



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra pedagogiky a psychologie**

**Diplomová práce**

**Zkušenosti ergoterapeutů s výsledky terapie**

**(a dopad ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ)**

**Vypracoval: Dana Bartošová**

**Vedoucí práce: PhDr. Miluše Vítečková, Ph.D.**

**České Budějovice 2014**

## ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi ergoterapeutů s výsledky jejich terapie a dopadem ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Je zde vysvětlen termín „ergoterapie“, práce ergoterapeuta, možnosti jeho působení a vliv ergoterapie na prospívání žáků na 1. stupni ZŠ. Cílem této práce je zjistit zkušenosti ergoterapeutů s výsledky jejich terapie a vysvětlit dopad ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Teoretická část seznamuje širokou veřejnost s náplní práce ergoterapeuta a naznačuje důležitost této terapie. Pro výzkumné šetření je použita metoda rozhovoru a také přímé nestrukturované pozorování. Jedná se o kvalitativní šetření. Ve výzkumné části byly prováděny rozhovory s jednotlivými profesionálními ergoterapeutkami, zaměřené především na výsledky jejich terapie. Dále zde byly zpracovány čtyři případové studie orientované na děti mladšího školního věku, ve kterých je propojena ergoterapie a její vliv na prospívání žáků na 1. stupni ZŠ. Součástí těchto případových studií jsou také rozhovory s ergoterapeutkami, pedagogy i matkami. Na základě získaných výsledků lze ergoterapii chápat jako velice prospěšnou terapii, která rozhodně vliv na školní výsledky žáků na 1. stupni má. Pokroky jsou znatelné zejména v oblasti jemné motoriky, která je během terapií trénována, a její pravidelné procvičování zlepšuje školní dovednosti žáků, jako je především psaní, kreslení, malování a stříhání. Ergoterapie pomáhá klientům zlepšit vykonávání činností, které jsou pro ně problematické, a měla by se stát nedílnou součástí péče o tělesně či mentálně postižené děti a přispět tak k jejich celkově lepšímu prospívání ve škole.

Klíčová slova: vzdělávání, ergoterapie, děti

## **ABSTRACT**

This thesis deals with occupational therapists' experiences with the results of occupational therapy and also with its impact on school results in children in Primary School. The term occupational therapy is explained, as is the work of an occupational therapist, the possibilities of his application and the influence of occupational therapy on results of children in Primary School. The goal of this thesis is to collect the findings of occupational therapists and explain how occupational therapy impacts school results. The theoretical part acquaints laymen with the particulars of working as an occupational therapist and suggests the importance of occupational therapy. Dialogue and direct unstructured observation are used as research methods. This is a qualitative survey. Interviews focused mainly on the results of occupational therapy were conducted with professional occupational therapists as a part of the research. Four case studies oriented on younger children were fashioned next. Those studies combined occupational therapy and its influence with school results in children in Primary School. Interviews with occupational therapists, pedagogues and mothers were also part of the case studies. Based on our findings, occupational therapy can be acknowledged as very advantageous therapy with significant impact on school results in children in Primary School. Progress is especially obvious in fine motor skills, which are practised during occupational therapy, and its regular exercising improves the proficiency in children, especially while writing, drawing, painting or doing cut outs. Occupational therapy helps clients improve skills they find difficult to master and it should become an integral part of caring for mentally or physically handicapped children and contribute to achieving better school results.

Keywords: education, occupational therapy, children

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou Univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

**V Českých Budějovicích, 1. listopadu 2014**

**Dana Bartošová**

## **PODĚKOVÁNÍ**

*Chtěla bych tímto upřímně velice poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Miluši Vítečkové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady.*

## **OBSAH**

ÚVOD .....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ ERGOTERAPIE .....	9
1.1 Definice ergoterapie a její cíle .....	9
1.2 Historie ergoterapie a její definice .....	14
2 KDO JE ERGOTERAPEUT .....	16
2.1 Ergoterapeut jako odborný pracovník .....	16
2.2 Schopnosti a charakteristiky ergoterapeuta .....	16
2.3 Vztah mezi ergoterapeutem a klientem .....	18
3 FORMY ERGOTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ .....	21
3.1 Ergoterapie a její rozdělení .....	21
3.2 Kreativní techniky v ergoterapii .....	22
4 ERGOTERAPIE U DĚTÍ .....	24
4.1 Využití hry v ergoterapii .....	24
4.2 Diagnostika prostřednictvím hry .....	29
5 ERGOTERAPIE A RODINA .....	33
5.1 Spolupráce ergoterapeuta s rodinou .....	33
5.2 Ergoterapie orientovaná na rodinu .....	36
6 KDE LZE ERGOTERAPII UPLATNIT .....	37
6.1 Ergoterapie a možná místa jejího využití .....	37
7 VÝZKUMY A ZAHRANIČNÍ STUDIE TÝKAJÍCÍ SE ERGOTERAPIE U DĚTÍ .....	39
7.1 Využití prvků ergoterapie při vzdělávání žáků základních škol speciálních .....	39
7.2 Ergoterapie u dětí trpících strachem z veřejných projevů .....	39
7.3 Ergoterapie u dětí s DMO .....	41
7.4 Ergoterapie u dětí s problémy zpracovávat a integrovat senzorické informace ....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST .....	46
8 ZKUŠENOSTI ERGOTERAPEUTŮ S VÝSLEDKY TERAPIE A DOPAD ERGOTERAPIE NA ŠKOLNÍ VÝSLEDKY ŽÁKŮ NA 1. STUPNI ZŠ .....	46
8.1 Stanovení cíle, metodologie, výzkumné otázky .....	46
8.2 Výsledky .....	47

8.2.1 Praktická část 1 - Rozhovory s ergoterapeutkami .....	53
8.2.2 Vyhodnocení výzkumných otázek I .....	54
8.2.3 Praktická část 2 – Případové studie .....	54
8.2.4 Vyhodnocení výzkumných otázek II .....	78
9 DISKUZE .....	80
ZÁVĚR .....	81
POUŽITÉ ZDROJE .....	82
SEZNAM PŘÍLOH .....	85

# ÚVOD

Při výběru tématu své diplomové práce jsem se zamýšlela nad možností propojitelnosti dvou oborů, které v současné době studuji, a to Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a Ergoterapie. Chtěla bych širokou veřejnost seznámit s tím, co ergoterapie je, co obnáší tato nelékařská zdravotnická profese a zda má tento druh terapie nějaký vliv na prospívání žáků na 1. stupni ZŠ. Na základě svých dosavadních pedagogických i ergoterapeutických zkušeností jsem se domnívala, že tyto dvě oblasti mohou být velice úzce spjaty, a proto jsem se rozhodla zaměřit svou práci tímto směrem.

V teoretické části se věnuji především problematice samotné ergoterapie – co slovo ergoterapie znamená, historii ergoterapie, kdo je ergoterapeut a kde lze ergoterapii využít. Dále je zde i několik zahraničních studií, které se týkají ergoterapie u dětí a zaměřují se na její účinnost.

V praktické části se věnuji samotnému výzkumu, který se týká konkrétních zkušeností dotazovaných ergoterapeutů a vlivu ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Jedná se o kvalitativní výzkum, v rámci kterého jsem nejprve prováděla rozhovory s ergoterapeuty a zjišťovala jsem, zda jsou spokojeni s výsledky své terapie, jaké jsou cíle jejich terapie a zda se cítí šťastni v zařízení, ve kterém pracují. Dále jsem v praktické části podrobně zpracovala čtyři případové studie, ve kterých jsem vždy uvedla informace o zdravotním stavu dítěte, cíle ergoterapie u tohoto klienta, jeho prospívání ve škole a také vliv ergoterapie na jeho školní výsledky. Další použitou metodou byly rozhovory s ergoterapeuty, kterých jsem se tentokrát dotazovala na dítě popisované v příslušné případové studii. Předmětem mého zájmu bylo zjistit, zda je tázaný ergoterapeut spokojen s výsledky své terapie u tohoto konkrétního klienta, a jaké jsou u něho jeho cíle terapie. Při rozhovoru s učiteli jsem se soustředila na prospívání daného žáka ve škole a také na to, zda si učitel myslí, že ergoterapie má vliv na prospívání daného žáka ve škole. U rodičů mě zajímalo, jak vnímají vliv ergoterapie na práci svého dítěte (obecně), zda se domnívají, že ergoterapie má vliv na prospívání jejich dětí ve škole a zda by doporučili ergoterapii i ostatním rodičům.



# I Teoretická část

## 1 Teoretické vymezení ergoterapie

### 1.1 Definice ergoterapie a její cíle

Termín ergoterapie vznikl složením dvou řeckých slov – „ergon“ = práce a „therapia“ = léčení, terapie. Také v českém jazyce používáme výraz ergoterapie, nicméně ještě v šedesátých letech 20. století byla tato profese označována jako „léčba prací“. Tento termín však není zcela výstižný a výraz ergoterapie je odborníky upřednostňován. Ergoterapie bývá také zaměňována s pracovní rehabilitací, ale tato označuje přípravu na určité zaměstnání odpovídající možnostem pacienta. V anglickém jazyce se ergoterapie překládá jako „occupational therapy“, tedy terapie zaměstnáváním, činností (Krivošíková, 2011).

Pro jasnější představu, co ergoterapie obnáší, uvádím tři různé definice, které byly sestaveny ergoterapeutickými organizacemi:

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity“* (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 13).

*„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby“* (Světová federace ergoterapeutů, 2004, in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 13).

*„Cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčeni o tom, že zdraví může být ovlivněno činností člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života“ (Rada ergoterapeutů evropských zemí, 2000, in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 13).*

Pojem zaměstnávání zahrnuje všechny činnosti, které jsou pro člověka důležité a dávají smysl jeho životu. Patří sem aktivity každodenního života, které jsou důležité pro potvrzení sebe sama, péči o rodinu a také pro zapojení se do života v širším společenském kontextu. Důležitou funkcí zaměstnávání je přispívání ke zdraví a celkovému pocitu pohody (Law, Seinwender a Leclair, 1998, in Krivošíková, 2011).

V ergoterapii jsou tyto činnosti nazývány jednotným termínem – oblasti výkonu zaměstnávání. Tyto se rozdělují do 3 skupin:

- všední denní činnosti (Activity of daily living = ADL)
- práce a produktivní činnosti
- hra a volný čas (AOTA, 1994).

Činnost má významný vliv na celkový fyzický stav klienta. Jedná se například o působení na svalovou sílu či vytrvalost. Příznivě také působí na dýchání, krevní oběh, metabolismus a psychiku člověka. Na druhé straně nečinnost způsobuje nežádoucí změny v organismu (Klusoňová a Špičková, 1988).

Ergoterapeuti se domnívají, že mezi základní lidské potřeby patří potřeba být aktivní. Člověk chce přispívat společnosti a být oceňovaný i úspěšný. Prostřednictvím činnosti se lidé učí a adaptují. Díky tomu se mění a dochází k osobnímu rozvoji. Prostřednictvím aktivity mohou poznávat sami sebe. Činnost také přispívá k jejich fyzické, psychické i sociální pohodě a k celkovému zlepšení kvality života (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Ergoterapie patří do léčebné rehabilitace. Daná činnost prováděná během terapie je léčebného charakteru (Klusoňová a Špičková, 1988).

Na konci 20. století došlo po celém světě k významným změnám zdravotní péče a také postojů jedinců k sobě samým. Lidé se více začali zajímat o své zdraví a možnosti, které současná medicína a rehabilitace nabízí. Toto ovlivnilo i ergoterapii.

Ergoterapeuti, stejně jako i ostatní zdravotníci, se tedy zaměřují převážně na potřeby svých klientů, od kterých se odvíjí i následná terapeutická intervence (Law, 1998).

Ergoterapeuti provádějí terapie individuálně či skupinově. Nabízejí také konzultační služby podporující účast lidí v různých aktivitách v jejich komunitě nebo se uplatňují v preventivních zdravotních programech v širokém spektru zařízení. Ergoterapeuti využívají při léčbě nemoci či postižení analýzu činnosti a využívají specifické činnosti (zaměstnávání), které vyplňují čas a prostor člověka, čímž mu umožňují být činný. Významným charakterem ergoterapie je uplatnění smysluplného zaměstnávání či činností, jichž se člověk během svého života účastní (Krivošíková, 2011).

### ***Co může ergoterapie nabídnout***

Ergoterapeuti pracují s osobami různého věku s různým typem zdravotního postižení či s osobami sociálně znevýhodněnými (Krivošíková, 2011). Jedná se o fyzické, mentální, smyslové či duševní postižení. Terapie může být zaměřena na klienty s dlouhodobými popřípadě chronickými potížemi, ale také na osoby v akutním stádiu onemocnění (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Jak uvádí Krivošíková (2011), ergoterapie se nejčastěji zařazuje z důvodu větších nebo menších problémů v oblasti soběstačnosti. Ergoterapeut se tedy snaží zvýšit či navrátit soběstačnost v aktivitách, které jsou pro klienta důležité. Aby toho mohl terapeut dosáhnout, musí znát samozřejmě zdravotní potíže a také sociální stav a faktory prostředí, z kterého klient pochází.

Ergoterapie se uplatňuje jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních. Lze ji ale uplatnit i v domácím prostředí, zejména co se týče úprav domácího prostředí, a na pracovištích klientů. V současné době více a více ergoterapeutů nachází své místo ve speciálních školách pro děti se specifickými potřebami a také ve vzdělávacím procesu studentů ergoterapie (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Ergoterapii můžeme nalézt v ambulantních zařízeních, jako jsou například rehabilitační kliniky a stacionáře – zde se pracuje hlavně s pacienty s fyzickým postižením, a to jak s dlouhodobým či s trvalým postižením, tak s dočasným postižením. Ergoterapeuti nacházejí stále větší uplatnění v oblasti sociálních služeb pro seniory, v zařízeních pro osoby trpící duševním onemocněním, v domácí a v komunitní péči a v programech předpracovní rehabilitace. Ergoterapeut nejčastěji pracuje

v takzvaném multidisciplinárním rehabilitačním týmu spolu s rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, psychologem, logopedem, speciálním pedagogem, sociálním pracovníkem atd. Tato profese se uplatňuje jak v léčebné rehabilitaci, tak i v sociální, popřípadě i pracovní a pedagogické. Ergoterapeuti mohou pracovat tedy i mimo zdravotnictví – například v oblasti školství a vzdělávání, jako jsou speciální školy, mateřské školy a také vysoké školy, kde připravují budoucí ergoterapeuty na jejich budoucí povolání. Uplatnění mají taktéž ve firmách s kompenzačními pomůckami pro osoby se zdravotním postižením či na úřadech práce. Dále se mohou spolupodílet například na návrzích ergonomického řešení pracovišť nebo programech zaměřených na prevence pádů u seniorů (Krivošíková, 2011).

Výše zmiňované kompenzační pomůcky jsou nedílnou součástí ergoterapie. Postižený klient je vybaven těmito pomůckami, díky nimž může být soběstačný a nezávislý na pomoci druhé osoby. Ergoterapeut mu pomůcky pomáhá vybrat a také s ním trénuje jejich používání. Kompenzační pomůcky lze zakoupit v obchodech či jsou lékařem předepisovány. Je také možnost nechat si pomůcku vyrobit dle individuálních potřeb klienta. Je proto velice vhodné, pokud ergoterapeutické zařízení spolupracuje s technickými dílnami (především protetickými), kde je možno řemeslnickou prací udělat (Pfeiffer, 1990).

Pro jasnější představu práce ergoterapeuta, a to v kontextu oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ, níže uvádím jeden z příkladů z praxe s dětmi, který je zmíněn v publikaci Úvod do ergoterapie (Krivošíková, 2011, s. 63):

#### *Příklad*

*„Sedmiletý David navštěvuje základní školu. Jeho pohyby jsou při hře často nemotorné, nedokáže správně držet tužku nebo stříhat ve výtvarné výchově. Dokáže se soustředit na jednu činnost pouze velmi krátkou dobu. Ve třídě není příliš oblíbený, nemá zde žádné kamarády a dělá mu potíže vyskytovat se v blízkosti jiného dítěte. Na různé sensorické vjemy (např. nesnáší, když se ho někdo dotýká, na hlasité zvuky reaguje zakrýváním uší) reaguje podrážděně a je často roztěkaný. Tyto situace v něm vyvolávají napětí a přenášejí se i na jeho okolí. V běžných činnostech je samostatný. Problémy mu dělá jenom zavazování tkaniček. Davidova učitelka doporučila rodičům návštěvu lékaře, který odeslal Davida s diagnózou lehké mozkové dysfunkce na ergoterapii.“*

*A co může ergoterapie podle Krivošíkové (2011) sedmiletému Davidovi nabídnout?*

Ergoterapeut nejdříve provede komplexní ergoterapeutické hodnocení, které je zaměřené na zjištění schopností. Jedná se o tyto schopnosti: fyzické, kognitivní, emoční a sociální. Na podkladu tohoto vyšetření pak rodině navrhuje, aby se soustředila především na oblast pozornosti a vnímání, na oblast motoriky a na zvládnutí kontroly nevhodných reakcí Davida. Dále doporučí rodině, jak se může problémovým situacím vyhnout (stát vždy před chlapcem, když na něj mluví, odstranit z jeho pokoje barevné obrázky, jež jej mohou rozptylovat, zbytečně se Davida nedotýkat, vyhýbat se dráždivým stimulům - tedy vůním a zvukům, nenosit upnuté a těsné oblečení). Také doporučí vhodné strategie jako je používat pevné tlakové dotyky, jež mají pro dítě zklidňující účinek, v případě kreativních činností používat Davidovi příjemný materiál a snažit se postupně zapojovat všechny smysly nebo pracovat v klidném tichém prostředí a zařazovat postupně i rytmickou hudbu. Během ergoterapie chlapec pracuje na zlepšení funkce ruky, konkrétně na úchopech ruky při psaní a také na celkovém zlepšení jemné motoriky.

### ***Praxe orientovaná na klienta***

Ergoterapie zacílená na člověka je v poslední době považována za velice důležitý a významný přístup v intervenci. Vychází to z přesvědčení, že osoba je nejdůležitější částí každé ergoterapeutické intervence. Na plánování terapií se tedy nepodílí pouze terapeut, ale i samotný klient. Terapeut respektuje jeho cíle, potřeby a přání (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Jako první použil spojení slov „praxe zaměřená na klienta“ Carl R. Rogers. Jeho myšlenka spočívala v nedirektivním přístupu terapeuta ke klientovi. Odmítal tehdejší terapeutický přístup ke klientům, kdy byl důraz kladen jen na nemoc a ne na zkušenost a pocity pacienta. Jako velice důležitou chápal spolupráci terapeuta a klienta, kdy oba vnímali jako sobě rovné partnery. Ve vztahu terapeut – klient vyzdvihoval především schopnost empatie a respektu ze strany terapeuta a odmítal, aby klient byl pouze pasivním příjemcem služeb a terapeut jen aktivním činitelem. V důsledku tehdy vládnoucího medicínského paradigmatu, který naopak vyzdvihoval dominantní vliv terapeuta, zůstávala však Rogersova teorie opomíjena (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

## 1. 2 Historie ergoterapie a její definice

Kořeny pracovní terapie sahají do 18. století, kdy byla využívána při léčbě osob s duševním onemocněním (Trombly, 1995, in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Zakladatel profese George Barton vyslovil jako první definici ergoterapie. Barton prohlásil v roce 1914, že *„pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá“*. Dnes jeho názory sice již neplatí, nicméně název profese přetrvál (Krivošíková, 2011, s. 14).

Na začátku 20. století ergoterapie vycházela ze zásad morální léčby, která spočívala v tom, že i lidé s disabilitou mají právo zapojit se do běžného každodenního života. Jednalo se o velmi humanistický pohled na zdraví a nemoc, který začal uplatňovat známý psychiatr Phillipe Pinel (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Tento ji jako první použil coby léčebnou metodu a zasloužil se tak o zlepšení poměrů panujících v psychiatrických léčebnách (Pfeiffer, 1990).

V českých zemích byla ergoterapie také využívána v psychiatrických ústavech. Důležitou osobností, která byla spjata s ergoterapií u nás na počátku 20. století, byl MUDr. R. Jedlička. V roce 1913 zavedl ergoterapii ve svém ústavu, kde byly léčeny děti s postižením. Mezi spolupracovníky Jedličky patřili i známí pedagogové, jako byl F. Bakule, A. Bartoš a MUDr. V. Trnka (Pfeiffer, 1990).

V roce 1922 uvedla první definici ergoterapie lékařka H. A. Pattisonová. Definovala ergoterapii jako *„jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděná za účelem přispívat a urychlovat uzdravu z nemoci nebo poranění“*. Pattisonová tvrdila, že ergoterapie a činnosti s ní spojené nemají odvádět pozornost od nemoci, či vyplňovat volný čas klienta bez uvědomování si jejich terapeutické hodnoty. Prosazovala skutečnost, že činnost má mentální a fyzickou složku a že by měla být naordinovaná a směřovaná k urychlení uzdravení klienta (Krivošíková, 2011, s. 14).

O rok později lékař Herbert J. Hall její koncept potvrdil a ve své definici ergoterapie uvádí, že *„ergoterapie poskytuje pod lékařskou supervizí jednoduchou a nenamáhavou práci za účelem zlepšovat rekonvalescenci pacientů v nemocnicích nebo jejich domovech. Ruční práce se v ergoterapii využívají ne proto, aby se z nich stali řemeslníci, ale proto, aby rozvíjeli svou fyzickou a duševní zdatnost v době, kdy je jejich odvaha a iniciativa minimální.“* (Krivošíková, 2011, s. 14)

Díky Hallově definici vznikla i dvě základní pojetí ergoterapie:

- 1) Ergoterapie využívá práci k rozvoji dovedností potřebných k provádění úkolů. Neposkytuje tedy zaměstnání pro pracovníky, kteří jsou nezaměstnaní.
- 2) Ergoterapie pomáhá lidem získat a znovu nabýt funkční schopnosti v období, kdy je jejich emoční a psychická úroveň pod hranicí normy (Krivošíková, 2011).

