

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Kateřina Škvorová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Kateřina Škvorová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ MONTESSORI PRVKŮ V TERAPII DĚTÍ
PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni, dne 30. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kateřina Škvorová

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Využití Montessori prvků v terapii dětí předškolního věku

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 8

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: Marie Montessori, Montessori pedagogika, ergoterapie

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá využitelností Montessori principů a pomůcek v ergoterapii dětí předškolního věku. Práce se opírá o výstupy z dotazníkového šetření, realizovaného počátkem roku 2023 mezi 82 dětskými ergoterapeuty z celé České republiky. Z výzkumu vyplynulo, že celá řada Montessori přístupů i pomůcek je v dětské ergoterapii nejen využitelná, ale v praxi reálně využívána. Výzkum dále upozornil na nedostatečnou mezioborovou spolupráci, zejména mezi dětskými ergoterapeuty a učiteli jejich pacientů, v důsledku které může být ohrožena efektivita nejen terapeutického, ale i edukačního plánu dítěte. Možná řešení tohoto stavu jsou autorkou diskutována v závěrečné části této práce.

Abstract

Surname and name: Kateřina Škvorová

Department: Department of Rehabilitation Science

Title of thesis: The Use of Montessori Elements in the Therapy of Preschool Children

Consultant: PhDr. Ilona Zahradnická

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 8

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 24

Keywords: Maria Montessori, Montessori pedagogy, occupational therapy

Summary:

The bachelor thesis deals with the applicability of Montessori principles and aids in the occupational therapy of preschool children. The work is based on the results of a questionnaire survey, carried out at the beginning of 2023 among 82 children's occupational therapists from all over the Czech Republic. The research showed that a whole range of Montessori approaches and aids are not only usable in children's occupational therapy, but actually used in practice. The research also drew attention to insufficient interdisciplinary cooperation, especially between children's occupational therapists and their patients' teachers, as a result of which the effectiveness of not only the therapeutic but also the child's educational plan can be threatened. Possible solutions to this situation are discussed by the author in the final part of this work.

Předmluva

Vzdělávání metodou Montessori a ergoterapie dětí předškolního věku mají mnoho společných rysů. Jak ergoterapie, tak i Montessori vzdělávání, se orientují na fyzický i kognitivní rozvoj pomocí aktivit běžného života, odpovídajících věku dítěte a respektujících jeho potřeby a individuum. Využívají přitom řadu přístupů a pomůcek, které mohou být vzájemně přenositelné. Právě přenositelností těchto Montessori prvků do dětské ergoterapie se zabývá předkládaná bakalářská práce, ačkoli autorka dospěla k poznání, že vzájemně přenositelné mohou být (a měly by být) nejen uvedené prvky, ale také informace a další formy spolupráce tak, aby činnost ergoterapeutů i pedagogů lépe reflektovaly potřeby dětí.

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Iloně Zahradnické za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Taktéž děkuji všem ergoterapeutům, kteří se ochotně zapojili do výzkumu a poskytli tak informace k dalšímu zpracování.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 MARIE MONTESSORI.....	14
1.1 Život Marie Montessori	14
1.2 Odkazy Marie Montessori	16
2 MONTESSORI PEDAGOGIKA.....	18
2.1 Principy Marie Montessori	18
2.1.1 Svoboda a disciplína.....	18
2.1.2 Připravené prostředí.....	20
2.1.3 Vedoucí.....	21
2.1.4 Senzitivní fáze	21
2.1.5 Polarizace pozornosti.....	22
2.1.6 Heterogenní kolektiv	22
2.1.7 Shrnutí	23
3 ERGOTERAPIE	24
3.1 Definice.....	24
3.2 Cíle ergoterapie	25
3.3 Ergoterapeutické přístupy	26
3.4 Dětská ergoterapie	26
3.5 Zdravotně postižené děti v ČR.....	28
4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	32
5.1 Hlavní cíl.....	32
5.2 Dílčí cíle.....	32
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	34
8 METODIKA PRÁCE	35
9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	37
9.1 Základní informace v dotazníku	37
9.2 Odborná část dotazníku	42

9.3 Shrnutí výsledků	48
DISKUZE	50
ZÁVĚR.....	54
SEZNAM LITERATURY.....	55
SEZNAM PŘÍLOH	58
PŘÍLOHY	59
Příloha A – Přepis použitého dotazníku	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Složení dětí se zdr. postižením v MŠ k 30. 9. 2018 podle druhu postižení	28
Graf č. 2: Věkové zastoupení respondentů	37
Graf č. 3: Délka praxe respondentů	38
Graf č. 4: Zařízení, v nichž pracují respondenti	38
Graf č. 5: Podíl respondentů pracujících s pacienty předškolního věku	39
Graf č. 6: Nakolik mají ergoterapeuti možnost spolupracovat s učiteli svých pacientů	40
Graf č. 7: Názor ergoter. na to, zda by měli ergoter. více spolupracovat s učiteli pacientů	41
Graf č. 8: Nakolik jsou respondenti seznámeni s filozofií Montessori vzděl. systému.....	41
Graf č. 9: Zdroje informací ergoterapeutů o Montessori vzdělávacím systému	42
Graf č. 10: Montessori principy, které lze dle respondentů přenést do ergoterapie	42
Graf č. 11: Vhodnost Montessori vzdělávacích zařízení pro ergoterapeutické pacienty ve vztahu k tradičním vzdělávacím zařízením	43
Graf č. 12: Montessori pomůcky využívané v rámci dětské ergoterapie	45
Graf č. 13: Montessori pomůcky využitelné v rámci dětské ergoterapie	46
Graf č. 14: Dovednosti, k jejichž rozvoji mohou být Montessori pomůcky nápomocné	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Diagnózy, s nimiž se respondenti nejčastěji setkávají	39
Tabulka 2: Přínosy Montessori přístupu pro ergoter. praxi perspektivou ergoterapeutů	44
Tabulka 3: Nevýhody a rizika Montessori přístupu pro ergot. praxi pohledem ergoter.	44
Tabulka 4: Další pomůcky využívané ergoterapeuty	46
Tabulka 5: Diagnózy, při jejichž řešení jsou uplatnitelné Montessori přístupy a pomůcky	47

SEZNAM ZKRATEK

ADHD..... porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit
hyperactivity disorder)

ADL..... všední denní činnosti (activities of daily living)

DMO..... dětská mozková obrna

PAS..... poruchy autistického spektra

ÚVOD

Mohlo by se zdát, že ergoterapie coby zdravotnická profese a vzdělávací systém Marie Montessori jsou dvě zcela odlišné disciplíny. Přesto se budoucí ergoterapeuti již během studia setkávají s pojmy „speciální pedagogika“ či „Montessori“, a obráceně, v rámci studia speciální pedagogiky jsou studenti seznamováni s pojmem „ergoterapie“. Tímto konstatováním by zkoumání vztahu obou oborů nemělo končit, ale naopak spíše začínat. Jak Montessori metoda, tak dětská ergoterapie jsou výkonnými nástroji pro rodiny s dětmi a pedagogy, obzvláště pak v případech, kdy děti dosahují určitých vývojových milníků, bojují s učením či jakýmkoli jiným zdravotním znevýhodněním. Právě na těchto postižených dětech Marie Montessori svůj vzdělávací systém vybuodovala. Společných rysů lze ale identifikovat více.

