

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kristýna Šmejkalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P360009

Kristýna Šmejkalová

Studijní obor: Ergoterapie Z21B0076P

**ROLE ERGOTERAPEUTA PŘI ROZVOJI
SOBĚSTAČNOSTI ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL
SPECIÁLNÍCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

PLZEŇ 2024

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna ŠMEJKALOVÁ**
Osobní číslo: **Z21B0076P**
Studijní program: **B0915P360009 Ergoterapie**
Téma práce: **Role ergoterapeuta při rozvoji soběstačnosti žáků základních škol speciálních**
Zadávací katedra: **Katedra rehabilitačních oborů**

Zásady pro vypracování

Zpracovat rešerši a uvést teoretická východiska kvalifikační práce.
Stanovit výzkumný cíl kvalifikační práce.
Zpracovat teoreticko-empirickou/ teoretickou rešeršní kvalifikační práci dle požadavků FZS.
Popsat metodiku kvalifikační práce.
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
Dodržet citační normu (ISO) a jednotný citační styl v celé kvalifikační práci.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- Mária Krivošíková, M.Sc. 2011. Úvod do ergoterapie. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
PhDr. Ilona Plevová, RS, Mgr. et Mgr. Regina Slowik, DiS. 2010. Komunikace s dětským pacientem. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-7303-2.
PhDr. Josef Slowík, Ph.D. 2022. Inkluzivní speciální pedagogika. Praha : Grada, 2022. ISBN 978-80-271-4865-3.
PhDr. Josef Slowík, Ph.D. 2016. Speciální pedagogika. Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
PhDr. Petra Bendová, Ph.D., Mgr. Pavel Zikl, Ph.D. 2011. Dítě s mentálním postižením ve škole. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7701-6.
O'Brien, Jane Clifford. 2018. *Introduction to Occupational Therapy* . St. Louis, Missouri : ELSEVIER, 2018. ISBN 978-0-323-44448-4


Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Josef Slowík, Ph.D.**
Katedra pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. května 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2024**


Ing. Jan Beránek, MBA
děkan




Mgr. et Mgr. Václav Beránek, Ph.D., MBA
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2024

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Šmejkalová Kristýna

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Role ergoterapeuta při rozvoji soběstačnosti žáků základních škol speciálních

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Počet stran – číslované: 52

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 56

Klíčová slova: ergoterapeut, základní škola speciální, žák, soběstačnost, rozvoj

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na roli ergoterapeuta při rozvoji soběstačnosti žáků základních škol speciálních. Cílem výzkumu bylo identifikovat konkrétní způsoby, jak je ergoterapie integrována a prováděna v prostředí základních škol speciálních. Pro sestavení výzkumného souboru byli vybráni ergoterapeuti, kteří působí v základních školách speciálních, a to na základě přesné evidenční dokumentace školství poskytované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

Výsledky výzkumu potvrdily, že ergoterapie hraje klíčovou roli v podpoře soběstačnosti žáků základních škol speciálních se speciálními potřebami, které mají osoby se zdravotním, mentálním či jiným postižením. Zjištění naznačují úspěšné využití ergoterapie ve speciálním školství, přičemž pozitivní vliv je patrný ve zlepšeném soběstačném chování žáků.

Na základě získaných výsledků mého kvalitativního výzkumu bych ráda zdůraznila důležitost navržených opatření pro posílení úlohy ergoterapeutů ve speciálních základních

školách. Z mého pohledu by bylo prospěšné implementovat rozšíření počtu ergoterapeutů v těchto školách. Tato opatření by měla za cíl vytvořit optimální prostředí pro poskytování individuální podpory a péče pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Celkově vzato lze říci, že rozšíření počtu ergoterapeutů ve speciálních základních školách by mohlo představovat klíčový krok směrem k vytvoření inkluzivního a podpůrného prostředí, které umožňuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami plně se integrovat do školního života a dosahovat svého maximálního potenciálu.

Abstract

Surname and name: Šmejkalová Kristýna

Department: of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The effectiveness of the development of persons with disabilities in a special elementary school from the perspective of an occupational therapist

Consultant: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Number of pages – numbered: 52

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 56

Keywords: occupational therapist, special primary school, pupil, self-sufficiency, development

Summary:

This bachelor thesis focuses on the role of the occupational therapist in the development of self-sufficiency in primary special education pupils. The aim of the research was to identify specific ways in which occupational therapy is integrated and implemented in the primary special school setting. Occupational therapists working in primary special schools were selected to form the research population based on accurate educational records provided by the Ministry of Education, Youth and Sports.

The results of the research confirmed that occupational therapy plays a key role in promoting the self-sufficiency of primary special needs pupils who have medical, intellectual or other disabilities. The findings suggest the successful use of occupational therapy in special education, with the positive impact evident in the improved self-sufficient behaviour of pupils.

Based on the findings of my qualitative research, I would like to highlight the importance of the proposed measures to strengthen the role of occupational therapists in special primary schools. From my point of view, it would be beneficial to implement an increase in the number of occupational therapists in these schools. These measures would aim to create an optimal environment for the provision of individual support and care for pupils with special educational needs.

Overall, expanding the number of occupational therapists in special primary schools could be a key step towards creating an inclusive and supportive environment that enables pupils with special educational needs to fully integrate into school life and achieve their maximum potential.

Předmluva

Z dosavadních praxí jsem zjistila, že mám bližší vztah spíše k dětem než k dospělým. V mém okolí se také nachází několik jedinců, kteří navštěvují základní školu speciální. Speciální školy poskytují výchovu a vzdělávání postiženým žákům pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod. Pedagogové se speciálně pedagogickým zaměřením zajišťují výuku v těchto školách. Zřídka se zde objeví ergoterapeuti, avšak pedagogičtí pracovníci využívají právě zmíněnou ergoterapii. Ergoterapie pomáhá v rozvoji a soběstačnosti žáků s různým typem postižení. Z důvodu malého výskytu ergoterapeutů v základních školách speciálních jsem se rozhodla věnovat se této problematice ve své bakalářské práci.

Poděkování

Děkuji PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji ergoterapeutům, kteří svými odpověďmi přispěli k mé práci.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	12
SEZNAM OBRÁZKŮ	13
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15
ÚVOD.....	19
TEORETICKÁ ČÁST	20
1 ERGOTERAPIE	20
1.1 Definice ergoterapie.....	20
1.2 Historie oboru ergoterapie	21
1.3 Prostředky ergoterapie	23
1.4 Běžné denní činnosti	23
1.4.1 Personální všední denní činnosti (PADL)	24
1.4.2 Instrumentální všední denní činnosti (IADL).....	24
1.4.3 Hodnocení všedních denních aktivit	25
1.4.4 Návěk všedních denních aktivit	27
1.5 Hra	27
1.5.1 Hodnocení hry	27
1.6 Studium ergoterapie	30
2 ČLOVĚK S POSTIŽENÍM	31
2.1 Pojem postižení.....	31
2.2 Typy postižení.....	31
2.2.1 Zrakové postižení	31
2.2.2 Sluchové postižení.....	33
2.2.3 Tělesné postižení a zdravotní oslabení	34
2.2.4 Mentální postižení	35
2.2.5 Kombinované postižení	36

3	KOMUNIKACE	40
3.1	Komunikace s osobou se zrakovým postižením	40
3.2	Komunikace s osobou se sluchovým postižením	41
3.3	Komunikace s osobou s mentálním postižením.....	42
3.4	Komunikace s osobami s poruchami autistického spektra	44
4	SPECIÁLNÍ ŠKOLSTVÍ.....	45
4.1	Historie a současnost	45
4.2	Definice speciální pedagogiky.....	45
4.3	Základní škola speciální.....	46
4.3.1	Charakteristika oboru vzdělání.....	46
4.3.2	Zařazení do speciálního vzdělávání.....	47
4.3.3	Povinnost školní docházky	47
4.3.4	Rámcový učební plán	48
4.3.5	Pedagogický sbor.....	49
4.3.6	Ukončení ZŠS.....	50
	PRAKTICKÁ ČÁST	54
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	54
5.1	Hlavní cíl.....	54
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	54
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	54
8	METODIKA PRÁCE	55
9	PŘEDBĚŽNÝ PRŮZKUM	57
10	ROZHOVORY	58
10.1	Rozhovor 1	58
10.2	Rozhovor 2	59
10.3	Rozhovor 3	60
11	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	62

12 POROVNÁNÍ ROZHOVORŮ.....	65
DISKUZE.....	66
ZÁVĚR.....	69
SEZNAM LITERATURY.....	71
SEZNAM PŘÍLOH	76
PŘÍLOHY.....	77
Příloha A – Strukturovaný rozhovor	77
Příloha B – Barthel Index	78
Příloha C – Montrealský kognitivní test.....	79
Příloha D – Souhlas s výzkumným šetřením.....	80

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Přehled odpovědí, proč není ergoterapeut v ZŠS.....	57
Graf 2: Počet souhlasů s rozhovorem	57

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozdělení ADL	24
Obrázek 2: Česká abeceda Braillova písma	32
Obrázek 3: Barthel Index.....	78
Obrázek 4: Montrealský kognitivní test	79
Obrázek 5: Souhlas s výzkumným šetřením	80

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vyhodnocení stupně závislosti v základních denních aktivitách	26
Tabulka 2: Rámcový vzdělávací plán.....	48
Tabulka 3: Interpretace výsledků	62

SEZNAM ZKRATEK

ADL

Aktivity denního života 20, 23, 24, 25, 27, 36, 58, 59, 60, 62, 65, 67

CMOP

Canadian Model of Occupational Performance..... 25

CNS

Centrální nervová soustava..... 34

COTEC

Council of Occupational Therapists for the European Countries..... 22

ČR

Česká republika 19, 54, 55, 56

DMO

Dětská mozková obrna 34, 37, 58, 61

DSM

Diagnostický a statický manuál duševních poruch 37, 38, 39

FIM

Funkční míra nezávislosti..... 26

IQ

Inteligentní kvocient 35, 36

MABC

Movement Assessment Battery for Children..... 59, 64

MKN

Mezinárodní klasifikace nemocí..... 38, 39, 72

MOCA

Montreal Cognitive Assessment..... 58

MOHO

Model of Human Occupations..... 25, 73

MŠMT

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy..... 54, 55, 57

NHT

NeuroHandicap Test..... 58

QUEST

Quality of Upper Extremity Skills Test..... 29

RVP	
Rámcový vzdělávací program	46
SP	
Speciální pedagogika	45
SZŠ	
Speciální základní škola	54
USA	
Spojené státy americké.....	22
WFOT	
World Federation of Occupational Therapists.....	22, 75
WHO	
Světová zdravotnická organizace	46
ZŠS	
Základní škola speciální	19, 46, 50, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 65

ÚVOD

S ergoterapií jsme se poprvé setkali při výběru bakalářského oboru na Západočeské univerzitě v Plzni. Výuka obsahovala nejen teoretickou, ale i praktickou část, kterou jsme vykonávali v okolí Plzně a v hlavním městě Praze.

S tématem své bakalářské práce jsme se inspirovali na vykonávaných praxích v zařízeních zaměřených na děti. Zaujal nás systém vzdělávání dětí s postižením a propojení s ergoterapií. Čím více jsme se o tuto problematiku, tedy ergoterapie v základních školách speciálních, zajímali, tím více jsme naráželi na fakt, že ergoterapie není natolik známým a uznávaným oborem, aby se mohla uplatňovat na těchto zmíněných školách.

Cílem této výzkumné práce bude zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v základních školách speciálních v České republice. Chtěli bychom se zaměřit na statistiky uplatnění ergoterapeutů na ZŠS (Základní škola speciální) v ČR (České republice), a také na přispívání jejich intervencí v rámci ergoterapie na žáky. Také bychom rádi zjistili, jakým způsobem je ergoterapie prováděna.

Zastáváme názor, že každá osoba, bez ohledu na typ postižení, by měla mít právo na vzdělávání a zároveň na kvalitní rehabilitační služby odpovídající svým potřebám. Proto využití ergoterapie v základních školách speciálních vnímáme jako milník na cestě k dosažení této normy.

Věříme, že tato bakalářská práce přinese důležité informace a alespoň na chvíli přiměje k zamyšlení nad tímto společenským problémem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ERGOTERAPIE

1.1 Definice ergoterapie

Pojem ergoterapie vznikl spojením dvou řeckých slov – ergon a therapia. Ergon znamená práce a therapia léčba. Ergoterapie tedy může být chápána jako léčba prací. Nicméně není úplně totožná s pojmy pracovní terapie či pracovní rehabilitace, i když se tyto termíny často používají jako synonyma a často se v praxi prolínají (Procházková, 2013).

Jednoznačný rozdíl mezi ergoterapií a pracovní rehabilitací lze dosáhnout pouze dodržováním přesného použití termínu ergoterapie, což zabrání záměně s pracovní rehabilitací. Pracovní rehabilitace se od ergoterapie liší v tom, že jejím cílem je připravit jednotlivce na konkrétní povolání, které odpovídá jeho schopnostem a dovednostem (Procházková, 2013).

Pojem ergoterapie definuje Česká asociace ergoterapeutů takto: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním)“* (Jelínková, a další, 2009 str. 13).

Účelem ergoterapie je pomoci jednotlivcům udržet svou nejvyšší možnou míru samostatnosti při běžných denních aktivitách (známých jako Aktivity Denního Života, ADL), pracovních úkolech a volnočasových aktivitách. Cvičení činností, ve kterých je osoba omezena z důvodu nemoci, úrazu, vývojové poruchy nebo stárnutí, probíhá v reálných situacích a pokud možno i v prostředí, ve kterém se normálně pohybuje. Ergoterapeut pomáhá s řešením praktických problémů spojených se ztrátou nebo omezením samostatnosti v aktivitách nezbytných pro život.

Základním prostředkem v ergoterapii je provádění smysluplných aktivit nebo práce, které pomáhají obnovit postižené funkce. Vybrané aktivity zohledňují individuální, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, stejně jako její aktuální stav, věk, pohlaví a podmínky prostředí, ve kterém žije. Výběr terapeutických aktivit musí reflektovat tyto

faktory a měl by se týkat sociálních rolí, které jedinec zastává nebo které jsou od něj očekávány (ČAE, 2020).

1.2 Historie oboru ergoterapie

Počátky ergoterapie jsou spojeny s počátky rehabilitace v antice, ve středověku a renesanci, kde bylo prováděno léčebné cvičení. Koncept využití aktivity jako prostředku k léčbě nemocných není v historii medicíny nic nového. Historické prameny naznačují pozitivní vliv práce, cvičení a her zejména u psychiatrických pacientů (Krivošíková, 2011).

