

# PREVENCE U DĚTÍ S HENDIKEPEM – Markéta Marušanová

## Co je hendikep

„Hendikep lze stručně charakterizovat jako dlouhodobé nebo trvalé omezení přirozených aktivit člověka, které zvyšuje riziko dalších onemocnění“

Hendikepovaní lidé jsou především lidé s vrozeným trvalým postižením a lidé mentálně retardovaní. Radíme mezi ně také jedince skombinovanými vadami, kteří mají jak tělesné, mentální, tak např. smyslové postižení - porucha sluchu, zraku atd.

## Kdo je mentálně postižený člověk a jak ho společnost vnímá

Dle MUDr. Novákové mluvíme o mentální retardaci jako: „o stavu zastaveného neúplného duševního vývoje. Jde o globální poškození intelektových funkcí spolu s narušeným vývojem celé osobnosti v důsledku sníženého intelektu. Možnosti rozvoje intelektu jsou limitovány geneticky kvalitou struktury a rozvoje mozku, jeho enzymatickou výbavou a vnějšími biologickými vlivy (např. nedostatečnou výživou), a psychosociálními vlivy (rozvoj řeči, vzdělávání, výchova). Na základě současných poznatků se domníváme, že za nejméně dvě třetiny stavu intelektových schopností odpovídají genetické faktory. Význam genetické dispozice byl u mentálně retardovaných jedinců prokázán ve studiích dvojčat“ (NOVÁKOVÁ et. al., 2008).

Na straně druhé se vrozené předpoklady k rozvoji intelektu nemusejí dostatečně projevit ani u zdravých jedinců, pokud nejsou podporovány učením, výchovou a socializací. Tyto jedince můžeme označit za sociálně slabomyslné.

„Vývoj intelektu může být také narušen vrozeným poškozením smyslových orgánů. Ať jsou příčiny mentální retardace jakékoli, hovoříme vždy o nedostatečném vývoji rozumových schopností, vrozených nebo získaných v časném věku“

Z pohledu společnosti se setkáváme s velkou změnou postojů k postiženým lidem. Zatímco v minulosti se lidé domnívali, že postižené lidi lze vyléčit usilovným tréninkem, dnes je tomu naopak a lidé mají dostatek informací o možné pomoci těmto jedincům. Musíme mít však v povědomí, že mentální postižení je hendikep, který neumožňuje úplné vyléčení.

V dnešní době je zdůrazňován postoj maximálního zařazení postižených lidí do života společnosti, avšak ne vždy se setkáváme s kladnými vazbami. Taková podpora by měla plně respektovat a rozvíjet zejména základní schopnosti člověka (např. komunikační dovednosti, schopnost pečovat o sebe, vzdělávání atd.).

Cílem všech odborných snah by mělo být omezení prožívané nepohody a snaha o zlepšení životní spokojenosti pacientů. Součástí celkové péče o zdravotní stav mentálně postižených jedinců je tedy jak trénink sociálních a komunikačních dovedností, tak i péče o celkové zdraví včetně péče stomatologické.

## TYPY POSTIŽENÍ

Z mnoha pohledů platí, že jakékoliv postižení neovlivňuje jen funkčnost orgánového systému, ale celkovou osobnost jedince a podílí se na vytvoření ideálních sociálních podmínek. Tyto podmínky jsou i v požadavcích na stomatologickou péči. Máme různé druhy postižení, např. smyslové poruchy (zrakové či sluchové), pacienti smotorickým postižením.

### Psychické poruchy

Duševní porucha nebo-li psychická porucha, je v širším slova smyslu označení pro určité psychické procesy, které se projevují v chování, myšlení a prožívání člověka. Tyto poruchy znesnadňují komunikaci a fungování jedinců ve společnosti. Mezi duševní poruchy řadíme ty, které se prvotně týkají myšlení, prožívání a vztahů k ostatním lidem.

Za duševní poruchy se označují jak stavy podmíněné zejména tělesnou (vrozenou), často též geneticky specifickou výbavou člověka, tak stavy, u kterých se za rozhodující příčinu vzniku pokládá vliv prostředí a životních událostí.

### Kategorizace psychických poruch v ČR

V České republice je platná Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 od roku 1992. Prochází průběžnými aktualizacemi, poslední aktualizace je platná od 1.1. 2009.