Právě zkoumáním společných rysů mezi Montessori přístupem a ergoterapií dětí předškolního věku se zabývá předkládaná bakalářská práce. Cílem práce je zjistit, zda je Montessori přístup přenositelný do dětské ergoterapie, a jaké jeho principy a pomůcky jsou v dětské ergoterapii využitelné.

Práce je členěna na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická východiska řešené problematiky jsou zpracována na základě studia odborné literatury a jiných, převážně internetových zdrojů, a to jak českých, tak i zahraničních. Významnými zdroji informací jsou rovněž práce jiných výzkumníků. Nejprve je zde věnován prostor samotné Marii Montessori a její celoživotní práci. Následně se autorka věnuje ergoterapii, jejímu vymezení a specifikům práce s dětskými pacienty. V rámci závěrečného shrnutí teoretické části jsou pak hledány podobnosti Montessori přístupu a dětské ergoterapie. V rámci praktické části práce je blíže specifikováno šetření provedené počátkem roku 2023 mezi 82 dětskými ergoterapeuty z celé České republiky. Cílem tohoto šetření je nalezení odpovědí na výše definované cíle a formulované výzkumné otázky. Výstupy tohoto šetření jsou nejprve podrobně interpretovány s využitím tabulek a grafů, a následně diskutovány autorkou v závěrečné části práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MARIE MONTESSORI

Jméno Marie Montessori je známé nejen mezi odborníky z řad pedagogů, psychologů nebo jiných humanitních oborů, ale nepochybně i leckterému z rodičů. Proslula již během svého života, jako neúnavná lékařka, psycholožka, pedagožka, vědkyně, spisovatelka a aktivistka za práva žen a dětí. Byla to žena, která viděla něco, co nikdo jiný neviděl. Marie Montessori byla ztělesněním své doby, přesto ji v mnoha ohledech předběhla. Žila na přelomu 19. a 20. století, v době významných vědeckých objevů a společenských i politických změn. To vše také představovala, snad s výjimkou politických změn, neb po celý svůj život se snažila být politicky neutrální. Její myšlenky jsou aktuální také dnes, celé století poté, co s nimi procestovala polovinu světa hnaná touhou udělat jej lepším.

O jejím životě bylo napsáno mnohé, podobně jako o její práci. A přestože se jedná o opakování již napsaného, sluší se i úvodní kapitolu této práce věnovat právě této inspirující ženě, a to hned ze dvou důvodů. Jednak je autorka toho názoru, že si to Marie Montessori za svůj celoživotní přínos a píli jednoduše zaslouží, a jednak se tato sonda do života Marie Montessori jeví být vhodným úvodem do řešené problematiky, neboť umožňuje chápat její práci v širších souvislostech.

1.1 Život Marie Montessori

Marie Montessori se narodila 31. srpna 1870 v italském městě Chiaravalle, odkud se jako pětiletá přestěhovala spolu s rodiči do Říma, kde měla lepší podmínky pro vzdělání. Její dětství bylo do značné míry ovlivněno rodiči, otec Alessandro byl tradičně smýšlejícím státním úředníkem, matka Renilde byla velmi sečtělá a ambiciózní žena. V mládí byla Marie rozhodnuta stát se inženýrkou, za tímto účelem také vystudovala střední školu technického zaměření, nicméně po jejím dokončení své plány přehodnotila a rozhodla se pro lékařskou kariéru. Od svého záměru neupustila, navzdory přání rodičů a navzdory zvyklostem, dle kterých bylo studium medicíny přístupné pouze mužům (Walls, 2008). Některé zdroje uvádějí, že za přijetí Montessori na medicínu musel tehdy intervenovat sám papež Leo XIII.

(Asociace Montessori ČR). Ani tato skutečnost jí studia nikterak neusnadňovala, Marie jakožto žena nesměla pracovat v márnici se svými mužskými kolegy, proto se této činnosti věnovala ve večerních hodinách. Všem těmto obtížím navzdory, Marie studovala s ohromným nasazením, získala řadu stipendií a v létě roku 1896 studium úspěšně dokončila (Walls, 2008).

Většina dostupných zdrojů vede k poznání, že již od počátku své lékařské kariéry věnovala Montessori pozornost především dětem. V ústavu pro choromyslné si všimla, že řada zdejších dětí trpí nedostatkem aktivit a uvažovala, nakolik jsou tyto děti skutečně nemocné a nakolik jim jen chybí vhodné stimuly. Snažila se na problémy dívat očima dětí, bez předsudků, s ohledem na jejich vývojový stupeň. Vyhledala, přeložila a prostudovala práce svých předchůdců, Jeana Itarda a Edourda Séguina, kteří se věnovali vzdělávání prostřednictvím smyslů a za tímto účelem vyvinuli řadu praktických pomůcek (Zelinková, 1997). Tito lékaři ji inspirovali pro budoucí práci a výzkum. Jak dále uvádí Asociace Montessori ČR v životopise věnovaném této reformátorce, Marie Montessori v letech 1897-1898 rozšiřovala své pedagogické znalosti studiem práce významných filozofů a pedagogů Pestalozziho, Rousseaua a Froebela, a v roce 1898 přednášela na kongresu v Turíně závěry ze své praxe s mentálně postiženými dětmi.

Za zásadní milník v životě Marie Montessori lze považovat rok 1907, kdy v římské čtvrti založila svou první mateřskou školu Casa dei Bambini, označovanou též jako Dětský dům. „*Měla jsem takový zvláštní pocit, který mě dnes přiměl s rozhodností oznámit, že zde vidím otevření instituce, o které jednou bude mluvit celý svět*“, prohlásila tehdy téměř prorocky Marie Montessori (Standing, 1984, s. 38). Budiž Montessori přičteno ke cti, že veškeré náklady spojené se zařízením a provozem tohoto centra musela obstarávat sama (Rýdl, 2006). Tento dům se stal útočištěm pro děti ze sociálně slabých rodin a Marii se otevřela možnost vyzkoušet si své metody i u dětí nepostižených. Jak uvádí Zelinková (1997), Montessori zde naplno využívá svých poznatků, aplikuje pomůcky pro smyslovou výchovu tvořené původně pro postižené děti a dále tyto pomůcky rozvíjí, vytváří dětem maximálně podnětné prostředí a zaměstnává je řadou praktických činností, jakými je například úklid.