Ve starověkém Řecku Hippokratés (359 před n. l.) a Galén (200 n. l.) doporučovali pacientům fyzické cvičení jako jednu z cest ke zdraví. Hippokratés zdůrazňoval potřebu zaměřit se při léčbě na "postižení těla a mysli" a doporučoval léčebné metody jako zápas, jízdu na koni, práci jako formu cvičení a odborný výcvik. Galén navrhoval činnosti jako orání, rybaření, stavění domů – jakoukoliv činnost, která by udržela životaschopnost i méně zručných jedinců. Podle něj bylo zaměstnání nejlepším lékem na lidský charakter a klíčem k lidskému štěstí. O 500 let později Cornelius Celsus zdůrazňoval také prevenci a doporučoval pro udržení zdraví léčebná pracovní cvičení, jako je například plachtění na lodi, cvičení se zbraní, míčové hry, běh a chůze. Dále navrhoval využívat práci a různá zaměstnání, rozdělená podle postižení. V léčbě se též využívalo šití, tkaní a výroba keramiky (Krivošíková, 2011).

S rozpadem antické civilizace upadlo využívání aktivity v léčbě a zůstalo nepovšimnuto po celé středověké období (Krivošíková, 2011).

Pravděpodobně prvním lékařem, který systematicky využíval ergoterapii jako léčebnou metodu, byl francouzský psychiatr Dr. Philippe Pinel (1745–1825). Pinel se zasazoval o zlepšení podmínek pacientů v psychiatrických léčebnách a zavedl pracovní terapii v Bicetre Asylum poblíž Paříže. Tato metoda zahrnovala předepsaná fyzická cvičení a manuální práci (Krivošíková, 2011).

V průběhu 19. století se pracovní terapie postupně rozšířila po celé Evropě. Například v Německu Johann Christian Reil (1759–1813) kromě práce doporučoval také cvičení ve speciální tělocvičně a využití výtvarného a divadelního umění při léčbě duševně nemocných. Samuel Tuke (1784–1857) založil azylové útočiště pro duševně choré v anglickém Yorku a zavedl podobně jako Pinel pracovní terapii. Zdůrazňoval ale humánní

přístup k pacientům jako jednotlivcům s vlastní schopností sebeovládání a disciplíny. Označoval to jako morální léčbu (Krivošíková, 2011).

Vlastní profese ergoterapie byla založena v roce 1917 v USA (Spojené státy americké) a významně se na jejím vzniku podíleli lékaři a zdravotní sestry. Tato profese částečně vycházela z protestantských tradic, které zdůrazňovaly práci jako důležitou lidskou ctnost. V té době byla společnost stále silně ovlivněna venkovským stylem života a většina výrobků byla vyráběna ručně a jednoduše. Činnosti používané v rámci ergoterapie se převážně zaměřovaly na ruční a výtvarné práce (Votava, 2002).

Založení *Světové federace ergoterapeutů* (WFOT – World Federation of Occupational Therapists) v roce 1952 je považováno za významný milník v novodobé historii ergoterapie. Hlavním cílem federace je od samého počátku, ale i v současnosti, propagovat obor ergoterapie na mezinárodní úrovni, podporovat spolupráci mezi národními ergoterapeutickými organizacemi a spolupráci ergoterapeutů s ostatními odborníky. Dalším cílem je zvýšit úroveň praxe v oblasti ergoterapie a za tímto účelem vytvářet standardy pro praxi a vzdělávání. WFOT byla v roce 1959 přijata za oficiálního člena Světové zdravotnické organizace a v roce 1963 byla uznána jako nevládní organizace *Organizace spojených národů* (WFOT, 2008).

Další organizace v oblasti ergoterapie vznikla v roce 1986. Nese název *Rada ergoterapeutů evropských zemí* (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC). Jejím účelem je sdružovat národní ergoterapeutické asociace a pracovat na propagaci a sjednocení oboru v rámci evropského regionu (Jelínková, a další, 2009).

Od roku 1913 byla ergoterapie zavedena profesorem Rudolfem Jedličkou v Jedličkově ústavu v Praze. Byl zaměřen na péči o děti s tělesným postižením a později také o zraněné vojáky z první světové války. Veliký důraz byl kladen na spojení odborné léčby s výchovou a podporou jedinců s postižením k dosažení maximální možné samostatnosti. Jedličkův ústav byl známý svými dílnami. Nabízel například dílnu truhlářskou, krejčovskou, zahradnickou, výrobu ručně vázaných koberců, vyšívaní praporů a stuh, a dále ortopedickou dílnu, kde byly vyráběny protetické pomůcky (Jelínková, a další, 2009).

V rámci praxe jsem tento ústav měla možnost navštívit. Do dnešního dne zde můžeme najít většinu dílen. Děti se v rámci učebních oborů jako jsou keramická výroba, knihařské práce a šití oděvů, nebo také v rámci odpoledního kroužku, podílí na výtvorech, které se později mohou prodávat na charitativních akcích.

1.3 Prostředky ergoterapie

Aktivita používané v ergoterapii jsou vždy individuálně přizpůsobeny zdravotnímu stavu a zájmu pacienta. Mohou být primární (každodenní činnost a obsluha), pracovní činnosti, hry a rekreační aktivity. Běžně se využívají výtvarné činnosti, práce s různými materiály jako je papír, textil, dřevo nebo například keramika (Jelínková, a další, 2009). Za prostředky se považují:

- **Diagnostické** – pro odhalení handicapu či postižení a zjištění pracovního potenciálu, plánování ergoterapeutického postupu.
- **Terapeutické** – pro stanovení cílů ergoterapeutického plánu za účelem zlepšení či zachování soběstačnosti, pracovních nebo volnočasových aktivit.
- **Preventivní** – pro podporu cíleného ergoterapeutického plánu a výběru správných metod a technik za účelem prevence vzniku handicapu.

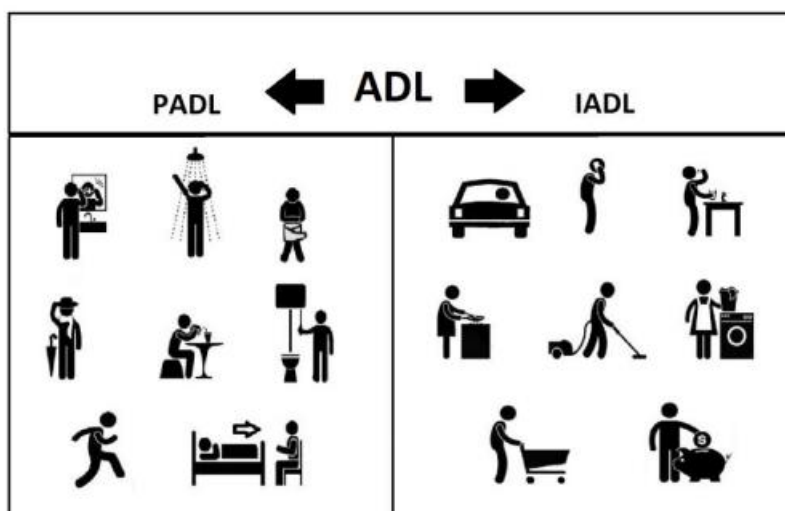
(Jelínková, a další, 2009)

1.4 Běžné denní činnosti

Běžné denní činnosti, nazývané též ADL (activities of daily living), jsou základní činnosti potřebné k péči o sebe, jako je vstávání z postele nebo židle, oblékání, jídlo, toaleta, koupání, osobní hygiena a podobné. Schopnost jedince vykonávat tyto běžné denní úkony často slouží jako indikátor zlepšování nebo zhoršování jeho zdravotního stavu během nemoci či po úrazu (NZIP, 2024).

Dělí se na personální ADL (PADL) a instrumentální (IADL) (Krivošíková, 2011).

Obrázek 1: Rozdělení ADL



Zdroj: (Veselá, 2020)

1.4.1 Personální všední denní činnosti (PADL)

Personální aktivity denního života zahrnují péči o sebe sama. Patří sem přijímání potravy včetně její přípravy; osobní hygiena; používání toalety a oblékání se. Dále také funkční mobilita, do které řadíme pohyb v posteli, různé přesuny, chůze a používání mechanického či elektrického invalidního vozíku (Krivošíková, 2011).

1.4.2 Instrumentální všední denní činnosti (IADL)

Schopnosti jedince zvládat běžné úkoly ve svém domácím i širším prostředí se řadí do instrumentálních aktivit denního života. Patří sem péče o domácnost, to znamená úklid, péče o květiny a domácí zvířata, praní prádla, žehlení, udržování zahrady a další; nakupování, tedy manipulace s nákupním vozíkem, příprava nákupního seznamu, vkládání nákupu do tašky; manipulace s penězi, respektive používání kreditní karty, plánování rozpočtu domácnosti, zaplacení účtu – složenky, faktury a finanční gramotnost. Dále aktivity spojené s vnějším prostředím, například použití hromadné dopravy, řízení vozidla, využívání sociálních či dalších služeb. A použití komunikačních technologií, které zahrnují psaní a používání počítače či telefonování (Krivošíková, 2011).

1.4.3 Hodnocení všedních denních aktivit

Ergoterapeuti se nezabývají pouze hodnocením, ale také schopností pacienta zvládat všední denní aktivity samostatně (Krivošíková, 2011).

Pro ergoterapeuty jsou ADL klíčovou oblastí pro jejich význam v dosažení nezávislosti člověka v jeho osobním i domácím prostředí. V odborné terminologii představují jednu z oblastí výkonu zaměstnávání. Koncept ADL je rovněž součástí několika teoretických modelů praxe, například MOHO nebo CMOP. MOHO (Model of Human Occupations), který popisuje lidské vytváření a modifikaci svého povolání v interakci s prostředím. Systém považuje dané informace z prostředí a zpětnou vazbu z prováděných činností za vstup a následně prochází vnitřní částí systému. Ten se skládá ze 3 subsystémů: vůle, návyk a výkon. CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) jedná se o model pracovního výkonu (OT Theory, 2020).

Hodnocení ADL spadá do funkčního hodnocení, což umožňuje dokumentovat výsledky terapie. Mezi hlavní výhody můžeme řadit srozumitelnost, měřitelnost a ekonomický způsob získávání informací. Tyto metody zaznamenávají pouze současnou schopnost jedince a neberou v úvahu jeho potenciální schopnosti. Tím vzniká rozdíl mezi očekávanou schopností a pozorovaným výkonem. Dále tato hodnocení nevysvětlují příčiny selhání jedince při provedené činnosti. Z tohoto důvodu je možné využít jinou metodu nebo klinickou úvahu terapeuta (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeuti provádí hodnocení za účelem:

- poskytnutí jasných informací o funkčním stavu jedince, které se dále využijí při plánování léčby;
- identifikaci omezení při provádění aktivit;
- monitorování změny ve funkčním stavu jedince v průběhu i po skončení rehabilitačního programu;
- plánování dalšího postupu;
- poskytnutí údaje pro EBP (evidence based practice – praxe zaměřená na důkazy).

(Krivošíková, 2011)

Index Barthelové

Index by měl být použit jako záznam o aktuálně zvládaných aktivitách. Hlavním cílem je stanovení stupně soběstačnosti pacienta. Hodnotí se: sebesycení, přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět, provádění osobní hygieny, posazení na toaletu a vstání z ní, koupání nebo sprchování, chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu, chůze do a ze schodů, oblékání a svlékání, ovládání stolice a močení. Činnosti se hodnotí 15, 10, 5 nebo 0 body (příčemž 15 = samostatně bez pomoci, 10 = s menší pomocí, 5 = s větší pomocí, 0 = neprovede). Maximální celkový součet je 100 bodů (ÚZIS ČR, 2018).

Tabulka 1: Vyhodnocení stupně závislosti v základních denních aktivitách

0-40 bodů	Vysoce závislý
45-60 bodů	Závislost středního stupně
65-95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Zdroj: vlastní

Funkční míra nezávislosti (FIM)

Funkční míra nezávislosti se využívá jako měřicí nástroj při posouzení soběstačnosti pacienta. Hodnotí se 18 položek rozdělených do následujících 2 oblastí:

- **Motorická oblast**, která se zaměřuje na oblasti: sebeobsluha, ovládání stolice a moči, přesuny a lokomoce.
- **Kognitivní oblast**, která se zaměřuje na oblasti: komunikace a sociální schopnosti.

(Krivošíková, a další, 2017)

Jednotlivé položky testu se bodují za pomoci 7 bodové škály (7 = úplná nezávislost, 1 = úplná závislost). Maximální součet celkového skóre je 126 bodů (Krivošíková, a další, 2017).

1.4.4 Nácvik všedních denních aktivit

Úkolem ergoterapeuta je provádět hodnocení schopnosti zvládnání každodenních aktivit (ADL) a také trénovat tyto aktivity podle priorit a přání pacienta. Dalším úkolem ergoterapeuta je doporučit a naučit pacienta používat kompenzační a technické pomůcky, které mu napomáhají zvyšovat jeho soběstačnost a nezávislost. Dále také hledá možnosti odstranění fyzických nebo sociálních bariér v prostředí pacienta. Používání pomůcek při ADL nebo nalezení nových způsobů jejich provádění může být buď dočasné nebo trvalé, v souvislosti na druhu nemoci a prognóze daného pacienta (Krivošíková, 2011).

Při nácviku ADL ergoterapeut bere v úvahu individuální schopnosti pacienta, jeho osobnost a domácí prostředí. Kromě informací z vyšetření senzomotoriky a kognitivních funkcí je důležité, aby měl ergoterapeut povědomí o každodenní rutině pacienta, jeho stereotypních zvyklostech a způsobech provádění ADL. Dále by měl znát i pacientovu roli v rodině, jeho osobní preference, hodnoty a možnosti podpory ze strany rodiny. Ergoterapeut by měl projevovat respekt k pacientovi, naslouchat jeho potřebám a aktivně ho zapojovat do řešení problémů spojených s tréninkem ADL (Krivošíková, 2011).

1.5 Hra

Hra může být charakterizována jako časově ohraničená činnost, ve které se skupina nebo jednatel, bez ohledu na věk, angažuje svobodně. Vychází z jejich vlastních zájmů a může mít různý smysl. Buď je obsažena přímo v samotné hře, nebo stojí mimo ni jako motivace či cíl. Hra tak slouží jako prostředek k uspokojení potřeb nebo dosažení určených cílů. Od praktických životních činností se odlišuje zejména díky specifickým pravidlům a herním prvkům jako je například soupeření či identifikace s rolemi. Hráčům obvykle přináší uspokojení, zábavu, učení či jiné zážitky (RVP, 2011).

U dětí je hra hlavní činností, to znamená tedy prostředek a cíl terapie. Podporuje psychomotorický vývoj dítěte, zlepšuje dále jemnou motoriku a činnost mozku (Krivošíková, 2011).

