

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Lenka Szmitková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Lenka Szmitková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**ERGOTERAPIE U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM SE
ZŘETELEM NA JEJICH PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2018

Prohlášení:

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

V Plzni dne 29. 3. 2018

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Szmitková Lenka

Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Ergoterapie u dětí s mentálním postižením se zřetelem na jejich pracovní uplatnění.

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran: číslované 103, nečíslované 32

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: Mentální retardace, pracovní rehabilitace, speciální vzdělávání, modelové činnosti, ergoterapeutická intervence

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá ergoterapií u mentálně retardovaných dětí se zaměřením na jejich budoucí pracovní uplatnění. Hlavním cílem bakalářské práce bylo uplatnit ergoterapeutickou intervenci, založenou na nácviku modelové činnosti, ve speciálně pedagogické praxi, a tím přispět k pracovnímu uplatnění žáků s mentální retardací.

Teoretická část poskytuje ucelené informace o edukaci, profesní přípravě a formách podpory začlenění mentálně retardovaných dětí do pracovního procesu v rámci pracovní a předpracovní rehabilitace.

Pro zpracování praktické části byly využity metody kvalitativního výzkumu, konkrétně pozorování, rozhovor a hodnotící škály vlastní konstrukce. Výzkumné šetření bylo zpracováno formou 3 případových studií. Ergoterapeutická intervence byla zaměřena na zlepšení pracovních schopností, dovedností a návyků dětí s lehkým mentálním postižením uplatnitelných v jejich budoucím zaměstnání.

Annotation

Surname and name: Lenka Szmitková

Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Occupational therapy by children with mental disabilities with respect to their working use

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered 103, unnumbered 32

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 46

Keywords: Mental retardation, working rehabilitation, special education, model activities, ergotherapeutic interventions

Summary: The bachelor thesis deals with ergotherapy in mentally retarded children with a focus on their future employment. The main aim of the bachelor thesis was to apply ergotherapeutic intervention based on training of model activity, in special pedagogical practice, thus contributing to the work placement of pupils with mental retardation.

The theoretical part provides comprehensive information on education, professional preparation and forms of support for the integration of mentally retarded children into the work process within the framework of work and pre-treatment rehabilitation.

To process practical parts were used for qualitative research methods, namely observation, interview and evaluation scale of their own construction. The research was complete in three case studies. Ergotherapeutic intervention was focused on improving the working abilities, skills and habits of children with mild mental disabilities in their future employment.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	13
1.1 Definice a hlavní znaky mentálního postižení	13
1.2 Klasifikace MP	14
1.3 Specifika psychických funkcí	16
1.3.1 Vnímání	17
1.3.2 Myšlení	17
1.3.3 Paměť.....	18
1.3.4 Komunikace a řeč	18
1.3.5 Pozornost	18
1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	19
1.4.1 Lehká mentální retardace.....	19
1.4.2 Středně těžká mentální retardace.....	19
1.4.3 Těžká mentální retardace.....	20
1.4.4 Hluboká mentální retardace.....	20
1.5 Diagnostika MR.....	20
1.6 Etiologie MR.....	21
1.6.1 Prenatální příčiny.....	22
1.6.2 Perinatální období.....	23
1.6.3 Postnatální období	23
1.7 Prevence vzniku mentálního postižení	23
2 EDUKACE ŽÁKŮ S MP	25
2.1 Specifika edukačního procesu žáků s MP.....	25
2.2 Legislativní upravující vzdělávání žáků s MP	26
2.3 Předškolní vzdělávání a raná péče	27
2.4 Plnění povinné školní docházky	28
2.4.1 Vzdělávání v běžné základní škole.....	29
2.4.2 Podpůrná opatření :.....	29
2.4.3 Základní školy podle § 16 odst. 9.....	29
2.4.4 Základní škola speciální	30
2.5 Profesní příprava žáků s MP	30
2.5.1 Střední odborné vzdělání.....	31
2.5.2 Praktické školy (střední vzdělání)	31
2.6 Inkluze	31

3	KARIEROVÉ PORADENSTVÍ	33
3.1	Školská poradenská zařízení	33
3.1.1	Pedagogicko - psychologické poradny	33
3.1.2	Speciálně - pedagogická centra	34
3.1.3	Speciálně - pedagogická a psychologická diagnostika	34
4	MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ MP	35
4.1	Podporované zaměstnání	35
4.2	Chráněné pracovní místo	36
4.3	Chráněná pracovní dílna	36
4.4	Specifika úspěšného zapojení jedince s MP do pracovního procesu a ideální cesta k pracovnímu začlenění	36
4.5	Podpora a úloha úřadu práce v procesu uplatnění MP na trhu práce	37
4.5.1	Pracovní rehabilitace	37
5	ERGOTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI PRO PODPORU PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	39
5.1	Senzomotorické funkce	39
5.2	Kognitivní funkce	40
5.3	Psychosociální funkce	40
5.4	Hodnocení výkonu zaměstnávání	41
5.4.1	Všední denní činnosti	41
5.5	Předpracovní rehabilitace	41
5.5.1	Ergodiagnostika	42
5.5.2	Ergoterapeutické vyšetření v rámci ergodiagnostiky	42
5.5.3	Modelové činnosti	43
5.5.4	Analýza činnosti	44
	PRAKTICKÁ ČÁST	46
6	CÍLE A ÚKOLY	46
7	STANOVENÉ HYPOTÉZY	47
8	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
9	MODELOVÁ ČINNOSTI - PŘÍPRAVA KUŘECÍHO ŘÍZKU S BRAMBOROVOU KAŠÍ	50
9.1	Analýza činnosti	50
9.1.1	Charakteristika činnosti:	53
9.1.2	Adaptace a stupňování	56
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ	59
10.1	ZŠ Svahová	59
11	PŘÍPADOVÉ STUDIE	61
11.1	ŽÁK 1(dále jen Ž1)	61

11.2	ŽÁK 2 (dále jen Ž2)	63
11.3	ŽÁK 3 (dále jen Ž3)	65
12	ZÁZNAM PRŮBĚHU TERAPIÍ	67
12.1	TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 1.	67
12.1.1	Vyhodnocení předchozích zkušeností a dovedností žáků související s výkonem modelové činnosti, získané v úvodní části terapeutické jednotky č.1.	68
12.2	TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 2.	69
12.3	TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 3.	70
13	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	72
13.1	Výsledky k hypotéze 1	72
13.2	Výsledky k hypotéze 2	81
13.3	Výsledky k hypotéze 3	84
14	DISKUZE	96
	ZÁVĚR.....	102

ÚVOD

Problematika, kterou se bakalářská práce zabývá je jakousi spojnicí mezi oborem ergoterapie a speciální pedagogiky. Intervence ergoterapeutů a speciálních pedagogů v rámci edukace dětí, žáků, ale i dospělých jedinců s mentálním postižením by na sebe měla navazovat, vzájemně se prolínat a společně směřovat ke stejnému cíli, kterým je v ideálním případě úplná soběstačnost a samostatnost jedince. V praxi se tento model v České Republice bohužel příliš neuplatňuje. Tuto skutečnost dokazuje i seznam ergoterapeutických pracovišť v České republice, zpracovaný Českou asociací ergoterapeutů, ke dni 1.3. 2018, který z celkového počtu 147 ergoterapeutických pracovišť uvádí pouze 3, která jsou zřízena v rámci školských zařízení.

Významnou složkou samostatnosti a soběstačnosti v životě lidí s mentálním postižením je jejich pracovní uplatnění. Práce jako taková jim poskytuje nejen ekonomickou nezávislost na sociální pomoci od státu, ale je i prostředkem seberealizace a zprostředkovatelem sociálního kontaktu. V procesu zaměstnávání osob s mentálním postižením, konkrétně v předpracovní a pracovní rehabilitaci, je ergoterapie jedním z hlavních činitelů. Zabývá se diagnostikou pracovního potenciálu a hledáním vhodné profese (pracovní uplatnění), a zároveň, prostřednictvím nácviku pracovní činnosti a vytvořením ideálních pracovních podmínek, odpovídajících ergonomickým požadavkům, usiluje o setrvání osoby v zaměstnání.

Výběr vhodného povolání a profesní příprava je, nejen u dětí s mentálním postižením, aktuálním tématem především v posledních ročnících povinné školní docházky. Vlivem současného systému speciálního školství je však tato kompetence bohužel většinou pouze v rukou odborníků z řad speciálních pedagogů a psychologů a ergoterapeutická intervence, která by umožnila systematický nácvik pracovních dovedností a návyků již v rámci školní docházky, je zcela vynechána.

Vybrané téma je pro autorku v tomto ohledu jakousi výzvou, jelikož za dobu studia ergoterapie na Západočeské univerzitě se s praxí na pedagogickém pracovišti ještě nesešla. V budoucnu by se tomuto tématu chtěla autorka blíže věnovat v rámci studia speciální pedagogiky, z tohoto důvodu lze předpokládat, že působení na speciálně pedagogickém pracovišti bude přínosem nejen pro žáky posledního ročníku základní školy speciální, ale i pro budoucí profesní dráhu autorky.

Hlavním cílem bakalářské práce je uplatnit ergoterapeutickou intervenci, založenou na nácviku modelové činnosti, ve speciálně pedagogické praxi, a tím přispět k pracovnímu uplatnění žáků s mentálním postižením. Pro dosažení hlavního cíle je nezbytné stanovení dílčích cílů. Nastudovat legislativní oporu vzdělávání žáků s mentálním postižením, jež je nezbytnou přípravou pro další pracovní uplatnění. Nastudovat možnosti uplatnění žáků s lehkým mentálním postižením na trhu práce. A v neposlední řadě poukázat na dílčí propojení ergoterapie a speciální pedagogiky u žáků s mentálním postižením se zřetelem na jejich budoucí pracovní uplatnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

1.1 Definice a hlavní znaky mentálního postižení

Mentální postižení (MP) nebo mentální retardace (MR) je vrozená porucha vývoje rozumových schopností (inteligence) a některých psychických vlastností způsobená závažným organickým či funkčním poškozením mozku, nebo odlišnostmi v jeho vývoji (Švarcová, 2011; Slowík, 2016). Trvale snížená úroveň intelektových schopností se projevuje mimo jiné i oslabenou adaptační schopností postižených ve vztahu k sociálnímu prostředí, ve které se pohybují (Vágnerová, 2012; Valenta, 2012).

Existuje množství různých definic MR, jejichž společným znakem je zmínka o inteligenčním deficitu postižených osob (Valenta, 2012). Nejčastěji citovanou je definice podle Dolejšího (1973, s. 184): „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečích genetických vloh; porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; deficitním učení; zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*”

MP se odedávna setkává s terminologickými nejasnostmi. MR, jako terminus technicus, se ve větší míře začal využívat až v 60. letech minulého století po konferenci World Health Organization v Miláně, kdy nahradil pojem oligofrenie (slabomyslnost). Vlivem humanizace vymizely i dosavadní názvy jednotlivých stupňů MR, a to debilita, imbecilita, idiocie a idioimbecilita, a řady dalších pojmů, které se postupem času staly pejorativními až vulgárními. Byly proto nahrazeny korektnějšími termíny vymezenými Mzinárodní klasifikací nemocí (MKN). V současné době se i termín MR a MP stává společensky nepřijatelným, doporučuje se používat spíše označení osoba s MP, což zdůrazňuje, že se jedná primárně o člověka a jeho defekt je až druhořadý. Tento názor se objevují již v roce 1967 na kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium MR. Především v zahraničí zachází tyto tendence ještě dál, místo MR se používá termín intellectual disability, tedy postižení intelektu nebo dokonce termín learning difficulty

(výukové těžkosti). Snaha vymýšlet vhodnější termín způsobuje terminologické nejasnosti a často vede až ke ztrátě původního významu (Valenta, 2012).

Dle doby, kdy se MP projeví, rozlišujeme postižení primární (dříve nazývané oligofrenie), jež je vrozené, tedy vzniklé v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období (do 2 let života), a sekundární neboli získané v průběhu života, souhrnně označované jako demence (Valenta, 2009). *"Pokud došlo k poruše inteligence po 2 roce života, jedná se o sekundární postižení - demence, které má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů"* (Valenta, 2012, s. 53).

Dle MKN-10 lze pro mentální deficit vzniklý v předškolním a školním věku použít termín MR i demence (Valenta, 2012). Valenta (2009, s.14) také uvádí: *"diagnóza mentální retardace je podle MKN oprávněná tehdy, když k vážné poruše inteligence došlo u dítěte (před dosažením 18 roku)"*. Někteří autoři označují MR vzniklou v dětském věku termínem detorierace (Švarcová, 2011).

Další nejasnosti vznikají ve vymezení pojmu MR a MP. Podle některých autorů lze tyto termíny používat jako synonyma, jiní vnímají MP jako nadřazený pojem MR, který zahrnuje všechny osoby s inteligenčním kvocientem (IQ) pod 85, tedy i demence. MR lze tedy chápat pouze jako vrozenou poruchu, kdežto MP zahrnuje postižení vrozená i získaná v průběhu života (Valenta, 2012). Ve své práci se přikloním k možnosti používat tyto pojmy jako synonyma.

1.2 Klasifikace MP

"Je důležité si uvědomit, že specifika procesů nejsou pouze otázkou kvantitativní, ale dochází i ke změnám kvalitativním. Nejedná se tedy jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny tzn. že dítě s mentálním postižením nelze automaticky přirovnávat k mladšímu dítěti bez postižení. V obecné rovině lze říci, že čím hlubší je stupeň mentálního postižení, tím více je narušen proces vnímání, myšlení, paměti, řeči atd." (Kozáková, Pastierková, Krejčířová, 2013, s. 16).

Vágnerová uvádí 2 typy hodnocení MR, kvantitativní a kvalitativní. První z nich se zaměřuje na měření úrovně rozumových schopností a jejich odchylky od zdravé populace, kterou lze zjistit prostřednictvím inteligenční psychologické diagnostiky (Vágnerová, 2012). Jejím výsledkem je stanovení hodnoty IQ, který, podle psychologa

Williamu Sterna, definujeme jako průměrnou hodnotu mezi mentálním a skutečným věkem jedince (Slowík, 2016). Z kvantitativního hodnocení vychází i MKN, která na jeho základě zařazuje mentálně retardované jedince do jednotlivých stupňů podle závažnosti postižení (Vágnerová, 2012).

Druhým typem je klasifikace dle kvalitativních kritérií, která se zaměřuje na posouzení potenciálu využití zachovaného intelektu a kognitivních funkcí, při němž zohledňujeme i individuální přístup postiženého k řešení problémů a úroveň jeho aktivace v rámci činnosti (pozornost, paměť, vytrvalost, trpělivost). Předmětem kvalitativního hodnocení je však především struktura, tedy přednosti, nedostatky a individuální zvláštnosti rozumových schopností jedince (Vágnerová, 2012).

V České Republice se pro klasifikaci MR využívá MKN, vydaná a pravidelně aktualizovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V současné době platí již 10. revize MKN (MKN-10), která rozlišuje 6 typů MR, z nichž 4 kategorie jsou vymezeny v závislosti na závažnosti a míře postižení. Jedinci, kteří z různých důvodů neodpovídají ani jedné z nich, řadíme do zbývajících dvou kategorií (Švarcová, 2011).

MR bychom v MKN-10 hledali v kapitole V. Poruchy duševní a poruchy chování, pod označením F70 až F79. Oficiální zdroje uvádějí klasifikaci MR dle 2. aktualizovaného vydání původního znění MKN-10 z roku 1996:

F70 Lehká mentální retardace: naměřené hodnoty IQ u dospělého v rozmezí 50 - 69 (odpovídá mentální úrovni dítěte v 9 až 12 letech). Odlišnosti od zdravé populace jsou nejvíce patrné v průběhu povinné školní docházky, s příchodem dospělosti a nástupem do práce se však tyto lidé stávají plnohodnotnými členy společnosti. Do lehké MR řadíme lehkou slabomyslnost (oligofrenii), lehkou mentální subnormalitu a debilitu (UZIS, 2018).

F71 Středně těžká mentální retardace: hodnota IQ přibližně mezi 35 a 49 (u dospělého srovnatelná s mentální úrovní dítěte ve věku 6 až 9 let). Typický je opožděný vývoj dítěte, které je do určité míry schopno komunikovat a osvojit si některé dovednosti v průběhu školní docházky. V dospělosti se dá předpokládat dosažení určitého stupně soběstačnosti a nezávislosti. Přesto je však nutné počítat, např. při výkonu zaměstnání, s určitou mírou podpory závislé na individuálních schopnostech a dovednostech jedince. Do této kategorie řadíme střední mentální subnormalitu, střední slabomyslnost (oligofrenii) a imbecilitu (UZIS, 2018).

F72 Těžká mentální retardace: hodnota IQ se pohybuje okolo 20 až 34 (což se u dospělého rovná mentální úrovni 3 až 6 let starého dítěte). Vyznačuje se potřebou stálé podpory. Těžká MR zahrnuje také těžkou mentální subnormalitu, těžkou slabomyslnost (oligofrenii) a idioimbecilitu (UZIS, 2018).

F73 Hluboká mentální retardace: hodnota IQ do 20 (tedy dospělý s mentální úrovní dítěte mladšího tří let). Způsobuje absolutní nesamostatnost jedince, který proto vyžaduje neustálou asistenci ve všech ADL, ale také při mobilitě a komunikaci. Do hluboké MR patří těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost (oligofrenie) a idiocie (UZIS, 2018).

F78 Jiná mentální retardace: do této kategorie se zařazují pouze jedinci, u kterých není možné, většinou z důvodu přidružené sensorické nebo somatické poruchy, přesně určit hloubku intelektového deficitu standardním způsobem. Nejčastěji se jedná o osoby nevidomé, neslyšící, němé, těžce tělesně postižené nebo jedince s těžkými poruchami chování (Slowík, 2016).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace: tato kategorie je určena pro jedince s diagnózou MR, u kterých neexistuje dostatek relevantních informací pro zařazení do jedné z předchozích kategorií (Slowík, 2016).

Ve světě se můžeme setkat také s klasifikací MR vycházející z diagnostického a statistického manuálu duševních a behaviorálních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM - IV APA), která zcela neodpovídá MKN. Ve světovém měřítku tedy hovoříme o duálním systému klasifikace duševních poruch (Valenta, 2012).

1.3 Specifika psychických funkcí

"Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možné globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný" (Švarcová, 2011, s. 47).

Postižení jedinci mají sníženou motivaci k poznávání nových věcí, jsou proto pasivní k podnětům okolí. Často nejsou schopni svého úsudku, nechápou význam některých situací, svět kolem nich jim přijde nesrozumitelný a vyvolává v nich pocit strachu. Z těchto důvodů jsou v oblasti poznávacích procesů závislí na jiných lidech, kteří jim zprostředkovávají informace z vnějšího světa do, pro ně, srozumitelné podoby (Vágnerová, 2012). Nepříznivý vliv na vývoj psychiky mají většinou rodiče mentálně postižených, kteří v dobrém úmyslu své neobratné a bezmocné dítě nadměrně ochraňují a obsluhují, čímž jim brání v přirozeném získávání osobních kladných i záporných zkušeností, rozvoji dovedností v manipulaci s předměty a poznávání zákonitostí okolního světa. Kvalitní vjemy a počítky jsou hlavním předpokladem pro rozvoj vnímání a myšlení, a tedy zmírnění projevů MR (Švarcová, 2011).

1.3.1 Vnímání

Vnímání mentálně postižených je pomalé, nepřesné a v mnoha ohledech nedostatečné. Vjemy a počítky nejsou schopni správně analyzovat a diferencovat, což způsobuje chyby v jejich zpracování. Typické jsou poruchy smyslových analyzátorů (zrakové, sluchové, hmatové percepce), intaktní vnímání, špatná koordinace pohybů v důsledku narušení proprioceptivních analyzátorů nebo odchylky ve vnímání času a prostoru (Kozáková, Pastieriková a Krejčířová, 2013). Snížená schopnost vnímání má za následek narušení poznávacích procesů osob s mentálním postižením (Švarcová, 2011).

1.3.2 Myšlení

Myšlení mentálně postižených dětí je typické omezenou schopností zobecňování a abstraktního myšlení. Postižený myslí v konkrétních obrazech, mezi nimiž však nedokáže najít skryté souvislosti nebo rozdíly a určit obecné znaky, které by mu pomohly tyto rozdíly charakterizovat. Myšlení mentálně postižených se opírá o konkrétní situační souvislosti mezi nedávno vnímanými předměty a jevy, na základě nichž je schopen náhodně analyzovat vnější vlastnosti předmětů. Obtíže působí také nesoustavnost myšlení způsobené náhlými výpadky pozornosti, které přeruší aktuální proud myšlenek. Řešení situací značně ztěžuje nekritičností a absence sekvenčního myšlení. Mentálně postižené děti nejsou schopny předem promýšlet své činy ani předpokládat jejich následky, o správnosti svého jednání nepochybují a případné chyby si většinou neuvědomují. Nedokážou logicky určit a zapamatovat si správné pořadí jednotlivých úkonů činnosti a jejich časovou posloupnost tzv. procedurální paměť, proto je důležité zadaný úkol rozdělit do dílčích po sobě následujících kroků. Mentálně retardovaní jsou schopni

si některé zákonitosti zapamatovat, nedokážou je však využít v řešení reálných situací, což je způsobeno stereotypním a rigidním myšlením. Často tedy na hledání východiska nepochopitelného problému rezignují a čekají na pomoc druhé osoby (Švarcová, 2011).

1.3.3 Paměť

Paměť mentálně postižených je převážně mechanická, asociální, není schopna přirozené selekce paměťových stop, proto dochází k uchování veškerých důležitých, ale i naprosto bezvýznamných informací. Mentálně postižení v porovnání se zdravou populací rychleji zapomínají, s tím souvisí dlouhý proces učení (zapamatování), který vyžaduje neustálé opakování osvojované látky. Přes veškeré snahy dochází ke zkreslení paměťových stop. Uchované informace se proto vybavují nepřesně (Švarcová, 2011).

1.3.4 Komunikace a řeč

Komunikace a řeč je jedním z hlavních předpokladů socializace člověka. Plní funkci komunikační, ale má zásadní význam i pro rozvoj kognitivních funkcí. Právě narušená komunikační schopnost je typickým projevem MP. Děti s MP se potýká s opožděným až omezeným vývojem řeči. Do dospělosti přetrvává nedostatečná diferenciací fonémů týkající se především znělých, neznělých hlásek nebo sykavek a odchylek v artikulaci projevující se nejčastěji dyslalií. S poruchami komunikace souvisí i porucha dalších fatických funkcí. Typickým obrazem narušené komunikační schopnosti je také obtížné vyjadřování myšlenek a malá slovní zásoba s převažující pasivní složkou. V mluvené řeči používají výhradně konkrétní pojmy a jednoduché věty, které mají často narušený slovosled (Kozáková, Pastieriková a Krejčířová, 2013).

1.3.5 Pozornost

Osoby s MP mají narušenou především záměrnou (podmíněnou) pozornost, která je závislá na vůli člověka. Typickým rysem je nízký rozsah sledovaného pole, kolísání pozornosti, omezená schopnost věnovat pozornost více činnostem najednou a rychlá unavitelnost. Doba, po kterou dokáže jedinec s MP udržet podmíněnou pozornost, je výrazně kratší než u zdravé populace a je zpravidla ovlivněna stupněm MP, případně postižením přidruženým, aktuálním zdravotním stavem a psychickým rozpoložením, ale i typem činnosti a stupněm motivace pro její výkon (Kozáková, Krejčířová a Pastieriková, 2013).

Dolejší (1978) uvádí některé další charakteristické znaky a klinické příznaky MR, které se u mentálně postižených mohou vyskytovat v různých kombinacích. "Zvýšená

závislost dětí na rodičích a vychovatelích, infantilnost osobnosti, zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým reakcím a pasivitě v chování, konformnost se skupinou, sugestiibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji "já", v opožděném psychosexuálním vývoji, v nerovnováze aspirací a výkonů, ve zvýšené potřebě uspokojování a bezpečí, poruchou v interpersonálních skupinových vztazích a komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům, impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování, citovou vzrušivostí, zpomalenou chápavostí, primitivností a konkrétností úsudku, ulpívání na detailech." (Dolejší, 1978, s. 34)

1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

1.4.1 Lehká mentální retardace

Lehká MR je nejčastějším typem MR. Pro tento stupeň je charakteristický zpožděný vývoj motoriky a řeči v dětství, v dospělosti jsou již takto postižení schopni verbální komunikace na stejné úrovni jako zdravá populace. Jejich verbální projev má však formální nedostatky a je obsahově chudší. Běžně také dosahují úplné nezávislosti ve výkonu všedních denních činností (ADL). Děti s lehkou MR většinou špatně zvládají teoretickou formu výuky běžné základní školy, proto je pro jejich vzdělávání vhodnější zaměřit se spíše na rozvoj dosavadních schopností a dovedností v rámci individuálních vzdělávacích programů. Se stejnými problémy se potýkají i později v zaměstnání, uplatnění tedy najdou snáz v práci nenáročném na teoretické znalosti, kterými jsou různé manuální a dělnické práce. Charakteristickými rysy chování osob s lehkou MR je impulzivní a afektivní jednání, časté pocity úzkosti a sugestivní vnímání (Švarcová, 2011).

1.4.2 Středně těžká mentální retardace

Lidé se středně těžkou MR mají výrazně zpožděný vývoj chápání a užívání řeči, konečná úroveň verbální komunikace je velice individuální. Pokud jsou schopni verbálního projevu, je agramatický a má nedostatky v artikulaci. Osoby, které se nejsou schopny porozumět verbálně, si svůj komunikační deficit kompenzují různými typy nonverbální komunikace, nejčastěji gesty. Typickou poruchou je zkratkovitě a impulzivní jednání a časté změny nálad, ale také poruchy pozornosti a opožděný vývoj chápání. Děti jsou schopny absolvovat výuku na speciální základní škole, kde se učí základy čtení, psaní a počítání (Švarcová, 2011). Většina takto postižených je v dospělosti samostatná ve výkonu personální ADL (PADL) a přes výrazně opožděný vývoj motoriky i plně mobilní. V zaměstnání potřebují neustálý dohled. Zadaná manuální práce by měla být strukturovaná, nenáročná na přesnost a měla by odpovídat individuálním schopnostem

jedinice (Vágnerová, 2012). Z těchto důvodů je nejvhodnějším pracovní uplatnění v chráněné dílně (Švarcová, 2011).