Bostonská ergoterapeutická škola a její definice z roku 1924 poskytla další pojetí ergoterapie, kdy jejím cílem je „*poskytovat schéma uspořádaných činností, které ke každé svalové skupině nebo nemocné části těla stanoví přesné množství a rozsah pohybu a cvičení, které řídí lékař nebo chirurg*“. Čili ergoterapie má být měřena v přesných jednotkách a tyto jsou založeny na přesných faktech, které jsou ergoterapeutovi známy, přičemž ergoterapeuti musejí také vědět, že na každého člověka mají různé aktivity různý efekt. Ergoterapie je tak důležitá pro výběr vhodného úkolu ve vhodném množství (Krivošíková, 2011, s. 15).

### ***Ergoterapeutické organizace***

V průběhu 20. století byly zakládány důležité mezinárodní ergoterapeutické organizace. V roce 1952 byla založena Světová federace ergoterapeutů (WFOT, World Federation of Occupational Therapists). Jejím cílem je propagace oboru ergoterapie a pozvednutí její úrovně. Snaží se také podpořit spolupráci jednotlivých národních ergoterapeutických organizací.

Druhou významnou organizací je Rada ergoterapeutů evropských zemí (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC). Tato byla založena v roce 1986 a jejím cílem je opět propagace oboru ergoterapie a také snaha sjednotit obor na úrovni evropského regionu (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Roku 1995 byla založena Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE). Mezi členy této organizace patří univerzity a instituce, které mají za cíl vzdělávat ergoterapeuty. K zakládajícím členům této organizace se řadí i 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze (Higman, 2008, in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

## 2 Kdo je ergoterapeut

### 2.1 Ergoterapeut jako odborný pracovník

Ergoterapie patří mezi takzvané nelékařské zdravotnické obory. Lze ji studovat v rámci bakalářského programu na lékařských či zdravotně–sociálních fakultách příslušných univerzit. Od roku 2014 je možnost studovat tento obor i v navazujícím magisterském programu, který do té doby v České republice neexistoval.

Ergoterapeut musí mít široké znalosti z oblasti oborů medicíny, psychologie a také kineziologie. Musí taktéž teoreticky i prakticky znát dovednosti z různých typů pracovní činnosti (Klusoňová a Špičková, 1988). Díky širokým znalostem z výše uváděných oborů terapeut rozumí jak fyzickému poškození, tak i psycho–sociálním faktorům, které jeho fungování v každodenních aktivitách ovlivňují (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Od ergoterapeutů se také očekává, že budou umět navrhnout vhodný ergoterapeutický plán, který bude vycházet z potřeb a zájmů klienta (Neistadt a Crepeau, 1998).

### 2.2 Schopnosti a charakteristiky ergoterapeuta

Během terapií je velice důležitá interakce ergoterapeuta s klientem. Pro zajištění co nejlepších výsledků je podstatné vytvoření fungujícího terapeutického vztahu. Terapeut by měl být schopen zvládat své vlastní stresy a také se příliš neztotožňovat s klientem, což by mohlo negativně ovlivnit terapeutický vztah. Od ergoterapeuta se očekává, že je ve svém oboru kompetentní osobou a z klientovy strany se počítá, že bude respektovat doporučení odborníka a bude se spolupodílet na plánování a plnění cílů terapie. Co se týče sociálního vztahu mezi terapeutem a klientem, je důležité, aby došlo k vytvoření vztahu, který bude založen na vzájemné důvěře a blízkosti. Terapeuti si však musejí dávat pozor, aby nedošlo k překročení hranic důvěrného vztahu s klienty. Je normální, že terapeut pociťuje k některým svým klientům více sympatií a k některým zase méně. Během své praxe se asi každý pracovník setká s klientem, se kterým nebude schopen pracovat. V takovémto případě je nejlepším řešením svěřit tohoto klienta svému kolegovi. Terapeut tak chrání nejen samotného pacienta, ale i sám sebe. Za předpokladu, že se terapeut dostane do situace, kdy se necítí dobře při práci s konkrétní cílovou skupinou klientů (například při práci s onkologickými pacienty), je



poměrně snadné zkusit pracovat s jinou cílovou skupinou. Ergoterapie má v tomto směru výhodu, neboť nabízí poměrně rozsáhlé pole působnosti (Jelínková, Krivošíková, a Šajtarová, 2009).

Aby mohl být člověk dobrým terapeutem, musí znát především sám sebe. Umět pojmenovat své silné i slabé stránky, rozumět svým emocím a postojům. Pro získání tohoto náhledu na sebe samého jsou velice účinné supervize. Terapeuti mívají často potíže s velkými nároky, které na sebe kladou. Jsou situace, kdy je toto výhodné - jako například pro podporu vlastního rozvoje, ale také momenty, které mohou vést naopak k přetížení a zklamání. Pro práci ergoterapeuta je taktéž důležitá trpělivost a schopnost aktivně klientům naslouchat. Kupříkladu pokud má klient potíže s vyjádřením se (hledá obtížně slova pro to, co chce vyjádřit), je pro terapeuta často těžké nechat jej domluvit a nepřerušovat ho svými slovy. Další podstatnou charakteristikou terapeuta je energie a vitalita. Je to právě energie, která klientům často v důsledku jejich postižení chybí. Terapeut by měl být schopen pacienty motivovat a dodávat jim chuť provádět změny. Samozřejmě případy, kdy terapeut přímo září energií, také nejsou pro terapie ideální, neboť klienta takovéto nastavení může spíše poděsit a odradit od další spolupráce. Například pokud terapeut vede skupinové terapie, sám by se měl do aktivit také zapojit, být přizpůsobivý a aktivní a dokázat vyvolat zájem u svých klientů dané činnosti provádět a vzájemně spolupracovat. Mít dostatek energie ale může být často poměrně náročné. Pro udržení vlastní duševní pohody terapeuta se doporučuje neslučovat dohromady osobní a pracovní záležitosti, mít dobré vztahy v rodině a také s přáteli, kteří mohou být velkou oporou. Také je důležité, aby měl terapeut své vlastní volnočasové aktivity, které mu přinášejí uspokojení a odpočinek (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009) také dodávají, že během terapií může být příjemné i vhodné použití humoru. Je ale potřeba, aby terapeut znal míru a svým až nevhodným humorem pacienta nezesměšňoval a nezlehčoval příliš situaci. Velice důležitá je ve vztahu terapeut – klient upřímnost. Tato je spjata především se sdělováním pravdivých informací a s dodržováním slibů. Pokud je terapeut s něčím nespokojen – například s chováním klienta – je správné mu své pocity sdělit a může se to obejít i bez zbytečné kritiky. Ergoterapie jako profese vychází z humanistických myšlenek Carla R. Rogerse. Humanistické pojetí se týká jedinečnosti každého jedince a

respektování jeho potřeb. Klient má tedy vždy právo na to, aby odmítnul nabízenou terapii a doporučení, která dostává od terapeuta. Nezáleží v tomto případě na důležitosti a potřebě terapeutického zásahu, ale na volbě a přání klienta. Je ale v každém případě důležité, aby ergoterapeut informoval klienta o důvodech doporučení, která mu podává, a také o možných rizicích, která jsou úzce spjata s jejich odmítnutím. Poslední charakteristikou terapeuta, kterou zde uvádím, je starostlivost, péče a zájem o prospěch pacientů. V ergoterapii má však slovo „péče“ specifický význam. Nejedná se zde o funkci „pečovat o ostatní“, ale umožnit lidem, aby se dokázali sami o sebe postarat.

### **2.3 Vztah mezi ergoterapeutem a klientem**

Vytvoření fungujícího vztahu mezi terapeutem a klientem je velice důležité pro každou terapeutickou intervenci. Obecně totiž platí, že na základě dobře vytvořeného vztahu je terapie efektivnější a úspěšnější. Jak zmiňuje Řezáč (1998), vztah terapeut – klient je postaven na vzájemné vstřícnosti, toleranci a také empatii.

Skutečně podstatné je aktivní zapojení klientů do terapií. Klient se může podílet na utváření a plnění cílů terapie a dochází tak ke spolupráci s ergoterapeutem. Terapeutický vztah končí v momentě, kdy jsou splněny cíle terapie. Mezi zásadní předpoklady fungujícího terapeutického vztahu patří jistě respekt a důvěra. Respekt ze strany klienta k ergoterapeutovi může nejprve souviset s jeho vysokoškolským vzděláním, později s výsledky, které terapie klientovi přináší. Naopak respekt ze strany ergoterapeuta ke klientovi vychází ze skutečnosti, že pacient potřebuje jeho pomoc (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Terapeutický vztah se postupem času vyvíjí. Záleží jak na terapeutovi, tak na klientovi a samotný vývoj je určován dalšími faktory, jako jsou například komunikační dovednosti jedince. Je poměrně složité dokázat navázat vztah, který je vyhovující pro obě strany a zároveň nedochází ke zvýšené závislosti nebo naopak ke ztrátě. V terapeutickém vztahu je mimo jiné důležité i nastavení hranic, které určují osobní a terapeutický prostor. Hranice může být popsána jako prostor, který se nachází kolem těla jedince a má nehmatatelnou, ale zato vnímatelnou energetickou hodnotu. Cílem ergoterapeuta je vytvořit vztah, který bude založen na důvěře, ale musí se vyvarovat

situacím, ve kterých jsou hranice tohoto vztahu již překročeny. Za tyto situace je považováno přijímání darů od klienta, nedodržení mlčenlivosti či intimní vztah s klientem. Podstatné také je, aby ergoterapeut nevystavoval během terapií klienty příliš vysokému riziku. Zároveň je však jisté riziko nezbytné pro to, aby mohlo dojít ke zlepšení jeho funkčních schopností. Ergoterapeut musí být schopen posoudit schopnosti pacienta ve vztahu k danému riziku a nevystavovat jej zbytečně ohrožujícím momentům (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Jak jsem již výše uváděla, přístup, kdy je ergoterapeut ve vztahu ke klientovi direktivnější, je obecně méně efektivní. Nicméně jsou případy, kdy je tento přístup nezbytný. Jako příklad lze uvést osoby s kognitivními problémy či pacienty v kritickém stavu (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Kognitivní problémy souvisí s poruchou kognitivních neboli poznávacích funkcí. Tyto funkce lze rozdělit na základní kognitivní funkce, vyšší kognitivní funkce a metakognitivní procesy. Mezi základní kognitivní funkce řadíme vnímání, orientaci, pozornost, paměť apod. Tyto funkce ovlivňují vyšší kognitivní funkce a stejně tak i metakognitivní procesy. Do vyšších kognitivních funkcí patří kupříkladu myšlení a exekutivní funkce. Mezi exekutivní funkce lze zařadit vůli, plánování, smysluplné jednání a také úspěšný výkon. Pokud dojde k porušení těchto funkcí, je tím zasaženo chování jedince. Takovýto klient pak ztrácí motivaci a náhled. Exekutivní funkce jsou důležité pro úspěšné provádění úkolů. Mezi metakognitivní procesy patří přemýšlení a uvažování o myšlenkových procesech člověka. Jedná se o schopnost uvědomit si vlastní myšlení. Porušení kognitivních funkcí vzniká kvůli vývojovým poruchám či poruchám učení. Také traumatická poranění mozku, neurologická a psychiatrická onemocnění mohou způsobit jejich poruchy. Může se jednat o poruchu dočasnou, trvalou nebo progredující (= postupné zhoršování). Tyto poruchy mají velký vliv na soběstačnost klienta. Negativně jej ovlivňují v provádění každodenních činností (Krivošíková, 2011).

### ***Význam dovedností terapeuta v budování vztahu mezi terapeutem a klientem***

Pro budování vztahu mezi terapeutem a klientem má svůj význam několik dovedností terapeuta. K těmto se řadí komunikační dovednosti, umět porozumět signálům ze strany klienta, dokázat aktivně naslouchat, umět poskytnout zpětnou vazbu a také

umět klienty motivovat. Co se týče schopnosti porozumět signálům klienta, jedná se o dva typy těchto signálů: o verbální a neverbální signály. Do neverbálních můžeme zahrnout kupříkladu oční kontakt, držení těla, gesta a mimiku. V rámci komunikačních dovedností by měl ergoterapeut vhodně volit verbální a neverbální komunikaci a soustředit se převážně na jedince, se kterým komunikuje (mít na paměti jeho kulturní odlišnosti a věk, kognitivní poruchy, smyslové či percepční nedostatky, poruchy řeči), na prostředí, ve kterém komunikace probíhá (zvolit vhodné prostředí odpovídající účelu komunikace, odstranit vlivy, které by ji mohly narušovat, dbát na dostačující vybavení pomůckami potřebných pro komunikaci – například psací pomůcky), na sebe samého (nemluvit nadměrně během terapií a spíše nechat klienty odpovídat, udržovat s pacienty oční kontakt, myslet na to, aby měl terapeut tvář ve stejné úrovni jako klient – toto je důležité například při práci s lidmi na vozíku, do komunikace vhodně zařazovat pauzy, během kterých si klient může zpracovávat získané informace) a také na kontext dané komunikace (kontext ovlivňuje styl a délku komunikace). V souvislosti s aktivním nasloucháním je potřeba si uvědomit, že se jedná o jednu z nejdůležitějších dovedností vůbec. Terapeut naslouchá klientovi, reaguje na jeho slova a zároveň také vnímá, co a jakým způsobem bylo řečeno. Pokud mluvíme o aktivním naslouchání, je dobré dávat pacientovi najevo, že máme zájem o komunikaci. Toto provádíme například pokývnutím hlavy, shrnutím či zopakováním toho, co nám klient řekl, ale s použitím odlišných slov (jedná se o takzvané parafrázování). Při poskytování zpětné vazby ergoterapeut klientovi pomáhá uvědomovat si více sebe samotného, své jednání a chování k ostatním lidem. Může se totiž stát, že klient nemá schopnost uvědomovat si sám své jednání, což je důsledek porušených senzomotorických funkcí, kognitivních funkcí či percepce. Co se týče terapeutova umění motivovat, je podstatné, aby byl klient seznámen, co od ergoterapie lze očekávat a že je důležité s terapeutem aktivně spolupracovat. Terapeutický vztah mezi ergoterapeutem a klientem je však ovlivněn ještě dalšími faktory (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Creek (2003, in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009) ve své publikaci uvedl, že existují vnitřní a vnější vlivy, které mají na tento vztah vliv. Do vnitřních vlivů lze zařadit například dovednosti a znalosti terapeuta, cíle terapie a přijetí terapie orientované na klienta. Naopak mezi vnější faktory patří neustálý profesní růst a celoživotní vzdělávání a také zařízení, ve kterém ergoterapeut pracuje.

## 3 Formy ergoterapie a její využití

### 3.1 Ergoterapie a její rozdělení

Dle Pfeiffera (1990) v ergoterapii rozlišujeme tyto čtyři hlavní formy:

- kondiční ergoterapie
- ergoterapie cílená na postiženou oblast
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Tyto oblasti, níže popsané (blíže viz Pfeiffer, 1990), se v praxi vzájemně prolínají a také doplňují:

#### *Kondiční ergoterapie*

Kondiční ergoterapie slouží hlavně k odvrácení pozornosti klientů od nemoci popřípadě postižení. Cílem je udržet dobrou duševní pohodu, zejména pokud se jedná o onemocnění trvalé. Daná činnost je vybírána dle požadavků klienta. Je důležité, aby tato aktivita rehabilitanta naplňovala, aby se pro něho stala smysluplnou činností. V rámci kondiční terapie ergoterapeuti využívají kupříkladu modelování z hlíny, ruční práce nebo práce z přírodnin. Dále mohou být využity nejrůznější stolní hry, zahradní práce a sportovní aktivity jako stolní tenis, kuželky apod.

#### *Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast*

Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast je mnohem náročnější jak na znalost pohybového aparátu, tak na vybavení ergoterapeutického zařízení než kondiční ergoterapie. Jedná se zde o přesný, cílený a dávkovaný pohyb. Dané cviky se provádí s nástroji či přístroji, které mohou být speciálně upravené. Jako příklad uvádím hoblík, který má speciální držadlo jako dlaň, na kterou lze připevnit postižená ruka. Cílem ergoterapie je zde zvětšování svalové síly, zlepšování svalové koordinace a také zvětšování rozsahu pohybu prostřednictvím prováděné činnosti.

### *Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění*

Tato oblast ergoterapie v poslední době stále více nabývá na významu. Je podstatná především u osob, které vlivem trvalého onemocnění nejsou schopny vykonávat práci jako dříve. Ergoterapeut s nimi provádí tzv. ergodiagnostiku, díky níž terapeut zjišťuje, který typ práce je klient schopen vykonávat i se svým zdravotním znevýhodněním. Následná ergoterapie se zaměřuje na pracovní začlenění, které je pro tyto osoby velice důležité. V současné době v našem státě žije několik tisíc lidí, kteří jsou postižení a pobírají invalidní důchod. Problém ale je, že často se těmto lidem rozpadá rodina, obtížně navazují přátelské vztahy apod. Právě pracovní začlenění je pro ně pak velice důležité a stává se pro ně smyslem života.

### *Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti*

Kvůli postižení či onemocnění dochází u postižených osob ke ztrátě soběstačnosti v každodenních činnostech, jako je například oblékání či mytí. Díky široké nabídce nejrůznějších kompenzačních pomůcek mají postižení lidé usnadněný život a problém v provádění běžných denních činností se pro ně stává řešitelným.

## **3.2 Kreativní techniky v ergoterapii**

Mezi terapeutické techniky ergoterapeutů patří několik kreativních aktivit, které se v terapiích využívají převážně pro rozvoj jemné motoriky klientů (Klusoňová a Špičková, 1988). Jemnou motoriku lze definovat jako pohyby, které jsou řízené menšími svaly. Opakem jemné motoriky je hrubá motorika, kdy je pohyb prováděn velkými svalovými skupinami a je rozsáhlejší než pohyb související s jemnou motorikou. Tato je uplatňována zejména v jemných pohybech rukou, prstů a palce. Do jemné motoriky patří i grafomotorika (pohyb, který se uplatňuje během grafických činností) a oromotorika (pohyb, který je prováděn ústy). Pokud terapeut vyšetřuje jemnou motoriku, zaměřuje se na obě horní končetiny a hodnotí úchopy a schopnost manipulovat s danými předměty, dále kvalitu jemné motoriky, jako je přesnost a koordinace, a v neposlední řadě i výkon, do kterého se řadí síla, vytrvalost a rychlost. U dětských klientů je navíc hodnocena i lateralita a vývoj jemné motoriky, kdy se terapeut soustředí na to, zda je její vývoj normální, opožděný či patologický (Krivošíková, 2011). Mezi takovéto techniky patří například kreslení, malování,

grafické techniky, práce s papírem, tradiční ruční práce (pletení, háčkování, vyšívání, šití), práce s textilem a práce se dřevem (Klusoňová a Špičková, 1988).

Při kreslení klienti pracují tužkou, úhlem, perem či štětcem. Čára je základem celé kresby. Naopak malba je prováděna štětcem popřípadě špachtlí, jedná se především o mokré materiály. Grafické techniky lze chápat jako tisk z nejrůznějších struktur. Lze sem zařadit například linoryt. Při práci s papírem se v podstatě jedná o hru. Tato se totiž převážně využívá při práci s dětmi. Papír je snadno dostupný materiál, hojně využívaný na pracovištích. Během této techniky je potřeba přesnost a čistota práce. Podporuje kreativitu klientů a také rozvoj jejich intelektu. Stejně tak i pletení, háčkování, vyšívání a šití podporuje vynalézavost a jemnou motoriku klientů. Také práce s textilem je výbornou činností pro kreativní klienty a velmi dobře se při ní rozvíjí i fantazie u dětí. Neméně významnou je i práce se dřevem, která je pro svou mnohostrannost skvělou aktivitou v ergoterapii (Klusoňová a Špičková, 1988).

## 4 Ergoterapie u dětí

### 4.1 Využití hry v ergoterapii

V práci s dětmi využívají ergoterapeuti zejména hru, kterou motivují děti k činnostem, které potřebují k co největší soběstačnosti. Hra je spontánní aktivita, během které dítě získává zkušenost, experimentuje, opakuje nové dovednosti a orientuje samo sebe v okolí. Hra má důležitou roli ve vývoji dítěte. Dítě se prostřednictvím ní učí navazovat vztahy se svými vrstevníky a také se rozvíjí hrubá a jemná motorika (Krivošíková, 2011).

V současné době existuje i množství her, které jsou spojeny s pohybem, díky němuž dochází k silnějšímu a intenzivnějšímu vnímání sebe sama prostřednictvím vlastního těla jedince (Hátlová, 2003).

Pro ergoterapeuty pracující s dětmi je důležitá znalost vývoje psychiky dítěte. Zkušený ergoterapeut může přinést velice významné informace týkající se onemocnění dítěte a přispět tak ke stanovení diagnózy. Problém se často objevuje při stanovování diagnózy u dětí s dětskou mozkovou obrnou a některých typů degenerativních onemocnění. Klienti s dětskou mozkovou obrnou se postupně po malých krůčcích zlepšují, zatímco u degenerativních onemocnění dochází k postupnému zhoršování. Ergoterapeutka, která pozoruje dítě po dlouhou dobu v přirozených situacích, dokáže podat cenné informace o motorických a psychických schopnostech dítěte (Pfeiffer, 1990).

