace (slinotoku) a alimmentace (krmení).

- Speciálněpedagogická péče představuje základ vzdělávání a předprofesní přípravy klientů. Speciální pedagog se rovněž podílí na zácvičku používání kompenzačních pomůcek, nácviku sebeobslužných dovedností a rozvoji motoriky, nácviku AAK a rozvoji řeči. Dle vlastních zkušeností a odborných výcviků, které absolvoval, může provádět také různé podpůrné terapie.

Obrny mohou vzniknout také v důsledku mnoha dalších onemocnění, zejména degenerativních onemocnění CNS (amyotrofická laterální skleróza, početná skupina progresivních heredoataxií, Parkinsonova choroba, spinální muskulární atrofie), mozkových obrn neboli poliomyelitid (důsledkem je tzv. chabá obrna), mozkových infekcí (encefalitid) atd.

Další příčiny vzniku obrn

### Epilepsie

Epilepsie je chronické záchvatovité onemocnění CNS (předpokladem je, že záchvaty se vyskytují pravidelně). Vágnerová (1999) uvádí, že epilepsie je spojena se změnou v oblasti prožívání, chování a často i s poruchami vědomí.

Vymezení

Podle příčin dělíme epilepsii na:

Příčiny vzniku

- idiopatickou (primární) – chybí organická příčina (geneticky predisponované epilepsie);
- symptomatickou (sekundární) – epilepsie získaná v důsledku úrazů hlavy, mozkových nádorů, infekcí, v důsledku otrav, drogových závislostí atd.;
- kryptogenní – na jejím vzniku se různou měrou podílejí faktory genetické i vnější.

O vzniku epileptického záchvatu rozhoduje:

Faktory vzniku záchvatu

- **epileptické ohnisko** – místo v mozku, odkud se šíří paroxysmální aktivita; může mít podobu jizvy, která vznikne v důsledku působení škodlivých příčin;
- **záchvatovitá pohotovost** – může vzniknout i ve zdravém mozku, ale riziko je větší u patologických změn, např. u DMO nebo po úrazech hlavy, v dětství a v období dospívání;
- **přítomnost spouštějícího podnětu**, který záchvat vyvolává, např. silné rytmické zrakové a sluchové podněty, přerušované světlo, záření z televizní obrazovky, nadměrný hluk, menstruace apod.

Klasifikací epilepsie je mnoho. Nejčastěji se rozlišují záchvaty parciální (odehrávají se v epileptickém ložisku) a generalizované (epileptická aktivita se šíří do celého mozku). K nejnámějším generalizovaným záchvatům patří:

Klasifikace

- **Absence** charakterizuje náhlá a krátká porucha vědomí (zahledění, prázdný výraz), trvá několik sekund s rychlým návratem k vědomí. Nemocný si nemusí vůbec uvědomovat, že k něčemu došlo (přítomen je pouze krátký výpadek paměti a přerušování činnosti). Mohou mít vysokou frekvenci (běžně až několik desítek denně).
- **Tonicko-klonické záchvaty** – jsou přítomny záškuby (klony), střídající se tonus svalů a výpadek vědomí. Trvají několik minut, návrat do běžného stavu může trvat minuty až hodiny. Po protažených záchvatech následuje hluboký spánek. Jde o nejdramatičtější epileptické záchvaty. Před záchvatem je běžné zakoukání, ztuhnutí těla, výkřik a po něm pád, možnost zmodrání a křeče těla, mohou se objevit sliny s krví a pomočení. Vždy je přítomna ztráta vědomí.
- Jako **status epilepticus** se označuje epileptický záchvat jakéhokoli typu, který trvá déle než 20–30 minut, nebo série záchvatů obdobného trvání, mezi kterými se pacient neprobírá k plnému vědomí. Je to záchvat závažný zejména u stavů celkových křečí, spojený s dosti vysokou úmrtností (5–15 %).

Mezi možnostmi terapie epilepsie patří:

Terapie

- Medikamentózní léčba (antiepileptika) – u 50 % pacientů eliminuje záchvaty a u 25 % snižuje frekvenci jejich výskytu.
- Úprava jídelníčku – žádný alkohol, drogy, omezit kávu, čokoládu a veškeré látky, které výrazně stimulují mozkovou aktivitu.