1.4.3 Těžká mentální retardace

Projevy těžké MR jsou obdobné, ale oproti předchozímu stupni mají vážnější charakter. Převážně se jedná o kombinované postižení, které s sebou nese i výrazné poruchy motoriky doprovázené stereotypními mimovolnými pohyby (Švarcová, 2011). Většina jedinců není schopna ani základní verbální komunikace, dokážou si zapamatovat malé množství slov, které však vyslovují chybně a často ani nechápu jejich význam (Vágnerová, 2012). Nezřídka jsou jediným verbálním projevem nesrozumitelné výkřiky, proto u těchto jedinců preferujeme nonverbální komunikaci. Výchova a vzdělávání osob s těžkou MR je dlouhodobý a velice náročný proces, který vyžaduje komplexní a kvalifikovanou péči. Na základě rehabilitačních vzdělávacích programů se snažíme, aby si postižený osvojil základní návyky a dovednosti. Výsledkem může být zlepšení komunikačních a rozumových schopnostech a určitá samostatnost ve výkonu PADL (Švarcová, 2011). To však nemění nic na skutečnosti, že jsou tyto lidé plně odkázáni na péči jiné osoby, díky čemuž jsou ve většině případů v ústavní péči (Vágnerová, 2012).

1.4.4 Hluboká mentální retardace

Jedinci s hlubokou MR nejsou schopni produkovat řeč. Komunikují pouze formou nonverbální a rudimentální komunikace (skřeky z radosti nebo rozčilení, pláč, mimika obličeje). Jsou absolutně nesamostatní, inkontinentní a převážně imobilní, vyžadují proto nepřetržitou individuální péči a stálý dohled. Dlouhodobou dobře cílenou intervencí lze docílit alespoň minimálního zlepšení v oblasti zrakově prostorové orientace a motoriky a v některých případech i osvojení jednoduchých návyků. U lidí s hlubokou MR jsou typické poruchy hybnosti způsobené těžkým neurologickým deficitem v kombinaci s poškozením zrakové a sluchové percepce (Švarcová, 2011).

1.5 Diagnostika MR

Diagnostika MR vyžaduje komplexní odborný přístup interdisciplinárního týmu, jehož základ tvoří psycholog, speciální pedagog, ale také sociální pracovníci a lékaři (psychiatri, neurologi). Nezbytná je rodičovská diagnostika, která je důležitým zdrojem informací o vývoji, schopnostech a dovednostech dítěte (Slowík, 2016).

MKN-10 používá k vymezení hranic mezi jednotlivými stupni MR naměřený IQ, při diagnostice MR se však nelze soustředit pouze na jeho hodnotu, ale je důležité zvážit

i jiná hodnotící kritéria. Proto je uvedená kvantitativní klasifikace pouze určitým vodítkem (Slowík, 2016). Kromě snížené inteligence (IQ pod 70), prokázané před dovršením 18 let, je dalším diagnostickým kritériem MR omezená adaptační schopnost jedince alespoň ve 2 sledovaných oblastech (funkčních, interpersonálních a sociálních dovedností, sebeobsluha, povinnosti v domácnosti, komunikace, sebeřízení atd.) (Valeta, 2012).

K přesné diagnostice často dochází až v průběhu vývoje dítěte, kdy se postupně s dozráváním psychických procesů začínou projevovat symptomy svědčící o MR (Slowík, 2016).

1.6 Etiologie MR

V současné době procento MP v populaci, mimo jiné i důsledkem snižující se novorozenecké a kojenecké úmrtnosti, stále stoupá (Fischer a Škoda, 2008). Údaje o zastoupení mentálně postižených lidí ve zdravé populaci se určují pouze orientačně. Jako nejčastější typ MR je však s jistotou uváděna lehká MR. Prokázán je také hojnější výskyt u dětí, hlavně ve školním věku, než u dospělých. V období povinné školní docházky jsou totiž rozdíly od zdravé populace lépe zjištělné a více nápadné (Černá, 2015).

Pokud se zdravým rodičům narodí dítě, u kterého je zjištěno MP, ať už bezprostředně po porodu nebo s časovým odstupem, obvykle začnou nejprve pátrat po příčině: "Proč zrovna jejich dítě? Co udělali špatně?" a hledat viníka sami v sobě nebo ve svém okolí. I v současné době se však vyskytují případy, u nichž medicína tyto otázky nedokáže zodpovědět a kdy není možné určit viníka (Švarcová, 2011). Švarcová (2011, s 43) ve své knize uvádí doporučení: *"Jedinou schůdnou cestou k řešení těžké situace, do níž se dostává každá rodina, ve které se narodilo postižené dítě, je aktivizace sil a převzetí a spravedlivé rozdělení odpovědnosti ve společné péči o ně, bez ohledu na příčiny, které k jeho postižení vedly."* Přes vysokou úroveň medicínských diagnostických nástrojů a moderní techniky zůstává dosud až u třetiny případů příčina MR nezjištěna (Valenta, 2009).

Etiologie MR je velmi pestrá. Za vznikem postižení zpravidla nemusí stát jen jedna příčina, ale může docházet i k jejich kombinacím. Podobně se prolínají i biologické a sociální faktory způsobující MR, nelze tedy s určitostí říci, zda jsou na vině pouze faktory biologické nebo mají svůj podíl na postižení i vlivy sociální. Zatímco vlivy biologické jsou trvalé a nezměnitelné, vlivy sociální jsou ovlivnitelné a lze tedy působením podnětného sociálního prostředí a nabytými životními zkušenostmi pozitivně ovlivnit

původní obraz MP, a v některých případech dokonce docílit úplné úpravy psychického stavu (Černá, 2015).

Příčiny MR jsou kategorizovány dle různých kriterií, které se však v jednotlivých systémech mohou vzájemně překrývat. Rozeznáváme vlivy vnitřní (endogenní), kam řadíme příčiny genetické, a vnější (exogenní), pod které spadají faktory působící v období prenatalní, perinatální a postnatální (v raném dětství) (Švarcová, 2011). Nejčastěji se setkáváme s členěním dle časového hlediska působení jednotlivých faktorů podle Valenty (2012, s. 27) na:

- a) *prenatální období (období od vzniku plodu do porodu dítěte),*
- b) *perinatální období (období samotného porodu a bezprostředně po něm),*
- c) *postnatální období (období nastávající dále po porodu a pokračující v průběhu života).*

V délce trvání postnatálního období se názory autorů liší. *"Dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny mentálních retardací budou zahrnovány pouze takové defekty, které vznikly v průběhu prvních 18 měsíců věku dítěte."* (Valenta, 2008, s. 93)

1.6.1 Prenatální příčiny

V období vývoje plodu v těle matky je významný vliv dědičnosti (tzv. hereditární vlivy), kam spadají zděděná převážně metabolická onemocnění, která v pozdějších obdobích způsobují MP jako např. fenylketonurie. Velký etiologický význam mají specifické genetické poruchy, do kterých spadají poruchy způsobené mutací genů, aberací a také změnou počtu chromozomů podmiňující vznik syndromů. Vůbec nejčastější příčinou MP jsou syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Nejrozšířenějším z nich je Downův syndrom způsobený trizomií 21 chromozomu. Jako další do této skupiny řadíme faktory environmentální a nemoci matky během těhotenství, které bychom v některých publikacích našli pod souhrnným termínem vnější faktory (Valenta, 2009). Vágnerová (2012) označuje vnější patogenní vlivy působící na dítě v prenatalním období jako faktory teratogenní, které dělí na:

- a) **fyzikální:** ozáření, krvácení do mozku způsobené stlačením hlavičky dítěte, hypoxie atd.,

b) **chemické:** užívání drog a nevhodných léků během těhotenství, otravy organismu atd.,

c) **biologické:** některá virová bakteriální onemocnění atd.

1.6.2 Perinatální období

Perinatální období s sebou nese nebezpečí organického (perinatální encefalopatie), či mechanického poškození mozku a nedostatečný přísun kyslíku. Rizikovým faktorem vzniku MP je také novorozenecká žloutenka nebo předčasné porody a s nimi související nízká porodní váha (Valenta, 2009).

1.6.3 Postnatální období

Mezi příčiny MP v postnatálním období patří traumata, bakteriální a virové záněty mozku, krvácení do mozku nebo mozkové léze způsobená nádorovým onemocněním. Ve vyšším věku jsou to schizofrenie, alkoholové demence a neurodegenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc), které způsobují zhoršení kognitivních funkcí (Valenta, 2009). Valenta do postnatálních příčin MP řadí i demence.

Jako jednu z dalších příčin, především lehké MR, uvádí Valenta (2009) sociokulturní a senzorkou deprivaci. Ke snížení inteligence dítěte dochází vlivem prostředí, ve kterém vyrůstá - nepodnětnou výchovou, sociální izolací, celkovým zanedbáváním péče a strádáním dítěte. Tento stav, označovaný jako pseudooligofrenie nebo nepravá oligofrenie, není neměnný a včasnou intervencí můžeme docílit jeho úplné úpravy. Patogenní vlivy prostředí mohou zapříčinit pokles IQ o 10 až 20 bodů pod stanovený průměr. V takovém případě hovoříme o hraničním pásmu MR (IQ 70-80).

Švarcová (2011) naopak mentální deficit způsobený sociokulturními vlivy jako možnou příčinu MP neuznává. Za mentálně postižené totiž považuje pouze osoby, u nichž došlo k MR následkem poškození mozku.

Stejný názor zastává i Vágnerová (2012, s. 292): *"Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentální retardaci. Takový handicap není vrozený ani trvalý. Mohli bychom jej definovat spíše jako sociální poškození vývoje rozumových schopností."*

1.7 Prevence vzniku mentálního postižení

Vzniku MP nelze zcela zabránit, ale existují určitá doporučení, při jejichž dodržování se lze působení patologických převážně exogenních vlivů vyvarovat a riziko

postižení tím snížit. Jakési desatero těchto pravidel sepsala Mezinárodní liga společností (in Švarcová, 2011) pro MP:

1. Konzultovat aktuální zdravotní stav s lékařem nejméně 3 měsíce před plánovaným těhotenstvím.
2. Jíst vyváženou a rozmanitou stravu.
3. Vyvarovat se konzumaci alkoholických nápojů.
4. Absolvovat očkování proti zarděnkám, hepatitidě typu B.
5. Neprodleně přestat s kouřením.
6. Navštívit genetickou poradnu, tím spíše pokud je matka starší 35 let nebo se v rodině některého z budoucích rodičů objevuje genetická porucha. se vyskytuje předpoklad pro vznik genetické poruchy.
7. Užívání jakýchkoli léků pouze po konzultaci s lékařem.
8. Vyvarovat se RTG záření.
9. Chránit se před infekčním onemocněním.
10. Dodržovat pravidelné kontroly u svého lékaře.

2 EDUKACE ŽÁKŮ S MP

"Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastním vývojovým potencialitami, které je možné podporovat a rozvíjet." (Švarcová, 2011, s. 31)

2.1 Specifika edukačního procesu žáků s MP

Hlavní roli v edukačním procesu žáků s MP hraje kromě specifických schopností a vlastností žáka i osobnost pedagoga. Pedagog, na základě speciálně pedagogické diagnostiky, volí vhodné výukové metody a postupy, při jejichž aplikaci se řídí zásadou názornosti, soustavnosti, přiměřenosti, individuálního přístupu nebo třeba zásadou spojování teorie s praxí. Pedagog v rámci edukačního procesu mentálně postižených využívá především specifické výukové metody, kam řadíme cyklické opakování učiva, specifickou prezentaci nových informací, intenzivní zpětnou vazbu v oblasti osvojeného učiva a vytváření pocitu úspěšnosti za účelem motivace. Pro zkvalitnění výuky je využíván multisenzorický přístup založený na vnímání nejen zrakových a sluchových, ale i hmatových, či čichových vjemů při výuce. Dále hyperemocionalita dětí s MP, která podmiňuje lepší zapamatování skutečně prožitého. Důležitým aspektem edukačního procesu je bezesporu i kvalitní komunikace s žáky s MP, která by se měla řídit určitými zásadami (Olejšková, 2016; Kozáková, Krejčířová, Pastieriková, 2013).

"K žákům s MP přistupujeme v komunikaci empaticky a trpělivě, tj. respektujeme pomalejší mluvní tempo, využíváme kratších (ale častějších rozhovorů).

Dáváme najevo zájem o kontakt, poskytujeme zpětnou vazbu.

V komunikaci zohledňujeme specifika v oblasti fonemické diferenciaci, artikulace i v oblasti porozumění řeči.

Myšlenky vyjadřujeme jasně, srozumitelně, jednoduše.

Snažíme se vyhybat používání abstraktních pojmů, cizích slov a zkratk.

Zohledňujeme komunikační potřeby žáka s MP, v případě potřeby využíváme prostředky alternativní a augmentativní komunikace.

Ověřujeme zda žák s MP správně porozuměl obsahu našeho sdělení.

Neklademe sugestivní otázky (vzhledem v snazší ovlivnitelnosti žáka s MP).

Poskytujeme dostatečný čas na odpověď.

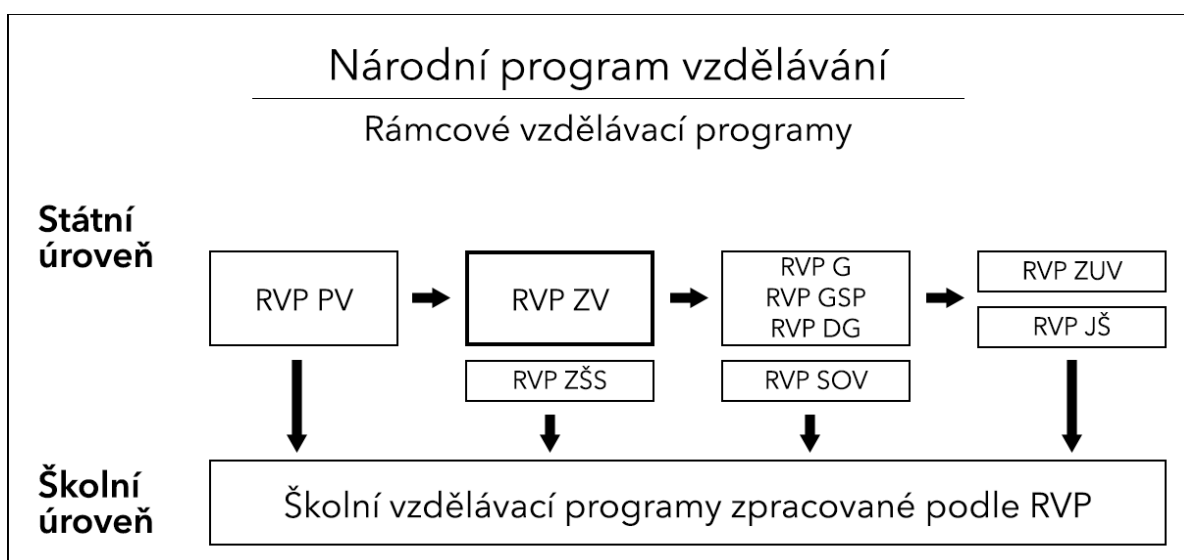
Zohledňujeme sníženou schopnost orientace dítěte s MP v neznámém prostředí."

(Kozáková, Krejčířová a Pastieriková, 2013, s. 20)

2.2 Legislativní upravující vzdělávání žáků s MP

V České Republice je právo na vzdělání ukotveno v Listině základních práv a svobod čl. 33 odst. 1 "*Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.*" Problematiku vzdělávání žáků s MP legislativně upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Dále vyhláška č. 14/2005Sb., o předškolním vzdělávání a vyhláška č. 72/2005Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. Nezbytnými kurikulárními dokumenty, které vymezují obsah, podmínky a cíle vzdělávání na státní úrovni, jsou rámcové vzdělávací programy (RVP). Každá škola má povinnost si v souladu se stanovenými podmínkami vypracovat vlastní školní vzdělávací program (ŠVP) vycházející z RVP, podle kterého jsou vyučováni všichni žáci této školy (Křížkovská, 2012).

Obrázek 1 Národní program vzdělávání



Zdroj: upraveno dle RVP (2017)

Vysvětlivky k obrázku 1: RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání; RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání; RVP ZŠS – Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální; RVP G – Rámcový vzdělávací program pro gymnázia; RVP GSP – Rámcový vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou; RVP DG – Rámcový vzdělávací program pro dvojjazyčná gymnázia; RVP SOV – Rámcové vzdělávací programy pro střední odborné vzdělávání; RVP ZUV – Rámcový vzdělávací program pro základní umělecké vzdělávání; RVP JŠ – Rámcový vzdělávací program pro jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky.

2.3 Předškolní vzdělávání a raná péče

Poskytování rané péče je řazeno mezi služby sociální prevence a je proto legislativně ukotveno v § 54 zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a prováděcím dokumentu k tomuto zákonu, vyhláše č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Raná péče je terénní služba, která dítěti a jeho rodině poskytuje odbornou pomoc a komplexní podporu vycházející z jejich individuálních potřeb souvisejících s výchovou a péčí o dítě. Péče je poskytována bezplatně od narození dítěte do dosažení 7 let. (§ 54 zákona č. 108/2006 Sb.)

Podle § 46 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, může dítě s MP navštěvovat denní stacionář, pokud se v okolí trvalého bydliště nenachází vhodná mateřská školka (MŠ), případně podle § 39 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, využít služeb osobní asistence, které jsou nadále dostupné i v průběhu povinné školní docházky a průběhu života.

Předškolní výchova a vzdělávání je podle zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, realizována na základě RVP pro předškolní vzdělávání (RVP PV) v MŠ nebo MŠ speciálních (MŠS), neboli MŠ podle §16 odst. 9 a přípravných třídách speciální ZŠ. MŠ mohou navštěvovat děti s MP od 3 let, poslední rok v MŠ nebo MŠS, před plánovaným nástupem do základního vzdělávání, je však podle zákona pro všechny děti povinný. Děti s lehkým MP jsou zpravidla vzdělávány v klasických MŠ, děti s těžším postižením, které nelze vzdělávat v MŠ, jsou přijímány do MŠS. MŠS je pro potřeby vzdělávání žáků s MP uzpůsobena snížením počtu žáků ve třídě, přítomností speciálního pedagoga a vybavena speciálními didaktickými pomůckami (Křížková, 2012).

Před započítáním povinné školní docházky, nejdříve však od 5 let, mají žáci s MP podle § 48a zákona č. 561/2004 Sb. ,ve znění pozdějších předpisů, možnost navštěvovat přípravný stupeň základní školy speciální (ZŠS). Ten je primárně určen žákům se středně těžkým a těžkým MP, jako forma přípravy na plnění povinné školní docházky v ZŠS. Do přípravného stupně ZŠS jsou žáci umisťováni na základě doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) a písemného souhlasu ředitele školy a zákonného zástupce. Výuka zde probíhá ve třídách o 4-6 žácích.

2.4 Plnění povinné školní docházky

Žáci s MP jsou podle §16 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, osoby se speciálními vzdělávacími potřebami, které pro plnohodnotné plnění povinné školní docházky potřebují podpurná opatření (PO) (Křížková, 2012).

Mentálně postižení žáci mají možnost plnění povinné školní docházky v běžných ZŠ, tedy školách hlavního vzdělávacího proudu s využitím PO nebo školách, třídách, odděleních či studijních skupinách zřízených podle §16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pro žáky s MP, popřípadě v základních školách speciálních (ZŠS) (Křížková, 2012).

Vzdělávání žáků s hlubokým MP, jejichž zdravotní a duševní stav neumožňuje docházku do školy, se podle § 42 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, uskutečňuje s metodickou a pedagogickou podporou takovým způsobem, který odpovídá duševním a fyzickým schopnostem žáka.

2.4.1 Vzdělávání v běžné základní škole

ZŠ navštěvují žáci běžně od 6 let, v některých případech je možný odklad nástupu do ZŠ až o 2 roky (Křížková, 2012).

Podle zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů se žáci se speciálními vzdělávacími potřebami v ZŠ vzdělávají podle RVP pro základní vzdělávání (RVP ZV), konkrétně části D, která je pro vzdělávání těchto jedinců určena. V případě vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je ŠVP této školy vypracovaný v souladu s RVP ZV jedním z podkladů pro vytvoření plánu pedagogické podpory (pro žáky s PO I. stupně) nebo individuálního vzdělávacího plánu (pro žáky s PO II. - V. stupně) (Národní ústav pro vzdělávání, 2017).

V souladu s trendem inkluzivního vzdělávání se podle §19 vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů, upřednostňuje vzdělávání žáků s MP v běžné ZŠ, přičemž podle § 17, též vyhlášky, může být v běžné třídě ZŠ nejvýše 5 žáků s priznanými PO II.-V. stupně. Pokud však k naplňování vzdělávacích možností žáka v ZŠ nepostačují samotná podpůrná opatření, je školským poradenským zařízením (ŠPZ) doporučeno zařazení žáka do školy, třídy nebo studijní skupiny podle §16 odst. 9 školského zákona (vyhláška č. 27/2016 Sb.).

2.4.2 Podpůrná opatření :

PO jsou podle §16 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách, které žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami umožní naplňování vzdělávacích potřeb. PO jsou rozdělena do pěti stupňů podle pedagogické, organizačních a finanční náročnosti. Pro poskytování PO I. stupně není nutné doporučení ŠPZ, naopak PO II. - V. stupně může škola uplatňovat pouze s doporučením ŠPZ. Mezi PO řadíme mimo jiné i využití asistenta pedagoga a možnost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (zákon č. 561/2004 Sb.).

Jednotlivé stupně PO, pravidla jejich poskytování a financování jsou vymezeny v příloze č.1 k vyhlášce č. 27/2016 Sb.

2.4.3 Základní školy podle § 16 odst. 9

Ve škole, třídě nebo studijní skupině zřízená podle §16 odst. 9 školského zákona mohou být žáci vzděláváni pouze na základě doporučení ŠPZ a písemné žádosti zákonného zástupce. (§ 20 odst. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.)

Jednotlivé typy těchto škol se specializují na různý druh postižení nebo kombinaci postižení. Žáci se za určitých podmínek mohou hlásit i do školy, která není primárně zaměřena na jejich postižení. Výjimkou však tvoří školy pro mentálně postižené, které podle §19 odst. 3 a 5 vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nesmí přijmout jedince bez MP. Jsou určeny převážně pro žáky s lehkým MP, kteří ani s maximálním využitím PO nezvládají výuku v běžné ZŠ. Výuka je realizována podle RVP ZV, který od 1. 9. 2017 nahradil původní RVP ZV přílohu upravující vzdělávání žáků s lehkým MP (Zpravodaj MŠMT, 2015).

Na některých školách původní systém stále dojíždí, díky výjimce pro žáky, kteří byli v době novely školského zákona č. 82/2015 Sb., která vstoupila v platnost 1.9.2016, na druhém stupni ZŠ. Tito žáci mohou dokončit základní vzdělání podle původního RVP (Valachová, 2016).

2.4.4 Základní škola speciální

Povinná školní docházka na ZŠS trvá 10 let a je rozdělena na dva stupně (první stupeň 1. - 6. třída, druhý stupeň 7. - 10. třída). Do ZŠS jsou primárně umístováni žáci se středně těžkým a těžkým MP, kteří jsou vzděláváni podle RVP pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS) (Křížkovská, 2012).

RVP ZŠS se skládá ze dvou částí, I. díl se zaměřuje na žáky se středně těžkým MP a díl II., pro žáky s těžkým MP a postižením více vadami (Národní ústav pro vzdělávání, 2008)

Na základě RVP ZŠS si každá škola vytváří vlastní ŠVP, který přizpůsoben speciálním potřebám a schopnostem žáků. Edukace žáků s MP je zaměřena na osvojení dovedností a návyků v oblasti všedních denních činností (ADL), pracovních zručností, chování ve společnosti a jejich využití v běžném životě. Dále také na podporu rozvoje komunikačních schopností, myšlení, strategií učení a spolupráce (Národní ústav pro vzdělávání, 2008).

Úspěšným dokončením povinné školní docházky na ZŠS získá žák základy vzdělání (§45 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb.).

2.5 Profesionální příprava žáků s MP

Žáci s MP se na své budoucí zaměstnání mohou připravovat na jakékoli střední škole, pokud mají dokončené základní vzdělání na ZŠ a splní podmínky přijímacího řízení.

Pro profesní přípravu žáků s MP jsou primárně určena střední odborná učiliště (SOU) a praktické školy (PŠ) (Křížková, 2012).

2.5.1 Střední odborné vzdělání

Profesní příprava na odborném učilišti je uskutečňována ve 2 různých kategoriích, po jejichž ukončení získá žák výuční list. Obory kategorie H (zahradník, zedník, cukrář), v rámci SOU, jsou klasické tříleté učební obory, v nichž jsou žáci vzděláváni podle RVP pro obory vzdělávání kategorie H. Obory kategorie E (zahradnické práce, zednické práce, potravinářská výroba - cukrář), v rámci nižších SOU, vycházejí z RVP pro obory vzdělávání kategorie E. Tyto obory disponují menší náročností a sníženým počtem žáků ve třídách, jsou proto vhodné pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří nejsou schopni vyhovět nárokům v oborech kategorie H (Národní ústav pro vzdělávání, 2018).

2.5.2 Praktické školy (střední vzdělání)

Na PŠ jednoleté nebo dvouleté jsou vyučovány obory neprofesní přípravy kategorie C (Národní ústav pro vzdělávání, 2018).

PŠ jednoletá nabízí velmi individuální přístup přizpůsobený aktuálním potřebám každého žáka, je proto určena žákům s těžkým MP. Vzdělávání v PŠ jednoleté se zaměřuje především na jednoduché manuální činnosti a edukaci v oblasti praktického života. V PŠ dvouleté se vzdělávají žáci se středně těžkým MP, za cílem osvojení základních pracovních dovedností a návyků. Absolventi PŠ získají vysvědčení o absolvování (Kozáková, Krejčíková a Pastieriková, 2013).

2.6 Inkluze

Inkluzivní vzdělávání je v současné době celoevropským trendem. (Voltavová, 2013)

V České republice se inkluzivní vzdělávání začalo intenzivně a strategicky zavádět v roce 2015, počínaje novelou zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a jiném vzdělávání, která nabyla platnost 1. 1. 2016 a vyhláškou č. 27/2016 Sb., upravující vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytování poradenských služeb. Zavádění systému inkluzivního vzdělávání v ČR se řídí Strategií vzdělávací politiky do roku 2020, a je rozděleno na do několika etap. Cílem je, aby každá škola byla schopna přijmout žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a mohl tak

vzniknout jednotný systém školství, bez ZŠS (Akční plán inkluzivního vzdělávání 2016-2018, 2015).

Smyslem inkluzivního vzdělávání je nastolit vyrovnané podmínky pro vzdělávání všech žáků, postižených i nepostižených, v prostředí běžných škol a umožnit, tak žákům se speciálními vzdělávacími potřebami snazší začlenění do intaktní společnosti. V tomto ohledu je třeba rozeznávat pojem inkluze, která spočívá v úplném začlenění žáků s postižením do běžného vzdělávacího programu a zajištění rovných podmínek pro vzdělávání prostřednictvím P, a pojem integrace. Integrací se rozumí začlenění žáka s postižením do třídy běžné školy, při zachování rozdílných metod, podmínek a programu pro jejich vzdělávání, odpovídajících speciálnímu školství (Lechta, 2016).

