

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Lenka Vítková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P36009

Lenka Vítková

**VYUŽITÍ HRY V ERGOTERAPII PŘI NÁCVIKU VŠEDNÍCH
DENNÍCH AKTIVIT U DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2022

Zadání bakalářské práce

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2022

.....

vlastnoruční podpis

Anotace

Příjmení a jméno: Vítková Lenka

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Využití hry v ergoterapii při nácviku všedních denních aktivit u dětí s kombinovaným postižením

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 73

Klíčová slova: hra, všední denní aktivity, ergoterapie, děti, kombinované postižení

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá využitím hry v ergoterapeutické praxi u dětí s kombinovaným postižením. V teoretické části je zmíněna hra, její znaky, vlastnosti, druhy a typy. Dále tato kapitola zahrnuje vývoj hry, význam a vliv hry na vývoj dítěte a její využití při terapii. V teoretické části jsou zmiňovány kapitoly všední denní aktivity, kombinované postižení, vybrané diagnózy a hodnotící nástroje. Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření ergoterapeutů s dětskou klientelou z České republiky a zahraničí, jehož úkolem je zjistit v jakém rozsahu se hra v terapii užívá, využití hry jako hodnotícího prvku a její efektivita. V podkapitole výsledky dotazníkového šetření jsou rozepsány jednotlivé otázky a jejich následné porovnání v diskuzi.

Annotation

Surname and name: Vítková Lenka

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The use of play in the occupational therapy in the practice of the activities of daily living for children with multiple disabilities.

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 73

Keywords: play, activities of daily living, occupational therapy, children, combined disabilities

Summary:

This bachelor thesis deals with the use of play in occupational therapy practice for children with combined disabilities. The theoretical part mentions the game, its features, properties and types. Furthermore, this chapter includes the development of the play, the importance and influence of the play on the development of the children and its use in therapy. The theoretical part also mentions the chapters of daily activities, combined disabilities, selected diagnoses and assessment tools. The practical part is focused on a questionnaire survey of pediatric occupational therapists from the Czech Republic and abroad, whose task is to find out to what extent it is used in therapy, the use of the play as an assessment element and its effectiveness. The chapter on analysis and interpretation of results presents the results of the survey and subsequent comparison in the discussion.

Předmluva

V ergoterapii hra dopomáhá dítěti podílet se na ADL a dokončování činností v rámci terapie, je nedílnou součástí dětského vývoje a veškeré činnosti, které dítě vykonává. Pomocí dobře zvolené hry rozvíjíme nejen senzoryckou, pohybovou a psychickou schopnost dítěte, ale také jemné a hrubé dovednosti.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké má hra využití jako hodnotící metoda u pediatrického klienta a terapeutické intervence. Dále porovnání využití hry a její efektivity v dětské ergoterapii v České republice a zahraničí pomocí dotazníkového šetření. Záměrem práce je tak poukázat na možnosti zkvalitnění terapie, a to absolvováním kurzů a využitím hodnotících nástrojů.

Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce paní MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji celé rodině za obrovskou podporu během studia.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM GRAFŮ	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ERGOTERAPIE	14
1.1 Ergoterapie v pediatrii	14
2 HRA.....	16
2.1 Znaky a vlastnosti hry	16
2.2 Druhy a typy her	17
2.3 Vývoj hry u dítěte	22
2.4 Význam a vliv hry na vývoj dítěte.....	23
2.5 Hra a její využití při terapii.....	26
3 VŠEDNÍ DENNÍ AKTIVITY	28
3.1 Personální všední denní aktivity	28
3.2 Instrumentální všední denní aktivity.....	29
3.3 Vývoj sebeobslužných dovedností.....	30
4 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	32
4.1 Kombinované postižení a jeho rozdělení.....	33
4.2 Mentální postižení.....	34
4.3 Tělesná postižení.....	35
4.4 Zraková postižení.....	35
4.5 Sluchová postižení	36
4.6 Poruchy a vady řeči.....	37
5 VYBRANÉ DIAGNÓZY	39
5.1 Dětská mozková obrna.....	39
5.2 Downův syndrom.....	39
5.3 Poruchy pozornosti	40
5.4 Poruchy autistického spektra	41
5.5 Opožděný psychomotorický vývoj	42
6 VYBRANÉ HODNOTÍCÍ NÁSTROJE.....	44
6.1 MABC-2	44
6.2 Test krabice a kostek.....	44
6.3 Devítikolíkový test.....	45
6.4 WeeFIM skóre	45

PRAKTICKÁ ČÁST	46
7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	46
8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
9 METODIKA PRÁCE	48
10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	49
11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	50
11.1 Výsledky dotazníkového šetření	51
11.2 Porovnání výsledků z České republiky a zahraničí.....	71
DISKUZE	74
ZÁVĚR.....	80
SEZNAM LITERATURY.....	81
SEZNAM PŘÍLOH	87
PŘÍLOHY	88

SEZNAM ZKRATEK

ADD – porucha pozornosti

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADL – aktivity denního života

BI – Index Bartelové

BOT 2 – Bruiniks-Oseretsky test motorické zdatnosti

BRIEF 2 – Soupis hodnocení chování výkonných funkcí

COMP – Kanadská míra pracovního výkonu

DIR – Vývojový model, model založený na individuálních rozdílech a na vztazích

DK – dolní končetina

DMO – dětská mozková obrna

DS – Downův syndrom

GAS – Škála dosažení cílů v rehabilitaci

HANDLE – Holistický přístup k neuro-vývoji a efektivitě učení

HK – horní končetina

IADL – instrumentální aktivity denního života

M FUN – Millerova funkce škála participace

MABC 2 – Test motoriky ruky

MACS – Funkční dovednosti ruky

MR – mentální retardace

NDT – Neuro-vývojová léčba

NVS – Neuro-vývojová stimulace

OTA – Australská asociace ergoterapeutů

PADL – personální aktivity denního života

PAS – poruchy autistického spektra

PC – počítačové hry

PDMS 2 – Peabody vývojové motorické váhy

PMV – psychomotorický vývoj

REAL – Role evaluace všedních aktivit

SI – Sensorická integrace

SIPT – Smyslové integrační a praktické testy

SOSI – Strukturovaná pozorování sensorické integrace

TOMS – Inventář hodnocení kariéry

VMI – Beery-Buktenica vývojový test vizuálně-motorické integrace

WeeFim – Funkční míra nezávislosti pro děti

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Otázka 1. - zahraničí.....	53
Tabulka 2 Otázka 6. - ČR.....	61
Tabulka 3 Otázka 6. - zahraničí.....	62
Tabulka 4 Otázka 8. - ČR.....	64
Tabulka 5 Otázka 8. – zahraničí.....	65
Tabulka 6 Otázka 9. – ČR.....	66
Tabulka 7 Otázka 9. - zahraničí.....	67
Tabulka 8 Otázka 10. – ČR.....	69
Tabulka 9 Otázka 10. – zahraničí.....	69

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Úvodní otázka – zahraničí.....	51
Graf 2 Otázka 1. - ČR.....	52
Graf 3 Otázka 1. - zahraničí.....	52
Graf 4 Otázka 2. - ČR.....	54
Graf 5 Otázka 2. - ČR.....	54
Graf 6 Otázka 3. - ČR.....	55
Graf 7 Otázka 3. - zahraničí.....	56
Graf 8 Otázka 4. - ČR.....	57
Graf 9 Otázka 4. - zahraničí.....	58
Graf 10 Otázka 5. - ČR.....	59
Graf 11 Otázka 5. - zahraničí.....	60
Graf 12 Otázka 6. - ČR.....	61
Graf 13 Otázka 6. - zahraničí.....	62
Graf 14 Otázka 7. - ČR.....	63
Graf 15 Otázka 7. - zahraničí.....	63
Graf 16 Otázka 9. - ČR.....	66
Graf 17 Otázka 9. - zahraničí.....	67

ÚVOD

Hlavním tématem této bakalářské práce je využití hry u dětí s kombinovaným postižením. Právě hra je základem dětského života a důležitým aspektem celého jeho vývoje, obklopuje jej a zaměstnává. Je to hlavní dětská činnost, napomáhající všestrannému rozvoji lidské osobnosti (Miller-Kunaneck, 2010). Dětská ergoterapie podporuje psychomotorický vývoj dítěte, zlepšuje jemnou a hrubou motoriku a rozvoj činnosti, během kterých využívá právě hru, díky níž dítě získává nové zkušenosti a učí se navazovat kontakty se svým okolím (Krivošíková, 2011).

Nedílnou součástí pro rozvoj je jemná motorika, která se od útlého věku rozvíjí, ovlivňuje poznávání a myšlení jedince. Činnosti spjaté s jemnou motorikou, jež vykonáváme během celého života, jsou velmi významné pro zvládání soběstačnosti. Má stejný význam u všech dětí s jakýmkoliv znevýhodněním (Kolář, 2009). Hra není jen základem dětského života, ale je i důležitým faktorem v jeho vývoji. Tato problematika mě velmi zaujala a v budoucnu bych se jí chtěla dále věnovat, právě proto jsem si vybrala toto téma.

Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze 6 kapitol. První kapitola se zabývá samotnou ergoterapií i ergoterapií v pediatrii. Druhá kapitola se zaměřuje na hru, její znaky a vlastnosti, druhy a typy, vývoj hry dítěte, význam a vliv hry na vývoj dítěte a v poslední řadě i její využití při terapii. Třetí kapitola se věnuje všedním denním aktivitám a jejich dělením. Následující kapitola definuje kombinované postižení a jeho dělení, zkoumá mentální, tělesné, zrakové a sluchové postižení i poruchy a vady řeči. Pátá kapitola je zaměřena na vybrané diagnózy dětí, a to dětskou mozkovou obrnu, Downův syndrom, poruchy pozornosti, poruchy autistickému spektru a dále i na opožděný psychomotorický vývoj. Poslední šestá kapitola z teoretické části práce seznamuje čtenáře s vybranými hodnotícími nástroji, které se užívají v dětské ergoterapii, a to MABC-2, test krabice a kostek, devítíkolíkový test a WeeFIM.

Praktická část navazuje na zmíněné poznatky z teoretické části. Hlavním cílem je zjistit, jaké má hra využití jako hodnotící metoda u pediatrického klienta a terapeutické intervence. Výzkumné šetření je kvantitativního charakteru, kdy byl vytvořen dotazník v českém jazyce a anglickém jazyce. Dotazníkové šetření se týká ergoterapeutů s dětskou klientelou z České republiky a ze zahraničí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ERGOTERAPIE

Jedná se o profesi podporující začlenění jedince s určitým postižením do aktivit běžného života a usiluje prostřednictvím smysluplného zaměstnávání o zachování a využívání schopností potřebných pro zvládnání denních, zájmových a pracovních činností bez jakéhokoliv rozdílu postižení a věku jedince. Zaměstnáváním jsou myšleny veškeré činnosti, které jsou vykonávány v průběhu života a v první řadě vnímány jako součást životního stylu a identity (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Zaměřuje se na podporu celkové pohody a zdraví jedince pomocí zaměstnávání. Hlavním cílem ergoterapie je umožnění účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti společně s jedinci stanovují cíle a plány, díky kterým se zvyšují jejich participace nebo přizpůsobení prostředí podporující začlenění osoby.

Ergoterapeut pomáhá dětem a dospělým stát se nezávislým v ADL, třebaže existuje mezera v dovednostech potřebných k dokončení jistých úkolů. Pomáhá všem věkovým skupinám vybudovat funkční dovednosti nebo si přizpůsobit samotný úkol tak, aby při vykonávání činnosti mohli být co nejvíce soběstační (Jelínková et al., 2009).

1.1 Ergoterapie v pediatrii

Pediatrická praxe označuje ergoterapii kojenců, batolat, dětí a mládeže, končí obdobím dospělosti. Dětství i dospělost jsou sociálně a kulturně definované konstrukty. Primárním cílem nebo výsledkem ergoterapie je pomoci klientům dosáhnout fyzického i duševního zdraví a účasti na životě prostřednictvím zapojení do zaměstnání. Aby toho byl dětský ergoterapeut co nejlépe schopen, musí se zapojit do péče zaměřené na rodinu s využitím zaměření založeného na síle, umístěné v praxi, která je kulturně kompetentní. (O'Brien et al., 2020).

Dětská ergoterapie má svá specifika, dítě nemá zkušenosti z minulosti, pohybové stereotypy si teprve vytváří. Dětská hra a obecně všechny činnosti mají svá vývojová stadia, která je nutno vzít v potaz během vytváření ergoterapeutického programu pro dítě s postižením. Individuální přístup je velmi důležitý a efektivní, usilujeme tak o co největší soběstačnost. Významnou roli hrají rodiče, kteří dítě podporují a připravují na terapii.

Ergoterapie má léčebný efekt, ale také efekt resocializační, který úzce souvisí s rehabilitací pracovní a sociální (Jankovský, 2006).

Autorka této práce vnímá dětskou ergoterapii jako obor zabývající se již zmiňovanou hrou, která podporuje všeobecný vývoj, docílení funkčních schopností a rozvoj dovedností dítěte. Využívají se hravé, zábavné a zároveň praktické činnosti, zejména potřebné pro běžný život nejen dítěte, ale také rodiny. U dětí mohou jemné a hrubé motorické dovednosti, problémy se smyslovým zpracováním nebo jiné oblasti ovlivnit to, jak se o sebe naučí pečovat. Ergoterapie může dětem pomoci získat fyzické dovednosti potřebné k tomu, aby dělaly vše od zavazování si tkaniček u bot, čištění zubů až po jedení. Dále ergoterapie může pomoci dětem, které mají potíže s texturami, chutěmi, vůněmi a dotekem, přicházejícími s dokončováním nebo účastí na ADL. Terapeuti pomáhají rodičům zjistit, co jejich dítě potřebuje zlepšit a co by mělo dělat podle své vývojové úrovně.

Při terapii je nutné akceptovat aktuální vývojové období dítěte, jemuž odpovídá charakteristický způsob hry. Hra, která je správně zvolená, se stává prostředkem terapie rozvíjejícím sensorické, pohybové a psychické schopnosti dítěte, ale také vnímání sebe sama a okolí (Vodáková, 2007).

2 HRA

Pojem hry velmi přesahuje pomezí uměle vytvořených věd, oborů a aktivit člověka. Hrajeme divadelní hru, hra na hudební nástroj, hrajeme pexeso, dítě si hraje s panenkou, „hrajeme“ si s přístroji, které jsou rozbité, hrajeme si se svými domácími mazlíčky a oni si hrají s námi, je zřetelné, že tento úkaz hry překračuje meze lidské mentální schopnosti, a tím komplikují úsilí uchopení, formulaci a definování (Valenta et al., 2017).

Dítěti by se měl nechat dostatek příležitostí, aby mohlo poznávat věci kolem sebe, hrát si s hračkami, aby poznávalo a mohlo zjišťovat, co vše umí. Na stupni vývoje u dětí nezáleží. Všechny děti si potřebují opakovat a procvičovat již naučené vědomosti a činnosti. Pro tento záměr je potřeba větší počet situací a věcí, aby měly možnost co nejlépe pochopit své okolí a své činy. Věnujeme se jim, stavíme s nimi věže z kostek, které jsou ze dřeva, plastů a jakýkoliv měkkých a tvrdých materiálů (Newman, 2004).

Hra je přirozená dětská činnost a své uplatnění nachází i v dětské rehabilitaci. Lze ji uplatňovat ve všech podobách ergoterapie. Jedná se o spontánní činnost nabízející potěšení, motivaci, odměnu a následné uspokojení. V ergoterapii hra představuje prostředek i cíl terapie. Pro dítě je to přirozený projev a hlavní aktivita dne v batolecím a předškolním věku. Ve vývojovém období jsou upřednostňovány typické druhy her, zdokonalující vnímání světa, vlastní osoby, rozvoj psychické, motorické a sensorické funkce a podporu sociální interakce. Pro dítě je hra prostředkem učení a získávání zkušeností, význam má i v dospělosti a seniorském věku (Klusoňová, 2011).

2.1 Znaky a vlastnosti hry

Základní znaky hry mohou být určitými pozorovacími směrnici, díky nimž lze rozlišit, zdali si dítě doopravdy hraje nebo je na ně schopno reagovat a schopno zrcadlit činnost (Koťátková, 2005).

Tyto požadavky již v 17. století uvedl Jan Amos Komenský. Součástí jakékoliv hry klademe důraz na pohyb, řád, závodění, lehkost pozorování hry, rozhodnutí, družnost, duševní uvolnění (Suchánková, 2014).

Významné znaky a vlastnosti, které se mohou vyskytovat ve hře, uvádí autorka Koťátková (2005) ve své publikaci a jsou to: spontánnost, zaujetí, radost, tvořivost, fantazie, opakování přijetí role.

Další zmiňuje Opravilová (2004) a to smysluplnost, samoúčelnost a spjatí se skutečností. Dle Neumana (2014) uvádíme nejistotu výsledků, řízenost pravidly, vážnost, zdánlivost, dvojakost, uzavřenost, přítomnost, dramatičnost a vnitřní nekonečnost.

2.2 Druhy a typy her

Dle Klusoňové (2011) lze dělit hry následovně:

- funkční hry,
- manipulační hry,
- napodobovací hry,
- úlohové hry,
- konstrukční hry,
- pohybové hry,
- receptivní hry,
- didaktické hry,
- skupinové pohybové hry,
- skupinové společenské hry.

Funkční hry

Jedná se o nejzákladnější formu hry dítěte bez hračky. Z pohybu a spontánního procvičování pohybu se může stát cílený a vědomý pohyb, kdy dochází i k rozvoji vlastního těla.

Manipulační hry

Náplň této hry je manipulace s hračkami nebo jinými předměty obklopující dítě. Dítě se s nimi učí zacházet, poznává jejich znaky, především hmatem rukami a i ústy, vnímá jejich zvuk a dále i tvary a barvy hraček zrakem. Tato hra se implementuje už v kojeneckém věku, kdy dáváme dítěti ve druhém a třetím měsíci hračku do rukou nebo ji dítěti dáváme do dotykové vzdálenosti. Dítě nahodilými pohyby HKK a DKK se hraček dotýká, a tím dochází ke stimulaci pohybu. Pomocí hračky učíme kojence fixovat jeho pohled, iniciujeme jej

hračku uchopit, otáčet a zvednout hlavu, přetočit se na bok a břicho, a podpoříme úsilí k plazení.

Významnou roli má manipulační hra v batolecím věku, kdy ji uplatňuje především při osamostatnění v určitých činnostech (např. se lžící).

Napodobovací hry

U dítěte koncem kojeneckého období se můžeme setkat s napodobováním mimiky, pohyby, hlasovými projevy např. zvuky zvířat a okolní zvuky (houkání, broukání). Tento druh hry zlepšuje motorické funkce, poznávání okolí, dále napomáhá vývoji řeči (tik-t'ak, paci – paci atd.).

Úlohové hry

Tyto hry nastávají jednoduchou formou, objevují se začátkem batolecího období (míchání lžičky v hrnečku a následné přiložení lžičky k ústům panenky). Jedná se o hru, především zdokonalující se a vyvíjející se podle rozvojových schopností dítěte. Dítě si hraje „na něco“, zlepšuje tak své pohybové, psychické a verbální schopnosti, fantazii, a především i sociální interakci. Ideální formu získávají úlohové hry v předškolním věku.

Receptivní hry

Během této hry dítě nabývá jisté podněty, zpracovává je a podporuje své vnitřní schopnosti (prohlíží si obrázky, poslouchá hudbu nebo pohádku).

Didaktické hry

Díky didaktickým hrám se dítě učí. Osvojuje si poznávací proces a znalosti. Prosazují se skládačky, hlavolamy, hry s řešením úkolů. Je zde uplatňován pedagogický význam, jehož účelem je rozvoj rozumových schopností. Využívají se především v předškolním a školním věku. V ergoterapii jsou velmi oblíbené, častokrát jsou aplikovány výcvikem jemné motoriky a mozkových funkcí.

Konstrukční hry

Konstrukční hry lze vystihnout jako hry pro ruce a mozek. Jedná se o aktivity od jednoduchých složek po značně složité. Mohou to být různé stavebnice (Lego), modelářské činnosti, tvorba z papíru, stavění z písku nebo modelovacích hmot. Tento druh her podporuje

rozvoj motorické a psychické funkce. V ergoterapii mají mnohostranné uplatnění především jako prostředek a přiblížení k pracovním činnostem.

Pohybové hry

Tyto hry lze vykonávat bez pomůcek (například schovávaná, Černý Petr), nebo s hračkami a náčiním (např. houpačka, prolézačka, švihadlo, míč). Zpravidla se jedná o skupinovou hru s jasnými pravidly, které mají široké spektrum využití od předškolního věku až do seniorského věku. Uplatnění mají také v rehabilitaci, především v ergoterapii a fyzioterapii.

Společenské hry

Tyto hry jsou pro dva a více hráčů, často mají i didaktický obsah. Mezi oblíbené společenské hry spadají počítačové hry. Velmi běžné jsou stolní hry, např. šachy, dáma a karetní hry, rozšířený je i stolní fotbal a kulečník. Tento druh her má význam od předškolního věku výše. Mohou být prostředkem a nenáročnou aktivitou například u pacientů ve zdravotnickém zařízení jako volnočasová aktivita odvracející pozornost od problémů. Představují skvělý prostředek pro zlepšení jemné motoriky a kognitivních funkcí.

Počítačové hry

Počítačové hry bývají velice oblíbené nejen u dětí, ale u všech věkových skupin. Přínosem pro terapeuty je široký výběr her využitelných při terapii a lze je používat také u klientů s těžkým postižením. PC hry mohou být didaktické, receptivní, konstrukční a společenské. Tyto druhy her mají značný vliv na rozvoj jemné motoriky a koordinací horních končetin (manipulace s myší a klávesnicí apod.). Ačkoliv jsou tyto hry velmi oblíbené, mají své nevýhody, je zde značná zátěž na zrak při dlouhodobém hraní, špatně zvolená hra pro věkovou skupinu nebo nevhodná hra obsahující násilí. Hra by měla splňovat terapeutický význam, být adekvátní ke schopnostem a zájmům klienta, měla by mít pedagogický a terapeutický cíl a časové omezení (Klusoňová, 2011).

Dle Suchánkové (2014) lze hry klasifikovat na základě klíčů, a to například podle:

- míry vedení (hry spontánní, navozené, vedené),
- organizace (hry tvořivé, s pravidly),
- druhu aktivit (napodobovací, dramatizující a dramatické, fiktivní, konstruktivní, pohybové, sociální a počítačové),

- příčiny hry (hry aleatorické, agonální, mimikrické a vertigonální),
- motivace (hry vnitřně motivované, činnosti zevně motivované, externě, introjektovaně, identifikovaně a integrovaně regulované),
- ontogenetické hlediska (hry instinktivní, senzomotorické, intelektuální, kolektivní),
- rozvíjené složky osobnosti nebo typu inteligence, počtu hráčů, pohlaví, trvání hry, prostředí a hraček.