Dětskou hru lze rozdělit na jednotlivá vývojová stádia. Během prvního a druhého roku si dítě hraje samostatně, používá hračky a okolního prostředí si nevšímá. V průběhu třetího roku si začíná hrát se svými vrstevníky. Zájem o ostatní děti se silně rozvíjí ve čtvrtém roce života, kdy se společně účastní různých aktivit. Od pátého roku se dítě začíná účastnit skupinových her a od desátého roku kolektivní hry nabývají přísnějších forem a pravidel. Činnost dětí lze rozdělit na jednotlivé typy, jako je individuální práce a práce ve skupině. Individuální práce může být destruktivní (rozebírání věcí), konstruktivní (práce se stavebnicí) či úlohová (na školu, na maminku). Práce ve skupině lze dělit na práci bez skutečné spolupráce (na honěnou), se stejnými úlohami (na schovávanou) nebo na práci s různými úlohami (tematické hry). V ergoterapii je ke hře využíván obyčejný materiál, který rozvíjí dětskou fantazii, jako může být plastelína či papír. Dále lze použít tzv. polohotové prvky jako stavebnice,



vystřihovánky. V neposlední řadě jsou využívány hotové prvky, mezi které patří kupříkladu panenky a autíčka (Pfeiffer, 1990). Výběr vhodné hračky, která vyhovuje potřebám dítěte, je velice důležitý. Jako příklad lze uvést zvětšené figurky potřebné pro hru „Člověče, nezlob se“, které slouží dětem s poruchou jemné motoriky k jejich snadnějšímu úchopu (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Prostřednictvím hry mohou děti získávat nové kamarády a dochází při ní také k odvedení pozornosti od bolesti. Hra je taktéž vhodnou prevencí nudy (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Ergoterapeut využívá dětskou hravost k rozvíjení dovedností dítěte. Tyto dovednosti mohou být opožděny v důsledku daného postižení či kvůli dlouhodobému pobytu v ústavu, kde se rozvíjejí nedokonale. Nejčastější problémy jsou spojeny s nervovými poruchami, v důsledku kterých pak vzniká motorický deficit. Jako příklad uvádím dětskou mozkovou obrnu. Při práci s dětmi se vždy začíná velikými barevnými předměty, které dítě snadno uchopí. Kupříkladu když se děti učí zavazovat tkaničku u boty, začínají ji vždy vázat na velikém modelu boty, kterou mají umístěnou před sebou. Tkanička u takovéto boty je dostatečně dlouhá a silná. Až poté se učí vázat si tkaničku na vlastní botě, kterou mají obutou. Co se týče nácviku sebesycení, vhodnou aktivitou je svačení či obědvání. Za předpokladu, že má dítě problém uchopit příbor, je tato situace řešena kompenzační pomůckou. Jídlo je připraveno z plastelíny a jí se pouze „jako“. Při nácviku dechu, s čímž mají dětské klienti často problémy, je využíváno aktivit jako foukání do pingpongových míčků (dítě se snaží foukat do branky protivníka), foukání mýdlových bublin či hra na foukací hudební nástroje. Uvědomění si vlastního tělesného schématu se provádí sestavováním figurek z několika dílů a kreslením. Toto uvědomění bývá u tělesně postižených dětí vytvářeno opožděně a nedokonale, a proto je důležité na něm během terapií také pracovat. Začíná se obvykle obličejem, kdy dítě dostane jednotlivé části obličeje a ty má za úkol správně sestavit. To samé se pak provádí i s celým tělem. Velkým problémem je pro děti s poruchou motoriky psaní. Cílem je, aby se dítě naučilo psát klasickými psacími prostředky, jako je tužka a pero, ale stává se, že písmo je pak nečitelné. Pro tento typ problému používají ergoterapeuti psací stroje. Pokud mají děti potíže s přesným úderem, existuje šablona, která lze nainstalovat nad klávesnici. V místě jednotlivých kláves má otvory, čímž se zamezí stisknutí více kláves najednou (Pfeiffer, 1990).

Na výsledky ergoterapeutů má značný vliv spolupráce rodičů dětí. Terapeut rodičům pomáhá, jak mají upravit prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Podává poradenství, jak upravit jeho denní místnost, koupelnu apod. Také různé pomůcky může ergoterapeut zhotovit s pomocí rodičů - například pracovní desky, podložky (Pfeiffer, 1990).

Kromě vlastních herních aktivit lze v terapiích využívat i prvky takzvaného „Bobath konceptu“, které slouží ke správné postuře sedu a celkově ke správnému držení těla. Kupříkladu pokud je dítě tělesně postižené, je podstatné, aby terapeuti zajistili stabilní sed tohoto klienta, protože pak se dítě lépe soustředí na prováděné činnosti a nemusí se zaměřovat na svou nestabilitu. Pro to, aby dítě mohlo stabilně sedět, existuje také mnoho speciálních stolků a židliček. Tyto lze i výškově nastavit (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Výše zmíněný „Bobath koncept“ vytvořili manželé Berta a Karel Bobathovi během čtyřicátých a padesátých let dvacátého století. Koncept se původně používal pouze u dětí s dětskou mozkovou obrnou v rámci neurovývojové léčby. Později byl využíván i v rehabilitaci dospělých. V léčbě se klade důraz na funkční aktivitu a současně je vždy zohledněn i vliv okolního prostředí. Terapeut vnímá jedince jako individualitu a dle toho k němu také při práci přistupuje. Dále je zde důležitá i aktivita klienta a jeho ochota spolupracovat, což jej dokáže více motivovat. Během terapie je cílem ergoterapeuta zvládnout s klientem klasický fyziologický pohyb a funkci (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie má svou důležitou roli i při práci s mentálně postiženými dětmi, jejichž inteligence je ve srovnání s ostatní populací pod normálem. Postižení může být vrozené či způsobené sekundárně nemocí. Při práci s dětmi s mentálním postižením vychází ergoterapeut z toho, že není naděje na budoucí plné pracovní zařazení těchto dětí, ale je možné s nimi nacvičit alespoň základní hygienické návyky. Záleží zde na stupni postižení dítěte. Pokud se jedná jen o lehké postižení, cílem ergoterapie je udržovat v aktivitě neuromuskulární aktivitu, díky které můžeme zjistit, jak bude dítě schopno výdělečné činnosti. Ergoterapeuti se také snaží rozpoznat, v jaké oblasti dítě podává lepší výkony (zda je výkonnější kupříkladu při využívání mechanické paměti) a v jaké oblasti výrazně zaostává - například při hrách, u kterých je důležité logické myšlení (Pfeiffer, 1990).

### ***Intervence ergoterapeuta na základě typů her***

Dětské hry v rehabilitaci se dělí na tyto dva základní typy: funkční hru a manipulační hru. Funkční hrou je myšlena nejprimitivnější forma hry dítěte bez hračky. Jedná se o spontánní pohyby dítěte, díky nimž dochází k sebepoznávání vlastního těla. Patří sem hra s rukama, nohama, plazení, pobrukování a další. Původně nekoordinovaný pohyb se stává ovládaným a také uvědoměným. Výše uvedených pohybů využívají terapeuti v oblasti léčebného tělocviku. Dochází tak k podněcování pohybů a hlasových projevů pomocí kontaktu s dítětem, doteků, hlazení a změnami poloh. Naopak manipulační hry jsou takové, kdy dítě během nich využívá hračky, ale používá také jiné předměty, které se nacházejí okolo dítěte (jako může být například šála, tužka či klíče). Dítě rozpoznává vlastnosti těchto předmětů a učí se s nimi zacházet. Své zkušenosti z těchto her pak dítě používá v některých běžných denních činnostech, jako může být samostatné jezení lžící okolo osmnáctého měsíce, ačkoli nejprve se lžící dítě tluče do stolu a olizuje ji. (Klusoňová a Špičková, 1988).

Hry lze dále dělit na několik následujících typů. Jedním z nich jsou hry napodobovací, které využíváme zejména pro rozvoj motorických dovedností a také řeči. Dítě při nich napodobuje pohyby a mimiku či různé zvuky zvířat. Tyto hry jsou typické hlavně na konci kojeneckého období. Dalším druhem jsou hry úlohové, při kterých si dítě na něco hraje – může si hrát například na školu nebo na maminku. Tyto hry jsou využívány v rehabilitaci. Dochází při nich k rozvíjení rozumových funkcí a také sociálních vztahů. Mezi konstrukční hry lze zařadit skládání kostek a později i složitějších stavebnic či modelování a vystřihování. Tento typ je hojně využíván i v rehabilitaci, neboť je při nich zlepšování jak hrubá, tak i jemná motorika dětí a také obratnost, vytrvalost a rozumové i psychické funkce. Dále lze uvést pohybové hry, které jsou zahrnovány hlavně do léčebné tělesné výchovy. Jedná se o hry s náčiním (žebřiny, prolézačky), ale také o rytmická cvičení s hudbou a různé popěvky – například „Zlatá brána“. V rámci pohybových her jsou využívány hýbající se hračky, jako může být houpací kůň, na kterém se s dětmi trénuje rovnováha, úchop a svalstvo trupu. Dalším typem jsou receptivní hry, kdy dítě dostává určité podněty, které zpracovává a rozvíjí se tak. Kupříkladu může dítě poslouchat pohádku či se dívat na obrázky. Uvádím též didaktické hry, díky nimž jsou rozvíjeny vědomosti. Děti se tak učí prostřednictvím hry. Tyto činnosti jsou využívány pro trénink jemné motoriky, cílených pohybů či

koordinace horních končetin. K dispozici je velké množství didaktických pomůcek, kterými může být například magnetická tabule. Posledními typy jsou skupinové pohybové a skupinové společenské hry. Mezi skupinové pohybové hry jsou řazeny míčové hry nebo různé soutěže prováděné v družstvech. Skupinové společenské hry zahrnují šachy, stolové a karetní hry apod. Hojně jsou využívány v ergoterapii. Lze hry i upravovat tak, aby lépe vyhovovaly záměrům terapií – například za předpokladu, že je záměrem během terapie zlepšit prostřednictvím hry „dáma“ válcový úchop, zhotoví se namísto typických kostek menší válečky, na kterých se může daný úchop nacvičovat. Tyto hry mají svůj význam v rehabilitaci funkce ruky a také v rehabilitaci psychických funkcí (Klusoňová a Špičková, 1988).

### ***Ochrana zdraví při hrách***

Během her je důležité dodržovat základní pravidla. Hračky, které jsou využívány, musí splňovat dané hygienické požadavky - tzn. musí být omyvatelné a nesmí být nebezpečné. Výběr hraček a her musí odpovídat ontogenetickému vývoji dítěte. Pokud se pracuje s postiženými dětmi, musí být hra přiměřená jejich zdravotnímu stavu. Důležité je také vyřazovat rozbité hračky, čímž se předchází zbytečným úrazům. Důraz je kladen i na prostředí, ve kterém si děti hrají. Dbá se zde na pořádek, čistotu a i na přiměřenou teplotu. Důležité je mít na paměti, že děti se během her nikdy nenechávají o samotě a bez dozoru (Klusoňová a Špičková, 1988).

### ***Možnost práce v exteriéru při ergoterapii***

Pro všechny věkové skupiny klientů, tedy i dětských, je pobyt v přírodě spojený s užitečnou prací velice vhodný. Toto spojení má výborný vliv na pohybový, dýchací i oběhový systém a také má pozitivní účinky na lidskou psychiku. Daná činnost musí být klientům vždy vysvětlena a za předpokladu, že jsou klienti motivováni a vědí, proč aktivitu provádějí, se dostavuje nejen léčebný účinek, ale pracovní činnost jim přináší i radost a pohodu (Klusoňová a Špičková, 1988). Dle Klusoňové a Špičkové (1988) má každé vývojové období dítěte charakteristické hry, díky nimž dochází ke zdokonalení vnímání sebe i okolí a k rozvíjení následujících schopností dítěte: senzorických, pohybových a psychických.

## 4.2 Diagnostika prostřednictvím hry

Hodnocení hry pochází z roku 1974. Jedná se o dané otázky, jejichž prostřednictvím získává terapeut informace o předchozích herních zkušenostech dítěte, o prostředí, ve kterém hra probíhá, a herních interakcích dítěte. Terapeut toto zjišťuje během semistrukturovaného rozhovoru s rodičem dítěte (Krivošíková, 2011).

Krivošíková (2011) ve své publikaci uvádí, že hra se vyvíjí prostřednictvím na věk vázaných epoch, přičemž každá tato epocha má určité charakteristiky:

- 1) Senzomotorická epocha: probíhá od narození dítěte do věku 2 let. Dítě během hry prozkoumává prostor a manipuluje s předměty a s osobami, které se nacházejí v bezprostřední blízkosti dítěte. Do hry jsou zapojovány především senzorické a motorické zkušenosti dítěte. Dítě také poznává senzorické vlastnosti předmětů a lidí.
- 2) Symbolická a jednodušekonstruktivní epocha probíhá od 2 do 4 let. Dítě díky objevením svých jazykových dovedností rozvíjí symboly pro akce a vlastnosti, které objevilo již v předcházející epoše. Rozvíjí se jemná a hrubá motorika a dítě je tak schopno dále rozvíjet vztahy mezi předměty. Představivost se také přidává k senzomotorické zkušenosti dítěte.
- 3) Dramatická, komplexněkonstruktivní a předherní epocha probíhá od 4 do 7 let. Prostřednictvím hry se dítě učí konceptům a zkušenostem a pomalu již začíná rozumět základním pravidlům činnosti. Dítě je schopno již lépe pochopit realitu.
- 4) Herní epocha probíhá od 7 do 12 let. Je pro ni typická naléhavost kontrolovat činnosti předmětů a událostí. Herní pravidla určují způsob, jak pracovat s danými předměty, a také ukazují dítěti, jak lze zvýšit jeho kompetence (například během soutěživých her).
- 5) Rekreační epocha probíhá od 12 do 16 let. Zde se již předpokládá zralejší způsob hry ve volnočasových aktivitách. Hry spolu se sociálními aktivitami představují role funkcí, pravidel a vzorců spolupráce s týmem popřípadě se skupinou. (Krivošíková, 2011)

Jednotlivé epochy, jak uvádí Krivošíková (2011), poskytují taxonomii pro analýzu hry. Krivošíková (2011) dále popisuje kategorie – materiál (= s čím si dítě hraje), hra (=jak si

dítě hraje), osoby (= jak si dítě hraje s ostatními lidmi) a prostředí (= kde si dítě hraje).  
 Základní schéma rozhovoru je uvedeno v následující tabulce:

Tab. 1: Vývoj hry – schéma rozhovoru

<b>(1) Obecné informace</b>				
Jméno:		Datum narození:		Datum:
Zjištěný problém:				
<b>(2) Předchozí herní zkušenosti</b>				
A. Samostatná hra				
B. Hra s ostatními:				
matka	otec	sestra	bratr	spoluhráči
C. Hra s hračkami a materiály (nejčastější preference)				
D. Hrubá fyzická hra				
E. Symbolická hra				
F. Sporty a hry:				
spolupráce ve skupině		soutěživost ve skupině		
G. Kreativní zájmy:				
výtvarné	rukodělné	řemeslné		
H. Záliby, jiné volnočasové aktivity:				
I. Rekreční/sociální aktivity:				
<b>(3) Současné herní zkušenosti</b>				
A. S čím si dítě hraje? Jak dlouho si s tím hraje?				
hračky	materiál	zvířata		
B. Jak si dítě hraje s hračkami nebo materiály?				
C. Jakému typu hry se vyhýbá nebo ji rádo opouští?				
D. S kým si dítě hraje?				
samo	s rodiči	s bratry	se sestrami	s vrstevníky s ostatními
E. Jak si dítě hraje s ostatními?				
F. Jaké polohy těla při hře preferuje?				
G. Jak dlouho si dítě hraje s předměty? S lidmi?				
H. Kde si dítě hraje?				
doma:	v domě	venku		
mimo domov:	park	škola	hřiště	jiné
I. Kdy si dítě hraje?				
Popište běžný denní program dítěte přes týden a o víkendu.				
<b>(4) Popis hry</b>				
<b>(5) Doporučení hry</b>				

Zdroj: Upraveno z Parham a Fazio (1997) in Krivošíková (2011)

Bundyová (1997, in Krivošíková, 2011) rozlišuje pět faktorů, na které se může ergoterapeut v hodnocení hry zaměřit a na jejich základě vybrat vhodné hodnocení. Paří mezi ně tyto faktory:

- herní aktivita
- preference

- jakým způsobem ke hře přistupuje
- schopnost dítěte hrát si
- vliv prostředí, v kterém si dítě hraje

Krivošíková (2011) však uvádí, že zatím v praxi neexistuje hodnocení, které by zohledňovalo všech pět faktorů. Tomuto standardu se nejvíce přibližuje Test hravosti (Test of Playfulness, ToP) a nová verze Předškolní škály hry od Knoxové (Revised Knox Preschool Play Scale, PPS-R) (Krivošíková, 2011).

### ***Předškolní škála hry dle Knoxové***

Toto nestandardizované hodnocení hry uvedené v publikaci od Krivošíkové (2011) zohledňuje především vývojová hlediska v herních dovednostech dítěte. Popisuje tak vývoj, který je typický pro dítě ve věku od narození do šesti let. Hodnotí se tyto čtyři oblasti:

- zvládnutí prostoru (patří sem zvládnutí hrubé motoriky)
- práce s materiálem (patří sem zvládnutí jemné motoriky)
- symbolika (patří sem pochopení okolního světa, dramatizace, imitace)
- zapojení do hry (patří sem sociální interakce, spolupráce a použitý jazyk při hře)

Ergoterapeut pozoruje dítě během hry a to jak uvnitř, tak i venku a také při hře s ostatními dětmi minimálně po dobu 30 minut (Krivošíková, 2011).

### ***Test hravosti***

Jedná se opět o neformální hodnocení hry, které je založené na pozorování těchto 3 prvků:

- vnímání kontroly
- zdroj motivace
- oproštění se od reality

Tento test je určen dětem ve věku 3 měsíce do 15 let. Obsahuje celkem 24 položek. Dítě je těmito položkami hodnoceno během 15 minutového pozorování. Každá tato položka je bodována na čtyřbodové škále (0 – 3). Hodnotí se zde rozsah, intenzita či zručnost. Příklad z části formuláře k testu hravosti popisují v níže uvedené tab. 2 (Krivošíková, 2011):

Tab. 2: Příklad části záznamového listu Testu hravosti (šedá políčka se v dané položce nevyplňují)

Jméno: Věk: Datum:	<b>Rozsah</b> 3 = téměř vždy 2 = velmi často 1 = často 0 = zřídka Nebo nikdy NT=nehodnoceno	<b>Intenzita</b> 3 = vysoká 2 = střední 1 = mírná 0 = nízká nebo žádná NT = nehodnoceno	<b>Zručnost</b> 3 = velmi zručný 2 = průměrně zručný 1 = málo zručný 0 = neobratný NT = nehodnoceno	
<b>Položka</b>	<b>Rozsah</b>	<b>Intenzita</b>	<b>zručnost</b>	<b>Poznámky</b>
Aktivní účast ve hře				
Samostatnost v rozhodování, umí se rozhodnout co a jak udělat				
Pocit bezpečí				
Projevuje zřetelnou veselost, dává najevo radost				
Snaha o pokračování v aktivitě a překonávání potíží, bariér nebo omezení				

Zdroj: Upraveno z Parham a Fazio (1997) in Krivošíková (2011)



## 5 Ergoterapie a rodina

### 5.1 Spolupráce ergoterapeuta s rodinou

Rodinu, základ každé společnosti, lze definovat jako sociální skupinu, jejímž smyslem je již po celá desetiletí pečovat o své potomky (Matoušek, 2003). Rodina je asi tím nejpodstatnějším zdrojem energie a také opory pro osoby s disabilitou. Nejvýznamnější je toto u dětských klientů a seniorů. V současném zdravotnictví však rodina není často pokládána za důležitý článek týmu a nepodílí se na plánování péče o postiženého. Stává se, že rodinní příslušníci jsou nedostatečně informováni, jakým způsobem se mají o svého bližního, který se navrátí domů ze zdravotnického zařízení, starat a jak velkou míru asistence mu mají poskytovat v děláních všedních denních činností. Pro práci ergoterapeuta je spolupráce s rodinou klienta velice důležitá. Toto vyplývá především z přístupu orientovaného na klienta (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Rodina představuje pro dítě domov, učí ho důvěřovat v sebe samého a předává mu své hodnoty, poskytuje mu bezpečí a zázemí, učí jej důležitým sociálním dovednostem a významně formuje jeho osobnost. Toto je velice podstatné pro fyzický i psychický vývoj dítěte (Matoušek, 2003).

Nemoc je vnímána jako komplexní poškození nemocného jedince. Ovlivňuje provádění každodenních činností, psychiku postižené osoby, interpersonální vztahy a styl života. Nemá vliv pouze na nemocného, ale i na lidi v nejbližším okolí, tedy na rodinu. Způsob, kterým jedinec přistupuje ke své nemoci (zda je pasivní, depresivní, odmítá pomoc druhých), působí na to, jak se k ní staví i členové rodiny. Za předpokladu, že je osoba negativní, uzavřená a prožívá stavy deprese, rodina takového chování povětšinou nese těžce a po nějaké době už nemá chuť ani zájem se podílet na zlepšení zdravotního stavu postiženého. Je také dosti podstatné, kdo z členů rodiny onemocní. Pokud se jedná o zdravotní indispozici matky, lze předpokládat, že se tato projeví na celkovém fungování domácnosti. Naopak v případě onemocnění otce rodiny můžeme očekávat finanční problémy zasažené rodiny (Matoušek, 2003). Další situace, která je pro rodinu z dlouhodobého hlediska složitá, je navrácení nemocné osoby do nižších vývojových stadií. Toto se může projevovat například přívaly vzteku či vyžadováním pozornosti prostřednictvím pláče (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Chování rodiny a její péči o nemocného ovlivňuje také do značné míry závažnost

a vyhlídky na zlepšení/zhoršení nemoci popřípadě postižení. Stejně tak i ekonomická situace rodiny a státní podpora jsou v tomto ohledu významné. V souvislosti s pečováním o postiženou osobu, což je v mnohých případech skutečně jak po fyzické, tak i po psychické stránce náročné, může dojít u pečující osoby k takzvanému „syndromu vyhoření“ (Bártlová, 2005).

Pokud se zdravým rodičům narodí tělesně nebo mentálně postižené dítě, je to v naprosté většině případů pro oba z rodičů velká zátěž. Rodiče mají pak často pocit selhání a cítí se méněcenní. Také možné negativní reakce okolí mohou situaci ještě více zhoršit. Postižení dítěte ale může rodinu více stmelit dohromady a lze předpokládat, že chování rodičů bude v některých případech extrémnějšího rázu. Jejich přístup k postiženému dítěti bude jiný, než jejich chování k dítěti, které je zdravé. Lze očekávat, že rodiče ve vztahu ke svému postiženému dítěti budou uplatňovat hyperprotektivní přístup, či se naopak budou od dítěte distancovat a odmítat jej. Během času se pohled rodičů na postižení dítěte mění. Procházejí několika základními fázemi (Vágnerová, 2002).