3 KARIEROVÉ PORADENSTVÍ

Kariérové poradenství poskytuje poradenství ve volbě vhodné vzdělávací dráhy, profesní orientace a rozvoji kariery, pro jedince v jakémkoli věku. V České republice poskytuje kariérové poradenství Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, prostřednictvím škol a ŠPZ a Ministerstvo práce a sociálních věcí, v rámci informačních a poradenských středisek při úřadech práce. V procesu volby povolání mají nezastupitelné místo školní výchovní poradci, psychologové a v neposlední řadě i rodina žáka. Cílem je výběr vhodného povolání nebo vzdělávání, které odpovídá schopnostem, zájmům, vlastnostem a zdravotnímu stavu jedince. Při posuzování vhodné profese se hledí na pracovní prostředí, druh činnosti, pracovní dobu, mzdu nebo třeba složení pracovního kolektivu (Friedmann, 2011).

3.1 Školská poradenská zařízení

ŠPZ jsou nezbytnou součástí edukačního procesu žáků s MP i jejich rodičů. Prostřednictvím pedagogických a sociálních pracovníků poskytují diagnostickou, metodickou a poradenskou podporu ve výchově, vzdělávání a volbě budoucího zaměstnání (§ 116 zákona č. 561/2004 Sb.).

V České republice existují 2 typy ŠPZ, speciálně pedagogická centra (SPC) a pedagogicko-psychologické poradny (PPP). V rámci školy zajišťuje poradenskou činnost školské poradenské pracoviště, v čele s výchovným poradcem, v jehož kompetenci je mimo jiné poskytování, sledování a vyhodnocování stanovených podpůrných opatření a spolupráce se ŠPZ (vyhláška č. 72/2005 Sb., kterou se mění vyhláška č. 116/2011 Sb.).

3.1.1 Pedagogicko - psychologické poradny

PPP poskytují ambulantní pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické poradenství a pomoc v edukaci žáků včetně kariérového poradenství. Na základě speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky zjišťují speciální vzdělávací potřeby žáků, které jsou podkladem pro doporučení vyhovujících PO. Pro realizaci podpůrných opatření a poradenskou činnost poskytují školám metodickou, informační a konzultační podporu. Podrobný výčet kompetencí a služeb poskytovaných PPP a SPC zabývajících se jednotlivými druhy postižení, jsou uvedeny v příloze č. 2 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů (vyhláška č. 72/2005 Sb.).

3.1.2 Speciálně - pedagogická centra

SPC poskytují poradenskou činnost a odbornou pomoc v edukaci žáků se zdravotním postižením, v rozsahu odpovídajícím danému typu postižení, na které se specializují. (SPC poskytující služby žákům s mentálním postižením, SPC poskytující služby žákům se zrakovým postižením). SPC vykazují obdobné činnosti jako PPP, s tím rozdílem, že se orientují pouze na děti a žáky s postižením. Zajišťují výběr vhodného vzdělávacího zařízení, které odpovídá speciálním vzdělávacím potřebám žáka, případně vydávají doporučení k přeřazení do jiného vzdělávacího programu. Školám a rodičům poskytují metodickou, informační a poradenskou podporu týkající se edukace těchto žáků. SPC poskytuje své služby ambulantně v centru nebo formou terénní služby, v rámci níž dochází do škol, školských zařízení nebo rodin žáků se zdravotním znevýhodněním. Konkrétní služby poskytované žákům s MP, jejich rodičům a školám, které navštěvují jsou uvedeny v příloze č. 1 k vyhlášce č.72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů (vyhláška č. 72/ 2005 Sb.).

3.1.3 Speciálně - pedagogická a psychologická diagnostika

Speciálně pedagogická a psychologická diagnostika se provádí v PPP a SPC formou klinických metod (anamnéza, pozorování, analýza produktu zadané činnosti, rozhovor) nebo pomocí standardizovaných testů zaměřených na schopnosti dítěte (vědomostní testy, testy zaměřené na schopnosti, dovednosti nebo inteligenci) (Valenta, 2009).

Cílem speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky je posouzení osobnostních rysů, kognitivních schopností a percepčně motorických funkcí v souvislosti se školními požadavky. Dále také zhodnocení dovedností v oblasti čtení, psaní a počítání. Na základě speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky vyhotoví ŠPZ zprávu obsahující výsledky a doporučení (Kozáková, Krejčířová a Pastieriková, 2013).

4 MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ MP

Práce a pracovní uplatnění patří k základním potřebám každého člověka, která dává jeho životu určitou strukturu. Zásadním způsobem ovlivňuje nejen ekonomickou situaci a samostatnost, ale pozitivně přispívá i k rozvoji postojů, sebevědomí, vůle a intelektových schopností. Práce placená či neplacená podněcuje interakci, seberealizaci a je nezbytnou součástí procesu integrace MP do běžné společnosti, v níž upevňuje jejich společenské postavení (Kryvošíková, 2011, Friedmann, 2011).

Pracovní uplatnění jedinců s MP je legislativně ukotveno v zákoně č. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, upravujícím zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním. Tedy jedinců, kteří mají z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu sníženou schopnost uplatnit se na trhu práce. Pokud osobám s MP poklesne pracovní schopnost o nejméně 35% jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v 1.,2. nebo 3. stupni. Podle zákona 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů se pak stávají osobami se zdravotním postižením a mají nárok na invalidní důchod (Friedmann, 2011).

Výše a podmínky pobírání invalidního důchodu jsou stanoveny v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého má pojištěnec nárok na pobírání invalidního důchodu:

- I. stupně, pokud jeho pracovní schopnost klesla o 35 - 49%,
- II. stupně, pokud jeho pracovní schopnost klesla o 50 - 69%,
- III. stupně, pokud jeho pracovní schopnost klesla o 70% a více.

V České republice se podle zákona osoby s MP mohou uplatnit na volném trhu práce prostřednictvím podporovaného zaměstnání nebo na chráněném trhu práce, kam spadají chráněná pracovní místa. (zákon č. 435/2004 Sb.) Další možností jsou sociálně terapeutické dílny, které jsou podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, jednou z forem ambulantní sociální služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, nejsou tedy součástí volného ani chráněného pracovního trhu.

4.1 Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnání je služba poskytovaná zpravidla po dobu 2 let, která umožňuje vytvoření rovných pracovních podmínek a příležitostí pro všechny uchazeče

o zaměstnání na volném trhu práce v závislosti na jejich individuálních potřebách, zájmech, schopnostech a osobních možnostech. Hlavním cílem je poskytnout zaměstnanci i zaměstnavateli takovou podporu, která umožní osobám s postižením nejen pracovní místo získat, ale i si ho udržet. V rámci služby podporovaného zaměstnání je zaměstnanci poskytována osobní asistence, zacvičení na pracovním místě, administrativní pomoc, individuální konzultace a doprovázení. Zaměstnavatel může využít podporu ve formě úpravy pracovního místa, pracovní náplně, administrativního poradenství a vytvoření vhodných podmínek pro přijetí zaměstnance do pracovního kolektivu. Výsledkem celého procesu by tedy mělo být nejen plnohodnotné pracovní, ale i společenské začlenění. Hlavními znaky podporovaného zaměstnání jsou:

- podpora pro zaměstnance i zaměstnavatele,
- spravedlivá mzda,
- zaměstnání v rámci volného trhu práce,
- trénink přímo na pracovním místě (Friedmann, 2011).

4.2 Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo a podmínky poskytování příspěvku na zřízení a provoz tohoto místa jsou vymezeny §75, §76 a §77 zákona č. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podle kterého je chráněné pracovní místo vytvořeno zaměstnavatelem ve spolupráci s úřadem práce nejméně na dobu 3 let (zákon č. 435/2004 Sb.).

4.3 Chráněná pracovní dílna

Pojem chráněná pracovní dílna byl novelou zákona o zaměstnanosti, která vstoupila v platnost 1. 1. 2012 zrušen. Chráněné pracovní dílny mohou být nadále provozovány, podle platné legislativy se však už nejedná o provoz chráněné pracovní dílny jako celku, ale několika individuálních chráněných pracovních míst podle §75 zákona č. 435/2004 Sb. (Herrmannová, 2011).

4.4 Specifika úspěšného zapojení jedince s MP do pracovního procesu a ideální cesta k pracovnímu začlenění

V procesu začleňování MP jedinců do pracovního procesu je, více než u intaktní populace důležitá, praktická a teoretická příprava žáků v rámci základní a střední školy, výběr vhodného zaměstnání a průběžná podpora. Předpokladem úspěšného pracovního

začlenění MP je výběr pracovního místa a pracovní náplně, která odpovídá úrovni kognitivních funkcí, inteligenci, motorickým schopnostem, osobnostním rysům a zdravotnímu stavu každého jedince. Osoby s MP jsou náchylnější k přetěžování, psychickému tlaku a hůře se začleňují do pracovního kolektivu, proto je vhodné aby se před nástupem do zaměstnání na volném trhu práce, na tyto negativní vlivy připravili v chráněném prostředí. Činnosti, které v rámci jakéhokoli zaměstnání provádějí by měli být nejprve důkladně vysvětleny a několikrát zopakovány. Pracovní úkony je vhodné rozdělit do několika dílčích kroků, které si zaměstnanec osvojuje postupně a s ohledem na své schopnosti. Zpravidla potřebují delší čas a zpočátku i podporu a pomoc nejen se zvládnutím pracovní náplně, ale i v navazování sociálních kontaktů v pracovním kolektivu. MP jedinci jsou však velmi trpěliví, snaživí, empatičtí a ve vztahu k zaměstnání jsou stálí a loajální (Friedmann, 2011).

Podle Šestáka (2007) by osoba s MP na cestě k pracovnímu uplatnění měla projít nejprve sociálně terapeutickými dílnami, následně absolvovat pracovní rehabilitaci, v rámci které získá určitou kvalifikaci, či rekvalifikaci. Dalším stupněm je zaměstnání na chráněném pracovním místě, kde má možnost zlepšit nabyté schopnosti, které následně zúročí v podporovaném zaměstnání buď samostatně nebo s podporou asistenta.

4.5 Podpora a úloha úřadu práce v procesu uplatnění MP na trhu práce

Zásadní úlohu v procesu pracovního uplatnění MP hrají úřady práce, které poskytují podporu v podobě pracovní rehabilitace a podílejí se na zřizování chráněných pracovních míst. Poskytují také příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více než 50% těchto zaměstnanců, čímž splňují podmínky chráněného trhu práce (Friedmann, 2011, zákon č. 435/2004 Sb.).

4.5.1 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je podle §69 zákona č. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, souvislá činnost vedoucí k získání a udržení vhodného zaměstnání jedinců se zdravotním postižením. Zahrnuje především poradenství v oblasti volby, zprostředkování, udržení, či změny dosavadního zaměstnání, zajišťuje také teoretickou a praktickou přípravu a vytváření vhodných podmínek pro výkon práce.

Teoretickou a praktickou přípravou se rozumí specializované rekvalifikační kurzy, příprava k práci a příprava na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů. Příprava k práci je cílená činnost zaměřená na získání znalostí, dovedností a návyků

potřebných pro výkon zvoleného zaměstnání, která probíhá přímo na pracovišti zaměstnavatele, na chráněných pracovních místech nebo v rehabilitačních zařízeních, po dobu nejdéle 24 měsíců (§ 71 zákon č. 435/2004 Sb., §72 zákon č. 435/2004 Sb.).

Pracovní rehabilitaci zajišťuje krajská pobočka úřadu práce na základě písemné žádosti osoby se zdravotním postižením. S ohledem na zdravotní způsobilost, kvalifikaci a aktuální situaci na trhu práce sestavuje úřad práce, ve spolupráci s žadatelem o pracovní rehabilitaci, individuální pracovní plán a hradí veškeré náklady spojené s jeho realizací (§69 zákon č. 435/2004 Sb).

Pracovní úřad může výkonem pracovní rehabilitace pověřit i jinou právnickou nebo fyzickou osobu, například agenturu podporovaného zaměstnání, která svým klientům nabízí cílený pracovní trénink v reálném pracovním prostředí převážně kavárenského typu (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Na pracovní rehabilitaci se velkou mírou podílejí ergoterapeuti, kteří se zaměřují na individuální úpravu pracovního místa, pracovního postupu, nástrojů a pomůcek v souladu s ergonomickými zásadami. Hodnotí ergonomické nároky pracovního prostředí, navrhují změny související s pracovními podmínkami a časovým rozvržením práce tak, aby co nejvíce přispívali k úspěšnému pracovnímu začlenění osob se zdravotním postižením (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

5 ERGOTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI PRO PODPORU PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Ergoterapie se u dětí i dospělých osob s MP zaměřuje na nácvik ADL, zlepšení nebo udržení stávajících kognitivních a senzomotorických funkcí a nácvik činností, spojených s budoucím pracovním uplatněním, v rámci pracovní a předpracovní rehabilitace (Krivošíková, 2011).

5.1 Senzomotorické funkce

Hodnocení senzomotorických funkcí je ve společné kompetenci fyzioterapeutů a ergoterapeutů, jejichž vyšetření se vzájemně prolínají a doplňují. Dalo by se říci, že zatímco fyzioterapeuti se zaměřují čistě na vyšetření a zlepšování dílčí motorické funkce, ergoterapeuti hodnotí jejich využitelnost tzv. funkční mobilitu v kontextu běžného života a provádí hodnocení a nácvik motorických funkcí v rámci konkrétní činnosti (Krivošíková, 2011).

Senzomotorické funkce hodnocené v ergoterapii:

- *rozsah pohybu* - vyšetřujeme aktivní a pasivní rozsah pohybu končetin pomocí goniometru, výsledky se zaznamenávají ve stupních mezinárodně využívanou metodou SFTR,
- *svalová síla* - vyšetření svalové síly provádíme prostřednictvím funkčního svalového testu podle Jandy, který popisuje 6 stupňů hodnocení svalové síly konkrétní svalové skupin provádějící daný pohyb,
- *svalový tonus* - odchylky od normálního tonu zjišťujeme pasivním protažením vyšetřované části těla. Mezi nejčastější abnormality svalového tonu patří spasticita,
- *čítí* - vyšetřujeme povrchové čítí (exteroceptivní), kam spadá taktilní, algické, termické a diskriminační čítí a čítí hluboké (proprioceptivní), v rámci kterého hodnotíme polohocit, pohybecit a vibrační čítí. K hodnocení diskriminačního čítí využíváme dvoudobou diskriminaci, taktilní lokalizaci, stereognozii a grafestezii,

- *jemná motorika* - jsou pohyby drobných svalů ruky koordinované zrakovou kontrolou. Při vyšetření jemné motoriky hodnotíme úchopy a schopnost manipulace s předměty, kvalitu jemné motoriky, tedy koordinaci a přesnost potřebnou k provedení cíleného kontrolovaného pohybu a také výkon, kam spadá rychlost a vytrvalost pohybu a síla stisku ruky (Krivošíková, 2011).

5.2 Kognitivní funkce

Vzájemná kooperace kognitivních funkcí je proces zaznamenání a zpracovávání informací, jehož výsledkem je myšlená a cílená činnost. Vyšetření kognitivních funkcí provádí primárně psycholog, ergoterapeut může provádět dodatečná hodnocení pomocí standardizovaných testovacích metod, screeningových testů nebo prostřednictvím škál mentálního stavu a kognitivních testů. Kognitivní disfunkce zjištěné ergoterapeutickým mohou být podkladem ergoterapeutického procesu, nikoli však přímým podkladem pro stanovení diagnózy s poruchou kognitivních funkcí. V ergoterapii rozlišujeme kognitivní funkce základní, kam řadíme vnímání, orientaci, pozornost a paměť, vyšší kognitivní funkce, což je myšlení a exekutivní funkce a metakognitivní schopnosti, neboli přemýšlení o vlastních myšlenkách. Kognitivní funkce lze trénovat a hodnotit také, souběžně s hodnocením funkčních schopností, a to pozorováním klienta při výkonu předem stanovené smysluplné činnosti, nejčastěji ADL (Krivošíková, 2011).

5.3 Psychosociální funkce

Psychosociální funkce hodnotíme primárně u psychiatrických pacientů. Psychické funkce vyvozujeme z chování, vnitřních procesů, zájmy klienta a jeho subjektivní vnímání okolního světa, vyžadují bližší poznání klienta. Sociální funkce jsou oproti psychickým funkcím dobře pozorovatelné a zachycují schopnost klienta navazovat a udržet kontakt s jinými lidmi. Na psychosociální funkce nahlížíme ze dvou pohledů. První se zabývá hodnocením jedince, konkrétně jeho schopnostmi, dovednostmi a zájmy, oblastmi dysfunkce, rovnováhou aktivit všedního dne, změnami v činnostech, rolích a zájmech, potenciálem změny s ohledem na postižení a mírou motivace. Druhý pohled hodnotí možnosti prostředí pacienta pro trénink jednotlivých dovedností a zvýšení míry soběstačnosti klienta. Pokud je prostředí z nějakého důvodu pro pacienta nevyhovující, může ergoterapeut navrhnout změnu rolí, změnu zaměstnání, dispoziční úpravu nebo změnu bydlení. Pro hodnocení prostředí jsou v ergoterapii využívány standardizované testové metody zaměřené na hodnocení soběstačnosti a instrumentálních ADL (hodnocení

motorických a procesních dovedností - AMPS, hodnocení běžných funkcí podle Kohlmana - KELS), standardizované a nestandardizované hodnocení rolí, chování a využití denních aktivit (vývoj změny v oblasti výkonu činnosti - OPHI, komplexní hodnocení ergoterapie - COTE) (Krivošíková, 2011).

5.4 Hodnocení výkonu zaměstnávání

5.4.1 Všední denní činnosti

Hodnocení soběstačnosti v ADL je ve společné kompetenci ergoterapeutů, zdravotních sester i fyzioterapeutů, nácvik ADL by však s klientem měl provádět především ergoterapeut. ADL dělíme na personální ADL (PADL), které souvisejí přímo se sebeobsluhou pacienta (najedení, hygiena), a instrumentální ADL (IADL), kterými jsou činnosti zahrnující širší soběstačnost (vaření, nakupování). K odhalení dysfunkcí ve výkonu ADL máme k dispozici pestrou škálu testů (Funkční míra nezávislosti - FIM, Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání - COMP, Index Barthelové - IB) (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011).

5.5 Předpracovní rehabilitace

Předpracovní rehabilitace řadíme do léčebné rehabilitace, která je v systému komprehenzivní rehabilitace významným předstupněm pracovní rehabilitace.

Cílem předpracovní rehabilitace je najít klientovi, který důsledkem svého zdravotního stavu přišel o zaměstnání nebo klientovi bez předchozích pracovních zkušeností, takové zaměstnání nebo činnost, která odpovídá jeho dovednostem a funkčním schopnostem a zároveň respektuje jeho přání a představy. Pracovní rehabilitace poskytuje podporu při hledání zaměstnání např. přípravou na pohovory, ale i po získání zaměstnání a v případě potřeby zajišťuje adekvátní řešení problému, které v souvislosti se zaměstnáním nastanou. Výběr vhodného zaměstnání se provádí na základě výsledků ergodiagnostiky. Předpracovní rehabilitace se také zaměřuje na rozšíření pracovních možností a rozvoj pracovních schopností, postiženého jedince. Kvalitní intervence ve všech zmíněných oblastech vyžaduje práci interdisciplinárního týmu, složeného z ergoterapeutů, fyzioterapeutů, lékařů, speciálních pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků, kteří spolupracují s agenturami podporovaného zaměstnávání a úřady práce. V předpracovní rehabilitaci se ergoterapeut ve spolupráci s interdisciplinárním týmem zaměřuje především na výběr a nácvik vhodných pracovních činností (modelových činností) a nácvik pracovního chování, provádí hodnocení pracovního potenciálu a poskytuje poradenství

v oblasti kompenzačních pomůcek, edukaci rodiny a pracovního kolektivu. Možnost získat zaměstnání a forma podporovaného zaměstnání je ovlivněna psychickým i fyzickým stavem jedince. Jednotlivé terapie probíhají ambulantně v nemocnicích, školách, na pracovišti nebo v agenturách podporovaného zaměstnávání. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Söderback, 2009)

5.5.1 Ergodiagnostika

Metodu ergodiagnostiky zavedl v České republice, v roce 1981 J. Pfeifer. Ergodiagnostika je několikadenní pracovní hodnocení, související s pracovním potenciálem a pracovním uplatněním, na kterém se primárně podílí lékař ergodiagnostického centra, fyzioterapeut, ergoterapeut a klinický psycholog.

Ergodiagnostika se skládá z dílčích vyšetření, jejichž výsledkem je výstupní protokol ergodiagnostiky obsahující závěrečné hodnocení a doporučení v oblasti senzoričkových, psychomotorických a kognitivních schopností, jemné motoriky a fyzické zátěže. Obsahuje zhodnocení motivačních a emocionálních aspektů a uvádí doporučení týkající se vhodné pracovní polohy, cesty do práce a manipulace s břemeny (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011). Neměly by chybět také údaje o komunikačních schopnostech, mobilitě, pracovních dovednostech (soustředěnost, pečlivost a přesnost při práci) a návycích (docházka do práce, hygiena) (Müller, 2005).

Na začátku je vždy nutné vstupní vyšetření lékařem, který provede zdravotní anamnézu, následuje fyzioterapeutické vyšetření, které hodnotí fyzické předpoklady pro práci, především hybnost a svalovou sílu. Poté se provádí ergoterapeutické vyšetření a nakonec psychologické vyšetření, jehož cílem je zhodnocení psychomotorického tempa, motivace k práci, aktuálního psychického stavu, stresové tolerance a intelektové úrovně klienta (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, Krivošíková, 2011).

5.5.2 Ergoterapeutické vyšetření v rámci ergodiagnostiky

Ergoterapeutické vyšetření hodnotí pracovní potenciál, koncentraci a výdrž klienta, přičemž se zaměřuje na funkci ruky a její zapojování do činností (Maršálek, 2008).

Základem vyšetření je rozhovor, prostřednictvím kterého ergoterapeut zjišťuje pracovní anamnézu, zahrnující dosažené vzdělání a pracovní zkušenosti, dále motivaci k práci, schopnost klienta do zaměstnání dojíždět, představy klienta o pracovní náplni, délce pracovní doby a platu. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011) Následuje hodnocení funkční kapacity jedince, pomocí ucelené baterie testů, která

se skládá z testu funkční motoriky ruky (Jobsen - Taylor test), testu jemné motoriky ruky (Purdue-Pegboard, Model #32020), vyšetření svalové síly stisku ruky dynamometrem, testu koncentrace a pozornosti (pracovní křivka) a modelové činnosti. Součástí je také test fyzického výkonu prováděný na ergometru a test fyzické stránky pracovního potenciálu (IWS - Isernhagen Works system), který spočívá v hodnocení výdrže v pracovních polohách a manipulace s břemeny (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Maršálek, 2008).

5.5.3 Modelové činnosti

Modelové činnosti jsou simulacemi situací a činností reálného života, které jsou hodnotícím nástrojem ergodiagnostiky i prostředkem nácviku ucelených činností a pracovního chování v rámci terapie. Modelové činnosti jsou využívány nejen k tréninku konkrétních pracovních činností, v přípravě klientů na budoucí zaměstnání, ale také k nácviku ADL a tréninku kognitivních funkcí. Vhodné modelové činnosti volí ergoterapeut na základě problémových oblastí a zájmů klienta, požadavků hodnocení a možností pracoviště. Při hodnocení modelových aktivit se ergoterapeut zaměřuje na přípravu, plánování a průběh činnosti, kvalitu (způsob provedení činnosti) a kvantitu výsledků a sebehodnocení klienta. Každá modelová činnost by měla mít předem individuálně stanovená jednotlivá hodnotící kritéria a limity přizpůsobené aktuální problematice daného klienta (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Peštová, Slepíčková).

Činnosti, které mají vlastní smysl - jsou smysluplné činnosti, jejichž výsledkem je produkt (pokrm, látková taška). Využívají se k tréninku pracovních dovedností a návyků, které však nemusejí nutně souviset s náplní práce v budoucím zaměstnání. Hodnotíme výsledný produkt i průběh výroby a usilujeme o zlepšení pracovního potenciálu klienta (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Peštová, Slepíčková).

Činnosti kopírující pracovní činnost - jsou přesnou simulací činností budoucí pracovní náplně. Provádí se v tréninkovém prostředí, které by mělo svými podmínkami a vybavením odpovídat reálnému pracovnímu místu nebo přímo v pracovním prostředí konkrétního zaměstnání (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Peštová, Slepíčková).

Činnosti, které nemají vlastní smysl - jsou činnosti pomocí nichž zjišťujeme a nacvičujeme konkrétní dovednosti klienta v jednotlivých oblastech hodnocení (kognitivní funkce,

senzomotorické funkce, psychosociální funkce) (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Peštová, Slepíčková).

5.5.4 Analýza činnosti

Před samotným nácvikem modelové činnosti s klientem je vhodné provést podrobnou analýzu činnosti, která nám pomůže lépe poznat strukturu činnosti, posoudit nároky na dovednosti klienta nezbytné pro výkon aktivity, potenciál využití činnosti při terapii a její význam pro běžný život klienta. Analýza činnosti je uspořádaný proces, v rámci kterého ergoterapeut provádí pozorování, podrobný popis a rozložení činnosti do dílčích kroků, což umožňuje její smysluplné využití. Podle Hagedornové rozlišujeme tři základní typy analýzy:

Analýza základní - obsahuje podrobný popis jednotlivých kroků činnosti a jejich pořadí, popisuje materiál, nástroje a pomůcky nezbytné pro dokončení činnosti a definuje její hlavní cíle.

Analýza nároků - popisuje nároky činnosti na osobu klienta.

Aplikovaná analýza - je využívána k dosažení léčebných cílů terapie, které vyplývají z aktuálního stavu, potřeb a preferencí klienta. Zjišťuje význam a možnosti adaptace činnosti nebo její části pro zlepšení konkrétních problémových oblastí klienta (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011).