1.5.1 Hodnocení hry

Ergoterapeuti často spoléhají na neformální metody hodnocení, které se opírají především o nestrukturované pozorování dětské hry. Tento přístup je nejvhodnější pro zkušené terapeuty, kteří mají dostatečné povědomí o různých aspektech hry. Pro méně zkušené terapeuty je formálnější hodnocení hry vhodnější, protože poskytuje pevnou strukturu a usnadňuje interpretaci výsledků (Krivošíková, 2011).

Podle Bundyové, 1997 existuje 5 faktorů, na kterých by se měl ergoterapeut při hodnocení hry zaměřit:

- herní aktivita – co dítě dělá, jakou hračku preferuje;
- preference – proč se mu líbí vybraná herní aktivita;
- jakým způsobem ke hře přistupuje;
- schopnost dítěte hrát si;
- vliv prostředí, ve kterém si dítě hraje;
- jakou polohu upřednostňuje při hraní.

(Krivošíková, 2011)

Nejvíce se těmto standardům přibližuje Test hravosti a nová verze tohoto testu – **Předškolní škály hry podle Knoxové.**

Jedná se o nestandardizované hodnocení hry, kdy se zohledňují vývojová hlediska v herních dovednostech dítěte. Toto hodnocení popisuje chování dítěte od narození do 6 let. Herní chování je popsáno podle věku do 9 kategorií, ve kterých se hodnotí 4 základní oblasti:

1. zvládnutí prostoru – zvládnutí hrubé motoriky;
2. práce s materiálem – zvládnutí jemné motoriky;
3. symbolika – pochopení okolního světa, imitace, dramatizace;
4. zapojení do hry.

(Zahradnická, 2023)

Mezi standardizované testy patří **test senzoričké integrace a praxe (SIPT)**. Hodnotí vývoj senzomotoriky u dětí od 4 do 9 let. Obsahuje 17 subtestů, které se zaměřují na oblasti: vizuální vnímání, jemná motorika, taktilně–kinestetické funkce a vnímání tělesného schématu (Zahradnická, 2023).

Jednotlivé subtesty: prostorová vizualizace, kinestezie, vnímání tvaru, taktilní vnímání, rozeznávání prstů, grafestezie, lokalizace taktilních vjemů, kopírování předlohy, konstrukční praxe, poturální praxe, orální praxe, posloupnost motorických činností, bilaterální motorické koordinace, rovnováha ve stoji a při chůzi, přesnost motorického provedení, prostorotační nystagmus (Zahradnická, 2023).

Test určený pro děti se spastickou dětskou mozkovou obrnou ve věku 18 až 96 měsíců se nazývá **QUEST** (Quality of Upper Extremity Skills Test). Jedná se o nástroj hodnotící funkce horních končetin, měření změn ve vývoji stavu a pro posouzení efektivity intervence. Test obsahuje 33 položek, které hodnotí hrubou a jemnou motoriku horní končetiny ve 4 doménách:

- izolované pohyby;
- úchopy;
- rovnovážné reakce;
- obranné reakce.

(Zahradnická, 2023)

Dále také zahrnuje 3 subjektivní stupnice, ve kterých terapeut zaznamenává funkci rukou, spasticitu, spolupráci dítěte při hodnocení. Neobsahuje standardizovanou sadu pomůcek a hodnotí se během hry (Zahradnická, 2023).

Položky se hodnotí ano – provede, to odpovídá 2 bodům a ne – neprovede, to odpovídá 1 bodu. Pokud výkon nemůže být proveden, položka se označí jako netestovaná. Hlavním kritériem je udržení horní končetiny v požadované pozici po dobu 2 sekund bez pomoci (Zahradnická, 2023).

Mezi doporučené pomůcky patří stůl, židle, 4 kostky o průměru 2,54 centimetrů, dále pastelky nebo tužky, prázdný papír, cereálie a hračky (Zahradnická, 2023).

Ve vyhodnocovacím formuláři se sečte položka „provede“ a vynásobí se 2. Dle vzorce se vypočítá hrubé skóre hodnocené domény, které se převede pomocí následujícího vzorce na standardní skóre. Vyšší skóre značí lepší kvalitu pohybu a skóre 100 % odpovídá fyziologické funkci horní končetiny (Zahradnická, 2023).

1.6 Studium ergoterapie

V České republice je ergoterapie právně zakotvena jako obor ve zdravotnictví podle zákona č. 96/2004 Sb., který se týká nelékařských zdravotnických povolání. Role ergoterapeuta je specifikována v § 7 tohoto zákona. Pro práci v tomto oboru je nezbytné absolvovat úspěšně vysokoškolské vzdělání, alespoň bakalářský studijní program.

Studium bakalářského programu ergoterapie na vysokých školách je možné například v Praze na Univerzitě Karlově, v Plzni na Západočeské univerzitě, v Ústí nad Labem na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně, v Olomouci na Univerzitě Palackého nebo v Ostravě na Ostravské univerzitě. Ergoterapii v magisterském programu lze studovat například na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze (ČAE, 2020).

2 ČLOVĚK S POSTIŽENÍM

2.1 Pojem postižení

Postižení (*disability*) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost. Osoba ji nedokáže vykonávat způsobem nebo v rozsahu, který je pro něj považován za normální (Slowík, 2016).

2.2 Typy postižení

2.2.1 Zrakové postižení

Zrak je bezesporu jeden z nejdůležitějších smyslů člověka. Díky němu získáváme až 90 % všech informací. Při jakémkoliv zrakovém omezení dochází ke zhoršení orientace. V případě dlouhodobého nebo trvalého postižení dochází k ovlivnění komunikace, psychické integrace i celkové existence člověka (Slowík, 2016).

Dále je třeba upozornit na fakt, že lidé, kteří používají pomůcky ke korekci snížených zrakových funkcí např. brýle či kontaktní čočky, nejsou považováni za osoby s postižením, nýbrž za osoby se zrakovou vadou (Slowík, 2016).

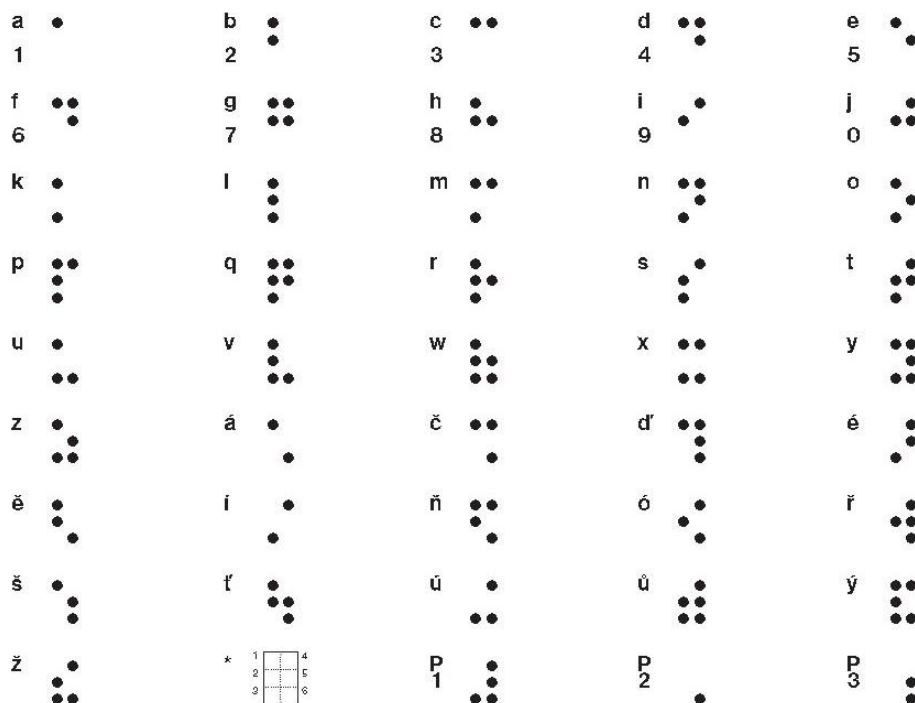
Vady zraku jsou děleny dle etiologie do 2 skupin, a to na funkční a orgánové. Do skupiny funkčních vad zraku patří např. tupozrakost či strabismus. Mezi orgánové vady zraku můžeme zařadit např. vady čočky nebo sítnice, jako je šedý zákal (Slowík, 2016).

U osob se zrakovým postižením se využívají různé kompenzační pomůcky. Jedna z nich je Braillovo písmo, které je speciálním druhem písma určeného právě pro nevidomé či slabozraké (Slowík, 2016).

Dále mohou osoby se zrakovým postižením vlastnit mnoho kompenzačních pomůcek jako je bílá hůl, indikátor hladiny či vodícího psa. V dnešní době také využívají digitální zařízení či elektronické systémy se speciálně upravenými aplikacemi, díky kterým se posílí jejich soběstačnost (Beneš, 2019).

Co se týče pravidel pro komunikaci se zrakově postiženými jedinci je obecně známo: upozornit na sebe promluvením, komunikovat vždy s nevidomou osobou, nikoliv s doprovodem a prostředí by mělo být klidné a bez rušivých elementů.

Obrázek 2: Česká abeceda Braillova písma



Vysvětlivka: * = mezera, p1 = číselný znak, p2 = velké písmeno, p3 = řetězec velkých písmen

Zdroj: (Blindfriendly, 2020)

Z hlediska ergoterapie je důležitá komplexní rehabilitace, která by měla zahrnovat celkový pohled na osobu se zrakovým postižením a nikoli se omezovat pouze na konkrétní potřeby. Tým rehabilitačních odborníků by měl zahrnovat lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka a zejména ergoterapeuta (Barney, a další, 2016).

Ergoterapeut disponuje rozsáhlým spektrem možností pro pomoc nevidomým v oblastech fyzického, kognitivního, psychologického a sociálního rozvoje. Jeho hlavním záměrem je podporovat dosažení maximální samostatnosti a nezávislosti u jednotlivce s postižením zraku (Barney, a další, 2016).

2.2.2 Sluchové postižení

(Slowík, 2016) definuje sluchového postižení takto: „*Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch*“ (str. 74).

Lidé s postižením sluchu jsou rozděleni podle stupně sluchové ztráty na nedoslýchavé; neslyšící, kteří neslyší od narození a ohluchlí, kteří ztratili sluch v průběhu života (Slowík, 2016).

V případě postižení sluchu se zhorší přístup člověka až k 60 % informací, které je potom nutné získávat jinými způsoby. Neslyšící lidé nebo těžce sluchově postižení mají rozvinuté kompenzační schopnosti, ale i tak jim handicap vytváří:

- komunikační bariéru, při které mají narušený vývoj řeči nebo nedokáží porozumět ostatním;
- deficit v orientačních schopnostech a bezpečnostní funkci, z tohoto důvodu se postižení mohou orientovat v prostoru pouze pomocí zrakové kontroly;
- psychickou zátěž;
- omezení sociálních vztahů, zejména z důvodu komunikace;
- negativní vliv na vývoj myšlení, které vychází z řeči (u jedinců, kteří jsou od narození neslyšící, se nevyskytuje vnitřní řeč, která je důležitá k přemýšlení).

(Slowík, 2016)

Mezi kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením patří sluchadla různého typu (kapesní, závěsná, zvukovodová atd.), kochleární implantáty a audiovizuální pomůcky, kam řadíme sluchátka či počítače.

Komunikace probíhá formou odezírání, které je velice náročné na pozornost, a dospělý jedinec dokáže souvisle odezírat 15-20 minut. Dále za pomoci znakové řeči nebo bilingválního přístupu, kde se uplatňuje mluva i znaková řeč najednou. Uplatňují se i různé daktylní metody a totální komunikace, u které se využívá kombinace znakového jazyka, mluvené řeči, prstové abecedy, odezírání, psaní, čtení, mimických a gestikulačních prvků, výtvarných projevů atd. (Slowík, 2016).

2.2.3 Tělesné postižení a zdravotní oslabení

Mezi projevy tělesného handicapu patří široká škála projevů včetně dlouhodobého zdravotního oslabení. Tyto projevy nemusí být zvenku patrné, avšak způsobují znevýhodnění. Věda, která se zabývá osobami s tělesným postižením, s dlouhodobým onemocněním a zdravotním oslabením, se nazývá somatopedie. Termín vychází z pojmu „soma“, neboli tělo (Slowík, 2016).

Poruchy hybnosti můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární poruchy hybnosti jsou způsobené přímým poškozením pohybového ústrojí, u sekundárních poruch hybnosti je pohyb omezen kvůli jiné nemoci či poruše. Dále můžeme dělit příčiny na vrozené, které jsou nejčastěji spojeny s DMO, a jedná se o poškození CNS způsobené většinou během porodu a získané následkem úrazů či nemoci, například amputace končetin, poranění míchy a páteře (Slowík, 2016).

Dětská mozková obrna je jedna z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení. Dělí se na 2 základní skupiny – spastická a nespastická. Pro spastickou skupinu platí křečovitě stahování a oslabování svalstva končetin jako je například diparéza, kdy dochází k poškození dolních končetin nebo například kvadruparéza, kdy jsou postiženy všechny končetiny. Typický obraz chůze můžeme popsat asi takto: kolena se kříží nebo dotýkají a chodidla se stáčí dovnitř. Oproti tomu u nespastické skupiny DMO můžeme rozlišit ještě další formy, a to: dyskinetickou – zpravidla kroutivé mimovolní a pomalé pohyby, ataktickou – špatná pohybová koordinace a poruchy rovnováhy, tato forma je však vzácnější (Slowík, 2016).

Neměli bychom opomenout ani epilepsii, tedy záchvatové onemocnění. Projevuje se epileptickými záchvaty, které jsou způsobeny neočekávanými neuroelektrickými výboji v mozku. Záchvaty mohou být parciální neboli malé, kterých si okolí nemusí vůbec všimnout, jelikož se projevují krátkým výpadkem vnímání a pozornosti. Mohou být ale také generalizované neboli velké, které provází poruchy vědomí, vytékání slin z úst, křečovitě sevření nebo záškuby těla. V tomto případě hrozí člověku s epileptickým záchvatem zapadnutí jazyka, které může způsobit dušení (Slowík, 2016).

Epileptické záchvaty mohou být způsobeny u každého člověka jiným spouštěčem, u někoho to může být například blikající světlo, stres, vynechání medikace nebo třeba nepravidelná strava. U spousty osob s epilepsií se objevuje tzv. aura neboli předzvěst. To

znamená, že dokážou rozpoznat přicházející záchvat a mohou se tak dopředu na něj připravit (Slowík, 2016).