- Celková úprava životosprávy – vyhýbání se podnětům a situacím, které mohou vyvolat epileptický záchvat, snížit působení stresorů, dbát na pravidelný spánek.
- Stimulátor na nervus vagus (provádí se asi u 10 % pacientů).
- Epileptochirurgické zákroky – provádějí se především u farmakorezistentních pacientů, např. odstranění epileptického ložiska (u parciální epilepsie), protěti corpus callosum (u generalizovaných záchvatů).
- V mnoha případech je důležitá psychologická podpora. Samotná nejistota, kde a kdy vznikne další záchvat, může vyvolávat velkou úzkost. Omezení aktivit navíc může mít na člověka s epilepsií výrazně frustrující dopad.

Omezení Mezi důsledky epilepsie v běžném životě patří:

v běžném životě

- Omezující vliv na řadu životních aktivit (životospráva, abstinence, dlouhodobá farmakoterapie, pracovní omezení, zákaz řízení motorových vozidel, nevhodná je práce na slunci bez pokrývky hlavy apod.).
- Strach z pohybu v různých situacích (přecházení křižovatky nebo vyvýšených míst, koupání apod.).
- Nutná úprava bytu, aby se předešlo rizikům zranění, např. nábytek bez ostrých hran, chrániče na topení a ostrých plochách, sprchový kout místo vany (nebezpečí utonutí při záchvatu), co nejmenší horké plochy v kuchyni apod. (Pfeiffer, 2007).
- Možné potíže při navazování partnerských vztahů (strach z dědičného zatížení, potíže při partnerském soužití).
- Společenský stres (xenofobní postoje společnosti, sociální důsledky – nemocným někdy bývají přisuzovány negativní vlastnosti, laické reakce mohou u nemocného vyvolávat neurotické projevy, pocity nejistoty a méněcennosti).
- Změny na kognitivní úrovni (změny aktivační úrovně, snížení inteligence, ulpívavost), emocionální úrovni (sklon potlačovat emocionální projevy, sklon k depresím, impulzivita a labilita, zvýšená dráždivost), únava nebo ospalost. (Koluchová, 1989; Vágnerová, 1999)

Ošetření epileptického záchvatu

Různé typy epilepsie vyžadují odlišný přístup personálu při ošetření potenciálního záchvatu.

**Absence** často proběhnou bez povšimnutí okolí (ani učitelé si toho často nevšimnou, ovšem někdy napomínají a trestají žáka za to, že nedává pozor). Nebezpečí je pouze v případě aktivit, při nichž chvilková nepozornost může ohrozit člověka s epilepsií nebo druhé. Ve škole se to týká především tělesné výchovy a pracovního vyučování.

#### Ošetření tonicko-klonického záchvatu:

- Odstraníme ostré předměty z okolí (nebo se pokusíme přesunout pacienta od ostrých hran), můžeme dát něco měkkého pod hlavu (ručník, mikinu, svetr), a pokud záchvat probíhá na tvrdé ploše (beton), můžeme se dotýčného pokusit přesunout např. na trávník.
- Měříme čas – pokud záchvat trvá déle než pět minut nebo přechází jeden záchvat v druhý, je nutné zavolat záchrannou službu (riziko přechodu v status epilepticus).
- Po odeznění křečí zajistíme nemocnému stabilizovanou polohu – člověk po záchvatu musí být v klidu (může spát, je dezorientovaný), ale ne úplně bez dohledu (kontrolujeme, zda nepřichází další záchvat).
- Během záchvatu nesmíme nic vkládat do úst (lžice, léky apod.). Ačkoliv jsou rozporuplné názory na to, zda člověk v záchvatu může polknout jazyk, často jej rozkouše a toto riziko se zvětšuje přítomností jakéhokoliv předmětu v ústech. Na člověka si při záchvatu (navzdory dřívějším praktikám) neleháme a nesnažíme se násilím zabránit křečím.

**Aura** Jako aura se označuje několik sekund trvající zvláštní pocit před samotným záchvatem (parestazie, brnění prstů, zrakové nebo sluchové halucinace, pocity strachu). Člověk nemocný epilepsií může dle aury poznat blížící se záchvat.