Přístupy jednotlivých autorů v analýze činnosti se liší, možnosti provedení analýzy činnosti jsou tedy poměrně rozmanité. Každá analýza činnosti by však měla obsahovat:

- *jednotlivé kroky, postupy a úkony aktivity,*
- *nezbytné pomůcky a využitý materiál,*
- *význam pro klienta (sociokulturní, osobní),*
- *individuální nároky aktivity na fyzické (senzomotorické), psychické (kognitivní) a sociální schopnosti a dovednosti klienta nebo požadavky na vybavení (pomůcky, materiál, nástroje), prostor a jiné nároky prostředí,*
- *možnosti adaptace a stupňování náročnosti aktivity (dle Krivošíkové, 2011).*

Adaptace a stupňování činnosti

Adaptace nebo stupňování jsou specifické úpravy požadavků či nároků činnosti nebo její části na prostředí nebo dovednosti jedince, podporující samostatné provádění činnosti. Stupňováním můžeme cíleně snižovat či zvyšovat náročnost aktivity prostřednictvím úpravy postupu, pomůcek, nástrojů, materiálu či prostředí za účelem zlepšení výkonu pacienta ve stanovených oblastech (Krivošíková, 2011).

Nejčastějšími oblastmi adaptace činnosti jsou (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová 2009; Krivošíková, 2011):

- *fyzické prostředí (osvětlení, prostor...),*
- *kognitivní aspekty (typ instrukcí a míra asistence, nároky na paměť, koncentraci, kreativitu, plánování a rozhodování),*
- *emocionální aspekty (motivace, nálada...),*
- *senzomotorické aspekty (požadavky na rozsah pohybu, svalovou sílu, koordinaci, jemnou motoriku, percepci, pracovní polohu...),*
- *sociokulturní prostředí (individuální či skupinová terapie, počet účastníků),*
- *sociální aspekty (komunikace a míra spolupráce ve skupině)*
- *pomůcky (úpravy pomůcek a nástrojů, dostupnost, volba tvaru a velikosti nástrojů a pomůcek),*
- *čas (rychlost provedení, opakování úkolu),*
- *struktura (změna pořadí, úprava nebo vynechání dílčích úkolů).*

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A ÚKOLY

Hlavním cílem bakalářské práce je uplatnit ergoterapeutickou intervenci, založenou na nácviku modelové činnosti, ve speciálně pedagogické praxi, a tím přispět k pracovnímu uplatnění žáků s mentálním postižením.

K hlavnímu cíli se vztahují další dílčí cíle:

1. Nastudovat legislativní oporu vzdělávání žáků s mentálním postižením, jež je nezbytnou přípravou pro další pracovní uplatnění.
2. Nastudovat možnosti uplatnění žáků s lehkým mentálním postižením na trhu práce.
3. Poukázat na dílčí propojení ergoterapie a speciální pedagogiky u žáků s mentálním postižením se zřetelem na jejich budoucí pracovní uplatnění.

7 STANOVENÉ HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. V dovednostech výkonu modelové činnosti během 2. terapeutické jednotky jsou žáci 9. třídy s lehkým mentálním postižením nejméně o 50% samostatnější než v průběhu 1. terapeutické jednotky a během 3. terapeutické jednotky nejméně o 100% samostatnější než v průběhu 1. terapeutické jednotky.
2. V průběhu 3. terapeutické jednotky jsou žáci 9. třídy s lehkým MP schopni pracovat zcela samostatně, bez dopomoci, slovní instruktáže nebo demonstrace kroků na začátku či v průběhu činnosti.
3. Sebehodnocení žáků ve všech terapeutických jednotkách se shoduje se skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané činnosti, a odpovídá tedy objektivnímu hodnocení terapeuta.

8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Bakalářská práce má charakter kvalitativního výzkumu. Pro metodologii výzkumného šetření bude v bakalářské práci využito pozorování a rozhovor s žáky a speciálními pedagogy. Dále hodnotící škály vlastní konstrukce (příloha 3, příloha 5 a příloha 6) a modifikace hodnotících škál (příloha 4) s oporou o standardizované hodnotící škály. Vše bude zpracováno v rámci případové studie, která bude zahrnovat ergoterapeutický program, analýzu činnosti a modelovou činnost.

Ergoterapeutický program pro žáky s lehkým MP je zaměřen na zlepšení pracovních schopností a dovedností aplikací modelové činnosti v tréninkovém prostředí. Pro výzkumné šetření byla zvolena individuální forma terapie, která umožní lepší kontrolu nad žáky a celým průběhem terapie, umožní autorce každého jednotlivce lépe poznat a navázat s ním odpovídající ergoterapeutický vztah. Zamezí působení rušivým elementům ze strany ostatních účastníků terapie a čímž zajistí optimální podmínky pro koncentraci a účast jednotlivců na terapii. Důležitým aspektem terapie je atraktivita zvolené činnosti pro žáky a její přiměřená psychická náročnost, která nemá negativní vliv na sebevědomí žáků a nevyvolává v nich pocit stresu. Také z tohoto důvodu byl zvolen pouze jeden druh modelové činnosti, která se bude v jednotlivých terapeutických jednotkách opakovat, žáci tak budou mít možnost se v dovednostech výkonu činnosti zlepšovat a poučit se z chyb, kterých se dopustili v předchozím nácviku modelové činnosti.

Před zahájením terapie strávila autorka s žáky jeden den (19.1.2018) ve třídě, jako nezávislý pozorovatel teoretické výuky. Pozorovala chování a aktivitu žáků při vyučování i o přestávkách. V rámci přestávek provedla, formou rozhovoru, analýzu preferencí jednotlivých žáků v činnostech a zájmu o ergoterapeutickou intervenci. Na základě těchto kritérií a doporučení třídního učitele proběhl výběr 3 žáků odpovídajících diagnostickým požadavkům bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo od 19.1. 2018 do 16.2.2018.

Při první individuální setkání s každým žákem (24. 1. 2018) byl proveden vstupní rozhovor, který byl prostředkem pro získání informací uvedených v případové studii a sestavení harmonogramu výzkumného šetření.

Nácvik modelové činnosti je rozdělen do 3 terapeutických jednotek s časovou dotací 2 vyučovacími hodinami. Jednotlivé terapeutické jednotky jsou plánovány nejméně s pětidenním časovým odstupem, jelikož postup a výsledný produkt terapií se nemění a při časném opakování by mohlo dojít k demotivaci žáka.

Pro účely bakalářské práce byla vytvořena modifikace Výkladu chování zkoumané osoby při pozorování dle F. Baumgartenové (in Svoboda, 1999) a modifikace Komprehensivní ergoterapeutické hodnotící škály – Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE scale) (příloha 7) (Krivošíková, 2011) v bakalářské práci uváděná pod názvem Komplexní hodnocení chování při činnosti (příloha), které bude využito jako doplňkové hodnocení chování žáků v průběhu výzkumného šetření. Výkon jednotlivých žáků v každé terapeutické jednotce je analyzován hodnotící škálou vlastní výroby nazvané Hodnocení výkonu činnosti (příloha 3). Pro sebereflexi žáků v jednotlivých terapeutických jednotkách slouží Sebehodnotící škála vlastní výroby (příloha 6), na kterou obsahově navazuje Komplexní hodnocení činnosti (příloha 5) vlastní výroby, které bude sloužit pro vyhodnocení 3. hypotézy.

9 MODELOVÁ ČINNOSTI - PŘÍPRAVA KUŘECÍHO ŘÍZKU S BRAMBOROVOU KAŠÍ

Modelová činnost byla vybrána s přihlédnutím k zájmům vybraných žáků a prostorovým možnostem ZŠ Svahová.

Modelová činnost nemusí nutně odpovídat budoucí profesní orientaci jedinců, jelikož primárně neusilujeme o osvojení dovedností v této konkrétní činnosti, ale o komplexní ovlivnění pracovních dovedností schopností a návyků, mezi něž spadá schopnost jedince pracovat samostatně a podle návodu, dbát na správné provedení činnosti, umět se orientovat na pracovišti, udržovat čistotu, dodržovat bezpečnostní pokyny a řád pracoviště. Návikem modelové činnosti usilujeme o zlepšení senzomotorických, kognitivních a psychosociálních funkcí jedince uplatnitelných v jakémkoli zaměstnání, čímž přispíváme k jejich pracovnímu uplatnění.

K modelové činnosti byla vytvořena podrobná analýza činnosti obsahující pokyny k provedení činnosti pro pacienta a terapeuta. Dále 3 typy návodů. Podrobný návod pro přípravu pokrmu s obrazovou přílohou bude využit v terapeutické jednotce č. 1. a dva stručné návody, které mají podobu běžného receptu. Stručný návod k přípravě pokrmu využijí žáci v terapeutickou jednotku č. 2 a Stručný návod pro přípravu pokrmu v 3. terapeutické jednotce.

9.1 Analýza činnosti

Před samotným tréninkem modelové činnosti s klientem byla provedena analýza činnosti, která autorce pomohla lépe pochopit význam činnosti v kontextu terapie a stanovit přesnou strukturu modelové činnosti.

Příprava pokrmu - Kuřecí řízek s bramborovou kaší

Oblast: Práce, ADL

Cílová skupina: Činnost je určena žákům 9.třídy diagnózou lehké mentální postižení

Cíle

Cílem činnosti je zlepšení dovedností v oblasti IADL - vaření, která by zároveň mohla tvořit náplň jejich budoucího zaměstnání. V této činnosti nejde primárně o zlepšení

senzomotorických schopností, ale o ovlivnění kognitivních a psychosociálních funkcí, které mohou mít vliv na budoucí pracovní uplatnění žáků.

Časové hledisko

Předpokládaný čas pro provedení činnosti je 60 minut. Tento čas je pouze orientační, jelikož činnost závisí na druhu vybavení pracovního místa (plynový/elektrický sporák, dostupnost elektrospotřebičů: mikrovlnná trouba, mixér) a předchozích zkušenostech s výkonem jednotlivých úkolů.

Materiál (potraviny)

K přípravě vybraného pokrmu potřebujeme 1 kuřecí chlazený řízek, strouhanku, hladkou mouku, 1 vejce, 500g brambor, mléko, olej nebo tuk na smažení, sůl a pepř. Množství potravin záleží na počtu připravovaných porcí, uvedené množství by mělo vystačit na 1 normální porci.

Pomůcky, nástroje (nádobí) a vybavení

Nezbytným vybavením pracovního místa (kuchyně) je kuchyňský dřez, sporák a pracovní plocha o rozměrech alespoň 50x50 cm, vhodným vybavením je mikrovlnná trouba. Pro přípravu pokrmu použijeme hrnc s pokličkou, pánev, kuchyňské prkénko, 2 mělké talíře, 1 hluboký talíř, kuchyňský nůž, vidličku, šťouchadlo na brambory, měchačku nebo mixér.

Bezpečnostní rizika a opatření

Tato činnost je poměrně náročná na bezpečnost, vyžaduje maximální opatrnost a obezřetnost při manipulaci s rizikovými předměty a vybavením. Při práci hrozí nebezpečí pořezání nožem při krájení, popálení o varnou desku sporáku či horké nádobí. Velmi nebezpečné je zacházení s rozpáleným olejem, při obracení řízků nebo příliš brzkém zchlazení pánve pod tekoucí vodou. V rámci bezpečnostních opatření seznámíme žáka s hrozícími riziky a podrobně vysvětlíme jak zabránit vzniku zranění a nežádoucích situací. Nezapomeneme se ujistit, že žák poslouchal a všemu rozumí.

Prostředí

Činnost je určena pouze pro přípravu v interiéru, v domácím či pracovním prostředí. Práci realizujeme v kuchyni se standardně vybavenou kuchyňskou linkou.

Pracovní místo by mělo být, dobře osvětlené (dodatkové osvětlení nad pracovní plochou) a větratelné (okno, digestoř). Pracovní deska musí být dostatečně velká, omyvatelná a teplovzdorná.

Instrukce pro terapeuta

Pacienta je nutné vždy před zahájením terapeutické jednotky motivovat např. ukázáním obrázku finálního pokrmu

Terapeut se ptá, jestli má pacient s podobnou činností (vařením) zkušenost. Jestli už pokrm vařil nebo pomáhal při jeho přípravě. Jestli zná prostředí kuchyně umí se v ní orientovat a umí manipulovat s pomůckami, nádobím a potřebnými elektrospotřebiči.

Terapeut upozorní na rizika vzniku poranění, vysvětlí bezpečnou manipulaci s horkým nádobím, rozpáleným olejem a doporučí použití ochranných pomůcek (chňapky, utěrka, zástěra) jako prevenci před popálením nebo ušpiněním oděvu.

Terapeut připraví nakoupené potraviny na pracovní stůl. Pracovní místo (linka) je čisté a suché, pacient má dostatek místa pro vykonávání činnosti.

Terapeut předá pacientovi podrobný recept s fotografiemi a nechá mu čas na přečtení, poté se zeptá jestli je vše jasné, případně vysvětlí nejasnosti .

Terapeut upozorní klienta, že pracovní místo musí opustit v témže stavu v jakém bylo před činností - umyté, suché a uklizené nádobí, čistá suchá pracovní deska, sporák i kuchyňský stůl a zametená, čistá podlaha.

Po celou dobu činnosti je terapeut klientovi k dispozici, je připraven pacientovi s čímkoli poradit, pomoci nebo zasáhnout při hrozícím nebezpečí, bez ohledu na to zda má klient pracovat samostatně nebo s dopomocí. Pokud pacient vše zvládá samostatně, terapeut do činnosti zbytečně nezasahuje.

Na konci terapeutické jednotky dá terapeut klientovi k vyplnění sebehodnotící šklálu.

Instrukce pro klienta

Pečlivě si přečtete návod a koukněte se na fotografie.

Pokud je v návodu něco nejasného, zeptejte se terapeuta.

Pokud je vše jasné začněte podle jednotlivých kroků návodu s vykonáváním činnosti, pokuste se o přesné dodržení postupu a jeho provedení. Pokud byste chtěl nějaký krok pozměnit (použít jiné pomůcky, provést daný krok jiným způsobem...) zeptejte se nejprve terapeuta, jestli je to možné.

Zkontrolujte si, jestli máte k dispozici všechny potřebné pomůcky (nádobí, spotřebiče) pokud ne, pokuste se navrhnout nebo společně s terapeutem vymyslet možnosti využití jiných pomůcek nebo vybavení, tak aby změna zásadně neovlivnila chuť nebo vzhled pokrmu.

Terapeut bude během celé činnosti k dispozici, kdykoli budete potřebovat poradit pomoct nebo si s něčím nebudete jisti, zeptejte se.

Pokuste se činnost zvládnout samostatně, na případné chyby budete upozorněn.

9.1.1 Charakteristika činnosti:

Fyzické charakteristiky

Poloha: stoj u kuchyňské linky

- Fyzické požadavky:
- horní končetiny: bilaterální,
 - dolní končetiny: bilaterální,
 - koordinace a manipulace s předměty: jemná motorika , koordinace oko ruka, přesné a cílené pohyby,
 - výdrž: udržení stabilního stoje po dobu činnosti,
 - úchopy: pinzetový, válcový, boční, špetkový,
 - pohyby a svalová síla.

Tabulka 1 Rozsah pohybu a svalová (krájení brambor)

	Dominantní končetina		Nedominantní končetina	
	Rozsah pohybu	Svalová síla	Rozsah pohybu	Svalová síla
Ramenní kloub	addukce, flexe	3	addukce, flexe	3
Loketní kloub	flexe	3	flexe	3
Předloktí	semipronace	3	semipronace	3

Zápěstí	extenze, radiální dukce	3	flexe, ulnární dukce	3
MP	flexe	5	flexe	5
IP1	flexe	5	flexe	5
IP2	flexe	5	flexe	5
CM palce	opozice, abdukce	5	opozice, abdukce	5
IP1 palce	extenze	5	extenze	5
IP2 palce	extenze	5	extenze	5

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 Rozsah pohybu a svalová síla při šlehání bramborové kaše metlou.

	Dominantní končetina		Nedominantní končetina	
	Rozsah pohybu	Svalová síla	Rozsah pohybu	Svalová síla
Ramenní kloub	abdukce, flexe	5	addukce, flexe	4
Loketní kloub	flexe	5	flexe	4
Předloktí	semipronace	5	semipronace	4
Zápěstí	ulnární dukce	5	extenze, radiální dukce	4
MP	flexe	5	flexe	5
IP1	flexe	5	flexe	5
IP2	flexe	5	flexe	5
CM palce	opozice, addukce	5	opozice, addukce	5
IP1 palce	flexe	5	extenze	5
IP2 palce	flexe	5	extenze	5

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Rozsah pohybu a svalová síla při nalévání oleje na pánvičku.

	Dominantní končetina		Nedominantní končetina	
	Rozsah pohybu	Svalová síla	Rozsah pohybu	Svalová síla
Ramenní kloub	abdukce, flexe	4	abdukce, flexe	3
Loketní kloub	flexe	4	flexe	3

Předloktí	pronace	4	pronace	3
Zápěstí	nulové postavení	4	extenze, radiální dukce	3
MP	flexe	5	flexe	4
IP1	flexe	5	flexe	5
IP2	flexe	5	flexe	5
CM palce	opozice, abdukce	5	opozice, abdukce	5
IP1 palce	flexe	5	flexe	5
IP2 palce	flexe	5	flexe	5

Zdroj: vlastní

Senzorické charakteristiky

Dotek: ostrý, chlad, teplo, vibrace (při použití mixéru)

Zrak: velikost, barva, ostrost - na blízko

Sluch: střední hluk při zapnutí mixéru nebo digestoře

Chuť: slaná

Čich: známá a příjemná vůně smaženého řízku

Kognitivní charakteristiky

Činnost vyžaduje koncentraci v průběhu celé terapie, důležité je dodržení posloupnosti a řazení jednotlivých kroků, ale i správný úsudek a odhad možného rizika. Klient by měl být orientovaný místem a časem, měl by být schopen řešit vzniklé problémy související s činností a plánovat provedení dalších kroků. Při činnosti klient využívá krátkodobou (pamatování si návodu v průběhu jedné terapie) i dlouhodobou paměť (pamatování si návodu mezi dvěma terapiemi) klienta.

Sledování instrukcí: Instrukce jsou zadány písemně s obrazovou přílohou, je poskytnuta slovní instruktáž a demonstrace každého kroku v rámci 1. terapie.

Psychosociální charakteristiky

Činnost je strukturovaná a má stimulující charakter, přináší okamžité uspokojení z uvařeného jídla a odměnu za práci, neboť si uvažené jídlo může klient hned sníst. Pravděpodobnost selhání v činnosti je minimální.

5. Sociální interakce

Jedná se o terapii individuální, přesto je potřebná spolupráce s terapeutem minimálně v průběhu 1. terapie.

Terapeutické použití činnosti

9.1.2 Adaptace a stupňování

Adaptace prostředí: Přípravu pokrmu lze provádět pouze v interiéru kuchyně s kuchyňskou linkou ve stoji popřípadě částečně v sedě na barové židli. Pokud máme pacienta na vozíčku pokusme se zajistit bezbariérovou kuchyň. Přizpůsobíme, osvětlení, místnost průběžně větráme oknem nebo alespoň po dobu smažení pustíme digestoř.

Adaptace pomůcek závislých na provedení činnosti: Žák k provedení činnosti využije jiné pomůcky, vybavení a nástroje, jejichž použitím docílí stejného výsledku, jako při použití pomůcek, vybavení a nástrojů uvedených v návodu k modelové činnosti.

Kognitivní adaptace: Jednotlivé kroky klientovi postupně přeříkáváme a ukazujeme na obrázky ke konkrétnímu úkolu. Pomůcky a potraviny podáváme pacientovi postupně vždy ke každému kroku zvlášť.

Emocionální adaptace: Klient musí být seznámen s účelem činnosti, musí vědět k čemu je dobrá a jak jí může využít v běžném životě. Pacient v průběhu činnosti chválíme a motivujeme pro další úkol.

Časová adaptace: Poskytneme klientovi tolik času kolik potřebuje a nestresujeme ho časovými limity. Klient může provádět přípravu bramborové kaše i řízku dohromady.

Adaptace struktury: Klient provádí kroky v pořadí podle svého uvážení, pod podmínkou, že povedou k požadovanému výsledku. Netrváme na tom, aby klient nejprve splnil první část úkolu, tedy uvařil bramborovou kaši a poté až začal připravovat řízek, ale umožníme, mu podle jeho schopností pracovat na obou částech pokrmu zároveň.

Stupňování činnosti:

Tabulka 4 Stupňování modelové činnosti

PŘI ZHORŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU		PŘI ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU
Žák provede pouze některé kroky, zbylé úkoly provede s dopomocí terapeuta nebo je provede terapeut sám. Klient provede pouze modelovou činnost samotnou, úklid pracovního místa provede terapeut.	POŘADÍ KROKŮ A ČÁSTI KROKŮ	Klient může promíchat jednotlivé kroky činnosti a provést přípravu bramborové kaše i řízku dohromady. Klient provádí modelovou činnost včetně činností spojených s uvedením pracovního místa do původního stavu.
Žák používá ergonomicky upravené nádoby a kompenzační pomůcky.	TVAR A VELIKOST NÁSTROJŮ	Žák používá běžně vybavení kuchyně, činnosti si neulehčuje použitím elektrických spotřebičů.
Pomůcky a nádoby je umístěno v blízkém dosahu žáka, pomůcky, nádoby a potraviny připravuje terapeut.	UMÍSTĚNÍ NÁSTROJŮ, POMŮCEK A MATERIÁLŮ	Pomůcky a nádoby si musí klient vyhledat a připravit sám. Potraviny nakupuje klient před započatím terapie.
Žák vaří pouze 1 porci.	MNOŽSTVÍ POTRAVIN	Klient má za úkol uvařit a naservírovat pokrm pro více osob.
Žák dostane více času na provedení úkolu.	ČAS NA PROVÁDĚNÍ ČINNOSTI	Terapeut určí čas, za který musí klient činnost stihnout.
Žákovi poskytneme předobalené řízky, můžeme využít kaši z pytlíku.	TYP POTRAVIN	Pro přípravu řízků použijeme kuřecí řízek s kostí, který je nutné vykostit.
Brambory uvaříme ve šlupce aby se snáze krájeli. Do hrnce dáme méně vody a zvolíme menší porci brambor.	POŽADAVEK NA SVALOVOU SÍLU	Brambory loupeme syrové a vaříme větší porci brambor.

<p>Žák má přesně dané pořadí kroků, kterých se musí držet. Návod má po celou dobu terapie k dispozici.</p>	<p>KOGNITIVNÍ SLOŽKA A PAMĚŤ</p>	<p>Žák má k dispozici stručný návod, který si přečte na začátku terapie, poté již pracuje bez návodu. Pobídneme klienta k vymyšlení a využití alternativních pomůcek k provedení konkrétního kroku.</p>
<p>Žák předvede činnost a podrobně vysvětlí. Před započtím každého kroku instrukce terapeut zopakuje.</p>	<p>MNOŽSTVÍ A TYP INSTRUKCÍ</p>	<p>Žák pracuje samostatně podle návodu. Návod je stručný a obsahuje pouze hlavní kroky činnosti.</p>
<p>Individuální terapie nebo skupinová terapie (všichni účastníci se podílejí na jedné činnosti)</p>	<p>POČET ÚČASTNÍKŮ</p>	<p>Skupinová terapie</p>

Zdroj: vlastní

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

Vybrání jedinci jsou žáky 9. ročníku ZŠ Svahová ve věku 15 - 17 let, s lehkým MP, které v letošním školním roce, čeká volba vhodného studijního programu středního vzdělávání. Mezi sledovanými soubory je dívka s lehkým mentálním postižením a dva chlapci u nichž bylo kromě lehkého mentálního postižení diagnostikováno také postižení více vadami. Speciální vzdělávací potřeby sledovaných žáků jsou kompenzovány PO 3. stupně, která stanovují podporu ve formě úpravy organizace, průběhu a modifikaci obsahu a výstupů vzdělávání dle ŠVP (zpracovaného podle RVP - ZV přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým MP) a podporu asistenta pedagoga v průběhu vyučování. Žáci byli vybráni na základě doporučení třídního učitele, s ohledem na diagnostické požadavky mé bakalářské práce.

Pro zachování anonymity vybraných žáků, je v praktické části bakalářské práce využíváno zástupné označení (žák 1, žák 2, žák 3).

10.1 ZŠ Svahová

Výzkumné šetření bylo pro účely bakalářské realizováno na ZŠ Svahová v Karlových Varech.

ZŠ Svahová školské zařízení zřizované podle §16 odst. 9 školského zákona určena žákům s mentálním postižením. Letošní žáci osmých a devátých tříd budou do ukončení povinné školní docházky vzdělávání podle RVP ZV - přílohy upravující vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Každá žák má stanovený vlastní ŠVP a přiznaná odpovídající podpůrná opatření.

Škola má celkem 9. tříd a jednu přípravnou třídu ZŠ. Každá třída má po celou dobu školní docházky stejného třídního učitele, který učí většinu hlavních předmětů a jednu konkrétní učebnu, ve které je realizována výuka všech předmětů (kromě předmětů vyžadující speciálně vybavenou učebnu). Žáci tak nejsou vystavováni nežádoucím vlivům souvisejících s přesuny, změnou vyučujících nebo prostředí. Ve škole je k dispozici nově vybavená kuchyňka, kterou žáci navštěvují nepravidelně v rámci pracovní výchovy a dílny, ve kterých se tento předmět vyučuje pravidelně podle rozvrhu. Hodinová dotace předmětu pracovní činnosti je v 9. ročníku 5 hodin týdně. Tento předmět by měl sloužit

k získání základní manuální zručnosti při práci s různými materiály a nastínění možností volby povolání v řemeslných oborech.

Pro snazší rozhodování při výběru dalšího vzdělávání, realizuje ZŠ Svahová exkurze do škol nabízejících obory, odpovídající úrovni postižení jednotlivých žáků, kde si mají možnost nejen prohlédnout prostory školy, ale i vyzkoušet některé činnosti, které jsou součástí výuky konkrétního oboru.

11 PŘÍPADOVÉ STUDIE

11.1 ŽÁK 1(dále jen Ž1)

Věk: 17

Pohlaví: muž

Hlavní diagnóza: lehké MP

Vedlejší diagnóza: středně závažná vada řeči

Ž1 nyní navštěvuje 9. třídu ZŠ Svahová, bydlí v bytě 3+1 v KV, se svým strýcem a tetou, kteří jsou již 5 let jeho pěstouny. Teta dojíždí za prací do Německa a strýc je kuchař. O svých biologických rodičích nemluví. Ž1 má těžší formu lehkého MP podmíněnou vlivem nedostatečně podnětného sociokulturního prostředí, ve kterém vyrůstal.