Míry vedení

Hry spontánní se ztvárňují ze zájmů a potřeb dětí. Rozvíjí svoji představivost a volí si vlastní námět, záměr a způsob realizace. Děti si vybírají, jak a s kým si budou hrát, jaké hračky a věci při hře využijí a určují si místo a čas hry. Navozené hry jsou činnosti, často navrhnuté další osobou, která dá dítěti námět ke hře. Hry vedené jsou označovány jako řízené, didaktické, edukační, takové, do nichž zasahuje další osoba. Vedou k uskutečnění, ke vzdělávacím cílům a k dosažení očekávaní výstupů u dětí.

Organizace

Hry tvořivé také spontánní, při kterých si dítě samo utváří námět i průběh hry. Zařazují se sem hry předmětově-manipulační s předměty, jenž děti obklopují, rozvíjí všechny smysly, a jsou tak schopny rozeznávat jejich vlastnosti. Úlohově-námětové, kdy dítě napodobuje dospělé, jejich sociální role, mezilidské vztahy apod. Dramatizační-snové, kdy si dítě představuje nějaké postavy a děje, možnost ožívování předmětů atd. a v poslední řadě hry konstruktivní, manipulaci s předměty, např. s hračkami. Hlavní resumé zde zastupuje vztah k materiálnímu světu.

Hry s pravidly souvisejí s tvořivou hrou, obsahují spolupráci s ostatními dětmi. Důležité je dodržování určitých pravidel a postupů každé hry. Řadí se sem hry pohybové např. míčové hry, didakticko-intelektuální např. stolní hry.

Druhy aktivit

Napodobovací a také námětové hry dětem poskytují možnost utvářet a uskutečňovat děje z jejich okolí, života, ale také z dějů, které viděly v televizi nebo četly v knize. Často se jedná o hru na rodinu, doktora, školu, na víly, rytíře atd. Naopak dramatizující hry často směřují k prozkoumávání a ověřování námětů, přivádějí řešení situací, uvědomění si situace a utváření názorů k určitým případům. Může se jednat o hádku, úklid věcí a pokoje apod. Děti díky fiktivní hře dokážou změnit skutečnost, pomáhá jim rozvíjet fantazii a kreativitu.

Dítě pomocí této hry objevuje svou jedinečnost. K ztvárnění jistého výtvaru lze uplatnit hry konstruktivní, např. hry s kostkami, stavebnicí, dále kreslení, malování, lepení aj.

Hry pohybové směřují především k procvičování, posilování tělesných schopností. Patří sem hry sportovní, taneční, pohybově-improvizační. Důležité jsou hry sociální, které se uplatňují časem a potřebou hry s dalším hráčem. Bývají námětové, pohybové, konstruktivní, dramatizující. Vrcholem těchto her je hra kooperativní, kdy hráči mezi sebou spolupracují.

Příčiny hry

Tyto hry jsou založeny na obecné zákonitosti náhody, jedná se o hry aleatorické. Dítě nikterak nemůže ovlivnit hru, čeká na výsledek. Například hra Člověče nezlob se, která dá dětem možnost výhry bez většího úsilí a porovnávání schopností. Můžeme zde využívat princip soutěže, a posílit princip náhody.

Z touhy zvítězit díky vlastní síle, vycházejí agonální hry. Příkladem mohou být hry sportovní, vědomostní. Tyto hry porovnávají výkony dětí. Mimikrické hry představují jakousi proměnu, kdy na sebe dítě vezme cizí podobu a stává se na určitou dobu někým jiným.

V poslední řadě jsou zde zmiňovány hry vertigonální naplňující potřebu porušení jakési stability. Představují únik z běžného každodenního života a užít si jisté vzrušení a zapojení různých vjemů. Tuto hru představuje překonávání překážek, chůze po laně nebo čáře, opičí dráha apod.

Motivace

Hry spontánní můžeme rozumět jako hry vnitřně motivované. Dítě si volí vlastní obsah, směr, způsob, kdy, kde a jak. Ukazuje se zde autonomní chování dítěte.

Herní činnost z vnějšku motivované rozumíme jako podněcované, navozené, řízené a vedené aktivity. Můžeme je dělit na činnosti externě, introjektovaně, identifikovaně a integrovaně řízené. Nevycházejí přímo ze zájmu dítěte, jsou pouze prostředkem k dosažení jiného cíle.

Ontogenetické hledisko

Hry se odlišují s věkem dítěte a vývojem osobnosti. Především klasifikace hry kojenců, batolat a předškoláků. Instinktivní hry, nepodmíněné reflexní, kdy se jedná o hry experimentační, lokomoční, lovecké, agresivní a obratné, sexuální, sběratelské. Rozlišujeme

hry senzomotorické, dotykové a haptivní, motorické, sluchové, zrakové. Intelektuální hry, funkční, námětové, napodobivé, fantastické, konstruktivní, skládací a přemýšlivé. Dále hry kolektivní, soutěživé, pospolité, stolní, rodinné,

Důležitou roli mají na vývoj rozumových schopností hra symbolická, hra s pravidly a konstruktivní hra. Podle věku můžeme dělit hry určené pro skupinku dětí homogenní, stejného věku a věkově heterogenní různého věku, od 3 let až do nástupu do školy.

Rozvíjené složky osobnosti nebo typu inteligence, počet hráčů, pohlaví, trvání hry, prostředí a hračky

Dětská hra má nedotknutelný charakter. Rozvíjí se fyzicky, psychicky i sociálně. Fyzickou oblast rozvíjejí hry na hrubou a jemnou motoriku, grafomotoriku, smyslové vnímání apod. Často jsou to hry pohybové, lokomoční, manipulační, smyslové a psychomotorické. Hry působící na psychickou oblast mohou být hry jazykové, řečové, sluchové, dramatizační, zaměřené na pozorování běžných věcí a určování, pojmenování vlastností, mohou to být hry námětové, smyslové, hry kreativní, paměťové, hry autoregulační zaměřené na rozvoj sebepoznání. Oblast sociální rozvíjí sociální a interaktivní hry, společenské hry, hraní rolí.

Lze podle typů hru dělit dle inteligence, příkladem jsou hry logicko-matematické, zvukově hudební. Dále zde mohou být zařazovány hry podle výchovných cílů např. jazykové, prostorové, vztah k přírodě a mnoho dalších. Hry lze řadit podle počtu hráčů, pohlaví a prostředí, kde se hra bude odehrávat. Rozlišujeme hry i na základě pomůcek a hraček i podle doby trvání (Suchánková, 2014).

Můžeme přidat cíle, které uvádějí autorky Rezková a Kleinová (2012) a to cíle spontánní, organizované, diagnostické, strukturované či nedirektivní terapie hrou.

2.3 Vývoj hry u dítěte

Autoři Hintnausová a Hintnaus (1999) uvádějí rozdělení vývoje hry u dítěte:

- 20 týdnů – uchopuje hračku pravou, a i levou rukou,
- 24 týdnů – pevně drží hračku,
- 28 týdnů – předává si kostku z jedné ruky do druhé,
- 40 týdnů – bere malý knoflík pravou i levou rukou,

- 48 týdnů – uchopuje kostku a zase ji pouští (uvolňuje sevření),
- 52 týdnů – všeho se dotýká,
- 56 týdnů – náruživě čmárá,
- 15 měsíců – vloží malý knoflík do nádobky, pokouší se obracet stránky v knížce, vezme korunu pravou i levou rukou,
- 18 měsíců – obrací 2 až 3 stránky najednou, postaví věž ze 3 až 4 kostek,
- 21 měsíců – postaví věž z 5 až 6 kostek,
- 24 měsíců – postaví věž z 6 až 7 kostek, obrací jednotlivé stránky, kreslí vertikální čáry, kreslí duhové čáry, s velkou chutí naplňuje nádobku, roztírá plastelínu,
- 30 měsíců – postaví věž z 8 kostek, kreslí horizontální čáry,
- 3 roky – kreslí kruhy, čmárá čáry křížem; postaví věž z 8 kostek, začíná stříhat, vybarvuje štětcem, dělá z plastelíny koláče,
- 3,5 roku – postaví věž z 10 kostek,
- 4 roky – nakreslí čtverec, dělá předměty z plastelíny, vloží 10 knoflíků do skleničky za 25 sekund, dovede rovně stříhat,
- 5 roků – nakreslí trojúhelník,
- 6 roků – dovede řezat pilkou, zatluče kladivem, začíná šít velkou jehlou,
- 7 roků – umí rovně řezat pilkou, nakreslí kosočtverec.

2.4 Význam a vliv hry na vývoj dítěte

Hra má vliv nejen na emoce, podporu sociální interakce, ale také napomáhá dítěti v jeho kreativitě a tvořivosti. Slouží jako výchovný prostředek, díky kterému si začíná uvědomovat činy a jejich následky a jistou odezvu (Sobotková, 2006).

Již od raného věku dítěte je hra nejpřirozenější a nejvýznamnější činností, jejímž prostřednictvím si získává zkušenosti se světem okolo sebe, současně poznává samo sebe. Děti do hry projektují a zároveň v ní podporují rozvoj svojí osobnosti a to intelekt, vnímání, pohybové a sociální schopnosti, potřeby, emoce, zážitky, fantazii a mnoho dalšího. Dítěti dává pocit smysluplnosti, seberealizace a v první řadě radost (Suchánková, 2014).

Dítě si trénuje základní obratnost rukou, kdy si hraje s rukama. Natahuje ruku po hračce a učí se tento pohyb ovládat. Postupně zapojuje obratnost celého těla, a to díky lezení, obracení a následně i chůzi, kdy hledá zdroje hry ve svém okolí, například otevírá a zavírá zásuvky, vytahuje věci ze skříněk. Věci se stávají nástrojem kontaktu s dospělými, třeba když dítě vyhazuje plyšáky z kočárku a maminka mu je podává (Bednářová et al., 2015).

Již ve věku jednoho roku se projevují preference hraček dle pohlaví dítěte. Dívky upřednostňují dramatickou hru, panenky, malování, zatímco chlapci dávají přednost pohybové hře, autům a míčům (Miller-Kuhaneck, 2010). Mezi prvním a druhým rokem života jsou velmi oblíbené hry s vodou, různé přelévání, vylévání, dále hra s pískem nebo blátem. Se zaujetím dítě pracuje se vším, co může skládat na sebe nebo spojovat do sebe, mohou to být různé kostičky, krabíčky. Navléká kroužky na tyčku, přebírá nebo naplňuje krabici hračkami. Obecně ho lákají hračky a také věci vydávající zvuky nebo které se pohybují. Rozvoj chůze dítěti umožňuje hru s tím, co se dá tahat za sebou na provázku, velmi oblíbená jsou říkadla spojená s pohybem, dítě vyhledává prolézačky, po kterých může lézt, klouzat se nebo se houpat. Lákavá je pro ně hra na schovávanou, listování obrázkových knih, hledání atd. (Bednářová et al., 2015).

Dítě ve dvou letech skáče, běhá, zvládá chůzi po schodech. Obrázky, které namalovalo, pojmenovává a tvoří k nim příběh (Poláková, 2019). Ve věku mezi druhým a třetím rokem stále přetrvává obliba zejména pohybových a manipulačních her rozvíjející senzomotorické dovednosti. Zrakově pohybová koordinace je do této míry vyvrálá, že je dítě zdatné stavět kostky na sebe do výšky, vedle sebe. Kolem třetího roku je dítě schopno postavit most, navlékat větší korálky, zastrkávat kolíčky a jednoduché tvary do okénka. Oblíbené jsou v tomto věku materiály, např. voda, hlína, písek, plastelína. Dítě začíná čmárat pastelkami na papíře. Rádo napodobuje někoho anebo něco tím, že krmí hračku, ukládá ji ke spánku, nakládá a vykládá auto, ukazuje se zde symbolická hra - např. dítě si představuje krabici jako dům, kostku jako auto. Začíná převažovat paralelní hra, dítě sleduje, jak si hrají ostatní a může se k ostatním připojit, své hračky jim ale nechce půjčovat (Bednářová et al., 2015).

Dětem mezi třetím a čtvrtým rokem se zamlouvají hračky, které jezdí, Jedná se o tříkolku, vozík, vláček, kočárek, kdy mohou vymýšlet trasu, kam jet. Oblíbené je děláni báboviček a stavění hradů z písku, stavění z kostiček, skládání jednoduchého puzzle, malování a kreslení. Velmi zajímavé a oblíbené jsou hry vztahující se k běžným činnostem.

Hračka představuje skutečné věci, jakou jsou předměty na vaření, hra na doktora, učitelku, farmáře a tak dále. Též jsou oblíbené hry na někoho jiného, například princeznu, kouzelníka nebo jinou postavu. Někdy děti mají smyšleného kamaráda, který je imaginární, ale ve hře a v životě celé rodiny hraje mnohdy důležitou roli. Společně si hrají, povídají si, sedí spolu u stolu u jídla a podobně. Čím je dítě starší, tím více do her začleňuje sociální vztahy. Běžně si v tomto věku umí hrát aspoň na krátkou dobu s jinými dětmi (Bednářová et al., 2015).

Dítě mezi čtvrtým a pátým rokem vyžaduje více prostoru a pohybu. Na rozdíl od menšího dítěte, které si hrálo na jednom místě, nevyžadovalo velký prostor ani změnu, starší dítě potřebuje nejen změnu. Ve hře prosazuje dychtivost po nezávislosti, například ježděním na tříkolce, na kole, šplháním po prolézačkách, běháním, skákáním, hraním si s míčem. Zdokonaluje se manuální obratnost a umožnění kvalitnějšího ovládní nůžek, tužky, lepení, stavění stavebnic a jiné. Dítě nepřetržitě vyhledává hry, díky nimž by si mohlo hrát s kamarády, a to například hry pohybové, konstruktivní, námětové. Již by se některé děti měly dokázat včlenit a vytrvat u jednodušších her, kde se hráči střídají (Bednářová et al., 2015). V pátém roce se těší na školní docházku, kdy by se mělo umět podepsat, rozeznávat barvy, počítat do deseti (Kurtz, 2015).

V období pátého a šestého roku by už dítě mělo zvládat složitější pohybovou koordinaci. Toto se však netýká jízdy na kole, koloběžce, nebo když zkouší bruslit, lyžovat nebo plavat. Zásluhou rozvoje jemné motoriky a vizuomotorické souhře jsou výrobky ve výtvarných činnostech a konstruktivních hrách vydařenější. Některé děti se snaží vytvořit si knihu z obrázků, které sami nakreslily, obkreslily nebo vystřihly z časopisů. Aktuální jsou hry volné pohybové, konstruktivní, námětové, do kterých mohou promítat fantazii a kreativitu. Oblíbená je hra s ostatními dětmi a společná aktivita. Dítě půjčuje hračky, střídá se, při hře spolupracuje, přispívá svými nápady. Je schopno zapojit se do společenských her s pravidly (např. Člověče nezlob se) (Bednářová et al., 2015).

S předškolním věkem získávají význam didaktické hry, které hravou podobou rozvíjejí poznávací schopnosti a úlohy. Pomocí volné hry dochází k takzvanému spontánnímu učení, u didaktických her jde o zaměřené učení. Tyto hry mohou být mezičlánkem spontánní hry a typem úkolové činnosti. Dítěti postupně usnadňují rozlišovat hru a úkol, zvyšují motivaci pro tento druh aktivit (Bednářová et al., 2015). Z hlavní činnosti dítěte se místo hry postupně stává práce (Langmaeier, 2006). Ve škole se dítě lépe adaptuje, je pro něj snazší akceptovat povinnost, přijmout odpovědnost, dosáhnout lepšího hodnocení

a dokončit rozpracovaný úkol. Úmyslně motivované hry se využívají k výchovným a terapeutickým účelům, navázání kontaktů a spolupráce, odstranění agresivity, ostýchavosti, bázlivost a k řešení konfliktů apod. (Bednářová, Šmardová, 2015). Absence hry v dětském vývoji se může projevit u jedince v pozdějším věku jako sklon k násilí a agresi (Miller-Kuhaneck, 2010).

2.5 Hra a její využití při terapii

Hru lze využít jako nástroj v terapii, jejímž prostřednictvím podporujeme vývoj pohybových schopností, sensorické a kognitivní funkce, komunikační schopnosti a sociální interakci dítěte. Vytvořením optimálního prostředí podpoříme efektivnější terapii zdravého i zdravotně znevýhodněného dítěte. Takové děti se velmi často se nechají rozptýlit, a to když je činnost dostatečně nezaujme nebo jim znesnadňuje udržení pozornosti jejich zdravotní stav. Důležité je načasování, dítě by mělo být odpočaté, klidné a s dostatkem energie pro vykonávání činnosti. Místnost by měla být příjemným místem, kde nebude dítě ničím rušeno a bude se moci soustředit. Koncentrace je opravdu důležitá, proto je nutné v místnosti zamezit zbytečným zvukům, především u dětí s poruchou sluchu a řeči, u kterých je zvuk při soustředění na činnosti značnou komplikací. Před hrou je potřeba uklidit všechny nepotřebné věci, nechat pouze věci a hračky, které při terapii využijeme (Case-Smith, 2010; Newman, 2004).

Důležitý je způsob sezení, obvykle si děti hrají na zemi, nejefektivnější je sezení u stolu. Pokud bude dítě sedět nepohodlně, nebude se cítit bezpečně, nebude se tak plně soustředit na aktivitu. Udržujeme oční kontakt, vhodné je sedět naproti dítěti. Nabízí se nám několik pomůcek, které nám sed u stolu zkvalitní a to např. speciální židličky, malé stolky a židličky, nastavitelná výška stolu a další. Nezapomínáme na osvětlení terapeutické místnosti, které by mělo být dostatečně silné a ostré. Dítě by mělo na činnost, hru i na nás dobře vidět. Při nedostatečnosti není schopno rozvíjet zrakové schopnosti (Newman, 2004 Suchánková, 2014).

Volíme aktivity tak, aby odpovídaly vývojové úrovni dítěte. Měli bychom si dávat pozor, aby činnost nepřesahovala vývojový stupeň dítěte a nedošlo tak ke ztrátě zájmu, protože nemá naději uspět. A proto je důležité mít přehled o jeho vývoji. Začínáme od nejjednodušší aktivity, přidáváme dílčí kroky a postupem času obtížnost gradujeme. Dítě si vše postupně lépe osvojí. Aplikujeme takové hry, aby dítě motivovaly a odrážely jeho zájmy. Pro vybudování sebedůvěry bychom dítě měli chválit nejen za vykonanou činnost, ale také

za snahu a pílí při aktivitě. Potřebují nadšené chválení, podporování v činnostech. Projev nadšení např. tleskáním a úsměvem je pro dítě s postižením velmi důležité, motivující a dává to slovu chvály větší váhu. Časem si dovednosti osvojí a projevy chvály a její intenzita se časem ubývá. Někdy je pochvala pro dítě nedostačující, je potřeba dítě odměnit pomazlením, jídlem, hračkou (Kurtz, 2015; Newman, 2004).

Terapeut by měl být dostatečně trpělivý, někdy je třeba dávat dítěti na činnost a vyjádření se více času. Musíme dítěti několikrát opakovat, co od něj chceme, aby mohlo zareagovat a pochopilo nás. Při terapii, přesněji hře a učení, by se mělo využívat a zapojovat co nejvíce smyslů, při kterých nejvíce těžší děti s postižením. V terapii je podstatná a klíčová důslednost, empatie a flexibilita (Newman, 2004).

3 VŠEDNÍ DENNÍ AKTIVITY

Aktivity denního života (Activities of the daily living, ADL) definujeme jako činnosti, které jednotlivci běžně využívají v každodenním životě a jsou pro ně nezbytné, pro jejich život nezávislý na rodině nebo cizí pomoci. Zahrnují činnosti vykonávané jak v domácím prostředí, tak v prostředí jiném. Měření schopnosti či neschopnosti provádět ADL je důležité při popisu funkčního stavu člověka a následně při provádění intervence (Shehan, 2016).

Tyto aktivity se dělí na personální a instrumentální. Personální, základní nebo také fyzické aktivity denního života (PADL) jsou dovednosti potřebné ke zvládnutí základních fyzických potřeb člověka, včetně osobní hygieny, péče, oblékání, toalety, přesunu, chůze a jídla. Instrumentální aktivity denního života (IADL) zahrnují komplexnější aktivity související se schopností samostatného života ve společnosti. To zahrnuje činnosti, jako jsou například správa financí a léků, příprava jídla, úklid, praní prádla (Edemekong et al., 2022).

Krivošíková (2011) ve své publikaci uvádí dělení soběstačnosti v ADL do dvou kategorií. První jsou všední denní činnosti, personální všední denní činnosti, bazální všední denní činnosti nebo také sebeobslužné činnosti. Všechny tyto zmíněné pojmy odpovídají základním biologickým potřebám života. Do druhé kategorie se řadí instrumentální či rozšířené všední denní aktivity, zahrnují komplexnější činnosti. Nezahrnuje pouze činnosti, během kterých potřebuje určité nástroje, ale patří sem i aktivity z různého prostředí. Tyto denní aktivity vyžadují souhrnnější zapojení senzomotorických, kognitivních a sociálních dovedností.

3.1 Personální všední denní aktivity

Dle autorů Endemekog, Bomgaars, Sukumaran a Levy (2022) zahrnují tyto činnosti:

- pohyblivost: rozsah schopnosti jednotlivce pohybovat se z jedné pozice do druhé a chodit samostatně,
- jedení: schopnost jíst samostatně, bez pomoci další osoby,
- oblékání: schopnost vybrat si vhodné oblečení a obléknout si jej,
- osobní hygiena: schopnost koupat se, upravovat se a udržovat dentální hygienu, péči o nehty a vlasy,

- kontinence: schopnost kontrolovat funkci močového měchýře a střev,
- toaleta: schopnost dostat se na toaletu a z toalety, vhodně ji používat a očistit se.

Znalost toho, jak každá PADL ovlivňuje jednotlivce, aby se o sebe staral, může pomoci určit, zda by pacient potřebovat každodenní pomoc. Může také pomoci starším, nebo zdravotně postiženým lidem určit jejich způsobilost pro asistenční pomoc (Edemekong et al., 2022).