K založení Casa dei Bambini se váže zajímavý příběh ilustrující efektivitu jejích metod. Walls (2008) uvádí, že zde Montessori měla zaměstnat dceru zdejšího školníka vybavenou jen základními instrukcemi, dle kterých neměla děti učit, ale pouze jim nabízet materiály podněcující jejich tvořivost. Úspěch se dostavil po pár měsících, neboť děti uměly číst a psát již v pěti letech. Věhlas Marie Montessori dále sílil, její zařízení počtila svou

návštěvou řada významných lidí, a rok po otevření Casa dei Bambini vzniká další Montessori škola.

Nedlouho poté Montessori ukončuje kariéru lékařky. V roce 1909 pořádá první školení o svých metodách a rovněž publikuje své první dílo *Objevení dítěte*, které bylo v následujících letech přeloženo do 20 jazyků a ve Spojených státech se stalo druhým nejprodávanějším titulem populárně naučné literatury (Asociace Montessori ČR).

V následujících letech Montessori cestovala a přednášela o svých metodách, pomáhala se zakládáním Montessori tříd nejen v Evropě, ale i ve Spojených státech. V roce 1917 se usazuje ve španělské Barceloně, kde žila až do začátku občanské války v roce 1936. V roce 1929 společně se svým synem Mariem zakládá mezinárodní montessoriovskou společnost (Association Montessori Internationale – AMI). Po nástupu fašistů k moci dochází v Itálii k zavírání jejích škol, její knihy a další výukové materiály byly páleny a Montessori opouští Evropu a usazuje se v Indii, kde strávila období 2. světové války (Zelinková, 1997).

Po skončení války se vrátila zpět do Evropy a usadila se v Holandsku, kde dále přednášela o svém vzdělávacím konceptu. Marie Montessori zemřela ve věku 81 let dne 6. května 1952 v prázdninovém domě svých přátel v Noordwijk aan Zee, ve společnosti svého syna Maria, kterému zanechala dědictví své práce (Zelinková, 1997). Epitaf na jejím náhrobku v místním katolickém hřbitově (Robin, 2018) může působit sentimentálně, přesto umně vystihuje život Marie Montessori:

„Prosím, milé děti, všechny vy, které můžete, spojte se se mnou pro budování míru v člověku i ve světě.“

1.2 Odkazy Marie Montessori

V rovině soukromé naplňoval život Marie Montessori již zmíněný syn Mario, kterého přivedla na svět společně se spisovatelem a překladatelem Giuseppem Montesanem v roce 1898, a později čtyři vnoučata – chlapi Mario Jr. A Rolando, děvčata Marilena a Renilde. Posledně jmenovaná, nejmladší vnučka Renilde, pokračovala v odkazu své babičky, byla ještě donedávna tajemnicí a později prezidentkou AMI. Zemřela v roce 2012 (Asociace Montessori ČR).

V profesní rovině dosáhla Montessori mnoha dalších úspěchů, jejichž kompletní výčet by přesahoval zamýšlený rámec této kapitoly. Díky svému věhlasu a cestám po celém světě se setkala s řadou významných osobností, zmínit lze například Thomase Edisona, Alexandra Grahama Bella, Mahátmu Gándhího nebo Džaváharlála Nehrúna. Práci Marie Montessori ocenil i Sigmund Freud (Robin, 2018). Neméně významným oceněním je také několikanásobná nominace na Nobelovu cenu za mír, které se jí dostalo v letech 1949, 1950 a 1951 (Rýdl, 2006).

Jistým oceněním Marii Montessori jsou i tyto řádky, hovořící o respektu za její celoživotní přínos a píli, s jakou své poslání vykonávala. A rovněž tak skutečnost, že i dnes, více než sto let od vydání jejího prvního díla a sedmdesát let po její smrti jsou její přístupy stále vyučovány a aplikovány v edukačních procesech po celém světě.

Mnoho známých osobností navštěvovalo Montessori třídy, zmínit lze například nejbohatší lidi planety Elona Muska či Jeffa Bezose. Druhý jmenovaný je dokonce členem tzv. Montessori mafie, což je termín zavedený v roce 2011 v článku časopisu Wall Street Journal (Sims, 2018). Sims do této skupiny řadí vedle Jeffa Bezose i zakladatele společnosti Google Larryho Page a Sergeie Brina nebo Willa Wrighta, designéra populární videohry The Sims. Samuelsová (2018) uvádí, že právě Jeff Bezos se o svém vztahu k Montessori přístupu opakovaně vyjadřuje pozitivně. V posledních letech vytvořil a částkou dvou miliard USD financoval fond, který má zpřístupnit bezplatné vzdělávání inspirované Montessori všem dětem, neboť tento přístup je ve Spojených státech aplikován převážně v soukromých zařízeních navštěvovaných dětmi z lépe situovaných rodin, čímž se poněkud odklání od původních myšlenek Marie Montessori.

2 MONTESSORI PEDAGOGIKA

Jak již bylo nastíněno v předchozí kapitole, pedagogický systém Marie Montessori se rozšířil po celém světě a tento trend dodnes nevymizel. Najdeme jej v některých dětských skupinách, ale především v mateřských a základních školách, přičemž některá z těchto zařízení jsou čistě Montessori, jiná využívají jen některé prvky.

2.1 Principy Marie Montessori

Marie Montessori vytvořila komplexní pedagogický systém, který staví do popředí zájmu výjimečnost a individuum každého dítěte. Tento systém je založen na pevně stanovených principech. V odborné literatuře lze dohledat řadu principů, z nichž mnohé spolu neoddelitelně souvisí a vzájemně se prolínají, vedle toho je různí autoři označují různými termíny a přikládají jim různou důležitost, což práci s nimi komplikuje. Následující text si nicméně neklade za cíl jejich kompletní výčet, jedná se proto spíše o výtah těch principů, které se z perspektivy autorky jeví být zásadní a nejčastěji skloňované, aniž by tím měl být jakkoli upozadován význam principů ostatních.

2.1.1 Svoboda a disciplína

Svoboda je velmi širokým pojmem a je možné vymezit ji v mnoha souvislostech. V obecném pojetí ji lze chápat jako možnost volby, případně absenci překážek či omezení. Svoboda dítěte je jednou ze zásadních myšlenek Montessori přístupu a na úrovni předškolního vzdělávání znamená především možnost dítěte samostatně se rozhodnout, na čem bude pracovat, s kým a jak dlouho. Tato svoboda umožňuje jeho individuální vývoj bez ohledu na tempo ostatních, a postupně vede dítě k sebeorganizaci a nezávislosti. Jak uvádí Svobodová s Jůvou „*Marie Montessori byla přesvědčena, že každé dítě v sobě má svůj vlastní stavební plán, plán svého rozvoje. Ten je však většinou rušen zásahy dospělých, kteří ve snaze pomáhat tuto perspektivu často ničí*“ (1996, s. 39). To odlišuje Montessori školky od tradičních mateřských škol, kde probíhají převážně řízené činnosti.