MKN-10 má zajistit, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (SZO) byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní problémy stejně vykazovány, stejně tříděny a byly mezinárodně srovnatelné.

Poruchy duševní a poruchy chování jsou rozděleny do tzv. oddílů:

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

### *Mentální retardace*

Podle nové klasifikace MKN – 10 se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

### *Lehká mentální retardace*

Do této kategorie se řadí jedinci, jejichž IQ (intelligenční kvocient) je v rozmezí 50 – 69. Tito jedinci většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když je jejich mluva trochu opožděná. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči ( jídlo, mytí, hygienické návyky, oblékání) a v praktických domácích dovednostech. Hlavní problém u těchto jedinců se projevuje při čtení, psaní a při teoretické práci ve škole. Není však problém se zaměstnáním těchto lidí hlavně v oblasti praktických a manuálních prací. Úskalí se vyskytne, pokud jsou tyto lidé vystaveni značné emocionální vyjatosti, normám a různým druhům očekávání.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou individuálně projevit další choroby. Jedná se o autismus, epilepsii, poruchy chování nebo tělesné postižení.

### *Středně těžká mentální retardace*

Kategorie středně těžké mentální retardace zahrnuje ty jedince, jejichž IQ je v rozmezí 35 - 45. U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání a řeči, jsou omezení v péči sami o sebe a zručnosti. Omezení ve škole lze eliminovat kvalitním pedagogickým dozorem, se kterým jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, zřídka je možný úplně samostatný život. Tito jedinci zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktů a ke komunikaci s druhými lidmi.

V této kategorii jsou obvyklé podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Ve většině případů je toto postižení doprovázeno dalšími možnými poruchami jako je např. autismus nebo epileptické onemocnění.

## Těžká mentální retardace

V této kategorii jsou jedinci s IQ 20 – 34. Je podobná středně těžké mentální retardaci. Tito jedinci mají obvykle poruchy motoriky nebo další defekty, které poukazují na těžké poškození funkce CNS (centrálně nervové soustavy). Řeč je chudá, pokud je vůbec rozvinutá, a verbální komunikace je nedostatečná. Celkový výraz pacientů je tupý a mívají stereotypní pohyby celého těla. Jsou vychovatelní, ale nevzdělavatelni. Postižení jsou schopni samostatného života buď v rodinách nebo v institucích pro ně zařízených. Mentálně postižení v této kategorii mívají řadu tělesných hendikepů a vyžadují specializovanou ošetrovatelskou péči.

## PREVENCE U HENDIKEPOVANÝCH PACIENTŮ

Prevence zubního kazu spočívá v pravidelných preventivních prohlídkách, používání fluoridů, redukci plaku, pečetění fisur a výživovém poradenství. V prevenci výskytu parodontopatií se zaměřujeme na pravidelné odstranění zubního plaku a klademe důraz na domácí orální péči. Prevence v ortodontii je zaměřena nejen na diagnostiku primárních vývojových poruch, ale ortodontickou terapií je možné předcházet vývoji poruch sekundárních.

U hendikepovaných pacientů je kladen daleko větší důraz na všechny tyto aspekty. Problémem však zůstává samostatná péče o dutinu ústní. Zlepšení ústního zdraví u hendikepovaných pacientů závisí nejen na pacientovi samotném, ale i na ošetřujícím personálu či rodině.

Při péči o osoby žijící v ústavech se zodpovědnost přenáší na personál, který má jedince na starosti. Proto je nutné motivovat k péči o dutinu ústní ošetřující zdravotníky. Je nutné je přesvědčit, že i při jejich velké pracovní vytíženosti, a při těžkých zdravotních stavech hendikepovaných pacientů, je péče o dutinu ústní možná. K tomu slouží pravidelné instruktáže ústní hygieny jak personálu, tak rodičů. Nezbytné je vysvětlit ošetřujícímu personálu a rodině důležitost jejich vlastního zdraví a péče o dutinu ústní, které jsou potom základem k tomu, aby jejich dokonalá péče byla přenesena na pacienty.

Při provádění ústní hygieny u osob se zdravotními postiženími, včetně mentálního, je třeba rozlišit pacienty podle stupně schopnosti vykonávat tuto činnost samostatně.