Krivošíková (2011) uvádí, že nejznámější a nejvíce využívanou hodnotící škálu PADL patří Index Barthelové (BI). Existuje několik verzí lišících se ve skóre, ale všechny hodnotí deset hlavních oblastí:

- příjem jídla a tekutin,
- přesuny (postel vozík, židle),
- osobní hygiena,
- použití toalety,
- koupání,
- chůze po rovině,
- chůze do schodů a ze schodů,
- oblékání,
- kontrola močení,
- kontrola stolice.

3.2 Instrumentální všední denní aktivity

IADL vyžadují komplexnější myšlení, včetně organizačních dovedností. Dělit se mohou následovně do kategorií:

- doprava: schopnost účastnit se jako řidič nebo jako pasažér, jízdou autem nebo jiným dopravním prostředkem,
- správa financí: zahrnuje to schopnost platit účty a spravovat finanční majetek,

- nakupování a příprava jídla: schopnost zajistit vše potřebné k tomu, aby se vše nutné dostalo na stůl. Zahrnuje to také nákupy oblečení a dalších věcí potřebných pro každodenní život,
- úklid a údržba domu: čištění kuchyně, udržování čistého a uklizeného obytného prostoru,
- řízení komunikace s ostatními: schopnost umět zacházet s telefonem a počítačem (email, sociální sítě),
- správa léků: schopnost obstarat si léky a užívat je podle pokynů.

IADL se od ADL liší tím, že lidé začnou žádat o pomoc druhou osobu, když jsou pro ně jisté činnosti a dovednosti obtížné (Edemekong et al., 2022).

3.3 Vývoj sebeobslužných dovedností

S každým jedincem se snažíme o dosažení co největší míry soběstačnosti. Předpokladem je jemné motorika, nejen psaní, ale hlavně k zdárnému vykonávání sebeobslužných dovedností – jedení a stolování, osobní hygieny, oblékání. Nácvik sebeobslužných schopností a dovedností by měl být nutností každého dítěte s kombinovaným postižením. Měli bychom dbát na schopnosti a možnosti každého jedince individuálně a vycházet i ze znalostí ontogenetického vývoje. Nutné je optimální zapojování jemné motoriky v rámci rozvoje (Trojan et al., 1996)

Dělení vývoje dětské činnosti – stolování, oblékání a toalety:

- 24. týden – dává si předměty do úst,
- 36. týden – samo jí suchary,
- 12. měsíc – jí s dopomocí prstů,
- 15. měsíc – je schopno pomáhat při oblékání a toaletě, částečně ovládá močení, ovládá stolicí, hlásí, že se pomočilo,
- 18. měsíců – bere šálek do obou rukou, při jedení polévky se velmi často ušpiní, podobně při pojídání kaše, je schopno si nasadit čepici, rozepne si zip, snaží si nasadit boty a navléknout ponožky, přes den se nepomočí,
- 21. měsíců – řekne si, když chce na nočník močit,

- 24. měsíců – obouvá si boty, navléká paži do rukávu, zkouší umýt si ruce a osušit, v noci se nepomočí, když je jednou vysazeno na nočník, řekne si, když chce na nočník,
- 30. měsíců – jí správně polévku a kaši, začíná používat vidličku, částečně se svlékne, natahuje si ponožky, obléká si košili,
- 3 roky – nají se samo, při svlékání pomáhá svléknout košili, začíná se oblékat, rozepíná si středně velké knoflíky, rozšněruje si boty, umyje a osuší si tělo a ruce, obléká panenku, samo se pokouší jít na nočník nebo na záchod bez valného úspěchu, v noci se již nepomočí, i když není buzeno,
- 4 roky – dává přednost vidličce, obléká se téměř samo, umyje a osuší si tělo a ruce, čistí si kartáčkem zuby, šněruje tkaničky bot cvičné botě, jde samo na záchod,
- 4,5 roku – dovede pít pomocí slámky, uchopí pohárek jednou rukou, zašněruje si boty,
- 5 roků – krájí šunku, obléká se samo, zapne si i menší knoflíky, je zcela nezávislé ohledně potřeb na toaletě,
- 5,5 roku – nalévá z lahve o objemu asi 90 dcl,
- 6 roků – krájí jakékoliv maso, začíná se česat, udělá si jednoduchý uzel, dovede se vysmrkat,
- 7 roků – udělá dvojitou kličku,
- 9 roků – vykoupe se samo.

(Trojan et al., 1996)

4 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Této problematice osob s kombinovaným postižením se věnuje řada autorů odborné literatury a existuje mnoho pohledů na vymezení pojmu kombinovaného postižení. Vyplývá tak, že pro definici neexistuje terminologická ucelenost. Dříve než se budeme zabývat kombinovaným postižením, měli bychom si vymežit důležitý pojem a to „postižení“.

Postižení je součástí lidské existence. Téměř každý jedinec bude mít v určité fázi svého života dočasné nebo trvalé postižení. V současné době více než jedna miliarda lidí (přibližně 15 %) světové populace trpí zdravotním postižením, toto číslo se zvyšuje parciálně v důsledku stárnutí populace a nárůstu prevalence nepřenositelných nemocí. Z interakce vyplývá postižení mezi jednotlivci se zdravotním stavem, jako dětská mozková obrna (DMO), Downův syndrom (DS) a deprese, s osobními a environmentálními faktory včetně negativních postojů, omezené dopravy, veřejných budov a omezené sociální podpory (WHO, 2022).

Prostředí člověka má obrovský vliv na prožívání a rozsah postižení, v nevyhovujícím se vytvářejí bariéry, které brání plné a efektivní účasti osob se zdravotním postižením ve společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Lze dosáhnout pokroku ve zlepšování sociální participace odstraněním těchto překážek a usnadněním každodenního života osob se zdravotním postižením (WHO, 2022).

Kombinované postižení bychom mohli charakterizovat jako kombinaci dvou a více postižení u daného jedince. Vždy se jedná o kombinace různých druhů, forem a stupňů postižení, i proto je klasifikace náročná. Můžeme se setkat s označením jako kombinované vady, vícenásobné postižení a vady, multihandicap nebo hluboké postižení. Není tak možné vytvořit jednotný systém pro členění, neexistuje ustálená terminologie používaná při deskripci případů osob s takovým handicapem. Kombinace vícero forem postižení bývají mnohdy zapříčiněny genetickými odchylkami, jsou případy, kdy se projevují formou souborů několika syndromů. Příkladem lze uvést Downův a Turnreův syndrom. Prvotní postižení je u některých jedinců obtížné určit (Slowík, 2007).

Klasifikace poruch a vad vychází hlavně z lékařské diagnózy, jenž zjišťuje funkční nebo orgánové odchylky. Jisté vady a defekty můžeme vnímat jako zhoršení anatomické, fyzické a psychické struktury či funkce. Postižení nebo také disabilita vyplývá jako omezení

či ztrátu dovedností pro vykonávání aktivit způsobem i rozsahem, který pro jedince považuje za obyčejný (Slowík, 2007).

Porucha a vady se velice často spojují, mají sklon vyskytovat se společně, a právě proto může jedinec být postižen vícero vadami najednou (Opařilová, 2005).

4.1 Kombinované postižení a jeho rozdělení

Jednotlivá postižení lze dělit dle postihujících systémů:

- tělesné postižení – postih hlavně pohybového aparátu, vzniká porucha anatomické struktury nebo funkce pohybového aparátu,
- smyslové postižení – toto postižení postihuje orgány zraku, sluchu, řeči a mnohdy i dalších smyslů, bývají postižena mozková centra sluchu a zraku a řeči,
- mentální postižení – porucha kognitivních funkcí, myšlení související s postižením v oblasti centrální nervové soustavy a dochází k duševním poruchám,
- kombinované postižení – výskyt postižení v kombinacích, nejčtenější je tělesné a mentální související s postižením centrální nervové soustavy (Květoňové at al., 2004).

Vašek (2005) kvalifikuje osoby s kombinovaným postižením do tří skupiny, a to postižení mentální v kombinaci s jiným postižením, duálně smyslové postižení, především hluchoslepotu a poruchy chování v kombinaci s jiným postižením. V takovém členění je pak nejčtenější skupinou osoby s kombinací mentálního a dalšího postižení a za nejtěžší podobu považujeme skupinu hluchoslepých.

Pro vzdělávací účely dětí s kombinovaným postižením lze dělit opět do tří skupin. První skupina je charakteristická společným znakem mentální retardace, je nejvyšším dosažitelným stupněm vzdělávání. Skupina druhá náleží dětem s kombinací poruch fyzických, sensorických, včetně vad řeči bez mentální vady. Je zde řazena speciální skupina hluchoslepých dětí. Poslední třetí skupina je utvářena dětmi s vadami autistického spektra (Pipeková, 2010).

4.2 Mentální postižení

Toto postižení může vznikat již v době před narozením, při porodu nebo po narození možným onemocněním nebo úrazem, důležité je jeho následná terapie. Vzniká vážné omezení ve dvou a více oblastí adaptivních schopností, jenž potřebujeme v každodenním životě, a to soběstačnost, komunikace, sociální schopnosti, vzdělání, zaměstnání či volný čas. Tyto schopnosti jsou hodnoceny v přirozeném prostředí s ohledem na všechny aspekty života. S mentálním postižením se často pojí onemocnění jako je dětská mozková obrna, autismus, Aspergerův syndrom, Downův syndrom, epilepsie apod. V případě dětí s těžkým a kombinovaným postižením se jedná o situaci velmi komplikovanou a je potřeba užití kompenzačních pomůcek (Valenta, 2012; Jiráková, 2014a).

Péče o mentálně postižené dítě zahrnuje týmovou spolupráci několika odborníků, kteří stanovují rozsah funkčního omezení a doporučí vhodné způsoby práce s dětmi, výběr kompenzačních pomůcek a hraček. Významnou roli má pro děti s mentálním postižením podpora rozvoje jejich dovedností, od raného věku radíme nejen stimulační metody, ale také fyzioterapeutické (a to Vojtovu metodu a Bobath koncept), ergoterapeutické (příkladem je sensorická stimulace), speciálně pedagogické, speciální přístupy a programy pro vlastní péči a dále např. canisterapii a muzikoterapii (Jiráková, 2014a).

Mohou se vyskytnout problémy během těhotenství užíváním návykových látek, které mohou způsobit mentální retardaci dítěte, dále podvýživa a látky znečišťující ovzduší, nebo některá onemocnění (např. toxoplazmóza, zaděnky, syfilis). Při porodu se může poškodit mozek dítěte, nezvyklou zátěží, nedonošením nebo nízkou porodní váhou. Po porodu mohou dětské nemoci jako černý kašel, plané neštovice, získaná meningitida a encefalitida poškodit mozek dítěte. K poškození dochází i úrazem nebo toxiny, kdy dojde k narušení mozku a nervové soustavy. Což má za následky projevy zvýšené závislosti na okolí, sklony k úzkostem, infantilnost osobnosti, opoždění psychosexuálního vývoje, impulzivnost, hyperaktivitu, zpomalenost chování, citovou vzrušivost, zpomalenou chápavost a mnoho dalšího (Jiráková, 2014a; Bazalová, 2014).

Mentální postižení je zapříčiněné působením abnormality genů zděděných po rodičích a různých odchylek. Testujeme úroveň inteligence a stupně postižení mentální retardace, jenž dělíme na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Lehká mentální retardace se projevuje potížemi při teoretické práci ve škole. Středně těžká mentální retardace ovlivňuje běžné aktivity. Jedinci jsou schopni v dospělosti vykonávat jen

jednoduché úkony a dovednosti. Samostatnost zde není zcela reálná. Výraznější deficit je u těžké mentální retardace znatelnější, kdy osoby trpí poruchou motoriky, jinými defekty a nejsou schopni činnost uskutečnit. A hluboká mentální retardace vede k značné imobilitě jedinců, nejsou schopni porozumět požadavkům ani instrukcím. (Jiráková, 2014a).

4.3 Tělesná postižení

Postižení tělesné nebo pohybové postihuje pohybové ústrojí a jeho projevem jsou různé deformity, omezení hybnosti kloubů, paréza nebo plegie, zvýšené či snížené svalové napětí, neobratnost, a i mimovolní pohyby. Mohou se projevit v omezení soběstačnosti, společenské interakce, sociálních vztahů, volnočasových aktivit, vzdělání i v zaměstnávání. Obvyklou příčinou je poškození centrální nervové soustavy, se kterými se často pojí i poruchy mentální, smyslové, poruchy řeči aj. Toto postižení se vyskytuje u diagnóz jako je DMO, myelokela, svalové poruchy např. stavy po poranění mozku a roztroušená skleróza, vrozené poruchy pohybového ústrojí (dysmelie, dysplasia, nanismus atd.), později vzniklé ortopedické poruchy (Jiráková, 2014b).

Rozlišujeme dvě základní skupiny tělesného postižení, a to vrozená, která zahrnují poruchy dědičné, velikost a tvar lebky, vady končetin, růstu, rozštěpy, centrální či periferní obrny. Další skupina zahrnuje postižení získaná, způsobená úrazem, nevhodným držením těla, onemocněním mozku a míchy, poškozením periferních nervů, amputace a jiné (Potměšilová, 2013).

Péče o dítě s tělesným postižením obsahuje hlavně péči multidisciplinárního týmu několika odborníků. Stanovují rozsah funkčního omezení a navrhují nejvhodnější způsoby práce s dětmi, pomáhají s výběrem hraček a pomůcek ke zlepšení kvality života (Jiráková, 2014b).

4.4 Zraková postižení

Postižení zrakové zahrnuje poškození nebo oslabení oka jako zrakového orgánu či poškození centrální nervové soustavy. Toto poškození se dá kompenzovat, léčit a mírnit. Na korekci zraku využíváme brýle a lupy. Bohužel u poškození centrální nervové soustavy jsou zrakové informace do mozku přerušeny, a ten pak není schopen vjem efektivně zpracovat, natož vyhodnotit. Důsledkem bývá snížení zrakové ostroty, světloplachost, neostře vidění apod., často dochází i k úplné nevidomosti (Jiráková, 2014c).

Autorky Květvořová a Šumníková (2010) uvádějí, že základním kritériem hodnocení stupně zrakového poškození ujednává míra zrakové ostrosti, kdy nejhorším případem ostrosti nastává slepota. Vlivným kritériem je velikost a lokalizace zrakového pole.

Speciální péči zahrnují týmová spolupráce odborníků, a to neurologa, očního lékaře a tyflopeda. Děti potřebují nahradit deficit zrakové schopnosti, kontrolu a motivaci. Nevidomí a jinak zrakově postižené děti vyhledávají jiné nástroje a cesty pro poznávání okolního světa především podněty hmatovými a sluchovými. Vyhledávají více tělesného kontaktu, výrazné odezvy. Pro stimulaci dětského vývoje by se měly používat pomůcky a hračky dostupné všem. Veškeré pomůcky a hračky by měly stimulovat pozůstatky zraku, používají se velké jednoduché tvary, jasné barvy, světelné a zvukové signalizace a různorodost materiálů pro snazší hru takto postižených dětí. Zrakový deficit dítěti přináší řadu dalších problémů, třeba v oblasti orientace prostoru a času. V terapii se uplatňují speciální počítačové programy nebo hlasový výstup (Jiráková, 2014c).

4.5 Sluchová postižení

Sluchové vady lze dělit podle vzniku na vady periferní, do kterých řadíme převodní vady sluchu, kdy je poškozeno zevní či střední ucho. Blokáda nebo přerušení sluchu může vzniknout přítomností tekutiny ve zvukovodu, srůstem sluchových kůstek nebo infekcí. Mnohdy bývá problém s hlubokými zvuky, jedinec slyší hlasitou řeč a šepot, ale zvuky z okolí jsou slabší. Mezi převodní vady patří záněty zvukovodu, bubínku, středního ucha a vrozené vady středouší. Tato vada se dá léčit, proto nemusí být trvalá. Percepční vady sluchu pojednávají o poškození vnitřního ucha a sluchových nervů, narušené bývá slyšení vysokých zvuků. Je zde změna kvality a kvantity poslechu a vyskytuje se zde problém s porozuměním řeči. Tato porucha se vyskytuje jako stařecká nedoslýchavost, poškození sluchu nadměrným hlukem, infekce bakteriální a virová, ušní šelest (tinnitus) a mnoho dalších. U percepční vady dochází k trvalému poškození sluchu, je možno jej částečně kompenzovat sluchadly nebo kochleárními implantáty. Vnější, střední někdy i vnitřní ucho bývá poškozeno v případě smíšené vady sluchu, kterou lze kompenzovat pomůckami, léky i chirurgicky (Barvíková, 2015).

Vady centrální postihující podkorový a korový systém drah sluchových, vytvářejí komplikace v porozumění řeči, přičemž vnímání čistých zvuků není nikterak narušeno. osoba s tímto druhem sluchového postižení je schopna rozluštit mluvenou zprávu.

Doporučuje se rehabilitace sluchu a konzultace s logopedem nebo speciálním pedagogem (Barvíková, 2015).

Další kvalifikace umožňuje rozlišení podle doby vzniku sluchového postižení na vady vrozené a získané. Vady vrozené, tedy vzniklé před narozením, buď na genetickém nebo negenetickém podkladě. Získané vady vzniklé v perinatálním období, během porodu, krátce po něm nebo také po narození. Sluchové vady jsou úzce spjaty s vývojem řeči. Prelingvální vady vznikají před ukončením vývojem řeči, někdy okolo 7 roku života a postlingválním dochází až po ukončení vývoje řeči (Barvíková, 2015; Lejska, 2003).

Závěrem můžeme dělit podle stupně postižení, na několik stupňů dle námětové kvantity slyšeného v decibelech následovně – porucha a vada žádná (0-25 dB), lehká (26-40 dB), střední (41-60 dB), těžká (61–80 dB), velmi těžká zahrnující hluchotu (81 dB a více). Postupným odumíráním sluchových buněk během života, dochází v pozdějším věku stařecká nedoslýchavost (presbyakuzie). Sluch kompenzujeme pomůckami, např. sluchadlem nebo odezíráním. Těžkým vadám a hluchota brání mluvené řeči, proto mohou komunikovat znakovým jazykem (Bytešnicková et al., 2007; Barvíková, 2015).

4.6 Poruchy a vady řeči

Řeč je proces vytváření specifických zvuků, které posluchači sdělují význam. Porucha řeči se týká jakéhokoli stavu, který ovlivňuje schopnost člověka produkovat zvuky, které vytvářejí slova. Řeč je jedním z hlavních způsobů, jak lidé sdělují své myšlenky, pocity a nápady s ostatními. Mluvení vyžaduje přesnou koordinaci více částí těla, včetně hlavy, krku, hrudníku a břicha (Eske, 2019). Příkladem jsou děti, které rozvíjejí všechny složky řeči díky napodobování dospělých. Jedná se pouze o podobu, jenž pomáhá dítěti pro základ vlastního projevu. Při opožděném vývoji řeči je znatelný sociální deficit (Vágnerová, 2012).

Poruchy řeči ovlivňují schopnost člověka tvořit zvuky, které mu umožňují komunikovat s ostatními lidmi. Nejsou totéž jako poruchy jazyka. Brání lidem ve vytváření správných zvuků řeči, zatímco poruchy řeči ovlivňují schopnost člověka učit se slova nebo rozumět tomu, co jim ostatní říkají. Vady řeči a jazyka však mohou člověku ztížit vyjadřování svých myšlenek a pocitů před ostatními (Eske, 2019).

Poruchy řeči mohou postihnout lidi všech věkových kategorií. Některé typy vad zahrnují koktání, apraxii a dysartrii. Koktavost označuje vadu řeči, která přerušuje tok a plynulost řeči. K opakování dochází, když lidé nedobrovolně opakuji zvuky, samohlásky

nebo slova. Blokování dochází, když lidé vědí, co chtějí říct, ale mají potíže s vytvářením nezbytných zvuků řeči. Prodloužení se týká natahování nebo vytahování konkrétních zvuků nebo slov. Stres, vzrušení nebo frustrace mohou způsobit, že koktání bude závažnější. Někteří lidé mohou také zjistit, že určitá slova nebo zvuky mohou způsobit, že koktání bude výraznější. Koktavost může způsobit behaviorální i fyzické příznaky, které se vyskytují současně. Mohou zahrnovat napětí v obličeji a na ramenou rychlé blikání chvění rtů zaťaté pěsti náhlé pohyby hlavy (Vitásková, 2005; Eske, 2019).

K neurogennímu koktání dochází, když poškození mozku brání správné koordinaci mezi různými oblastmi mozku, které hrají roli v řeči. Mozek řídí každou jednotlivou akci, kterou lidé dělají, včetně mluvení. Většina zapojení mozku do řeči je nevědomá a automatická. Když se někdo rozhodne mluvit, mozek vysílá signály do různých struktur těla, které spolupracují na produkci řeči. Mozek dává těmto strukturám pokyn, jak a kdy se mají pohybovat, aby vytvořily vhodné zvuky. Tyto řečové signály například otevírají nebo zavírají hlasivky, pohybují jazykem a tvarují rty a řídí pohyb vzduchu hrdlem a ústy. Apraxie je obecný termín označující poškození mozku, které narušuje motorické dovednosti člověka a může postihnout kteroukoli část těla. Apraxie řeči nebo verbální apraxie se týká konkrétně postižení motorických dovedností, které ovlivňují schopnost jednotlivce správně tvořit zvuky řeči, i když vědí, která slova chtějí říct. Dysartrie nastává, když poškození mozku způsobí svalovou slabost v obličeji, rtech, jazyku, krku nebo hrudníku. (Vitásková, 2005; Eske, 2019).

5 VYBRANÉ DIAGNÓZY

5.1 Dětská mozková obrna

Dětské mozková obrna je nejčastější důvod pohybových vad v období dětství. V nynější době prevalence DMO klesá, riziko velmi nízké porodní váhy klesá díky prenatálním užívání kortikosteroidů, síranu hořečnatého a díky jiným neuroprotektivním postupům. Řadí se mezi heterogenní skupinu chronických neprogresivních klinických syndromů, a do skupiny neurovývojových onemocnění. Rizikovým faktorem vzniku DMO je prematurita, nízká porodní hmotnost, intrauterinní růstová restrikce a také četné porody (Kršek et al., 2020, Zikl, 2011).