Svoboda nicméně není libovůlí, musí mít své hranice. Jako protiváhu svobodě je proto nutné postavit určitá pravidla, řád, disciplínu (například po skončení činnosti uklidit

pomůcky zpět na své místo, chovat se tiše, nerušit ostatní). Jedná se o pravidla, která by měla být pevně nastavena, a děti by k jejich respektování měly být vedeny od samého počátku. Dětem poskytují pocit bezpečí a jistoty, rozvíjí u nich interpersonální inteligenci, sociální cítění a pomáhají jim lépe se orientovat v mezilidských vztazích.

Mohlo by se zdát, že svoboda a disciplína jsou vzájemně si odporující pojmy. Montessori zastávala názor, že jsou to dva vzájemně se prolínající prvky a jeden bez druhého nemůže existovat. Nesouhlasí s konceptem poslušného dítěte, které se bezmezně řídí pokyny dospělého, neodporuje mu, nediskutuje a nejeví zájem o nic, co by mu nebylo dovoleno, neboť vše uvedené může potlačovat individualitu dítěte a bránit jeho přirozenému vývoji (Zelinková, 1997). To koresponduje i s tvrzením Rýdla, který říká, že *„volnost a zodpovědnost jdou v montessoriovských školách ruku v ruce. Toto povědomí je v dětech pěstováno jejich motivací a upoutáním materiály a činnostmi, které je zajímají, a jejich zahrnutím v udržení vhodného předem připraveného prostředí. Výsledkem není hluk ani chaos, ale ticho a pořádek, jak se děti příjemně ponoří do svých individuálních činností“* (Rýdl, 2006, s. 35).

Marie Montessori rozlišuje čtyři druhy svobody. Ve své práci je přibližuje Zelinková (1997) následovně:

- biologická svoboda, spočívající v právu dítěte vyvíjet se dle jeho individuálního biologického plánu;
- sociální svoboda, kdy je důležité ponechat dítěti jistý prostor v navazování sociálních kontaktů dle jeho individuálních potřeb. *„Někteří učitelé potlačují spolupráci mezi dětmi ve třídě s odůvodněním, že každý musí pracovat sám, sám přemýšlet, sám ukázat, co umí, a že při skupinových formách organizace práce je ve třídě neklid. V životě však málokdo pracuje zcela sám, většinou je součástí sociální skupiny, jejíž členové musejí společně hledat nejvhodnější řešení. Jedinec se učí nejen prosazovat svůj názor, ale také respektovat názory druhých i ustupovat. Při společné práci se také utváří úcta k druhým, nelze ji nařídít. Umění žít s druhým, se všemi klady i záporů, které obsahuje, je nutné nejen v pracovním, ale i osobním životě“* (Zelinková, 1997, s. 20);
- pedagogická svoboda, jejíž podstatou je možnost dítěte samostatně si zvolit činnost, které se chce věnovat, neboť tím spíše na ní zaměří svou pozornost a lépe si ji tak osvojí;

- mravní svoboda, která vzniká na základě zvnitřněné sebekontroly, kdy dítě nezávisle na dospělém dokáže korigovat sebe i své jednání, je vnitřně vyrovnané a dokáže samostatně rozlišovat mezi dobrým a zlým.

2.1.2 Přípravené prostředí

Prostředí, poskytující dítěti dostatek stimulů, se skládá z připraveného prostoru a didaktických pomůcek. V širším pojetí je možné považovat za součást prostředí i samotného vedoucího, který zde plní dvojí roli – jednak je jeho úkolem toto prostředí připravovat s ohledem na potřeby dětí a jejich vývojovou (senzitivní) fází, a jednak působí jako pomocná ruka těm dětem, které jej z nějakého důvodu potřebují (Rýdl, 2006).

Přípravě podnětného prostředí se věnuje také Zelinková (1997), která klade důraz především na systematické uspořádání pomůcek. Ty by měly být uspořádány od jednoduchých po složitější, tím je podněcována aktivita dítěte a jeho vývoj. Jednotlivé činnosti by měly být připraveny tak, aby je dítě bylo schopno vyřešit samostatně. Vedoucí v takto připraveném prostředí především dohlíží na to, aby si dítě nevybralo úkol, který by mohl být nad jeho síly s ohledem na jeho vývojovou fází. Didaktické pomůcky, které mají dětem sloužit k nácvičce nejrůznějších činností, členila Marie Montessori do pěti kategorií (Svobodová a Jůva, 1996):

- materiál pro cvičení běžných životních činností a sebeobsluhy, jakými je osobní hygiena, stravování, oblékání, jednání s lidmi, ale také například péče o životní prostředí (úklid, zalévání květin). Představit si zde můžeme například upravené a nízko položené umyvadlo, stolečky, židličky, malou plastovou konev na zalévání nebo zmenšeninu smetáčku a lopatky.
- smyslový materiál, pomocí kterého se děti učí rozeznávat barvy, tvary, povrchy, ale i teplotu nebo chuť;
- jazykový materiál, sloužící k rozvoji slovní zásoby, čtení a psaní. Ve třídě by proto neměly chybět knihy, obrázky, písmenka. Vedoucí by měl dětem vyprávět příběhy a aktivně je do nich zapojovat, např. dokončováním příběhů, kladením otázek, hádanek aj.;
- matematické pomůcky, kde lze využívat různá počítadla nebo tzv. perlový materiál, který dítěti umožňuje na hodnoty čísel i „sáhnout“, což je zejména u větších čísel velmi důležité;

- pomůcky pro kosmickou výchovu, které mají dítěti pomoci poznat jeho místo na světě. Využity mohou být globusy, modely sluneční soustavy, obrázky souhvězdí, model koloběhu vody v přírodě a celá řada dalších pomůcek.

Středobodem připraveného prostředí jsou ale děti samotné. Proto musí být všechny tyto pomůcky umístěny tak, aby na ně dítě nejen dosáhlo, ale aby si je mohlo také řádně prohlédnout (otevřené poličky, vitríny). Neztrácí tak čas přemýšlením, co se skrývá ve vyšších poličkách mimo dosah, a jak se k tomu dostat. Každá pomůcka by měla být zároveň k dispozici pouze v jednom exempláři, čímž je dítě opět vedeno k respektu vůči ostatním (i jiné děti mají právo si hrát) a trpělivosti (Zelinková, 1997).

2.1.3 Vedoucí

Není-li to vyloženě nutné (například z důvodu citace), autorka se v textu záměrně vyhýbá označení „učitel“. Toto označení je vhodnější pro tradiční vzdělávací zařízení, kde pedagog svěřené děti skutečně učí a řídí jejich činnost. Jak ale vyplývá z předešlého textu, v Montessori filozofii se dítě učí samo, dospělý je mu spíše průvodcem či vedoucím, proto se zde setkáme častěji s těmito pojmy. V literatuře se lze setkat dokonce i s označením služebník, pomocník nebo organizátor. Ve všech případech se ale jedná o jednu a tutéž osobu – osobu, která by měla být schopna v sobě potlačit své nadřazené postavení a být dítěti partnerem.