V České republice trpí epilepsií kolem 100 tisíc lidí, nejčastěji se rozvíjí u dětí a seniorů. Jak již bylo zmíněno, u pacientů hrozí zapadnutí jazyka s následným dušením. Proto je nutné znát základy první pomoci vzhledem k tomu, že nikdy nevíme, kdy se ocitneme v takovéto situaci (Nemocnice Na Homolce, 2024).

Mezi další chronická onemocnění, která jsou provázena fyzickými omezeními řadíme roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu chorobu a další.

2.2.4 Mentální postižení

Mentální retardace postihuje osobnost člověka včetně psychických schopností, dále rozumové schopnosti, komunikační schopnosti, emoce a narušuje možnosti uplatnění se ve společnosti (Slowík, 2016).

Často se zaměňuje s pojmem demence, pokusím se vysvětlit rozdíly mezi těmito 2 pojmy. Mentální retardace je především vrozený mentální deficit, který vznikl v prenatálním či perinatálním období nebo v období 1 roku po narození dítěte. Naopak demence je charakterizovaná jako snížení již získaných mentálních schopností jedince například po úrazu nebo nemoci. Demence je často spojena spíše se staršími jedinci, často v důsledku Alzheimerovy choroby. Jelikož se projevy obou pojmů velice podobají, používá se nadřazený název mentální postižení (Slowík, 2016).

Vždy se jedná o závažné organické nebo funkční poškození mozku, příčiny vzniku jsou ale různé. Například u syndromů, které jsou vyvolané genetickými poruchami, lze určit příčinu vzniku mentálního postižení. Jako příklad mohu uvést Downův syndrom neboli trizomie 21, který je zapříčiněn zvýšeným počtem chromozomů v buněčných jádrech člověka (Slowík, 2016).

Mentální retardace se dělí na:

- **Lehká mentální retardace** (IQ 50–69) – obtíže při školní výuce, lidé dospělého věku jsou schopni pracovat a být úspěšnými v udržování sociálních vztahů, zahrnuje lehkou mentální subnormalitu a slabomyslnost.

- **Střední mentální retardace** (IQ 35–49) – vývojové opožďení v dětství, většina je schopna dosáhnout určité nezávislosti a soběstačnosti, v dospělosti potřebují různou míru podpory pro zvládnání práce a života ve společnosti, zahrnuje střední slabomyslnost.
- **Těžká mentální retardace** (IQ 20–34) – potřeba neustálé pomoci, zahrnuje těžkou mentální subnormalitu.
- **Hluboká mentální retardace** (IQ nižší než 20) – vysoká míra nesamostatnosti a potřeba pomoci druhé osoby při mobilitě, komunikaci a hygieně, zahrnuje hlubokou slabomyslnost.
- **Jiná mentální retardace** – používá se v případech, kdy není možné stanovit stupeň retardace především při přidruženém poškození, například u neslyšících a nevidomých či lidech s autismem.
- **Nespecifikovaná mentální retardace** – mentální retardace je prokázána, avšak je nedostatek informací k zařazení pacienta do jedné z uvedených kategorií.

(MKN-10, 2023)

Ergoterapie u osob s mentálním postižením se zaměřuje především na nácvik ADL, nácvik sociálních dovedností nebo nácvik samostatného bydlení, popřípadě využití chráněného bydlení.

2.2.5 Kombinované postižení

Postižení s více vadami představují situaci, kdy se u jednoho člověka vyskytují současně dvě či více různých vad nebo poruch. Tato skupina postižení je natolik rozmanitá, že není možné vytvořit jednotný systém jejich klasifikace, a dokonce ani ustálenou terminologii pro popis těchto situací. Používají se různé termíny jako například kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení atd. (Ludvíková, 2005).

Příčiny kombinovaného postižení jsou způsobeny genetickými odchylkami a mohou se projevit různými syndromy, mezi které patří například Downův syndrom, Tourettův syndrom či Turnerův syndrom. Stanovení primárního postižení u některých jedinců může být velmi obtížné (Slowík, 2016).

2.2.5.1 Kombinace s mentálním postižením

Nejčastěji se jedná o kombinaci s tělesným postižením, popřípadě smyslovými vadami. Tato kombinace se nejčastěji objevuje u dětské mozkové obrny (DMO). Provází ji například dysartrie neboli vada řeči, projevující se problematickým ovládním artikulačních orgánů. Tito pacienti mají hůře srozumitelný řečový projev (Slowík, 2016).

2.2.5.2 Poruchy autistického spektra

Názvosloví a pojmy pro poruchy autistického spektra se měnily v průběhu let. Tyto změny byly způsobeny jednak rozšířením znalostí v této oblasti, různými diagnostickými metodami a také kontextem, ve kterém byly poprvé popisovány poruchy autistického spektra. V současnosti se nejčastěji používají dva termíny, a to pervazivní vývojové poruchy (podle Mezinárodní klasifikace nemocí) a poruchy autistického spektra (podle DSM-5). Tyto termíny nahradily dřívější pojmy, jako jsou časný dětský autismus, infantilní autismus, autistická psychóza nebo autistické rysy (Říhová, a další, 2012).

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou zařazeny mezi poruchy psychického vývoje, který je narušen v různých oblastech a má neurologický základ. Podle Thorové (2016) jsou považovány za neurovývojovou poruchu, která způsobuje patologické změny jak ve struktuře, tak ve funkcích mozkových systémů. Tato porucha je považována za neléčitelnou, avšak její průběh a projevy lze ovlivnit pomocí speciálně pedagogických, psychoterapeutických, psychologických nebo jiných přístupů (Hrdlička, a další, 2004).

Diagnostika poruch autistického spektra (PAS) je založena na symptomech a je obtížná kvůli širokému spektru projevů a různým stupňům závažnosti (Hrdlička, a další, 2004); (Thorová, 2016).

Richman (2006) stanovuje prvních 30 měsíců věku dítěte jako klíčové období, během kterého se začínají projevovat první symptomy. Děti s PAS vnímají a prožívají svět jinak, což se odráží i v jejich chování (Karunová, a další, 2020).

Přesné příčiny vzniku poruch autistického spektra (PAS) zatím nebyly zcela objasněny, a určení jednoznačné příčiny je velmi obtížné. Tyto příčiny se mohou měnit v průběhu individuálního vývoje. PAS jsou považovány za neurovývojovou poruchu, kde se předpokládá, že vznik je způsoben komplexními a multifaktoriálními jevy. V mozku jedince s PAS jsou zjištěny změny jak ve struktuře, tak ve funkci jednotlivých mozkových systémů (Thorová, 2016); (Boucher, 2017).

Existuje vysoká pravděpodobnost, že poruchy autistického spektra (PAS) vznikají skrze interakci určitého rizikového faktoru v prostředí jedince s genetickou náchylností k této poruše. Kromě toho, expozice ženy různým rizikovým faktorům během těhotenství může také přispět k vývoji PAS u dítěte (Karunová, a další, 2020).

Není možné popsat typického jedince s poruchou autistického spektra (PAS), ale díky existenci dvou hlavních diagnostických systémů (MKN-10/MKN-11 a DSM-5) je možné PAS kategorizovat do určitých typů, jejichž přítomnost je nezbytná pro stanovení diagnózy (Karunová, a další, 2020).

V obecném kontextu můžeme symptomy poruch autistického spektra (PAS) rozdělit na specifické a nespecifické. Nespecifické symptomy, které jsou také označovány jako variabilní nespecifické rysy, se mohou vyskytovat i u jiných onemocnění, včetně psychiatrických, neurologických nebo poruch chování, a nejsou tedy typické pouze pro PAS (Karunová, a další, 2020).

Projevy sociální interakce jsou považovány za charakteristické pro PAS a vyskytují se u všech jedinců s touto diagnózou. Avšak jejich variabilita je závislá na stupni postižení a rozmanitosti projevů (Thorová, 2016).

V oblasti sociálního chování je běžná snížená schopnost navazovat vztahy s vrstevníky, omezená schopnost nápodoby a další. Rovněž jde o minimální tendenci sdílet své pocity s ostatními a cítit potěšení ze společných aktivit, nedostatek sdílené pozornosti, vysokou separační úzkost, nižší frekvenci navazování očního kontaktu a přecitlivělost na sociální podněty (Čadilová, a další, 2013); (Thorová, 2016).

Často se také objevují obtíže v porozumění emocím u druhých a v odhadu situací, což může ztížit adekvátní reakci na tyto výše zmíněné faktory (Karunová, a další, 2020).

V současné době existují dva hlavní uznávané klasifikační systémy – Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, přičemž MKN-11 byla schválena v lednu 2019 a začala být implementována mezi členskými státy Světové zdravotnické organizace na začátku roku 2022) a DSM-5, který vydává Americká psychiatrická asociace (Karunová, a další, 2020).

V revizi MKN-11 jsou diagnózy jako dětský autismus, Rettův syndrom, atypický autismus a další nahrazeny pouze jednou hlavní diagnózou – PAS (MKN-11 Beta Draft, 2017).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí verze MKN-10 se vyskytuje kategorie pervazivních vývojových poruch, která je rozdělena na několik nozologických jednotek, a to: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu, hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (Karunová, a další, 2020).

Naopak, v DSM-5 je pouze jedna nozologická jednotka, a to porucha autistického spektra (Karunová, a další, 2020).

3 KOMUNIKACE

Původ slova komunikace je v latinském slově *communicare*, které znamená „společně něco sdílet, činit něco společným“ (Vybíral, 2013).

Komunikace tedy není pouze o přenosu informací mezi lidmi. Zahrnuje také účast na celkovém vlivu zprávy a kontextu, který může mít vliv na celkový význam tohoto procesu. V tomto smyslu můžeme chápat komunikaci spíše jako interakci, proces vzájemného ovlivňování a působení (Vybíral, 2013).

Lidskou komunikaci můžeme rozebírat z různých úhlů pohledu, a to buď:

- pomocí konceptu kódování a dekódování, kdy je zpráva chápána jako formální nebo neformální kód;
- skrze teorii záměru a významu, jež zdůrazňuje spojení mezi zprávou v mysli komunikátora a jejím významem a záměrem;
- s ohledem na proměnlivý kontext adresáta, to znamená, že bereme v úvahu, s kým konkrétně komunikujeme;
- přistupujeme ke komunikaci jako k dialogu, respektive na cirkulující komunikační prostředí, což odpovídá paradigmatu intersubjektivit.

(Vybíral, 2013)

3.1 Komunikace s osobou se zrakovým postižením

Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil poníženo. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch (Toupalová, 2021).

S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho doprovod. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné (Toupalová, 2021).

Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den, pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost (Toupalová, 2021).

Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to osoby se zrakovým postižením obvykle poznají (Ďoupalová, 2021).

Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné (Ďoupalová, 2021).

Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě, nemělo by se s jeho věcmi manipulovat bez jeho vědomí (Ďoupalová, 2021).

Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. K vyjádření způsobu vnímání se používají tato slova: cítit, hmatat, dotýkat se (Ďoupalová, 2021).

Osoba s postižením zraku s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho a krmit nebo na něj mluvit bez vědomí majitele (Ďoupalová, 2021).

Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné pacientovi se zrakovým postižením v čekárně sdělit, že o něm víme (Ďoupalová, 2021).

3.2 Komunikace s osobou se sluchovým postižením

Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením je vhodné s ním navázat zrakový kontakt. Pokud se na nás ne dívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Vzájemný zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru (Ďoupalová, 2021).

Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat (Ďoupalová, 2021).

Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obráceni

čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy (Řečnická, 2021).

Při rozhovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku (Řečnická, 2021).

Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnická či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. (Řečnická, 2021)

Důležité dotazy raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější počkat na tlumočnicka (Řečnická, 2021).

Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl. Nikdy se neptáme, zda nám rozuměl, ale co nám rozuměl. Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení (Řečnická, 2021).

Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení, neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít způsob, jak se vzájemně lépe dorozumívát (Řečnická, 2021).

Komunikační preference každé osoby se sluchovým postižením jsou individuální. Proto je nutno projevit vstřícnost a ochotu přizpůsobit se dorozumívacím možnostem každého člověka se sluchovým postižením (Řečnická, 2021).

3.3 Komunikace s osobou s mentálním postižením

U dětí s mentálním postižením používáme termín symptomatická vada řeči, což znamená, že porucha komunikačních schopností u těchto dětí je důsledkem jiné, primární formy postižení (tj. mentální retardace). U dětí s mentálním postižením je také běžné, že porucha řeči úzce souvisí se závažností mentální retardace (Škodová, a další, 2003).

Děti s lehkou mentální retardací jsou schopny se aktivně zapojovat do dialogu a udržovat konverzaci, což jim umožňuje běžně komunikovat a integrovat se do sociálního prostředí bez výrazných obtíží. Dokážou částečně pracovat s abstraktními pojmy a často se

potýkají s konkrétními problémy v oblasti čtení, psaní a počítání. Mají obtíže s porozuměním delších textů a čtením s hlubším porozuměním. V komunikaci používají jednoduché věty i souvětí. Tyto děti jsou schopny efektivně využívat řeč v každodenním životě, což platí i pro jejich vzdělávací proces (Švarcová, 2000).

V kategorii dětí se středně těžkou mentální retardací jsou výrazné rozdíly v komunikačních schopnostech. Často u nich nalezneme kombinaci fyzického nebo smyslového postižení a můžeme také pozorovat přítomnost poruch autistického spektra, které výrazně ovlivňují jejich schopnost komunikovat. U těchto dětí je vývoj myšlení i používání řeči výrazně ovlivněn. Někteří zvládnou tvořit jednoduché věty (a někteří dokonce i složitější souvětí), zatímco jiní komunikují pouze jednoslovně. Na rozdíl od dětí s lehkou mentální retardací mají problémy s udržením pozornosti v delších mluvených projevech. Nicméně obvykle rozumí základním verbálním pokynům a jsou schopni vést jednoduché konverzace buď verbálně, nebo pomocí alternativních a rozšiřujících komunikačních prostředků. Tyto děti obvykle ovládají základy čtení, psaní a počítání, ale míra, jakou se tyto dovednosti osvojí, je velmi individuální. Někteří se mohou naučit psát s použitím běžného písma, zatímco jiní mohou používat jen hůlkové písmo. Někteří se mohou naučit číst pomocí klasické metody čtení, zatímco jiní budou upřednostňovat globální metodu (Bendová, a další, 2011).

U žáků s těžkou mentální retardací pozorujeme vážné a omezené postižení v oblasti pohybových schopností, smyslového vnímání, mentálních procesů, komunikace, schopnosti samostatné péče o sebe a sociální adaptace. U těchto dětí se mluva buď nevyvíjí vůbec, nebo zůstává na úrovni základních složek řeči, jako jsou například pudové zvuky, které mohou vyjadřovat různé emoce, jako je radost, přání, odpor nebo vztek. Prvky modulace v řeči těchto dětí jsou často narušeny, zejména dynamika a melodie hlasu. Někdy se u těchto jedinců projevují echolalické senzomotorické reflexy, při kterých opakují slyšené zvuky nebo slova jako „ozvěna“, i když nerozumí jejich významu. Pro podporu rozvoje komunikačních schopností se u těchto dětí často využívají alternativní a podpůrné komunikační prostředky, které mohou nahradit verbální projev (Bendová, a další, 2011).