Vágnerová (2002) rozděluje výše zmíněné fáze na fázi šoku a popření, kdy rodiče absolutně nepřijímají zprávu od odborníků týkající se postižení jejich dítěte a pokládají toto za nepřijatelné. Dále na fázi postupné akceptace problému, během které dochází ke změně v postoji rodičů ke sdělované skutečnosti. Jsou již schopni přijmout informaci a zajímají se o řešení problému. Poslední fází je fáze realismu, kdy se rodiče většinou smíří s postižením svého dítěte a zaujmají k celé situaci již kladnější postoj.

Matoušek (2003) uvádí, že je podstatné, aby odborníci tyto fáze považovali za důležité a respektovali je. Během první fáze je vhodnější, pokud terapeut sdílí pocity zoufalství a beznaděje spolu s rodiči a až v momentě, kdy rodiče zprávu zpracují jim podávat pokyny a rady, jak se mají o své postižené dítě postarat.

Musíme mít na paměti, že každé postižení dítěte je pro rodinu vždy velký zásah vyvolávající u rodičů stres. Dospělí lidé vnímají nemocné dítě jako bezbrannou bytost a o to silnější emoce u nich dané postižení vyvolává (Vágnerová, 2002).

Ve většině případů rodina není na onemocnění/postižení svého dítěte připravena. Pro to, aby ergoterapeut mohl s rodinou spolupracovat a pomáhat jí, se potřebuje v první řadě zaměřit na to, jak rodina vnímá svou pečovatelskou roli. Problémem často bývá, že pro rodinné příslušníky je role pečovatele nechtěná nebo je

jim neznámá či jim chybí důležité dovednosti pro její zajištění. Tato funkce může být pro rodinu dosti obtížná v případě, kdy nemá se zdravotním postižením či dlouhodobým onemocněním žádné zkušenosti. Schopnost rodiny pečovat o dítě závisí na mnoha faktorech, jako je kupříkladu finanční situace rodiny, psychický stav a zdraví pečujících osob nebo funkční schopnosti klienta. Úkolem ergoterapeuta je brát v úvahu všechny tyto faktory a na základě schopností klienta a rodinných příslušníků naplánovat svou intervenci. Rodina většinou skutečně neví, jak má o svého nemocného/postiženého bližního pečovat a co tento člověk potřebuje. Ergoterapeut může tento problém řešit sepsáním různých doporučení, jak má pečující rodina zvládat předpověditelné obtížné momenty, se kterými se v souvislosti s postiženou osobou může setkat. Další způsob, kterým lze vzniklé potíže řešit, je zhotovení nebo navrhnutí pomůcky terapeutem, jež dokáže péči usnadnit. Důležité také je, aby se ergoterapeut zaměřoval na náznaky stresu, které se mohou u pečujících členů rodiny objevit. V případě, kdy terapeut stres u pečovatelů zaznamená, může jim nabídnout zdroje pomoci a podpory. Zároveň tak chrání i samotného klienta před zanedbáváním jeho potřeb, k čemuž by na základě přetížení a stresu pečovatele mohlo dojít. Ergoterapeut by měl také pamatovat na to, že pro fungující péči rodiny o jeho klienta je podstatné, aby byli pečovatelé v dobré jak fyzické, tak psychické kondici. Měl by rodinné příslušníky podporovat ve vykonávání jejich volnočasových aktivit a také v nacházení si času na potřebnou relaxaci. Jako příklad lze uvést matku pečující o své dítě, která dbá na plnění všech zadaných úkolů od ergoterapeuta, protože chce co nejvíce zlepšit zdravotní stav svého potomka. Terapeut by měl matku za svou práci a snahu pochválit, ale také se jí šetrně zeptat, zda je schopna zvládat i další role v rodině. Může se totiž stát, že matka pro svou velkou snahu pomoci co možná nejvíce svému nemocnému či postiženému dítěti zanedbává ostatní potomky nebo manžela a je tak narušen chod domácnosti, včetně rodinných vztahů. Občas je tedy vhodné, aby ergoterapeut rodičům připomínal, že by neměli svou pozornost věnovat jen jednomu členovi v rodině. Ve vztahu terapeuta k rodině se musí terapeut přizpůsobit jejímu stylu života a respektovat ji. Jedná s rodinou nedirektivním způsobem a snaží se ji motivovat. Nevnučuje jí svá doporučení, ale snaží se srozumitelně vysvětlovat, proč je přesvědčen o jejich vhodnosti (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

## 5.2 Ergoterapie orientovaná na rodinu

Ergoterapie zaměřená na rodinu spočívá v podpoře spolupráce a zapojení rodiny do plánování terapie klienta. Tato skutečnost je velice důležitá, neboť ovlivňuje do značné míry výsledky terapií. V současné době je jisté, že pokud jsou rodiče do intervence zapojeni, jejich potomci jsou znatelně úspěšnější než děti, jejichž rodiče do programu začlenění nejsou (Dunn, 2000).

V případě ergoterapie orientované na rodinu terapeut také zjišťuje, který typ komunikace rodině více vyhovuje (zda upřednostňuje osobní kontakt s terapeutem či elektronickou zprávu nebo telefonický kontakt). Za předpokladu, že je rodina méně vzdělaná nebo inteligentní, by se ergoterapeut měl vyvarovat toho, že převeze iniciativu a podílí se na plánování terapie sám. Nesmí zapomínat na to, že i navzdory menší vzdělanosti či inteligenci, je to právě rodina, která má ve srovnání s terapeutem o dost více informací souvisejících s klientem. Zejména při práci s malým dítětem je podstatné si toto uvědomit, neboť rodina může podat důležité informace o schopnostech, které dítě má, a terapeut by je jen těžko získával sám (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

## 6 Kde lze ergoterapii uplatnit

### 6.1 Ergoterapie a možná místa jejího využití

V České republice existuje několik pracovišť, kde se s ergoterapií u dětí můžeme setkat. Patří sem nemocnice (dětská oddělení) a četné organizace jako je například Integrační centrum Zahrada Praha, Arpida České Budějovice, AUT centrum v Praze a Jedličkův ústav v Praze.

Integrační Centrum Zahrada v Praze, denní stacionář, poskytuje služby dětem s kombinovaným postižením od šesti do dvaceti let a jejich rodičům. Spolupracuje také se Základní školou Zahradka (Integrační centrum Zahrada, 2014).

V rámci ergoterapie má každé dítě individuální plán zaměřený na jeho aktuální zájmy, potřeby, zdravotní znevýhodnění a věk. U dětí se zaměřuje na tyto oblasti: pohyb, smyslové funkce, vnímání sebe sama, soběstačnost a kognitivní funkce. Ergoterapeut také pomáhá s výběrem kompenzačních pomůcek a úpravou bezbariérového domácího prostředí (Integrační centrum Zahrada, 2014).

Zařízení Arpida v Českých Budějovicích také poskytuje ergoterapii. Tato je zde předepisována dětským neurologem. Důležitou součástí zdejší ergoterapie je i ergodiagnostika (Centrum Arpida, 2008).

Naopak AUT Centrum v Praze zajišťuje služby rodinám s dětmi s poruchami autistického spektra a poruchami chování od samotného narození až do patnácti let. Ergoterapie je zde zaměřená především na co nejvyšší možný stupeň sebeobsluhy a samostatnosti klientů (Vaculíková, 2013).

Taktéž Jedličkův ústav poskytuje v rámci léčebné rehabilitace ergoterapii. Tato se zde zaměřuje zejména na vytvoření optimálních podmínek prostředí potřebných pro integraci tělesně postižených dětí do společnosti. K tomuto používají ergoterapeuti nejrůznější kompenzační pomůcky a také se podílejí na bezbariérových úpravách prostředí (Jedličkův ústav a školy, 2010).

Ergoterapii lze využít i u psychicky nemocných dětí. Je to právě psychiatrie, kde má tato terapie nejstarší tradici. Dříve se jednalo o statky a rozsáhlé sady, které patřily psychiatrickým léčebnám. V těchto prostorách probíhala ergoterapie a pacienti zde pracovali. Později došlo k vytvoření řemeslných dílen jako například dílen keramických, které také sloužily ergoterapeutickým potřebám. Mezi prováděné techniky patří práce

s textílem, práce s papírem, práce s kovem, tradiční ruční práce, práce s přírodním materiálem, modelování a mnoho dalších technik. Během terapií lze pozorovat motorické a kognitivní složky pacienta. Mezi motorické můžeme zařadit například držení těla při práci, používání různých druhů úchopů. Pod složky kognitivní patří vztah pacienta k práci, kvalita prováděné práce a schopnost spolupracovat s ostatními pacienty (pokud se jedná o skupinovou terapii). U dětských pacientů podporujeme zejména správné držení těla, jemnou motoriku, správný špetkový úchop, kterým můžeme předejít budoucím školním problémům v oblasti grafomotoriky, pozitivní vztah k prováděné činnosti, kreativitu, soustředěnost, kooperaci a komunikaci s ostatními. Cílem v psychiatrických léčebnách je tedy především zlepšení pacienta v oblasti komunikace, celkové lepší navazování interpersonálních vztahů a kognitivních funkcí a motoriky (Matějčková, 2011).

## **7 Výzkumy a zahraniční studie týkající se ergoterapie u dětí**

### **7.1 Využití prvků ergoterapie při vzdělávání žáků základních škol speciálních**

Dle výzkumného šetření zaznamenaného v níže vybrané diplomové práci (Tichá, 2012), která se zabývala využitím prvků ergoterapie na speciálních základních školách, lze ergoterapii ve speciálních základních školách použít. Dle Tiché (2012) má ergoterapie vliv na edukaci žáků, ale tento nemusí být u všech žáků stejný. Bylo zkoumáno pět vybraných oblastí – sebeobsluha, sociální chování, psychomotorika, komunikace a emoce. Co se týče sebeobsluhy, autorka hodnotila dovednosti žáků především během výtvarné, pracovní a tělesné výchovy, kdy bylo potřeba, aby si žáci zvládli například umýt ruce, převléknout se a obout se. Pro nácvik sociálního chování se se žáky hrály modelové situace, které jsou součástí běžného života (například nakupování) a během kterých bylo procvičováno slušné chování žáků. V rámci rozvoje psychomotoriky děti mohly pracovat například s přírodninami, které sbíraly, a poté z nich vyráběly své vlastní výrobky. Psychomotorický vývoj byl sledován taktéž během výtvarné, pracovní a tělesné výchovy. Co se týče komunikace, lze ji trénovat a zlepšovat v rámci téměř všech aktivit, které do ergoterapie patří. Učitel může se žáky probírat, zda se jim daná činnost líbila nebo nelíbila a jak se během ní cítili. Během prováděných aktivit lze vcelku snadno pozorovat emoce žáků. Učitel může vidět, zda daná činnost žáky baví, zda ji dělají s chutí. Pokud učitel vycítí, že žák nedělá zadaný úkol s nadšením, může jej slovně podpořit, vhodně motivovat či odměnit. Je důležité volit takové aktivity, při kterých se budou žáci cítit spokojeni a v psychické pohodě.

### **7.2 Ergoterapie u dětí trpících strachem z veřejných projevů**

Ergoterapie může být využita i při práci s dětmi, které mají strach z projevu na veřejnosti. Dle vybrané zahraniční studie týkající se efektivity ergoterapeutické intervence u dětí školního věku (12 – 17 let) trpících strachem z projevu na veřejnosti byla ergoterapie vyhodnocena jako účinná. Autoři studie Ali a Nagar (2013) uvádí, že díky ergoterapii, během které probíhala takzvaná systematická desenzibilizace, došlo k redukci strachu dětí z veřejných projevů.

Systematickou desenzibilizaci lze definovat jako strategii, díky které je možné nahradit nežádoucí chování žádoucím. Tato se používá v případě léčby různých typů fobií, které souvisí s konkrétními situacemi či předměty, nebo v případě záporného chování, kterým může být například kouření. V rámci systematické desenzibilizace je důležité nejprve přivést klienta do stavu relaxace za pomoci hlubokého dýchání, meditace apod. V následující fázi dochází k určení hierarchie pocitů, které jsou klientovi nepříjemné. Postupuje se od nejvíce negativních pocitů k nejméně závažným. Dále jsou využívány „uklidňující scény“, mezi které lze zařadit například šumění oceánu, a dochází tak k relaxaci během procházení danými položkami hierarchie. Cílem je, aby původní reakce byla nahrazena vyhovující, přijatelnou reakcí. Poté, co s klienty terapeut toto nacvičí během terapií, přechází k nácviku ve skutečných situacích (Prochaska a Norcross, 1999).

Glosofobie nebo projev úzkosti je strach z mluvení na veřejnosti. Neformálně bývá označována jako tréma. Tato fobie postihuje až 75 % populace. Literatura ukazuje, že více než 85 % dětí nahlásilo, že jejich obavy zasahují do aktivit jejich běžného života a zabraňují jim v tom, co by si přály dělat. Byly tedy vyvinuty různé terapeutické přístupy, jejichž cílem je pomoci lidem překonat či řešit tyto obavy týkající se mluvení na veřejnosti. V minulosti studovali vědci účinky relaxace a desenzibilizace samostatně. Intervenční program v této studii se skládá jak z relaxačního výcviku, tak i ze systematické desenzibilizace. Proto tedy vyvstala potřeba provést studii, která by ukázala efektivitu ergoterapie, během které relaxace i systematická desenzibilizace probíhala, u dětí a snížit jejich strach z veřejných projevů (Ali a Nagar, 2013).

Zásah měl patnáct léčebných sezení, dvakrát týdně. Prvních deset sezení probíhala pouze relaxace po dobu jedné hodiny a příštích pět sezení desenzibilizace po čtyřicet pět minut. Pro relaxaci byl použit tzv. Schultzův autogenní trénink. Děti seděly v pohodlných křeslech, následovalo uvolněné dýchání, relaxace svalů pravé ruky, levé ruky, svalů nohou, svalů břicha a poté prsních svalů v jednotlivých sezeních. Děti byly požádány, aby praktikovaly stejný autogenní trénink i doma vždy jedenkrát za den. Desenzibilizace trvala vždy čtyřicet pět minut, které zahrnovaly diskuzi (relaxační školení) a budování hierarchie úzkosti (hierarchie byla v rozmezí osmi až dvaceti položek uspořádaných v pořadí dle vzrušující síly a každá položka byla v představách



dítěte po dobu deseti sekund a poté následovala třicet sekund relaxace) (Ali a Nagar, 2013).

Ali a Nagar (2013) uvádí, že díky této intervenci došlo ke značnému snížení strachu z mluvení na veřejnosti. Relaxační technika pomáhá kontrolovat napětí, úzkosti a strach. Mezi budoucí doporučení bylo zahrnuto zkoumání věkové skupiny školních dětí pod dvanáct let a nad sedmnáct let.

### **7.3 Ergoterapie u dětí s DMO**

Do své diplomové práce jsem také zahrnula zahraniční výzkum, který zaznamenala do své publikace Steultjens (2005). Tento se týká ergoterapie u dětí s diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnou (dále DMO).

DMO může být definována jako neprogresivní porucha držení těla a pohybu. Je často doprovázena epilepsií a poruchami řeči, zraku a intelektu. Je důsledkem defektu (léze) ve vývoji mozku. Jde o častou poruchu s odhadovanou prevalencí 2 na 1000 z populace. Tento stav se objevuje v mladém věku a je přítomen v průběhu celého života. Může ovlivnit všechny aspekty vývoje dané osoby v celém životě. Zaměření léčby by mělo být na facilitaci nezávislosti. Management dítěte s DMO má za cíl optimalizovat funkční schopnosti. Většinou zahrnuje vstup mnoha disciplín včetně ergoterapie. Jedna studie týkající se ergoterapie u dětí s DMO, kterou uvádí ve své publikaci Steultjens (2005), říká, že 50 % dětí s DMO dochází na ergoterapii. Ta se zaměřuje na vývoj schopností nezbytných pro tzv. všední denní činnosti (ADL). Tyto aktivity zahrnují hraní, péči o sebe samého (například oblékání, sebesycení) a motorické činnosti jako je například psaní a kreslení.

Steultjens (2005) uvádí, že ergoterapeutické intervence byly klasifikovány do pěti kategorií:

- 1) Trénování senzorio-motorických funkcí zahrnujících aktivity hraní si, aby se facilitovala motorická výkonnost.
- 2) Trénování dovedností zahrnujících trénování denních aktivit (například krmení, psaní).
- 3) Poradenství pro rodiče, kde jsou rodiče obeznámeni, jak podporovat nezávislost svého dítěte.

- 4) Doporučení a instrukce ohledně používání kompenzačních pomůcek.
- 5) Dodání pomůcek jako jsou například ortézy pro facilitaci pohybu ruky.

Tento výzkum tedy zkoumal efektivitu několika ergoterapeutických léčeb dětí s DMO. Individuálně bylo analyzováno šest kategorií léčeb a jejich vliv na funkční schopnosti a vliv na funkci horních končetin. Jednalo se o tyto kategorie:

- trénování sensoricko–motorických funkcí
- trénování dovedností
- trénování sensoricko–motorických funkcí x trénování dovedností
- rodičovská poradna
- rady a instrukce k použití asistenčních zařízení
- poskytnutí dlahy (Steultjens, 2005).

Ve všech kategoriích poskytla analýza nedostatečné důkazy o efektivitě ergoterapie následkem nízké metodologické kvality většiny studií. Analýza výsledků byla ztížena nedostatkem jasného rozlišení mezi výsledkem aktivit a stupně zúčastnění a výsledkem stupně tělesných funkcí. Všechny tyto závěry byly rozděleny buď podle stupně dovedností či podle stupně funkcí. Zjištění koresponduje se závěry prací souvisejících s efektivitou ergoterapie u dětí s DMO. Všechny tyto studie se shodují na tom, že důkazy na efektivitu ergoterapie jsou neprůkazné z důvodu metodologických chyb v originálních studiích. Tím pádem by bylo předčasné uzavírat závěry na efektivitu ergoterapie z těch důvodů, které jsou v současné době dostupné. Není tedy možné podpořit ani vyvrátit efektivitu ergoterapie u dětí s DMO na základě výsledku této studie. Důvodem pro tuto neprůkaznost může být případné zastínění významných vztahů mezi například IQ, věkem, typem obrny, stupněm ochrnutí, účastí rodičů, emocionální nestabilitou, intenzitou léčby a typem zásahu (Steultjens, 2005).

Ergoterapeuti zvažují a zkoumají širokou škálu charakteristik dětí, charakteristiku prostředí a symptomy obrny, aby vytvořili individuální cíle a plán léčby. Důvodem pro neúspěch většiny předchozích studií je to, že kritéria byla zobecněna. K úspěchu příštího výzkumu je potřeba, dle Steultjens (2005), zapojit dostatečně velkou homogenní populaci. Dalším důvodem pro nedostačující závěry mohou být zvolené způsoby léčby. Instrumentace (použití nástrojů) mohla být nešetrná

k nepatrnému, ale důležitému motorickému vývoji ukázaného na dětech s DMO. Mohla být očekávána značná zlepšení v nemotorických oblastech, jako je například stav emocí, interakce mezi rodičem a dítětem, jazykový a kognitivní vývoj, ale nebyla moc hodnocena. Hlavními cíli ergoterapie je zvýšení funkčních schopností a lepší socializace a zlepšení kvality života. Nástroje jako Pediatrická evaluace seznamu disabilit (PEDI) byly v poslední době vyvinuty k měření široké škály funkčních schopností, ale byly použity pouze v několika studiích zahrnutých v tomto výzkumu. Socializace a kvalita života se neměřily vůbec. Budoucí výzkum by měl kriticky pohlížet na metodologické problémy jako například na homogenitu, velikost vzorku a hodnocení výsledku (Steultjens, 2005).

#### **7.4 Ergoterapie u dětí s problémy zpracovávat a integrovat sensorické informace**

Další zahraniční studie, kterou jsem do své diplomové práce zahrnula, se zabývá problematikou zkoumání efektivity ergoterapeutické intervence u dětí, které mají potíže se zpracováním a integrací sensorických informací. Tato studie byla napsána jako souhrnná práce dalších studií, které se touto problematikou zabývaly.

Na základě vyhodnocení provedených výzkumů bylo zjištěno, že ergoterapie má příznivý vliv na děti s tímto typem problému a na provádění jejich každodenních aktivit. Role ergoterapeutů pracujících s dětmi spočívá v podpoření plného zapojení dětí do běžných denních činností. Toto terapeut provádí buď konzultacemi s rodiči, popřípadě s učiteli dětí, či přímým poskytováním služeb, kdy využívá širokou škálu intervenčních přístupů (Polatajko a Cantin, 2010). Přístupy lze definovat jako způsob a prostředek, kterým je teorie uváděna do praxe (Hagedorn, 1997). V každém konkrétním případě vybírá ergoterapeut specifický přístup. Vždy záleží na jeho pohledu a také na problému klienta. Terapeut přistupuje ke každému dítěti individuálně (Polatajko a Cantin, 2010).

Problematika účinnosti ergoterapeutických intervencí u dětí s problémy zpracovávat a integrovat sensorické informace je široká a složitá. Důvodem je heterogenita dětí, které mají tyto problémy, a s tím i související různorodost intervence (Polatajko a Cantin, 2010).

Studie zkoumající schopnosti dětí během ergoterapie ukázaly, že děti mladšího školního věku (tzn. na prvním stupni základní školy) mají často problémy s činnostmi, během kterých využívají jemnou motoriku (například zavazování tkaničky), hrubou

motoriku (například sport), nebo se u nich objevují poruchy chování. Tyto děti tvoří různorodou skupinu, mající celou řadu omezení v provádění aktivit a participaci. Proto na řešení jejich problémů používají ergoterapeuti širokou škálu přístupů. Dětské výkonnostní problémy svědčí o deficitu v oblasti zpracování a integrace smyslových informací. Tyto potíže můžeme nalézt u dětí s různými diagnózami včetně autismu, poruch učení, poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), nebo vývojových poruch koordinace (DCD). Dle dalšího hlediska problémy s výkonem těchto dětí mohou souviset se špatným osvojením si dovedností nebo nedostatečné podpory okolního prostředí (Polatajko a Cantin, 2010).