Podle Rýdla (2006) jsou zásadními vlastnostmi každého Montessori vedoucího zejména sebevědomí, vyrovnanost, laskavost, spolehlivost, oddanost, ohleduplnost a upřímnost a trpělivost.

2.1.4 Senzitivní fáze

Senzitivní fáze představují dobu, v níž je dítě zvláště citlivé a připravené pro osvojení si nových dovedností, například pohybových, řečových, morálního citění, a řady dalších. Úkolem výchovy je připravovat edukační prostředí, a v něm se vyskytující didaktické pomůcky, právě s ohledem na tyto fáze. Marie Montessori rozlišuje ve vývoji tři základní fáze (Zelinková, 1997):

- období 0-6 let bývá nazýváno jako období absorbující mysli a velkých změn. Je to tvořivé a konstruktivní období, které má zásadní význam pro formování osobnosti dítěte (jak po psychické, tak po fyzické stránce) a pro vývoj inteligence. U dítěte se

rozvíjí řeč, pohyb, smysly, jemná motorika, a později také sociální chování nebo čtení a psaní;

- období 7-12 let, které je obdobím představivosti a zájmu o sociální skupiny. Dítě si v této fázi utváří vlastní názor, je schopno rozlišovat mezi dobrým a zlým, pociťuje potřebu rozšiřování sociálních vztahů, aktivně hledá odpovědi na otázky listováním v knihách a zkoumáním předmětů aj.;
- období 12-18 let, tzv. fáze psychických, fyzických, hormonálních a emocionálních změn, která je v porovnání s předešlými nejméně stabilní, neboť se zde vyskytují pochybnosti, nerozhodnost, náladovost a pocity beznaděje. V této fázi se výrazně projevuje senzitivita pro vlastní důstojnost, touha po nových vztazích apod.

2.1.5 Polarizace pozornosti

Montessori jednoho dne pozorovala tříleté děvčátko, které vkládalo válec do otvoru v dřevěném rámu a zase jej vytahovalo. „*Byla jsem překvapena, jak takto malé dítě vydrží opakovat stejné cvičení znovu a znovu s neupadajícím zájmem ... Řekla jsem tedy učitelce, aby nechala ostatní děti zpívat a pohybovat se po místnosti. To holčičku nikterak nevyrušilo v její práci. Vzala jsem tedy opatrně židličku, na které seděla, a zdvihla ji s ní na malý stolec. Když jsem ji zdvihla, přitiskla k sobě předměty, s nimiž pracovala, položila si je na kolena a pokračovala dál ve své činnosti. Od chvíle, kdy jsem začala počítat, zopakovala celé cvičení dvaadvacátkrát. Pak přestala, jakoby se vracela z nějakého snu. Oči jí jasně zářily*“, popisuje Montessori (2012, s. 101 – 102) jak dospěla k principu polarizace pozornosti. Jedná se tedy o situaci, kdy se dítě, skrze svou vnitřní motivaci a svobodnou volbu, dokáže intenzivně soustředit na zvolenou činnost a je téměř nemožné jej vyrušit. Dítě se této činnosti věnuje tak dlouho, dokud jí není plně nasyceno a uspokojeno. Základními podmínkami jsou zde respektování senzitivních fází dítěte, svobodná volba dítěte, a práce vychovatele, který musí připravit vhodné prostředí vybavené odpovídajícími didaktickými pomůckami (Zelinková, 1997).

2.1.6 Heterogenní kolektiv

V Montessori školách, podobně jako u ostatních alternativních škol, je aplikován princip věkově heterogenních tříd. Mnozí autoři (např. Zelinková, 1997; Rýdl, 2006) se shodují, že jako nejlepší se jeví být smíšení tří po sobě jdoucích ročníků. Takové třídy

poskytují dětem širší možnosti učení a spolupráce, jedná se o tzv. komunikativní (příp. kooperativní) učení. Mladší děti mají možnost sledovat činnosti starších dětí, což jim samo o sobě na jedné straně umožňuje se od těchto dětí učit, na straně druhé to podněcuje jejich zájem a vývoj. Starší děti jsou v takovém prostředí naopak vedeny k toleranci vůči mladším a slabším. Možnost srovnávat se nejen s vrstevníky, ale i se staršími dětmi, zároveň dětem poskytuje přehled o úrovni jejich schopností a dovedností, díky čemuž se učí sebehodnocení a získávají přirozenou sebedůvěru.

2.1.7 Shrnutí

Jestliže bylo úvodem konstatováno, že principy a myšlenky zde prezentované jsou jen výčetem těch nejzásadnějších, je vhodné pro úplnost zmínit i některé další. Uvedme například tzv. elipsu, linii nakreslenou na podlaze, díky které děti mohou cvičit plynulou a koordinovanou chůzi, příp. může vymezovat místo pro hru, společné aktivity apod. Zmínit lze rovněž normalizaci nebo harmonizaci (úzce související s polarizací pozornosti a svobodou dítěte, spočívající v navrácení dítěte do jeho „osobního normálu“); učení v kontextu; práce s odměnou a chybou; princip ticha, klidu a míru a řadu dalších.

Je patrné, že jednotlivé principy spolu souvisí a vzájemně se prolínají. Ani sebelepší prostředí nemusí přinést kýžený efekt, nebude-li vybaveno vhodným didaktickým materiálem respektujícím senzitivní fázi dítěte, nebo nebude-li vedeno ohleduplným, trpělivým a laskavým vedoucím. Analogicky ani sebelepší didaktická pomůcka nemusí v dítěti podnítit tvořivost či zájem, bude-li mu vnucována bez ohledu na jeho svobodnou volbu.

Pokud bychom se pokusili vyjádřit obsah druhé kapitoly několika slovy, zřejmě by mezi nimi neměly chybět pojmy, jakými jsou „svoboda“, „trpělivost“ a především pak „vhodné prostředí“, „porozumění“ a „individuální přístup“. Podnětné prostředí, porozumění a individuální přístup jsou prvky, které obohacují výchovu a vývoj každého dítěte (a nejenom dítěte – vždyť uvedené prvky jsou dnes trendem i v práci s dospělými, například volná pracovní doba, možnost využívání homeoffice, relaxační prostory v zaměstnání, apod.), postižené či jinak znevýhodněné děti nevyjímaje. Koneckonců, byly to právě postižené děti, které inspirovaly Montessori k rozvoji těchto celosvětově respektovaných metod. Nakolik jsou tyto přístupy aplikovatelné při práci s postiženými dětmi dnes, je předmětem následující kapitoly.