„Postižené pacienty lze rozdělit do několika skupin. Na ty, kteří:

- jsou schopni si čistit zuby samostatně;
- potřebují pomoc další osoby;
- jsou zcela odkázaní na pomoc další osoby“

## Preventivní programy pro hendikepované pacienty

Preventivní programy orálního zdraví jsou nedílnou součástí celkové zubní péče a mohou být realizovány na národní, oblastní nebo lokální úrovni. Mohou být zaměřeny na

celou populaci a nebo jen na specifickou skupinu. U hendikepovaných pacientů se vždy musíme zaměřit na stupeň a míru postižení.

U pacientů s psychickými poruchami, převážně u pacientů s mentální retardací, je zásadní, zda je jedinec v ústavní péči nebo v rodinné péči.

„Aby preventivní programy byly úspěšné, musí stomatolog znát u různých věkových a zájmových skupin psychologii pacientů a způsob jejich uvažování. Neznalost vede k tomu, že i když se stomatolog sebevíce snaží, nemusí postihnout nevyřčené otázky a důvody pacienta a tím obtížněji jej může přesvědčit a získat pro prevenci“

Pro hendikepované pacienty jsou vytvořeny cílové programy podle skupin hendikepu, avšak nesmí zde chybět individuální prvky. Pokud jsou zásady prevence dostatečně aplikovány a dodržovány, je prevence stejně účinná u hendikepovaných pacientů jako u běžné populace.

Důležitým kritériem k zařazení pacienta do preventivního programu je míra kazivosti chrupu. Podle toho rozlišujeme tři typy preventivních programů pro kazivost nízkou, střední a vysokou.

## Provádění ústní hygieny u hendikepovaných jedinců

Ústní hygiena musí být stejnou samozřejmostí jak pro zdravého člověka, tak pro postiženého. U osob s postižením je to ale mnohem složitější, neboť hygiena není prováděna důkladně ať samotným jedincem, či pečovatelem, který nad ním udržuje dozor.

Je třeba zdůraznit, že pokud chce pečující osoba správně provádět ústní hygienu u svého svěřence, je třeba se naučit všechny její techniky. Je vhodné navštívit dentální hygienistku nebo stomatologa, který ji v tomto nácviku pomůže.

U pacientů s mentálním postižením je velmi důležitý postupný nácvik. Nácvik by se měl začít provádět v co nejranějším věku. Tento nácvik vždy zahrnuje nonverbální komunikaci (výraz obličeje, doteky, posunky) a neměla by chybět i pozitivní stimulace, které pacient velmi dobře porozumí. Doporučuje se i forma hry. Nezbytná je i pochvala za každý úspěch.

Na vědomí bychom měli brát, že při provádění ústní hygieny, by nemělo být použito žádné násilí. Pacient by měl brát čištění zubů jako příjemnou věc. Vzorem jsou pro něj jak jeho rodiče tak i pečovatelé při provádění ústní hygieny.

Cílem ústní hygieny je odstranění zubního plaku a zbytků potravy. K odstranění zubního plaku používáme mechanické pomůcky (zubní kartáčky), chemické pomůcky (výplachy) a další možné dostupné prostředky.

### Metoda čištění

Metoda čištění zubů u pacientů s mentálním hendikepem by měla být co nejjednodušší a nejefektivnější. Zpočátku, tedy v nízkém věku, čistí pacientovi zuby rodiče, či

jeho ošetřovatelé. Pacientovi to nesmí být nepříjemné, ale zároveň musí být ošetřující osoba velmi důkladná.

Nejdříve čištění provádíme bez zubní pasty, později se zubní pastou u těch pacientů, kteří jsou schopni si ústa vyplachovat. V další etapě, kdy je už pacient samostatný, si čistí zuby sám, ale vždy je nutná kontrola od rodiče či ošetřovatele.

U pacientů s mentálním hendikepem se doporučuje jednoduchá Foneho metoda (rotační metoda). Tato metoda je lehce osvojitelná, avšak má i své protiklady a to, že subgingivální (poddásňový) plak není dostatečně odstraněn a mezizubní výklenky jsou vynechány. Ale u osob s mentálním hendikepem bohužel detailnějšího čištění nedocílíme, jsme rádi, za jakoukoliv formu vyčištění.