Ž1 chodí do ZŠ Svahová od 6. třídy, do té doby navštěvoval běžnou ZŠ v místě bydliště. Po přechodu na 2. stupeň bylo Ž1, na základě vyšetření ŠPZ doporučen přestup na ZŠ Svahová a jako žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami mu byla stanovena PO 3.stupně, která plně respektují jeho specifika a individuální potřeby. Ž1 má z většiny předmětů chvalitebný prospěch, při vyučování je aktivní, snaživý, sebejistý a k učitelům se chová s respektem, o přestávkách se však snaží upoutat pozornost spolužáků, nenechá si nic líbit a bývá proto často aktérem potyček s ostatními žáky. Ve třídě se kamarádí téměř se všemi, nejvíce však s kamarádkou Ž3, se kterou občas tráví čas i po škole, nejčastěji však komunikují online přes Whats app. Ž1 momentálně nenavštěvuje žádné zájmové kroužky, dříve chodil do keramického kroužku, který ho velmi bavil, nyní jsou jeho hlavními zájmy koukání na televizi nebo hraní her na mobilu, které jsou častou náplní jeho dne po příchodu ze školy. Ve škole ho nejvíce baví matematika, ze které má většinou jedničky. Naopak negativní vztah má k českému jazyku a přírodopisu.

Ve výkonu ADL je plně soběstačný. Do školy dojíždí sám přímou linkou městské hromadné dopravy. Přípravu do školy zvládá samostatně nebo společně s kamarádkou Ž3, přesto na splnění všech povinností dohlíží jeho teta. Obědy má připravené od tety, která každý den vaří, v případě potřeby si dokáže uvařit těstoviny se sýrovou omáčkou. Rád pomáhá tetě nebo babičce při vaření, krájí zeleninu nebo loupe brambory, a každý den si

připravuje svačinu do školy. Ke každodenním povinnostem Ž1 patří výkon některých domácích prací např. zametání, vynesení koše nebo uklizení nádobí z myčky. Nakupovat chodí pouze pro vlastní potřebu, rodinných nákupů se neúčastní.

Ž1 bylo pro další vzdělávání na základě vyšetření ŠPZ doporučeno vzdělávání v oboru kategorie E, toto doporučení Ž1 ani jeho pěstouni nerespektují a přes upozornění školy na vznik možných obtíží ve vzdělávání, se Ž1 hlásí na obor kategorie H - Zahradník na Integrované střední škole v Chebu. Původně se chtěl Ž1 hlásit na obor kategorie H - Kuchař-číšník, díky pozitivnímu alergologickému testu na ovoce, mu však studium v gastronomické oblasti nebylo doporučeno, proto za pomoci pěstounů zvolil alternativu. Ž1 má reálné představy o náplni práce zahradníka a na výuku se velmi těší. Chce se naučit pěstovat zeleninu, ze které si pak bude moci vařit. Stravování i ubytování bude mít zajištěno na internátu, v blízkosti Integrované střední školy v Cheb. Ze samostatného bydlení ani přechodu do jiné školy nemá obavy a vyšší obtížnost oboru si nepřipouští. Po získání výučního listu se chce opět pokusit o přijetí na obor kuchař-číšník.

Ž1 uvádí, že by chtěl chodit na brigádu, ale ještě nenašel odhodlání, doposud tedy nemá žádné pracovní zkušenosti. Po ukončení střední školy by chtěl být kuchařem nebo zahradníkem.

Souhrnná zhodnocení schopností a chování v činnosti Ž1

Ž1 je pravák, pozorováním jsem neodhalila žádný funkční deficit ani poruchu mobility. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Pohyby jsou plynulé a koordinované. Ž1 je plně orientovaný a po většinu terapie soustředěný, snadno se však rozptýlí a občas vyžaduje pobídnutí k pokračování v činnosti. Je velice komunikativní, řeč je někdy chaotická, má nosový charakter a vykazuje známky poruchy artikulace. Při činnosti je velmi sebevědomý a má tendence si dělat věci po svém. Je nepozorný k detailům a netrpělivý. V případě, že se mu činnost zdá příliš složitá nebo vyžaduje více času, snaží se nalézt vhodné alternativní provedení, kterým by si činnost zjednodušil. Z předchozích chyb se dokáže poučit

11.2 ŽÁK 2 (dále jen Ž2)

Věk: 16

Pohlaví: muž

Hlavní diagnóza: lehké MP

Vedlejší diagnóza: porucha chování, porucha učení

Ž2 je žákem 9. třídy ZŠ Svahová, bydlí s matkou, nevlastním otcem a nevlastní mladší sestrou v okrajové části KV v bytě 3+1, kde má Ž2 vlastní pokoj. Biologický otec se o Ž2 nezajímá a ani Ž2 o kontakt s otcem nestojí, vídají se pouze při příležitosti Vánoc. Matka Ž2 pracuje v sklárně jako přenašeč skla, nevlastní otec pracuje v pivovaru. Ž2, podle slov učitele vyrůstá v nedostatečně podnětném rodinném prostředí, rodiče o něj ve věcech školy nejeví velký zájem a jejich spolupráce se školou je mnohdy nedostatečná.

Ž2 navštěvuje ZŠ Svahová od 7. třídy, předtím se s matkou hodně stěhovali za pracovními příležitostmi, proto vystřídal již více škol. Od 1. do 4. třídy chodil do běžné ZŠ v Bochově a následně v Toužimi, kde se vzdělával podle IVP. Po přestěhování rodiny do KV, bylo ŠPZ doporučeno vzdělávání ve škole podle §16 odst. 9. školského zákona, pro žáky s MP. ŠPZ doporučilo Ž2 PO 3. stupně, která nyní plně kompenzuje jeho individuální vzdělávací potřeby. Ž2 má ve škole průměrný prospěch, při vyučování nevyrušuje a snaží se pracovat samostatně. Jeho nejoblíbenějšími předměty jsou informatika a dějepis, naopak nejméně oblíbeným předmětem je zeměpis, ze kterého má ale výborné výsledky. Do třídního kolektivu, se začlenil bez velkých obtíží, ve třídě má 2 dobré kamarády, se kterými se ovšem stýká a komunikuje pouze v rámci školy. Mimo školu je spíše samotářský, ve svém volném čase se s nikým nestýká a nerad chodí ven. Po škole míří rovnou domů, kde si nejraději kreslí nebo hraje hry na tabletu. Ž2 nenavštěvuje ani nenavštěvoval žádné zájmové kroužky, sportuje pouze ve škole při tělesné výchově.

Ve výkonu ADL je plně soběstačný a poměrně samostatný. Do školy dojíždí samostatně městskou hromadnou dopravou, zastávku má kousek od domu. Do školy se připravuje bez pomoci rodičů, někdy si sám dělá svačinu. Doma občas umývá nebo utírá nádobí, popřípadě chodí na menší nákupy do samoobsluhy. Pomáhá při vaření a pokud ho matka požádá, vaří pro sebe a svou sestru např. míchaná vajíčka nebo těstoviny se zeleninou.

ŠPZ doporučilo Ž2 profesní přípravu ve vzdělávacím oboru kategorie E i H, které vyžadují větší samostatnost a uvědomělost žáků. Výuka v oborech kategorie H již není výrazně uzpůsobena speciálním vzdělávacím potřebám žáků a podmínky jejich absolvování jsou oproti oborům kategorie E ztížené. Ž2 si na základě doporučení své matky a svého přesvědčení, že jako zahradník nebude mít příliš práce, vybral obor kategorie H - Zahradník na Integrované střední škole v Chebu. Ž2 je přesvědčený, že ho obor bude bavit, bohužel má ale poměrně zkreslené představy o obsahu vzdělávání a náplni práce zahradníka, které získal na dni otevřených dveří zmíněné školy. Druhým vybraným oborem je obor kategorie H - kuchař-číšník na téže škole, který by ho bavil více, ale bojí se, že by měl jako kuchař příliš práce. V průběhu školního roku bude bydlet na internátu v blízkosti střední školy, na pobyt mimo domov se těší a z téměř samostatného bydlení nemá obavy.

Doposud nemá Ž2 žádné pracovní zkušenosti a do dokončení školní docházky se nechystá hledat žádnou brigádu. Přesto uvádí, že by šel raději pracovat než chodil do školy.

Souhrnná zhodnocení schopností a chování v činnosti Ž2

Ž2 je pravák, nemá žádné výrazné funkční omezení a je plně mobilní. Nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Kognitivní deficit odpovídá diagnóze. Ž2 je roztržitý, zbrklý a netrpělivý. Má rychlé pracovní tempo, které bohužel snižuje kvalitu provedení činnosti. Ve výkonu jednotlivých kroků činnosti je ledabylý a nepozorný k detailům. Ž2 má horší koordinaci pohybů, která se projevuje zejména na krocích, které vyžadují přesnější provedení (servírování bramborové kaše). Řeč je zrychlená, ale srozumitelná. V průběhu terapie je komunikativní, přátelský a motivovaný. Dobře snáší kritiku a ze svých chyb se dokáže poučit.

11.3 ŽÁK 3 (dále jen Ž3)

Věk: 15 let

Pohlaví: žena

Hlavní diagnóza: lehké MP

Ž3 je jedináček a pochází z úplné rodiny. S rodiči bydlí v panelovém domě 3+1 v centru města Ostrov nad Ohří, které je od Karlových Varů vzdálené necelých 12 km. Matka pracuje jako zdravotní sestra a otec je IT technik. Na rozdíl od většiny svých spolužáků vyrůstá Ž3 ve funkční rodině, která dbá na ideální podmínky pro její rozvoj a vytváří dostatečně podnětné sociokulturní prostředí. Rodiče s Ž3 podnikají výlety, vedou ji ke sportu a podporují její zájmy a koníčky formou volnočasových aktivit.

Do 6. třídy navštěvovala Ž3 běžnou ZŠ v H, s přestupem na 2. stupeň ZŠ, se objevili vážnější problémy ve vyučování a na základě vyšetření ŠPZ byl Ž3 doporučen přestup na ZŠ Svahová. Ž3 jsou poskytována PO 3. stupně, je premiantkou třídy a na svém prospěchu si velmi zakládá. Během vyučování je soustředěná, velmi se snaží a do vyučování bez dovození učitele nezasahuje. Nejvíce jí baví český jazyk, přírodopis a také matematika, přesto, že z ní má občas horší známky. Ve třídě se Ž3 nejvíce baví s kamarádem Ž1, se kterým chodí po škole na zastávku nebo spolu jdou do města, kromě Ž1 má kamarádky v místě bydliště, se kterými se navštěvují. Po příchodu domů splní Ž3 určené domácí povinnosti, poté se učí nebo hraje hry na počítači. Jejími hlavními zájmy jsou hraní na flétnu a bruslení, na které chodí společně s matkou, alespoň jednou týdně.

Ž3 je plně soběstačná ve výkonu ALD odpovídajícím jejímu věku. Do školy dojíždí přímou linkou meziměstského autobusu nebo jí vozí otec autem. Co se týče přípravy do školy je Ž3 velice důsledná, učí se sama a pokud něčemu nerozumí požádá otce. Přesto rodiče každý den dohlížejí na splnění školních povinností. Ž3 je méně samostatná než ostatní sledovaní žáci, svačiny jí dělá táta a pokud nemá oběd doma, chodí do jídelny. Přesto se v prostředí kuchyně velmi často a ráda pohybuje, nejraději pomáhá matce s pečením koláčů a dortů. Při vaření je k ruce zase otci, připravuje vodu na těstoviny nebo brambory a krájí zeleninu nebo podává potřebné suroviny, sama však nikdy nevařila. Pokud Ž3 rodiče požádají, chodí sama i na větší nákupy do nedalekého supermarketu. Běžně doma vykonává některé domácí práce jako je umývání a utírání nádobí nebo vynášení odpadků.

K profesní přípravě na střední škole, byly Ž3 na základě vyšetření ŠPZ doporučeny obory kategorie E. Toto doporučení respektují rodiče Ž3 pouze částečně, hlavním vybraným oborem, který si B přeje studovat je obor kategorie E - Potravinářská výroba (cukrář) na Integrované střední škole v Chebu. Druhou přihlášku si Ž3, na radu rodičů, podala na obor kategorie H - Zahradník na téže škole. K tomuto oboru sice nemá žádný vztah a v budoucnu by se jím nechtěla živit, ale líbilo by se jí chodit do třídy s kamarádem Ž1, který se na zmíněný obor také hlásí. Z přechodu na neznámou školu, nových učitelů a předmětů strach nemá, je přesvědčená, že učení bude zvládat se stejnými výsledky jako dosud. Na internát se těší, bojí se pouze, že si nebude rozumět se spolubydlíci. Stravování ve všední dny bude mít zajištěné ve školní jídelně, na víkendy se bude se spolužáky vracet přímým vlakovým spojem domů.

Ž3 nemá žádnou stálou brigádu, každé 2 týdny však chodí pomáhat matce a tetě s prodejem na dětské burze. O stálé brigádě neuvažuje, chce se naplno věnovat škole. V budoucnu by chtěla pracovat v cukrářské výrobě nebo cukrárně.

Souhrnná zhodnocení schopností a chování v činnosti Ž3

Ž3 je pravačka a nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Pozorováním jsem nezjistila žádné funkční omezení ani poruchy mobility. Kognitivní funkce odpovídají diagnóze. Je motivovaná a po většinu činnosti soustředěná. Ve výkonu činnosti má oproti spolužákům pomalé tempo a zpomalené reakce. Při činnosti hůře zvládá provedení kroků, které vyžadují rychlé jednání (např. pálí se mi řízek, musím ho hned otočit), v takových situacích reaguje chaotickým přeskakováním od jedné činnosti ke druhé, důsledkem čehož se dopouští chyb. S nabývajícím zkušenostmi ve výkonu činnosti se s těmito situacemi dokáže lépe vypořádat. Své chyby si pamatuje a dokáže se z nich poučit. Ž3 je velmi pečlivá a snaživá což se projevuje i snahou o přesné dodržování instrukcí.

12 ZÁZNAM PRŮBĚHU TERAPIÍ

Jednotlivé terapeutické jednotky by měly směřovat ke zlepšení dovedností a zvýšení míry samostatnosti žáků v přípravě pokrmu (modelové činnosti) a činností s ní souvisejících, prostřednictvím stupňování v oblasti snižování míry dopomoci, změnou typu a snižováním množství poskytovaných instrukcí, ztížením kognitivní složky činnosti a změnou struktury. Postupné ztěžování činnosti se odvíjí od schopností a dovedností každého žáka. Výkon v činnosti souvisí mimo jiné i s předchozími zkušenostmi s výkonem činnosti nebo jeho částí a znalostí některých kroků přípravy, tyto informace jsou zjišťovány v úvodu 1. terapeutické jednotky.

12.1 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 1.

Datum: 1. 2. 2018 (Ž1, Ž2), 2. 2. 2018 (Ž3)

Náplň terapeutické jednotky: Návuk modelové činnosti - příprava kuřecího řízku s bramborovou kaší

Cíl terapeutické jednotky: Cílem je osvojení základních dovedností potřebných ke zpracování a tepelné úpravě potravin pro přípravu pokrmu. Žák by se měl naučit pracovat s návodem a v případě potřeby se na něj odkazovat.

Časová náročnost: 90 min.

Nároky na provedení a instrukce: Žák má k dispozici podrobný návod k přípravě pokrmu s obrazovou přílohou (Příloha 1). Veškeré informace a pokyny ke správnému provedení modelové činnosti jsou obsaženy v analýze činnosti.

Adaptace a stupňování činnosti: Vzhledem k nedostatečnému vybavení cvičné kuchyňky byla provedena Adaptace pomůcek závislých na provedení činnosti. K rozpuštění másla je, místo mikrovlnné trouby, využit sporák. Dále byla provedena adaptace struktury činnosti. Vzhledem ke schopnostem žáků a úspoře času provádí žák přípravu obou částí pokrmu, tedy bramborové kaše i řízku zároveň.

Organizace průběhu terapeutické jednotky

Úvodní část: V úvodní části zjišťuje terapeut pomocí strukturovaného rozhovoru zkušenosti žáka s přípravou pokrmu nebo jeho částí, znalost pracovního prostředí, potřebných pomůcek a potravin.

Hlavní část: Na začátku dostane žák podrobný návod k přípravě pokrmu s obrazovou přílohou (příloha 1), který má za úkol si důkladně přečíst. Terapeut se poté doptá na stručný popis a pořadí kroků činnosti (žák smí koukat do návodu), aby měl jistotu, že se žák umí orientovat v návodu a všemu rozumí. Návod má žák k dispozici po celou dobu terapie a v případě dotazů, dohledatelných v návodu, je na něj odkazován. Terapeut žáka provází postupně jednotlivými kroky činnosti a upozorňuje na kroky jejichž pořadí bylo v závislosti na adaptaci struktury změněno. Vždy před započítím konkrétního kroku, pobídne klienta k nahlédnutí do návodu a přečtení instrukcí. Pokud si je klient jistý pokusí se provést úkol samostatně popřípadě se slovními instrukcemi či dopomocí terapeuta. Terapeut kroky jejichž pořadí bylo v závislosti na adaptaci struktury změněno a jaký krok následuje. Těžší úkoly (např. krájení masa) nebo úkoly s jejichž provedením si žák není jistý, terapeut nejprve předvede a klient následně zopakuje. Úkoly, které vyžadují určité zkušenosti a nelze je v činnosti opakovat (např. dochucování nebo správné množství mléka, které je nutné přidat do bramborové kaše pro požadovanou hustotu) provádí vždy žák, za intenzivního dohledu terapeuta.

Závěrečná část: V závěru terapeutické jednotky má žák možnost vyplněním Sebehodnotící škály zhodnotit svůj výkon v hlavní části terapie.

12.1.1 Vyhodnocení předchozích zkušeností a dovedností žáků související s výkonem modelové činnosti, získané v úvodní části terapeutické jednotky č.1.

Všichni žáci uvádějí znalost pomůcek, nádobí i vybavení cvičné kuchyňky včetně elektrospotřebičů, které umí ovládat. Mají předchozí zkušenosti s vařením v prostředí cvičné kuchyňky, kde se v rámci vyučování společně podíleli na přípravě míchaných vajíček nebo pizzy. Současně také potvrzují znalost potravin a jejich zpracování potřebných k přípravě pokrmu, uvedených v návodu.

Ž1, Ž2, i Ž3 se doma podílí na přípravě některých pokrmů, nejčastěji krájení či loupáním zeleniny, a alespoň jednou již v minulosti pomáhali nebo byli svědky přípravy bramborové kaše kuřecího řízku. Ž2 uvádí, že běžně vaří sobě i své sestře, pokud je o to svou matkou požádán. Jedná se pokrmy jednoduššího charakteru např. míchaná vajíčka nebo těstoviny se zeleninou. Ž1 také potvrzuje zkušenosti s přípravou pokrmu bez asistence pěstounů, dokáže uvařit těstoviny se sýrovou omáčkou. Oproti tomu Ž3 nikdy samostatně nevařila.

12.2 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 2.

Datum: 6. 2. 2018 (Ž1), 8.2.2018 (Ž3), 9.2. 2018 (Ž2)

Náplň terapeutické jednotky: Nácvik modelové činnosti - příprava kuřecího řízku s bramborovou kaší

Cíl terapeutické jednotky: Cílem je zvýšit samostatnost žáka ve výkonu modelové činnosti, zlepšením dovedností v přípravě pokrmu a osvojením postupu uvedeného v návodu (Příloha 2).

Časová náročnost: 90 min.

Nároky na provedení a instrukce: Žák má k dispozici stručný návod k přípravě pokrmu s chybným řazením kroků (Příloha 2). Veškeré informace a pokyny ke správnému provedení modelové činnosti jsou obsaženy v analýze činnosti.

Adaptace a stupňování činnosti: Bylo provedeno stupňování činnosti v množství a typu instrukcí. Žák dostane návod k přípravě pouze se stručnými instrukcemi (Příloha 2), který neobsahuje obrazovou přílohu. Množství slovních instrukcí závisí na schopnostech a dovednostech žáka. Dále bylo provedeno stupňování struktury činnosti, žák má za úkol provést přípravu bramborové kaše a řízku současně, k dispozici má návod, který řazením kroků neodpovídá požadované struktuře činnosti (nejprve je uveden postup pro přípravu bramborové kaše a poté kroky pro přípravu kuřecího řízku).

Organizace průběhu terapeutické jednotky

Úvodní část: V úvodní části žák společně s terapeutem vzpomíná na problémové oblasti ve výkonu činnosti v předchozí terapii. Terapeut se dotazuje na úkoly, v jejichž provedení si žák nevěděl rady nebo je provedl špatně a vyžaduje od něj popis správného provedení tohoto úkolu.

Hlavní část: Nejprve žák dostane stručný návod k přípravě pokrmu s chybným řazením kroků (Příloha 2). Terapeut žáka upozorní, že struktura (řazení kroků) činnosti v návodu neodpovídá postupu, který má k přípravě pokrmu použít a je tedy nutné seřadit kroky, tak aby odpovídali požadované struktuře. Jakmile si je žák jistý, že zná správné pořadí a obsah jednotlivých kroků, odebere terapeut žákovi návod a cílenými otázkami si ověří jeho teoretické znalosti o provedení a správném postupu. Kromě této chvíle má žák

návod k dispozici po celou dobu terapeutické jednotky, upravené řazení kroků má možnost si do návodu poznamenat.

Poté dá terapeut pokyn k započetí činnosti. Terapeut žáka pozoruje, v případě potřeby jej upozorní na chybný postup práce nebo nesprávné provedení kroku a odpovídajícím způsobem se ho pokusí dovést ke správnému provedení činnosti. Pokud však zásah terapeuta do činnosti není nezbytně nutný, k odvrácení situace, která by mohla ohrozit kvalitu výsledného produktu, do činnosti nezasahuje

Závěrečná část: V závěru terapeutické jednotky má žák možnost vyplněním Sebehodnotící škály zhodnotit svůj výkon v hlavní části terapie.

12.3 TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA č. 3.

Datum: 12. 2. 2018 (Ž1), 16.2. 2018 (Ž2, Ž3)

Náplň terapeutické jednotky: Modelová činnost - příprava kuřecího řízku s bramborovou kaší.

Cíl terapeutické jednotky: Cílem je zúročit dovednosti žáka nabyté v předchozích terapeutických jednotkách a docílit maximální samostatnost žáka ve výkonu modelové činnosti.

Časová náročnost: 90 min.

Nároky na provedení a instrukce: Žák má v úvodní hlavní části terapie k dispozici stručný návod k přípravě pokrmu bez obrazové přílohy. Veškeré informace a pokyny ke správnému provedení modelové činnosti jsou obsaženy v analýze činnosti.

Adaptace a stupňování činnosti: Bylo provedeno stupňování v oblasti množství a typu instrukcí. Žák v průběhu výkonu činnosti nemá k dispozici návod. Množství slovních instrukcí závisí na schopnostech a dovednostech žáka.

Organizace průběhu terapeutické jednotky

Úvodní část: V úvodní části terapeut společně s žákem zrekapitulují průběh předchozích terapeutických jednotek. Terapeut upozorní žáka, že tato terapeutická jednotka je poslední a měl by se tedy snažit o co největší samostatnost ve výkonu celé činnosti a co nejpečlivější provedení jednotlivých úkolů pro dosažení požadovaného výsledku.

Hlavní část: Nejprve dostane žák stručný návod k přípravě pokrmu obsahující správné řazení kroků, které odpovídá požadované struktuře činnosti a je upozorněn, že v průběhu činnosti jej nebude mít k dispozici. Poté dostane čas na nastudování informací v návodu a pokud si je jistý, že ví jak má postupovat může začít. Terapeut hraje roli pozorovatele a do činnosti pokud možno nezasahuje, pokud však žák nezná správné pořadí kroků, není si jistý jejich správným pořadím nebo provedení kroků neodpovídá požadavkům v návodu, poskytne terapeut žákovi odpovídající míru instrukcí nebo dopomoci.

Závěrečná část: V závěru terapeutické jednotky má žák možnost vyplněním Sebehodnotící škály zhodnotit svůj výkon v hlavní části terapie. Na závěr terapeut ověří teoretické znalosti žáka týkající se správného postupu přípravy pokrmu včetně potřebných potravin, pomůcek (nádobí), nástrojů a vybavení kuchyně.

13 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

13.1 Výsledky k hypotéze 1

K vyhodnocení hypotézy 1. bylo použito porovnávání výsledků hodnocení jednotlivých kritérií samostatnosti (I.-III.), uvedených v Hodnocení výkonu činnosti (Příloha 3) každého žáka v terapeutické jednotce č.1 (T1) s Hodnocením výkonu činnosti každého žáka v terapeutické jednotce č. 2 (T2) a terapeutické jednotce č.3 (T3).

Pro přehlednost výsledků hypotézy 1 byly vytvořeny tabulky hodnocení samostatnosti jednotlivých žáků ve výkonu činnosti v T1, T2 a T3. Jednotlivé kroky činnosti jsou hodnoceny kritérii samostatnosti popsány níže:

I. Samostatnost v započetí úkolu:

1 - Bez upozornění

2 - S upozorněním

II. Potřeba instruktáž a demonstrace před započtím konkrétního úkolu:

1 - Bez předchozí demonstrace a instruktáže

2 - S předchozí instruktáží

3 - S předchozí demonstrací (a instruktáží

III. Míra dopomoci v průběhu konkrétního úkolu:

1 - Samostatně

2 - Se slovními instrukcemi

3 - S manuální dopomocí

4 - Se slovními instrukcemi a manuální dopomocí

5 - Provedl terapeut

Tabulka 5 Hodnocení výkonu činnosti Ž1 v T1, T2 a T3

Krok činnosti	Kriterium hodnocení	T1	T2	T3
Příprava pomůcek	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
<i>Příprava bramborové kaše:</i>				
Oloupání brambor	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	2	1
Omytí brambor	I.	2	1	2
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Nakrájení brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	1	2	1
Příprava k vaření a uvaření brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	4	2	2
Přilítí správného množství mléka do brambor	I.	2	2	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
Rozšťouchání brambor	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	2	1	1
Rozmíchání kaše do hladka	I.	2	1	1
	II.	3	2	1
	III.	2	1	1
Ochucení kaše	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	2

Naservírování kaše na talíř	I.	2	1	1
	II.	3	3	3
	III.	4	2	2
Rozehřátí másla a polítky kaše	I.	2	2	1
	II.	3	2	1
	III.	1	1	1
Příprava kuřecího řízku:				
Omytí a očištění masa	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	2	1
Podélné rozkrojení masa	I.	2	1	1
	II.	3	2	1
	III.	2	2	1
Ochucení masa	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Příprava trojobalu				
- Rozklepnutí vajíčka	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Rozšlehání vajíčka	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	1	2	1
- Ochucení vajíčka	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Přilítí správného mn. mléka	I.	2	1	2
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
- Příprava strouhanky a mouky	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Obalení masa v trojobalu	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	1	2

Smažení řízku	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
<i>Úklid pracovního místa:</i>				
Umytí nádobí	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	2
Utření nádobí	I.	2	2	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Očištění pracovní desky	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	1	2	1

Zdroj: vlastní

Pro vyhodnocení výsledků z tabulky 2 pro T1, T2 a T3 byl vypočítán koeficient samostatnosti na stupnici 0 až 10, přičemž 0 značí absolutní nesamostatnost a 10 značí maximální samostatnost.