3 ERGOTERAPIE

Výraz ergoterapie vznikl složením slov řeckého původu „ergon“ (práce) a „therapia“ (léčení, příp. terapie). Nahradil tak dříve používané výrazy léčba prací či pracovní terapie. V anglosaských zemích je pak používán termín „occupational therapy“, který je využíván i v mezinárodním prostředí (Krivošíková, 2011).

3.1 Definice

Jak podotýkají autorky Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009), ergoterapie je obor se širokou působností, což poněkud znesnadňuje její vymezení. O první definici ergoterapie se pokusil v roce 1914 zakladatel tohoto oboru George Barton, který pracoval s teorií, že existuje-li nějaká činnost, která jednotlivé části lidského těla (orgány, svaly, klouby) poškozuje, musí existovat rovněž činnosti vedoucí k jejich nápravě. Tyto názory jsou dnes již překonané, ergoterapie jako obor však zůstává. V českém prostředí prvně definoval tento pojem roku 1976 Hadraba jako vhodně zvolenou činnost tělesného či duševního charakteru, prováděnou pod zdravotnickou kontrolou, která má léčebnou hodnotu, napomáhá navrátit či nahradit ztracené funkce a zlepšuje celkový stav pacienta (Krivošíková, 2011).

Širší pojetí předkládá Votava (2009, s. 19), dle kterého se jedná o „*mezinárodně rozšířenou a uznávanou zdravotnickou profesi s vlastním vzdělávacím programem, obvykle vysokoškolským, která využívá smysluplné činnosti jako prostředek nebo cíl terapie*“. V souladu s dalšími autory (např. výše zmíněné Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009) nicméně Votava podotýká, že najít jednotnou, stručnou a všezahrnující definici ergoterapie není jednoduché. Česká asociace ergoterapeutů (2008) jí pak definuje slovy: „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti*“.

V odborné literatuře i na internetu lze dohledat řadu dalších definic. Definici podobnou dvěma posledně citovaným například formulovala rovněž Světová federace ergoterapeutů (World Federation of Occupational Therapists – WFOT). Bez ohledu na to, zda je ergoterapie chápána jako činnost, či šířeji – jako zdravotnická profese, lze shrnout, že většina těchto definic hovoří ve své podstatě o tomtéž a vzájemně si neodporují.

3.2 Cíle ergoterapie

Jak vyplývá z předešlého textu, hlavním cílem ergoterapie je pomoci osobě s nějakým postižením (ať už v důsledku vývojové vady, onemocnění, úrazu či přirozeného procesu stárnutí) zachovat si maximální soběstačnost při vykonávání činností běžného života (sebeobsluha, pracovní a volnočasové aktivity apod.) a přispět tak k zachování odpovídající kvality jejího života a plnému zapojení do společnosti. Jelínková s Krivošíkovou v Koncepci oboru ergoterapie pod hlavičkou České asociace ergoterapeutů (2007) tento hlavní cíl podrobněji rozpracovávají do sedmi dílčích cílů:

- smysluplnou aktivitou udržet a podpořit zdraví a duševní pohodu;
- pomoci zlepšit dovednosti, které jsou potřeba při běžných denních činnostech, pracovních činnostech a volnočasových aktivitách;
- pomoci při naplňování sociálních rolí;
- zapojit osobu do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity;
- uplatnit terapii cílenou na klienta, který je součástí terapie a spolurozhoduje o jejím průběhu;
- snažit se začlenit klienta do každodenních aktivit bez ohledu na jeho zdravotní postižení či znevýhodnění;
- pomoci při zvládání nároků v sociálním a fyzickém prostředí.

Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009) rozlišují krátkodobé cíle (podporující nebo kompenzující ztráty schopností ve smyslové, psychické, motorické, kognitivní či sociální oblasti) a cíle dlouhodobé, které vracejí klienta do uspokojivé rovnováhy při vykonávání běžných činností.

3.3 Ergoterapeutické přístupy

Ergoterapie coby samostatná vědní profese má za sebou více než sto let vývoje. Během této doby byly vybudovány určité teoretické základy, které jsou označovány termínem „occupational science“, neboli nauka o lidském zaměstnávání (Votava, 2009). Nutno zdůraznit, že pojmem „zaměstnávání“ jsou v ergoterapii myšleny veškeré činnosti, které člověk během svého života vykonává a jsou chápány jako součást jeho identity (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Jedním z výstupů occupational science je formulace různých ergoterapeutických přístupů, které se odvíjejí mimo jiné od věku klienta a samozřejmě také typu jeho znevýhodnění. Votava (2009) v této souvislosti diferencuje tři základní přístupy:

- přístupy rehabilitační, které vycházejí z původního smyslu slova rehabilitace, tedy návrat k plnému zdraví nebo přinejmenším obnově jednotlivých ztracených funkcí;
- přístupy vývojové, specializované na děti, zejména v předškolním věku. Ergoterapie se zde zaměřuje na podporu správného vývoje dítěte, který by se měl navzdory zdravotním omezením či odchylkám přibližovat vývoji zdravého dítěte. Jde zejména o trénink svalového napětí, vývoj v oblasti smyslových funkcí, řeči, kognitivních funkcí, rozvoje herních aktivit, soběstačnosti či společenských vztahů;
- přístupy činnostní, čerpající z předpokladu, že zaměstnávání je významnou součástí lidského života a je tedy předpokladem rozvoje lidské osobnosti, i když nelze odstranit projevy zdravotního znevýhodnění.

3.4 Dětská ergoterapie

Z uvedeného je zřejmé, že dříve zmiňované tvrzení autorek Jelínkové, Krivošíkové a Šajtarové (2009) o širokém okruhu působnosti ergoterapie má své opodstatnění. Tato skutečnost je na jedné straně dána různými typy znevýhodnění pacientů, na straně druhé také typy klientů, kteří služeb ergoterapeutů využívají. Votava (2009) rozlišuje pět skupin klientů (dospělí s fyzickým postižením, psychiatrickí pacienti, senioři, osoby se smyslovým postižením, děti). Rovněž tak je zřejmé, že v mnoha ohledech odlišný přístup ergoterapeuta bude vyžadován ve vztahu k dospělému člověku, a odlišný například při práci s dětským pacientem. S ohledem na povahu této práce je dále věnován prostor především dětské ergoterapii, která využívá vývojové přístupy.

Ergoterapie u dětských pacientů je využívána především u dětí s vrozeným postižením či v důsledku onemocnění, které je trvale či dlouhodobě poznamenaly natolik, že ve srovnání se svými vrstevníky vykazují deficit v tělesném, duševním nebo intelektuálním vývoji nebo jsou znevýhodněny smyslově. Využití vývojových přístupů lze v tomto případě chápat jako snahu o vytvoření potřebných funkcí a dovedností. Ergoterapie by měla rozvíjet všechny oblasti osobnosti dítěte s ohledem na lékařskou a pedagogicko-psychologickou diagnózu a stupeň psychomotorického vývoje. Cíle dětské ergoterapie jsou orientovány na prevenci, zabránění nebo zmírnění negativních důsledků postižení či nemoci a zamezení nerovnoměrnému rozvoji dítěte. Jde tedy o dosažení co možná největší samostatnosti ve všech oblastech života a integrace mezi vrstevníky. Proto se ergoterapeutičtí pracovníci při práci s dětmi zaměřují na rozvoj jemné i hrubé motoriky, kvalitní přijímání a zpracování smyslových podnětů, koordinaci oko-ruka, apod. (Vodáková, 2007).