Charakteristikou jsou poruchy hybnosti a postury. Může se jednat o důsledek prenatální, perinatální nebo počáteční postnatální lézi postihující vývoj mozku. Poruchy hybnosti jsou velmi často spjaté s poruchami citlivosti, vnímání, smyslů, učení, kognice, komunikace dále epilepsie a další muskuloskeletální problémy. Tato nemoc omezuje funkce, aktivity a participaci. Utváří ji kombinace anatomického, patofyziologického a funkčního systému. DMO můžeme dělit dle odhadnutí místa, závažnosti léze, možnosti léčby atd. Dochází k charakteru poškození motorického, zjišťujeme neurologickým vyšetřením. DMO má tři základní formy: spastickou, dyskineticko-dystonickou a mozečkovou. Mnohdy jde o parézu, abnormality motorického tónu nevyjímaje hypertonie, hypotonie, dystonie, dyskineze a ataxie. Tvoří pyramidovou, extrapyramidovou a cerebelární oblast mozku s možným vznikem dysfunkcí. Poškozením části těla představuje diparéza, hemiparéza nebo kvadruparéza. Dále je zde i klasifikace dle závažnosti a to mírné (bez omezení), střední (potřebují pomůcky), závažná (vyžaduje asistenci a invalidní vozík) (Kršek et al., 2020, Zikl, 2011).

5.2 Downův syndrom

Downův syndrom je stav, kdy se narodí dítě s další kopií svého 21. chromozomu, vzniká tak další pojmenování DS a to trizomie 21. To způsobuje opoždění fyzického a duševního vývoje a jisté znevýhodnění nebo postižení (Gill, 2019).

Tento dodatečný genetický materiál mění průběh vývoje a způsobuje vlastnosti spojené s Downovým syndromem. Mezi běžné fyzické rysy Downova syndromu patří nízký svalový tonus, malý vzrůst, šikmý sklon očí nahoru a jediná hluboká rýha přes střed dlaně,

ačkoli každý člověk s Downovým syndromem je jedinečný jedinec a může mít tyto vlastnosti v různé míře nebo vůbec (NDSS, 2022).

Mnohé vady jsou celoživotní a mohou zkracovat délku jedincova života, ale i tak lidé s tímto syndromem mohou žít zdravý a plnohodnotný život. Ve všech případech rozmnožování oba rodiče předávají své geny svým dětem. Když se vyvinou buňky dítěte, každá buňka by měla obdržet 23 párů chromozomů, celkem tedy 46 chromozomů. U dětí s Downovým syndromem se jeden z chromozomů neoddělí správně. Dítě skončí se třemi kopiemi nebo další částečnou kopií chromozomu 21 namísto dvou. Tento přebývající chromozom způsobuje problémy s vývojem mozku a fyzických rysů. Existují tři typy DS. Nejčastějším typem DS je trizomie 21, která znamená, že v každé buňce je další kopie chromozomu 21. Druhý typ je mazaicismus a poslední typem je translokace (Gill, 2019).

Pravděpodobnost nošení dítěte s DS lze odhadnout screeningem během těhotenství, matka žádné příznaky ani změny nezaznamená. Při narození mají děti s DS charakteristické znaky jako jsou ploché rysy obličeje, malá hlava a uši, krátký krk, vypouklý jazyk, oči směřující vzhůru, atypicky tvarované uši, špatný svalový tonus. Dítě s DS může mít průměrnou velikost, ale jeho vývoj je pomalý. DS obnáší určitý stupeň vývojového postižení, často mírný až středně těžký. Dítě může mít opožděný duševní a sociální vývoj obnášející impulzivní chování, špatný úsudek, krátká doba pozornosti nebo schopnost pomalého učení. DS doprovázejí další zdravotní komplikace zahrnující vrozené srdeční vady, ztrátu sluchu, špatné vidění nebo šedý zákal, problémy s kyčlemi, leukémie, spánkovou apnoei, demenci, obezitu, hypotyreózu aj. Jsou náchylnější k infekcím, např. dýchacích cest, močových cest a kožním infekcím (Gill, 2019).

5.3 Poruchy pozornosti

Porucha pozornosti (ADD, Attention Deficit Disorder), termín běžně používaný k popisu neurologického stavu se symptomy nepozornosti, roztržitosti a špatné pracovní paměti. Mezi příznaky ADD u dospělých patří potíže se zaměřením na školní práci, obvyklé zapominání schůzek, snadné ztrácení přehledu o čase a boj s výkonnými funkcemi. Pacienti s těmito příznaky mohou mít to, co lékaři nyní nazývají převážně nepozorný typ poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder). ADD je zastaralý termín a již není lékařskou diagnózou, i když se často stále používá k označení určité podskupiny příznaků, které spadají pod zastřešující termín ADHD (Blahutková et al., 2007; Russo, 2022).

U ADHD se tedy jedná to dědičný neurovývojový syndrom, který narušil fungování mozku v oblastech souvisejících s plánováním, předvidáním, zaměřením a udržováním pozornosti. Postupem času dochází ke zmírnění viditelných znaků hyperaktivity např. neustálý pohyb, netrpělivost, ale některé přetrvávají, mohou to být potíže s pozorností, impulzivní chování nebo vnitřní neklid, emoční nezralost a labilita. Zatím co ADD postrádá hyperaktivitu, jedinci s ADD jsou zasnění, někdy nereagují na to, co jim říkají ostatní, ostatní příznaky jsou totožné s ADHD (poruchy pozornosti především obtížné soustředění, snadné vyrušení, potíže s dokončením úkolu, zapomínání a chaos) (Nepozorní, 2013).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou je neurologická nebo psychická porucha. Převážně nepozorný typ ADHD se nevyskytuje stejným způsobem jako ostatní dva typy ADHD, známé jako převážně hyperaktivní-impulzivní a kombinovaný. Mezi typické příznaky ADD patří špatná pracovní paměť, nepozornost, rozptýlitelnost a špatná výkonná funkce. Příznaky ADHD spojené s touto diagnózou jsou více v souladu se stereotypním chápáním deficitu pozornosti např. impulzivní, překypující energií jedinec (Blahutková et al., 2007; Russo, 2022).

5.4 Poruchy autistického spektra

Autismus jinak porucha autistického spektra (PAS) označuje širokou škálu stavů charakterizovaných problémy se sociálními dovednostmi, opakujícím se chováním, řečí a neverbální komunikací. Víme, že neexistuje jeden autismus, ale mnoho podtypů, nejvíce ovlivněných kombinací genetických a environmentálních faktorů. Protože autismus je spektrální porucha, každý člověk s autismem má odlišný soubor silných stránek a výzev. Způsoby, kterými se lidé s autismem učí, přemýšlejí a řeší problémy, se mohou pohybovat od vysoce kvalifikovaných až po těžce postižené. Někteří lidé s PAS mohou vyžadovat významnou podporu ve svém každodenním životě, zatímco jiní mohou potřebovat méně podpory a v některých případech žijí zcela nezávisle (Autism Speaks, 2022).

Rozvoj autismu může ovlivnit několik faktorů a je často doprovázen smyslovou citlivostí a zdravotními problémy, jako jsou gastrointestinální poruchy, záchvaty nebo poruchy spánku, stejně jako problémy s duševním zdravím, jako je úzkost, deprese a problémy s pozorností. Příznaky autismu se obvykle objevují ve věku 2 nebo 3 let. Některé související opoždění vývoje se mohou objevit ještě dříve a často mohou být diagnostikovány již v 18 měsících. Výzkum ukazuje, že včasná intervence vede k pozitivním výsledkům později v životě u lidí s autismem (Autism Speaks, 2022).

Lidé s PAS mají často problémy se sociálními, emocionálními a komunikačními dovednostmi. Mohou opakovat určité chování a nemusí chtít změnu ve svých každodenních činnostech. Mnoho lidí s PAS má také různé způsoby učení, pozornosti nebo reakce na věci. Příznaky PAS začínají v raném dětství a obvykle přetrvávají po celý život člověka (Centres for Disease Control and Prevention, 2022).

Děti a dospělí s PAS neukazují na předměty, aby projevil zájem např. neukazují na přelétající letadlo, nedívají se na předměty, když na ně jiná osoba ukazuje, mají problémy se vztahem k ostatním, nebo se o ostatní vůbec nezajímají, vyhýbají se očnímu kontaktu a chtějí být sami, mají potíže porozumět pocitům jiných lidí, mluvit o svých vlastních pocitech, nevyhledávají dotyky, nechtějí se držet ani mazlit, pouze jen když chtějí. Zdá se, že si neuvědomují, když na ně lidé mluví, ale reagují na jiné zvuky, mají velký zájem o lidskou přítomnost, ale neumějí s ostatními mluvit, hrát si nebo se s ostatními přátelit, opakují slova a fráze, které jim byly řečeny, mají problém vyjádřit své potřeby pomocí typických slov a pohybů, napodobovací hru nejsou schopni „předstírat“ apod. (Centres for Disease Control and Prevention, 2022).

5.5 Opožděný psychomotorický vývoj

Dokážeme identifikovat několik typů vývojových opoždění u dětí. Tato opoždění mohou ovlivnit fyzické, kognitivní, komunikační, sociální, emocionální nebo behaviorální dovednosti dítěte. Opoždění vývoje často postihuje více než jednu oblast vývoje dítěte. Když má dítě zpoždění v mnoha nebo všech těchto oblastech, nazývá se to globální vývojové zpoždění. Některé vývojové opoždění mají identifikovatelnou příčinu. U mnoha dětí však není jasná příčina zpoždění, natož vícenásobného zpoždění (Vágnerová, 2012).

Kognitivní zpoždění může ovlivnit intelektuální fungování dítěte, zasahovat do uvědomění a způsobit potíže s učením, které se často projeví poté, co dítě začne chodit do školy. Děti s kognitivním zpožděním mohou mít také potíže s komunikací a hraním si s ostatními. Typ zpoždění se může objevit u dětí, které prodělaly poranění mozku v důsledku infekce, jako je meningitida, která může způsobit otok mozku známý jako encefalitida. Syndrom otřeseného dítěte, záchvatové poruchy a chromozomální poruchy, které ovlivňují intelektuální vývoj, jako je Downův syndrom, mohou také zvýšit riziko kognitivního zpoždění. Ve většině případů však není možné určit jasný důvod tohoto typu zpoždění (NYU Langone Health, 2022; Raising Children, 2022).

Zpoždění v motorických dovednostech narušuje schopnost dítěte koordinovat velké svalové skupiny, jako jsou ty na ruku a nohu, a menší svaly, jako jsou ty na ruce. Kojenci se zpožděním hrubé motoriky mohou mít potíže s převalováním nebo plazením; starší děti s tímto typem zpoždění se mohou zdát nemotorné nebo mít problémy s chůzí po schodech. Lidé se zpožděním jemného motoru mohou mít potíže s držetím malých předmětů, jako jsou hračky, nebo s prováděním úkolů, jako je zavazování bot nebo čištění zubů. Některá motorická zpoždění jsou důsledkem genetických stavů, jako je achondroplazie, která způsobuje zkrácení končetin, a stavů, které postihují svaly, jako je dětská mozková obrna nebo svalová dystrofie (NYU Langone Health, 2022).

Děti s vývojovým opožděním, včetně dětí s podobnými neurobehaviorálními poruchami, jako je porucha autistického spektra a porucha pozornosti s hyperaktivitou, mají často také sociální, emocionální nebo behaviorální zpoždění. Kvůli rozdílům ve vývoji mozku mohou zpracovávat informace nebo reagovat na své okolí jinak než děti stejného věku. Tato zpoždění mohou mít dopad na schopnost dítěte učit se, komunikovat a komunikovat s ostatními. Běžné je, že děti s opožděným vývojem mají potíže se sociálními a emočními dovednostmi. Mohou mít například problém porozumět sociálním podnětům, zahájit komunikaci s ostatními nebo vést obousměrnou konverzaci. Mohou mít také potíže vyrovnat se s frustrací nebo vyrovnat se se změnou. Když se prostředí stane příliš sociálně nebo emocionálně náročným, mohou mít děti s opožděným vývojem dlouhodobé záchvaty vzteku a uklidnění trvá déle než ostatním dětem. Toto chování může být signálem, že dítě potřebuje více podpory tím, že změní své prostředí nebo se naučí dovednosti, aby se vyrovnalo se sociálními a emocionálními výzvami (NYU Langone Health, 2022).

Některé opožděné řeči jsou receptivní jazykové poruchy, při kterých má dítě potíže s porozuměním slovům nebo pojmům. Děti s tímto typem opožděné řeči mohou mít potíže s identifikací barev, částí těla nebo tvarů. Dalšími jsou expresivní jazykové poruchy, kdy má dítě na svůj věk sníženou slovní zásobu a složitá souvětí. Dítě s tímto typem zpoždění řeči může být pomalé v blábolení, mluvení a vytváření vět. Často má dítě s opožděnou řečí kombinaci opoždění receptivních a výrazových. Děti, s orálním motorickým problémem – jako je slabost svalů v ústech nebo potíže s pohybem jazyka nebo čelisti – které narušují produkci řeči, mají takzvanou poruchu tvorby řeči. Děti mohou mít opožděnou řeč z fyziologických příčin, jako je poškození mozku, genetické syndromy nebo ztráta sluchu. Další zpoždění řeči je způsobeno faktory prostředí, jako je nedostatek stimulace. V mnoha případech je však příčina opoždění řeči dítěte neznámá (NYU Langone Health, 2022).

6 VYBRANÉ HODNOTÍCÍ NÁSTROJE

6.1 MABC-2

Test motoriky pro děti, MABC- 2 (Movement Assesment Battery for Children – 2) je standardizovaným testem motoriky. Obsahuje dva diagnostické přístupy kvantitativní hodnocení výkonu v pohybových úkonech týkajících se věkových kategorií a kvalitativní hodnocení způsobu provedení pohybových úloh.

Je určený pro hodnocení stupně motorik a identifikaci, charakteru motorických potíží vývojové pohybové koordinace u dětí ve věku 3 až 16 let. Obsahuje tři věkové kategorie AB1 3-6 let, AB2 7-10 let a AB3 11-16 let. Jedná se o behaviorální pojetí hodnocení motorických funkcí jedince a předpokladem je, že se stupeň pracování hlavních motorických funkcí dítěte se vyvíjí v konečném výkonu a pozorovaném prostředí provedení senzomotorických úloh. Všechny verze obsahují osm pohybových úloh, které jsou určeny pro hodnocení následujících součástí – komponenta manuální dovednosti, hrubé motoriky a rovnováhy. Vyhodnocují se společně pro získání hromadného ukazatele úrovně motoriky (Psotta, 2014).

6.2 Test krabice a kostek

Test krabice a kostek (Box and Block) je používán pro hodnocení hrubé motoriky a jedná se o standardizovaný test, který hodnotí HKK každou zvlášť. Dále je využíván ve výzkumných pracích a rehabilitaci dospělých a dětí. Kritériem pro hodnocení je počet kostek, které testovaná osoba pomocí jedné ruky přemístí z jedné poloviny krabice přes překážku na druhou polovinu.

Vnitřní prostor krabice je rozdělen přepážkou, rozděluje tak krabici na dva stejné čtvercové prostory. Pro testování dále slouží 150 kusů dřevěných kostek stejného rozměru. Krabice je umístěna na stole před pacientem, který sedí na židli a obě dlaně by měl mít položené na stole. Po hlasovém signálu je úkolem co největší počet kostek přemístit z jedné strany na druhou po dobu 1 minuty. Úkol si může zkusit nanečisto. Obě ruce pak testujeme zvlášť (Mathiowetz et al., 1985a).

6.3 Devítikolíkový test

Devítikolíkový test (Nine Hole Peg Test) zjišťuje úroveň jemné motoriky HKK. Tento test je velmi oblíbenou hodnotící pomůckou díky jeho jednoduchosti. Spadá pod standardizované testy s ověřenou reliabilitou (spolehlivost) a validitou (správnost) (Mathiowetz et al., 1985 b; Vyskotová et al., 2013).

Skládá se z plastové destičky, na jejíž první polovině se nachází devět dírek (tři řady a tři sloupce), ve vzdálenosti 3,3 cm. Součástí je devět kolíčků umístěných na druhé polovině destičky, v mělké misce. Úkolem pacienta je umístit, co nejdříve všechny kolíčky do dírek v testovací destičce, poté jednou rukou jeden po druhém vyndat a dát zpět do misky. Test se obvykle provádí třikrát za sebou toutéž rukou, následně se ruce vystřídají.

Měří se dosažený čas, během kterého testovaná osoba provede zadaný úkol. Nezáleží na pořadí umístění kolíčků. Vyhodnocuje se podle aritmetického průměru, jako počet kolíků přemístěných za jednu sekundu (Vyskotová et al., 2013).

6.4 WeeFIM skóre

System WeeFIM 2, je pediatrická verze funkční míry nezávislosti (Functional Independence Measure), dokumentuje a sleduje funkční výkonnost dětí a dospívajících s vrozeným a získaným postižením tím, že kromě závažnosti postižení měří i potřebu pomoci dítěte. Tento test také poskytuje metodu pro hodnocení výsledků dětských rehabilitačních programů. Skóre efektivity délky použití WeeFIM je důležitějším měřítkem účinnosti rehabilitačního programu. Ukazuje, jak rychle je program schopen zlepšit funkční schopnosti dítěte. Zaznamenává několik komponent funkčních schopností včetně sebeobsluhy, mobility a kognitivních funkcí. Měří zlepšení nebo zisk, v těchto oblastech do okamžiku přijetí až po propuštění (Cleveland Clinic, 2022).

Péče o sebe znamená, jak dobře je dítě schopno se krmit, upravit se, koupat se, oblékat, provádět toaletní úkony, včetně správy střev a močového měchýře. Mobilita se týká toho, jak dobře je dítě schopno přesednout na židli nebo invalidní vozík, na záchod nebo ze sprchy nebo do vany nebo ze sprchy. Mobilita také zahrnuje schopnost dítěte chodit, plazit se nebo používat invalidní vozík a chodit po schodech nahoru/dolů. Poznání znamená, jak dobře dítě rozumí informacím, jak dobře se vyjadřuje, jak komunikuje s vrstevníky, řeší každodenní problémy a vybavuje si informace (Cleveland Clinic, 2022).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké má hra využití jako hodnotící metoda u pediatrického pacienta a terapeutické intervence. Mezi důležité cíle je potřeba zařadit získání potřebných informací o způsobu využití hry, vzdělání ergoterapeutů a užití hodnotících prostředků. Aneb zjištění, jaké má hra zastoupení v ergoterapii a jaká je její efektivita.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující:

1. Načrpat teoretické znalosti především o hře a problematice dětí s kombinovaným postižením.
2. Vytvořit dotazník pro dětské ergoterapeuty a přeložit jej do anglického jazyka.
3. Vyhledat ergoterapeuty pracující s pediatrickými pacienty a rozeslat jim dotazníky.
4. Interpretovat odpovědi dotazníků.
5. Porovnat situaci v České republice se zahraničím.

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V rámci výzkumu je potřeba zjistit:

1. Na základě, jakých zkušeností aplikují ergoterapeuti hru a její prvky ve své praxi?
2. Zdali ergoterapeuti používají hodnotící prostředky, jež mohou ovlivňovat účinnost a dopad využití hry na jejich intervenci?
3. U jakých diagnóz a intervencí u dětských pacientů s kombinovaným postižením se nejčastěji využívá hra nebo její prvky?

9 METODIKA PRÁCE

Metodika byla zpracována kvantitativním výzkumem, který nám umožňuje několik možností, vybrán byl především proto, aby autorka práce mohla porovnat situaci v České republice se zahraničím. Sběr probíhal v souvislosti se stanovenými cíli a výzkumnými otázkami. Pro získávání dat do výzkumu bylo zvoleno hodnocení pomocí dotazníkového šetření, které je jednou z nejčastějších metod pro získávání dat. Hlavní podstatou je úspornost výzkumných prostředků. Získáváme tak mnohonásobné množství výsledků a časovou úspornost. Je nutno používat jasné terminologie při sepisování otázek a jasně je definovat, může docházet k určitým nejasnostem a nelze se zpětně doptávat. Nepochopení nebo špatné vyjádření se může ovlivnit spolehlivost odpovědi. Výhodou sledujeme zachování anonymity dotazovaných, což se mnohdy může odrážet na pravdivosti responze. Tázaný má dostatek času na zodpovězení otázek (Hendl, 2009; Gavora, 2000).

Pro tento účel byly sestaveny dvě verze dotazníků. První verze je dotazník v českém jazyce (viz Příloha 1) obsahující 10 otázek. Vyskytují se zde otázky otevřené, uzavřené, polouzavřené a filtrační. Konkrétně český dotazník obsahuje 2 otázky otevřené, 3 uzavřené, 4 polouzavřené a 1 filtrační, která zkoumá využívání hodnotících nástrojů pro zjištění efektivnosti terapie. Druhá verze dotazníku je přeložena do anglického jazyka (viz Příloha 2), určenému zahraničním respondentům. Tento dotazník je doplněn o jednu otázku otevřenou, jejímž cílem je zjistit z jaké země respondent pochází/pracuje, výsledný počet otázek dosahuje počtu 11 otázek anglického znění.

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor tvoří ergoterapeuti z České republiky a zahraničí. Hlavním kritériem bylo, aby ergoterapeuti měli vystudovaný obor ergoterapie a pracovali s dětskou klientelou.

Jak již bylo zmíněno, metodou pro získávání dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazníky byly vytvořeny pomocí služby Formuláře Google (Google Forms) a elektronicky zasílány dětským ergoterapeutům na e-mailové adresy, které jsou dohledatelné prostřednictvím asociací ergoterapeutů v jednotlivých zemích a na webových stránkách pediatrických zařízení. Většina dohledatelných kontaktů náleží ergoterapeutům v soukromém sektoru. Autorka práce není schopna vzhledem k anonymitě dotazovaných určit, zda se dotazník adresovaný vedení zdravotního zařízení nebo vedoucím rehabilitace dostal k cílové skupině.

Žádosti o vyplnění byli autorkou rozepisovány po území České republiky, Spojených států amerických, Kanady, Velké Británie, Irska, Belgie, Německa, Rakouska, Austrálie a mnoho dalších. Dále byly obě formy dotazníku sdíleny na sociálních sítích, a to do skupin tvořených ergoterapeuty zabývajícími se pediatrií. Sběr odpovědí trval po dobu dvou měsíců.

Na dotazníky dohromady reagovalo 61 respondentů, z toho 34 z České republiky a 27 ze zahraničí. Ačkoliv bylo rozepisováno několik desítek e-mailů do výše zmiňovaných zemí, v některých případech až na několika stovek kontaktů, nelze hodnotit návratnost dotazníků jako moc úspěšnou.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dílní otázky a odpovědi na dotazníky jsou jednotlivě zobrazeny v grafech s obsáhlým popisem. Některé položky z otázek jsou doplněny tabulkou zobrazující doplňující údaje. Otázky otevřené jsou zpracovány stručným popisem do odstavce a doplněny jednoduchou tabulkou.