### Vrozené vývojové vady

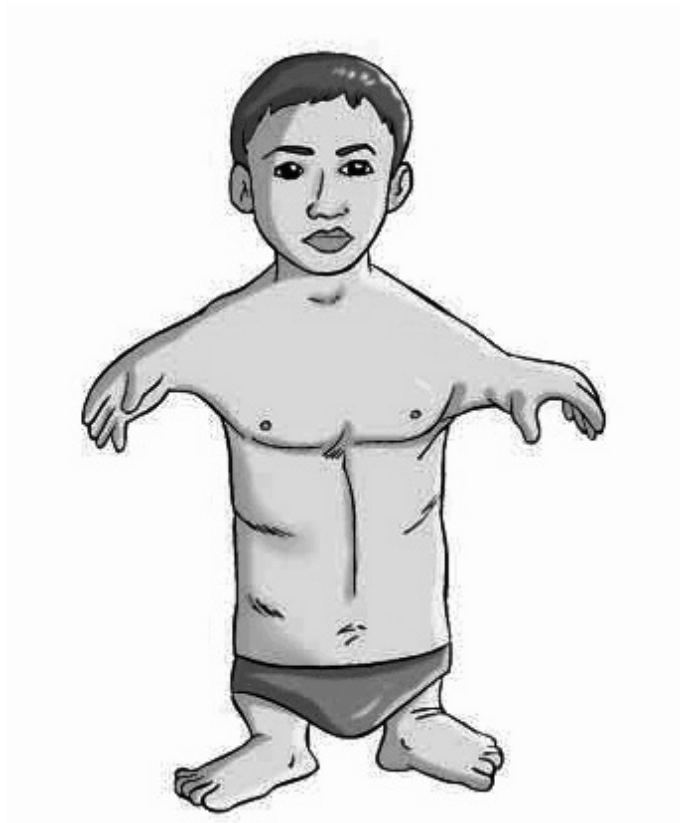
Vrozené vývojové vady (VVV) vznikají během prenatálního vývoje. Mluví se o nich jako o *malformacích* (zatímco pojem *deformace* vyjadřuje získanou anomálii, např. skoliózu). Za rizikové se považují genetické faktory a škodlivé faktory z prostředí, tzv. teratogeny (např. léky Contergaan, Thallidomid).

Rozlišujeme VVV:

Dělení

- Končetin – **amélie** (vrozené úplné nevyvinutí končetiny) a **meromélie** (částečný defekt končetin – příkladem je fokomélie). K vadám ruky patří rozštěp ruky, syndaktylie (srůsty prstů), polydaktylie (zmnožení prstů), nadměrný nebo minimální růst prstů atd.
- Dolních končetin – luxace (vykloubení kyčelní hlavice), subluxe (částečné vykloubení) nebo nevyvinutí (dysplazie) kyčelního kloubu. K vadám nohy patří pes equinus a pes equinovarus.
- Páteře, kde vznikají rozštěpy, tzv. spina bifida (rozštěpy těžšího stupně se označují pojmy meningokéla a meningomyelokéla).
- Hlavy, např. hydrocefalus, mikrocefalus, rozštěpy patra.

Obrázek: Fokomélie



Zdroj: <http://wordinfo.info/unit/3621/s:a%20sea%20calf>.