## KOMUNIKACE S HENDIKEPOVANÝM PACIENTEM

Hendikepovaní pacienti jsou do jisté míry velmi omezeni komunikačními schopnostmi. Proto bychom měli dbát na individuální zacházení. Dobrá komunikace pak umožňuje lepší navázání kontaktu lékaře s pacientem. Případná lékařova neschopnost může mít nepříznivé důsledky při ošetření.

Zpravidla tito pacienti přicházejí do ordinace s doprovodem, proto bychom měli komunikaci přizpůsobit, jak postiženému pacientovi, tak jejich doprovodu.

Aby naše komunikace byla efektivní, musíme dbát na určité prvky. Tyto prvky můžeme rozdělit do dvou složek:

1. Verbální složky komunikace
2. Nonverbální složky komunikace

Verbální komunikace je to, co říkáme slovy. Jedná se o rady, fakta a o informace. Aby tato složka byla efektivní, měli bychom dbát na jednoduchost, stručnost a hlavně zřetelnost výkladu.

V nonverbální komunikaci se jedná o komunikaci mimoslovní. Jedná se o sdělení pomocí výrazů v obličeji, doteků, fyzickým postojem, pohybem a gesty.

**Podle MUDr. Honzáka můžeme komunikaci s mentálně postiženým pacientem shrnout do následujících bodů:**

- **„Přistupujte k nim jako k běžným jedincům, nestylizujte se do role rodiče, pěstouna ap.;**
- **komunikaci přizpůsobte rozsahu a závažnosti duševního postižení pacienta;**
- **detaily, které jsou důležité pro úspěšné jednání s daným pacientem si zjistěte od průvodce ( na co je pacient zvyklý, co mu vadí, čeho se bojí, jak reaguje, když musí podstoupit bolest ap.)**
- **i když je přítomen průvodce, snažte se mluvit při vyšetřování a ošetření přímo s postiženým pacientem;**

- **pokud je to dospělý pacient, přerušte mu roli dítěte a jedněte s ním jako s dospělým;**
- **tito pacienti jsou citliví na nonverbální projevy zdravotníků (odstín hlasu, mimiku, gestiku, rychlost pohybů atd.). Při jednání s nimi nespěchejte, buďte trpěliví a tolerantní. Emocionální pohoda je důležitá pro obě strany;**
- **povzbuzujte je, nebojte se je pochválit;**
- **mluvte v jednoduchých větách, nepoužívejte cizí slova a složité obraty, kterým nemohou rozumět;**
- **v případě potřeby opakujte to, co jim chcete sdělit, jinými slovy;**
- **ujišťujte se stále, zda vám dobře porozuměli a zda zase vy jste správně pochopili, co vám oni chtějí sdělit;**
- **edněte s nimi s úctou a respektem, za svůj hendikep nemohou. Snaží se žít s pomocí druhých a vy je nesmíte zklamat“**

## Přístup ke komunikačnímu partnerovi s mentálním postižením nebo psychickou poruchou

„První a nejproblematictější zásadou partnerské komunikace s lidmi s mentálním postižením nebo duševním onemocněním je respektování mentální úrovně a jiných psychických schopností a současně i fyzického věku těchto osob.“

Mnoho lidí má většinou tendenci mluvit s nimi jako s malými dětmi, přestože se jedná o dospělé jedince, nebo dokonce seniory. Ačkoli chování lidí s postižením může působit neobvykle, až dětinsky, nikdo nemá právo snižovat jejich důstojnost a v komunikaci k nim přistupovat jako k méněcenným. S tímto jejich přirozeným projevem souvisí i ochota dovolit takovému člověku projevit se takovým způsobem, který je jemu vlastní. Samozřejmě je, že i ostatní si musí chránit své hranice a dodržovat potřebný odstup, ale vždy citlivě a s respektem by měli chránit to, co by bylo pro ně již nepříjemné. Projevy osob s mentálním handicapem bývají většinou velice spontánní a jejich záměry jsou zpravidla pozitivního charakteru. Největším úkolem komunikačních partnerů je uvědomit si fakt, že pouze ne vždy správně reflektují pocity a reakce druhých lidí. Je nutné, aby je jako takové přijali.