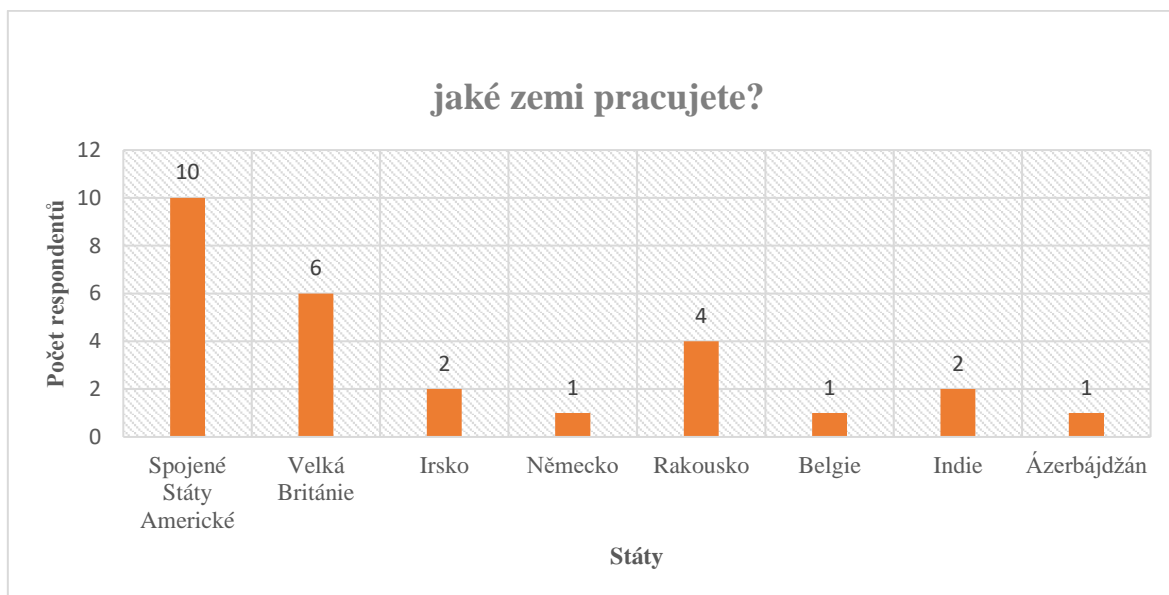
Byly vytvořeny grafy, jenž obsahují vždy název otázky a počet respondentů, kteří odpověděli na uvedenou otázku. Mimo jiné z nich je patrné, jaká byla možnost z nabídky odpovědi a kterou si jaký počet respondentů zvolilo. V případě jiné odpovědi, než byla možnost volby z nabídky, jsou přidány poznámky s těmito dalšími variantami. Na prvním místě je zpracováno vyhodnocení otázky z dotazníku pro Českou republiku, následně pak otázky z dotazníku pro zahraniční ergoterapeuty. Výjimkou je zde úvodní otázka z anglické verze dotazníku (viz Příloha 2), která měla za úkol zmapovat zahraniční respondenty. Tato otázka je v podkapitole „11.1. Výsledky dotazníkového šetření“ uvedena jako první a vypracována samostatně, následně porovnání výsledků obou dotazníků v podkapitole „11.2. Porovnání výsledků z České republiky a zahraničí“.

11.1 Výsledky dotazníkového šetření

Následuje grafické znázornění výsledků dotazníkového šetření v České republice (ČR) a v zahraničí.

Úvodní otázka z anglické verze dotazníku

Graf 1 Úvodní otázka – zahraničí



Zdroj: vlastní

Tento Graf 1 zobrazuje úvodní otevřenou otázku dotazníku v anglickém jazyce, který byl odeslán ergoterapeutům pracujícím s dětskou klientelou v zahraničí. Otázka, „V jaké zemi pracujete?“ je v dotazníku označena číslem 0 (viz Příloha 2). Do zahraničí bylo rozesláno několik desítek emailů a dotazník byl sdílen na sociální síti v několika skupinách pro ergoterapeuty pracujícími s dětmi.

Nakonec na dotazník odpovědělo 27 respondentů z 8 států z celého světa. Nejpočetnější skupina z grafu je ze Spojených států v počtu 10 respondentů, následuje Velká Británie v počtu 6 respondentů, Rakousko se 4 respondenty, Irsko a Indie se 2 respondenty a v poslední řadě s 1 respondentem Německo, Belgie a Ázerbájdžán.

Otázka 1.:

Úkolem této otázky „V jakém zařízení jako dětský ergoterapeut pracujete?“ mělo být zmapování pracovišť a zařízení, v kterých ergoterapeuti vykonávají svojí intervenci. Na otázku bylo možno odpovědět 1 a více odpovědí, jde tedy o otázku polouzavřenou.

Graf 2 Otázka 1. - ČR



Zdroj: vlastní

Graf 2 zobrazuje několik pracovišť, která byla ve výběru odpovědí u otázky včetně odpovědi „Jiné“, která v tomto případě nebyla využita a dále se seznam nerozšiřoval. Dále pracoviště, a to lázeňské zařízení, jenž nebylo z výběru nikým označeno.

Nejčastější odpovědí bylo ambulanti zdravotnické zařízení v počtu 19 responsí, následuje rehabilitační centrum/ústav v počtu 9 responsí. S počtem 7 responsí jsou dvě pracoviště, a to lůžkové zdravotnické zařízení a denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti. Speciální škola se specifickými potřebami byla označena 2 respondenty.

Graf 3 Otázka 1. - zahraničí



Zdroj: vlastní

Zde Graf 3 mapuje pracoviště, z nichž vybírali zahraniční respondenti. V zahraničí jsou odlišná zařízení, a proto ve výběru není uvedeno lázeňské zařízení, které se nemusí vyskytovat. Zde každý mohl zvolit 1 a více odpovědí, všichni volili pouze 1. Nejčastějším pracovištěm z výběru bylo označeno 11 respondenty, a to ambulantní zdravotnické zařízení, následuje speciální škola se specifickými potřebami zvoleno 7 respondenty. Rehabilitační centrum/ústav bylo označeno 3 respondenty a denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti 2 respondenty.

Objevuje se zde odpověď „Jiné“, kterou označilo 10 respondentů. Měli tak možnost zvolit si vlastní odpověď svého pracoviště a následně byla vypsána do tabulky.

Tabulka 1 Otázka 1. - zahraničí

Odpověď na otázku: Jiné	
Pracoviště	Počet
Soukromá klinika	1
Komunita integrované terapeutické péče pro děti a dospívající	1
Soukromá pediatrie	1
Domácí péče	1
Terapeutické centrum	1
Komunita mentálního zdraví pro děti a dospívajících	1
Běžná škola	1

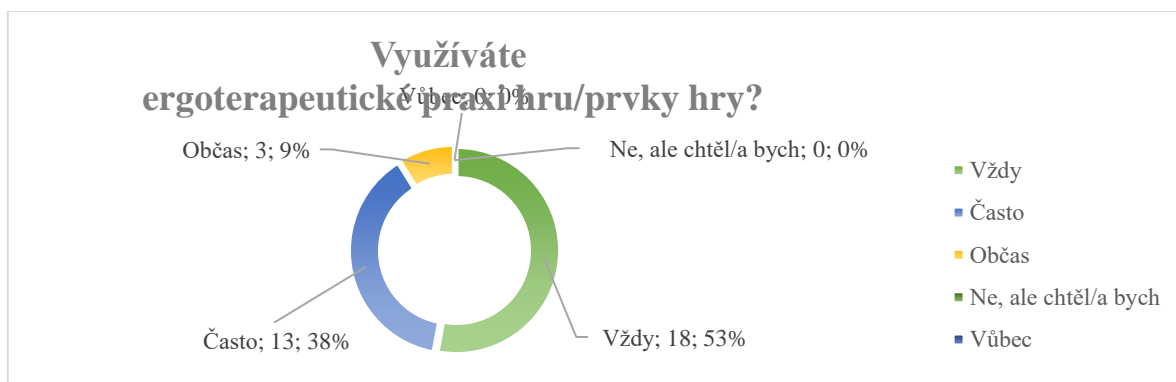
Zdroj: vlastní

Každé pracoviště v Tabulce 1 bylo zvoleno vždy jedním respondentem. Jedná se o zařízení: soukromá klinika, komunita integrované terapeutickou péče pro děti a dospívající, soukromá pediatrie, domácí péče, terapeutické centrum, komunita mentálního zdraví dětí a dospívajících a běžná škola.

Otázka 2.:

Díky otázce „Využíváte v ergoterapeutické praxi hru/prvky hry?“ zjišťujeme využití hry v terapeutické praxi. Jedná se o otázku uzavřenou, a proto si mohou respondenti zvolit odpověď pouze z výběru možností.

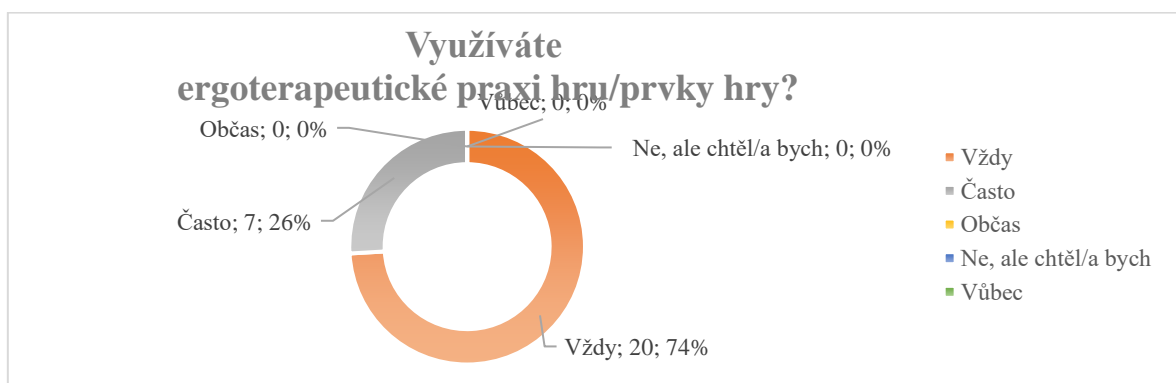
Graf 4 Otázka 2. - ČR



Zdroj: vlastní

V České republice 18 respondentů, hru anebo prvky hry v jejich ergoterapeutické intervenci vždy uplatňují. Dle 13 respondentů hru nebo prvky hry zařazují do terapie často a 3 respondenti jen občas. Odpovědi „Ne, ale chtěl/a bych.“ a „Vůbec“ nebyli nikým z dotazovaných zvoleny (viz Graf 4).

Graf 5 Otázka 2. - ČR



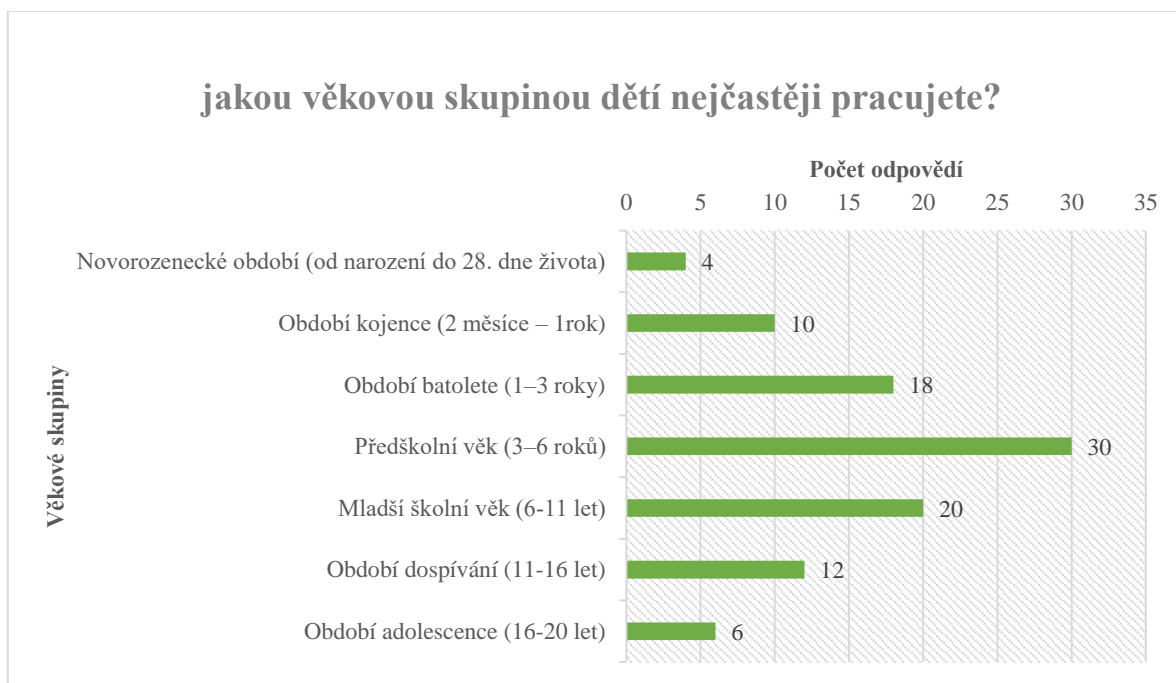
Zdroj: vlastní

Zahraniční respondenti volili dle Grafu 5 odpověď „Vždy“ v počtu 20-ti. Dále byla 7 respondenty vybrána odpověď „Často“. Ostatní možnosti ohledně využití hry a prvků hry v ergoterapeutické intervenci zvoleny nebyly, jedná se o možnosti „Občas“, „Ne, chtěl/a bych.“, „Vůbec“.

Otázka 3.:

Tato otázka „S jakou věkovou skupinou dětí nejčastěji pracujete?“ se zaměřuje na věkovou skupinu, se kterou ergoterapeuti pracují. Jedná se o uzavřenou otázku, lze zvolit jednu až několik odpovědí najednou.

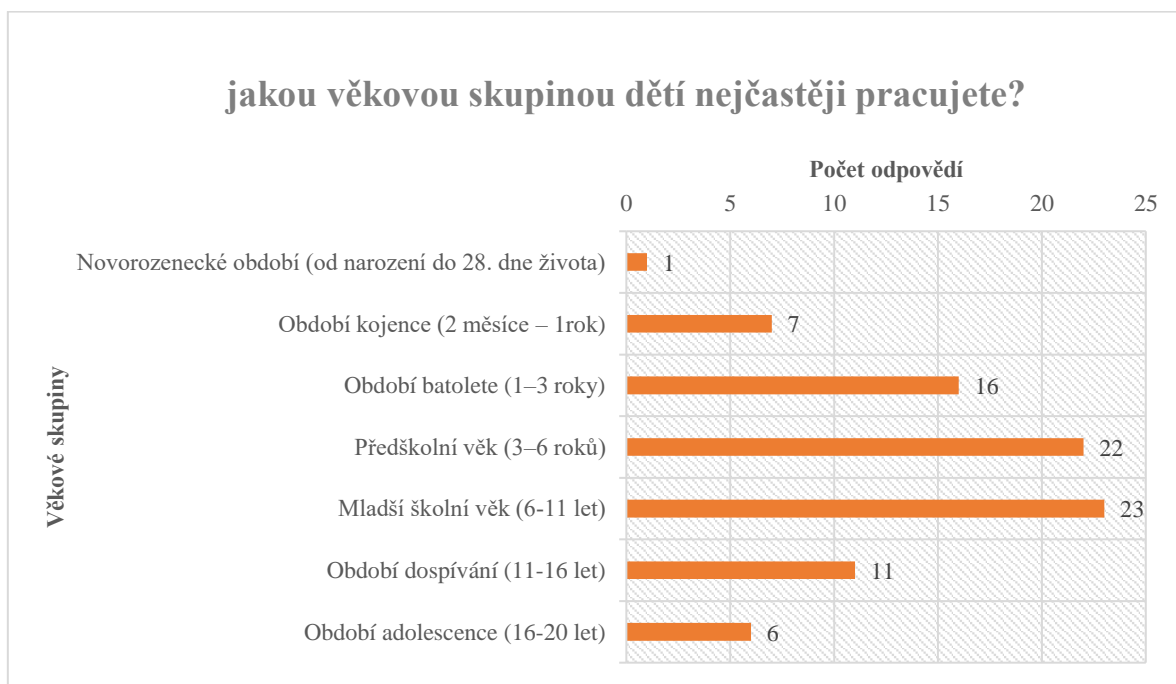
Graf 6 Otázka 3. - ČR



Zdroj: vlastní

Nejčastěji odpovědí (viz Graf 6) byl předškolní věk (3-6 roků) a to s počtem 30 responzí. Mladší školní věk (6-11 let) s 20, období batolete (1-3 roky) s 18, období dospívání mělo 12 responzí a období kojence (2 měsíce – 1 rok) reagovalo 10 dotazovaných. Dále období adolescence v počtu 6 a v poslední řadě novorozenecké období (od narození do 28. dne života) v počtu 4 responzí.

Graf 7 Otázka 3. - zahraniční



Zdroj: vlastní

Zahraniční respondenti, dle odpovědí uvedených ve výše uvedeném grafu (Graf 7), nejčastěji pracují s mladším školním věkem (6-11 let) a to v počtu 23 responzí a 22 s předškolním věkem (3-6 let). Dále jej časté intervence s dětmi v batolecím období (1-3 roky) a to v počtu 16, v období dospívání (11-16) a to 11. Období kojení (2 měsíce – 1 rok) zvolilo 7 a období adolescence 6 respondentů a závěrem 1 respondent vybral odpověď zaměřující se na práci s dětmi v novorozeneckém období (od narození do 28.dne života).

Otázka 4.:

Tato polouzavřená otázka „V rámci, jakých terapeutických aktivit využíváte hru nebo prvky hry?“ se zaměřuje na aktivity v terapeutické intervenci používané v souvislosti využitím hry.

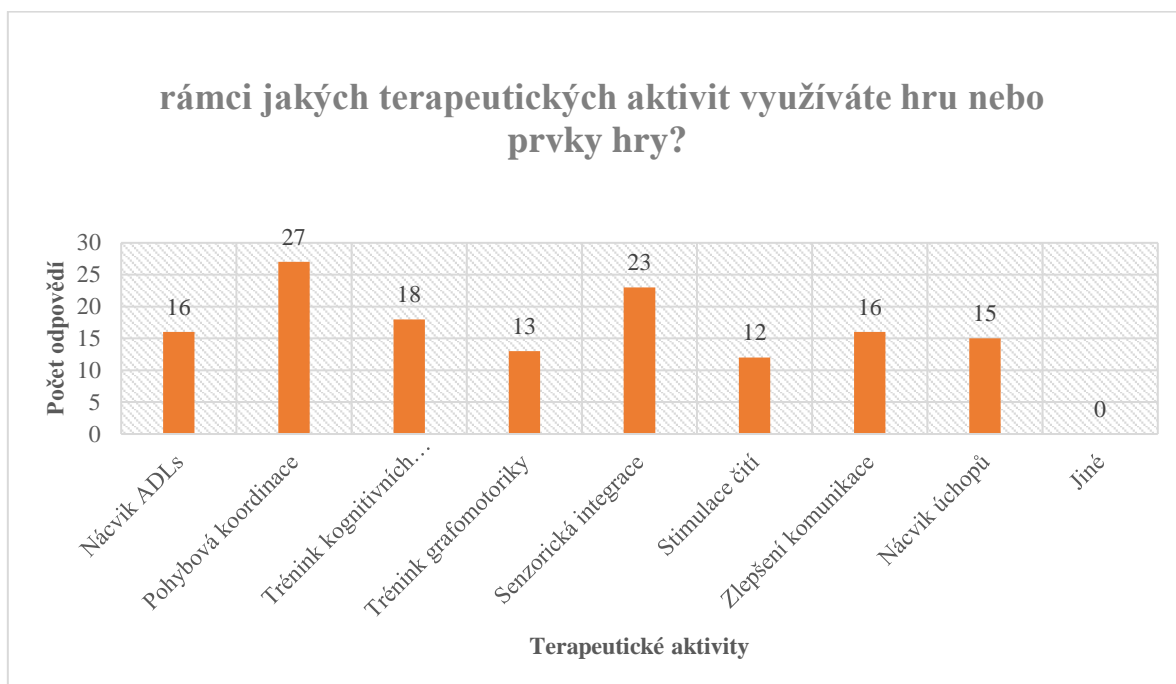
Graf 8 Otázka 4. - ČR



Zdroj: vlastní

Nejpočetnější odpovědi u této otázky v grafu (Graf 8) v českém dotazníku (viz Příloha 1) byl zvolen nácvik úchopů v počtu 31, následně pohybová koordinace, kterou zvolilo 30 respondentů. Senzorickou integraci označilo 26 dotazovaných. Se stejným počtem 24 responzí nácvik ADL a trénink kognitivních funkcí. Trénink grafomotoriky zvolilo 23, zlepšení komunikace označilo 22 a 20 respondentů vybralo stimulaci čítí. Možnost odpovědi „Jiné“ nikdo z dotazovaných nevyužil, vybírali pouze z uvedených možností u otázky.

Graf 9 Otázka 4. - zahraniční



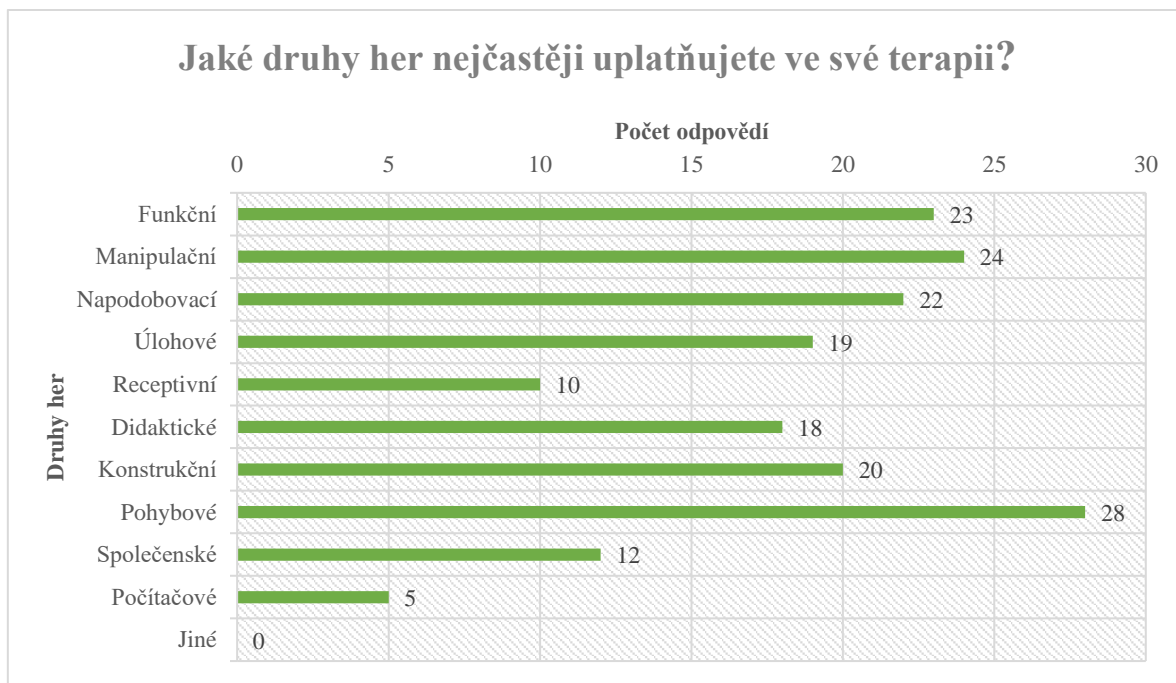
Zdroj: vlastní

V dotazníku pro zahraniční ergoterapeuty (viz Příloha 2) byla nejčastěji označována v uvedených odpovědích pohybová koordinace s počtem 27 responzí, následuje sensorická integrace se 23 a trénink kognitivních funkcí s 18. Stejný počet o to 16 byly označeny odpovědi: návčik ADL a zlepšení komunikace. Dále návčik úchopů v počtu 15, trénink grafomotoriky 13 a v jako poslední stimulace čítí. Opět nikdo z respondentů neoznačil možnou odpověď „Jiné“, seznam terapeutických aktivit využívajících hru nebo prvky hry se již tedy nerozšířil (viz Graf 9).