Chytrá (2015) společně s Vodákovou (2007) zdůrazňují, že vedle obecných zásad práce s ergoterapeutickými klienty je nutné při práci s dětmi respektovat zvláštnosti dětské osobnosti dané mentálním i fyzickým věkem, a předkládají několik doporučení:

- co možná nejpodrobnější seznámení se s dětským klientem (problémy, zájmy, ale také podmínky, ve kterých žije);
- uplatňovat individuální přístup k dítěti;
- respektovat didaktické zásady, které jsou přiměřené věku, dovednostem a zdravotnímu znevýhodnění dítěte;
- vytvořit program, který dítě baví a pracovat s tím, co má dítě rádo;
- umožnit dítěti při jednotlivých pohybech získávat zkušenosti s vlastním tělem a okolím tak, aby pohyby chtělo opakovat;
- zapojovat do ergoterapeutického procesu vhodné pomůcky;
- v souladu s obecnými cíli ergoterapie (maximální soběstačnost klienta) v případě potřeby upravit uspořádání a vybavení interiéru prostor, které dítě využívá.

„U dětských klientů se ergoterapie uskutečňuje především cílenou hrou pro podporu všestranného vývoje a dosažení co nejlepších funkčních schopností. Uplatňují se didaktické hry i hry pro rozvoj motorických dovedností“ (Klusoňová, 2011, s. 36). Klusoňová hrou označuje jakoukoli spontánní činnost, která přináší dítěti potěšení, obohacuje a podporuje vnitřní motivaci. Díky hře dítě získává nové zkušenosti. Hra je prostředkem, ale i cílem

ergoterapie. Je přirozeným projevem dítěte v batolecím i předškolním věku a je pro něj hlavní činností dne.

3.5 Zdravotně postižené děti v ČR

Votava (2009) se ve své práci věnuje výčtu pracovišť, využívajících ergoterapeutů. Vedle rehabilitačních pracovišť, psychiatrických léčebe, domovů pro seniory hovoří také o školách a dalších zařízeních pro děti. S odkazem na zkušenosti ze zahraničí přitom předpokládá, že v zařízeních pro děti lze očekávat zvyšující se poptávku po práci ergoterapeutů.

Ze šetření, které v roce 2018 realizoval Český statistický úřad, vyplývá, že v České republice bylo v daném roce evidováno 11 200 dětí se zdravotním postižením, dalších bezmála 500 pak v přípravných třídách základních škol. Strukturu dětí se zdravotním postižením navštěvujících mateřské školy podle druhu postižení zachycuje graf 1.

Graf č. 1: Složení dětí se zdr. postižením v MŠ k 30. 9. 2018 podle druhu postižení



Zdroj: vlastní zpracování, dle Hrkal, 2019, s. 16

Z grafu 1 je patrné, že nejčastějším postižením u dětí jsou vady řeči, které představují polovinu všech případů. Závažné vývojové poruchy představovaly 10 % všech postižení, přičemž tento druh znevýhodnění se častěji vyskytoval u chlapců (11 % chlapců a 7,5 % dívek). Obdobné, tedy desetiprocentní zastoupení mají také poruchy autistického spektra, ty

se rovněž vyskytují častěji u chlapců – 11,4 %, zatímco u dívek se toto postižení vyskytovalo v 6,3 % případů (Hrkal, 2019, s. 16).

Již několikrát bylo konstatováno, že ergoterapie může být přínosná při řešení celé řady projevů či důsledků různých typů znevýhodnění. Finlan (2020) jmenuje konkrétní problémové oblasti, s nimiž mohou být ergoterapeuti nápomocni. Jde o děti s vývojovými problémy, s poruchami autistického spektra, s problémy s učením, s potížemi spojenými s pozorností či hyperaktivitou, s poruchami sensorického zpracování, s vývojovou dysfázií či opožděným vývojem řeči, s dyspraxií nebo poruchou vývojové koordinace, s poruchami učení, Downovým syndromem, s duševními obtížemi, popáleninami, rozštěpem páteře, roztroušenou sklerózou, dětskou mozkovou obrnou a dalšími chronickými onemocněními. Přestože tento výčet je podrobnější, většinu těchto typů znevýhodnění lze přiřadit k některé z kategorií postižení definovaných Hrkalem (2019, s. 16) a velmi zjednodušeně tak lze shrnout, že činnost práce ergoterapeutů může být alespoň částečně přínosná většině postižených dětí.

4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Nelze si nevšimnout jistých podobností mezi filozofií Marie Montessori a moderními ergoterapeutickými přístupy.

Montessori pracovala s myšlenkou, že každé dítě má v sobě svůj vlastní stavební plán, jakýsi individuální plán svého osobního rozvoje (Svobodová a Jůva, 1996), který je nutné ve výchově respektovat. Děti sami projevují zájem o své okolí, chtějí být aktivní a činné, a instinktivně se tak rozvíjejí jak po fyzické, tak i intelektuální a emocionální stránce. K tomu je ale nutné, aby se dítě mohlo pohybovat v podnětném a přátelském prostředí, vedeném trpělivým a laskavým vedoucím, který mu ponechá dostatek svobody pro rozvoj dle tohoto individuálního plánu. Obráceně, necítí-li dítě přitažlivost ke svému okolí, pociťuje-li ohrožení či nepřátelství, a není-li mu ponechána dostatečná svoboda, jeho zájem o okolí a interakce s ním mohou být omezovány, v důsledku čehož je narušen jeho vnitřní individuální plán rozvoje. Vedle podnětného prostředí, laskavého vedoucího a svobodného rozhodování dítěte je nutné brát ohled i na další principy Montessori filozofie, zejména respektovat vývojové fáze dítěte, zapojovat vhodné pomůcky a aplikovat individuální přístup k dítěti ve všech ohledech.