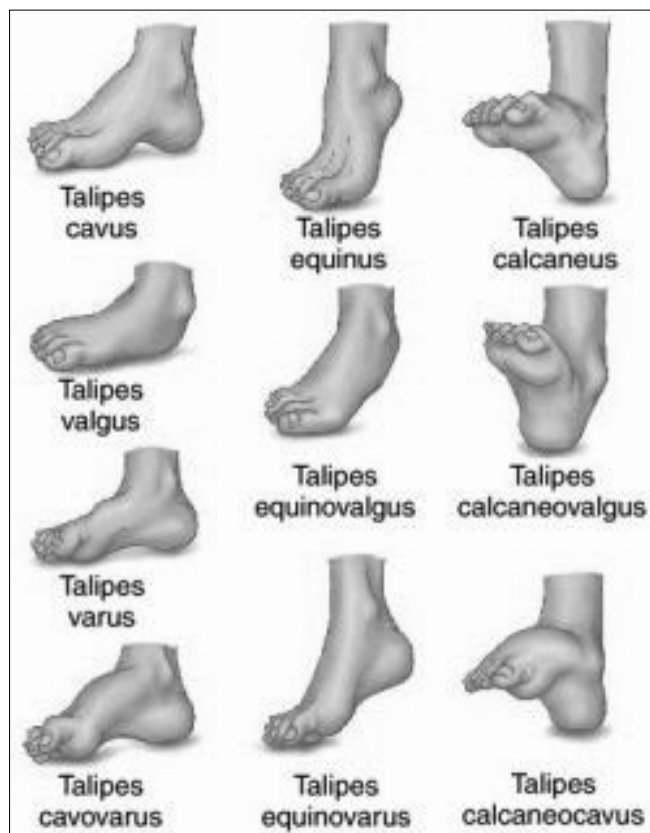


Obrázek: Nick Vujicic (známá osobnost s amélií HK)



Zdroj: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1196755/The-astonishing-story-man-born-arms-legs--world-famous-swimmer-surfer-footballer.html>.

Obrázek: Vrozené vývojové vady na noze



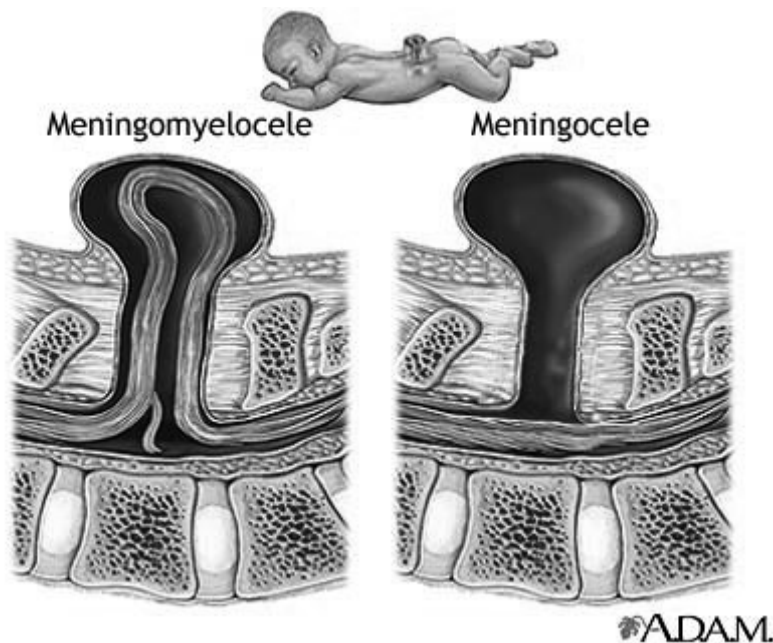
Zdroj: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/talipes>.

Obrázek: Spina bifida (rozštěp páteře)



Zdroj: <http://spinabifidalifeexpectancy.tk/2011/09/spina-bifida-cerebral-palsy-life-expectancy>.

Obrázek: Výhřez míchy u meningokély a meningomyelokély (nejtěžšího stupně rozštěpu páteře)



Zdroj: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19086.htm>.

### Amputace

Amputace je umělé odnětí končetiny nebo její části od trupu. Příčiny amputace mohou být: Dělení

- traumatické (následek úrazu);
- chirurgické, které jsou prováděny v důsledku nádorů, těžkých infekcí, gangrén končetin, ireverzibilního poškození velkých cév, nerekonstruovatelného poranění kostí, šlach, nervů, rozsáhlých nekrotických tkání, po těžkých popáleninách a omrzlinách.

- Terapie a rehabilitace Na terapii a rehabilitaci osob po amputacích se podílí:
- chirurg nebo traumatolog (u rozštěpů se provádí operativní uzavření páteře, u amputací příprava pahýlu na protézování);
  - protetik (připravuje protézy a různé rehabilitační pomůcky);
  - fyzioterapeut – podporuje funkce postižených částí těla cvičením;
  - ergoterapeut – navrhuje úpravy prostředí, nacvičuje s klientem běžné denní aktivity a používání kompenzačních pomůcek;
  - speciální pedagog – klienty vzdělává a ve své práci navazuje úzce také na ergoterapeutickou intervenci.