Některé z intervencí používaných u dětí s obtížnostmi zpracovávat a integrovat smyslové informace jsou zaměřeny na výkon, přičemž jen malou či žádnou zvláštní pozornost věnují základním deficitům. Cílem těchto výkonnostně orientovaných přístupů je naučení dětí specifickým dovednostem. Níže uvádím jednotlivé druhy používaných přístupů:

***Přístup orientovaný na postižení: zaměření na tělesné funkce a struktury pro zlepšení aktivity a participace***

Intervence zaměřená na postižení je založena na předpokladu, že příslušný pracovní výkon závisí na správně fungujícím nervovém a kosterně–svalovém systému a že poškození anebo abnormální vývoj jednoho či více z těchto systémů vede k dysfunkci. Intervence orientovaná na postižení má za cíl zredukovat poškození a obnovit funkci tak, že se terapeut zaměřuje na narušenou tělesnou funkci a strukturu (v tomto případě smyslová integrace a smyslové zpracování). Záměrem je, že náprava postižení povede ke zvýšení výkonu činnosti a participace. Tyto přístupy lze obecně považovat za přístupy založené na smyslech či senzomotorické přístupy. Na smyslech založené přístupy lze popsat jako poskytování specifické smyslové stimulace (například zvuková terapie). Základním předpokladem tohoto přístupu je, že cílené smyslové vjemy povedou k nápravě poškozených smyslových procesů. Jako příklad může být uvedena zvuková terapie prováděná za účelem sluchového zpracování. Senzomotorické přístupy poskytují celou řadu pohybových aktivit s řadou smyslových podnětů (například terapeutické míče, hipoterapie, pohybové terapie). Senzomotorické přístupy jsou založeny na předpokladu, že motorický systém nemůže optimálně fungovat bez

zpracování a integrace smyslových informací a že koordinace smyslových a motorických informací je nezbytná pro motorický výkon (Polatajko a Cantin, 2010).

***Přístup orientovaný na výkon: zaměření na výkon pro zlepšení aktivity a participace***

Intervence zaměřené na výkon se nezabývají základním postižením tělesných funkcí a struktur. Zaměřují se spíše přímo na výkon. Výkonově orientované intervence mají za cíl zlepšit výkon určité činnosti (například děti budou moci jezdit na kole) a tím i participaci (například děti budou moci jezdit na kole po okolí spolu se svými přáteli). Tyto přístupy zahrnují přímo výuku dovedností (tedy přístupy, které poskytují specifický trénink zájmových aktivit) a kognitivně založené a výkonnostně založené intervence (tedy přístupy, které používají kognitivní strategie na podporu specifického trénování zájmových aktivit). Cílem přímého učení dovedností, jak již název napovídá, je naučit dítě specifické dovednosti, jako může být například házení míčem nebo bruslení. Takovéto přístupy využívají výuku, koučování a principy motorického učení, aby tak umožnily dítěti získat sadu dovedností. Cílem kognitivně založených přístupů je naučit děti používat strategie, které umožňují jejich učení vybraných činností. Ergoterapeuti vždy usilují o zvýšení účasti svých klientů v každodenním zaměstnávání. Nicméně různé přístupy používané u této dětské populace se zaměřují především na sanaci základních deficitů nebo učení dovedností (Polatajko a Cantin, 2010).

Jak jsem již výše uvedla, vybraná studie se zabývala efektivitou ergoterapie u dětí s problémy zpracovávat a integrovat senzorké informace. Na základě zkoumání účinnosti ergoterapie u dětí s tímto typem problému byla ergoterapie vyhodnocena jako účinná. Avšak výsledky studie jsou nepřesvědčivé z důvodu nízkého počtu nalezených studií, které se touto problematikou zabývaly a na jejichž základě byla napsána tato souhrnná práce (Polatajko a Cantin, 2010).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 8 ZKUŠENOSTI ERGOTERAPEUTŮ S VÝSLEDKY TERAPIE A DOPAD ERGOTERAPIE NA ŠKOLNÍ VÝSLEDKY ŽÁKŮ NA 1. STUPNI ZŠ

#### 8.1 Cíl, metodologie, výzkumné otázky

##### Cíl diplomové práce

Cílem diplomové práce je zjistit dosavadní zkušenosti ergoterapeutů s výsledky jejich terapie a dopad ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Ergoterapie je zdravotnickým oborem, který v současné době nabývá na významu, a svou prací bych ráda přispěla k pochopení důležitosti této terapie a jejího pozitivního vlivu na prospívání žáků ve škole. Vzhledem k tomu, že ergoterapeut pracuje převážně s tělesně nebo mentálně postiženými dětmi, zaměřila jsem se především na tuto cílovou skupinu dětí.

##### Metodologie

Pro výzkumné šetření byla použita metoda rozhovoru a také přímé nestrukturované pozorování. Jedná se o kvalitativní šetření. V první části výzkumu byly prováděny rozhovory s jednotlivými profesionálními ergoterapeutkami, kde jsem se zaměřila především na výsledky jejich terapie. Komunikačními partnerkami bylo v tomto případě šest ergoterapeutek. Obsahem druhé části jsou čtyři případové studie orientované na děti mladšího školního věku, ve kterých jsem propojila ergoterapii a její vliv na prospívání žáků na 1. stupni ZŠ. Součástí těchto případových studií jsou také rozhovory s ergoterapeutkami těchto dětí, jejich pedagogy a matkami.

##### Výzkumné otázky

Jak vnímají ergoterapeuti přínos ergoterapie v souvislosti se školou? Jak vnímají učitelé vliv ergoterapie na prospívání žáků ve škole? Jak vnímají rodiče vliv ergoterapie na školní výsledky dětí?

## 8.2 Výsledky

### 8.2.1 Praktická část 1 - Rozhovory s ergoterapeutkami

#### 1) Rozhovor s ergoterapeutkou G pracující v Jedličkově ústavu v Praze

Ergoterapeutka G pracuje s dětmi s tělesným či s kombinovaným postižením. Je jí 39 let a v zařízení pracuje 15 let. Vystudovala obor ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zaměřuje se na co nejvyšší možnou soběstačnost svých dětských klientů v každodenních činnostech. Je-li to nutné, spolupracuje také s učiteli základní školy, která je spolu s mateřskou školou a středními školami součástí Jedličkova ústavu.

#### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Ergoterapeutka je se svými výsledky terapie spokojena. Vzhledem k tomu, že ergoterapie má zde převážně udržovací charakter, nejsou výsledky ale tak znatelné. Jsou samozřejmě viditelné, ale nejedná se o markantní pokroky. Ergoterapeutka řekla, že *„i pouze udržování stávajících funkčních schopností dítěte má obrovský význam pro jeho prospívání v životě“*.

Ergoterapeutka G je v ústavu, ve kterém pracuje, velice spokojena. Vychází skvěle s ostatními terapeutky a také se svými klienty. Nejkrásnější jsou dle jejího názoru momenty, kdy si dítě díky terapiím dokáže lépe uvědomit své vlastní tělo a začne je „prozkoumávat“.

#### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Hlavním cílem je nezávislost klientů na pomoci druhé osoby a co možná nejvyšší míra samostatnosti dětí. V terapiích se zaměřuje na trénování hrubé a jemné motoriky, na oblékání, osobní hygienu, sebesycení a přesuny z vozíku na WC a na lůžko. Velice důležitou oblastí je i úprava pracovního místa žáků ve třídě, což ergoterapeutka řeší ve spolupráci s daným učitelem. Řeší se zejména to, aby dítě správně sedělo a aby mělo nastavenou ve správné poloze svou pracovní plochu. Kvůli časté spasticitě u klientů je během terapií potřeba trénovat i úchopy a grafomotoriku, což jim pak usnadní práci ve škole. Dále se ergoterapeutka soustředí na nacvičování běžných činností, jako je například manipulace s penězi, telefonování, nakupování či příprava pokrmů. Pro

nácvik nakupování mají v ústavu vyhrazenou vhodně vybavenou místnost, kde si děti mohou trénovat vkládání reálných potravin z regálů do košíku. Ze své ergoterapeutické praxe uvedla i konkrétní příklad řešení problému jedné ze svých klientek mladšího školního věku, a to umožnění odemykání/zamykání skříně v šatně ve škole. Tato klientka měla z důvodu snížené svalové síly potíže uchopit klíče a odemknout/zamknout si jimi svou skříň v šatně ve škole, ve které byly uloženy její osobní věci. Ergoterapeutka jí tedy vyrobila z termoplastické hmoty speciální nástavec na klíč, s jehož pomocí klientka dokázala skříň odemknout a poté uzamknout. Prostřednictvím této kompenzační pomůcky se klientka mohla stát samostatnější a najednou již v této oblasti nevyžadovala pomoc druhé osoby, neboť tuto činnost dokázala provést za použití vyrobené speciální pomůcky sama.

## **2) Rozhovor s ergoterapeutkou K1 pracující v Jedličkově ústavu v Praze**

Ergoterapeutka K pracuje s dětmi s tělesným, mentálním či s kombinovaným postižením. Je jí 28 let a v zařízení pracuje 4 roky. Vystudovala obor ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zaměřuje se na co nejvyšší možnou soběstačnost svých dětských klientů v každodenních činnostech. Spolupracuje také s učiteli základní školy, která je spolu s mateřskou školou a středními školami součástí Jedličkova ústavu.

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Ergoterapeutka vnímá výsledky své práce rozhodně pozitivně. U mnohých klientů je posun v soběstačnosti zřetelný. Jako největší problém v dosahování lepších výsledků vnímá terapeutka spolupráci s rodiči dětských klientů, neboť mnozí rodiče odmítají s dětmi procvičovat zadané „domácí úkoly“. Výsledky terapie záleží také velice na typu a míře postižení klientů, od něhož se pak tyto výsledky samozřejmě odvíjejí. Kupříkladu u klientů s těžkou formou DMO nejsou výsledky terapií tak významné a k viditelnému pokroku nedochází. Ergoterapie pak má především udržovací funkci a zlepšení klientů tedy zaznamenáno není. Terapií lze takto alespoň udržet dané funkce a také schopnost



klientů vykonávat určité činnosti, které zvládali dříve a procvičováním během terapií jsou schopni je provádět i nadále.

Ergoterapeutka je v tomto zařízení velice spokojena. Co se týká ergoterapie, je zde výborné zázemí - velké prostory, dostatek času na terapie, kontakty s firmami, které vyrábějí kompenzační pomůcky, spolupráce s lékaři. Vybavení je dle jejího názoru nadstandardní. Pracovní kolektiv je také ideální.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Během terapií je největší důraz kladen na soběstačnost a nezávislost klientů. Nacvičují se běžné denní činnosti (například sebesycení, oblékání, příprava školních potřeb do aktovky), se kterými mají klienti problémy, a v důsledku toho se často stávají nesoběstačnými a závislými na pomoci druhé osoby. Tento stav se ergoterapeutky snaží ovlivnit pravidelným nácvikem jednotlivých problémových činností, popřípadě doporučením vhodné kompenzační pomůcky, která provedení činnosti klientům ulehčí. Jako příklad ergoterapeutka K uvedla cíl jedné své klientky s DMO, který spočíval ve zvládnutí samostatného zavázání si tkaničky u bot a tím i v dosažení většího stupně soběstačnosti jak v domácím prostředí, tak ve škole. Některé cíle je možno splnit za několik dnů popřípadě týdnů. Jiné naopak vyžadují více času, a to i v řádu let. Výše uváděný cíl byl vzhledem k těžkému postižení klientky dosažen až po půlročním tréninku.

### **3) Rozhovor s ergoterapeutkou K2 pracující v Centru Arpida v Českých Budějovicích**

Ergoterapeutka K pracuje s dětmi s tělesným nebo s mentálním postižením. Je jí 35 let a v zařízení pracuje 10 let. Vystudovala obor ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V terapiích se zaměřuje na soběstačnost dětí v běžných denních činnostech. S dětmi procvičuje zejména hrubou a jemnou motoriku. Spolupracuje také s učiteli svých klientů, kteří ji v případě nutnosti žádají o pomoc v trénování určité činnosti, která činí žákům ve škole problémy.

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Ergoterapeutka je spokojena zejména při práci a s ní souvisejících viditelných výsledků obzvláště u dětí předškolního věku. Žáci v této věkové kategorii totiž dělají značné pokroky při sebeobsluze. Jedná se spíše o dílčí pokroky. U dětí školního věku se stále během terapií provádějí sebeobslužné dovednosti, jako je kupříkladu obouvání bot, kdy se pro zjednodušení činnosti mohou používat zipy místo tkaniček, dále také namazání chleba v rámci přípravy svačiny, které žákům usnadňují speciální prkýnka s protiskluzovou podložkou. Pozornost je věnována také grafomotorice (například správný úchop tužky, kreslení od jednoduchých čar po složitější motivy, psaní) a rozvoji kognitivních funkcí (cvičení na rozpoznávání stejných obrázků, přiřazování daného stínu k příslušnému obrázku apod).

Ergoterapeutka je v Arpidě obecně spokojena, ale vadí jí systém, kterým ergoterapie na tomto pracovišti probíhá. Na jednu terapii mají totiž zdejší ergoterapeutky pouze jednu půlhodinu týdně, což je dle tázané ergoterapeutky velice málo na to, aby s klienty mohla dosahovat co nejlepších výsledků. Také nemá příliš času na přípravu na jednotlivé terapie, neboť má během dne skutečně hodně klientů, a proto musí přípravu provádět doma či chodit dříve do práce.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Hlavním cílem je vždy dosáhnout co nejvyšší možné nezávislosti a tedy i soběstačnosti klientů. Pokaždé záleží na typu postižení dítěte a je důležité pamatovat na to, že každý klient vyžaduje individuální přístup. U některých dětí je možnost viditelného pokroku – jedná se spíše o děti předškolního věku, u kterých jsou pokroky často zřetelnější než u dětí školního věku, kdy ergoterapeutka často zařazuje spíše kondiční terapii, která má za cíl udržet schopnosti a dovednosti dítěte.

## **4) Rozhovor s ergoterapeutkou V pracující v Centru Arpida v Českých Budějovicích**

Ergoterapeutka V pracuje s dětmi s tělesným nebo s mentálním postižením. Je jí 30 let a v zařízení pracuje 3 roky. Vystudovala obor ergoterapie na Západočeské Univerzitě v

Plzni. V terapiích se zaměřuje na soběstačnost dětí v běžných denních činnostech. S dětmi procvičuje zejména hrubou a jemnou motoriku. Spolupracuje také s učiteli svých klientů, kteří ji v případě nutnosti žádají o pomoc v trénování určité činnosti, která činí žákům ve škole problémy.

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Ergoterapeutka je se svými výsledky spokojena, nicméně uvádí, že vždy existují jisté rezervy. Domnívá se, že ačkoli je terapeut s výsledky své terapie spokojen a skutečně je pozitivní vliv terapie na klienta znát, lze i přesto dosahovat ještě lepších a viditelnějších výsledků.

Ergoterapeutka si práci v Centru Arpida velice užívá. Dokonce přiznala, že na žádném svém předchozím pracovišti nebyla tak spokojená, jako je zde. Má dobrý pracovní kolektiv a také šikovné malé klienty.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

V první řadě je to jistě co nejvyšší míra soběstačnosti a nezávislosti klienta. Během terapií se zaměřuje zejména na oblékání/svlékání a sebesycení dětí. Jako další cíl ergoterapeutka zmínila umět udělat terapie zábavné a smysluplné, aby děti docházely na ergoterapii rády a aby se na terapii těšily. Toho dosahuje prostřednictvím hry či na závěr terapií zařazuje aktivitu, o které ví, že jí daný klient dělá rád a baví jej. Tuto činnost nazývá ergoterapeutka odměnou pro dítě za odvedenou práci během terapie.

## **5) Rozhovor s ergoterapeutkou A pracující v Centru Arpida v Českých Budějovicích**

Ergoterapeutka A pracuje s dětmi s tělesným nebo s mentálním postižením. Je jí 24 let a v zařízení pracuje 2 roky. Vystudovala obor ergoterapie na Západočeské Univerzitě v Plzni. V terapiích se zaměřuje na soběstačnost dětí v běžných denních činnostech. S dětmi procvičuje zejména hrubou a jemnou motoriku. Spolupracuje také s učiteli svých klientů, kteří ji v případě nutnosti žádají o pomoc v trénování určité činnosti, která činí žákům ve škole problémy.

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Tázaná ergoterapeutka má nejlepší výsledky u dětí předškolního věku. Svou pozornost soustředí převážně na trénink oblékání/svlékání, sebesycení a také na nacvičování dovedností, které dítě poté využije ve škole. Jako příklad uvedla stříhání nůžkami. Nejvíce spokojená je se svými výsledky u dětí předškolního věku, se kterými pracuje na rehabilitačním pobytu. Tento program trvá vždy jeden až dva týdny v roce a ergoterapii zde mají klienti 1x/den, díky čemuž se výsledky mohou dostavit rychleji a jsou markantnější než u klientů, kteří dochází na ergoterapii pouze 1x/týden do Centra Arpida, kde navíc ergoterapie probíhá jen 30 minut.

Ergoterapeutka je v Centru Arpida nadměrně spokojená. Neuvěřitelně se jí zde líbí a práce v tomto centru ji skutečně baví a naplňuje. Říká dokonce, že se jí splnil sen, když jí bylo umožněno v Centru Arpida pracovat. Již během studia ergoterapie na vysoké škole, když docházela na povinné praxe a dostala se díky nim i do tohoto zařízení, věděla, že by v tomto centru chtěla v budoucnu pracovat.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Nejdůležitějším cílem ergoterapeutky je soběstačnost klienta – aby se dítě dokázalo samo najíst a také se samo obléknout a svléknout. Co se týče procvičování přímo školních dovedností, nemá na ně během ergoterapie moc času. Soustředí se spíše na běžné každodenní aktivity. Pokud ale učitelé nezvládají během vyučovacích hodin dítě potřebné dovednosti naučit, žádají pomoc od ergoterapeutky. Ta pak s tímto dítětem danou dovednost procvičuje během terapií a pomáhá tak dítěti, aby si tuto dovednost osvojilo. Učitelé nejčastěji potřebují od ergoterapeutky pomoci s nácvikem správného držení tužky, s nácvikem stříhání nůžkami a také s trénováním manipulace s ostatními školními potřebami, jako je například penál či učebnice.

## **6) Rozhovor s ergoterapeutkou V pracující v Integrovaném centru Zahrada v Praze**

Ergoterapeutka V pracuje s dětmi s kombinovaným postižením, tzn. s pohybovým a mentálním postižením. Je jí 32 let a v zařízení pracuje 6 let. Vystudovala obor ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Snaží se o co nejvyšší

soběstačnost svých dětských klientů v běžných denních činnostech. V případě potřeby spolupracuje také s pedagogy integračního centra.

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie?***

Ergoterapeutka je s výsledky své práce v naprosté většině případů spokojena. Její pocit z terapií záleží ale na mnoha faktorech, a to především na spolupráci s rodiči dětí. Někdy se při práci s malými klienty raduje a spolupráce s rodiči funguje velice dobře a někdy naopak intenzivně přemýšlí a vymýšlí další varianty či přístupy práce s dítětem, když spolupráce s rodiči nevychází a výsledky terapie tato skutečnost negativně ovlivňuje. Tázaná ergoterapeutka si je jistá, že to, jakých výsledků je terapeut u dítěte schopen dosáhnout, závisí do značné míry právě na práci rodičů. Například pokud terapeut zadá dítěti „domácí úkoly“, aby se mohlo intenzivněji pracovat na určených cílech, je důležité, aby rodiče s dítětem doma danou aktivitu cvičili. V případě, že rodiče k tomuto přistupují s nezájmem, ovlivňuje to záporně celkový výsledek práce s dítětem.

Ergoterapeutka je v současném zařízení, ve kterém pracuje, spokojená. Dle jejího názoru totiž podporuje interdisciplinaritu (= spolupráci mezi jednotlivými členy týmu) a nezapomíná na rodiče jako součást týmu a také na jejich potřeby.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Cíle jsou u každého dítěte jiné. Ergoterapeutka při jejich sestavování vychází ze vstupního a průběžného hodnocení, kdy se zaměřuje na to, co dítě zvládá a nezvládá, a dále stanovuje cíle na základě zájmů dítěte (co jej baví a motivuje). Cíle také sestavuje na základě rozhovoru s rodiči (vychází z jejich potřeb) a v ideálním případě i z toho, zda má možnost jít na domácí návštěvu. Ergoterapeutka během našeho rozhovoru řekla, že *„cíle jsou propojením potřeb a zájmů dítěte, rodiče a optiky ergoterapeutky.“* Spolupracuje také s učiteli svých klientů, kteří se na ni mohou obrátit s žádostí o pomoc, pokud je potřeba trénovat dovednosti, které dělají žákům ve škole problémy.

## **8.2.2 Vyhodnocení výzkumných otázek I**

### ***Jak jsou ergoterapeutky spokojeny s výsledky terapie?***

Všechny dotazované ergoterapeutky jsou se svými výsledky terapií obecně spokojeny. Vnímají výsledky pozitivně. Nejvýraznější vývoj většina z nich shledává u dětí předškolního věku. Někdy jsou výsledky znatelnější a dostavují se poměrně rychle, někdy jsou naopak méně viditelné či k pokroku dochází velice pomalu. Záleží na typu terapie – zda se jedná již pouze o udržovací (kondiční) terapii či ne. V případě, že jde o kondiční ergoterapii, výsledky nejsou tak znatelné, neboť dochází k udržování již naučené dovednosti, jejíž trénink se během terapií neustále opakuje, aby nedošlo ke zhoršení schopnosti danou činnost vykonávat. Dle některých odborníků jsou výsledky terapií také velice ovlivňovány přístupem a zájmem rodičů dětí.

Také v zařízeních, ve kterých pracují, jsou ergoterapeutky spokojeny. Dle výpovědí je v daných zařízeních dobře fungující ergoterapie, klienti jsou často šikovní, spolupracující a motivovaní.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Primárním cílem ergoterapeutek je vždy co nejvyšší možná nezávislost a soběstačnost klientů v běžných denních činnostech. Nejvíce se zaměřují na oblékání/svlékání a na sebesycení. Spolupracují také často s učiteli svých dětských klientů, a pokud je potřeba, obrací se učitel na ergoterapeutku a ta trénuje s dítětem určitou činnost, se kterou má dítě dle učitele ve škole problém. Nejčastěji se jedná o naučení či zlepšení dovednosti stříhat nůžkami, držet správně psací potřeby a umět s nimi cíleně manipulovat. Dalším cílem je také vytvoření příjemné atmosféry během ergoterapie, aby dítě docházelo na terapie rádo a cítilo se během terapií v psychické pohodě.