Otázka 5.:

Existuje několik druhů, typů her, a i jejich klasifikací. Otázka „Jaké druhy her nejčastěji uplatňujete ve své terapii?“ mapuje jaké hry se dají využívat. Pro tuto otázku bylo zvoleno jedno rozdělení her dle Klusoňové (2011) a dále je zde možnost připsat vlastní odpověď. Jedná se tedy o otázku polouzavřenou s 1 a více odpověďmi.

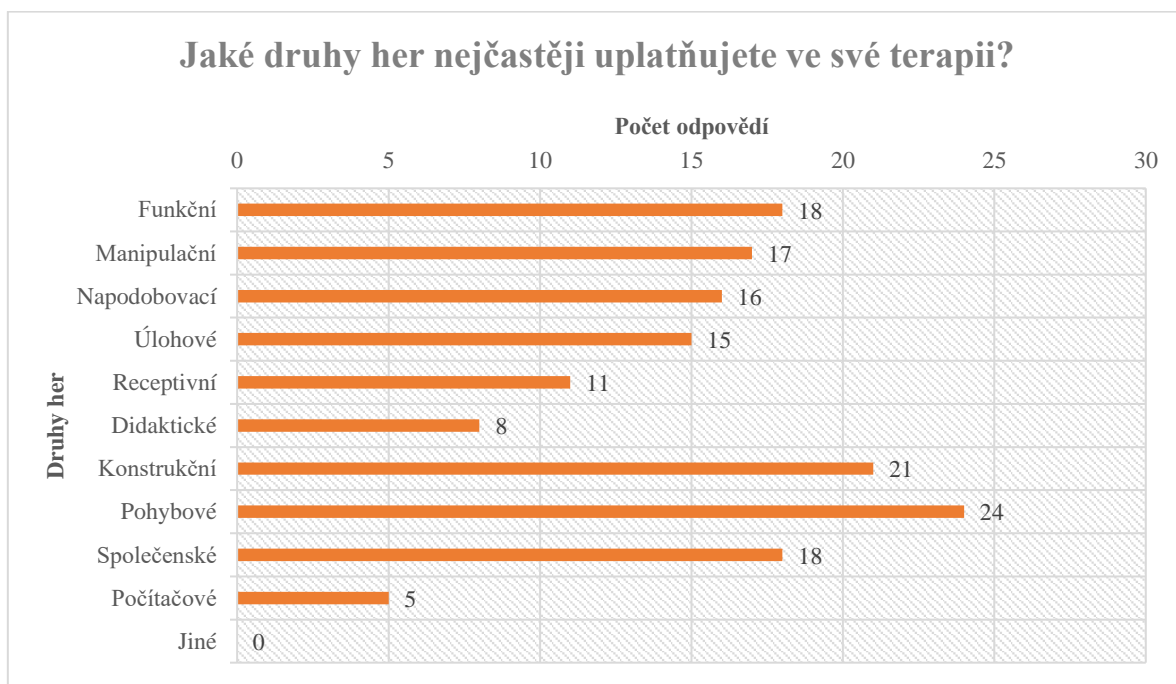
Graf 10 Otázka 5. - ČR



Zdroj: vlastní

Čeští dětské ergoterapeuti možnosti odpovědi „Jiné“ nevyužili, tedy nevypsali jiného dělení, nebo jiné druhy hry, než který je uveden (viz Graf 10). Nejčtenější volenou skupinou jsou hry pohybové s počtem 28 responzí, manipulační s počtem 24, funkční vybralo 23, napodobovací 22 a konstrukční 20. Dále 19 respondentů vybralo hry úlohové a didaktické 18. Společenské hry označilo 12 respondentů, receptivní hry vybralo 10 a počítačové už jen 5 respondentů.

Graf 11 Otázka 5. - zahraničí



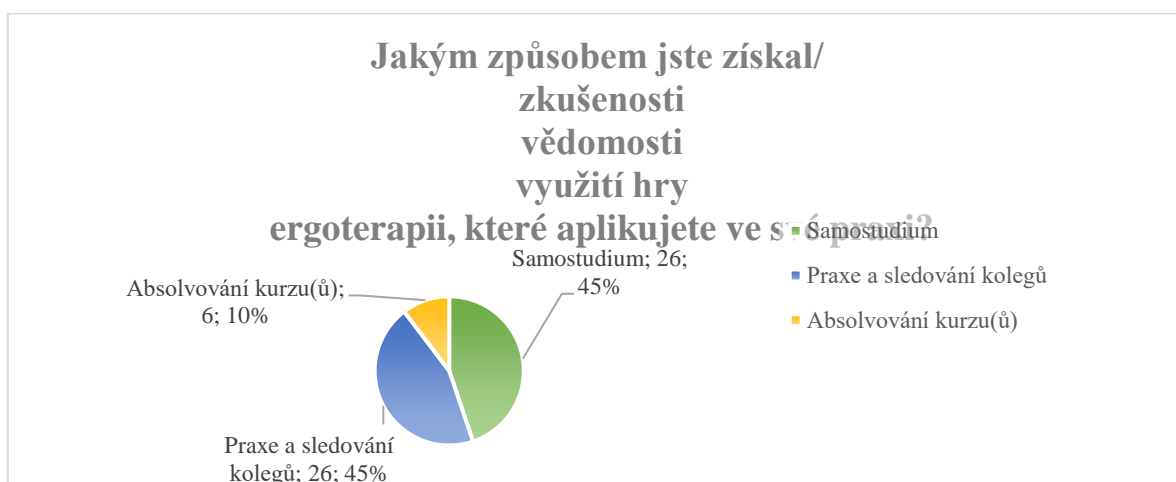
Zdroj: vlastní

V zahraničí byla nejoblíbenější odpověď pohybová hra s 24 označeními, následuje hra konstrukční s 21 hlasy. Funkční a společenské hry mají 18, manipulační 17, napodobovací 16 a úlohovou hru označilo už jen 15 respondentů. Hry receptivní byly označeny 11krát, didaktické pouze 8krát a počítačové byly zvoleny 5 respondenty. Jiné hry žádný z respondent nezmínil (viz Graf 11).

Otázka 6.:

Hlavní kritériem pro získávání dat pro tuto práci bylo potřeba dosažení minimálního vzdělání ergoterapie a práce s dětskou klientelou. Minimální studium lze doplnit například návazným studiem a různými kurzy, kterými se zabývá otázka číslo 6 „Jakým způsobem jste získal/a zkušenosti a vědomosti k využití hry v ergoterapii, které aplikujete ve své praxi?“. Jedná se o polouzavřenou otázku, kdy respondenti mohou volit 1 a více odpovědí, zároveň u odpovědi „Absolvování kurzu(ů)“ uvést název/názvy.

Graf 12 Otázka 6. - ČR



Zdroj: vlastní

Čeští respondenti nejpočetněji vybírali možnosti samostudia, praxe a sledování jejich kolegů, a to u obou v počtu 26 responzí. Kurzy označilo a napsalo pouze 6 z celkového počtu respondentů (viz Graf 12).

Tabulka 2 Otázka 6. - ČR

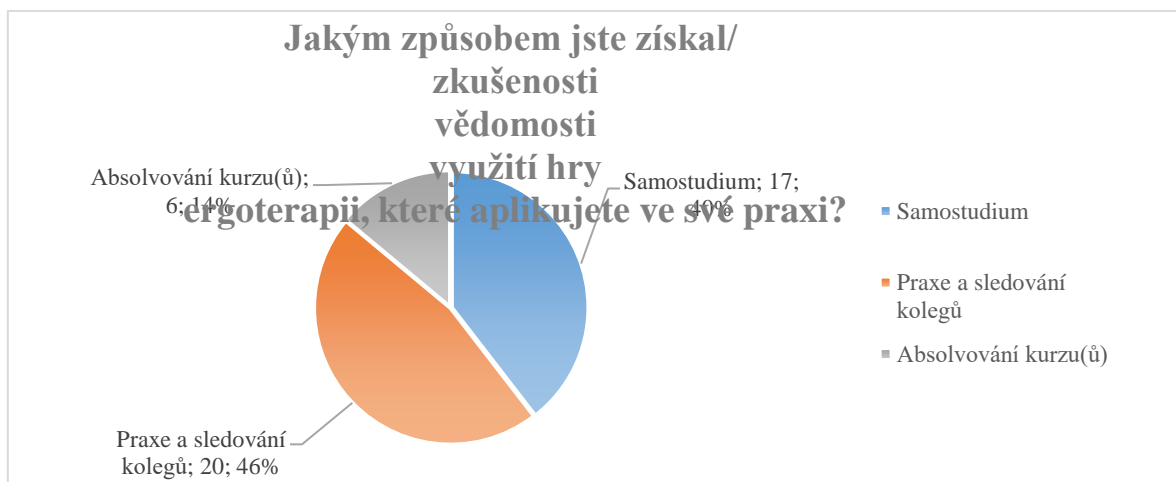
Absolvované kurzy	Počet odpovědí
Holistický přístup k neurovývoji a efektivitě učení (HANDLE)	2
Senzorická integrace (SI)	2
Kurz neuro-vývojové terapie a stimulace (NVS)	2
Hra jako terapie	1
Kurz grafomotoriky	1
Bobath koncept	2
Herní terapie	1
DIR Floortime – Vývojové individuální rozdíly a model založený na vztazích	1

Zdroj: vlastní

Zde ve výše uvedené tabulce (Tabulka 2) jsou vypsány zmiňované kurzy, jež respondenti označili jako významné a užitečné při jejich intervenci s dětskými klienty.

Kurzy, jež se objevily 2krát jsou: HANDLE, Sensorické integrace, Bobath koncept a kurz Neuro-vývojové terapie a stimulace. Dále jsou zde zmíněny kurzy: Hra jako terapie, Kurz grafomotoriky, Herní terapie, DIR Floortime.

Graf 13 Otázka 6. - zahraničí



Zdroj: vlastní

Zahraniční respondenti nejčastěji volili odpověď praxe a sledování kolegů, a to v počtu 20, dále samostudium se 17 rezponzemi. Dále jsou zde zmíněny absolvované kurzy od 6 respondentů z celkového počtu 27, kteří reagovali a dotazník zodpověděli (viz Graf 13).

Tabulka 3 Otázka 6. - zahraničí

Absolvované kurzy	Počet odpovědí
Neuro-vývojová léčba (NDT)	1
Bobath koncept	1
Webinář Anita Bundy – Hra: Rizika a výhody	1
DIR Floortime – Vývojové individuální rozdíly a model založený na vztazích	2

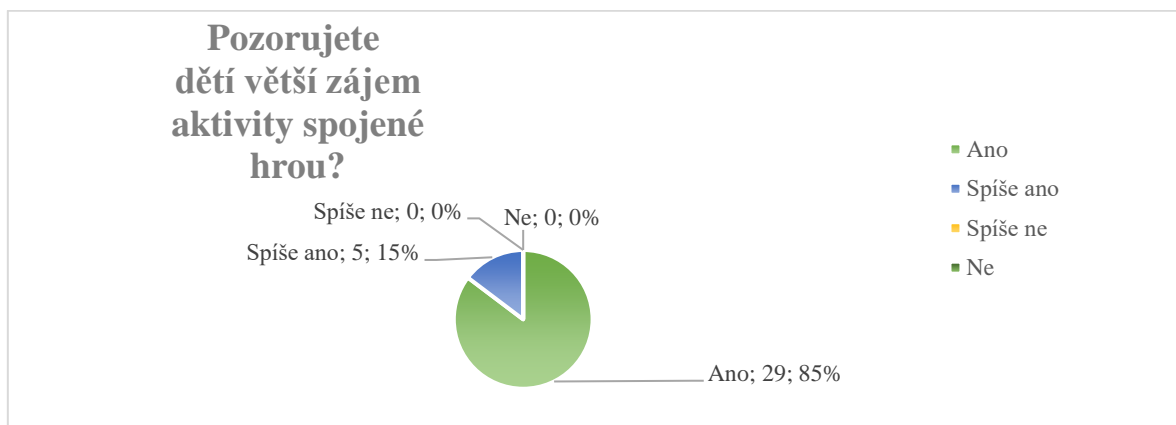
Zdroj: vlastní

Jsou zde vypsány všechny kurzy, které byly uvedeny u jednotlivých respondentů (viz Tabulka 3). DIR Floortime se objevil mezi odpověďmi dvakrát, dále po jednom Neurovývojová léčba (NDT), Bobath koncept a webinář Anity Bundy – Hra: Rizika a výhody.

Otázka 7.:

„Pozorujete u dětí větší zájem o aktivity spojené s hrou?“ - tato otázka uzavřená byla použita za účelem zjištění a zmapování, zdali si terapeuti uvědomují dopad hry na dítě a její vliv na celou terapii.

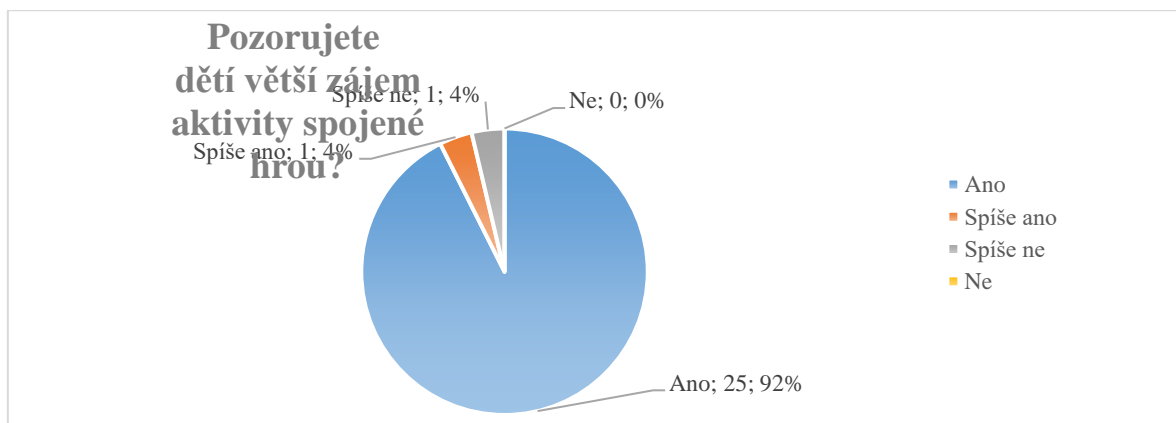
Graf 14 Otázka 7. - ČR



Zdroj: vlastní

Ergoterapeuti z České republiky nejčastěji označili odpověď „Ano“ a to z 85 % z celkového počtu respondentů (29 z 34). Dále 15 % (5 z 34) volilo odpověď „Spíše ano“ (viz Graf 14).

Graf 15 Otázka 7. - zahraničí



Zdroj: vlastní

Zahraniční ergoterapeuti u hry pozorují větší zájem, 81 % odpovědělo „Ano“ (25 z 27). Dále 1 respondent odpověděl „Spíše ano“ a poslední „Spíše ne“ (viz Graf 15).

Otázka 8.:

Důležité je zjistit, se kterými klienty jednotliví respondenti pracují, a tedy mají možnost využívat hru v terapii s dětmi s určitou diagnózou, postižením apod. Otevřená otázka „U jakých diagnóz nejčastěji využíváte hru/prvky hry?“ zjišťujeme nejčastější diagnózy, se kterými aplikují hru a její prvky v jejich praxi.

Tabulka 4 Otázka 8. - ČR

U jakých diagnóz nejčastěji využíváte hru/prvky hry?	
Odpovědi:	Počet
Dětská mozková obrna	17
Poruchy autistického spektra	10
Porucha pozornosti s hyperaktivitou i bez (ADHD, ADD)	8
Vrozená dysfázie	4
Mentální retardace	2
Vrozené vývojové vady	1
Opožděný psychomotorický vývoj	5
Genetické vady	1
Myotonická svalová dystrofie	1
Spinální svalová atrofie	1
Aspergerův syndrom	1
Downův syndrom	6
Polytraumata	1
Parézy brachiálního plexu	1
Spastické parézy	1
Kombinovaného postižení	2
Nezáleží na diagnóze	1
U všech diagnóz	4

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 zobrazuje výčet diagnóz uvedených v odpovědích českého dotazníku (viz Příloha 1). Dětská mozková obrna byla zmíněna 17krát, poruchy autistického spektra 10krát, porucha pozornosti ADD a ADHD 8krát, Downův syndrom 6krát, opožděný psychomotorický vývoj 5krát, vrozená dysfázie 4krát, mentální retardace a kombinované postižení 2krát. Dále diagnózy, které byly zmíněny jednou: vrozené vývojové a genetické vady, myotonická svalová dystrofie, spinální svalová atrofie, Aspergerův syndrom, polytraumata, parézy brachiálního plexu, spastické parézy. Někteří respondenti uváděli odpovědi, jejich podstatou není určitá diagnóza a to odpovědi - „Nezáleží na diagnóze“, a také „U všech diagnóz“.

Tabulka 5 Otázka 8. – zahraničí

U jakých diagnóz nejčastěji využíváte hru/prvky hry?	
Odpovědi:	Počet
Dětská mozková obrna	4
Poruchy autistického spektra	8
Porucha pozornosti s hyperaktivitou i bez	3
Zpoždění řeči	1
Vrozené vývojové vady	1
Opožděný psychomotorický vývoj	4
Vývojová porucha koordinace	1
Downův syndrom	3
U všech diagnóz	4

Zdroj: vlastní

V zahraničí byly zmiňovány různé diagnózy, především poruchy autistického spektra 8krát, dětská mozková obrna společně s opožděným psychomotorickým vývojem byla zmíněna 4krát, poruchy pozornosti ADD/ADHD a Downův syndrom 3krát. Zpoždění řeči, vrozené vývojové vady a vývojová porucha koordinace, tyto diagnózy byly zmíněny jednotlivě. Objevilo se zde i nerozlišování odpovědí „U všech diagnóz“ (viz Tabulka 5).

Otázka 9.:

Účelem otázky „Využíváte ve své praxi nějaké hodnotící nástroje pro zajištění efektivity Vaší terapie, při které aplikujete prvky hry?“ je zjistit, zdali ergoterapeuti využívají nějaké hodnotící nástroje a prostředky, které zkvalitňují jejich intervenci. Tato filtrační otázka má pouze výběr ze 2 odpovědí, přičemž odpovědi „Ano“ by měl respondent uvést alespoň jeden hodnotící nástroj, který využívá ve své praxi.

Graf 16 Otázka 9. - ČR



Zdroj: vlastní

Nejčastější odpovědí (viz Graf 16) je u této otázky „Ne“ a to 79 % (27 ze 34). Ostatních 7 respondentů odpovědělo „Ano“ a jejich odpovědi jsou uvedeny v níže uvedené Tabulce 6.

Tabulka 6 Otázka 9. – ČR

Pokud ANO – Uveďte, prosím, konkrétní příklad hodnotícího prostředku.	
Hodnotící prostředek	Počet
Funkční dovednosti ruky (MACS)	1
Slovní popis úkonu	1
Srovnání s minulým hodnocením	1
Smyslové integrační a praktické testy (SIPT)	2
Test motoriky ruky (MABC-2)	4
Strukturovaná pozorování sensorické integrace (SOSI)	1
Škála dosažení cílů v rehabilitaci (GAS)	1
Protokol o aktuálním stavu dítěte	1
Funkční míra nezávislosti pro děti (WeeFim)	3
Test krabice a kostek (Box and Block)	4
Devítikolíkový test (Nine Hole Peg Test)	4
Senzorické dotazníky	1

Zdroj: vlastní.

Tabulka 6 obsahuje výčet hodnotících prostředků a nástrojů, jež byly uvedeny respondenty. MABC-2, test krabice a kostek, devítikolíkový test se ve výsledcích v českém dotazníku (viz Příloha 1) objevili 4krát, Weefim 3krát a SIPT 2krát. Dále prostředky, které se objevily jedenkrát: MACS, slovní popis úkonu, srovnání s minulým hodnocením, SOSI, GAS, protokol o aktuálním stavu dítěte, senzorické dotazníky.

Graf 17 Otázka 9. - zahraničí



Zdroj: vlastní

Graf 17 zobrazuje odpovědi zahraničních respondentů anglického dotazníku (viz Příloha 2). Zde 56 %, tedy 15 z 27 odpovědělo „Ne“ a 44 % (12 respondentů) odpovědělo „ANO“ (viz Graf 17), příklady hodnotící prostředky jsou uvedeny v níže uvedené tabulce (Tabulka 7).

Tabulka 7 Otázka 9. - zahraničí

Pokud ANO – Uveďte, prosím, konkrétní příklad hodnotícího prostředku.	
Hodnotící prostředek	Počet
Bruininks-Oseretsky test motorické zdatnosti (BOT-2)	3
Millerova funkce a škála participace (M-FUN)	2
Soupis hodnocení chování výkonných funkcí (BRIEF-2)	2
Peabody vývojové motorické váhy (PDMS-2)	3
Beery-Buktenica vývojový test vizuálně-motorické integrace (VMI)	2
Škála dosažení cílů v rehabilitaci (GAS)	2
Kanadský míra pracovního výkonu (COPM)	3
Role evaluace všedních aktivit (REAL)	3
Inventář hodnocení kariéry (CAINS)	2
Měření výsledku terapie (TOMS)	2
Čtvrtletní kontrola cíle	1
Dosažení cíle	1

Zdroj: vlastní

Příklady konkrétních hodnotících nástrojů (viz Tabulka 7), byly uvedeny u otázky č. 9. anglického dotazníku (viz Příloha 2). Nejčastěji respondenty uváděli testy BOT-2, PDMS-2, COPM a REAL, přičemž každý test uvedli 3 respondenti. Dále M-FUN, BRIEF-2, VMI, GAS, CAIN, a TOMS, kdy všechny testy byly zmíněny 3krát. A následující 2 nástroje, jež byly zmíněny jen jedenkrát, a to dosažení a čtvrtletní kontrola cíle.