### Rehabilitace pacientů s vrozenými vývojovými vadami a amputacemi

Protézy Dnešní **protézy** mohou být pouze estetické, ale také mohou kompenzovat různé funkce horních i dolních končetin (tzv. funkční nebo robotické protézy). Za nejdokonalejší formu funkční náhrady ztracené končetiny se považuje tzv. **myoelektrická protéza**. (Jonášková in Müller, 2001) Velké procento pacientů však tyto protézy nepřijme a z různých důvodů kompenzuje chybějící tělesné funkce prostřednictvím úst, nohou a speciálních pomůcek. K možným důvodům nepřijetí protéz patří pomalejší rychlost při provádění aktivity nebo necitlivost protézy. U dětí je možné protézovat končetinu obvykle nejdříve ve věku tří let.

Psychologické důsledky Pro mnohé osoby s amputacemi a viditelnými VVV je obtížné se s postižením vyrovnat z psychologického hlediska. Tzv. estetický handicap může být překážkou narušující komunikaci, navazování vztahů s druhým pohlavím, může snižovat sebehodnocení svého nositele atd.

Vadné držení těla **Vadné držení těla** se podle roviny zakřivení páteře dělí na hyperlordózu (zvětšená krční lordóza), bederní lordózu, plochá záda, hyperkyfózu (kulatá záda) a gibbus (hrb). Nejčastější vadou je **skolióza** – boční vychýlení páteře.

Příčiny skoliózy mohou být:

- vnitřní, fyziologické (např. růstové, dědičné vlivy, konstituce, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte);
- vnější (např. nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha, obezita, jednostranný pohyb, předčasná sportovní specializace, spaní na měkkém lůžku s vysokým podhlavníkem, nesprávná výška nábytku neodpovídající proporcím dítěte).

Se skoliózami se setkáváme u řady onemocnění, při nichž je oslabeno svalstvo páteře nebo opěrný systém (DMO, myopatie, osteoporóza). Idiopatická skolióza má neznámou příčinu. Pokud vzniká v dětství, je těžce mrzačící (až letální následky). Při léčbě se dle závažnosti uplatňuje fyzioterapie, nošení korzetu a chirurgická operace.

Poruchy růstu Mezi **poruchy růstu** patří:

- akromegalie – zvětšují se pouze okrajové části těla, tedy ruce, chodidla, obličej atd.;
- gigantismus – nadměrný vzrůst;
- nanismus – růstová retardace, z uvedených poruch růstu nejvíce komplikuje praktický život; lidé s nanismem využívají různé kompenzační pomůcky, např. pomůcky pro lokomoci (berle, elektrické vozíky), podavače předmětů apod.;
- achondroplazie (dysproporciální trpaslictví) je nejčastější kostní dysplazie (nedokonalé vyvinutí kostní tkáně), jejímž důsledkem je malý vzrůst.

Žáci s poruchami vzrůstu vyžadují adaptaci okolního prostředí, zvláště interiéru (ve škole, doma). Využívají se také různé kompenzační pomůcky, např. podavače.

Obrázek: Achondroplazie – Vicente López Y Portaň (1825)



**Osteoporóza** je metabolická kostní choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně (kosti se stávají křehčími). Musíme dbát na prevenci zlomenin. Nedoporučují se např. cviky s doskokem a míčové hry, naopak vhodná jsou silová cvičení. Osteoporóza

**Progresivní svalová dystrofie** patří do skupiny svalových onemocnění, tzv. **myopatií** (ne všechny myopatie jsou však progresivní). Jedná se o geneticky podmíněnou skupinu nemocí projevující se zpravidla svalovou slabostí a atrofií, přičemž průběh nemoci je u každého jedince různorodý. Nejzávažnější je **Düchennova forma**, která postihuje pouze chlapce a končí letálně. Pacienti umírají přibližně ve věku 30 let na zástavu dýchání. Méně závažnou formou (s pomalejším průběhem) je **Beckerova forma**. Progresivní svalová dystrofie