V případě lidí s mentálním postižením opět platí, že pomoc se jim může pouze nabízet a ne vnucovat. Takovéto tendence manipulovat s nimi a rozhodovat za ně jsou většinou silné ze strany rodiny a blízkých osob, nebo opatrovníků. Lze říci, že především u lidí s omezenou způsobilostí k právním úkonům tyto tendence až hraničí s omezováním lidských práv. Tak jako ve všech úkonech, tak i v komunikaci, je vhodné tyto jedince spíše podporovat k samostatnosti, než je vést k upevňování jejich závislosti na druhých. K této skutečnosti mívají většinou silné sklony a ve výsledku nakonec samostatně nedělají ani to, co by bez větších problémů dokázali sami a tím svůj handicap zbytečně prohlubují. Pro upevňování jejich sebevědomí je nejvhodnější komunikovat s nimi podporujícím způsobem. Nezbytná kontrola by tedy měla mít spíše podobu jemného usměrňování s ohledem na skutečnost, že ne vždy dokážou správně odhadnout vlastní možnosti a důsledky svého jednání.

## AUTISMUS

### Autismus (Poruchy autistického spektra – PAS)

Autistické poruchy (zahrnující Dětský autismus, Aspergerův syndrom a další poruchy) patří mezi závažné psychické poruchy, které bývají označovány jako všepřonikající neboli pervazivní vývojové poruchy. Vznik autistické poruchy je vrozený - podmíněn geneticky (příznivou či nepříznivou kombinací 12-15 genů) či metabolickou vadou. Jedná se o skupinu různorodých poruch od méně závažných či lehkých, středně těžkých až po těžké poruchy.

Příznaky PAS se mění v čase, některé příznaky ve věku nad 5 - 6 let ustupují a objevují se nové symptomy (které se dají někdy přiřadit i k jiným psychickým poruchám). S tím souvisí fakt, že rozpoznání PAS ve vyšším věku dítěte může být více komplikované (a to zvláště u dětí s normálním intelektem) než při diagnostice autismu do 6 let věku dítěte.

Diagnostika autistických poruch patří do rukou školeného dětského psychiatra, který dítě podrobně vyšetří, provede specializované vyšetření zaměřené na poruchy autistického spektra a vyhodnotí nálezy z psychologického vyšetření a zprávy o chování dítěte od rodičů a ze školky či školy. Po stanovení diagnózy seznamuje lékař rodiče s dalším postupem ohledně péče o dítě.

### Oblasti postižení u autistických dětí

U autistických poruch je narušeno fungování ve třech základních oblastech - v oblasti sociálních dovedností, komunikaci a představitosti.

Postižení v oblasti sociálních dovedností je to neschopnost či snížená schopnost navazovat vztahy s ostatními lidmi a vrstevníky, dále nepochopení pravidel sociálního fungování, nedostatek sociálně - emoční vzájemnosti a neschopnost využívat neverbální chování jako prostředek k sociálnímu dorozumívání s ostatními lidmi.

V oblasti komunikace je přítomen chybění či omezená gestikulace a zvláštnosti v neverbální komunikaci, neschopnost či omezená schopnost fantazijní hry samostatné nebo kolektivní, neschopnost vzájemně zahajovat a udržovat konverzaci a další specifické zvláštnosti v komunikaci (opakování slov či celých pasáží, zvláštní otázky a odpovědi a další).

V oblasti představitosti a specifických zájmů je to nutkavé (ritualizované) chování, zvláštní zájmy a jejich omezenost, neobvyklé smyslové zájmy. Dále mohou být přítomny motorické stereotypie (opakující se stereotypní pohyby končetinami nebo celým tělem).

### Typy poruch autistického spektra

Dle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (1993) mezi pervazivní vývojové poruchy (ozn. F84) patří:

**Dětský autismus (F84.0)** – tvoří jádro PAS; stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy až po těžkou; problémy se musí projevit v každé části diagnostické triády. Kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představitosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormním až bizarním chováním. Typická je značná variabilita symptomů.

**Atypický autismus (F84.1)** – velmi heterogenní diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský



autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Diagnostický systém DSM-IV. termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nezná, užívá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9). Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které se hodí vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony.