Otázka 10.:

Poslední otázka dotazníku „Vnímáte hru v ergoterapii jako nedílnou součást terapie a doporučil/a byste její užití?“, u této otázky je důležitý dodatek a to – „ANO/NE a uveďte, prosím, důvod proč.“. Otázka tak umožňuje respondentům vyjádřit svůj vlastní postoj ke hře a její využití v terapii. Jedná se o otázku otevřenou, kdy se autor práce ptá, zda hru doporučují, nebo ne a stručný důvod. Všechny důvody budou shrnuty jedním stručným textem pod tabulkami (Tabulka 10 a Tabulka 11).

Tabulka 8 Otázka 10. – ČR

Vnímáte hru v ergoterapii jako nedílnou součást terapie a doporučil/a byste její využití?	
Možnosti	Počet odpovědí
Ano	34
Ne	0

Zdroj: vlastní

Všichni čeští respondenti odpověděli na tuto otázku ano. Shledávají tedy hru v terapii jako efektivním prvkem, kterým lze dítě motivovat, zaujmout jeho pozornost a přimět jej ke spolupráci. Díky hře se dítě učí a je jeho přirozeným způsobem zisku informací, dochází k rozvoji fantazie, motorického plánování, abstraktního myšlení, a i k lepší soustředěnosti na činnost. Jedná se tedy o důležitý nástroj pro dosažení konkrétního cíle u dětských pacientů, kdy hra podporuje vývoj a rozvoj schopnost. Dle z jednoho respondenta lze hru doporučit i do činností pro dospělé, například škola hrou. Apeluje na potřebu výsledku dlouhodobé účasti vyhodnotit a zjistit tak, zda byla terapie účinná.

Tabulka 9 Otázka 10. – zahraničí

Vnímáte hru v ergoterapii jako nedílnou součást terapie a doporučil/a byste její využití?	
Možnosti	Počet odpovědí
Ano	27
Ne	0

Zdroj: vlastní

Tabulka 9 znázorňuje odpovědi zahraničních respondentů, kteří odpověděli jednohlasně, že by hru doporučili. Hra podle nich mladé lidi motivuje, napomáhá jim prožít bohatý a smysluplný život. Klíčem je především výběr hry, individualita a zájmy dítěte. Pro

děti je hra jejich přirozenost a zaměstnávání, pomáhá rozvinout jejich dovednosti, zaměřit se na smysluplné cíle a umožňuje jim vybudovat si důvěru a vztahy. Začleňují se díky ní do kolektivů. Dále je hra velmi přínosným nástrojem k budování motorických koordinačních schopností, rozvoji flexibility atd.

11.2 Porovnání výsledků z České republiky a zahraničí

Otázka 1.: V jakém zařízení jako dětský ergoterapeut pracujete?

Respondenti z obou dotazníků jednohlasně volili jako nejčastější pracoviště ambulantní zdravotnické zařízení. Lůžkové zdravotnické zařízení bylo mezi odpověďmi v ČR 7krát a v zahraničí pouze jednou. Rehabilitační centrum/ústav byl zmíněn 9krát, v zahraničí 3krát. Denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti byla v ČR 7krát a v zahraničí zvolena jen 2krát. Odpověď týkající se lázeňského zařízení v ČR nebyla zvolena žádným respondentem. Speciální škola se speciálními potřebami byla v ČR zmíněna 2krát a v zahraničí 7krát. Čeští respondenti již vlastní pracoviště nevypisovali, zatímco v zahraničí se v odpovědích objevila soukromá klinika, komunita integrované terapeutické péče pro děti a dospívající, soukromá pediatrie, domácí péče, terapeutické centrum, komunita mentálního zdraví dětí a dospívajících a běžná škola.

Otázka 2.: Využíváte v ergoterapeutické praxi hru/prvky hry?

Čeští respondenti hru nebo prvky hry ve své ergoterapeutické intervenci používají, a to buď vždy, často a někteří občas. V zahraničí hru ve své ergoterapeutické intervenci využívají, a to vždy nebo občas.

Otázka 3.: S jakou věkovou skupinou dětí nejčastěji pracujete?

S novorozenci pracují v rámci šetření z ČR 4 respondenti a ze zahraničí pouze 1, s dětmi v kojeneckém období 10 z ČR a 7 ze zahraničí a v batolecím období 18 z ČR a 16 ze zahraničí. S dětmi v předškolním věku dle šetření pracuje z ČR 30 respondentů a ze zahraničí 22. Dále pracuje dle šetření 20 českých a 23 zahraničních respondentů s dětmi mladšího školního věku. Důležitá je také skupina dětí v období dospívání, se kterou pracuje 12 českých a 11 zahraničních respondentů a v poslední řadě bychom měli do toho testování zařadit období adolescence, se kterou pracuje 6 respondentů z ČR i zahraničí.

Nejčastějšími skupinami jsou tedy děti ve věku 3 až 11 let (předškolní až mladší školní věk), kterých se týká příprava na školní docházku nebo školní povinnosti.

Otázka 4.: V rámci jakých terapeutických aktivit využíváte hru nebo prvky hry?

U otázky byl seznam oblastí, kterými se ergoterapeuti zabývají a dále možnost vlastní odpovědi, kterou nikdo nevyužil. Návik ADL zvolilo 24 českých a 16 zahraničních

respondentů, pohybovou koordinaci 30 z ČR a 27 ze zahraničí, trénink kognitivních funkcí 24 z ČR a 18 ze zahraničí, trénink grafomotoriky 23 českých a 13 zahraničních, senzoričnou integraci 26 z ČR a ze zahraničí 23 respondentů. Stimulace čítání se objevila u 20 českých a 12 zahraničních, zlepšení komunikace 22 českých a 16 zahraničních. Poslední odpověď, tedy nácvik úchopů, zvolilo 31 českých respondentů, kdežto zahraničních pouze 15.

Čeští ergoterapeuti se tedy během intervence s dětmi a využitím hry nejčastěji věnují nácviku úchopů a pohybové koordinaci. Zahraniční ergoterapeuti užívají hry při pohybové koordinaci a senzoričnou integraci.

Otázka 5.: Jaké druhy her nejčastěji uplatňujete ve své terapii?

Funkční hry ve své terapii využívá 23 českých a 18 zahraničních respondentů, hry manipulační 24 z ČR a 17 ze zahraničí, napodobovací 22 z ČR a 16 ze zahraničí, úlohové 19 z ČR a 15 ze zahraničí, receptivní 10 českých a 11 ze zahraničí, didaktické 18 z ČR a 8 ze zahraničí, konstrukční 20 z ČR a 21 ze zahraničí, pohybové 28 z ČR a 24 ze zahraničí, společenské 12 z ČR a ze zahraničí 18. A posledním uvedeným druhem jsou hry počítačové, které uvedlo 5 respondentů z ČR a ve stejném počtu i zahraničních respondentů.

Otázka 6.: Jakým způsobem jste získal/a zkušenosti a vědomosti k využití hry v ergoterapii, které aplikujete ve své praxi?

V otázce měli respondenti výběr ze 3 odpovědí. Praxi a sledování volila valná většina českých i zahraničních, a to v počtu 26 a 20. Další možností bylo samostudium, které volilo 26 českých a 17 zahraničních a poslední odpověď bylo absolvování kurzů, kterou si vybralo dohromady 12 respondentů z českého i zahraničního šetření. Uvedli kurzy: HANDLE, SI, NVS, Hra jako terapie, Kurz grafomotoriky, Bobath koncept, Herní terapie, DIR Floortime, NDT, webinář Anity Bundy – Hra: Rizika a výhody. Nejčastěji se objevily v odpovědích: DIR Floortime a Bobath koncept a kurzy spjaté s neurovývojem.

Otázka 7.: Pozorujete u dětí větší zájem o aktivity spojené s hrou?

Respondenti z ČR odpověděli ano (29) a spíše ano (15), zatímco v zahraničí odpověděli ano (25), spíše ano (1) a spíše ne (1).

Otázka 8.: U jakých diagnóz nejčastěji využíváte hru/prvky hry?

Mezi nejčastějšími odpověďmi byly diagnózy: dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra a Aspergerův syndrom, ADHD a ADD, opožděný psychomotorický vývoj, Downův syndrom a vrozená dysfázie. Dále byly zmíněny: mentální retardace, vrozené vývojové a genetické vady, myotonická svalová dystrofie, spinální svalová atrofie, polytraumata, parézy spastické a brachiálního plexu a zpoždění řeči. Někteří respondenti uvedli, že na diagnóze nezáleží, nebo že využívají hru u všech.

Nejčastější odpovědí českých respondentů byla dětská mozková obrna (ČR 17 responsí, zatímco v zahraničí pouze 4) a v zahraničí byly nejčetnější poruchy autistického spektra (a to 8 responsí, v ČR 10).

Otázka 9.: Využíváte ve své praxi nějaké hodnotící nástroje pro zajištění efektivity Vaší terapie, při které aplikujete prvky hry?

Respondenti nejčastěji odpovídali, že žádný hodnotící nástroj při terapii spjaté se hrou nevyužívají, a to v počtu 27 českých a 15 zahraničních. Ostatní odpověděli, že tyto nástroje využívají, v počtu 7 z ČR a 12 ze zahraničí – což je 19 z 61 respondentů.

Mezi nejčastější odpovědi spadají: MABC-2, devítikolíkový test, test krabice a kostek, BOT-2, PDMS-2, COMP, REAL a WeeFIM. Dále byly zmíněny: SIPT, M-FUN, BRIEF-2, VMI, GAS, CAIN, TOMS, MACS, slovní popis úkonu, srovnání s minulým hodnocením, SOSI, protokol o aktuálním stavu dítěte, senzorické dotazníky, čtvrtletní a dosažení cíle.

Nástroj, který byl zmíněn českými (1) a zároveň i zahraničními (2) respondenty byl GAS – škála dosažení cílů v rehabilitaci.

Otázka 10.: Vnímáte hru v ergoterapii jako nedílnou součást terapie a doporučil/a byste její využití?

Všichni respondenti na tuto otázku odpověděli jednohlasně, že hra a její prvky jsou nedílnou součástí terapie a doporučili by její užití. Shledávají hru jako efektivní prvek, skrze který mohou dítě motivovat a zaujmout jeho pozornost. Dítě se díky hře učí, poznává tak samo sebe i své okolí. Jedná se o nástroj, kterým lze dosáhnout na konkrétní cíl dle individuality a potřeby dítěte. Podporuje vývoj, rozvoj schopností a začleňování dítěte do kolektivů.

DISKUZE

Dětská hra je velmi individuální činností každého dítěte, je důležitou složkou pro sociální začleňování a představuje v ergoterapii prostředek a cíl terapie, kdy dítě rozvíjí všechny potřebné aspekty pro následné zvládnání soběstačnosti a všedních denních aktivit (Case-Smith, 2010).

Pojem hra může sloužit jako významové rozlišení, přitom ale odpověď na to, co hra je, není vůbec snadná. Můžeme pojednávat o možné aktivitě, kterou lze rozlišovat na místo, čas a obsah. Dále o hře můžeme hovořit jako o motivačním nástroji, kdy hra je např. nezbytnou podmínkou pro realizaci fiktivního světa nebo kdy je hra procesem změn (Valenta, 2017). Hra je v ergoterapii uznávána jako ústřední doména dětství a jako zásadní zaměření při práci s dětmi se zdravotním postižením a jejich rodinami. Přestože existují různé definice hry a neexistuje shoda ohledně pojmenování různých herních forem, důkazy o její důležitosti pro zdraví, vývoj a pohodu je důsledně dokumentováno. Vzhledem k výhodám hry a důsledkům nehravosti je jasné, že hra je zásadně spojena s právy dětí jako celku. Hra není luxus, který by měl být zvažován po jiných právech; je základní a nedílnou součástí, která podpírá čtyři principy – nediskriminace, přežití a rozvoj, nejlepší zájmy dítěte a účast (Lester et al., 2010).

A zatímco volný čas je také prožíván jako zábavný a vnitřně motivovaný, je méně důležitý pro učení. Takže podle této definice je hra odlišná od volného času, přesto se často používají zaměnitelně v pracovní terapii. Možná to vysvětluje nedostatek zaměření na herní povolání: je nahlíženo jako okupace vykonávaná ve zbývajícím čase. Hra jako primární zaměstnávání by měla znamenat, že prioritou je umožnění hry. To znamená nejen učit herní dovednosti nebo praktikovat herní aktivity na terapeutických klinikách, ale navrhovat kontextově zaměřené intervence, které se zaměřují na hru, hravost a participaci (Lynch et al., 2016).

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké má hra využití jako hodnotící metoda u pediatrického klienta a terapeutické intervence. Nedílnou součástí byla potřeba zařadit mezi cíle i získání potřebných informací, a to o způsobu využití her, vzdělání ergoterapeutů s dětskou klientelou a užití hodnotících prostředků. A dále zjistit, jaké zastoupení má hra v ergoterapeutické intervenci a jaké je její efektivita.

K dosažení cíle bylo potřeba splnit několik nezbytností. V první řadě bylo potřeba načerpaní teoretických znalostí, a to tedy o hře a problematice dětí s kombinovaným postižením. Tyto znalosti jsou především zahrnuty v teoretické části, které se zabývá několika kapitolami – hrou, ergoterapií, všedními denními aktivitami, kombinovaným postižením, vybranými diagnózami a hodnotícími prostředky. Aby tento výzkum mohl být uskutečněn, byl vytvořen dotazník pro ergoterapeuty, a to v českém a anglickém jazyce, který byl realizován, jak uvádí Gavora (2000), kvantitativní formou, a to prostřednictvím dotazníkového šetření, které umožňuje sběr většího množství dat a možností aplikování na širší okruh respondentů. Nedílnou součástí bylo vyhledat ergoterapeuty s pediatrickými pacienty a rozeslat jim dotazníky a následně odpovědi interpretovat. Přes veškerou snahu získat reprezentativní vzorek se podařilo získat jen 61 odpovědí. Toto číslo není dostatečné pro statistické vyhodnocení odpovědí tak, aby bylo zatíženo s malou chybou, ale i těchto 61 odpovědí má nějakou vypovídající hodnotu. Pro tento výzkum byly sestaveny dvě verze dotazníků a v podkapitole (11.1. Výsledky dotazníkového šetření) jsou jednotlivé otázky z obou dotazníků vyhodnoceny pomocí grafů, tabulek a popisem. Dalším úkolem práce bylo uvést porovnání výsledků šetření z České republiky a ze zahraničí (viz 11.2. Porovnání výsledků z České republiky a zahraničí).

Výsledky průzkumu z České republiky a ze zahraničí nebyly výrazně odlišné až na otázky týkající se absolvování kurzů a využití hodnotících prostředků, které se v zahraničí využívají více. Touto prací bylo zjištěno, že hry mají v ergoterapeutické intervenci poměrně časté zastoupení a terapeuti shledávají aktivity spojené se hrou pro děti více zajímavé, a to ve všech typech zařízení s působením dětského ergoterapeuta. Může se jednat o zdravotní zařízení, sociální služby a především školy.

Můžeme to chápat jako větší působnost ergoterapeutické intervence v různých sektorech věnujících se dětem (Jelínková et al., 2009; O'Brien et al., 2020).

Nejčastější skupinou, která dětské ergoterapeuty navštěvuje, jsou děti ve věku 3 až 11 let. Jedná se tedy o děti předškolního a mladšího školního věku, které se mohou připravovat na školní docházku nebo jsou již školou povinné. Značnou důležitost zde má psychomotorický vývoj dítěte, zdali vše zvládá a nezaostává za svými vrstevníky. Ergoterapeuti nejčastěji hru využívají během terapeutických aktivit, jako jsou nácviky ADL a úchopů, trénink kognitivních funkcí a grafomotoriky. Dále je velmi častá aktivita spjatá s pohybovou koordinací v podobě různých překážek, houpaček apod. Velmi důležitou

aktivitou je senzorická integrace, zlepšení komunikačních dovedností a stimulace čítí. Všechny tyto aktivity jsou možné nejen dle autorky, ale také respondentů využít pomocí hry anebo jejichž prvků. Přičemž nejčastěji se v odpovědích objevovala pohybová koordinace. Čeští ergoterapeuti dávají dále přednost nácvičku úchopu a zahraniční senzorické integraci. Důležitý je během terapeutické intervence výběr her, které lze využít jako nástroje pro umožnění aktivity a činnosti dítěte. Existuje několik dělení, v této otázce je použito rozdělení her dle Klusoňové (2011). Nejvíce se uplatňují pohybové hry, funkční a manipulační hry. Zatímco počítačové hry v tomto výzkumu byly vyhodnoceny jako nejméně uplatňované.

Jedná se především o hru u dětí s kombinovaným postižením a různými diagnózami, které mohli respondenti uvést. Nejčastěji to byla dětská mozková obrna a poruchy autistického spektra, dále opožděný psychomotorický vývoj, Downův syndrom apod. V České republice byla nejčastější dětská mozková obrna, zatímco v zahraničí poruchy autistického spektra.

Děti s poruchami autistického spektra mají potíže s komunikací a sociální interakcí, přičemž vykazují omezené vzorce chování a zájmů. Mají tendenci si hrát samy a při skupinové hře přehnaně soupeřit. Proto je vhodná ergoterapeutická intervence, která těmto dětem může usnadnit účast ve školním prostředí díky uplatnění herních prvků, kterými si osvojí případné situace a lépe se adaptovat (Grandisson et al., 2020).

Důležitou částí této práce jsou zkušenosti a vědomosti ergoterapeutů, kteří se zabývají dětskou klientelou a zda své vzdělání dále rozvíjejí. Nejvíce čerpají z praxe a sledování kolegů, dále samostudium a jako poslední bylo absolvování kurzů. Autorka práce považuje kurzy za velmi přínosné, mnohdy se týkají samotné praxe a inovativních přístupů, které praxi zkvalitní a terapeut tak získá další kvalifikaci. Australská asociace ergoterapeutů, OTA (2022) uvádí potřebu určovat vysoce kvalitní profesní praxi založenou na důkazech, která je dnes považována jako neodmyslitelná odpovědnost praktikujících zdravotníků. Kontinuální profesní rozvoj je z jedním z procesů, kterým se zdravotníci udržují v aktuálním stavu, aby plnili požadavky registrace a mnoho dalšího. Zahrnuje to neustálé získávání nových dovedností, znalostí a postojů, které umožňují kompetentní praxi. Pokračující profesní posun označuje jako „*prostředek, kterým si členové rozšiřují své znalosti, odbornosti a kompetence a rozvíjí osobní a profesní kvality požadované po celý svůj profesní život*“.

Respondenti uváděli kurzy jako HANDLE, SI, NVS a NDT, Bobath koncept, DIR Floortime, Herní terapie, Hra jako terapie, kurz grafomotoriky, webinář Anity Bundy – Hra:

Rizika a výhody. Nejčastěji se vyskytovala odpověď týkající se samostudia a získání zkušeností z praxe. Kurzy HANDLE, SI, Bobath koncept, DIR Floortime, neuro-vývojové kurzy NVS a NDT jsou dostupné pro české i zahraniční ergoterapeuty. Zatímco Hra jako terapie, herní terapie a kurz grafomotoriky jsou především české kurzy a mezi výhradně zahraniční patří především např. webinář Anity Bundy – Hra: Rizika a výhody.

Významným faktorem je i individualita dítěte, u kterého je vykonávána terapeutická intervence. Zdáli u jiného dítěte se stejnými problémy metoda fungovala a zda bude fungovat i zde. Dále je důležitý věk dítěte a jeho vývoj se srovnáním s jeho vrstevníky, různost preferencí dítěte na typ hry a upřesňování jeho potřeb. Především hru můžeme použít jako prostředek pro zlepšování schopností, tedy možnost aplikovat ji do terapeutické intervence nácvikem, tréninkem i zlepšením schopností. Toto vše může terapii a využití hry ovlivnit. Respondenti mají zkušenosti s dětskou motivací, dopadem na jejich rozvoj apod.

Důležité je zvolit vhodný způsob, jakým se očekává plnění úkolu, který může ovlivnit schopnost dítěte se zapojit do sebeobsluhy a herní činnosti (Krame-Roy, 2020). Hra je subjektivní zážitek radosti a zábavy, který pochází ze svobodně zvoleného, vnitřně motivovaného, sebe řízeného smysluplného povolání; herní transakce probíhají mezi dítětem a prostředím, kdy hra je spíše o procesu zapojení než o „produktu“. Zapojení může mít nízkou intenzitu a může zahrnovat denní snění nebo sledování hry ostatních. Stejně tak může mít vysokou intenzitu, například hru na „drsnáka“. Základní atributy participace jsou evidentní v herním povolání – zúčastnit se, cítit se začleněný, mít možnost volby, čeho se zúčastnit a dosáhnout smysluplného cíle (Lynch et al., 2016).

Ergoterapeuti pracují snad se všemi skupinami dětí, které mají nějaký deficit ve vývoji a dovednostech. Nejčastěji však s těmi, které mají nějaké postižení nebo diagnózu. Mezi takové se řadí především dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra, Downův syndrom, ADD a ADHD, opožděný psychomotorický vývoj a vrozená dysfázie. Dále to mohou být: mentální retardace, vrozené a vývojové vady, zpoždění řeči a mnoho dalších. Autorka shledává zajímavostí, že v České republice je nejčetnější klientela s dětskou mozkovou obrnou, zatímco v zahraničí se jedná o poruchy autistického spektra.

Využití hodnotícího nástroje umožňuje jisté výhody ohledně zkvalitnění dalších terapií, zároveň zaměření se na zlepšení schopností a dovedností jedince (O'Brien et al., 2020). Bohužel většina žádné hodnotící prostředky ve své ergoterapeutické intervenci neuplatňuje.

Respondentů, kteří uvedli nějaký hodnotící nástroj bylo dohromady 19 z 61, z toho 7 z České republiky a 12 ze zahraničí.

Nejčastěji zmiňovaným hodnotícím nástrojem byla škála dosažených cílů (GAS). Škála GAS se používá velmi hojně v neurorehabilitaci a to primárně u spasticity, určuje stupeň úspěšnosti v dosahování cíle během terapeutické intervence. S její pomocí můžeme hodnotit výsledky léčby nejen v rehabilitaci, ale také chirurgii apod. (Štětkářová, 2013). Jedná se o standardizovaný test zahrnující několik úkolů, přičemž každá je hodnocena dle normy (Turner-Stokes, 2009).