**Alergie** patří do oblasti autoimunitních onemocnění, u kterých je narušena tolerance cizorodých neškodných látek z okolního prostředí – organismus se k alergenu chová jako k látce, která je pro tělo škodlivá. Alergie

- Mezi nejčastější alergeny patří pyl, prach, peří, zvířecí srst, roztoči, bodnutí včelím jedem, chemikálie v pracích a čistících prostředcích, v potravinách či kosmetice, léky a potraviny (mléko, vajíčka, jahody, rajčata, citrusové plody atd.). (Bystroň, 1997)
- Příklady alergických reakcí: dýchací potíže, ucpaný nos, kýchání, svědění očí a pokožky, slzení, zánět sliznice nosu, očí a dýchacích cest, kožní vyrážka, bolesti hlavy, průjemy, zvracení, bolesti břicha, horečka, únava.
- Komplikacemi alergie mohou být dušnost, astma nebo atopické kožní projevy. Anafylaktický šok je život ohrožující alergická reakce (vzniká otok na mozk, který ohrožuje základní životní funkce). Poznáme jej podle následujících příznaků: zrychlené dýchání a tep, výrazná bledost,

opocená, vlhká pokožka, dušnost, zvracení, ztráta vědomí. Je nezbytné přivolat okamžitě záchrannou službu a poskytnout první pomoc. (Špičák, 1994)

**Kauzální léčba** Léčbu alergií můžeme rozdělit na kauzální a symptomatickou. Ke kauzální léčbě, jejímž cílem je předejít alergickým projevům, patří: desenzibilizace (pravidelná aplikace malého množství alergenu do krve mimo alergickou sezónu), vyhnutí se kontaktu s alergenem, úprava denního režimu, lázeňská léčba a klimatoterapie (přímořské léčebné pobyty, speleoterapie), psychoterapie a různé metody alternativní léčby, např. akupunktura, akupresura, jóga, čínská medicína a další. (Gamlin, 2003)

**Symptomatická léčba** Symptomatická léčba má za úkol potlačit alergickou reakci a spočívá v léčbě farmaky (antihistaminika). U některých alergiků je žádoucí minimalizovat pobyty venku během alergické sezóny a vyhýbat se prostředí s příslušným alergenem (např. prašné prostředí u dětí alergických na prach).

Sekundárním důsledkem alergií může být zvýšená unavitelnost (také jako nežádoucí vedlejší účinek některých antihistaminik). V dospělém věku mohou být alergie příčinou různých pracovních omezení (opět v závislosti na druhu alergenu).

**Astma** Astma lze definovat jako záchvaty dušnosti expiračního typu. Jeho hlavním projevem je reverzibilní obstrukce dýchacích cest, tzv. bronchospasmus. Porucha dýchání se projevuje nejvíce při výdechu. Astmatik dýchá zrychleně a měkce, lapá po dechu a jeho dech je provázen dlouhým pískotem.

Etiologie je polyfaktoriální a kombinuje psychické a somatické faktory. Status asthmaticus je silný astmatický záchvat, při kterém dochází k ohrožení života. Mezi jeho typické příznaky patří zpcení, dehydratace, vyčerpání, strach.

**Ošetření astmatického záchvatu** Ošetření astmatického záchvatu:

- pro zastavení záchvatu je stěžejní aplikace léků (aerosoly ve formě sprejů);
- ortopnoická poloha – sedíme na kraji židle, dlaně se opírají o kolena, hlava a ramena jsou skrčené a ohnuté dolů; astmatika během záchvatu nesmíme nutit lehat;
- měříme čas – pokud záchvat nastupuje velmi rychle nebo přetrvává ve stejné intenzitě více než pět minut, doporučuje se volat záchrannou službu (riziko status asthmaticu);
- dodání tekutin – při astmatu dochází k silné dehydrataci;
- odpočinek – po záchvatu přichází únava, astmatik může být vyčerpaný.

Obrázek: Aplikace aerosolů prostřednictvím inhalátoru



Zdroj: <http://www.profimedia.cz/fotografie/muz-o-pouziti-astmatu-inhalator/0088542384>.