Z tabulky 2 vyplývá, že Ž1 dosáhl v T1 koeficientu samostatnosti 4.4, v T2 koeficientu samostatnosti 8.6 (zlepšení o 95% oproti T1) a v T3 koeficientu samostatnosti 9.4 (zlepšení o 113% oproti T1).

Tabulka 6 Hodnocení samostatnosti ve výkonu činnosti Ž2 v T1, T2, T3

Krok činnosti	Kriterium hodnocení	T1	T2	T3
Příprava pomůcek	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
<i>Příprava bramborové kaše:</i>				
Oloupání brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	4	2	2
Omytí brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1

	III.	1	2	1
Nakrájení brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
Příprava k vaření a uvaření brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	4	2	1
Přilítí správného množství mléka do brambor	I.	2	2	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	2
Rozšťouchání brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	1	1	1
Rozmíchání kaše do hladka	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	2
Ochucení kaše	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
Naservírování kaše na talíř	I.	2	1	1
	II.	3	3	2
	III.	4	3	2
Rozehřátí másla a polítí kaše	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
<i>Příprava kuřecího řízku:</i>				
Omytí a očištění masa	I.	2	2	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
Podélné rozkrojení masa	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	1	1
Ochucení masa	I.	2	2	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	1

Příprava trojobalu				
- Rozklepnutí vajíčka	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	3	1	1
Rozšlehání vajíčka	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	3	1	1
- Ochucení vajíčka	I.	2	2	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Přilítí správného mn. mléka	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
- Příprava strouhanky a mouky	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Obalení masa v trojobalu	I.	2	1	1
	II.	2	3	1
	III.	3	2	2
Smažení řízku	I.	2	1	1
	II.	3	2	1
	III.	2	2	1
<i>Úklid pracovního místa:</i>				
Umytí nádobí	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	2
Utření nádobí	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Očištění pracovní desky	I.	2	1	2
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1

Zdroj: vlastní

Pro vyhodnocení výsledků z tabulky 2 pro T1, T2 a T3 byl vypočítán koeficient samostatnosti na stupnici 0 až 10, přičemž 0 značí absolutní nesamostatnost a 10 značí maximální samostatnost.

Z tabulky 2 vyplývá, že Ž2 dosáhl v T1 koeficientu samostatnosti 4,2, v T2 koeficientu samostatnosti 8,2 (zlepšení o 95% oproti T1) a v T3 koeficientu samostatnosti 9,6 (zlepšení o 128% oproti T1).

Tabulka 7 Hodnocení samostatnosti ve výkonu činnosti Ž3 v T1, T2, T3

Krok činnosti	Kriterium hodnocení	T1 datum!!!	T2	T3
Příprava pomůcek	I.	2	2	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
<i>Příprava bramborové kaše:</i>				
Oloupání brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	1	1	1
Omytí brambor	I.	2	2	1
	II.	2	1	1
	III.	1	1	1
Nakrájení brambor	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	2	1
Příprava k vaření a uvaření brambor	I.	2	2	1
	II.	2	1	1
	III.	4	4	2
Přilítí správného množství mléka do brambor	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	3	2	2
Rozšťouchání brambor	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	1

Rozmíchání kaše do hladka	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	1	1
Ochucení kaše	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
Naservírování kaše na talíř	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	3	2	2
Rozehřátí másla a polití kaše	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	3	2	1
<i>Příprava kuřecího řízku:</i>				
Omytí a očištění masa	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	5	3	2
Podélné rozkrojení masa	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	5	4	3
Ochucení masa	I.	2	1	1
	II.	3	1	1
	III.	2	1	1
Příprava trojobalu				
- Rozklepnutí vajíčka	I.	2	1	1
	II.	3	3	1
	III.	4	1	1
- Rozšlehání vajíčka	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	1	1	1
- Ochucení vajíčka	I.	2	1	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1
- Přilítí správného mn. mléka	I.	2	2	1
	II.	2	1	1
	III.	2	2	1

- Příprava strouhanky a mouky	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Obalení masa v trojobalu	I.	2	1	1
	II.	3	2	1
	III.	2	1	1
Smažení řízku	I.	2	1	1
	II.	3	3	2
	III.	4	4	3
<i>Úklid pracovního místa:</i>				
Umytí nádobí	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	1
Utření nádobí	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Očištění pracovní desky	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1

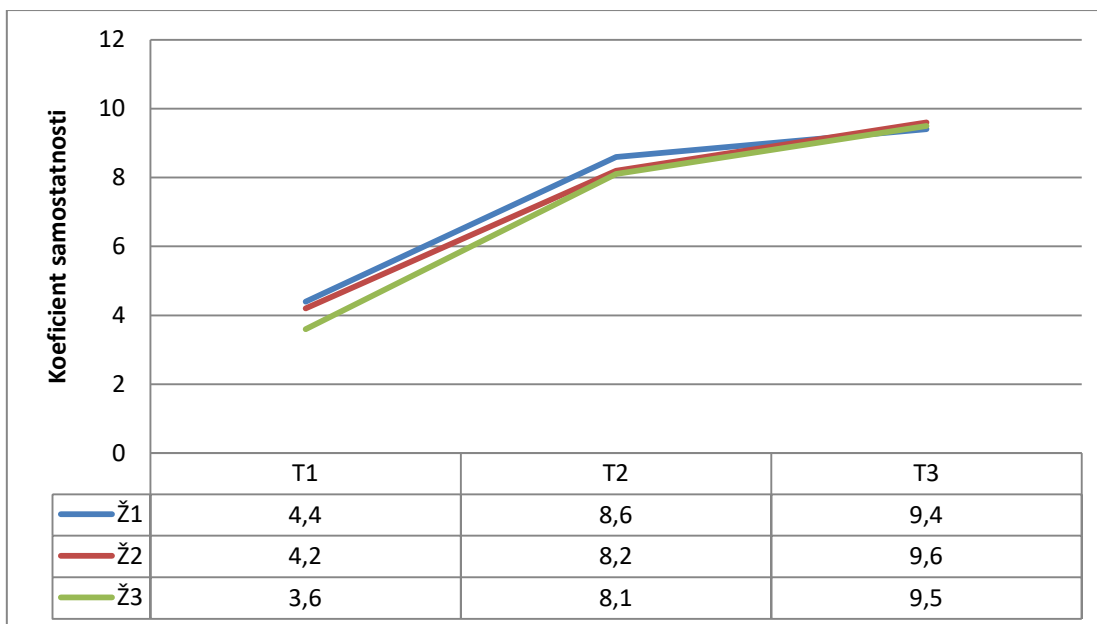
Zdroj: vlastní

Pro vyhodnocení výsledků z tabulky 3 pro Ž1, Ž2 a Ž3 byl vypočítán koeficient samostatnosti na stupnici 0 až 10, přičemž 0 značí absolutní nesamostatnost a 10 značí maximální samostatnost.

Z tabulky 3 vyplývá, že Ž3 dosáhl v T1 koeficientu samostatnosti 3.6, v T2 koeficientu samostatnosti 8.1 (zlepšení o 122% oproti T1) a v T3 koeficientu samostatnosti 9.5 (zlepšení o 166% oproti T1).

Pro přehlednost výsledků byl vytvořen graf znázorňující průběh koeficientu samostatnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T1, T2 a T3.

Graf 1 znázorňující průběh koeficientu samostatnosti



Zdroj: vlastní

Z grafu 1 je patrné, že největšího zlepšení dosáhl Ž3 a nejmenšího Ž1.

13.2 Výsledky k hypotéze 2

K ověření 2. hypotézy byly porovnány výsledky hodnocení jednotlivých kritérií samostatnosti uvedených v Hodnocení výkonu činnosti (Příloha) každého žáka během T3, které jsou podrobně vyobrazeny v tabulce 8. Hodnocení jednotlivých kritérií samostatnosti se shoduje s hodnocením ve výsledcích k hypotéze 1.

Tabulka 8 Porovnání výsledků hodnocení samostatnosti v dovednostech výkonu činnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T3

Krok činnosti	Kriterium hodnocení	Ž1	Ž2	Ž3
Příprava pomůcek	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1

Příprava bramborové kaše:				
Oloupání brambor	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	2	1
Omytí brambor	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Nakrájení brambor	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Příprava k vaření a uvaření brambor	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	2
Přilítí správného množství mléka do brambor	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	2	2
Rozšťouchání brambor	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Rozmíchání kaše do hladka	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	2	1
Ochucení kaše	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	1	1
Naservírování kaše na talíř	I.	1	1	1
	II.	3	2	2
	III.	2	2	2
Rozehřátí másla a polítí kaše	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Příprava kuřecího řízku:				
Omytí a očištění masa	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	2
Podélné rozkrojení masa	I.	1	1	1
	II.	3	1	1
	III.	1	1	3

Ochucení masa	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Příprava trojobalu				
- Rozklepnutí vajíčka	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Rozšlehání vajíčka	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Ochucení vajíčka	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Přilítí správného mn. mléka	I.	2	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
- Příprava strouhanky a mouky	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Obalení masa v trojobalu	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
Smažení řízku	I.	1	1	1
	II.	1	1	2
	III.	1	1	3
<i>Úklid pracovního místa:</i>				
Umytí nádobí	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	2	2	1
Utření nádobí	I.	1	1	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1
Očištění pracovní desky	I.	1	2	1
	II.	1	1	1
	III.	1	1	1

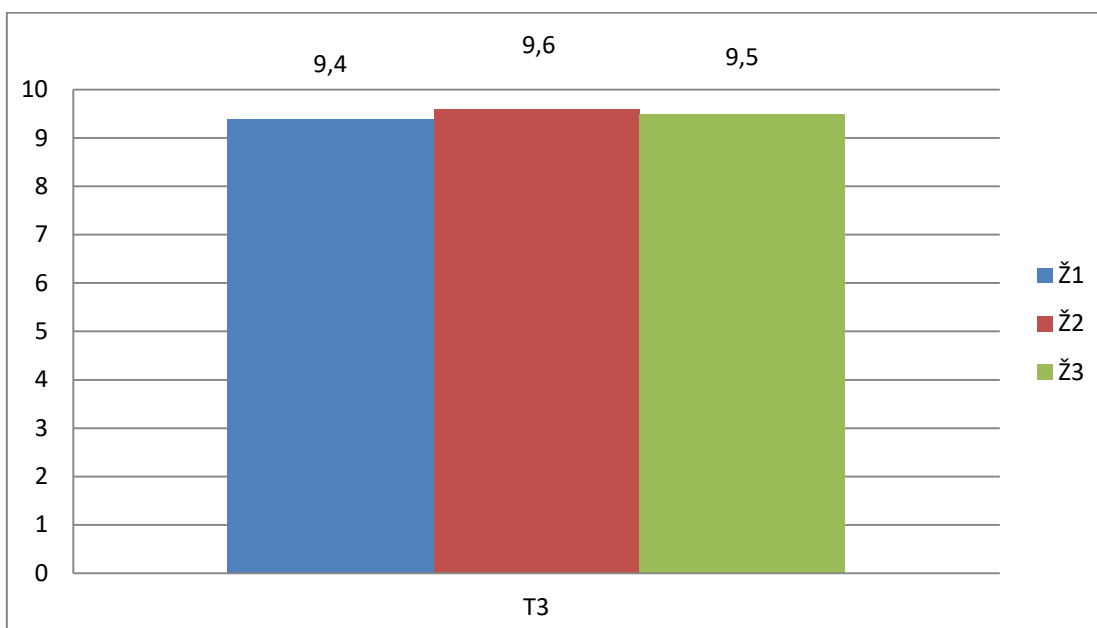
Zdroj: vlastní

Pro vyhodnocení výsledků z tabulky 8 pro T3 byl vypočítán koeficient samostatnosti na stupnici 0 až 10, přičemž 0 značí absolutní nesamostatnost a 10 značí maximální samostatnost žáka.

Z tabulky 8 vyplývá, že Ž1 dosáhl v T3 koeficientu samostatnosti 9,4 (94%), Ž2 dosáhl v T3 koeficientu samostatnosti 9,6 (96%) a Ž3 dosáhl v T3 koeficientu samostatnosti 9,5 (95%)

Pro lepší orientaci ve výsledcích z tabulky 8, byl vytvořen graf znázorňující koeficient samostatnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T3.

Graf 2 Dosažený koeficient samostatnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T3



Zdroj: vlastní

Z grafu 2 vyplývá, že Ž1, Ž2 i Ž3 dosáhli ve T3 srovnatelného koeficientu samostatnosti, ale nedosáhli samostatnosti maximální.

13.3 Výsledky k hypotéze 3

Pro vyhodnocení 3. hypotézy bylo zapotřebí porovnat subjektivní pohled každého žáka na své dovednosti ve výkonu modelové činnosti s objektivním pohledem terapeuta, který se zakládá na skutečných dovednostech žáků ve výkonu vybrané modelové činnosti. Pro tento účel byly vytvořeny dva hodnotící materiály, sebehodnotící škála (příloha 6)

a komplexní hodnocení modelové činnosti (příloha 5), obsahující tematicky totožné otázky.

Otázky 1 - 3 se zabývají komplexním hodnocením dovedností ve výkonu modelové činnosti, kam spadá potřeba instrukcí před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů (1. otázka), potřeba praktické ukázky (demonstrace) před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů (2. otázka) a dodržení správného pořadí a splnění všech kroků bez upozornění terapeuta (3. otázka). Míra dopomoci v provedení jednotlivých úkolů je hodnocena ve 4. otázce, která hodnotí míru dopomoci v šesti dílčích krocích činnosti. Otázky byly hodnoceny na škále od 1-5, kde 1 znamená nejlepší a 5 nejhorší výkon.

Hodnocení probíhalo vždy po zakončení každé terapeutické jednotky, přičemž v T1 nelze vyhodnotit 3. otázku hodnocení týkající se správného řazení kroků nebo jeho vynechání, jelikož byl žák před každým následujícím krokem pobídnut k nahlédnutí do návodu.

Tabulka 9 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách

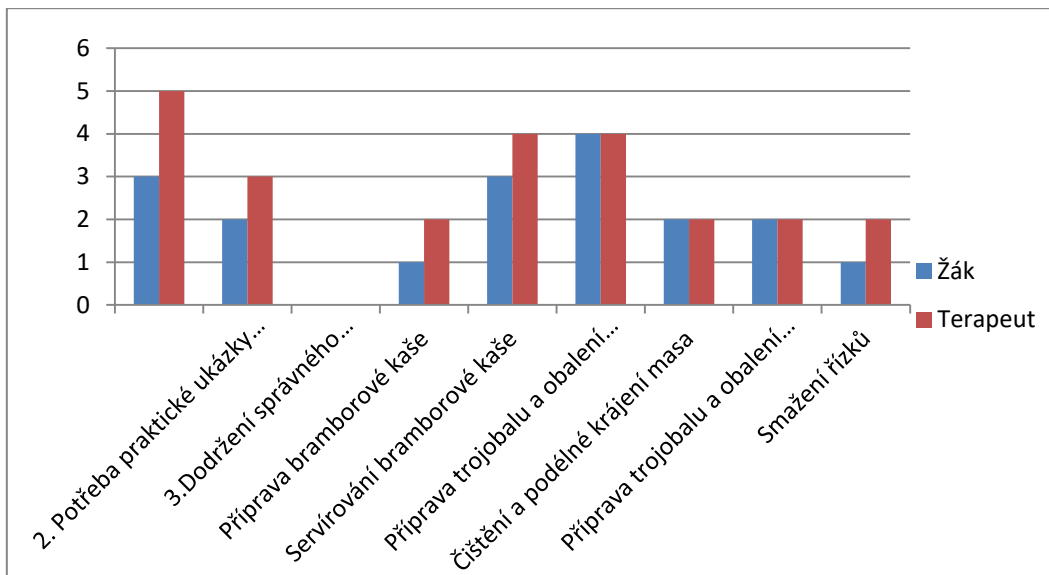
1. Potřeba instrukcí před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
T1		T2		T3	
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
3	5	1	4	1	3
2. Potřeba praktické ukázky (demonstrace) před provedení nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
2	3	1	2	1	1
3. Dodržení správného pořadí a splnění všech kroků bez upozornění terapeuta:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
Nelze hodnotit	Nelze hodnotit	1	2	2	2

4. Míra dopomoci v provedení jednotlivých kroků:					
- Loupání a krájení brambor:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
1	2	1	2	1	1
- Příprava bramborové kaše					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
3	4	2	2	1	1
- Servírování bramborové kaše:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
4	4	2	2	2	1
- Čištění a podélné krájení masa:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	2	1
- Příprava trojobalu a obalení řízku					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	1	1
- Smažení řízku					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
1	2	1	2	1	1

Zdroj: vlastní

Pro přehlednost výsledků vyplývajících z tabulky 9 byly vytvořeny grafy znázorňující výsledky subjektivního hodnocení Ž1 a objektivního hodnocení terapeuta v T1, T2 a T3., které jsou hodnoceny cílenými otázkami 1.- 4. přičemž otázka 4. obsahuje dílčí podotázky. Pro vyhodnocení otázek byla použita číselná škála 1 až 5, kde 1 je nejlepší a 5 nejhorší.

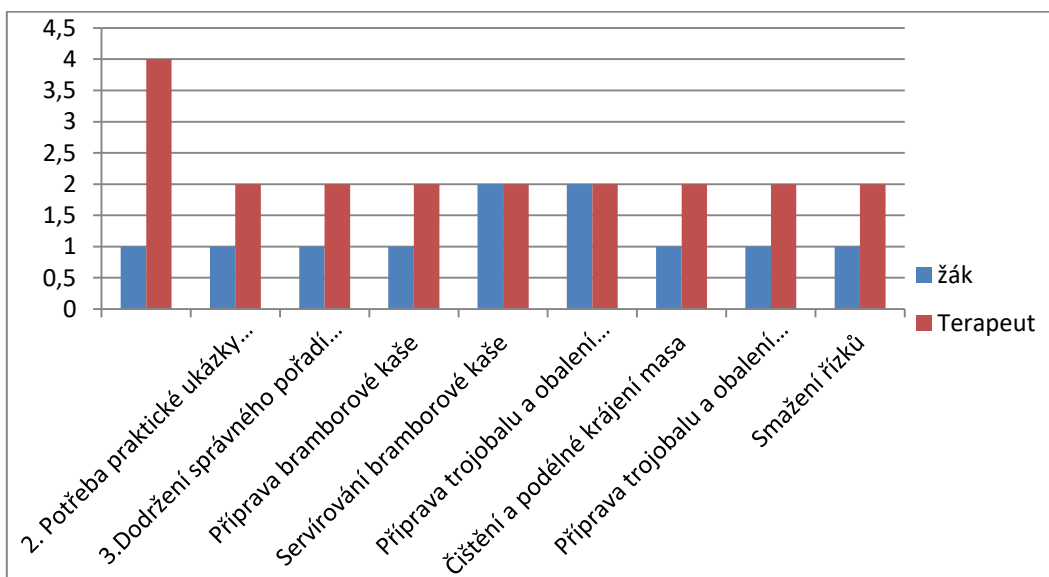
Graf 3 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1



Zdroj: vlastní

Graf 3 ukazuje, že sebehodnocení Ž1 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti shoduje s hodnocením terapeuta ve 3 otázkách. V dalších dochází spíše k nadhodnocování v subjektivním hodnocení.

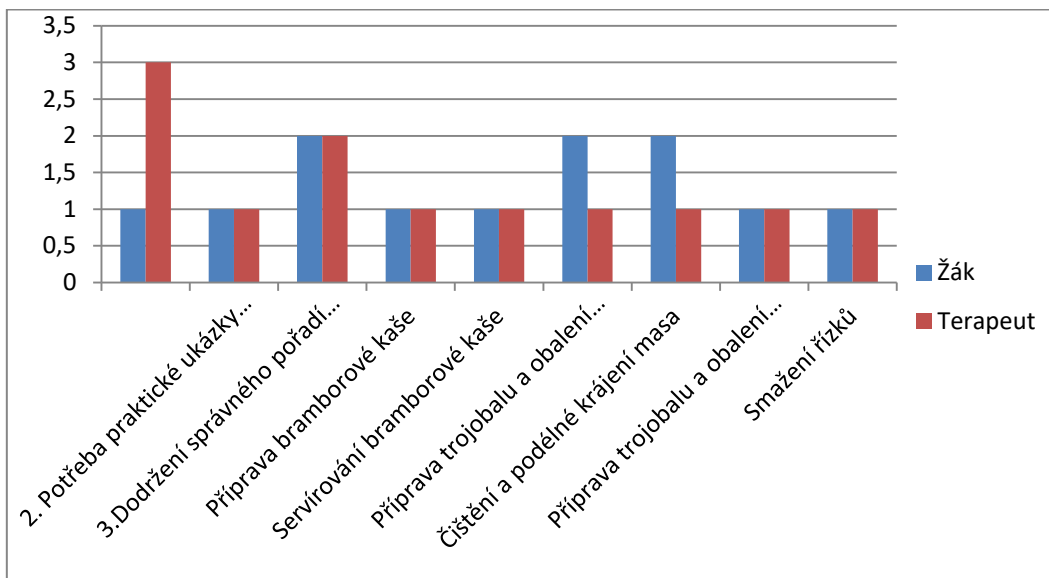
Graf 4 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2



Zdroj: vlastní

Graf 4 znázorňuje, že sebehodnocení Ž1 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti shoduje s hodnocením terapeuta pouze ve 2 otázkách. V dalších dochází opět k nadhodnocování.

Graf 5 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T3



V grafu 3 je vidět, že sebehodnocení Ž1 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti shoduje s hodnocením terapeuta ve většině otázek a ve 2 otázkách dochází dokonce k podhodnocování v subjektivním hodnocení.

Tabulka 10 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách

1. Potřeba instrukcí před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
T1		T2		T3	
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
2	5	2	4	2	3
2. Potřeba praktické ukázky (demonstrace) před provedení nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	2	2

3. Dodržení správného pořadí a splnění všech kroků bez upozornění terapeuta:					
Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž1	Hodnocení terapeuta
Nelze hodnotit	Nelze hodnotit	2	4	2	3
4. Míra samostatnosti v provedení jednotlivých kroků:					
- Loupání a krájení brambor:					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
3	4	1	2	1	2
- Příprava bramborové kaše					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
1	2	1	2	1	2
- Servírování bramborové kaše:					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
3	4	3	3	2	2
- Čištění a podélné krájení masa:					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	1	1
- Příprava trojobalu a obalení řízku					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
2	3	2	2	1	2
- Smažení řízku					
Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž2	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	2	1

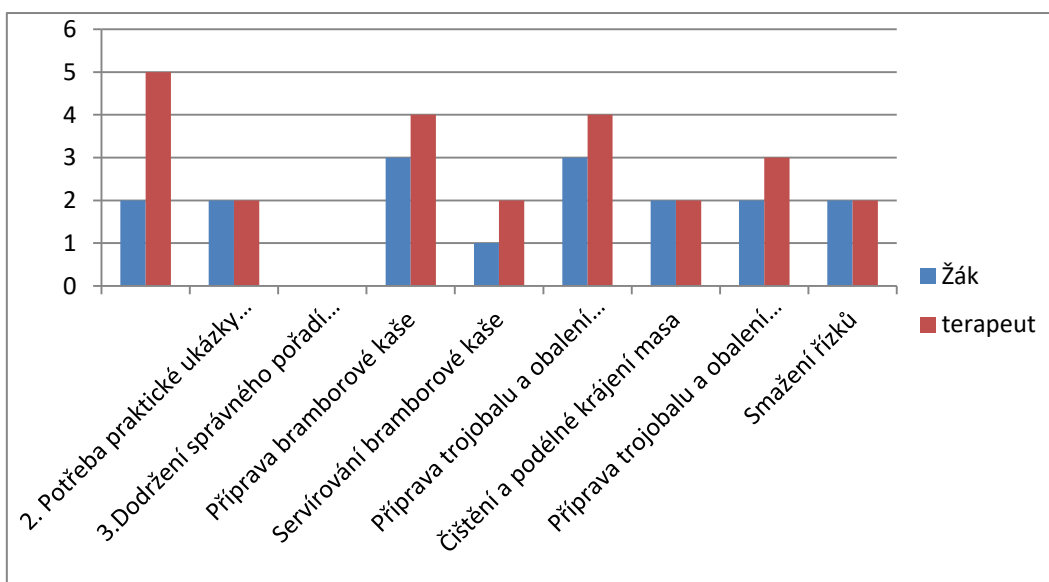
Zdroj: vlastní

V tabulce 10 jsou porovnány výsledky sebehodnocení Ž2 v porovnání s výsledky hodnocení terapeuta. Otázka 1. - 3. se zabývá komplexním hodnocením dovedností ve výkonu modelové činnosti, kam spadá potřeba instrukcí před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů (1. otázka), potřeba praktické ukázky (demonstrace) před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů (2. otázka) a dodržení správného pořadí a splnění všech kroků

bez upozornění terapeuta (3. otázka) a míra dopomoci v provedení jednotlivých úkolů (3. otázka), která hodnotí míru dopomoci v šesti dílčích krocích činnosti.

Pro přehlednost výsledků vyplývajících z tabulky 10 byly vytvořeny grafy znázorňující výsledky subjektivního hodnocení Ž2 a objektivního hodnocení terapeuta v T1, T2 a T3, které jsou hodnoceny cílenými otázkami 1.- 4. přičemž otázka 4. obsahuje dílčí podotázky. Pro vyhodnocení otázek byla použita číselná škála 1 až 5, kde 1 je nejlepší a 5 nejhorší.

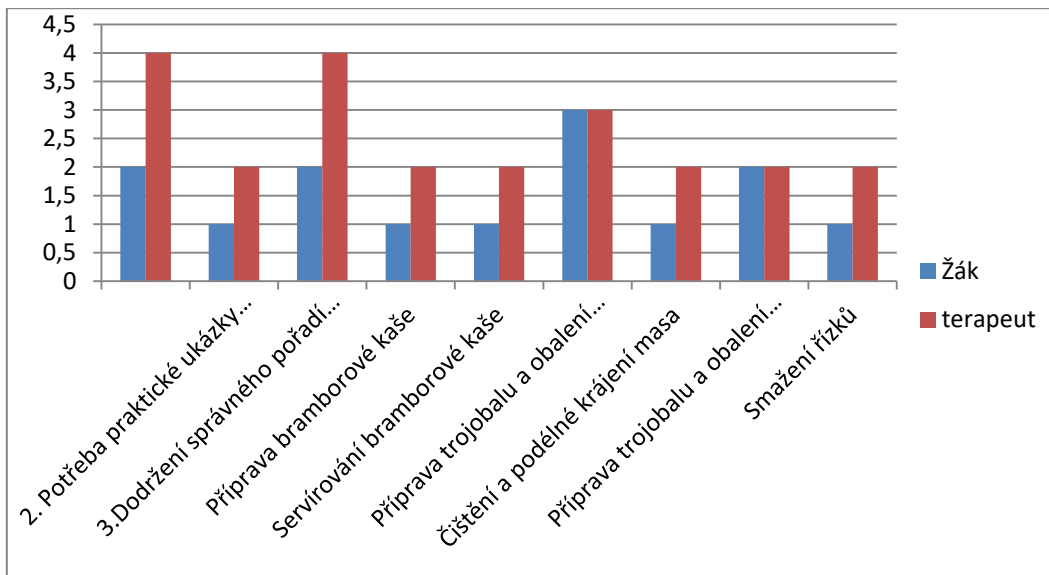
Graf 5 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1



Zdroj: vlastní

Graf 5 znázorňuje, že sebehodnocení Ž2 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti s hodnocením terapeuta téměř neshoduje. Ve zbylých otázkách dochází k nadhodnocování v subjektivním hodnocení.