## **8.2.3 Praktická část 2 – Případové studie**

### **1) Případová studie – Klientka B**

Klientka B momentálně navštěvuje 6. třídu Základní školy Matice Školské v Českých Budějovicích, kam byla začátkem září 2014 integrována po pětiletém navštěvování českobudějovické základní školy v Arpidě pro děti s tělesným postižením. Klientce je 12 let. Na ergoterapii nyní již nedochází.

Vzhledem k tématu své diplomové práce jsem se zabývala pozorováním své klientky pouze do jejího ukončení studia na Základní škole v Arpidě. Zde chodila pravidelně každý týden po osm let (i během navštěvování mateřské školy) na ergoterapii.

**Diagnóza:**

Hereditární sensoricko – motorická neuropatie, M. DEJERINNE – SOTTAS

**Klinické projevy:**

Chabá tetraparéza, kontraktury svalů kyčlí, kolen, hlezen a flexorů prstů levé horní končetiny + lehká skolióza

**Popis klientky:**

Klientka má závažné motorické postižení, a proto má plně indikovaný elektrický vozík. Mentální dispozice jsou zcela v rámci normy, a to hlavně díky pěknému výkonu ve verbálním projevu. Je znevýhodněna v oblasti jemné motoriky, respektive grafomotoriky. Nezbytné je proto používání osobního počítače, aby se adekvátním způsobem eliminovalo znevýhodnění žákyně v souvislosti s jemnou motorikou a byl tak zajištěn další optimální rozvoj osobnosti dívky. Osobní počítač je nezbytnou kompenzační pomůckou.

**Klientka a škola:**

Klientka má výborný prospěch. Učení ji baví, má výrazný výtvarný talent – kreslí a maluje ústy. Velmi dobře spolupracuje, komunikuje adekvátně, na svůj věk je psychicky velice vyspělá. Do školy přijíždí na svém elektrickém vozíku, který výborně ovládá.

Techniku čtení má zvládnutou. Čtení je plynulé, obsah přečteného zachytí, přiměřeně reprodukuje. Grafomotorika – písemný projev plně zvládá ústy, úhledné a čitelné písmo. Dokáže psát i pravou a levou rukou, ale písmo je nečitelné a psaní tímto způsobem trvá dlouhou dobu. Diktát, přepis zvládá v pomalejším tempu bez specifické chybovosti. Sluchová percepce rozvinutá přiměřeně věku. Figurální kresba – odpovídá věku po formální i obsahové stránce. Při sebeobsluze vyžaduje plně pomoc zodpovědné dospělé osoby. Soustředění bez výrazných výkyvů, ale může se objevit

zvýšená unavitelnost mentální zátěží v návaznosti na charakter postižení. Nezbytné je zohlednění tempa práce v průběhu vyučovacích hodin.

### **Cíl ergoterapie:**

Ergoterapie u této klientky má převážně udržovací funkci – práce je zaměřena na zapojení hypotonických rukou a také na práci ústy. Důraz je kladen na procvičování jemné motoriky. Tato dělá klientce značné problémy, neboť svaly na rukách jsou hypotonické a objevují se zde i kontraktury svalů prstů.

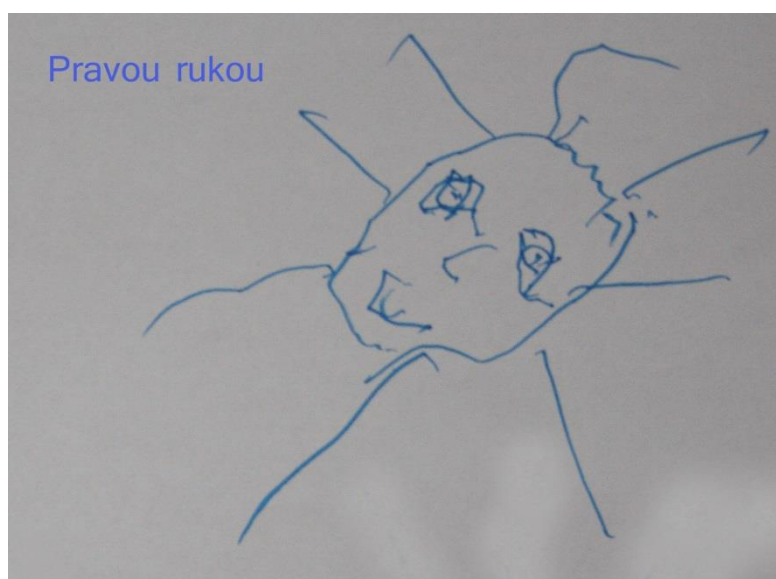
Během ergoterapie klientka nejčastěji kreslí, maluje či vyrábí. Dále pracuje na tabletu. Při práci s ním používá tzv. stylus, který ovládá ústy. Při terapii cvičí i sebesycení pomocí speciálně upravených dlaňových pásek, kterými je klientka schopna uchopit a udržet přístroj. Klientka sice za pomoci této kompenzační pomůcky je schopna sama se najíst, ale činnost jí trvá velice dlouho dobu.

Při monomanuálních činnostech (například kreslení) zkouší pracovat jak pravou, tak levou rukou, neboť klientka byla původně levačkou a levá ruka je jí tedy při výkonu činností bližší, ale v důsledku postupného slábnutí svalové síly v levé ruce se naučila používat i ruku pravou. Během mého docházení na ergoterapii se mnou klientka procvičovala kreslení jak pravou, tak i levou rukou. Psaní zvládala jen pravou rukou, ne levou, z důvodu snížené svalové síly v levé ruce. Dále tyto činnosti prováděla i ústy. Pro jasnou představu a srovnání jsem pořídila fotografie, viz obr. 1-5. Zde je zřetelně vidět, že klientka dokáže nejlépe psát i kreslit ústy, zatímco při psaní a kreslení rukou je výsledek poněkud horší. Pravou rukou je ale kreslení nepatrně povedenější než rukou levou. Psát dovede pouze ústy a pravou rukou, levou ruku vůbec na psaní nepoužívá. Co se týče výtvarných aktivit, klientka si vždy sama navrhne, na jakém projektu chce pracovat a za pomoci ergoterapeutky vymyšlený projekt zrealizuje (vyráběla například zoologickou zahradu z fuma). Tímto je podporována taktéž základní filosofie ergoterapie, čili klient si sám rozhoduje o svých aktivitách a terapeut je pouze facilitátorem, který pomáhá cíl klienta uskutečnit.





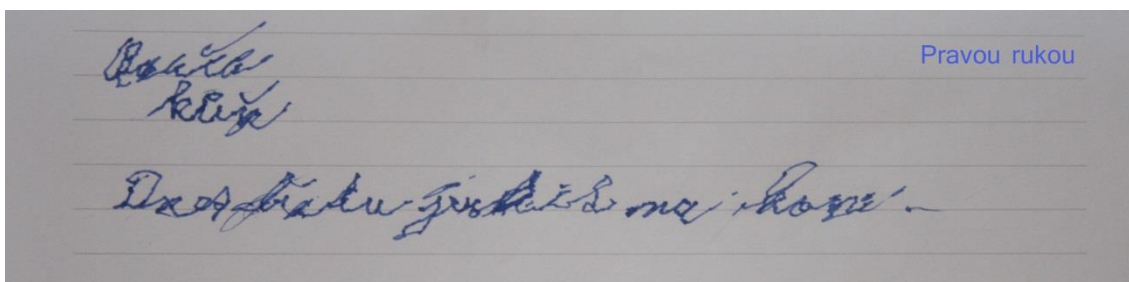
**Obr. 1** Kresba klientky B - levou rukou, samostatně



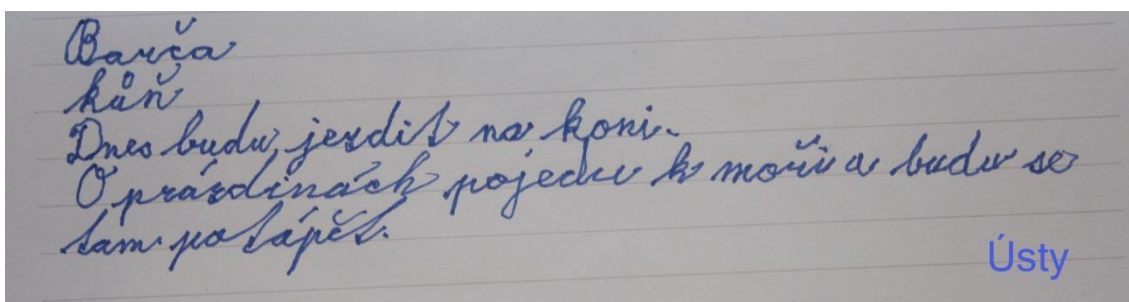
**Obr. 2** Kresba klientky B – pravou rukou, samostatně



**Obr. 3** Kresba klientky B – ústy, samostatně



**Obr. 4** Psaní klientky B – pravou rukou, samostatně



**Obr. 5** Psaní klientky B – ústy, samostatně

**Aktivity, které klientka v Arpidě provádí:**

Fyzioterapie – 3x/týden

Ergoterapie – 1x/týden

Hipoterapie – 1x/týden

Muzikoterapie – 1x/týden

Arteterapie – 1x/týden

### **Ergoterapie a její vliv na prospívání klientky ve škole:**

Klientka dochází na ergoterapii pouze 1x/týden, a to pouze na 30 minut. Z důvodu tohoto časového rozvržení nemá ergoterapie značný vliv na prospívání a práci ve škole (např. držení tužky, pohyby rukou při psaní, obecně zlepšování jemné popř. hrubé motoriky). Nicméně cílem ergoterapie u této klientky je používat co nejvíce ruce a plnit tak udržovací funkci této terapie. Značný vliv na pohyblivost rukou má ale rehabilitace (fyzioterapie), na kterou klientka dochází 3x/týden. Ergoterapie je v tomto případě terapií doplňkovou. Klientka má ale díky ergoterapii možnost využít svou kreativitu, své výtvarné a tvořivé schopnosti, které rozvíjí převážně díky této terapii. Ergoterapie je rozhodně nedílnou součástí komplexní terapie vybrané klientky. Jejím primárním úkolem je udržovat klientku v pohybu – důraz kladen na procvičování jemné motoriky (ruka popř. ústa). Důležitá je i koordinace oko – ruka a ruka – ruka. K samotnému procvičování dochází prostřednictvím konkrétní aktivity, kterou si klientka navíc sama volí a sama tedy rozhoduje o tom, co bude při terapii dělat.

### **Zhodnocení klientky na základě pozorování:**

Klientka si terapii velice užívá, tvoření ji baví. Se svou ergoterapeutkou vychází velmi dobře.

Klientka je velice nadaná v oblasti výtvarné činnosti, je tvořivá a má dobré nápady. Navíc dokáže v případě únavy rukou používat k práci i svá ústa. Tímto originálním způsobem nakreslila již několik svých obrázků. Dokonce byla oceněna i ve výtvarné soutěži.

### **Výsledky na základě rozhovoru s ergoterapeutkou klientky B:**

#### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie při práci s klientkou B?***

Během terapií s klientkou B ergoterapeutka provádí sebeobslužné aktivity a také činnosti zaměřené na procvičení jemné motoriky klientky – tedy grafomotoriky a oromotoriky, které jsem již výše uváděla. Obecně je terapeutka s výsledky klientky B spokojena, nejedná se ale o žádné pokroky, spíše jen o udržování funkčních rukou a úst.

### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientky B?***

Ergoterapie u klientky B má převážně funkci udržovací. Jedná se o takzvanou „kondiční terapii“. U klientky B je hlavním cílem zapojení obou rukou během daných činností v kombinaci s prací ústy. Z důvodu hypotonických rukou a kontraktur svalů prstů horních končetin je tento typ terapie pro klientku vhodný.

### **Výsledky na základě rozhovoru s paní učitelkou žákyně B:**

#### ***Jak prospívá žákyně B ve škole?***

Žákyně B je velice šikovná. Je neobyčejně bystrá dívka. Z hlediska kognitivních funkcí je v pořádku. Reaguje ve škole velice rychle, probíraná látka jí jde. Je aktivní a soustředěná. Je jedna z nejlepších ve třídě. Celkem je ve třídě osm žáků. Učení jí jde, i když je někdy poněkud línější. Co se týče psaní, malování a kreslení, vyžaduje žákyně více času na provedení činnosti. Zadaný úkol ale povětšinou zvládá bez obtíží. Mluvený projev a čtení je zcela bez problému. Žákyně je na svůj věk neobyčejně psychicky vyspělá. Pokud učitelka pracuje s žáky u tabule, sama si dojede na svém elektrickém vozíku, který perfektně ovládá, od své lavice k tabuli. Má speciálně upravenou lavici – je vyvýšená oproti ostatním lavicím, aby se k ní bez problému vešel její elektrický vozík, který je poměrně dosti vysoký.

#### ***Jak vnímá vliv ergoterapie na prospívání žákyně B ve škole?***

Paní učitelka chápe ergoterapii rozhodně kladně. Díky této terapii má žákyně každý týden možnost se intenzivněji zaměřit na procvičování a práci oběma rukama, což jí činí značné obtíže. Funkce rukou, což ve škole znamená převážně psát a dále také kreslit a malovat, je potřeba udržovat alespoň na této úrovni, na které je schopna pracovat. Pro rychlejší a také úhlednější písemný či výtvarný projev používá žákyně ústa. Práci s nimi také procvičuje během ergoterapie.

## **Výsledky na základě rozhovoru s matkou klientky B:**

### ***Jak vnímá (obecně) vliv ergoterapie na práci dítěte? Vidí výsledky ergoterapie (např. sebesycení, oblékání, psaní), či považuje ergoterapii za nedůležitou?***

Matka vnímá ergoterapii rozhodně kladně. Má s ergoterapií jen samé pozitivní zkušenosti. I sama klientka B si ergoterapii velice oblíbila a vždy, když má během dne v Arpidě chvíli volna, tak si ke své ergoterapeutce zajede a ta jí zadá práci a vyplní tak klientky volný čas.

Matka o ergoterapii říká, že terapii prací považuje za základ. Největší přínos vidí v tom, že se dítě během aktivit prováděných v terapii přirozeně hýbe. Pomáhá to jak po fyzické stránce, tak i po psychické, což je dle ní skutečně důležité. Nejedná se jen o mechanicky prováděný pohyb. Rozhodně nepovažuje ergoterapii za nedůležitou. U dcery vnímá funkci této terapie jako udržování schopností svého dítěte. Dcera na ergoterapii trénuje sebeobsluhu. Zkouší se zde samostatně najíst a umět se alespoň částečně obléknout. Také zde cvičí jemnou motoriku, která je důležitá pro práci ve škole, jako je například modelování, psaní, otáčení stránek v učebnici nebo vyndávání školních pomůcek z batohu. Také během ergoterapií trénuje psaní, kreslení a malování ústy.

### ***Jsou znatelné výsledky ergoterapie i na školních výsledcích dítěte (např. lepší jemná motorika jako je psaní apod.), či terapie na školní výsledky vliv nemá?***

Dle názoru matky klientky B ergoterapie jistě vždy na školní výsledky vliv má. Jen u některých dětí jsou výsledky více znatelné a u jiných méně. Konkrétně u své dcery výrazné zlepšení školních výsledků díky ergoterapii nevnímá. Co se ale týče kreslení ústy, pozoruje maminka stále větší a větší pokroky. Během ergoterapie pracuje její dcera ústy skutečně často a možná tedy také proto vidí maminka v této oblasti zlepšení. Je ale těžké říci toto stoprocentně.

### ***Doporučila by ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají tělesně postižené dítě a chtějí, aby jejich dítě lépe prospívalo?***

Matka by bez zaváhání ergoterapii doporučila i ostatním rodičům, kteří mají postižené dítě. Rozhodně má víru v ergoterapii a věří, že má obrovský smysl. Je to poslání. Sama

však uznává, že rodičů, kteří mají stejný či podobný názor jako ona, je skutečně velice málo. Naopak se v Arpidě setkává s rodiči, kteří považují ergoterapii pouze za doplňkovou terapii a neshledávají ji jako příliš důležitou součást komplexní péče o postižené dítě.

## **2) Případová studie – Klientka Z**

Klientka Z momentálně navštěvuje druhý ročník speciální základní školy v Centru Arpida v Českých Budějovicích. Zde dochází pravidelně po sedm let vždy jednou za týden na ergoterapii. Centrum (a tedy i ergoterapii) začala navštěvovat v průběhu svého druhého roku života, kdy docházela pouze ambulantně. Klientce je osm let.

### **Diagnóza:**

Vrozená vývojová vada CNS (= centrální nervová soustava)

### **Klinické projevy:**

Nerovnoměrný vývoj mentálních dispozic poukazuje na středně těžké mentální postižení.

### **Popis klientky:**

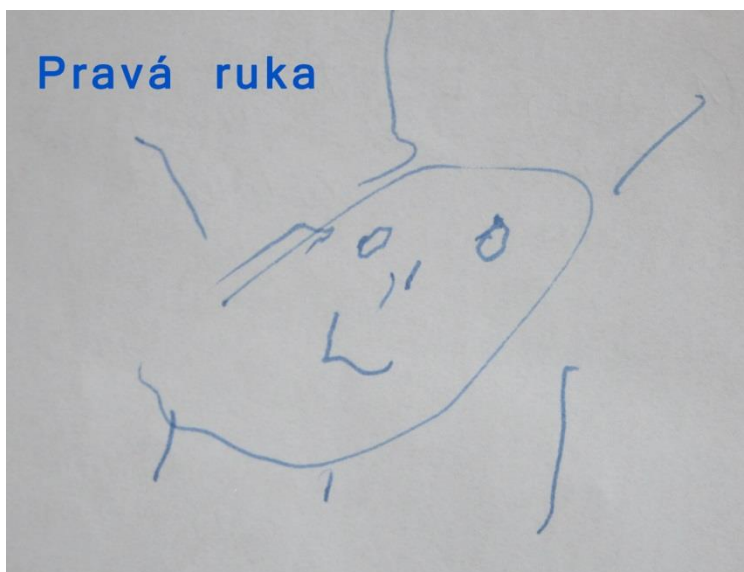
Klientka Z je sociálně vstřícná, pozitivně emočně laděná dívka. Často se usmívá a má radost. Kontakt s okolím navazuje neverbálně, reaguje na oslovení a v úkolové situaci rozumí jednoduchým pokynům. Co se týče jejího verbálního projevu v domácím prostředí, na základě poskytnutých informací od rodičů, dovede říkat slabiky a dokáže také verbálně reagovat ve spojitosti s emočním prožitkem. Klientka je schopna samostatné chůze o širší bázi, opora je nutná jen při chůzi po nerovném náročnějším terénu, kdy je vedena za ruku. Hrubá motorika se pozitivně rozvíjí. Ve spojitosti s jemnou motorikou klientka méně obratně zvládá úchop – a to i menších předmětů. Spontánně sahá po hračkách a manipuluje s nimi. Dle názvu rozlišuje některé předměty.

**Klientka a škola:**

Klientka uchopuje tužku do pravé ruky. Spontánně čmárá, v případě kresby jednoduššího obrázku je nutná dopomoc druhé osoby. Klientka není vůbec schopna samostatného psaní. Zvládne obracet stránky v učebnici, na obrázky písmen poklepává ukazovákem a prohlíží si je. Je vnímavá k pochvale. Je spolupracující, ale při delší mentální zátěži je zřejmý nástup únavy. Má problémy s koncentrací, dokáže se soustředit pouze několik minut. Ve škole má kamarády a chová se k nim velice hezky. Je přátelská a usměvavá. Ve třídě má spolu i s ostatními žáky k dispozici asistentku, která žákům pomáhá při provedení dané činnosti.

**Cíl terapie:**

U této klientky je viditelný značný posun a neustálý progres. Cílem ergoterapeutky je dostat klientku na co nejvyšší možný stupeň soběstačnosti. Sama ergoterapeutka vnímá v práci klientky obrovský pokrok. Zaměřuje se především na její dovednost se sama obléknout a svléknout. Klientka se po jednoročním trénování oblékání/svlékání dokáže již samostatně celá svléknout. Při oblékání je zapotřebí jen mírná dopomoc druhé osoby. Během terapií je věnována pozornost i rozvoji kognitivních funkcí, což terapeutka provádí formou různých cvičení, jako je například přiřazování stejných obrázků. Dále se ergoterapeutka zaměřuje také na jemnou a hrubou motoriku včetně grafomotoriky. Kreslení konkrétních obrázků dělá klientce značné problémy. Bez pomoci další osoby toto nezvládne (viz kresba sluníčka obr. 6). Samostatně dokáže pouze čmárat. Není zatím vůbec schopna psát. Důvodem, proč klientka nepíše, je mentální retardace, nikoli neschopnost úchopu a nedostatečná svalová síla, jako tomu bylo u předchozí klientky.



**Obr. 6** Kresba klientky Z – pravou rukou, fyzická dopomoc terapeuta

**Aktivity, které klientka v Arpidě provádí:**

Fyzioterapie – 2x/týden

Ergoterapie – 1x/týden

Hipoterapie – 1x/týden

Muzikoterapie – 1x/týden

Logopedie – 1x/týden

**Ergoterapie a její vliv na prospívání klientky ve škole:**

Klientka dochází na ergoterapii pouze 1x/týden, a to s časovou dotací pouhých 30 minut. Ergoterapeutka však i přes to pozoruje velké pokroky ze strany klientky v oblasti soběstačnosti (například výše zmíněné oblékání/svlékání). Tato dovednost je v rámci školních povinností také velice důležitá. V Centru Arpida funguje dobrá spolupráce mezi učiteli a ergoterapeutkami a za předpokladu, že učitel potřebuje, aby se žák naučil dílčí dovednost z oblasti příslušící ergoterapeutce, obrací se na ni. Konkrétně klientce Z dělalo ve škole problém zapnout si knoflík u kalhot a s tímto problémem se její paní učitelka obrátila na ergoterapeutku, která s ní tuto aktivitu prováděla a naučila ji knoflík u kalhot zapínat. V případě klientky Z je také nutno podotknout, že funguje perfektní spolupráce mezi terapeutu/učiteli a rodiči klientky, což zcela jistě přispívá k jejímu zlepšování a viditelným pokrokům.