- Diabetes mellitus**, česky cukrovka, se projevuje poruchou metabolismu sacharidů. Rozlišuje se: Diabetes mellitus
- Diabetes 1. typu (tzv. juvenilní nebo na inzulínu závislý). Vzniká autoimunitním procesem a ničí většinu buněk tvořících inzulín. Důsledkem je doživotní závislost na inzulínu.
  - Diabetes 2. typu je nejčastější formou cukrovky, kdy tělo nemocného sice inzulín vytváří, ale nedokáže jej efektivně použít (tzv. inzulínová rezistence). Nemocní nejsou životně závislí na podávání inzulínu, ačkoliv ho často léčebně užívají ke zlepšení kontroly glykémie.

Jako důsledek dlouhodobě změněného metabolismu a hyperglykémie vznikají u diabetu chronické komplikace, např. poškození ledvin, sítnice, nervů, cév atd.

K terapii diabetu patří nezbytná úprava stravování, denního režimu, pohybové aktivity a u diabetu 1. typu také pravidelné injekce inzulínu (Brož, 2007). Mezi nejčastěji používané pomůcky zdravotnické techniky u diabetiků patří:

- glukometr – měří hladinu cukru v krvi před vpichem;
- inzulínové pero – používá se k aplikaci inzulínu do krve;
- inzulínová pumpa – nejpohodlnější řešení vážných diabetických obtíží, pacient je na pumpu napojen, přičemž pumpa provádí 24 hodin denně monitorování stavu cukru v jejich krvi a reguluje hladinu inzulínu. (Pethová, Štechová, 2009)

Obrázek: Glukometr



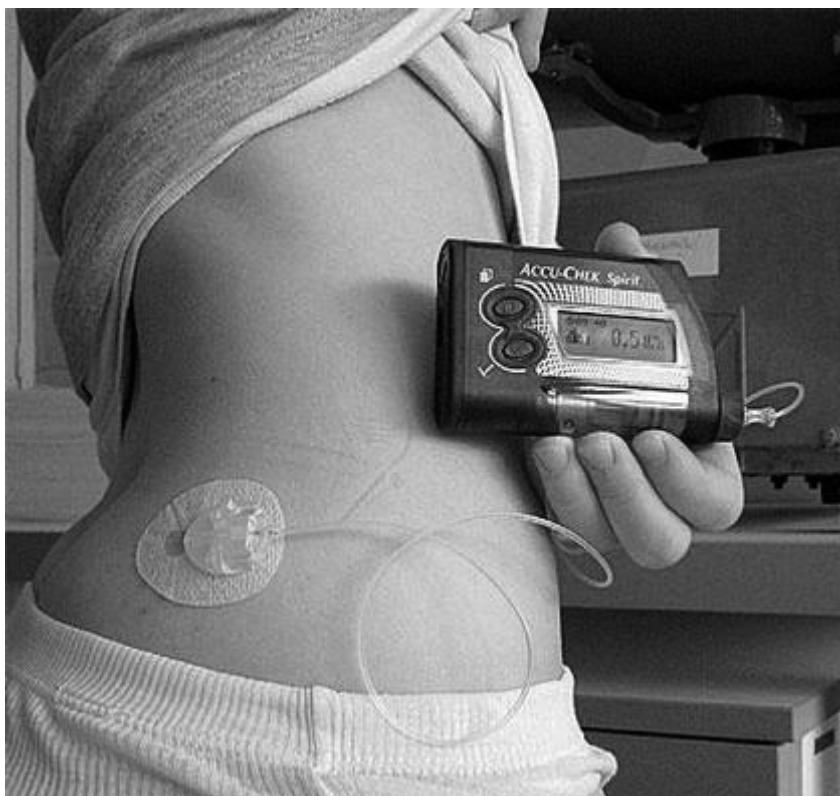
Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Glukometr>.

Obrázek: Inzulínová pera



Zdroj: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Inzul%C3%ADnov%C3%A1\\_pera.jpg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Inzul%C3%ADnov%C3%A1_pera.jpg).