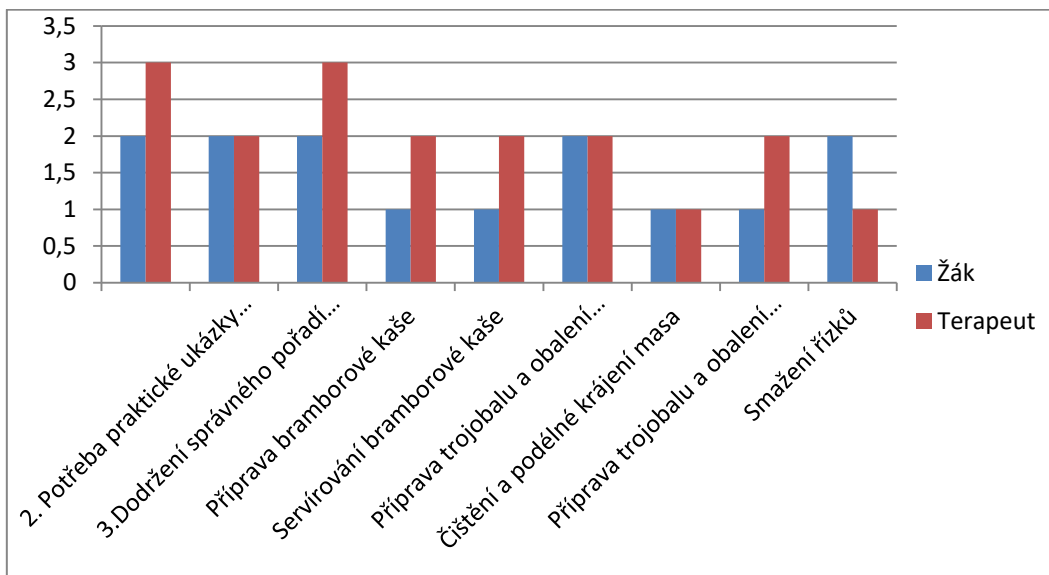
Graf 6 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2



Zdroj: vlastní

Graf 6 znázorňuje, že sebehodnocení Ž2 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti s hodnocením terapeuta téměř neshoduje. Ve většině otázek dochází k výraznému nadhodnocování v subjektivním hodnocení.

Graf 7 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T3



Zdroj: vlastní

Graf 7 ukazuje, že sebehodnocení Ž2 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti shoduje s hodnocením terapeuta pouze ve 3 otázkách a v jedné otázce dochází k podhodnocení. Ve zbylých otázkách dochází k nadhodnocování v subjektivním hodnocení.

Tabulka 11 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách

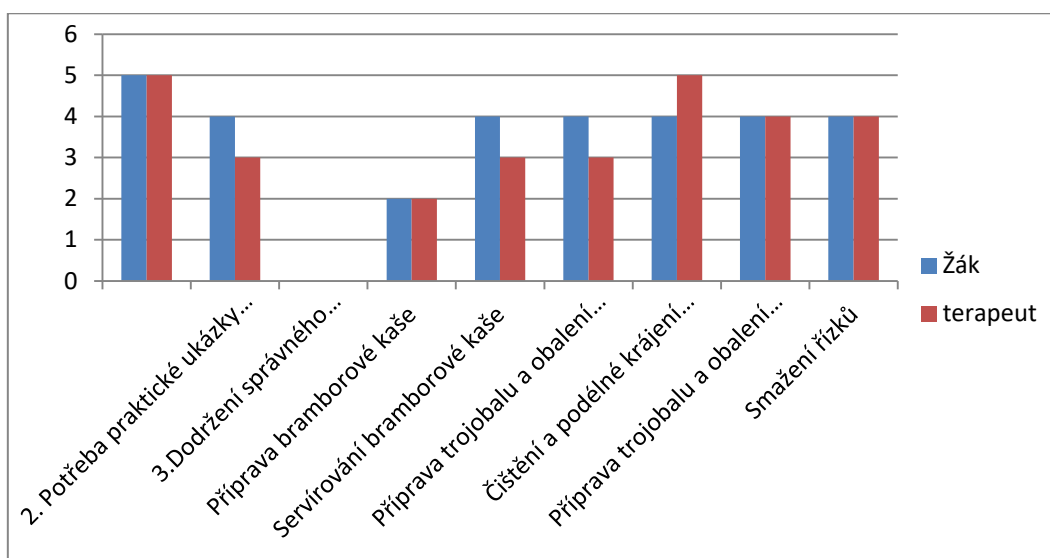
1. Potřeba instrukcí před provedením nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
T1		T2		T3	
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
5	5	4	3	3	3
2. Potřeba praktické ukázky (demonstrace) před provedení nebo v průběhu plnění kroku/ů:					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	3	2	2	2	2
3. Dodržení správného pořadí a splnění všech kroků bez upozornění terapeuta:					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
Nelze hodnotit	Nelze hodnotit	3	4	3	3
Míra samostatnosti v provedení jednotlivých kroků:					
- Loupání a krájení brambor:					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
2	2	1	2	1	1
- Příprava bramborové kaše					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	3	2	2	1	2
- Servírování bramborové kaše:					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	3	2	2	2	1

- Čištění a podélné krájení masa:					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	5	3	4	2	2
- Příprava trojobalu a obalení řízku					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	4	3	2	1	2
- Smažení řízku					
Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta	Sebehodnocení Ž3	Hodnocení terapeuta
4	4	3	4	4	3

Zdroj : vlastní

Pro přehlednost výsledků vyplývajících z tabulky 11 byly vytvořeny grafy znázorňující výsledky subjektivního hodnocení Ž3 a objektivního hodnocení terapeuta v T1, T2 a T3, které jsou hodnoceny cílenými otázkami 1.- 4. přičemž otázka 4. obsahuje dílčí podotázky. Pro vyhodnocení otázek byla použita číselná škála 1 až 5, kde 1 je nejlepší a 5 nejhorší.

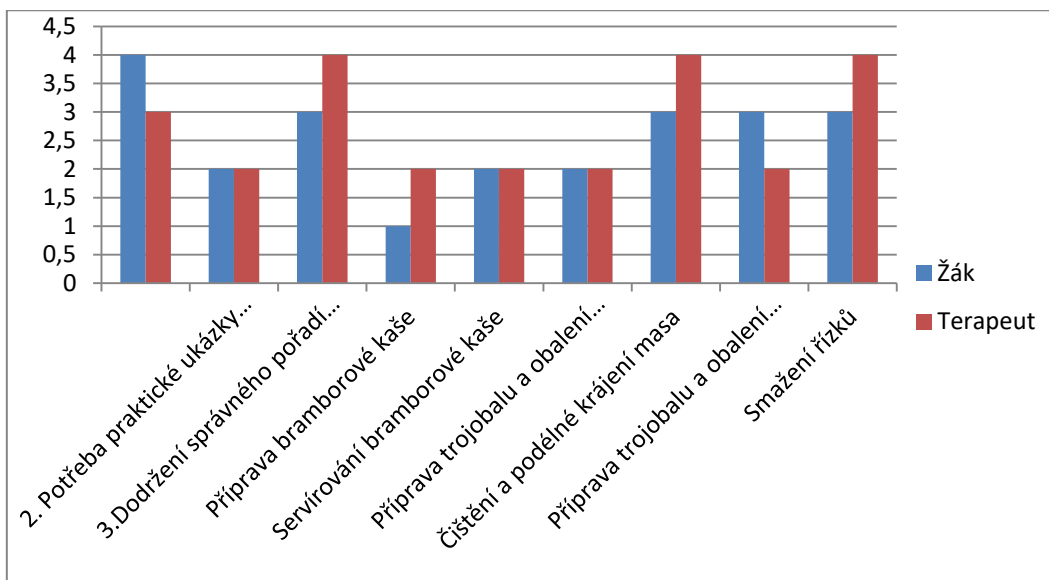
Graf 8 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1



Zdroj: vlastní

Z grafu 8 vyplývá, že sebehodnocení Ž3 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti téměř shoduje s hodnocením terapeuta.

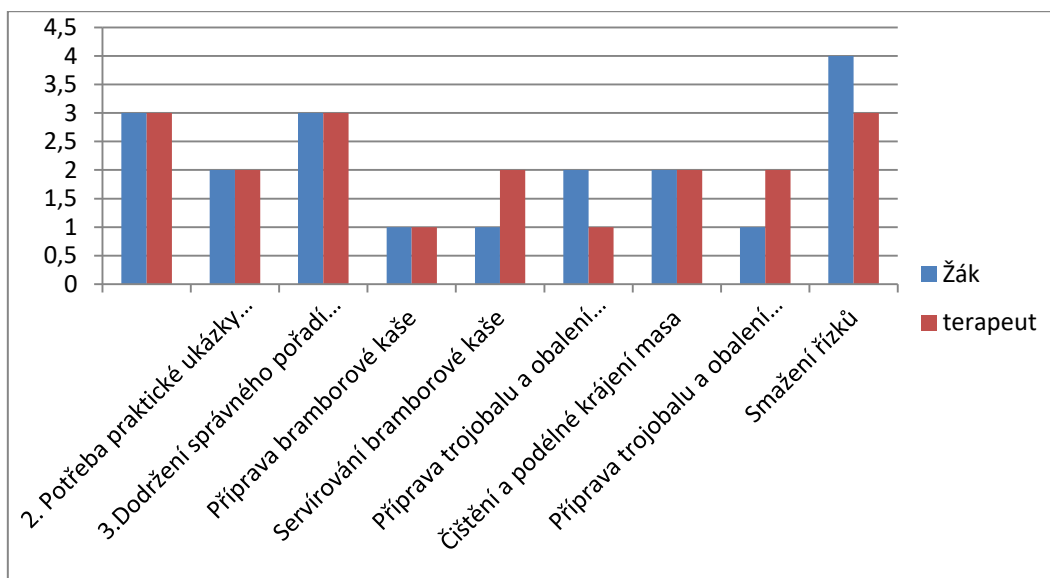
Graf 9 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2



Zdroj: vlastní

Z grafu 9 vyplývá, že sebehodnocení Ž3 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti s hodnocením terapeuta shoduje pouze ve 3 otázkách a ve dvou otázkách dochází k podhodnocení. Ve zbylých otázkách je patrné nadhodnocování v subjektivním hodnocení.

Graf 10 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T3.



Zdroj: vlastní

Graf 10 znázorňuje, že sebehodnocení Ž3 se v hodnocení dovedností výkonu činnosti ve většině otázek shoduje s hodnocením terapeuta. a ve zbylých otázkách dochází k nadhodnocování i podhodnocování.

14 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo uplatnit ergoterapeutickou intervenci založenou na nácviku modelové činnosti ve speciálně pedagogické praxi, a tím přispět k pracovnímu uplatnění žáků s MP. Ke stanovenému hlavnímu cíli se vztahují dílčí cíle. Nastudovat legislativní oporu vzdělávání žáků s MP, jež je nezbytnou přípravou pro další pracovní uplatnění. Nastudovat možnosti uplatnění žáků s lehkým MP na trhu práce. Poukázat na dílčí propojení ergoterapie a speciální pedagogiky u žáků s MP se zřetelem na jejich budoucí pracovní uplatnění.

Dílčí cíle bakalářské práce byly zpracovány v rámci teoretické části, kde autorka popisuje odlišnosti jedinců s MP od intaktní populace v oblasti psychických funkcí a jejich charakteristické osobnostní rysy, které zásadním způsobem ovlivňují proces výchovy a vzdělávání a následně začlenění do pracovního procesu. V teoretické části byly dále shrnuty možnosti ve výchově a vzdělávání mentálně postižených žáků od rané péče až po profesní přípravu na střední škole a následný proces vyúsťující v pracovní uplatnění. Míra potřebné intervence multidisciplinárního týmu, jehož součástí je i ergoterapeut, v procesu edukace žáků s MP se odvíjí od individuálních schopností a dovedností každého žáka, které jsou ovlivněny nejen vážností jejich postižení, ale i sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém se pohybují. Lehká MR je tedy sice stavem neměnným, ale působením kvalitních podnětů a poskytnutím maximální možné podpory k rozvoji osobnosti jedince lze dosáhnout jeho úplné soběstačnosti a samostatnosti, která je hlavním aspektem pro kvalitu jeho budoucího života. Poznatky získané v teoretické části bakalářské práce byly zúročeny při ergoterapeutické intervenci v rámci výzkumného šetření.

Výzkumné šetření probíhalo formou pozorování, rozhovorů s žáky a speciálními pedagogy a aplikací modifikované hodnotící škály s oporou o standardizované hodnotící škály, zpracované do jednoho komplexního hodnotícího materiálu. Získané informace byly zpracovány formou případové studie. Pro testování žáků v dovednostech výkonu modelové činnosti, byly využity hodnotící škály vlastní konstrukce. Využití nestandardních hodnotících nástrojů bylo nezbytné, jelikož pro účely výzkumného šetření nebyly nalezeny odpovídající standardizované hodnotící škály. Autorka si je vědoma, že využitím hodnotících škál vlastní konstrukce nelze dosáhnout validních výsledků a jsou tedy pouze jakýmsi pokusem o vytvoření odpovídajícího hodnotícího materiálu, pro získání relevantních výsledků nezbytných pro ověření stanovených hypotéz.

Výzkumné šetření bylo realizováno od 19. 1. 2018 do 16.2. 2018 na ZŠ Svahová Karlovy Vary, která autorce pro účely bakalářské práce poskytla 3 žáky devátého ročníku, odpovídající diagnostickým požadavkům zadání práce. První žák uvedený pod označením žák 1 má diagnostikováno lehké MP, které vyplívá z nedostatečně podnětného sociokulturního prostředí a přidružená postižení, které spočívá v poruše chování a učení. Druhý žák, pro účely bakalářské práce označený jako žák 2, má kromě lehkého MP, které je stejně jako u žáka 1 podmíněno sociokulturními vlivy prostředí, i středně těžkou vadu řeči. Posledním sledovaným subjektem byla žákyně, v bakalářské práci uváděná pod označením žák 3, s těžší formou mentální retardace. Vyrůstá v podnětném prostředí funkční rodiny. Dostatečná péče ze strany rodičů, u ní však nepodněcuje získávání zkušeností v oblasti přípravy jídla, tak jako tomu je u jejích spolužáků, v důsledku čehož má žákyně nižší zkušenosti v této oblasti než její spolužáci. Odlišnosti v diagnózách žáků a jsou do jisté míry patrné i na výsledcích hodnocení dovedností ve výkonu modelové v jednotlivých terapeutických jednotkách.

Vlastní nácvik modelové činnosti probíhal formou individuální terapie v rámci 3 terapeutických jednotek, přičemž charakter modelové činnosti, příprava kuřecího řízku s bramborovou kaší, zůstal ve všech terapeutických jednotkách stejný. V průběhu výzkumného šetření byly hodnoceny dovednosti žáků s lehkým MP ve výkonu modelové činnosti v každé terapeutické jednotce a vliv zlepšení dovedností ve výkonu modelové činnosti na zvýšení samostatnosti žáků v provedení činnosti. Do výsledků hodnocení dovedností ve výkonu modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách se do jisté míry promítli i odlišnosti v diagnózách sledovaných žáků.

Na základě výsledků, zevrubně zpracovaných v kapitole 13., budou dále analyzovány stanovené hypotézy.

Hypotéza 1 předpokládá, že v dovednostech výkonu modelové činnosti během 2. terapeutické jednotky jsou žáci 9. třídy s lehkým mentálním postižením nejméně o 50 % samostatnější než v průběhu 1. terapeutické jednotky a během 3. terapeutické jednotky nejméně o 100 % samostatnější než v průběhu 1. terapeutické jednotky.

Žák 1 dosáhl v 1. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 4,4, v 2. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 8,6. a v 3. terapeutické jednotce dosáhl koeficientu samostatnosti 9,4. Z uvedených dat vyplývá že žák 1 ve 2. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 95%

oproti 1. terapeutické jednotce a ve 3. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 113% oproti 1. terapeutické jednotce.

Žák 2 dosáhl v 1. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 4,2, v 2. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 8,2. a v 3. terapeutické jednotce dosáhl koeficientu samostatnosti 9,6. Z uvedených dat vyplývá že žák 1 ve 2. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 95% oproti 1. terapeutické jednotce a ve 3. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 128% oproti 1. terapeutické jednotce.

Žák 3 dosáhl v 1. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 3,6, v 2. terapeutické jednotce koeficientu samostatnosti 8,1. a v 3. terapeutické jednotce dosáhl koeficientu samostatnosti 9,5. Z uvedených dat vyplývá že žák 1 ve 2. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 122% oproti 1. terapeutické jednotce a ve 3. terapeutické jednotce dosáhl v dovednostech výkonu modelové činnosti zlepšení samostatnosti o 166% oproti 1. terapeutické jednotce.

Z porovnání výsledků hodnocení výkonu modelové činnosti jednotlivých žáků mezi 1. a 2. terapeutickou jednotkou je patrné, že u všech žáků došlo ke zvýšení samostatnosti o nejméně 50% a mezi 1. a 3. terapeutickou jednotkou ke zvýšení samostatnosti o nejméně 100%, čímž byla hypotéza potvrzena.

Je důležité si uvědomit, že samostatnost v dovednostech výkonu jednotlivých kroků modelové činnosti nezávisí pouze na konkrétních dovednostech, podmíněných senzomotorickými funkcemi a individuálními zkušenostmi žáků ve výkonu konkrétní činnosti, ale je velkou měrou podmíněna mentálním stavem jedince a úrovní jeho kognitivních schopností. Jedinec tedy může mít odpovídající motorické dovednosti, potřebné k výkonu modelové činnosti, ale úplné samostatnosti nedosáhne vlivem narušených kognitivních funkcí vyplývajících z diagnózy mentálního postižení.

Pro jedince s mentálním postižením je typický zpomalený proces fixace a automatizace nových poznatků, který vyžaduje cyklické opakování a pokud možno i názorné předvedení. Jejich paměť je často vázána na reálné zkušenosti a prožitky, lépe si tedy pamatují skutečně prožité situace, či vyzkoušené činnosti. V důsledku poruchy myšlení, mají potíže se správným vnímáním souvislostí a logickou návazností jednotlivých činností, které vyžadují provedení v časové posloupnosti. Vytvoření nebo zlepšení

dovedností a návyků v určité činnosti nebo zapamatováním činnosti, jejíž provedení závisí na posloupnosti provedení jednotlivých kroků tedy docílíme nejlépe praktickým cyklickým opakováním činnosti (Kozáková, Pastieriková a Krejčířová, 2013).

V hypotéze 2 autorka předpokládá, že v průběhu 3. terapeutické jednotky jsou žáci 9. třídy s lehkým MP schopni pracovat zcela samostatně, bez dopomoci, slovní instruktáže nebo demonstrace kroků na začátku či v průběhu činnosti.

Z analýzy výsledků dosažené míry samostatnosti v dovednostech výkonu modelové činnosti žáků ve 3. terapeutické jednotce je patrné, že žák 1 dosáhl koeficientu samostatnosti na stupnici 0 - 10, koeficientu 9,4 což se rovná 94% samostatnosti. Žák 2 dosáhl koeficientu samostatnosti 9,6 nebo také 96 % a žák 3 koeficientu samostatnosti 9,5, což se rovná 95% samostatnosti. Ani jeden z žáků tedy nedosáhl takových praktických dovedností a teoretických znalostí správného řazení kroků v činnosti, aby v průběhu výkonu modelové činnosti nebylo nutné napomenutí k výkonu vynechaného kroku, instruktáž slovně či demonstrací před výkonem konkrétního kroku a ani slovní či manuální dopomoc terapeuta v průběhu výkonu modelové činnosti. Toto tvrzení tedy dokazuje, že se hypotéza 2 nepotvrdila.

Hypotéza 3 předpokládá že sebehodnocení žáků ve všech terapeutických jednotkách se shoduje se skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané činnosti a odpovídají tedy objektivnímu hodnocení terapeuta.

Z porovnání sebehodnocení žáka 1 a objektivního hodnocení terapeuta, které odpovídá skutečným dovednostem výkonu v modelové činnosti v průběhu terapeutické jednotky 1 je patrné, že ke shodnému hodnocení došlo u 3 otázek hodnotících míru dopomoci v konkrétních krocích, ve zbylých otázkách bylo viditelné nadhodnocení výkonu ze strany žáka 1. V terapeutické jednotce 2 se hodnocení žáka a terapeuta shoduje pouze ve 2 otázkách týkajících se míry dopomoci v konkrétních krocích. Ve zbylých otázkách se žák hodnotí o 1 stupeň a v první otázce, týkající potřeby instrukcí v průběhu celé činnosti dokonce o 3 stupně lépe než byl jeho skutečný výkon. Z porovnání hodnocení ve 3. terapeutické jednotce vyplývá, že ke stejnému hodnocení dovedností došlo v 5 otázkách, nadhodnocení je patrné opět v 1. otázce, tentokrát už jen o 2 stupně a ve 2 otázkách týkajících se míry dopomoci v konkrétní činnosti pouze dokonce k podhodnocení výkonu v sebehodnocení žákem.

Z výsledků jednotlivých hodnocení v průběhu všech terapeutických jednotek, lze říci, že žák 1 měl reálný úsudek nejčastěji při hodnocení otázek týkajících se míru dopomoci v konkrétním úkolu. Sebehodnocení žáka se hodnocení terapeuta přiblížilo nejvíce ve 3. terapeutické jednotce, kde byly shodně hodnoceno 5 otázek z 9. Ve zbylých hodnoceních žák 1 svůj výkon nadhodnocoval.

Z orovnění sebehodnocení žáka 2 s jeho reálnými dovednostmi ve výkonu modelové činnosti v terapeutické jednotce 1 vyplývá, že ke shodnému hodnocení došlo u 3 otázek. V ostatních otázkách se žák 1 nadhodnocuje o 1 stupeň, a v otázce 1 týkající potřeby instruktáže v průběhu činnosti dokonce o 3 stupně. Z porovnání sebehodnocení žáka a objektivního hodnocení terapeuta v 2 terapeutické jednotce se hodnocení shoduje pouze u 2 otázek směřovaných na míru dopomoci v konkrétním kroku modelové činnosti. Ve zbylých otázkách hodnotil žák svůj výkon o 1 a v otázkách směřovaných na komplexní hodnocení činnosti o 3 stupně lépe než terapeut. Porovnáním výsledků hodnocení v 2. terapeutické jednotce se ukázalo, že reálný náhled na svůj výkon má žák ve 3 otázkách, v 1 otázce se podhodnotil a v ostatních otázkách došlo k nadhodnocení ze strany žáka o 1 stupeň.

V případě žáka 2 se dá hovořit o výrazném nadhodnocování v sebehodnocení. Reálného úsudku v průběhu terapií dosáhl maximálně u 3 z celkového počtu 9 otázek.

Porovnáním výsledků sebehodnocení žáka 3 s objektivním hodnocením dovedností ve výkonu modelové činnosti v 1. terapeutické jednotce bylo shodné hodnocení zaznamenáno ve 4 otázkách, ve 3 otázkách se žák podhodnotil a pouze v 1 otázce nadhodnotil. Ve 2. terapeutické jednotce se hodnocení žáka s jeho skutečným výkonem shoduje ve 3 otázkách, k nadhodnocení výkonu žákem došlo ve 4 otázkách a ve zbylých otázkách žák svůj výkon podhodnotil, hodnocení se lišilo vždy nejvýše o 1 stupeň. Z porovnání sebehodnocení žáka s hodnocení terapeuta ve 3. terapeutické jednotce vyplývá, že shodných výsledků bylo dosaženo v 5 otázkách, přičemž 3 shodně hodnocené otázky se týkaly hodnocení výkonu v celé činnosti a 2 otázky hodnotili míru dopomoci v konkrétním kroku modelové činnosti.

Z výše uvedených dat vyplývá, že sebehodnocení žáka 3 v průběhu terapeutických jednotek se, nejvíce ze všech pozorovaných žáků, přibližuje reálným dovednostem ve výkonu činnosti. Přesto však nelze říci, že je zcela shodné.

Sebehodnocení žádného z žáků se ani v jedné ze tří terapeutických jednotek neshoduje se skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti. Hypotéza 3 byla tedy zcela vyvrácena.

Vyvrácením hypotézy 3 byl prokázán zhoršený úsudek a náhled jedinců s MP ve vztahu ke své osobě, neboli sebehodnocení, které Kozáková a kol. (2013) popisuje jako jeden z charakteristických projevů MP. *"Je důležité si uvědomit, že sebehodnocení je výsledkem nejen vnitřního "ohodnocení se", ale i sociálního prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá."* (Kozáková, Krejčířová a Pastieriková, 2013, s. 22)

ZÁVĚR

Ergoterapie u dětí s MR se zřetelem na jejich pracovní uplatnění je neodmyslitelnou součástí pracovní a léčebné složky komprehenzivní rehabilitace. Ergoterapeutická intervence, cílená na úspěšné začlenění do pracovního procesu, by ve výchově a vzdělávání dětí s MP měla vzájemně kooperovat s intervencí pedagogickou. Důležitost odborníků z řad ergoterapeutů v multidisciplinárním týmu speciálního školství je však často opomíjena. Ergoterapeutická intervence ve speciálních školách je suplována pracovní přípravou v rámci předmětu pracovní činnosti, jehož náplň se řídí osnovami ŠVP. Žáci sice získávají obecné praktické dovednosti v různých činnostech, nácvik činností však postrádá hlubší smysl, neumožňuje zcela naplnit potřeby a individuální zájmy každého jedince a nesměruje k žádnému cíli. V tomto ohledu má ergoterapeut oproti speciálnímu pedagogovi větší možnosti a ve speciálně pedagogické praxi tak může zvýšit efektivitu pracovní přípravy a výrazným způsobem přispět k budoucímu pracovnímu uplatnění.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo uplatnit ergoterapeutickou intervenci založenou na nácviku modelové činnosti ve speciálně pedagogické praxi, a tím přispět k pracovnímu uplatnění žáků s MP. Pro splnění hlavního cíle bylo nezbytné naplnění dílčích cílů, které spočívali v nastudování legislativní opory vzdělávání a možnosti pracovního uplatnění mentálně postižených žáků na otevřeném i uzavřeném trhu práce a poukázat na dílčí propojení ergoterapie a speciální pedagogiky se zřetelem na budoucí pracovní uplatnění žáků s MP. Dílčí cíle byly naplněny v teoretické části bakalářské práce, která poskytuje ucelené informace o specifikách edukačního procesu dětí s různým typem MP, možnosti jejich vzdělávání, v běžných a speciálních ZŠ, a následné profesní orientace v rámci středních škol. Autorka podrobně popsala proces a formy podpory začleňování mentálně postižených jedinců do pracovního procesu a možnosti ergoterapeutické intervence, především v rámci pracovní a předpracovní rehabilitace směřující k úspěšnému pracovnímu uplatnění.