Žáci s hlubokou mentální retardací jsou vážně omezeni ve všech oblastech života kvůli svému postižení. Často nemají vyvinutou minimální schopnost uspokojovat základní potřeby a jsou závislí na péči a podpoře od ostatních. Řeč se u těchto dětí zpravidla

nevyvíjí, což jim brání vyjádřit své potřeby nebo pocity. Často používají neartikulované zvuky, které občas mohou modulovat podle své náladové situace. Jejich nonverbální komunikace je výrazně narušena a často se projevuje prostřednictvím neúčinných gest a mimiky (Lechta, 2002).

Z logopedického hlediska je klíčové vytvořit funkční komunikaci mezi jedincem s mentálním postižením a jeho okolím. Proto se u těchto dětí podporuje rozvoj všech aspektů jazyka, s důrazem na rozvoj verbálních schopností (Bendová, a další, 2011).

3.4 Komunikace s osobami s poruchami autistického spektra

Z diagnóz, které se řadí do kategorie poruch autistického spektra, je komunikace narušena u všech diagnóz PAS jako je dětský autismus, atypický autismus a Rettův syndrom a další (Bendová, a další, 2011).

U dětí s diagnózou dětského autismu je často pozorováno zpoždění ve vývoji řeči, přičemž některé z nich nemluví vůbec. Často opakují slova a fráze, což se odborně označuje jako echolálie. Když se řeč objeví, je často charakterizována neobvyklou intonací, výškou a hlasitostí a také používáním zvláštních a stereotypních vět. V jejich mluvě se mohou objevit novotvary, absence použití zájmen a dochází k opakování slov nebo frází. Většinou nejsou schopny udržovat funkční konverzaci. Komunikace těchto dětí je ovlivněna specifickými projevy v sociální interakci, jako je nedostatek očního kontaktu, recipročního úsměvu a zájmu o fyzický kontakt. Tyto charakteristiky mohou být pozorovány i u dětí s diagnózou atypického autismu (Škodová, a další, 2003).

4 SPECIÁLNÍ ŠKOLSTVÍ

4.1 Historie a současnost

Termín speciální školství byl v České republice poprvé použit jako „školství pro mládež vyžadující zvláštní péči“ v roce 1972 speciálním pedagogem Milošem Sovákem, vedoucím katedry speciální pedagogiky na Univerzitě Karlově. Od roku 1975 se speciální pedagogika rozdělovala do šesti oborů podle typu postižení (Průcha, a další, 2009).

V současné době se toto dělení rozšířilo o další disciplíny, které jsou popsány v následující kapitole (Průcha, a další, 2009).

Moderní koncept speciální pedagogiky se věnuje problematice jednotlivců se zdravotním postižením, handicapovaných, postižených nebo jedinců se specifickými potřebami od narození po stáří (Průcha, a další, 2009).

4.2 Definice speciální pedagogiky

Speciální pedagogika, jak ji pojmáme, se věnuje vzdělávání jednotlivců s různými zdravotními omezeními nebo handicapem a sociálním znevýhodněním (UHK, 2014).

„Současné pojetí speciální pedagogiky se zabývá problematikou jedince se znevýhodněním od jeho narození až po stáří, tedy obdobím raného a předškolního věku, obdobím školního věku, adolescence, dospělosti a stáří.“ (Pipeková, 2010 str. 111)

Mezi první nejvýznamnější pedagogickou osobnost, která se ve svém díle zabývala edukací postiženého dítěte, patří Jan Amos Komenský (UHK, 2014).

Podle druhu postižení Pipeková člení speciální pedagogiku na tyto obory:

- **psychopedie** – SP osob s mentálním postižením;
- **somatopedie** – SP osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním;
- **logopedie** – SP osob s narušenou komunikační schopností;
- **surdopedie** – SP osob se sluchovým postižením;
- **oftalmopedie** – SP osob se zrakovým postižením;
- **etopedie** – SP s poruchami chování;

- **edukace jedinců s více vadami** – s kombinovaným postižením;
- **specifické poruchy učení nebo chování.**

(Pipeková, 2010)

4.3 Základní škola speciální

Vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáků se souběžným postižením, s více vadami a autismem se obvykle provádí v základních školách speciálních. Tyto školy se odlišují od běžných základních škol jak ve způsobu organizace vzdělávání, tak v obsahu výuky (Národní ústav pro vzdělávání, 2020).

Vzdělávání je přizpůsobeno žákům s nízkou úrovní kognitivních schopností, psychickými odchylkami, nedostatečnou koncentrací pozornosti a omezeným rozvojem vůle. Cílem je rozvíjet jejich schopnosti a usnadnit jim přechod do dalšího vzdělávání a praktického života (Národní ústav pro vzdělávání, 2020).

4.3.1 Charakteristika oboru vzdělání

Základní vzdělání, které je základem pro další vzdělávací proces, probíhá prostřednictvím speciálních základních škol. V souladu se zákonem o školství je pro tyto školy vydán Rámcový vzdělávací program speciální základní školy (dále jen RVP ZŠS) (VÚP, 2008).

Žáci s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo s autismem mají právo na vzdělávání v těchto speciálních základních školách. Pro jejich přípravu na vzdělávání může být zřízen přípravný stupeň základní školy speciální (VÚP, 2008).

Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením může probíhat odlišným způsobem, který respektuje jejich individuální potřeby (VÚP, 2008).

Speciální základní školy poskytují vzdělávání pro žáky s rozumovými schopnostmi nedostatečnými k plnému zvládnutí požadavků obsažených ve vzdělávacím programu, ale umožňují jim získávat základní znalosti, dovednosti a návyky za přizpůsobených podmínek a s odbornou pedagogickou podporou (VÚP, 2008).

Vzhledem k různým stupňům mentálního postižení je často obtížné určit jejich přesnou hloubku. Proto se pro zařazení do vzdělávacího systému využívá klasifikace stupňů mentálního postižení podle WHO. Žáci s těžkým mentálním postižením nebo s více

vadami mají zajištěn rovný přístup ke vzdělání, včetně těch s hlubokým mentálním postižením (VÚP, 2008).

Žáci s mentálním postižením mají právo na stejný přístup k vzdělání. Rámcový vzdělávací program speciální základní školy je rozdělen do dvou částí, které se zaměřují na různé stupně mentálního postižení žáků a jsou vzájemně propojeny.

Část I – Zaměřená na vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením.

Část II – Zaměřená na vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a zároveň s dalšími vadami (VÚP, 2008).

4.3.2 Zařazení do speciálního vzdělávání

Poskytuje se žákům, u nichž byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, nebo odborným zdravotnickým pracovištěm s tím, že výsledné doporučení vystavuje školské poradenské zařízení (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

4.3.3 Povinnost školní docházky

Na základě § 36, § 55 odst. 1, 2 zákona č. 561/2004 Sb., zákon č. 158/2006 Sb. změna § 55 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb. je základní vzdělání povinné a trvá obvykle devět školních let, ale nejdéle do ukončení školního roku, ve kterém žák dosáhne sedmnácti let. Výjimečně může ředitel školy povolit prodloužení trvání základního vzdělání až do ukončení školního roku, ve kterém žák oslaví dvacáté narozeniny. Jedná se zejména o žáky s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo s autismem. Toto prodloužení je možné se souhlasem školního zřizovatele až do ukončení školního roku, ve kterém žák oslaví dvacáté šesté narozeniny.

Podle § 51 odst. 4 zákona č. 561/2004 Sb. se žáci v základní škole speciální hodnotí slovně, nikoli známkami.

4.3.4 Rámcový učební plán

Tabulka 2: Rámcový vzdělávací plán

Vzdělávací oblast	Vzdělávací obory	1. – 10. ročník
		Počet hodin týdně
		Minimální časová dotace
Člověk a komunikace	Rozumová výchova	30
	Řečová výchova	20
Člověk a jeho svět	Smyslová výchova	40
Umění a kultura	Hudební výchova	10
	Výtvarná výchova	10
Člověk a zdraví	Pohybová výchova	20
	Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova	40
Člověk a svět práce	Pracovní výchova	20
Disponibilní časová dotace		20
Celková povinná týdenní časová dotace		210

Zdroj: (VÚP, 2008)

Pohybová výchova: Výuka tělesné aktivity probíhá ve všech ročnících základního školního vzdělávání a trvá dvě hodiny týdně (VÚP, 2008).

Zdravotní tělesná výchova: Tato část výuky je určena pro všechny žáky s cílem kompenzovat nedostatečnou pohybovou aktivitu a provádět korektivní cvičení (VÚP, 2008).

Rehabilitační tělesná výchova: Je alternativní formou tělesné výchovy určenou pro žáky na základě doporučení lékaře. Obsah výuky se přizpůsobuje zdravotnímu stavu a specifickým potřebám postižených jedinců (VÚP, 2008).

Zdravotní nebo Rehabilitační tělesná výchova jako samostatný předmět: Tato část výuky je realizována odděleně ve všech ročnících základního školního vzdělávání (VÚP, 2008).

Ergoterapie bude kromě výše zmíněných pravděpodobně obsažena i v dalších předmětech jako jsou:

- **výtvarná výchova** – z oblasti ergoterapie bude pravděpodobně obsahovat jemnou motoriku a zvyšovat soběstačnost;
- **pracovní výchova** – z oblasti ergoterapie bude pravděpodobně obsahovat hrubou motoriku, nácvik sebeobsluhy.

(VÚP, 2008)

4.3.5 Pedagogický sbor

Pedagogický sbor základních škol speciálních tvoří především speciální pedagogové, kteří mají na starosti organizaci a řízení speciálně pedagogických poradenských služeb na škole. Pracují jak individuálně, tak ve skupinách, a komunikují s vedením školy, učiteli, asistenty pedagoga, dalšími zaměstnanci školy, žáky a jejich zákonnými zástupci. Speciální pedagogický pracovník je zodpovědný za metodické vedení a školení ostatních pracovníků školy v oblasti používání speciálních výukových materiálů a pomůcek, které hledá a zapůjčuje. Provádí screening při přijímání nových žáků, spolupracuje při jejich zápisu do prvního ročníku a provádí speciálně pedagogickou diagnostiku, která zkoumá jejich schopnosti v oblastech čtení, psaní, počítání a vývoje gramotnosti. Poté analyzuje získaná data a sleduje pokrok žáka během jeho vzdělávání (Bazalová, 2023).

Dále sem patří asistenti pedagoga. Od osobního asistenta se odlišují zejména tím, že jsou zaměstnanci školy a nejsou přiděleni k pracování pouze s jedním konkrétním žákem. Na rozdíl od osobního asistenta, který je obvykle zaměstnán neziskovou organizací nebo rodiči žáka se zdravotním postižením, má asistent pedagoga za úkol podporovat učitele ve vzdělávacím procesu žáků se speciálními potřebami. To znamená, že asistent pedagoga není výhradně přidělen ke konkrétnímu žákovi nebo skupině žáků, ale spíše

asistuje učitelé ve všech jeho činnostech, což mu umožňuje věnovat více času a pozornosti podpoře žáků s postižením nebo znevýhodněním (Portál pro školní asistenty a asistenty pedagoga, 2022).

Ergoterapeut je na ZŠS velice zřídka.

4.3.6 Ukončení ZŠS

Na základě § 45, § 54, § 55 zákona č. 561/2004 Sb. žák dokončí povinnou školní docházku v okamžiku, kdy ukončí poslední školní rok povinného vzdělávání. Získání základního vzdělání je potvrzeno absolvováním vzdělávacího programu v základní škole speciální nebo dokončením kurzu pro získání základního vzdělání, který je organizován touto školou. O dosažení základů vzdělání svědčí vysvědčení o ukončení devátého nebo desátého ročníku, případně potvrzení o absolvování kurzu pro získání základů vzdělání. Tyto dokumenty jsou ověřeny informací o dosažení daného stupně vzdělání.

Po ukončení povinné školní docházky mohou žáci pokračovat na středních školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Další možností je docházet do denního stacionáře.

Úkolem denního stacionáře je poskytnout jedincům se zdravotním postižením bezpečné a podpůrné prostředí, kde mohou žít důstojný a plnohodnotný život a rozvíjet své schopnosti a dovednosti, aniž by se museli vzdalovat od svých rodin.

Tato služba je poskytována v souladu se Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a zahrnuje několik základních aktivit: pomoc při běžných úkonech péče o sebe, podpora v osobní hygieně, zajištění stravy; vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti; usnadnění kontaktu se společenským prostředím a provádění sociálně terapeutických aktivit.

Mezi další možnosti, jak by se osoby se zdravotním postižením mohly uplatnit na trhu práce, je pracovní rehabilitace.

Pracovní rehabilitace je činnost, která se zaměřuje na získání a udržení zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Je zajištěno krajským Úřadem práce na základě žádosti o pracovní rehabilitaci, náklady spojené s vyřízením hradí daný Úřad práce (Úřad práce ČR, 2023).

Pracovní rehabilitace zahrnuje především poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání či zaměstnání. Dále teoretickou a praktickou přípravu pro dané zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (§ 69 odst. 3).

Úřad práce spolu s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace. Při jeho tvorbě se zohledňuje zdravotní stav, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kvalifikace a situace na trhu práce. Vychází se z doporučení odborné pracovní skupiny (§ 69 odst. 4 zákona č. 435/2004 Sb.).

Individuální plán pracovní rehabilitace osoby se zdravotním postižením obsahuje:

- předpokládaný cíl pracovní rehabilitace;
- formy pracovní rehabilitace, které byly stanoveny pro osobu se zdravotním postižením;
- předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace;
- termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace.

(Úřad práce ČR, 2023)

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Tuto pomoc zajišťuje pobočka Úřadu práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, nebo jiná právnická či fyzická osoba na základě písemné dohody. Tento proces zahrnuje zejména poradenství při výběru povolání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování vhodné práce a podporu při udržení zaměstnání (Úřad práce ČR, 2023).

Ministerstvo určuje obsah tohoto plánu, druhy nákladů spojených s pracovní rehabilitací a způsob jejich úhrady prostřednictvím příslušných právních předpisů (Vyhláška č. 518/2004 Sb.).

Pracovní rehabilitace se považuje za přípravu na zaměstnání a v podstatě ji může dělat jakýkoliv zaměstnavatel, který bude s vykonáváním pracovní rehabilitace souhlasit, pouze ale za podmínky, že bude mít asistenta, který bude na pracovníka dohlížet. Trvá omezenou dobu a poté, pokud to pracovník (zaměstnanec) zvládne, může nastoupit do normálního pracovního poměru (Úřad práce ČR, 2023).