**Aspergerův syndrom (F84.5)** – „sociální dyslexie“; jedná se o velmi různorodý syndrom, má svá specifika i problémy, které mohou být stejně závažné, i když kvalitativně odlišné od ostatních PAS. Intelekt u lidí s Aspergerovým syndromem je v pásmu normy, má vliv na úroveň dosaženého vzdělání a na úroveň sebeobslužných dovedností, ale není plně zárukou samostatného života v dospělosti.

**Jiná dezintegrační porucha (F84.3)** – poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog z Vídně T.Heller – popsal případy šesti dětí, u kterých mezi třetím a čtvrtým rokem došlo k výraznému regresi a nástupu těžké mentální retardace, ačkoliv předtím vývoj probíhal zcela uspokojivě – „dementia infantilis“, „Hellerův syndrom“. Po období normálního vývoje, který trvá u dezintegrační poruchy minimálně dva roky, nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech.

**Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)** – v Evropě se neužívá příliš často; diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Kvalita komunikace, sociální interakce i hry je narušena, nicméně nikoli do té míry, která by odpovídala dg. autismu nebo atypickému autismu; u některých dětí je výrazně narušená oblast představivosti.

**Rettův syndrom (F84.2)** – geneticky podmíněný syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce -poprvé popsal rakouský dětský neurolog Andreas Rett (1966). Stěžejní symptomy – ztráta kognitivních schopností, ataxie (porucha koordinace pohybů) a ztráta účelných schopností rukou. Výskyt pouze u dívek (chlapci s touto mutací genu nepřežívají).

## DIDAKTIKA VÝCHOVY K PREVENCI ZUBNÍHO KAZU

Vzdělávání zahrnuje dva nezávislé procesy: vyučování a učení. Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů, je mezerou mezi informací, kterou jedinec má a kterou potřebuje získat, aby svůj problém efektivně zvládl. Učení je změna schopností (možností) člověka, která má určité časové trvání a kterou člověk nezískává zráním (lety). Vyučování je soubor určitých činností zaměřených na získávání znalostí. Vyučovací proces je vytvořen záměrně k tomu, aby se někdo něco konkrétního naučil.

Předmětem pedagogiky je výchova - cílevědomé, uvědomělé a záměrné utváření osobnosti lidí podle jistých, předem přijatých vzorů/cílů; patří mezi základní potřeby mladého lidského jedince. Výsledkem procesu vzdělávání je soubor znalostí, schopností a názorů.

Výchova je zaměřena především na rozvíjení osobnosti každého jednotlivce a má důležitou roli v jeho individuálním vývoji. Je nezbytnou podmínkou k tomu, aby se člověk stal plně rozvinutou lidskou bytostí a mohl se v průběhu svého života náležitě a plně uplatnit. Proto mluvíme o člověku jako o bytosti, která musí být vychovávána. Velký význam pro individuální vývoj člověka má výchova v raném dětství. Pomocí výchovy chtějí výchovní pracovníci dosáhnout toho, aby dítě mělo v dané problematice co největší množství správných vědomostí, získalo potřebné dovednosti a osvojilo si postoje, kterými bude moci, v pozitivním smyslu slova, ovlivnit i své okolí.

Při výchově je třeba brát ohled na vnitřní a vnější činitele, jen tak lze cíleně ovlivňovat zdravotní uvědomění vychovávaného.

Vztah dítě - učitel/lektor je dalším významným faktorem, kterým je ovlivněn celý vyučovací proces. Učitel/lektor má při své práci vycházet z následujících principů:

- pro spolupráci vytvořit partnerský vztah
- svým přístupem dovolit dětem poznat jejich vlastní hodnotu
- sledovat zpětnou vazbu, pozornost a reakce dětí
- jejich otázky vždy poslouchat a klást jim patřičnou důležitost
- podporovat je v účelné diskusi
- neponižovat děti
- podněcovat je k samostatnosti, nepředkládat před ně hotová řešení
- nechat možnost samostatně se rozhodnout
- klást si reálné cíle, úspěchy motivovat děti
- snažit se vyhnout neúspěchům
- v případě konfliktu vždy zaujmout jasný postoj
- spor s jednotlivcem nevést před celou třídou
- případné problémy konzultovat s třídním učitelem