Asi největší vliv ohledně prospívání klientky ve škole má ergoterapie na zlepšení jemné motoriky. I sama paní učitelka tvrdí, že vnímá, že došlo v této oblasti k velkému pokroku. Žákyně je nyní schopna uchopit tužku či jinou pomůcku do ruky. Dříve odmítala cokoli si do ruky brát. Její ruce jsou také více uvolněné, než byly dříve.

#### **Zhodnocení klientky na základě pozorování:**

Klientka Z je usměvavá, milá dívka. Svou ergoterapeutku má dle jejího chování k ní v oblibě. Často jí toto dává najevo pohlažením. Terapie jí na první pohled také baví, je vidět, že se cítí spokojeně a šťastně.

#### **Výsledky na základě rozhovoru s ergoterapeutkou klientky Z:**

##### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie při práci s klientkou Z?***

Ergoterapeutka je s výsledky své terapie v případě klientky Z spokojena. Přiznává dokonce, že původně ani sama nečekala, že bude klientka Z tak šikovná. Netušila totiž, že její mentální vývoj takové výsledky umožní. Hodně se po mentální stránce zlepšila, a to se odráží i na jejích schopnostech a dovednostech. Dělá značné pokroky v oblasti sebeobsluhy, jako je zejména oblékání/svlékání. Také se lepší její jemná motorika.

##### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientky Z?***

Primárním cílem ergoterapeutky je, aby byla klientka Z co možná nejvíce soběstačná v běžných denních činnostech a nevyžadovala tak pomoc další osoby. V posledních měsících se soustředila především na to, aby se klientka zvládla sama obléci a také svléci. Co se týče samostatného svlékání, byl cíl splněn. Samostatné oblékání je ale ještě potřeba nadále trénovat, neboť toto klientka zatím zvládá pouze s mírnou dopomocí.

Ergoterapeutka se také zaměřuje na zlepšení a trénování jemné motoriky, se kterou má klientka dosti potíže. Terapeutka ale pozoruje, že se jemná motorika klientky pomalu lepší. Tyto pokroky jsou dosti znatelné ve škole během vyučování, kdy je klientka schopna například uchopit tužku a krouživými pohyby kreslit či spojovat dva body na papíře.

## **Výsledky na základě rozhovoru s paní učitelkou žákyně Z:**

### ***Jak prospívá žákyně Z ve škole?***

Žákyně Z patří mezi průměrné žáky ve třídě. Má problémy s koncentrací, nedokáže se na prováděnou činnost soustředit delší dobu, a proto je potřeba, aby po pěti až deseti minutách byly aktivity během vyučování měněny. Žákyně nezvládá mluvit, ale má poměrně velkou pasivní slovní zásobu. Rozumí jednoduchým pokynům (například „Vezmi si do ruky štětec!“). Techniku čtení kvůli neschopnosti mluvit neovládá. Žákyně v současné době zatím není schopna samostatného psaní ani kreslení – jen čmárá. Cílené kreslení či psaní zvládá jen se značnou dopomocí asistentky, kterou mají žáci ve škole k dispozici. Umí sama psát pouze na klávesnici u počítače písmena „A“ a „I“, která se ve škole učili. Ke psaní těchto písmen a ke kreslení používají žáci v hodinách také takzvanou „pískovnici“, ve které žáci kreslí či píší prstem do písku.

Pracovní tempo ve vyučovacích hodinách je velice pomalé. Kupříkladu během prvního ročníku se žáci naučili rozpoznat pouze dvě písmena – „A“ a „I“. Nyní, ve druhé třídě, jim paní učitelka přidala ještě písmeno „E“. Paní učitelka trénuje s žákyní i znakovou řeč. Zatím je schopna s dopomocí ukázat jen „Já jdu na záchod“ a „Já jdu jíst“. Vyučující ale vidí u žákyně Z pokroky. Sice jsou pomalé, ale znatelné. Žákyně se v případě potřeby s ostatními dorozumí - má velkou pasivní slovní zásobu a pokud něco potřebuje, umí si na to ukázat.

Žákyně je pozitivně naladěná a má hezký vztah ke svým spolužákům.

### ***Jak vnímá vliv ergoterapie na prospívání žákyně Z ve škole?***

Paní učitelka chápe ergoterapii rozhodně kladně. Je si jistá, že vliv na prospívání žákyně Z jistě má. Velký pokrok zaznamenala především v uvolnění její ruky a v celkovém zlepšení jemné motoriky. Dnes již zvládá například krouživé pohyby rukou, které dříve provést nedokázala.

Žákyně je sice stále závislá na pomoci ostatních, ale dochází k viditelnému zlepšení. Paní učitelka tvrdí, že jemná motorika je pro žákyni velkým problémem, a proto je jí potřeba cvičit a zlepšovat. Od minulého školního roku se dle jejího názoru žákyně hodně v této oblasti zlepšila. Dříve dokonce odmítala cokoli uchopit do ruky, nechtěla se sama ani najíst či vzít tužku do ruky. V současné době nemá žákyně ve škole

problém uchopit tužku, pastelky či jiné pomůcky. Nicméně jemná motoriky žákyně je stále dosti špatná. Ale postupně se pomalu zlepšuje a ergoterapie na ni dle paní učitelky má velký vliv.

#### **Výsledky na základě rozhovoru s matkou klientky Z:**

***Jak vnímá (obecně) vliv ergoterapie na práci dítěte? Vidí výsledky terapie (např. sebesycení, oblékání, psaní), či považuje ergoterapii za nedůležitou?***

Matka rozhodně nepovažuje ergoterapii za nedůležitou. Vnímá ji jako podstatnou část péče o postižené dítě a dle jejího názoru dítěti neuvěřitelně pomáhá. Právě díky ergoterapii se její dcera dokáže sama svléknout a téměř už i sama obléknout. Naučila se i dalším dovednostem, jako je například stříhání nůžkami.

***Jsou znatelné výsledky ergoterapie i na školních výsledcích dítěte (např. lepší jemná motorika jako je psaní apod.), či ergoterapie na školní výsledky vliv nemá?***

Dle názoru matky ergoterapie určitě vliv na školní výsledky žáků má. Její dcera se během ergoterapie naučila používat nůžky a stříhat s nimi, což je jistě dovednost, která bude ve škole využita. Také vnímá pozitivní vliv ergoterapie na koncentraci dítěte a celkové postupné zlepšování kognitivních funkcí. Důležitá je jistě i pro rozvoj jemné motoriky dítěte.

***Doporučila by ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají mentálně postižené dítě a chtějí, aby jejich dítě lépe prospívalo?***

Matka klientky Z by určitě ergoterapii doporučila i ostatním rodičům, kterým se narodilo jejich dítě postižené. Vnímá ergoterapii jen pozitivně a vidí v tom obrovský smysl a potenciál. Neuvěřitelnou radost měla kupříkladu z toho, když se její dcera dokázala sama bez jakékoli pomoci druhé osoby svléknout.

### **3) Případová studie – klient M1**

Klient M1 navštěvuje v současné době první ročník praktické základní školy v Centru Arpida v Českých Budějovicích. Na ergoterapii dochází do tohoto zařízení po dobu tří let vždy jednou za týden. Klientovi je šest let.

#### **Diagnóza:**

Opožděný psychomotorický vývoj, epilepsie, vývojová dysfázie

#### **Klinické projevy:**

Nerovnoměrný vývoj klienta poukazuje na středně těžkou mentální retardaci. Problém s verbálním vyjadřováním - malá aktivní slovní zásoba.

#### **Popis klienta:**

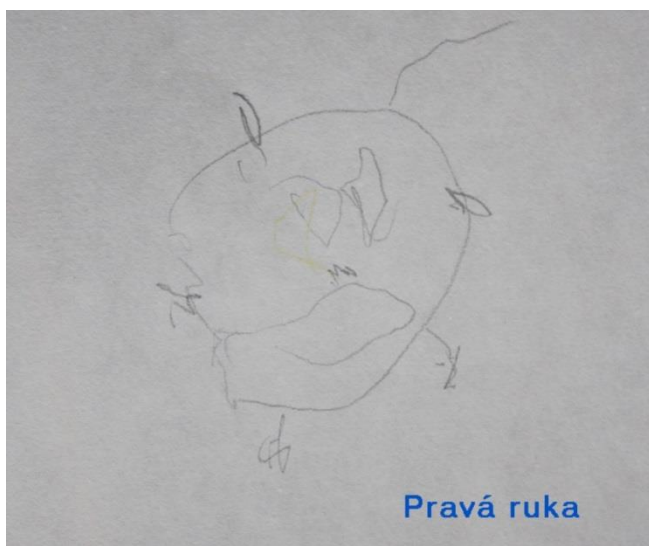
Klient trpí vývojovou dysfázií a od toho se odvíjí i jeho verbální projev. Má nerozvinutou řeč – umí používat jen několik slov, jeho aktivní slovní zásoba je malá. Mezi jeho nejčastěji používaná slova patří „ano“ a „prosím“. Klient ale velice dobře a ochotně spolupracuje s terapeutu/učitelu. Je sociálně vstřícný a vnímavý k pochvale. Pokynům terapeuta/učitele obvykle rozumí a reaguje na ně a snaží se vždy vyhovět.

#### **Klient a škola:**

Klient je během školního vyučování klidný a snaží se spolupracovat s paní učitelkou. Má ale problém s koncentrací, pozornost udrží nejdéle po dobu pěti minut, je dosti roztěkaný. Tužku uchopuje do pravé ruky. Nezvládá samostatně cíleně kreslit, pouze čmárá. Není zatím schopen ani samostatného psaní písmen. Co se týče jeho verbálního projevu, jeho aktivní slovní zásoba je skutečně malá. Dokáže říci pouze jednotlivá slova a zopakuje také jednoduchou větu po paní učitelce. Sám ve větách zatím mluvit nesvede. Paní učitelka mu musí pokládat jen jednoduché otázky a kolikrát se i doptává. Ve škole klient pracuje za pomoci asistentky, která dopomáhá i ostatním jeho spolužákům.

### **Cíl terapie:**

Klient dělá v terapiích znatelné pokroky. Důraz je kladen na rozvoj jemné a hrubé motoriky. Především jemná motorika dělá klientovi problémy, ergoterapeutka se zaměřuje na uvolňování rukou, což se pomalu zlepšuje. Z pedagogického hlediska má volnější ruka vliv především na zlepšování manipulace s tužkou, kterou klient již nedrží tak křečovitě jako dřív. Vzhledem k tomu, že nemá dosud zafixovaný úchop, trénuje s ním ergoterapeutka i správné držení tužky. Během ergoterapie trénuje kreslení jednoduchých motivů a obrázků (viz kresba sluníčka obr. 7), spojování pomocí čar apod., což napomáhá k uvolnění ruky. Dále se ergoterapeutka soustředí na nácvik oblékání/svlékání, které klient v současné době zvládá téměř sám s mírnou dopomocí druhé osoby. Největší problém mu činí oblékání ponožek, kdy potřebuje asistenci.



**Obr. 7** Kresba klienta M1 – pravou rukou, slovní dopomoc terapeuta

### **Aktivity, které klient v Arpidě provádí:**

Fyzioterapie – 2x/týden

Ergoterapie – 1x/týden

Muzikoterapie – 1x/týden

Logopedie – 1x/týden

### **Ergoterapie a její vliv na prospívání klienta ve škole:**

Klient dělá v rámci ergoterapie skutečně velké a znatelné pokroky. To se promítá i na jeho fungování ve škole. Pokud je potřeba, paní učitelka se domluví s ergoterapeutkou

a ta s ním pak trénuje vyžadovanou činnost, kterou může být například zavazování tkaniček. Jak jsem již výše uvedla, klient se viditelně zlepšuje. Má lepší úchop tužky a více uvolněnou ruku, což ovlivnilo i celkovou manipulaci s psacími potřebami. Také se dokáže téměř bez pomoci obléknout a svléknout.

#### **Zhodnocení klienta na základě pozorování:**

Klient je velice šikovný, milý chlapec. Na ergoterapii chodí s nadšením a aktivity, které během terapie provádí, jej baví. Je vstřícný a snaží se vždy zadaný úkol co nejlépe provést. Na klientovi je vidět pozitivní vývoj a znatelné pokroky. Jako největší pokrok vnímám uvolnění rukou a zlepšení koordinace oko – ruka a ruka – ruka.

#### **Výsledky na základě rozhovoru s ergoterapeutkou klienta M1:**

##### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie při práci s klientem M1?***

Ergoterapeutka je s výsledky své terapie u klienta M1 velice spokojena. Považuje klienta za šikovného snaživého chlapce. Vidí, že dělá z hlediska své soběstačnosti pokroky. Velice pozitivně vnímá uvolnění jeho horních končetin a celkové zlepšení jemné motoriky.

##### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klienta M1?***

Hlavním cílem je uvolnění rukou a také práce na rozvoji jemné motoriky klienta. Zejména ve zvýšení uvolněnosti rukou udělal klient obrovský pokrok. Dalším důležitým cílem bylo naučit klienta oblékat se a svlékat. I v tomto vidí ergoterapeutka značný pokrok, ale na této dovednosti je potřeba ještě pracovat, neboť klient stále potřebuje mírnou dopomoc (například při oblékání ponožek).

#### **Výsledky na základě rozhovoru s paní učitelkou žáka M1:**

##### ***Jak prospívá žák M1 ve škole?***

Žák má problémy s jemnou motorikou. Sice došlo v této oblasti ke značnému zlepšení, ale stále je na čem pracovat a je potřeba jeho jemnou motoriku i nadále zlepšovat. Nemá ještě zafixovaný úchop, na čemž paní učitelka spolupracuje spolu

s ergoterapeutkou. Tvrdí ale, že trénování správného úchopu je jen otázka času a v dohledné době bude toto žák ovládat bez problému. Při hodině má žák (stejně jako jeho spolužáci) problémy s koncentrací, a proto se paní učitelka snaží aktivity v hodině častěji měnit. Po určitou dobu (5 – 10 minut) žáci pracují (například se učí rozlišovat a pojmenovávat barvy) a poté mají vymezenou chvilku, kdy si jdou hrát na koberec.

### ***Jaký vnímá vliv ergoterapie na prospívání žáka M1 ve škole?***

Paní učitelka určitě vliv ergoterapie vnímá. Když potřebuje s určitou dovedností žáka pomoci, obrací se na ergoterapeutku, které řekne, na co je potřeba se v terapiích zaměřit, a ta s ním tuto činnost trénuje, aby docházelo k co nejrychlejšímu zvládnutí aktivity. Ergoterapie významně pomáhá v tom, co je právě potřeba. Paní učitelka velice kladně hodnotí skutečnost, že na ergoterapii je žák sám a ergoterapeutka se tedy věnuje pouze jemu a není to jako ve škole, kde se musí učitelka věnovat většímu počtu žáků. Ve škole s žáky procvičuje konkrétní činnosti, jako je například stříhání nůžkami a poté je stejná činnost trénována i během ergoterapie, díky čemuž se dovednost prohlubuje. Mezi učitelkou, ergoterapeutkou a rodiči dítěte existuje také takzvaný individuální plán spolupráce, ve kterém rodiče uvedou, co si přejí, aby se jejich dítě naučilo. Jako příklad může být cílem naučit dítě zavazovat si tkaničky. Na ergoterapii i ve škole během pracovních činností je pak tato dovednost trénována. Individuální plán spolupráce je vždy na půl roku, a pokud není cíl splněn, lze jej prodloužit o další půlrok.

### **Výsledky na základě rozhovoru s matkou klienta M1:**

#### ***Jak vnímá (obecně) vliv ergoterapie na práci dítěte? Vidí výsledky ergoterapie (např. sebesycení, oblékání, psaní), či považuje ergoterapii za nedůležitou?***

Matka má k ergoterapii kladný postoj. Vidí, že terapie jejímu synovi pomáhá. Jako příklad uvedla viditelné zlepšení svého syna v oblékání a svlékání. Považuje ergoterapii za užitečnou a smysluplnou.

***Jsou znatelné výsledky ergoterapie i na školních výsledcích dítěte (např. lepší jemná motorika jako je psaní apod.), či ergoterapie na školní výsledky vliv nemá?***

Matka se domnívá, že ergoterapie by na školní výsledky jejího dítěte vliv mohla mít. Ale není si tímto tvrzením bez váhání jistá. Vnímá ergoterapii jako terapii, která jejímu dítěti pomáhá, ale je dle jejího názoru těžké odhadnout, zda má vliv na školní výsledky jejího dítěte.

***Doporučila by ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají mentálně postižené dítě a chtějí, aby jejich dítě lépe prospívalo?***

Rozhodně by ergoterapii ostatním rodičům doporučila. Tato terapie je správnou volbou pro dítě, které je postižené, a má na dítě pozitivní vliv a pomáhá mu.

#### **4) Případová studie – klient M2**

Klient M2 navštěvuje nyní druhým rokem první třídu Základní školy pro tělesně postižené děti v Centru Arpida v Českých Budějovicích. První třídu má tedy rozloženou do dvou let. V Centru Arpida existuje tato možnost rozložení, kdy první třída prvním rokem je jako přípravný ročník a první třída druhým rokem je ročník návazný. Na ergoterapii dochází po dobu pěti let vždy jedenkrát týdně (nejprve docházel ambulantně). Klientovi je sedm let.

#### **Diagnóza:**

SMA I. typu (= spinální svalová atrofie), skolióza, luxace pravého kyčle

#### **Klinické projevy:**

Svalová slabost horních i dolních končetin, myopatie

#### **Popis klienta:**

Klient má motorické postižení a z tohoto důvodu má plně indikovaný elektrický vozík. Po mentální stránce je klient zcela v normě. Je vysoce komunikativní, verbální projev je v pořádku. Má problémy s jemnou motorikou, což se projevuje zejména při psaní a



kreslení ve škole. Nezbytné proto je poskytnout klientovi více času na provedení zadaného úkolu a také možnost využití kompenzační pomůcky (= speciálně upravenou tužku). V úkolové situaci vyžaduje důslednější vedení, neboť jeho koncentrace často kolísá. Klient je unavitelný mentální zátěží. Je proto důležité dbát na změnu činnosti či formy úkolu, což zvyšuje jeho motivaci úkol provést.

### **Klient a škola:**

Je to klidný a přemýšlivý chlapec. Ve škole nemá problém navázat kontakt se svými spolužáky. V hodinách je důležité respektovat jeho potřeby – je poměrně snadno unavitelný, a proto by učitel měl volit pomalejší pracovní tempo a častěji střídat činnosti, aby mu poskytl potřebnou úlevu (střídat fázi zatížení a fázi uvolnění). Během vyučovacích hodin je klient snaživý a má vzorné chování. Soustředí se, spolupracuje s učitelkou a pohotově odpovídá na její dotazy. S učením nemá problémy, ve třídě patří mezi premianty.

Co se týče grafomotoriky, klient preferuje levou ruku. Pro psaní či kreslení používá tužku s nástavcem, který mu provedení činnosti usnadňuje. Také často využívá speciální tužku, která má úchopovou zónu s malými protiskluzovými body. Tyto body slouží k tomu, aby mu při psaní či kreslení nesklouzávaly prsty a úchop byl tak jistější. Má totiž problém se zvýšenou potivostí rukou, proto tedy takto upravenou tužku hojně využívá. Klient nemá problém se správným úchopem tužky. Zvládá psaní hůlkovým písmem. Nejčastěji používá obyčejnou tužku. Někdy píše i pastelkou či fixou, aby nebyl z psaní demotivovaný, neboť tužka nezanechává tak výraznou stopu jako pastelka či fixa. Vzhledem k tomu, že má žák myopatii, nemůže na psací pomůcku tolik tlačit.

Žák má ve třídě k dispozici také speciální ruční nástavec, který využívá při čtení a při práci na počítači. Může si o něj opřít předloktí a je mu tak usnadněna právě vykonávaná činnost.

### **Cíl terapie:**

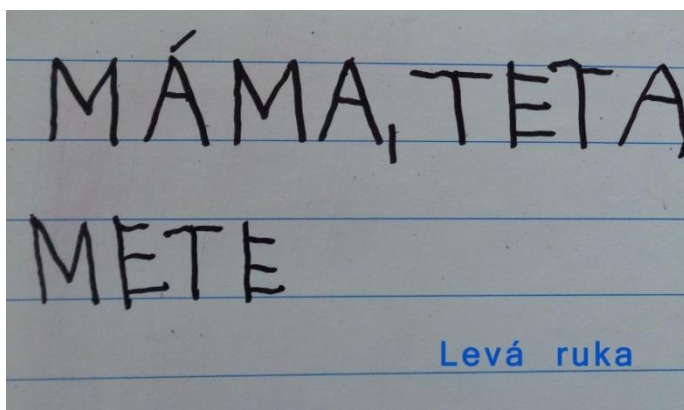
Ergoterapie má u tohoto klienta převážně udržovací funkci. Práce je zaměřena zejména na procvičování jemné a částečně také hrubé motoriky, která činí klientovi značné obtíže. Je důležité udržet hybnost horních končetin včetně ramenního kloubu. Toto terapeut provádí prostřednictvím různých her, jako je například dětská hra „Kloboučku,

hop!“, díky níž může klient procvičovat především jemnou, ale částečně i hrubou motoriku. Díky tomuto trénování si klient zachovává pohyblivost prstů ruky, což významně ovlivňuje jeho fungování během školního vyučování. Sice na provádění činnosti potřebuje více času, ale dokáže zadané úkoly ve škole splnit.

Během ergoterapie klient také rád vyrábí, je kreativní. Terapeutka s ním tedy často modeluje či vytváří různé předměty z fuma. V souvislosti se školou s ním ergoterapeutka procvičovala v nedávné době také hodiny.