Formy pracovní rehabilitace:

- poradenská činnost – např. ergodiagnostika;
- příprava na budoucí povolání / příprava k práci / specializované rekvalifikační kurzy;
- zprostředkování zaměstnání;
- udržení a změna zaměstnání, změna povolání;
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.

(PÚ Tachov, 2024)

Seznam pracovišť, které toto provozují, neexistuje. Z dostupných zdrojů však pracovní rehabilitaci poskytuje např. Café Restaurant Kačaba v Plzni, kde zaměstnávají osoby s mentálním postižením a Downovým syndromem. Podmínkou pro zařazení do pracovní rehabilitace je invalidní důchod a úspěšné zvládnutí týdenní praxe v Kačabě. To obsahuje práci číšníka, úklid a zapojení se do kolektivu (Pomáhající Plzeň, 2024).

Po úspěšném vykonání praxí se začne vyjednávat s příslušným Úřadem práce a pokud dojde ke schválení, účastník nastupuje do zaměstnání v Kačabě pouze na jeden rok. Jako v každém jiném zaměstnání podepíše smlouvu a pravidelně pobírá měsíční plat. Jednou týdně se účastní kurzu sociálních a pracovních dovedností „Tomův plot“ (Pomáhající Plzeň, 2024).

Restaurace Kačaba funguje od roku 2005 a v současné době zaměstnává 30 lidí se zdravotním znevýhodněním (Kacaba.cz, 2024).

A dále také Centrum pobytových služeb Zbůch, které zabezpečuje přípravu osob na zařazení do zaměstnání v oborech: zahradnické práce, šití a úprava oděvů, práce v prádelně, montážní a kompletační práce.

Z dosud vykonaných praxí nutno také dodat fakt, že toto zařízení disponuje velice rozmanitými rehabilitačními službami. Mezi nabízené rehabilitační služby patří například ergoterapie, fyzioterapie a hipoterapie. Dále nabízí chráněné bydlení. Toto zařízení je specifické svým přístupem k osobám s různým druhem postižení. Pro tyto osoby pořádají různé aktivity, mezi které patří například sport s názvem Boccia. Velice často se účastní různých turnajů a také je pořádají.

Mezi další aktivity, které nabízejí svým klientům, patří letní pobyt v rekreačním zařízení. Pořádají různé akce, kterých se mohou účastnit všichni bez ohledu na jejich postižení. Snahou zaměstnanců je zajistit jim plnohodnotný život.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v základních školách speciálních v České republice.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Jaké je uplatnění ergoterapeutů ve speciálním školství?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum byli vybráni respondenti z rejstříku škol MŠMT (Základní školy speciální a Speciální základní školy). Na základě tohoto rejstříku byl proveden předběžný telefonický průzkum, zda jsou ergoterapeuti součástí těchto škol. Výsledkem bylo zjištění, že pouze 13 ZŠS nebo SZŠ v ČR z celkových 50 disponuje svým ergoterapeutem. U těch škol, které svého ergoterapeuta mají, byla zajištěna od vedení daných škol telefonní čísla ergoterapeutů nebo byla uvedena na webových stránkách škol. Po informovaném souhlasu s ergoterapeuty byl proveden rozhovor. S anonymním rozhovorem souhlasili pouze 3 ergoterapeuti.

8 METODIKA PRÁCE

Pro získání dat do mé bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005 str. 50)

V rámci předběžného průzkumu jsem telefonicky kontaktovala 50 ZŠS v ČR z rejstříku škol MŠMT (Základní školy speciální a Speciální základní školy), ze kterých byly vybrány 3 ZŠS v ČR, které zaměstnávají ergoterapeuty a s těmi jsem se následně spojila prostřednictvím telefonních čísel zjištěných na webových stránkách školy.

Na základě prostudované odborné literatury k danému tématu jsem vytvořila otázky k rozhovoru. Telefonický rozhovor jsem zvolila s ohledem na živou interakci mezi mnou a respondentem. Domnívám se, že respondenti, v mém případě ergoterapeuti na ZŠS v ČR, tak mohli lépe vyjádřit své názory, pocity a postoje. V rámci tohoto rozhovoru jsem dbala na to, aby byla každá otázka správně zodpovězena. Také mi rozhovor pomohl oslovit ergoterapeuty z celé ČR.

Výhodou telefonických rozhovorů byla anonymita respondentů. Chtěla jsem zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v ZŠS v ČR. Již z předběžného telefonického šetření jsem zjistila, že ergoterapeuti nejsou běžnou součástí všech ZŠS v ČR.

V rozhovoru byly použity předem připravené otázky. Všichni respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu a byli ubezpečeni, že získaná data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce. Mojí snahou bylo získat nejdůležitější informace o uplatnění ergoterapeutů v ZŠS. Během rozhovoru jsem si zaznamenávala odpovědi respondentů.

Sběr dat probíhal v listopadu a prosinci roku 2023. Délka rozhovoru závisela na časových možnostech respondenta a jeho ochotě sdílet informace. Všechny otázky byly vždy zodpovězeny.

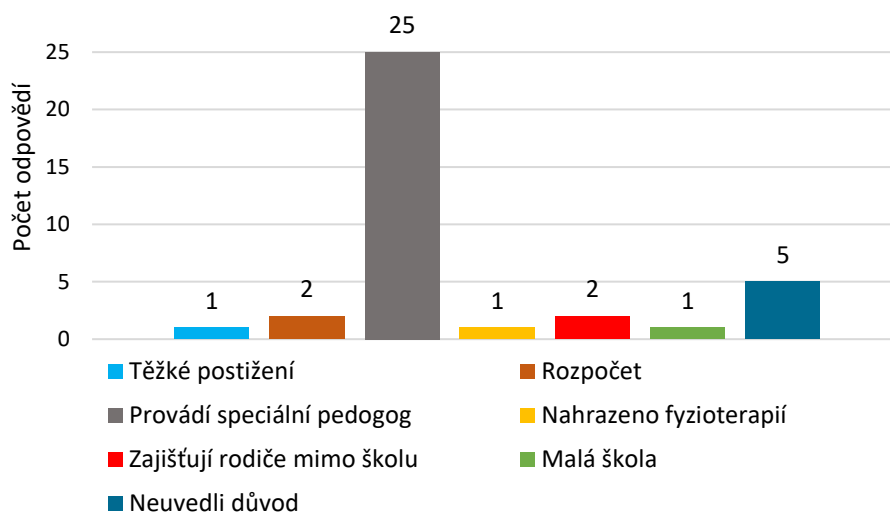
Vyhodnocení dat z rozhovorů jsem prováděla pomocí tematické analýzy. Každý rozhovor jsem analyzovala nejprve jednotlivě ve snaze co nejlépe shrnout podstatné zjištěné informace. Následně jsem získané informace porovnávala s ostatními rozhovory a začlenila je do finálního vyhodnocení mého výzkumu. Konsolidace zjištěných dat byla

provedena na základě struktury odpovědí. Zkoumanou problematiku uplatnění ergoterapeutů na ZŠS v ČR jsem v závěru doplnila o svoji interpretaci.

9 PŘEDBĚŽNÝ PRŮZKUM

Předběžný průzkum jsem prováděla v listopadu roku 2023 pomocí telefonního rozhovoru na základě rejstříku škol, který byl dostupný na webových stránkách MŠMT (Základní školy speciální a Speciální základní školy). Obvolala jsem celkem 50 škol z celé České republiky. Dotazovala jsem se, zda mají na své škole ergoterapeuta a jestliže ne, tak z jakého důvodu. Výsledek mě nemile překvapil. Pouze 13 základních škol speciálních nebo speciálních základních škol v České republice disponuje svým ergoterapeutem. Zbylých 37 škol uvedlo důvody uvedené v následujícím grafu.

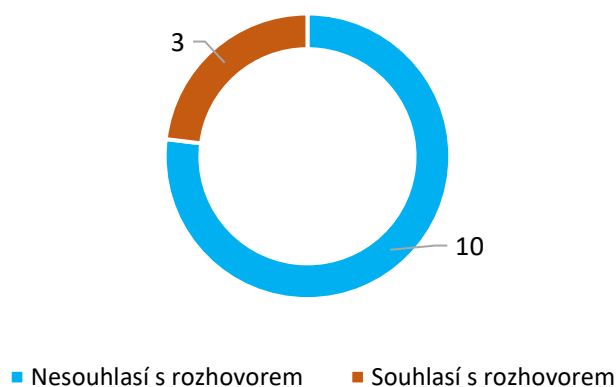
Graf 1: Přehled odpovědí, proč není ergoterapeut v ZŠS



Zdroj: vlastní

S anonymním rozhovorem souhlasili pouze 3 ergoterapeuti.

Graf 2: Počet souhlasů s rozhovorem



Zdroj: vlastní

10 ROZHOVORY

Šablona rozhovoru viz příloha 1.

10.1 Rozhovor 1

Rozhovor č. 1 jsem provedla s ergoterapeutkou (35) z Prahy.

1. Jaké máte vzdělání v oboru ergoterapie?

„Vystudovala jsem bakalářský obor ergoterapie tady na vysoké škole v Praze.“

2. A můžete prosím sdělit přesný název školy?

„Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.“

3. Jaké formy ergoterapie využíváte?

„Využíváme individuální a skupinové formy ergoterapie, dále nabízíme rodičům dětí poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek. Nejčastěji doporučujeme invalidní vozík na míru dítěte, dále pak pomůcky do školy jako jsou tužky.“

4. Jakým způsobem ergoterapie na škole probíhá – jedná se o individuální či skupinové terapie?

„Jak jsem již zmiňovala, terapie provádíme individuálně i skupinově. Záleží na složení dětí a na jejich problémových činnostech, na základě kterých je následně založena terapie.“

5. Jak dlouho trvá ergoterapie?

„Ergoterapie, i jiné rehabilitace, zde probíhají 45 minut, stejně jako výuka ve škole.“

6. Je ergoterapie prováděna pravidelně?

„Ano, je prováděna každý den v rámci rozvrhu.“

7. Jaké standardizované testy používáte?

„Používáme testy jako NHT, Barthel a MOCA. Dále test EASI, který ale používají jen někteří ergoterapeuti.“

8. S jakými postiženími nejčastěji pracujete?

„Nejčastěji se zde setkáváme s neurologickými onemocněními, jako například DMO a metabolické vady. Dále zde pracujeme s neurosvalovými onemocněními, mezi které patří například myopatie.“

9. Na jaké činnosti se při ergoterapii zaměřujete nejčastěji?

„Zaměřujeme se především na ADL, to je nácvik oblékání, jezení nebo dále na kompenzační pomůcky. Snažíme se o podporu psycho – motoricko – sensorického vývoje a na cílenou terapii HK. K tomuto slouží naše tréninkové byty, ve kterých si dospívající žáci mohou vyzkoušet reálnou situaci v životě.“

10. Spolupracujete s rodiči – pokud ano, jakým způsobem?

„S rodiči spolupracujeme. Setkáváme se především osobně, ale i telefonicky, pokud potřebují radu ihned. Dále jsme s nimi v kontaktu na třídních schůzkách, kterých se pravidelně účastníme. Doporučujeme jim vhodné kompenzační pomůcky a informujeme je o pokrocích žáků.“

11. Dle mého předběžného průzkumu je na ZŠS minimum ergoterapeutů. Proč je právě ve Vaší škole?

„Zde ergoterapeut působí již dlouhodobě z důvodu důležité součásti na zlepšení soběstačnosti a kvality života dítěte.“

10.2 Rozhovor 2

Rozhovor č. 2 jsem provedla s ergoterapeutkou (30) z Českých Budějovic.

1. Jaké máte vzdělání v oboru ergoterapie?

„Mám vystudovaný bakalářský obor na Západočeské univerzitě v Plzni. Magisterský titul mám na Queen Margaret University v Edinburghu.“

2. Jaké formy ergoterapie využíváte?

„Zabýváme se nácvikem ADL, tréninkem dovedností pro samostatné bydlení, dovednostmi pro zapojení do volnočasových aktivit. Pokud jde o přístupy, tak využíváme senzoricou integraci, neurovývojovou stimulaci, Handle přístup a Bobath koncept.“

3. Jakým způsobem ergoterapie na škole probíhá – jedná se o individuální či skupinové terapie?

„Na naší škole probíhají individuální i skupinové terapie podle druhu postižení a potřeb daného žáka.“

4. Jak dlouho trvá ergoterapie?

„Trvá 45 minut, stejně jako jiný předmět ve škole.“

5. Je ergoterapie prováděna pravidelně?

„Ergoterapie probíhá jednou až dvakrát týdně.“

6. Jaké standardizované testy používáte?

„Využíváme testy jako MABC-2, Barthelův test základních všedních činností ADL.“

7. S jakými postiženími nejčastěji pracujete?

„Nejčastěji asi s neurologickými diagnózami, genetickými syndromy, vývojovou dysfázií nebo dyspraxií.“

8. Můžete prosím vysvětlit co to znamená?
„Dysfázie znamená, že je narušený vývoj řeči. Dyspraxie je porucha koordinace, ovlivňuje schopnost plánování a provádění pohybů.“
9. Na jaké činnosti se při ergoterapii zaměřujete nejčastěji?
„Nejčastěji se zaměřujeme na trénink ADL, rozvoj hry, rozvoj smyslového vnímání v rámci terapie sensorické integrace, rozvoj grafomotoriky a dalších školních dovedností.“
10. Spolupracujete s rodiči – pokud ano, jakým způsobem?
„S rodiči spolupracujeme. Konáme s nimi konzultace a doporučujeme jim vhodné aktivity do domácího prostředí.“
11. Dle mého předběžného průzkumu je na ZŠS minimum ergoterapeutů. Proč je právě ve Vaší škole?
„Ergoterapeut je považován za důležitou součást týmu již od založení školy a bezpochyby napomáhá soběstačnosti žáků.“

10.3 Rozhovor 3

Rozhovor č. 3 jsem provedla s ergoterapeutkou (25) z Ústí nad Labem.