Dále se jedná o různé testy, skórovací škály apod. Ve výzkumu této práce objevovalo hodnocení prostřednictvím MABC-2, test krabice a kostek, devítikolíkoveho testu a WeeFIM, především vyskytujících se v České republice, v zahraničí jsou to např. BOT - 2, PDMS-2, COMP, REAL. Zde lze zahrnout i možnost absolvování kurzů, které ovlivňují terapeutickou intervenci. Tuto to odpověď v šetření uvedlo 23 respondentů z 61 – tedy 37,7 %. Výsledky autorčiny práce poukazují na používání jistých hodnotících prostředků, a to pouze devatenácti respondenty z celkového počtu 61 – tedy 31,1 % respondentů, kteří využívají hodnotící prostředky týkajících se využití hry, díky kterým zkvalitňují svojí terapii. V České republice se setkáváme pouze s některými z výše uvedenými testy, jedná se především o nástroje a prostředky, které byly převzaty ze zahraničí, vzniká tak značná limitace v této problematice. Vyplývá tedy fakt, že v zahraničí existuje několik možností, které umožňují lepší hodnocení terapie, a tak i její efektivnost dle individuality a potřeb klienta.

Důležité je zohlednění finanční náročnosti pro získání kvalifikace k užívání těchto testů a kurzů. Příkladem lze použít MABC-2 (Movement Assessment Battery for Children), tedy test motoriky dětí. Jedná se o test z Velké Británie, který se uplatňuje u ergoterapeutů v České republice. Jsou k dispozici české normy se standardními a percentilovými hodnotami. Zahrnuje adekvátnější interpretaci a využití výsledků, absolvování školícího a výcvikového kurzu. Test se cenově pohybuje okolo desítek tisíc korun, tato cena zahrnuje příručku, záznamové listy a testovací manuál (Hogrefe, 2022).

Odborníci pracující v oblasti „*hra a dítě se zdravotním postižením*“ zaměřují své aktivity na hru. Jejich hlavním cílem je činnost, tedy hru, zlepšovat. Kromě toho se hra velmi často používá k předávání intervencí ke zlepšení jiných schopností, např. kognitivní, sociální a emoční kompetence, a také jazykové dovednosti atd. Pokud tomu tak je, pak profesionální

činnosti a intervence jsou založeny na hře. Dle metodologie byly považovány za nejpřínosnější pro hodnocení hry přímé pozorování nebo pozorovací nástroje. Byly uvedeny nástroje určené k hodnocení hry nebo věnující se hře. Odborníky zajímá především spolehlivost a přítomnost přesně definovaných kritérií a odkaz na vývojový věk dítěte. Zároveň vlastnosti zprávy nástroje, možnost podpořit plánování intervence. Jedná se tedy např. o Raven's Progressive Matrix, PDMS, Test symbolické hry (Symbolic Play Test) a mnoho dalších (Bulgarelli et al., 2018).

Všichni ergoterapeuti, kteří odpověděli na dotazník, by hru doporučili a vnímají hru jako nedílnou součásti terapie. Hru vnímají jako efektivní prvek, přes který mohou dítě nejen motivovat, ale také zaujmout. Popisují, že dítě se díky hře učí, poznává samo sebe i své okolí. Jedná se o nástroj, díky kterému mohou děti dosáhnout na konkrétní cíl, a to dle jejich individuality a potřeby.

Kirk (2018) ve své publikaci uvádí, že dětská hra, učení a rozvoj nemohou být oddělené; spíše se vyskytují současně a synergicky. Při hře se děti učí ztvárnit své vlastní rozhodnutí, ovládat své emoce a impulsy, dívat se z perspektivy druhých, vyjednávat s nimi a spřátelit se. Prostřednictvím hry se děti učí sebeprosazování, vyjednávání a kompromisům. Učí se, jak obratně prezentovat svůj případ, aby se co nejvíce přiblížili tomu, co chtějí, aniž by naštváli své herní partnery.

V České republice je velmi málo literatury a zdrojů, které by se zaměřovaly na podobnou problematiku. Autorka práce objevila zpracované kvalifikační práce především se zaměřením na jistou diagnózu dětí (např. DMO, MR) a možností aplikované hry, nikoli hry jako hodnotícího prostředku apod. V zahraničí je již dostupnost zdrojů a literatury adekvátnější, ale bohužel stále chybí studie, které by se zaměřovaly na hru jako hodnotícího nástroje u dětí s kombinovaným postižením.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce týkající se problematiky využití hry v dětské ergoterapii, a to u dětí s kombinovaným postižením, bylo zjistit, zdali má hra využití jako hodnotící metoda dítěte a terapeutické intervence. Bylo potřeba nastudování si a shromáždění informací především o využití her v dětské ergoterapii a hodnotících nástrojů používaných v České republice a zahraničí.

Teoretická část byla věnována k vysvětlení základních pojmů, a to hře, ergoterapii, všedním denním aktivitám, kombinovanému postižení, vybraným diagnózám a hodnotícím prostředkům. Praktická část zahrnuje cíl, úkoly práce, výzkumné otázky, metodiku, charakteristiku sledovaného souboru a analýzu s interpretací výsledků dotazníkového šetření.

Důvodem vypracování práce byly především limitující zdroje, které jsou spjaté s nedostatečným průzkumem této problematiky v České republice. Zahraniční zdroje na tom byly podstatně lépe, přesto jich bylo velmi malé množství.

Autorce této práce se pomocí výsledků z dotazníkového šetření podařilo zhodnotit stanovené otázky a splnit hlavní cíl. V diskuzi byly následně výsledky doplněny studiemi, které se zabývají podobnou problematikou, podle kterých se hra v ergoterapii aplikuje, ale bohužel v praxi jen menšina z výzkumu využívá hru jako hodnotící nástroj.

Práce na téma „Využití hry v ergoterapii u dětí s kombinovaným postižením“ by mohla být přínosem pro mnohé, jenž se zajímají o práci s dětmi, a to s jakýmkoliv postižením nebo vadou. Může být zajímavým materiálem a inspirací pro studenty a absolventy ergoterapie, kteří mohou tyto poznatky využít ve své terapeutické intervenci a dále si rozšiřovat působnost své praxe, právě díky absolvováním kurzů např. Sensorické integrace, Hra jako terapie, Bobath koncept, DIR Floortime apod., a využitím hodnotících nástrojů, např. MABC-2, GAS, SIPT, PDMS-2. Celkově tato problematika by potřebovala větší pozornost, stále je zde dost možností a nedostatků, které by potřebovaly jistou ucelenost a jednotnost.

SEZNAM LITERATURY

About baby development and developmental milestones. *Raising Children* [online]. Austria: Raising Children Network, 2022 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://raisingchildren.net.au/newborns/development/understanding-development/baby-development>

Autism Spectrum Disorder (ASD). *Centres for Disease Control and Prevention* [online]. USA: CDC Website, © 2022, 25.3.2020 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>

BARVÍKOVÁ, Jana. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4616-5.

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARDA. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 9788026606581.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Jiřina KLENKOVÁ a Dana ZICHOVÁ. *Psychomotrické hry: Pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno: Masarykova univerzita pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-210-3627-0.

BULGARELLI, Daniela a Vaska STANCHEVA-POPKOSTADINOVA. 4 Play assessment tools and methodologies: the view of practitioners. BESIO, Serenella, Daniela BULGARELLI a Vaska STANCHEVA-POPKOSTADINOVA, ed. *Evaluation of childrens' play* [online]. De Gruyter Open, 2018, 2018-12-31, s. 114-136 [cit. 2022-03-29]. ISBN 9783110610604. Dostupné z: doi:10.1515/9783110610604-006

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie & surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 9788073151362.

CASE-SMITH, Jane a Jane O'BRIEN, 2010. *Occupational therapy for children*. 6th ed. Maryland Heights, Mo.: Mosby/Elsevier. ISBN 978-0323056588.

Co je to ADHD. *Nepozorní* [online]. Praha, c2013 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <http://www.nepozornidospeli.cz/index.php/2013-11-13-18-17-04/co-je-adhd-add>

Česká asociace ergoterapeutů [online]. © 2008-2022 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/>

Disability. *World Health Organization* [online]. World Health Organization (WHO), c2022 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. *Dysport Bulletin: Analýza chůze a škála dosažení cíle (GAS) při fokální spasticity* [online]. duben 2013, 1 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://adoc.pub/download/dysport-bulletin-be-you.html>

EDEMEKONG, Peter F., Deb L. BOMGAARS, Sukesh SUKUMARAN a Shoshana B. LEVY. Activities of Daily Living. *National Center for Biotechnology Information* [online]. StatPearls Publishing LLC., 2022, 2022 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

ESKE, Jamie. What are speech disorders? *Medical News Today* [online]. Brighton, UK: Healthline Media UK, 2022, 21.3.2019 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324764#symptoms>

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 8085931796.

GILL, Karen. Down Syndrome. *Healthline* [online]. Healthline, c2005-2022, 29.10.2019 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/down-syndrome>

GRANDISSON, Marie, Émilie RAJOTTE, Julie GODIN, Myriam CHRÉTIEN-VINCENT, Élise MILOT a Chantal DESMARAIS. Autism spectrum disorder: How can occupational therapist support schools?. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. CAOT, 2020, 12 [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: [doi:10.1177/0008417419838904](https://doi.org/10.1177/0008417419838904)

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073674823.

HINTNAUSOVÁ, Marie a Ladislav HINTNAUS. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí se zdravotním postižením: proč a jak pomáhat k úspěšnosti léčby*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675837.

JIRÁKOVÁ, Pavlína. Zrakové postižení. *Alfabet* [online]. Praha: Alfa Human Service, 2014, 18.2.2014c [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/zrakove-postizeni/>

JIRÁKOVÁ, Pavlína. Fyzické postižení. *Alfabet* [online]. Praha: Alfa Human Service, 2021, 18.2.2014b [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/fyzicke-postizeni/>

- JIRÁKOVÁ, Pavlína. Mentální postižení. *Alfabet* [online]. Praha: Alfa Human Service, 2021, 18.2.2014 a [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/mentalni-postizeni/>
- KLUSOŇOVÁ, Eva. Ergoterapie v praxi. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2005. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-0852-3.
- KIRK, Gill a Jenny JAY. *Supporting Kindergarten Children's Social and Emotional Development: Examining the Synergetic Role of Environments, Play, and Relationships* [online]. Perth, Australia: Full Terms & Conditions of access and use can be found at <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ujrc20> Journal of Research in Childhood Education, 2018, 15 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: doi:10.1080/02568543.2018.149567
- KRAME-ROY, Debbie, Nighat TAHIR et al. The developing role of occupational therapist in school-based practice: Experience from collaborative action research in Pakistan. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2020, 21 [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: doi:10.1177/0308022619891841
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KRŠEK, Pavel, Jan LEBL, Pavel ČERNÝ, et al. *Dětská mozková obrna: mezioborový přístup: motolské pediatrické semináře 7*. Praha: Galén, [2020]. Motolské pediatrické semináře. ISBN 9788074924767.
- KURTZ, Lisa A. *Hry pro rozvoj psychomotoriky: pro děti s ADHD, autismem, smyslovým postižením a dalšími handicapami*. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026208006.
- KVĚTOŇOVÁ, Lea a Pavlína ŠUMNÍKOVÁ. *Speciálněpedagogická podpora osob se zrakovým postižením se zvláštním zřetelem na rozvoj čichového vnímání*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN isbn978-80-7290-484-6.
- KVĚTOŇOVÁ, Lea, ed. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-063-8.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatry*. Brno: Paido, 2003. ISBN 8073150387.

- LESTER, Stuart a Wendy RUSSEL. *Children's right to play* [online]. Bernard van Leer, 2010 [cit. 2022-03-30]. ISBN 978-90-6195-121-6. Dostupné z: https://www.academia.edu/415484/Lester_S_and_Russell_W_2010_Childrens_right_to_play_An_examination_of_the_importance_of_play_in_the_lives_of_children_worldwide_The_Hague_Bernard_van_Leer_Foundation
- LYNCH, Helen a Alice MOORE. Play as an occupation in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. British Journal of Occupational Therapy, 2016, 2016, 2 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: doi:10.1177/0308022616664540
- MABC-2: Test motoriky pro děti. *Hogrefe* [online]. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2022 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://hogrefe.cz/mabc-2>
- MATHIOWETZ, Virgil et al., 1985 b. Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. *The Occupational Therapy Journal of Research*. 1985, 5(1), 24-38. DOI:10.1177/153944928500500102. ISSN 0276-1599.
- MATHIOWETZ, Virgil et al., 1985 a. Adult Norms for the Box and Block Test of Manual Dexterity. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1985, 39(6), 386-391. ISSN 1943-7676.
- MILLER-KUHANECK, Heather, Susan SPITZER a Elissa MILLER. *Activity Analysis, Creativity and Playfulness in Pediatric Occupational Therapy: Making Play Just Right*. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett Learning, 2010. ISBN 978-0-7637-5606-2.
- NDSS. *National Down Syndrome Society: About Down Syndrome* [online]. Washington, DC: NDSS, c2022 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.ndss.org/about-down-syndrome/down-syndrome/>
- NEUMAN, Jan. *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0628-6.
- NEWMAN, Sarah. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Praha: Portál, 2004. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071788724.
- O'BRIEN, Jane Clifford, and Heather Miller KUHANECK. *Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents*. Eighth edition. 2020. ISBN 978-0-323-51263-3.
- OPAŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- OPRAVILOVÁ, Eva. *Předškolní pedagogika*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2004. ISBN 8070837861.
- Pediatric Inpatient Rehab: WeeFIM Scores. *Cleveland Clinic Children's* [online]. Cleveland: Cleveland Clinic, 2022 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z:

<https://my.clevelandclinic.org/pediatrics/outcomes/1043-pediatric-inpatient-rehab-weefim-scores>

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 9788073151980.

POLÁKOVÁ, Petra. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. Praha: Grada, 2019. ISBN 9788027107605.

POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta, 2013. ISBN 9788073201791.

PSOTTA, Rudolf. MABC-2 Test motoriky pro děti. *Hogrefe* [online]. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2014 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://hogrefe.cz/mabc-2>

REZKOVÁ, Vlasta a Gražina KOKEŠOVÁ KLEINOVÁ. *Hra jako lék: teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2012. ISBN 978-80-260-3503-9.

RUSSO, Allison. ADD vs. ADHD Symptoms: 3 Types of Attention Deficit Disorder. *ADDITUDE* [online]. WebMD, c1998-2022 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.additudemag.com/add-adhd-symptoms-difference/>

SHEHAN, Constance L. *Encyclopedia of Family Studies*. The Wiley Blackwell, 2016. ISBN 978-0-470-65845-1.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1733-3.

SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. *Hra ve vývoji dětí v prvním roce života*. Praha: Grada, 2006. Pro rodiče. ISBN 80-247-1137-0.

SUCHÁNKOVÁ, Eliška. *Hra a její využití v předškolním vzdělávání*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206989.

TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J., *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing, 2005, 240 s. ISBN 80–247-1296-2

The Benefits of Lifelong Learning. *Occupational Therapy Australia, OTA* [online]. Occupational Therapy Australia, 2022 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://otaus.com.au/blog/the-benefits-of-lifelong-learning>

TURNER-STOKES, Lynne. *Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation* [online]. 29.1.2009, 14 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: doi:10.1177/0269215508101742

Types of Developmental Delays in Children. *NYU Langone Health* [online]. New York: NYU Langone Hospitals, 2022 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://nyulangone.org/conditions/developmental-delays-in-children/types>

- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531.
- VALENTA, Milan a Pavel HUMPOLÍČEK. *Hra v terapii*. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026211907.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
- VAŠEK, Štefan. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. ISBN 8086723136.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- VODÁKOVÁ, Jitka. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie: pro studenty pedagogických fakult*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-322-1.
- VYSKOTOVÁ, Jana a Kateřina MACHÁČKOVÁ. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada, 2013. ISBN isbn978-80-247-4698-2.
- What Is Autism? *Autism Speaks* [online]. Autism Speaks, © 2022 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.autismspeaks.org/what-autism>
- ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024738567.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro Českou republiku	88
Příloha 2 Dotazník pro zahraničí	91

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro Českou republiku

Téma: Využití hry v ergoterapii při nácviku všedních denních aktivit u dětí s kombinovaným postižením.

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Vítková, jsem studentkou 3. ročníku oboru ergoterapie Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. V rámci oboru pracuji na bakalářské práci s názvem „Využití hry v ergoterapii při nácviku všedních denních aktivit u dětí s kombinovaným postižením“.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku určenému především ergoterapeutům pracujícím v pediatrii (podmínkou k vyplnění je práce s dětmi s kombinovaným postižením).

Časová náročnost na vyplnění níže uvedeného dotazníku je přibližně 10 minut, výsledky budou zcela anonymní.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji Vám mnoho úspěchů.

1. V jakém zařízení jako dětský ergoterapeut pracujete? (1 a více odpovědí)

- a. Ambulantní zdravotnické zařízení
- b. Lůžkové zdravotnické zařízení
- c. Rehabilitační centrum/ústav
- d. Denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti
- e. Lázeňské zařízení
- f. Speciální škola se specifickými potřebami
- g. Jiné ...

2. Využíváte v ergoterapeutické praxi hru/prvky hry? (pouze 1 odpověď)

- a. Vždy
- b. Často
- c. Občas
- d. Ne, ale chtěl/a bych
- e. Vůbec

3. S jakou věkovou skupinou dětí nejčastěji pracujete? (1 a více odpovědí)

- a. Novorozenecké období (od narození do 28. dne života)
- b. Období kojence (2 měsíce – 1rok)
- c. Období batolete (1–3 roky)
- d. Předškolní věk (3–6 roků)

- e. Mladší školní věk (6-11 let)
- f. Období dospívání (11-16 let)
- g. Období adolescence (16-20 let)

4. V rámci, jakých terapeutických aktivit využíváte hru nebo prvky hry? (1 a více odpovědí)

- a. Návík ADLs
- b. Pohybová koordinace
- c. Trénink kognitivních funkcí
- d. Trénink grafomotoriky
- e. Senzorická integrace
- f. Stimulace čítí
- g. Zlepšení komunikace
- h. Návík úchopů
- i. Jiné ...

5. Jaké druhy her nejčastěji uplatňujete ve své terapii? (1 a více odpovědí)

- a. Funkční hry
- b. Manipulační hry
- c. Napodobovací hry
- d. Úlohové hry
- e. Receptivní hry
- f. Didaktické hry
- g. Konstrukční hry
- h. Pohybové hry
- i. Společenské hry
- j. Počítačové hry
- k. Jiné...

6. Jakým způsobem jste získal/a zkušenosti a vědomosti k využití hry v ergoterapii, které aplikujete ve své praxi? (1 a více odpovědí)

- a. Samostudium
- b. Praxe a sledování kolegů
- c. Absolvování kurzu – uveďte název/názvy...
- d. Jiné ...

7. Pozorujete u dětí větší zájem o aktivity spojené s hrou? (pouze 1 odpověď)

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

8. U jakých diagnóz nejčastěji využíváte hru/prvky hry? (stručná odpověď)

9. Využíváte ve své praxi nějaké hodnotící nástroje pro zajištění efektivity Vaší terapie, při které aplikujete prvky hry? (pouze 1 odpověď)

a. Ne

b. Jiné

- Pokud ano – Uveďte prosím konkrétní příklad hodnotícího prostředku u odpovědi „Jiná“

10. Vnímáte hru v ergoterapii jako nedílnou součást terapie a doporučil/a byste její využití? ANO/NE a uveďte, prosím, důvod proč. (stručná odpověď)

Příloha 2 Dotazník pro zahraničí

Topic: The use of play in the occupational therapy in the practice of the activities of daily living for children with multiple disabilities.

Hello,

my name is Lenka Vítková, I am a student of the 3rd year of Occupational Therapy at the Faculty of Health Studies at the University of West Bohemia in Pilsen - the Czech Republic.

Within the field, I am working on a bachelor's thesis entitled "The use of play in occupational therapy in the practice of everyday activities for children with combined disabilities."

I would like to ask you to fill in a questionnaire intended primarily for occupational therapists working in paediatrics. The condition for completing it is to work with children with a combined disability.

The time required to complete the questionnaire below is approximately 10 minutes, the results will be completely anonymous.

Thank you very much for your patience and willingness to cooperate and I wish you many successes in your practice.

0. What country are you working at?

1. In what facility do you work as a paediatric occupational therapist?

- a. Outpatient medical facilities
- b. Inpatient medical facilities
- c. Rehabilitation centre / institute
- d. Day hospital and social activation service for children
- e. Special for school with special needs
- f. Other ...

2. Do you use game / game elements in occupational therapy practice?

- a. Always
- b. Often
- c. Occasionally
- d. No, but I would like to
- e. Not at all

- 3. What age group of children do you work with the most?**
 - a. Neonatal period (from birth to 28 days of time being alive)
 - b. Infant period (2 months - 1 year)
 - c. Toddler period (1-3 years)
 - d. Preschool age (3-6 years)
 - e. Younger school age (6-11 years)
 - f. Adolescence (11-16 years)
 - g. Adolescence (16-20 years)

- 4. In what therapeutic activities do you use the game or elements of the game?**
 - a. ADL training
 - b. Movement coordination
 - c. Cognitive function training
 - d. Graphomotor training
 - e. Sensory integration
 - f. Sensation stimulation
 - g. Improving communication
 - h. Grip training
 - i. Other...

- 5. What types of games do you use most often in your therapy?**
 - a. Functional games
 - b. Manipulation games
 - c. Imitation games
 - d. Task games
 - e. Receptive games
 - f. Didactic games
 - g. Construction games
 - h. Movement games
 - i. Board games
 - j. Computer games
 - k. Other...

- 6. How did you gain experience and knowledge in using the occupational therapy games you use in your practice?**
 - a. Self-study
 - b. Practice and monitoring
 - c. Completion of the course - state name(s) in answer "Other"
 - d. Other ...

- 7. Do you observe children being more interested in play-related activities?**
 - a. Yes
 - b. Rather yes
 - c. Probably not
 - d. No

- 8. For what diagnoses do you use the game / game elements most often?**
- 9. Do you use any evaluation tools in your practice to ensure the effectiveness of your therapy, where you apply elements of the game? If Yes - Please give a specific example of an assessment tool in a row "Other".**
- a. No
 - b. Other

Do you perceive play in occupational therapy as an integral part of therapy and would you recommend its use? Yes/NO and WHY?