- ocenit znalosti a úspěchy dítěte
- dodávat dětem odvalu
- vyvarovat se zbytečné kritiky

## SESTAVOVÁNÍ VYUČOVACÍ HODINY

K tomu, abychom se mohli dobře připravit a podat na vyučování co nejlepší výkon, si musíme před každou vyučovací hodinou položit šest základních otázek:

- Jakého cíle má být dosaženo?
- S kým se má tohoto cíle dosáhnout?
- Jakou učební látku popisuje tento cíl?
- Jakými metodami se má cíle dosáhnout?
- Kolik času je k dispozici?
- Jaké pomůcky mají být při práci použity?

Z těchto otázek vyplývá šest základních prvků každé hodiny:

Cíl	KAM?
Cílová skupina	KDO?
Téma	CO?
Vyučovací metody	JAK?
Čas	JAK DLOUHO?
Materiál, pomůcky	S ČÍM?

### Výhody dobře formulovaných cílů:

- jednotlivé kroky přebírané látky v průběhu vyučovací hodiny vyplývají z učebního cíle téměř samy od sebe,
- vyučovací hodina se nemůže ubírat nesprávným směrem,
- učební cíle podněcují snahu vymýšlet nové materiály, se kterými se dá daného cíle co nejlépe dosáhnout

### Cílová skupina

V našem případě jsou to žáci mateřských škol, prvního až čtvrtého ročníku základní školy ve věku šesti až deset let s různým druhem hendikepu. Využívá se skupinová forma vyučování, s důrazem na individuální přístup k jednotlivým žákům, především při výuce správné techniky čištění chrupu.

### Učební látka (obsah)

Prevence zubního kazu a zánětu dásní zahrnuje především praktický nácvik správné techniky čištění zubů a důkladné probrání témat oblasti prevence:

- hygiena
- anatomie

- patologie
- výživa
- fluoridace.

Jednotlivá cvičení poskytují dětem odpovědi na otázky, proč se mají starat o své zdraví, co mohou pro to udělat, kdy a jaké prostředky k tomu použít. Na základě získaných znalostí formují si žáci své postoje a učí se být zodpovědnými za své zdraví.

## Metody

Člověk si z toho, co může sám vysvětlit, dělat, zkoumat a na co se může sám podívat, zapamatuje někdy až 90%. Z toho, co jen pasivně slyší, pouze do 20%. Proto je nejdůležitější zásadou: Žáci mají vše, co na vyučování mohou dělat sami, i opravdu dělat sami!

**Krátká přednáška** – zprostředkování informace je vždy důležité. Mělo by však být doprovázeno názorným vysvětlením na obrázcích, předmětech a příkladech. Nemělo by být příliš dlouhé (5 až maximálně 10 minut). Potom by se mělo naplánovat opětovné zapojení žáků.

**Didaktický rozhovor** - v didaktickém rozhovoru již zprostředkování informací zahrnuje spolupráci žáků. Přednášení učiva se může otevřít resp. přerušit podnětnými otázkami pro žáky, obrázkem nebo krátkým příběhem. Z následných odpovědí nebo příspěvků, jakož i zpětných otázek od žáků, vznikne rozhovor.

**Improvizovaný rozhovor** – diskuse vznikají na základě rozdaného materiálu. Krátký rozhovor v malých skupinkách (rozhovory ve dvou) - příklad : Malá skupinka žáků rozebírá během několika minut daný problém nebo položenou otázku; hned poté se posbírají odpovědi a diskutuje se o nich ve třídě.

**Práce s pracovními listy** - mnoho vyučovacích metod lze zkombinovat s prací na pracovních listech. Pracovní listy vyžadují vlastní aktivitu a žák má viditelný výsledek své práce, který si může odložit.

**Samostatná práce** - samostatná práce s pracovním listem, čtení textu, vyplňování dopisu s dotazy, doplňování obrázků atp. Hotové samostatné práce lze dále použít v následném didaktickém rozhovoru nebo při skupinové práci.