1. Jaké máte vzdělání v oboru ergoterapie?
„Vystudovala jsem bakalářské studium na Fakultě zdravotnických studií univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.“
2. Jaké formy ergoterapie využíváte?
„Provádíme nácvik ADL. Snažíme se provádět ergoterapii formou zaměstnávání a hrou. Často provádíme nácvik sebesycení a obsluhy při osobní hygieně.“
3. Jakým způsobem ergoterapie na škole probíhá – jedná se o individuální či skupinové terapie?
„Na naší škole provádíme pouze skupinové terapie s ohledem na množství žáků.“
4. Jak dlouho trvá ergoterapie?
„Obvykle průměrně tak 25 minut.“
5. Proč zrovna 25 minut?
„Máme zkušenosti, že po tuto dobu jsou žáci schopni pracovat a udržet pozornost. Jedná se převážně o děti s autismem a u nich je velmi těžké upoutat pozornost na cokoli.“
6. Je ergoterapie prováděna pravidelně?
„Ergoterapii provádíme jednou týdně.“
7. Jaké standardizované testy používáte?
„Využíváme Barthelův test základních všedních činností ADL.“

8. S jakými postiženími nejčastěji pracujete?

„Máme tady autismus, DMO, mentální retardace a psychické poruchy.“

9. Na jaké činnosti se při ergoterapii zaměřujete nejčastěji?

„Zaměřujeme se na soběstačnost, sebeobsluhu, rozvoj kognitivních funkcí, hrubou a jemnou motoriku.“

10. Spolupracujete s rodiči – pokud ano, jakým způsobem?

„S rodiči nespolupracujeme.“

11. Můžete vysvětlit z jakého důvodu?

„Rodiče dostávají informace pouze písemnou formou.“

12. Dle mého předběžného průzkumu je na ZŠS minimum ergoterapeutů. Proč je právě ve Vaší škole?

„Ano, máte pravdu, i dle mých informací je skutečně v rámci ZŠS v České republice málo ergoterapeutů, a to je za mě velká škoda. Naše paní ředitelka naštěstí zastává názor, že v rámci širšího okruhu vzdělávání je dobré tuto terapii nabídnout. Navíc u nás ve škole nenabízíme pouze ergoterapii, ale například i arteterapii a zooterapii.“

11 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 3: Interpretace výsledků

Interpretace výsledků	Rozhovor č. 1	Rozhovor č. 2	Rozhovor č. 3
Vzdělání v oboru	bakalářský titul na LF UK v Praze	bakalářský titul na ZČU v Plzni, magisterský titul na Queen Margaret University v Edinburghu	bakalářský titul na FZS J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Formy ergoterapie	nácvik ADL, poradenství při výběru kompenzační pomůcky pro žáka	nácvik ADL, využití senzorické integrace, neurovývojové stimulace, Handle přístupu ⁵ nebo Bobath konceptu ⁶	nácvik ADL, integrace ergoterapie do pracovních činností a her
Průběh ergoterapie	individuální i skupinová ergoterapie, pravidelně každý den	individuální i skupinová ergoterapie přizpůsobeny typu postižení a potřebám jednotlivým studentům	skupinové terapie, s ohledem na počet žáků
Délka ergoterapie	45 minut, což odpovídá délce výuky ve škole	45 minut, což odpovídá délce standardního vyučovacího bloku ve škole	25 minut – ze zkušenosti ví, že se žáci dokáží po tuto dobu soustředit

Standardizované testy	NHT ¹ , Barthel test ² , MOCA ³ , EASI ⁴	MABC-2 ⁷ , Barthel test	Barthel test
Zaměření	dětská mozková obrna, myopatie	neurologické onemocnění, genetické syndromy, vývojová dysfázie a dyspraxie	autismus, dětská mozková obrna, mentální retardace
Spolupráce s rodiči	Ano – konzultace stavu a pokroku žáka	Ano – konzultace a poskytování doporučení ohledně aktivit vhodných v domácím prostředí	Ne – případné informace jsou poskytovány pouze písemnou formou
Přítomnost ergoterapeuta ve škole	Ano – klíčová role při podpoře zvyšování samostatnosti	Ano – od založení školy považován za klíčového člena týmu	Ano – uvědomují si nedostatek ergoterapeutů v ZŠS v ČR

Zdroj: vlastní

¹ NHT je standardizovaný diagnostický nástroj používaný v ergoterapie, který slouží k posouzení motorických funkcí horní končetiny u pacientů s neurologickými poruchami. Zaměřuje se na hodnocení jemných motorických dovedností, síly, koordinace a rychlosti pohybu ruky (ÚZIS, 2019).

² Barthel Index (BI) je nástroj k hodnocení funkčních omezení, který rozděluje pacienty do tří stupňů a je známý svou jednoduchostí použití v klinické praxi. Celkově hodnotí schopnost pacienta vykonávat 10 denních aktivit mezi které patří: příjem stravy, oblékání, lokomoce, chůze po schodech, přesun z lůžka na křeslo, osobní hygiena, koupání, použití WC a kontinence moči a stolice. Bodování závisí na míře soběstačnosti pacienta v každé aktivitě. Maximální počet je 10 bodů za úplnou samostatnost, za dopomoci druhé osoby získává menší počet bodů a za neschopnost zvládnout úkol získává 0 bodů. Celkový rozsah skóre je od 0 do 100 a ukazuje úroveň nezávislosti pacienta. Na

základě celkového skóre se rozdělují pacienti do čtyř podskupin (nesoběstačný, středně nesoběstačný, mírně nesoběstačný, samostatný) (ÚZIS ČR, 2018).

³ MOCA je nástroj, který je určen pro rychlé odhalení mírné kognitivní poruchy (MoCA, 2023).

⁴ Test EASI (Evaluation Ayres Sensory Integration) je diagnostický nástroj založený na práci Jeana Ayrese. Slouží k hodnocení sensorické integrace. K využívání tohoto hodnotícího nástroje je potřeba kurz (South African Institute for Sensory Integration, 2019).

⁵ HANDLE je zkratka složená z prvních písmen slov Holistic Approach to Neuro-Development & Learning Efficiency, což znamená holistický přístup k neurovývoji a efektivitě učení (HANDLE, 2020).

⁶ Bobath koncept je 24hodinový koncept, který pracuje na neurovývojovém podkladě. Nabízí pomoc jedincům s omezenou schopností zapojit se do běžného života kvůli problémům nebo poškození centrální nervové soustavy. Každý případ řeší individuálně, zaměřuje se na konkrétní potřeby dítěte s cílem dosáhnout funkční aktivity. Jedná se o celodenní přístup, který integruje péči, hru a účast na každodenních aktivitách s terapeutickým úsilím (ČADBT, 2024).

⁷ MABC-2 slouží ke standardnímu vyhodnocení úrovně základních motorických dovedností. Kvalitativní hodnocení poskytuje informace o způsobu, jakým dítě plní úkoly a jak k nim přistupuje. Test je určen pro 3 věkové skupiny. Pacient plní úkoly na jemnou a hrubou motoriku a rovnováhu. Výsledky se porovnávají se zdravými jedinci (Zahradnická, 2023).

12 POROVNÁNÍ ROZHOVORŮ

Vzdělání: Ergoterapeutky mají bakalářské studium na různých univerzitách v ČR. Ergoterapeutka z Českých Budějovic získala magisterský titul v zahraničí, což mě velice překvapilo.

Formy ergoterapie: Ergoterapeuti se ve své praxi zaměřují na širokou škálu terapeutických přístupů a metod, které zahrnují individuální i skupinové terapie. Důraz je kladen na komplexní péči a individuální přístup k potřebám pacientů.

Průběh ergoterapie: Na všech pracovištích probíhá pravidelně alespoň jednou týdně. V ZŠS v Praze kladou na ergoterapii mnohem větší důraz a součástí rehabilitace je každý den, což mě mile potěšilo.

Délka terapie: Standardní délka terapie 45 minut se zdá být běžnou praxí v oboru ergoterapie u ZŠS, což naznačuje konzistentní přístup v průběhu terapie. Pouze u ZŠS v Ústí nad Labem je délka terapie pouze 25 minut. Příkládám to i těžší formě postižení u žáků.

Standardizované testy: Všechny 3 ergoterapeutky ZŠS využívají Barthelův test pro hodnocení ADL. S nadstandardními testy, které využívají pouze ergoterapeuti po absolvování kurzů, pracují ergoterapeuti v Praze. Odpovídá to pravděpodobně i širší škále postižení žáků.

Zaměření: Rozmanitost diagnóz a postižení, se kterými ergoterapeuti pracují, poukazuje na různost potřeb klientů a schopnost ergoterapeutů přizpůsobit terapii konkrétním potřebám.

Spolupráce s rodiči: Spolupráce s rodiči je důležitou součástí terapeutického procesu, která může pomoci zajistit kontinuitu péče a podporu klientů i mimo terapeutické sezení. Proto mne zarazilo, že v ZŠS v Ústí nad Labem s rodiči spolupracují pouze písemnou formou.

Přítomnost ergoterapeuta ve škole: Přítomnost ergoterapie ve školním prostředí je vnímána jako důležitá a užitečná, což může naznačovat trend k větší integraci ergoterapie do školního prostředí jako součásti multidisciplinárního přístupu k péči o žáky.

DISKUZE

Tato práce se zabývá rolí ergoterapeuta při rozvoji soběstačnosti žáků základních škol speciálních v České republice. Hlavním záměrem této bakalářské práce bylo poukázat na fakt, že ergoterapeut by měl být podstatnou součástí pedagogického sboru v základních školách speciálních a podílet se na rozvoji jejich soběstačnosti. Na základě toho byl stanoven cíl – zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v základních školách speciálních v České republice, který zahrnoval výzkumné šetření formou rozhovoru na základě ergoterapeutické intervence.

Ergoterapeut plní roli podpory v poskytování primární péče a spolupracuje s rodinou na stanovení jasných cílů, které jsou dosažitelné jak pro rodinu, tak pro dítě. Poskytování edukace a podpora členů rodiny při podporování rozvoje dítěte směrem k jeho maximálnímu potenciálu představuje pro ergoterapeuty pracující v oblasti pediatrie výzvu. (Kenner, a další, 2004)

Pro úspěšné dosažení cílů (dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti pacientů v jejich domácím, pracovním a sociálním prostředí) je klíčová spolupráce ergoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, fyzioterapeuty, zdravotní sestry, psychology, sociální pracovníky, a v některých případech speciální pedagogy, zaměstnavatele a další odborníky. Nezbytnou součástí tohoto týmu je i aktivní účast samotného pacienta či pacienta a jeho rodiny nebo blízkého sociálního okolí, bez jejichž spolupráce není dosažení stanovených cílů možné. (Votava, 2003)

Zatímco v zahraničí jsou ergoterapeuti běžní zaměstnanci škol, v České republice funguje několik léčebných zařízení nebo ambulanti ergoterapie, kam mohou žáci docházet. I přesto, že ergoterapie je za posledních pár let viditelnější a využívanější v České republice, pro mnohé se stále jedná o neznámý obor v oblasti rehabilitace.

Tato problematika se netýká pouze dětí, ale především jejich rodičů. Ti se musí individuálně domlouvat s externím zařízením provádějící ergoterapii, a to nese velmi časovou náročnost a s tím spojenou i absenci dítěte ve škole.

Během vykonávaných praxí jsem vždy narazila na skutečnost, že někteří o ergoterapii vůbec nevěděli. Ti, kteří ano, ji měli za tzv. léčbu prací. Ta dříve zahrnovala

například háčkování, šití či práci se dřevem. Na základě této neznalosti málokoho napadl fakt, že by se ergoterapie mohla stát součástí i práce s dětmi.

První formální definice z r. 1922 lékařky H. A. Patison, která definovala ergoterapii jako „*Jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděná za účelem přispívat a urychlovat uzdravu z nemoci nebo poranění.*“

Tento koncept byl potvrzen dalším lékařem Herbertem J. Hallem o rok později, který uvádí definici „*Ergoterapie poskytuje pod lékařskou supervizí jednoduchou a nenamáhavou práci za účelem zlepšení rekonvalescence pacientů v nemocnicích nebo jejich domovech. Ruční práce se v ergoterapii využívají ne proto, aby se z pacientů stali řemeslníci, ale proto, aby rozvíjeli svou fyzickou a duševní zdatnost v době, kdy je jejich odvaha a iniciativa minimální.*“ (Krivošíková, 2011 str. 14)

Speciální pedagog, učitel či asistent pedagoga není odborník v oboru ergoterapie, takže nedokáže maximálně využívat speciální ergoterapeutické metody a diagnostiky typické pro ergoterapeuty.

Ergoterapeut má hluboké znalosti v oblasti anatomie svalů, dokáže lépe využít své kompetence ke zjištění žákových problémů a efektivně navrhnout řešení, které neublíží, ale pomůže.

Zdrojů s tématem ergoterapie je mnoho, avšak těch věnujících se tématu ergoterapie u dětí, již mnoho není. Odborná literatura, která se věnuje dětské problematice, je od autora Case Smith (2015).

Ze zkušeností na vykonávaných praxích bych doporučila především individuální přístup ke každému žákovi podle jeho potřeb a schopností. Dále je důležitá pravidelná komunikace mezi učitelem a rodiči a sdílení informací o pokroku žáků v ZŠS. S ohledem na motivaci žáků je třeba používat různé metody a pomůcky na podporu vzdělávání a zvládnutí ADL. Významnou roli hraje také pokus o integraci žáků s různými vývojovými a učebními potížemi do běžného školního prostředí. Nedílnou součástí je práce v týmu, který zahrnuje učitele, rodiče a další odborníky, aby byly potřeby žáků co nejlépe adresovány. Nezbytné je také odbornému personálu v ZŠS poskytnout školení a poradenství ohledně zefektivňování postupů pro práci s žáky s různými potřebami. Dalším faktorem, který pomáhá dětem v rozvoji, je jistě prostředí, které by mělo být přizpůsobené jejich potřebám a podporuje jejich úspěch. Dále je důležité poskytnout

podporu žákům s postižením při přechodu mezi stupni školního vzdělávání nebo při přechodu do dalšího vzdělávání, nebo i do zaměstnání, využití moderních technologií a aplikací jako prostředek pro zlepšení komunikace, učení a zvládnání každodenních činností, posilování sociálních dovedností prostřednictvím různých aktivit a cvičení, které podporují spolupráci, komunikaci a porozumění. V neposlední řadě by se měly sledovat nové metody v oblasti ergoterapie a integrovat je do praxe.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala tématu Role ergoterapeuta při rozvoji soběstačnosti žáků základních škol speciálních. O toto téma jsem se začala zajímat po vykonaných praxích s dětskými pacienty.

V teoretické části práce jsou shrnuty různé typy postižení, jejich základní informace a kompenzační pomůcky s nimi spojené. Nezbytnou částí je představení ergoterapie, která dodnes není součástí speciálně-pedagogické intervence.

Praktická část je věnována především intervenci ergoterapeutů v základních školách speciálních, jejich vliv na soběstačnost žáků a využívané metody. Další součástí je výzkumné šetření, které probíhalo formou rozhovoru na 3 základních školách speciálních v České republice (konkrétně v Praze, Českých Budějovicích a Ústí nad Labem), kdy respondenty byli ergoterapeuti působící na zmíněných školách.