Splnění hlavního cíle se věnuje praktická část bakalářské práce. Ergoterapeutická intervence spočívala v nácviku modelové činnosti v prostředí speciální školy s cílem zvýšit samostatnost žáků s lehkým MP ve výkonu činnosti zlepšením pracovních schopností, dovedností a návyků, a tím přispět k budoucímu pracovnímu uplatnění. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že hlavní cíl bakalářské práce byl splněn.

Pro účely výzkumného šetření byla vytvořena modifikace Výkladu chování zkoumané osoby při pozorování dle F. Baumgartenové (in Svoboda, 1999) a modifikace Komprehensivní ergoterapeutické hodnotící škály – Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE scale) (Krivošíková, 2011), která může sloužit jako doplňkové hodnocení chování při činnosti. Dále byl vytvořena škála hodnotící dovednosti ve výkonu modelové činnosti a sebehodnotící škála umožňující sebereflexi testovaných jedinců. Vytvořené hodnotící materiály by mohli být využity při nácviku modelové činnosti v rámci pracovní a předpracovní rehabilitace.

Bakalářská práce poskytuje ucelené informace o systému speciálního školství, pracovní a předpracovní rehabilitaci a možnostech ergoterapeutické intervence u mentálně postižených dětí, mohla by tedy sloužit jako studijní materiál začínajícím ergoterapeutům a speciálním pedagogům.

LITERATURA A PRAMENY

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-2463071-7.

DOLEJŠÍ, Mojmir. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha. Avicenum, 1973. 183 s.

DOLEJŠÍ, Mojmir . *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha : Avicenum, 1978. 34 s.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRIEDMANN, Zdeněk et al. *Profesní orientace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich uplatnění na trhu práce: Professional assessment to students with special educational needs and their success at the job market*. Brno : Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5602-2.

HERRMANNOVÁ, Bronislava. Změny v zákoně o zaměstnanosti od 1.1.2012. *Zprávy Alfa 9. Denní zpravodajství o legislativě a ekonomii*. [Online] 15. 9 2011. [Citace: 22. 1 2018.] Dostupné z: <<http://zpravy.alfa9.cz/absolutenm/templates/zprava.aspx?a=537>>

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

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, PASTIERIKOVÁ, Lucia a KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3714-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, PASTIERIKOVÁ, Lucia a KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2013. 16 s. ISBN 978-80-244-3714-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, PASTIERIKOVÁ, Lucia a KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2013. 20 s. ISBN 978-80-244-3714-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, PASTIERIKOVÁ, Lucia a KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2013. 22 s. ISBN 978-80-244-3714-9.

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

KŘÍŽKOVSKÁ, Petra. Vzdělávání dětí s mentálním postižením. *Šance Dětem*. [Online] 20. 12 2012. [Citace: 21. 1 2018.] Dostupné z: <<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-mentálním-postizenim.shtml>>

LECHTA, Viktor, ed. *Inkluzivní pedagogika*. Praha : Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.

MARŠÁLEK, Pavel. Ergodiagnostika. [Online] 2008 [Citace: 25. 1 2018.] Dostupné z: <<http://rap.pracovnirehabilitace.cz/uploads/File/Prezentace%20ergodiagnostického%20modulu.pdf>>

MŠMT. Co se od 1. září 2016 mění pro jednotlivé typy škol? *Zpravodaj MŠMT*. 2, 2015. [online]. [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/msmt-vydava-druhe-cislo-zpravodaje-na-tema-spolecne>>

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ Střední vzdělávání. *Národní ústav pro vzdělávání*. [Online] © 2011 – 2018. [Citace: 2. 21 2018.] Dostupné z: <<http://www.nuv.cz/t/stredni-vzdelavani>>

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. 2017. [citace 20.2.2018]. Dostupné z: <<http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>>

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální. [online]. 2008. [citace 21. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>>

PEŠTOVÁ, Tereza, SLEPIČKOVÁ, Veronika. Modelové aktivity v kontextu kognitivní rehabilitace. [Online] [Citace: 10. 2. 2018.] Dostupné z: <<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/Modelov%C3%A9%20C4%8Cinnosti%20v%20Kontextu%20Kognitivn%C3%AD%20Rehabilitace.ppt>>

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SÖDERBACK, Ingrid. *International handbook of occupational therapy interventions*. New York: Springer, c2009. ISBN 978-0-387-75423-9.

ŠESTÁK, Jan. *Chráněná dílna: nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. Čihovice 30, Týn nad Vltavou : Domov sv. Anežky, o.p.s., 2007. ISBN 978-80-254-0108-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011. 31 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011. 47 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011. 43 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

UZIS ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Ve Znění Desáté Decenální Revize MKN-10. 2. aktualiz. vyd. [on line]. 2018 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha : Portál, 2012. 292 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALACHOVÁ, Kateřina. Opatření ministrině školství, mládeže a tělovýchovy, kterými se mění Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [Online] 22. 2 2016. [Citace: 21. 1 2018.] Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/file/37053/>>

VALENTA, Milan, MÜLER, Oldřich. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan, MÜLER, Oldřich. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2009. 14 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha : Grada, 2012. 27 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha : Grada, 2012. 53 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VOLTAVOVÁ, Renata. Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze. *Metodický portál RVP*. [Online] 20. 2 2013. [Citace: 21. 1 2018.] Dostupné z: <<https://clanky.rvp.cz/clanek/c/SSC/17243/ROZDILNY-VYZNAM-POJMU-INTEGRACE-A-INKLUZE.html/>>

ČESKO. Akční plán inkluzivního vzdělávání 2016-2018. *Strategie vzdělávání 2020*. [Online] 9. 7 2014. [Citace: 22. 1 2018.] Dostupné z: <<http://www.vzdelavani2020.cz/>>

ČESKO. Listina základních práv a svobod. in: *Sbírka zákonů České republiky* [on line]. [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

ČESKO. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. in: *Sbírka zákonů České republiky* [on line]. 2016. částka 10 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>>

ČESKO. Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. *in: Sbírka zákonů České republiky* [on line]. 2011. částka 43 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-116>>

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. *in: Sbírka zákonů České republiky* [on line]. 2005. částka 20 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>>

ČESKO. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. *in: Sbírka zákonů České republiky* [on line]. [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *in: Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004. částka 190 [citace 21.2.2018]. dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561> >

ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. *in: Sbírka zákonů České republiky* [on line]. 1995. částka 41 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>>

ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. *in: Sbírka zákonů České republiky* [on line]. 2004. částka 143 [citace 20. 2. 2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>>

SEZNAM ZKRATEK

ADL.....	všední denní činnosti
IADL.....	instrumentální všední denní činnosti
IQ	intelligenční kvocient
MKN.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10	10. revize mezinárodní klasifikace nemocí
MP	mentální postižení
MR	mentální retardace
MŠ	mateřská škola
MŠS	mateřská škola speciální
PADL.....	personální všední denní činnosti
PO.....	podpůrné opatření
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PŠ	praktická škola
RVP	rámcový vzdělávací program
RVP PV	rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP ZŠS	rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální
RVP ZV	rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SOU	střední odborné učiliště
SPC.....	speciálně pedagogické centrum
ŠPZ	školské poradenské zařízení
ŠVP.....	školní vzdělávací program

T1 1. terapeutická jednotka

T2 2. terapeutická jednotka

T3 3. terapeutická jednotka

ZŠ základní škola

ZŠS základní škola speciální

Ž1 žák 1

Ž2 žák 2

Ž3 žák 3

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozsah pohybu a svalová (krájení brambor)	51
Tabulka 2 Rozsah pohybu a svalová síla při šlehání bramborové kaše metlou.	51
Tabulka 3 Rozsah pohybu a svalová síla při nalévání oleje na pánvičku.	52
Tabulka 4 Stupňování modelové činnosti	54
Tabulka 5 Hodnocení výkonu činnosti Ž1 v T1, T2 a T3	69
Tabulka 6 Hodnocení samostatnosti ve výkonu činnosti Ž2 v T1, T2, T3	72
Tabulka 7 Hodnocení samostatnosti ve výkonu činnosti Ž3 v T1, T2, T3	75
Tabulka 8 Porovnání výsledků hodnocení samostatnosti v dovednostech výkonu činnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T3	78
Tabulka 9 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách	82
Tabulka 10 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách	86
Tabulka 11 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v jednotlivých terapeutických jednotkách	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 znázorňující průběh koeficientu samostatnosti	78
Graf 2 Dosažený koeficient samostatnosti Ž1, Ž2 a Ž3 v T3.	81
Graf 3 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1	84
Graf 4 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2	85
Graf 5 Porovnání sebehodnocení Ž1 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T3	85
Graf 5 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1	88
Graf 6 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2	88
Graf 7 Porovnání sebehodnocení Ž2 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T3	89
Graf 8 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T1	91
Graf 9 Porovnání sebehodnocení Ž3 s jeho skutečnými dovednostmi výkonu ve vybrané modelové činnosti v T2	91

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Národní program vzdělávání

27

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Podrobný návod k přípravě kuřecího řízku s bramborovou kaší

Příloha 2 Recept - Stručný návod k přípravě kuřecího řízku s bramborovou kaší

Příloha 3 Hodnocení výkonu činnosti

Příloha 4 Komplexní hodnocení chování při činnosti

Příloha 5 Komplexní hodnocení činnosti

Příloha 6 Sebehodnotící škála

Příloha 7 Záznamový arch COTE scale

Příloha 1 Podrobný návod k přípravě kuřecího řízku s bramborovou kaší

Návod k přípravě bramborové kaše s řízkem

Při přípravě jídla postupujte přesně podle pokynů v návodu a dbejte na zásady bezpečnosti při manipulaci s ostrými předměty a sporákem. Pozor na rozpálený olej, který může vyprsknout nebo ukápnout. Plotýnky sporáku vypínejte hned, jak dovaříte!!!

Suroviny: mléko, kuřecí řízek, asi 800 g brambor, kousek másla, 1 vajíčko, strouhanka, hladká mouka, sůl, pepř, olej

(Uvedené množství surovin vystačí na dvě porce)

Nádobí a pomůcky: kuchyňský nůž, měchačka, vidlička, prkýnko, pánev, hrnec s pokličkou, hrneček, 2 kuchyňské chňapky nebo utěrka, 1 hluboký talíř, 2 mělké talíře (+ 2 talíře na servírování hotového jídla)

POSTUP:

Nejprve připravíme bramborovou kaši:

1. Všechny potraviny si připravte na kuchyňskou potřebnou linku

2. Zkontrolujte jestli máte všechny pomůcky a nádobí



3. Vezměte nůž a oloupejte brambory

4. Oloupané brambory důkladně omyjte



5. Brambory nakrájejte na malé kousky a vkládejte do hrnce.



6. Hrnec naplňte vodou tak, aby byly brambory ponořené.



7. Zapněte sporák.



8. Hrnec s bramborami přiklopte pokličkou a vařte asi 10 minut, dokud nezměknu.



10. Pokud jsou brambory dostatečně měkké, vypněte sporák, vezměte si na ruce chňapky nebo použijeme utěrku) a vylijte vodu z hrnce.



11. Do hrnce s bramborami nalije trochu mléka (radši méně) a přidáme špetku soli.



Zdroj: vlastní

12. Vidličkou nebo štouhadlem, rozmělněte (rozšťouchejte) brambory.



13. Vezměte kvedlačku a šlehejte brambory s mlékem dokud nevznikne hladká kaše.



15. Pomocí lžice naservírujte kaši na talíř.



16. Do hrnečku dáme kousek másla, který rozehřejeme v mikrovlnce



17. Podle chuti polijeme kaši rozehřátým máslem.



Nyní připravíme kuřecí řízek:

1. Připravte si 3 talíře (2 mělké, 1 hluboký).
2. Do jednoho mělkého talíře nasype hladkou mouku, do druhého strouhanku.
3. Do hlubokého talíře vyklepněte vajíčko, přidáme trochu mléka, špetku soli a malinko pepře.
4. Vidličkou vše důkladně rozmíchejte.



5. Vezměte kuřecí řízek a důkladně ho omyjte.



6. Kuřecí řízek podélně rozkrojte na 2 přibližně stejné kusy.



3. Postupně oba kusy obalte z obou stran nejprve v hladké mouce, poté ve vajíčku a naposledy ve strouhance.



4. Zapněte sporák a připravte si na něj pánev. celé



5. Na pánev nalijte olej tak, aby zakrýval dno.



6. Do rozpáleného oleje opatrně pomocí vidličky otočíme vložíme řízek.



7. Pokud je jedna strana osmažená, řízek na syrovou stranu.



8. Osmažený řízek naservírujte na talíř vedle bramborové kaše a vypneme sporák.



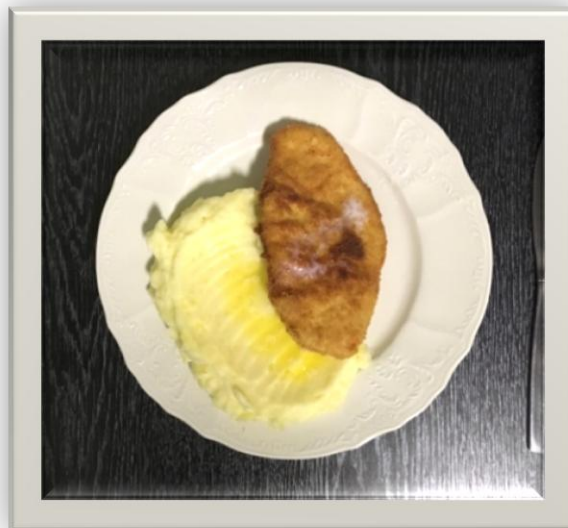
Zdroj: vlastní

Příloha 2 Recept - Stručný návod k přípravě kuřecího řízku s bramborovou kaší

Kuřecí řízek s bramborovou kaší

Suroviny: kuřecí řízek chlazený
brambory
strouhanka
hladká mouka
vajíčko
mléko
sůl a pepř
kousek másla
olej na smažení

Pomůcky a nádobí: pánev
hrnec s pokličkou
1 hluboký talíř
2 mělké talíře
2 vidličky
šťouchadlo na brambory
měchačka (mixér)
kuchyňský nůž
chňapky
plechový hrneček na rozehtátí másla na sporáku (keramický hrneček při rozehtávání v mikrovlnce)



POSTUP:

Příprava bramborové kaše:

1. Brambory oloupeme, omyjeme a nakrájíme na malé kousky
2. Brambory dáme do hrnce zalijeme vodou a vaříme dokud nejsou dostatečně měkké
3. Uvařené brambory rozšťoucháme, přidáme trochu mléka a rozmixujeme do hladka
4. Podle chuti osolíme přidáme kousek másla a opět mixujeme

Příprava kuřecího řízku:

5. Kuřecí řízek omyjeme a podélně rozkrojíme na 2 přibližně stejné kousky, které osolíme a opeříme
6. Připravené řízky postupně obalíme v hladké mouce, ve vajíčku rozmíchaném s trochou mléka, špetkou soli a pepře a nakonec ve strouhance
7. Obalené řízky smažíme na rozpáleném oleji dozlatova
8. Kaši a řízek naservírujeme na talíř
9. Nakonec polijeme kaši rozehtátým máslem a podáváme

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Hodnocení výkonu činnosti

Hodnocení výkonu činnosti

Jméno a příjmení:

Věk:

Datum:

Třída:

.....

Manuál k hodnocení:

I. Samostatnost v započetí úkolu

1 - Bez upozornění - žák úkol započal sám od sebe, nebo alespoň věděl jaký úkol následuje (při první terapii se nehodnotí, dodržování pořadí kroků je řízeno terapeutem)

2 - S upozorněním - žák úkol vynechal, začal provádět úkol jiný nebo vůbec nevěděl jak úkol začít

II. Potřeba instruktáž a demonstrace před započítím konkrétního úkolu

1 - Bez předchozí demonstrace a instruktáže - žák věděl jak úkol provést teoreticky i prakticky

2 - S předchozí instruktáží - terapeut před započítím úkolu nejprve popsal jak má žák úkol provést (tuto možnost volíme i v případě, že žákovi byla dána instruktáž v průběhu plnění úkolu a poté již úkol plnil samostatně = nevylučuje se tím hodnocení 1 - samostatně v hodnocené oblasti III.)

3 - S předchozí demonstrací (a instruktáží) - úkol bylo potřeba nejprve prakticky předvést a popsat jak má žák postupovat, (žák by bez demonstrace a instruktáže nebyl schopen správného provedení úkolu nebo vůbec nevěděl jak ho provést)

III. Míra dopomoci v průběhu konkrétního úkolu

1 - Samostatně - žák provedl úkol zcela sám, bez jakéhokoli zásahu terapeuta

2 - Se slovními instrukcemi - terapeut žáka ve výkonu daného kroku, nebo jeho části, slovně vedl (jako slovní instrukce je brána i rada týkající se např. množství soli které má žák přidat do bramborové kaše)

3 - s manuální dopomocí - terapeut žákovi pomáhal s provedením celého úkolu nebo jeho části (např. terapeut při smažení otočil řízek, terapeut při rozmíchávání kaše přidržoval mísu)

4 - 1 + 2 - terapeut žákovi dopomáhal manuálně i slovním vedením

5 - provedl terapeut - žák nebyl schopen provést ani část úkolu

1. Příprava pomůcek

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

Příprava bramborové kaše:

2. Oloupání a omytí brambor

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

3. Nakrájení brambor

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

4. Příprava k vaření a uvaření brambor

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

5. Přilítí správného množství mléka do brambor

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

6. Rozšťouchání brambor

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

7. Rozmíchání kaše do hladka

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

8. Ochucení kaše

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

8. Naservírování kaše na talíř

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

9. Rozehřátí másla a polívková kaše

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

Příprava kuřecího řízku:

10. Omytí a očištění masa

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11. Podélné rozkrojení masa

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

12. Ochucení masa

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11. Příprava trojobalu

11.1 Rozklepnutí vajíčka

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11.2 Rozšlehání vajíčka

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11.3 Ochucení vajíčka

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11.4 Přilítí správného množství mléka do vajíček

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

11.5 Příprava strouhanky a mouky

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

12. Obalení masa v trojobalu

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

13. Smažení řízku

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instrukcí 2 - S předchozí instrukcí
3 - S předchozí demonstrací a instrukcí
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální pomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

14. Naservírování řízku

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

Úklid pracovního místa

15. Umytí nádobí

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

16. Utření nádobí

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

17. Očištění pracovní desky

- I. 1 - Bez upozornění 2 - S upozorněním
- II. 1 - Bez předchozí demonstrace a instruktaží 2 - S předchozí instruktaží
3 - S předchozí demonstrací a instruktaží
- III. 1 - Samostatně 2 - Se slovními instrukcemi 3 - S manuální dopomocí 4 - 1 + 2
5 - Provedl terapeut

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Komplexní hodnocení chování při činnosti

Komplexní hodnocení chování při činnosti

Jméno a Příjmení:

Věk:

Datum:

Třída:

.....
Pohotovost a koncentrace:

a) pozorný, bdělí, soustředěný

b) duchem nepřítomný

c) roztržitý, snadno se rozptýlí

Pohyby:

a) koordinované

b) nekoordinované

Pracovní tempo:

a) pomalé

b) rychlé

Schopnost dodržovat instrukce:

a) zcela se drží návodu a instrukcí

b) nedrží se návodu a instrukcí, snaží se o zjednodušení úkolu

Úprava a pozornost k detailům:

a) pečlivé provedení, zabývá se detaily

b) ledabylé provedení, nedbá na detaily

Schopnost učení:

a) těží z minulé zkušenosti

b) opakuje stejné chyby

Zájem o činnost:

a) motivovaný, spolupracující

b) o činnost se nezajímá, nespolupracuje

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Komplexní hodnocení činnosti

Komplexní hodnocení modelové činnosti

Jméno a Příjmení:

Věk:

Datum:

Třída:

.....

1. V průběhu přípravy pokrmu žák:

- 1 - u žádného kroku nepotřeboval vysvětlit jak jej správně provést
- 2 - u většiny (více než 3/4 kroků) nepotřeboval vysvětlit jak je správně provést
- 3 - u více než poloviny kroků nepotřeboval vysvětlit jak je správně provést
- 4 - u více jak poloviny kroků potřeboval vysvětlit jak je správně provést
- 5 - u většiny (více než 3/4 kroků) potřeboval vysvětlit jak je správně provést

2. V průběhu přípravy pokrmu žák:

- 1 - u žádného kroku nepotřeboval předvést jak jej správně provést
- 2 - u většiny (více než 3/4 kroků) nepotřeboval předvést jak je správně provést
- 3 - u více jak poloviny kroků nepotřeboval předvést jak je správně provést
- 4 - u více jak poloviny kroků potřeboval předvést jak je správně provést
- 5 - u většiny (více jak 3/4) kroků potřeboval předvést jak je správně provést

3. V průběhu přípravy pokrmu žák:

- 1 - dodržel správné pořadí všech kroků u žádných kroků nezměnil pořadí ani je nevynechal
 - 2 - nejvíce dvakrát nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechala (musel být upozorněn terapeutem)
 - 3 - nejvíce třikrát nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal (musel být upozorněn terapeutem)
 - 4 - nejvíce čtyřikrát nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal (musel být upozorněn terapeutem)
 - 5 - více než čtyřikrát nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal (musel být upozorněn terapeutem)
-

5. Míra samostatnosti v provedení jednotlivých kroků:

Brambory oloupal a nakrájel:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Bramborovou kaši připravil:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Bramborovou kaši naservíroval:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Maso očistil a podélně rozkrojil:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Přípravu trojobalu a obalení řízku provedl:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Řízek jsem osmažil:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut pouze mu napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mu s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem terapeut mu s provedením kroku pomáhal a zároveň mu radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Sebehodnotící škála

Sebehodnotící škála

Jméno a Příjmení:

Věk:

Datum:

Třída:

1. V průběhu přípravy pokrmu jsem:

- 1 - u žádného kroku jsem nepotřeboval/a vysvětlit jak jej správně provést
- 2 - u většiny (více než 3/4 kroků) jsem nepotřeboval/a vysvětlit jak je správně provést
- 3 - u více než poloviny kroků jsem nepotřeboval/a vysvětlit jak je správně provést
- 4 - u více jak poloviny kroků jsem potřeboval/a vysvětlit jak je správně provést
- 5 - u většiny (více než 3/4 kroků) jsem potřeboval/a vysvětlit jak je správně provést

2. V průběhu přípravy pokrmu jsem:

- 1 - u žádného kroku jsem nepotřeboval/a předvést jak jej správně provést
- 2 - u většiny (více než 3/4 kroků) jsem nepotřeboval/a předvést jak je správně provést
- 3 - u více jak poloviny kroků jsem nepotřeboval/a předvést jak je správně provést
- 4 - u více jak poloviny kroků jsem potřeboval/a předvést jak je správně provést
- 5 - u většiny (více jak 3/4) kroků jsem potřeboval/a předvést jak je správně provést

3. V průběhu přípravy pokrmu jsem:

- 1 - dodržel/a jsem správné pořadí všech kroků u žádných kroků nezměnil /a pořadí ani je nevynechal/a
- 2 - nejvíce dvakrát jsem nedodržel /a správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal/a (musel /a jsem být upozorněn terapeutem)
- 3 - nejvíce třikrát nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal (musel/a jsem být upozorněn/a terapeutem)
- 4 - nejvíce čtyřikrát jsem nedodržel správné pořadí kroků nebo některý krok vynechal/a (musel /a jsem být upozorněn terapeutem)
- 5 - více než čtyřikrát jsem nedodržel/asprávné pořadí kroků nebo některý krok vynechal/a (musel /a jsem být upozorněn/a terapeutem)

Dovednosti v konkrétních krocích:

Brambory jsem oloupal /a a nakrájel/a:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

- 2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil
- 3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal
- 4 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat
- 5 - provedl terapeut

Bramborovou kaši jsem připravil/a:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta
- 2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil
- 3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal
- 4 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat
- 5 - provedl terapeut

Bramborovou kaši jsem naservíroval/a:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta
- 2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil
- 3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal
- 4 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat
- 5 - provedl terapeut

Maso jsem očistil /a a podélně rozkrojil/a:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta
- 2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil
- 3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal
- 4 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat
- 5 - provedl terapeut

Přípravu trojobalu a obalení řízku jsem provedl/a:

- 1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta
- 2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil
- 3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal
- 4 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

10. Řízek jsem osmažil/a:

1 - úplně samostatně bez napovídání a pomoci terapeuta

2 - téměř samostatně, terapeut mi pouze napovídal nebo radil

3 - společně s terapeutem, terapeut mi s provedením pomáhal

4 - společně s terapeutem terapeut mi s provedením kroku pomáhal a zároveň mi radil co mám dělat

5 - provedl terapeut

Zdroj: vlastní

Příloha 7 Záznamový arch COTE scale

Zevrubné zhodnocení pracovní terapie
(COTE scale)

Jméno klienta:

Datum:

MS = Modelová situace

1. Obecné chování	MS1	MS2	MS3	Poznámky
A. příchod				
B. neproduktivní chování				
C. úroveň činnosti (a nebo b)				
D. vyjadřování				
E. odpovědnost				
F. přesnost				
G. orientace				
Mezisosčet				
2. Interpersonální chování				
A. nezávislost				
B. spolupráce				
C. soběstačnost (a nebo b)				
D. družnost				
E. pozornost v chování				
F. negativní reakce ostatních				
Mezisosčet				
3. chování v činnosti				
A. iniciativa				
B. koncentrace				
C. koordinace				
D. dodržování pokynů				
E. uspořádání činnosti, dbát na detail				
F. řešení problému				
G. dokončení a organizace úkolu				
H. zaučování				
I. zájem o činnost				
J. zájem o provedení				
K. rozhodování				
L. tolerance zátěže				
Mezisosčet				

Zdroj: (in Krivošíková, 2011)