**Obr. 8** Kresba klienta M2 – levou rukou, samostatně



**Obr. 9** Psaní klienta M2 – levou rukou, samostatně

**Aktivity, které klient v Arpidě provádí:**

Fyzioterapie – 2x/týden

Ergoterapie – 1x/týden

Muzikoterapie – 1x/týden

**Ergoterapie a její vliv na prospívání klienta ve škole:**

Vzhledem k udržovací funkci ergoterapie nejsou u klienta znatelné markantnější pokroky. Během terapií je procvičována především jemná a také hrubá motorika, aby byla co nejvíce zachována funkčnost horních končetin. Toto má jistě pozitivní vliv na práci klienta ve škole – zejména na psaní, kreslení a manipulaci se školními pomůckami. I když vliv ergoterapie na jeho prospívání by mohl být pravděpodobně vyšší, kdyby měl klient terapii více než jen jedenkrát týdně. To ale v důsledku nízkého počtu ergoterapeutek na pracovišti není vzhledem k vysokému počtu klientů možné.

**Zhodnocení klienta na základě pozorování:**

Klient na ergoterapii dochází rád, ale ne vždy má chuť s ergoterapeutkou spolupracovat. Velice záleží na jeho náladě, která se často mění. U klienta M2 jsem si velice silně uvědomila, jak moc je důležité umět dítě namotivovat, aby provedlo vámi požadovanou činnost. Je to velice inteligentní chlapec a také dosti tvrdohlavý, a když se rozhodne, že danou aktivitu dělat nebude, je skutečně komplikované jej přesvědčit o opaku. Dokáže velice rychle argumentovat, proč činnost vykonat nechce. Musím přiznat, že spolupráce s ním byla pro mě nejsložitější ze všech klientů. Důležité ale bylo, že se mi vždy nakonec podařilo klienta namotivovat a on úkol provedl. Zajímavé bylo pozorovat jeho odlišné chování během ergoterapie a během vyučovací hodiny ve škole. Při ergoterapii byl více svéhlavý, a pokud neměl zrovna náladu, dlouho odmítal provést činnost, kterou mu ergoterapeutka zadala. Ve škole naopak spolupracoval s paní učitelkou bez jakéhokoli odporu a zadaný úkol vždy vykonal.

## **Výsledky na základě rozhovoru s ergoterapeutkou klienta M2:**

### ***Jak je spokojena s výsledky ergoterapie při práci s klientem M2?***

Ergoterapeutka je s výsledky své terapie u klienta M2 spokojena, ale vzhledem k udržovací funkci terapie výsledky nejsou tak viditelné jako u klientky Z a klienta M1, u kterých může stále vidět značné pokroky. Toto je ale dle ergoterapeutky dosti ovlivněno typem postižení. Klient M2, stejně jako klientka B, má tělesné postižení, u kterého je důležité stále udržovat funkci horních končetin na dosavadní úrovni, dolní končetiny má nefunkční. Jen tak může být dítě s tímto druhem postižení i v budoucnu soběstačné. Větší pokroky dělali tito klienti během předškolních let, nyní se jedná o kondiční ergoterapii. Výsledky své práce tedy ergoterapeutka hodnotí kladně.

### ***Jaké jsou cíle ergoterapie u klienta M2?***

Ergoterapeutka se snaží udržovat funkci horních končetin klienta. Toto je její primární cíl. Zaměřuje se na jemnou a hrubou motoriku. Terapeutka dbá také na to, aby terapie klienta bavila. Je pro ni tedy důležité, aby mu zadávala úkoly, které bude klient vykonávat s chutí.

## **Výsledky na základě rozhovoru s paní učitelku žáka M2:**

### ***Jak prospívá žák M2 ve škole?***

Žák s probíranou látkou ve škole nemá problémy. Je velice šikovný, dostává především jedničky. Během vyučovacích hodin je soustředěný a ochotně s paní učitelkou spolupracuje. Jen bývá v hodinách často unavený, a proto musí paní učitelka střídat prováděné činnosti. Kupříkladu pokud žák píše delší dobu, vidí na něm známky unavenosti. Proto jej pak nenutí dále psát, ale dělá s ním uvolňovací cviky prstů, aby mu poskytla úlevu. Žák má potíže s jemnou motorikou, což se projevuje zejména na jeho psaní, kdy využívá speciální tužky s protiskluzovými body či tužky s nástavcem a potřebuje také více času na provedení činnosti. Po mentální stránce je ale žák zcela v pořádku.

***Jaký vnímá vliv ergoterapie na prospívání žáka M2 ve škole?***

Paní učitelka vnímá významný vliv ergoterapie na práci žáka ve škole. Je dle jejího názoru zručnější a také klidnější, protože zvládá spoustu činností rychleji. Jako příklad uvedla stříhání nůžkami. Ergoterapeutka může také učitelům a žákům radit s výběrem potřebných kompenzačních pomůcek a některé z nich jim může zapůjčit i do třídy, kde je žáci během výuky využívají. Ergoterapie má jistě významný podíl na funkci horních končetin žáka.

**Výsledky na základě rozhovorů s matkou klienta M2:**

***Jak vnímá (obecně) vliv ergoterapie na práci dítěte? Vidí výsledky terapie (např. sebesycení, oblékání, psaní), či považuje ergoterapii za nedůležitou?***

Matka hodnotí ergoterapii jednoznačně kladně. Dle jejího názoru ergoterapie přispívá k udržení funkce horních končetin jejího syna. Terapie je velice důležitá pro rozvoj popřípadě udržování jemné motoriky.

***Jsou znatelné výsledky ergoterapie i na školních výsledcích dítěte (např. lepší jemná motorika jako je psaní apod.), či ergoterapie na školní výsledky vliv nemá?***

Matka toto nedokáže odhadnout. Ale ví, že psaní je pro jejího syna poměrně komplikované a zpočátku školní docházky si oba rodiče mysleli, že psaní bude pro něho představovat daleko větší problém. Nakonec to syn zvládá, jen potřebuje na psaní více času a také od něj nemohou očekávat krasopis.

***Doporučila by ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají tělesně postižené dítě a chtějí, aby jejich dítě lépe prospívalo?***

Ano, matka by ergoterapii rozhodně doporučila. Líbí se jí činnosti, které s dětmi ergoterapeutky provádí a také se jí líbí kompenzační pomůcky, které mohou děti využívat. Dle názoru matky je ergoterapie důležitou součástí komplexní zdravotní péče o postižené děti.

## **8.2.4 Vyhodnocení výzkumných otázek II**

### **Shrnutí výsledků na základě otázek pro ergoterapeutky:**

#### ***Jak jsou spokojeny s výsledky ergoterapie při práci s klientem/klientkou?***

Tázané ergoterapeutky byly s výsledky svých terapií při práci s výše uváděnými klienty/klientkami spokojeny. Ať se jednalo o kondiční terapii, kdy měla ergoterapie především udržovací funkci, či o ergoterapii, která přinášela znatelné pokroky v soběstačnosti klientů, hodnotily svou práci a výsledky kladně.

#### ***Jaké jsou konkrétní cíle ergoterapie u klientů?***

Hlavním cílem byla vždy co nejvyšší možná míra soběstačnosti klientů. Ergoterapeutky se zaměřovaly na hrubou a především také na jemnou motoriku, čímž byla nezávislost klientů v běžných denních činnostech značně ovlivněna. Taktéž grafomotorika, jejíž trénování během terapií se pozitivně promítalo do práce dětí ve škole, se často řadila k vymezeným cílům. Mezi cíle patřilo i procvičování kognitivních funkcí (zejména u mentálně postižených dětí). Je nutno zmínit i možnost spolupráce mezi ergoterapeutkami a učiteli, kteří se na terapeuty mohli v případě nutnosti tréninku dané činnosti s dětmi obrátit.

### **Shrnutí výsledků na základě otázek pro paní učitelky:**

#### ***Jak prospívá daný žák/žákyně ve škole?***

Vybraní žáci s tělesným postižením prospívají ve škole velice dobře. Jen potřebují mnohdy na provedení činností více času či jsou snadněji unavitelní, a je proto důležité umět se jako učitel přizpůsobit jejich potřebám. Žáci s mentálním postižením patří naopak ve třídě spíše k průměrným žákům. Mají značné problémy s koncentrací během vyučovacích hodin, a proto je nutné, aby byly dané aktivity častěji měněny.

#### ***Jaký vliv ergoterapie vnímají na prospívání žáka/žákyně ve škole?***

Všechny paní učitelky se shodly na tom, že ergoterapie má rozhodně smysl a že vnímají její pozitivní vliv na prospívání svých žáků ve třídě. Ergoterapie má kladný dopad na funkci horních končetin žáků, což se ve škole projevuje kupříkladu při psaní, kreslení, stříhání nůžkami, ale i na dovednostech jako je oblékání a také dovednost umět se samostatně najíst. Některým žákům ergoterapie pomáhá i po stránce psychické, neboť

pokud trénují činnost, která jim ve škole dělá problémy i během terapie, dokáže pak aktivitu provést během hodiny rychleji a lépe a je tak ve škole klidnější.

#### **Shrnutí výsledků na základě otázek pro matky:**

##### ***Jak vnímají (obecně) vliv ergoterapie na práci dítěte? Vidí výsledky terapie (např. sebesycení, oblékání, psaní), či považují ergoterapii za nedůležitou?***

Všechny dotazované matky se shodují v tom, že ergoterapii považují za důležitou část komplexní péče o postižené dítě. Zaujímají k ergoterapii kladný postoj. Tvrdí, že jejich děti jsou díky této terapii šikovnější, zručnější – je totiž trénována funkce horních končetin, což kladně ovlivňuje jemnou i hrubou motoriku dětí.

##### ***Jsou znatelné výsledky ergoterapie i na školních výsledcích dítěte (např. lepší jemná motorika jako je psaní apod.), či terapie na školní výsledky vliv nemá?***

Dle matek ergoterapie na školní výsledky dětí vliv má, jen u některých mohou být výsledky znatelnější a u některých dětí méně. Rozhodně má ale terapie vliv na funkci horních končetin, což se při práci ve škole například při psaní promítá.

##### ***Doporučily by ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají tělesně postižené dítě a chtějí, aby jejich dítě lépe prospívalo?***

Tázané matky by ergoterapii ostatním rodičům, ať už s tělesně či s mentálně postiženými dětmi, rozhodně doporučili. Sami jsou s terapií spokojeni a vnímají ergoterapii jako důležitý obor, který přispívá ke zlepšování zdravotního stavu jejich dětí.

## 9 Diskuze

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi ergoterapeutů s výsledky terapie a dopadem ergoterapie na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Ergoterapeut pracuje s lidmi a pomáhá jim dostat se na co nejvyšší možnou úroveň nezávislosti a soběstačnosti ve vykonávání běžných denních činností. Tohoto dosahuje pravidelným procvičováním postižené části těla a trénováním problematické činnosti, popřípadě doporučením vhodné kompenzační pomůcky, kterou následně naučí klienta používat.

Vzhledem k tomu, že se ergoterapeut zaměřuje na procvičování hrubé motoriky a jemné motoriky (té obzvláště) a také na trénování kognitivních funkcí klientů, má tato terapie významný vliv na jejich prospívání ve škole. Dotazované ergoterapeutky rozhodně vnímají svou práci jako prospěšnou pro zvládnutí důležitých školních dovedností žáků a stejně tak i učitelé a rodiče chápou tuto terapii jako podstatnou a dle jejich názoru má ergoterapie na prospívání dětí ve škole pozitivní vliv. Co se týče všedních denních činností, asi nejvýrazněji lze dopad ergoterapie pozorovat v oblasti oblékání a sebesycení. V souvislosti se školou terapie zlepšuje do značné míry grafomotoriku klientů, což je zřetelně viditelné na psaní, kreslení a malování žáků ve školní výuce. Žáci mají více upevněný úchop psací potřeby a lépe s ní tak dokážou manipulovat. Ergoterapeut může také pracovat na zlepšení kognitivních funkcí, což se ve škole projeví zvýšením pozornosti i soustředěnosti a lepší orientací v čase a prostoru. Nejmarkantněji lze ale pozorovat pokrok žáků v oblasti grafomotoriky. Na tomto se shodují jak dotazovaní ergoterapeuti a učitelé, tak i samotné matky.



## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit a popsat zkušenosti ergoterapeutů s výsledky jejich terapie a také objasnit, zda má ergoterapie vliv na školní výsledky žáků na 1. stupni ZŠ. Úkolem výzkumného šetření bylo zjistit na základě rozhovorů s ergoterapeuty zkušenosti s výsledky jejich terapie. V druhé polovině praktické části bylo cílem objasnit prostřednictvím rozhovorů s ergoterapeuty, učiteli a také rodiči dětí, jaký vliv má ergoterapie na prospívání dětí na 1. stupni ZŠ.

Na základě získaných informací lze ergoterapii chápat jako podstatnou terapii, která ovlivňuje jak prospívání žáků na 1. stupni ZŠ, tak celkově jejich prospívání v životě obecně. Uplatňuje se zejména ve schopnosti zvládat vykonávat běžné denní činnosti, což má vliv i na celkové prospívání dětí ve škole. Zaměřuje se především na oblékání, sebesycení a osobní sebeobsluhu. Trénována je hlavně jemná motorika, se kterou mají vybraní žáci časté problémy. Procvičování jemné motoriky (grafomotoriky a úchopů) je jistě do značné míry přínosné pro práci dětí ve škole. Týká se to především stříhání nůžkami v hodinách pracovních činností, dále psaní, kreslení i malování, kdy je zapotřebí, aby žák správně uchopil pero, tužku či štětec a dokázal s ním cíleně manipulovat. Nácvik jemné motoriky zasahuje až do oblasti sebeobsluhy, kdy si je dítě schopno kupříkladu samo zapnout zip u mikiny nebo knoflíky na košili či u kalhot a zavázat si tkaničku u bot. Tyto činnosti jsou pro prospívání ve škole také velice důležité. Spolupráce mezi učiteli a ergoterapeuty je tedy jistě vhodná a přináší pozitivní výsledky na prospívání žáků na 1. stupni ZŠ. Ergoterapeut může poskytovat učitelé rady ohledně ergonomického řešení sezení žáků na židli v lavici, popřípadě ve vozíku, pokud je dítě tělesně postiženo, dále může během terapií s dětmi provádět aktivity, které jim dělají ve škole potíže, a jejich učitelé tedy sami osloví ergoterapeuta, aby prostřednictvím konkrétních činností trénoval hrubou motoriku, jemnou motoriku či kognitivní funkce. Tento pravidelný trénink daných činností během ergoterapie pak ovlivňuje rychlost, způsob a celkově kvalitu provedení této určité činnosti ve škole. Ergoterapie je pro učitele velice nápomocná, neboť terapeut se zaměřuje na aktivity, které jsou pro žáky problematické, a během školní výuky na jejich trénink nezbývá mnoho času.

## POUŽITÉ ZDROJE

ALI, Nazia a Ruchi NAGAR. To study the effectiveness of occupational therapy intervention in the management of fear of public speaking in school going children aged between 12-17 years. *Indian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2013, vol. 45, issue 3, s. 21-25 [cit. 29. 6. 2014]. ISSN 0445-7706. Dostupné z: [http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?sid=0edf3b5e-1db4-4cbb-87d1-](http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?sid=0edf3b5e-1db4-4cbb-87d1-e4dab16345b0%40sessionmgr110&vid=11&hid=116&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCx1cmwmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=a9h&AN=94784996)

[e4dab16345b0%40sessionmgr110&vid=11&hid=116&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCx1cmwmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=a9h&AN=94784996](http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?sid=0edf3b5e-1db4-4cbb-87d1-e4dab16345b0%40sessionmgr110&vid=11&hid=116&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCx1cmwmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=a9h&AN=94784996).

AOTA. Uniform terminology for occupational therapy – 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1994, vol. 48, issue 11, s. 1047 – 1054 [cit. 31. 8. 2014]. ISSN 0272 – 9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1873346>.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví, 6., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 8024711974.

Centrum Arpida: Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA (NZZ), [online]. 2008, [cit. 22. 11. 2013], dostupné z: <http://www.arpida.cz/index.php/zdravotnictv%C3%AD>.

DUNN, Winnie. *Best Practice Occupational Therapy: In Community Service with Children and Families*. Thorofare. New York: Slack Incorporated, 2000. ISBN 978-1556424564.

HAGEDORN, Rosemary. *Foundation for Practice in Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 978-0443052927.

HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie - Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.

Integrační centrum Zahrada: Ergoterapie, [online]. 2014, [cit. 31. 10. 2013], dostupné z: <http://www.iczahrada.cz/nase-sluzby/ergoterapie/>.

Integrační centrum Zahrada: Naše služby, [online]. 2014, [cit. 31. 10. 2013], dostupné z: <http://www.iczahrada.cz/nase-sluzby/>.

Jedličkův ústav a školy: Ergoterapie, [online]. 2010, [cit. 30. 6. 2014], dostupné z: <http://www.jus.cz/lecebna-rehabilitace?p=3>.

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

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

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

LAW, Mary. *Client – Centered Occupational Therapy*. Thorafore. New York: Slack, 1998. ISBN 978-1556422645.

MATĚJÍČKOVÁ, Eva. Práce ergoterapeuta v psychiatrickém zařízení, [online]. 2011, [cit. 30. 6. 2014], dostupné z: <http://www.psychopedickaspolecnost.cz/index.php/clanky/z-konferenci/12-celostatni-konference>.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

NEISTADT, Maureen E. a Elizabeth Blesedell CREPEAU. *Willard's and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1998. ISBN 9780397551927.

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0.

POLATAJKO, Helene J. a Noemi CANTIN. Exploring the effectiveness of occupational therapy interventions, other than the sensory integration approach, with children and adolescents experiencing difficulty processing and integrating sensory information. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, vol. 64, s. 415-429 [cit. 29.6.2014]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: [http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=MGNGFPKPMGDDJBBENCMKEEMCLLJBAA00&Link+Set=S.sh.35%7c2%7csl\\_10](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=MGNGFPKPMGDDJBBENCMKEEMCLLJBAA00&Link+Set=S.sh.35%7c2%7csl_10).

PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-48-6.

STEULTJENS, Esther. *Efficacy of occupational therapy. The state of the art*. Utrecht: Nivel, 2005. ISBN 90-6905-694-1.

TICHÁ, Ivana. *Využití prvků ergoterapie na základních školách speciálních*, [online]. 2012, [cit. 4. 10. 2014]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Ilona Fialová. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/th/385692/pedf\\_m/](http://is.muni.cz/th/385692/pedf_m/)>.

VACULÍKOVÁ, Lucie. AUT – Centrum o. p. s., [online]. 2013, [cit. 31. 10. 2013], dostupné z: <http://www.aut-centrum.cz/>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786780.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1**

**KONTAKTY NA ERGOTERAPEUTICKÉ ORGANIZACE**

**Příloha č. 2**

**OTÁZKY POKLÁDANÉ PŘI ROZHOVORECH**

# **Příloha č. 1**

## **KONTAKTY NA ERGOTERAPEUTICKÉ ORGANIZACE**

Česká asociace ergoterapeutů  
[www.ergoterapie.cz](http://www.ergoterapie.cz), [www.ergoterapie.org](http://www.ergoterapie.org)

Světová federace ergoterapeutů (World Federation of Occupational Therapists, WFOT)  
[www.wfot.org](http://www.wfot.org)

Rada ergoterapeutů evropských zemí (Council of Occupational Therapist for the European Countries, COTEC)  
[www.cotec-europe.org](http://www.cotec-europe.org)

## Příloha č. 2

### OTÁZKY POKLÁDANÉ PŘI ROZHOVORECH

#### ***Otázky pokládáné při rozhovorech s ergoterapeuty***

Jak dlouho pracujete zde v zařízení?

Se kterými typy postižení se setkáváte u klientů nejčastěji?

Které kurzy jste v rámci ergoterapie absolvovala?

Pokud jste některé kurzy absolvovala, který z nich používáte v praxi nejčastěji?

Jak dlouho trvá ergoterapie?

Kolikrát týdně dochází klient na ergoterapii?

S jakou věkovou skupinou pracuje nejčastěji?

Jak jste spokojena s výsledky své terapie?

Na které činnosti se při ergoterapii zaměřujete nejčastěji?

Jaké jsou Vaše nejčastější cíle u klientů?

Spolupracujete běžně s učiteli svých klientů?

Pokud je potřeba trénovat činnost, která dělá klientům problémy ve škole, věnujete se během ergoterapie těmto činnostem?

Dělají Vaši klienti velké pokroky a rychle se zlepšují, či ne?

Myslíte si, že ergoterapie má vliv na výsledky žáků na 1. stupni ZŠ?

Jste spokojená v zařízení, ve kterém nyní pracujete?

#### ***Otázky pokládáné při rozhovorech s učiteli***

Jak prospívá daný žák ve škole?

Nemá problém začlenit se do kolektivu?

Myslíte si, že má ergoterapie vliv na školní výsledky žáka?

Které pomůcky používá žák na provádění školních činností? (například nástavec na tužku, stylus apod.)

Vnímáte díky ergoterapii zlepšení žáka ve škole?

Pozorujete výrazné zlepšení žáka v konkrétních činnostech, či je pokrok pomalý a sotva znatelný?

Spolupracujete s ergoterapeutem?

Pokud má žák s konkrétními činnostmi ve škole potíže, oslovíte ergoterapeuta, aby s ním tyto činnosti během terapií nacvičoval?

Které školní dovednosti je potřeba procvičovat i v rámci ergoterapie nejčastěji?

Pomůže Vám ergoterapeut vždy, když jej požádáte o pomoc?

#### ***Otázky pokládáné při rozhovorech s matkami***

Jak vnímáte (obecně) vliv ergoterapie na práci Vašeho dítěte?

Máte pocit, že má ergoterapie smysl, či ji považujete za nedůležitou?

Jak dlouho dochází Vaše dítě na ergoterapii?

Ve kterých činnostech vnímáte největší posun k lepšímu?

Dochází Vaše dítě na ergoterapii rádo?

Má Vaše dítě dobrý vztah s ergoterapeutem?

Myslíte si, že má ergoterapie vliv na školní výsledky dítěte, či ne?

Doporučila byste ergoterapii i ostatním rodičům, kteří mají postižené dítě?