Obrázek: Inzulínová pumpa



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/inzulínove-pumpy-a-kontinualni-monitory-glykemie-v-terapii-detsk-428702>.

K akutním komplikacím diabetu patří:

- Hypoglykemie (diabetický šok) – vzniká předávkováním inzulínem, příliš vyčerpávajícím tělesným cvičením nebo vynecháním jídla (Škrha, 2001). Stav se upraví podáním jakékoliv formy koncentrovaného cukru (nejlépe 3 kostky nebo 3 čajové lžičky). Mezi příznaky patří

pocení, nervozita, narušení koncentrace, barevné či zdvojené vidění, bušení srdce, nauzea, závratě atd.

- Hyperglykemie (diabetické kóma) – je nejčastěji způsobena opomenutím užití pravidelné dávky inzulínu, vyskytuje se také u osob s nerozpoznaným diabetem. (Rybka et al., 2006) Je nutné okamžitě podat inzulín a vodu. Příznaky jsou hlad, suchá a horká pokožka, hluboké, namáhavé dýchání, nadměrné vylučování moči a dech páchnoucí po ovoci.

## Shrnutí

Kapitola vymezila základní informace o poradenství, potřebách klientů, se kterými přicházejí poradenská pracovníci do kontaktu, a stručně charakterizovala nejčastější tělesná postižení a onemocnění, včetně problematiky specifických potřeb jejich nositelů.

## Kontrolní otázky a úkoly

1. Popište úroveň poradenství v resortu školství.
2. Jaké psychosociální potřeby mají primární pečovatelé o dítě s postižením?
3. Jaké potřeby mají sourozenci dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením?
4. Jak byste ošetřili tonicko-klonický záchvat?
5. Co je to status epilepticus?
6. Jaký vliv může mít alergická reakce na výkonnost žáka při vyučování?
7. Jaké mohou být akutní komplikace u diabetu?

## Pojmy k zapamatování

vyhláška č. 72/2005 Sb.

speciálněpedagogická centra

diagnostika

integrace

zdroje

DMO

ošetření epileptického záchvatu

absence

tonicko-klonický záchvat

spina bifida

diabetický šok a diabetické kóma

## Literatura

Seznam použité literatury:

1. BIGGE, J.; BEST, J. S.; HELLER, K. 1991. *W. Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company. 541 s. ISBN 0-675-21017-8.
2. BROŽ, J. 2007. *Sportování s inzulínem*. Praha: Sauvitalia. 46 s. ISBN 80-239-6415.
3. BYSTROŇ, J. 1997. *Průvodce alergickými nemocemi*. Ostrava: Mirago. 228 s. ISBN 80-85922-46-0.
4. GAMLIN, L. 2003. *Příčiny obtíží, diagnostika, léčba alergií a intolerancí*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr. 256 s. ISBN 80-86196-44-5.
5. JONÁŠKOVÁ, V. 2001. Dítě s poruchou mobility. In: MÜLLER, O. et al. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: UP. 87–122 s. ISBN 80-244-0231-9.
6. KRAUS, J. et al. 2004. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
7. KREJČÍŘOVÁ, D.; SVOBODA, M.; VÁGNEROVÁ, M. 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
8. KREJČOVÁ, L.; STRNADOVÁ, I.; VÁGNEROVÁ, M. 2009. *Náročné mateřství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 336 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
9. MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: Vydavatelství H a H. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.



10. PEŤHOVÁ, P.; ŠTECHOVÁ, K. 2009. *Léčba inzulinovou pumpou pro praxi*. 1. vyd. Praha: Geum. 190 s. ISBN 978-80-86256-64-1.
11. PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
12. PLEVOVÁ, M. 2007. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. 1. vyd. Brno: MU. 108 s. ISBN 978-80-210-4372-5.
13. RYBKA, J. et al. 2006. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha, Grada. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
14. ŠKRHA, J. 2001. *Hypoglykemický syndrom*. 1. vyd. Praha, Grada. 112 s. ISBN 80-7169-992-6.
15. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál. 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
16. VÁGNEROVÁ, M.; KLÉGROVÁ, J. 2008. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
17. VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
18. VÍTKOVÁ, M. 1998. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 140 s. ISBN 80-210-1953-0.