**Prohlížení obrázků a diskuse o obrázcích** - prohlížení ozdobných plakátů, ilustrací, diapozitivů, informačních plakátů a předmětů s následnou výchozí otázkou. Výchozí otázka je třeba vždy klást jako „otevřená“, aby se do rozhovoru dostalo co nejvíce vyjádření: „Co vidíte na tomto obrázku?“ „Jaké rozdíly vás napadnou při pohledu na tyto dva obrázky?“

**Práce s texty** - úryvky textů knih, brožur, novinových článků, letáků přibalených k lékům. Postup je podobný jako při prohlížení obrázků: výchozí otázka ak tomu patří i kritická diskuse o reklamách a reklamních textech nebo zprávách v médiích.

**Experimenty, pokusy, názorné příklady, příhody (příběhy)** - někdo vypráví příběh, nebo zážitek. Pak se o něm mluví společně ve třídě. Hlavně pro mladší žáky jsou vhodné obrázkové příběhy.

**Kvíz, hádanka** - práce s některými tématy já díky nim napínavější a veselejší, zároveň jsou obzvlášť vhodné k opakování.

**Kreslení, vpisování údajů do obrázků** – vizuální dojmy se dobře vrývají do paměti. Vlastnoruční kreslení nebo doplňování nedokončených obrázků na pracovních listech nutí žáka k tomu, aby se tématem důkladně zabýval. I při nástěnkách a zpětných projektech platí proto zásada: Ať co nejvíce kreslí a píše žáci.

**Jednoduché ruční práce jakéhokoli druhu** - vystřihování, vymalování, nalepování, modelování či vyšívání je vhodné zejména pro mladší žáky.

**Hry** - jakoukoli hru můžeme upravit nebo vymyslet na téma dentální zdraví. paměťové hry, hry s kostkou.

**Scénky, loutkové divadlo, skeče** - cíle některých vyučovacích hodin lze scénicky ztvárnit, a to buď ve formě scének či skečů, kde hrají sami děti, nebo i tak, že děti vedou loutky.

## Čas

Výběr metod a pomůcek vhodných k dosažení učebního cíle pro určitou cílovou skupinu závisí i na tom, kolik celkového času máme na vyučovací hodinu k dispozici. Čas také určuje, kolik jednotlivých učebních kroků je možných v rámci jedné vyučovací hodiny a jak dlouho mohou trvat. Žáky změna metody aktivizuje, ale časté změny je mohou přetížit. Je důležité realisticky odhadnout čas, který je třeba vynaložit na jednotlivé kroky. Všechny metody, jejichž cílem je zapojování žáků, vyžadují více času než obyčejné přednášky.

Důkladné časové plánování, zpracované i písemně, usnadňuje výuku i následné změny realizované na základě zkušenosti v praktické činnosti.

## Pomůcky

Pomůcky k vyučování lze rozdělit do těchto skupin:

1. Vizuální pomůcky (obrázky) :

- plakáty, diapozitivy, obrázky z časopisů, fólie ke zpětnému projektoru, kresby na tabuli, pracovní listy.

2. Zvukový materiál:

- audiokazety, písničky, pohádky, příběhy.

3. Názorný a pracovní materiál:

- základní materiál pro nácvik čištění zubů kartáčkem, zuby, modely zubů, nástroje, materiály k experimentům a názorným ukázkám, potraviny, texty...

Při používání mnoha materiálů a pomůcek je třeba si uvědomit, že s nimi mají v první řadě pracovat žáci a ne vyučující.

## VZOR VYUČOVACÍ HODINY

Atmosféru během vyučování vytváří i struktura vyučovací hodiny, která má být sestavena tak, aby žáci přijímali nové informace se zájmem. Struktura hodiny může být následující:

5 minut = Čas určený na pozdravení žáků a seznámení s cílem hodiny

10 minut = Zjištění, jaké znalosti děti mají

10 minut = Vysvětlení nové učební látky má být pro žáky srozumitelné a zajímavé. Didaktický rozhovor, pracovní listy, názorné příklady a jiné metody nám v tom pomohou.

10 minut = V době procvičování nového učiva nenecháme žáky pasivní. Zapojujeme je naplně do připravených aktivit: hry, pokusy, práce s textem, pracovní listy.

5 minut = K uvolnění a zpestření nám poslouží pohádky, písně, hry..., které jsou u žáků velmi oblíbené.

5 minut = Stručné opakování nové látky můžeme udělat i zábavnou formou, děti na závěr odměníme