Výzkum probíhal s ergoterapeuty, kteří působí na základních školách speciálních. Prvotně byli seznámeni s obsahem bakalářské práce, s požadavky pro naplnění cíle a dále byli seznámeni s tématy obsaženými v rozhovoru.

Kvalitativní výzkum probíhal formou telefonického rozhovoru. Mým cílem bylo zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v základních školách speciálních v České republice.

Témata rozhovoru byla: dosažené vzdělání v oboru ergoterapie, formy ergoterapie, průběh ergoterapie, délka terapie, standardizované testy, spolupráce s rodiči, přítomnost ergoterapeuta ve škole.

Výsledky rozhovoru přiblížily detailní informace o dané problematice. Již v předběžném průzkumu mne velmi zarazil fakt, že na ZŠS v ČR ergoterapeuti chybí. Zdali to má důvod spíše finanční nebo jiný, hodnotit nemohu a ani nechci. Ze zkušeností z mých praxí vím, že pravidelné zařazování ergoterapie mezi rehabilitační programy má na soběstačnost člověka velmi podstatný vliv.

Z předběžného výzkumu vyplynulo, že na ergoterapii v ZŠS v ČR se většinou podílejí a provádí ji speciální pedagogové. Jak již bylo zmíněno, speciální pedagogové mají na ZŠS v ČR zcela jinou funkci a jejich náplní práce by rozhodně neměla být ještě ergoterapie. S určitou formou ergoterapie se na bakalářském studiu speciálního pedagoga, dle mých

informací, v nějakém semestru studenti setkají. Má to ale podle mého názoru stejný efekt jako kdybych já, ergoterapeutka, šla nyní do ZŠS zastávat funkci speciálního pedagoga. Vůbec si o tom netroufám ani přemýšlet. Myslím, že by to nedopadlo vůbec dobře.

Věřím, že tato analýza rozhovorů by mohla poskytnout ucelený pohled na stav ergoterapie v České republice a přispět k pochopení významu tohoto oboru v oblasti zdravotní péče a rehabilitace.

Zastávám názor, že každá osoba, ať už s jakýmkoli typem postižení, by měla mít právo na vzdělání a přístup k rehabilitačním službám odpovídajícím svým potřebám. Proto bych byla moc ráda, kdyby se na ZŠS objevovalo více ergoterapeutů. Nejen, že pomohou daným žákům s postižením a zlepší se tím jejich soběstačnost a kvalita života, ale odlehčí tak i rodičům žáků. V neposlední řadě speciální pedagogové se budou moci věnovat pouze svojí náplni práce.

Doufám, že tato práce alespoň na chvíli přiměje k zamyšlení nad tím, jaké břemeno nesou lidé s postižením v naší společnosti, a jak můžeme jako celé společenství přispět k jejich důstojnému a plnohodnotnému životu pomocí ergoterapie.

SEZNAM LITERATURY

BARNEY, Karen Frank; PERKINSON, Margaret A. a EMERITA, Chair. *Occupational therapy with Aging Adults: Promoting Quality of Life Through Collaborative Practice.* Mosby: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-06776-8.

BAZALOVÁ, Barbora. *Psychopedie.* Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3725-1.

BENDO VÁ, Petra a ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7701-6.

BENEŠ, Pavel. *Zraková postižení.* Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2635-4.

BLIND FRIENDLY. *Česká abeceda Braillova písma.* In: Malének webdesign. Blind friendly. Online, 2020. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/ceska-abeceda-braillova-pisma.html>. [citováno 2023-03-22].

BOUCHER, Jill. *Autism spectrum disorder: characteristics, causes and practical issues.* 2. London: Sage, 2017. ISBN 978-1-4462-9567-0.

CASE-SMITH. *Occupational Therapy for Children and Adolescents.* Canada: Elsevier, 2015. ISBN 978-0-323-16925-7.

ČADBT. *Co je to NDT Bobath koncept.* In: Pavel Szabo. Česká asociace dětských Bobath terapeutů. Online, 2024. Dostupné z: <https://www.cadbt.cz/>. [citováno 2024-02-11].

ČADILOVÁ, Věra a ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem (pro děti předškolního věku a pro děti se sníženými rozumovými schopnostmi).* Praha: Pasparta, 2013. ISBN 978-80-905576-2-8.

ČAE. *Co je ergoterapie.* Česká asociace ergoterapeutů. Online, 2020. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>. [citováno 2023-11-30].

ČAE. *Vysokoškolské studium.* Česká asociace ergoterapeutů. Online, 2020. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/studium-ergoterapie/>. [citováno 2023-12-15].

HANDLE. *About HANDLE.* In: Wild Apricot. HANDLE. Online, 2020. Dostupné z: <https://www.handle.org/page-1848180>. [citováno 2024-02-11].

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus: přehled současných poznatků.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

Kacaba.cz. *O nás.* In: ANTEE s.r.o. Kačaba. Online, 2024. Dostupné z: <https://www.kacaba.cz/o-nas>. [citováno 2024-01-15].

KARUNOVÁ, Hana; CIESLAR, Jakub; FLEKAČOVÁ, Lucie; BEDNÁROVÁ, Lucie; PAZOUROVÁ, Lucie; REGEC, Vojtech. *Komunikační mosty v podpoře rozvoje osob s poruchami autistického spektra a jiných skupin jedinců s postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5878-6.

KENNER, Carole a J.M., McGrath. *Development Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals.* St. Louis: Mosby, 2004. ISBN 978-032302443-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a KRULOVÁ, Anna. *Funkční míra nezávislosti - měřicí nástroj v posouzení soběstačnosti.* 1. LF UK a VFN v Praze. PDF. Online, 2017. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/file/akce/20171107-klasifikon/2017-11-07-15_krulova.pdf. [citováno 2023-12-18].

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

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LUDVÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MKN-10. *F70-F79 - Mentální retardace.* MKN-10 2023. Online, 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>. [citováno 2023-12-06].

MKN-11 Beta Draft. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* MKN-11 Beta Draft. Online, 2017. Dostupné z: <https://icd.who.int/dev11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fenti-ty%2f854708918>. [citováno 2024-03-25].

MoCA. *TEST MoCA.* MoCA. Online, 2023. <https://mocacognition.com/>. [citováno 2024-02-11].

Národní ústav pro vzdělávání. *Základní školy speciální.* Národní ústav pro vzdělávání. Online, 2020. Dostupné z: <https://archiv-nuv.npi.cz/t/zakladni-skoly-specialni.html>. [citováno 2024-02-03].

Nemocnice Na Homolce. *O epilepsii.* Nemocnice Na Homolce. Online, 2024. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-specializovana-centra/11635-centrum-pro-epilepsii/11856-pro-pacienty/11858-o-epilepsii>. [citováno 2024-02-22]

NZIP. *Běžné denní činnosti.* In: Web Studio. Národní zdravotnický informační portál. Online, 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4649>. ISSN 2695-0340. [citováno 2024-03-12].

OT Theory. *Model of Human Occupations (MOHO).* OT Theory. Online, 2020. Dostupné z: <https://ottheory.com/therapy-model/model-human-occupations-moho>. [citováno 2023-12-16].

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Pomáhající Plzeň. *Café restaurant Kačaba.* In: Správa informačních technologií města Plzeň. Pomáhající Plzeň. Online, 2024. Dostupné z: https://socialnisluzby.plzen.eu/katalog-sluzeb/iid_178/cafe-restaurant-kacaba.aspx. [citováno 2024-02-19].

Portál pro školní asistenty a asistenty pedagoga. *Náplň práce.* Portál pro školní asistenty a asistenty pedagoga. Online, 2022. Dostupné z: <https://www.asistentpedagoga.cz/asistent-pedagoga/napln-prace>. [citováno 2024-02-10].

PROCHÁZKOVÁ, Michaela. *Ergoterapie u žáků praktické třídy.* Pedagogická fakulta. PDF. Online, 2013. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/53879/BPTX_2012_1_11410_0_320287_0_121112.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [citováno 2023-11-26].

PRŮCHA, Jan a JANÍK, Tomáš. *Pedagogická encyklopedie.* Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675462.

PŮ Tachov. Jaké jsou formy pracovní rehabilitace. *Pracovní rehabilitace*. Tachov, 2024.

RVP. *Hra*. Metodický portál RVP.CZ. Online, 2011. Dostupné z: https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/H/Hra. [citováno 2023-11-25].

ŘÍHOVÁ, Alena a VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná literatura pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

South African Institute for Sensory Integration. *Evaluation in Ayres Sensory Integration*. In: Marketing Techy. South African Institute for Sensory Integration. Online, 2019. Dostupné z: <https://instsi.co.za/evaluation-in-ayres-sensory-integration-easi/>. [citováno 2024-02-26].

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

ŤOUPALOVÁ, Natálie. *Přednáška - Výcvik soběstačnosti*. Plzeň: autor neznámý, 2021.

UHK. *Základy speciální pedagogiky*. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. PDF. Online, 2014. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/studijni_opory/socialni_patologie_a_prevence_2020/zaklady-specialni-pedagogiky.pdf. [citováno 2024-01-27].

Úřad práce ČR. *Pracovní rehabilitace*. Úřad práce ČR. Online, 2023. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/pracovni-rehabilitace-4>. [citováno 2023-12-15].

ÚZIS ČR. *Barthel index základních všedních činností*. ÚZIS ČR. PDF. Online, 2018. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/barthelove-test/barthelove-test-zakladni-20180525.pdf>. [citováno 2023-11-30].

ÚZIS. *Ostatní oborové klasifikace a škály.* ÚZIS. Online, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>. [citováno 2024-02-11].

VESELÁ, Lenka. *Zajištění tělesné aktivity, potřeby sebezpečí a soběstačnosti.* Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. PDF. Online, 2020. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2020/BZPO011c/um/02_tyden_zajisteni_potreby_telesne_aktivity_potreby_sebepece_a_sobestacnosti_ve/Zajisteni_telesne_aktivity__potreby_sebepece_MP.pdf. [citováno 2024-03-04].

VOŠZ a SZŠ Hradec Králové. *Hodnotící škály.* In: EFFECTO. VOŠZ a SZŠ Hradec Králové. PDF. Online, 2020. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>. [citováno 2024-02-11.]

VOTAVA, Jiří. *Současná situace v ergoterapii jako profesi u nás a ve světě (ve vztahu ke speciální pedagogice).* Praha: SPURP, 2002.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-05.

VÚP. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální.* RVP SV. Online, 2008. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcove-vzdelavaci-programy-pro-specialni-vzdelavani/>. [citováno 2024-02-10].

VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7367-387-1.

WFOT. *WFOT Information.* World Federation Of Occupational Therapists. Online, 2008. Dostupné z: <https://wfot.org/inside.asp>. [citováno 2024-03-12].

ZAHRADNICKÁ, Ilona. *Přednáška - Hodnocení hry u dětí.* Plzeň : autor neznámý, 2023.

ZAHRADNICKÁ, Ilona. *Přednáška - Testování v pediatrii.* Plzeň : autor neznámý, 2023.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Strukturovaný rozhovor
- Příloha B – Barthel Index
- Příloha C – Montrealský kognitivní test
- Příloha D – Souhlas s výzkumným šetřením

PŘÍLOHY

Příloha A – Strukturovaný rozhovor

1. Jaké máte vzdělání v oboru ergoterapie?
2. Jaké formy ergoterapie využíváte?
3. Jakým způsobem ergoterapie na škole probíhá – jedná se o individuální či skupinové terapie?
4. Jak dlouho trvá ergoterapie?
5. Je ergoterapie prováděna pravidelně?
6. Jaké standardizované testy používáte?
7. S jakými postiženími nejčastěji pracujete?
8. Na jaké činnosti se při ergoterapii zaměřujete nejčastěji?
9. Spolupracujete s rodiči – pokud ano, jakým způsobem?
10. Dle mého předběžného průzkumu je na ZŠS minimum ergoterapeutů. Proč je právě ve Vaší škole?

Zdroj: vlastní

Příloha B – Barthel Index

Obrázek 3: Barthel Index

(activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

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

Zdroj: (VOŠZ a SZŠ Hradec Králové, 2020)

Příloha C – Montrealský kognitivní test

Obrázek 4: Montrealský kognitivní test

JMÉNO :
Vzdělání : Datum narození :
Pohlaví : DATUM :

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

<p>Prostorová orientace / zručnost</p> <p>Okopírujte krychli</p> <p>Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)</p>	BODY																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>[]</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>[]</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>[] kontura [] číslice [] ručičky</p> </div> </div>	_ /5																				
<p>Pojmenování zvířete</p>	_ /3																				
<p>Paměť</p> <p>Přečtete řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TVÁŘ</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SAMET</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">KOSTEL</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">KOPRETINA</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ČERVENÁ</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>1.pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">žádný bod</td> </tr> <tr> <td>2.pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ		1.pokus						žádný bod	2.pokus						
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ																
1.pokus						žádný bod															
2.pokus																					
<p>Pozornost</p> <p>Přečtete řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. [] 2 1 8 5 4 Testovaný je má zopakovat pozpátku. [] 7 4 2</p>	_ /2																				
<p>Čtete řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB</p>	_ /1																				
<p>Množina odečtů 7 od 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správně = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod</p>	_ /3																				
<p>Řeč</p> <p>Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []</p>	_ /2																				
<p>Vybavování slov: Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] _____ (N > 11 slov)</p>	_ /1																				
<p>Abstrakce</p> <p>Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka</p>	_ /2																				
<p>Pozdější vybavení slov</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TVÁŘ []</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SAMET []</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">KOSTEL []</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">KOPRETINA []</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ČERVENÁ []</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY</td> </tr> </table>	Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVÁŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []		Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY							_ /5						
Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVÁŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []																
Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY																					
<p>Nepovinně</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Jedna nápověda</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Více nápověd</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Jedna nápověda							Více nápověd													
Jedna nápověda																					
Více nápověd																					
<p>Orientace</p> <p>[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město</p>	_ /6																				
<p>© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org</p>	<p>NORMA ≥ 26 / 30</p> <p>CELKEM _____ /30 Přidej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání</p>																				

Zdroj: (MoCA, 2023)

Příloha D – Souhlas s výzkumným šetřením

Obrázek 5: Souhlas s výzkumným šetřením



Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní proděkanko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Kristýny Šmejkalové, posluchačky bakalářského studijního programu Ergoterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jakým způsobem je využívána ergoterapie v základních školách speciálních v České republice.

Sledovaný soubor tvoří ergoterapeuti působící v základních školách speciálních v České republice.

Sběr dat bude proveden pomocí rozhovorů.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Josefa Slowíka, Ph.D.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

v Plzni dne 20.3.2014

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
proděkan pro pedagogickou činnost

.....
Razítko a podpis zástupce instituce