Vrátíme-li se nyní k doporučením pro ergoterapeutickou práci s dětmi, velmi zjednodušeně lze shrnout, že tato doporučení značně korelují s výše vzpomínanými přístupy Marie Montessori. První dvě doporučení hovoří o co možná nejlepším seznámení se s dětským pacientem a v souladu s tím uplatňovat individuální přístup při tvorbě ergoterapeutického programu, což je přístup nikoli nepodobný principu respektování svobody dítěte a jeho rozvoji s ohledem na jeho vlastní vývojový plán. Respektování didaktických zásad přiměřených věku, dovednostem a znevýhodnění dítěte v ergoterapeutické praxi je velmi podobné respektování senzitivních fází v Montessori pedagogice. Nutnost vytvořit ergoterapeutický plán tak, aby dítě bavil a pracovat s tím, co má dítě rádo, dále koreluje se svobodou dítěte a podnětným prostředím dle Marie Montessori, které – jak už bylo mnohokrát uvedeno – jsou základním předpokladem správného rozvoje dítěte podobně, jako je přitažlivý ergoterapeutický plán předpokladem úspěšného ergoterapeutického procesu. Podobnou analogii lze hledat i ve využívání pomůcek, ačkoli v ergoterapii lze pomůcky členit do různých kategorií (například pomůcky kompenzační, hmatové, manipulační, terapeutické hry aj.). Je zřejmé, že kompenzační pomůcka v ergoterapii není totéž, co didaktická pomůcka v Montessori zařízeních. Nicméně

některé další pomůcky využívané v ergoterapii, například terapeutické hry či hmatové pomůcky (hmatové pexeso, hmatové míčky, senzorický panel s dotykovými kapsami aj.) bychom jistě našli i v některých Montessori zařízeních, kde mohou sloužit i dětem nepostiženým. V případě posledně zmíněného doporučení pro ergoterapeutickou práci s dětmi hovořícího o upraveném prostředí s ohledem na potřeby dětského pacienta lze zase hledat paralely s připraveným prostředím dle přístupu Marie Montessori.

Vzhledem k šíři záběru ergoterapie nelze následující tvrzení zcela zobecnit, v některých případech ale může Montessori přístup snížit potřebu ergoterapeutické intervence tím, že organicky řeší vývojová zpoždění v prostředí třídy. Shambergová (2019) ve svém příspěvku uvádí: *„Někteří lidé se mylně domnívají, že děti s poruchami chování, ADD, ADHD nebo špatnou socializací jsou nějakým způsobem ‚vadné‘. Montessori však věřila, že jsou pouze výsledkem rozdílů v učení nebo chování, které je třeba studovat a řešit. Dítě, které vybočuje, může ve skutečnosti jen vyjadřovat potřebu, například najíst se, pokud má hlad, odpočinout si, pokud je unavené, povzbuzovat, pokud se cítí nejistě. ... Aktivita ve třídě nemusela splňovat jejich jedinečnou vývojovou fázi a jejich chování by se dalo řešit aktivitou, která by jim byla více přizpůsobena“.*

Podobnost mezi Montessori přístupem a ergoterapií dětí lze spatřovat také ve využívání hry coby prostředku terapie při práci se znevýhodněnými dětmi a prostředku učení a rozvoje osobnosti v případě zdravých dětí.

Jestliže bylo v kap. 3.2 uvedeno, že hlavním cílem ergoterapie je pomoci osobě (v tomto případě dítěti) s nějakým postižením zachovat si maximální soběstačnost při vykonávání činností běžného života, je na tomto místě v rámci hledání podobností vhodné zmínit také jednu z hlavních myšlenek Montessori filozofie „pomoz mi, abych to dokázal sám“.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Cílem práce je zjistit, zda je Montessori přístup přenositelný do dětské ergoterapie, a jaké jeho principy a pomůcky jsou v dětské ergoterapii využitelné.

5.2 Dílčí cíle

1. Načerpání teoretických znalostí prostřednictvím odborných zdrojů o Montessori pedagogice a možnosti jejího využití v ergoterapii.
2. Stanovení výzkumných otázek.
3. Zvolení vhodných metod pro zhodnocení výzkumných otázek.
4. Vybrání vhodných respondentů pro zhodnocení využití Montessori prvků v terapii dětí předškolního věku.
5. Interpretace výsledků.
6. Porovnání výsledků s výzkumnými otázkami.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

S ohledem na výše představený cíl práce byly formulovány následující výzkumné otázky:

V1: Které Montessori přístupy jsou přenositelné do dětské ergoterapie?

V2: Které Montessori hračky využívají ergoterapeuti v rámci dětské ergoterapie?

V3: Proč jsou Montessori hračky přínosné pro dětskou ergoterapii?

V4: Proč dětští ergoterapeuti málo využívají Montessori přístup v ergoterapii?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor sestával z dětských ergoterapeutů, splňujících dvě základní podmínky. První podmínkou byla alespoň základní znalost filozofie Montessori vzdělávání, druhou pak praktická zkušenost s pacienty předškolního věku. Uvedené podmínky vychází z předpokladu, že jen takto zúžený vzorek může poskytnout skutečně relevantní odpovědi na výzkumné otázky.

Orientace v problematice Montessori vzdělávání byla ověřována kontrolní otázkou v dotazníku. Obdobně tomu bylo také v případě praktických zkušeností s dětskými pacienty, tato podmínka byla navíc zdůrazněna v průvodním textu přiloženému k dotazníku.

K okamžiku ukončení sběru odpovědí se vrátilo celkem 82 vyplněných dotazníků, přičemž žádný z dotazníků nebyl vyřazen zcela. Na základě výše definovaných kritérií bylo nicméně do bloku odborných otázek připuštěno pouze 72 respondentů splňující všechna uvedená kritéria – tedy práce s dětmi předškolního věku a znalost Montessori vzdělávání.

8 METODIKA PRÁCE

Pro zodpovězení výzkumných otázek byl zvolen kvantitativní přístup. Nespornými výhodami tohoto druhu výzkumu jsou možnost pracovat s větším výzkumným vzorkem, a tedy i částečně zobecňovat zjištěné skutečnosti, jeho relativně menší časová náročnost či nezávislost výsledků na osobě výzkumníka (Gavora, 2000, s. 31). Zejména prvně uvedená charakteristika, tedy možnost pracovat s větším výzkumným vzorkem, byla významná pro volbu použité metody.

Metodou sběru dat, která byla ve výzkumu využita, je dotazníkové šetření. Dotazník je nejčastěji využívanou metodou zjišťování údajů a jeho hlavní předností je právě možnost získat informace od velkého počtu respondentů. *„Výhodou dotazníku je také jednodušší zpracování a vyhodnocení získaných dat, skutečnost, že respondent může dotazník vyplnit v době a místě, které mu nejvíce vyhovuje a na jeho vyplnění má dostatečné množství času“* (Hlad'o, 2011, s. 30).

V rámci výzkumu bylo užito nestandardizovaného dotazníku konstruovaného s ohledem na výzkumné otázky. Tohoto nástroje bylo využito především proto, že žádný standardizovaný dotazník obdobného charakteru se nepodařilo dohledat. Vstupní část dotazníku obsahovala kromě oslovení respondentů také stručné představení autorky práce, stejně jako charakteristiku výzkumu a jeho cílů. Rovněž zde byla zdůrazněna anonymita výzkumu a apel na svědomité vyplnění dotazníku. Hlavní část dotazníku sestávala z osmnácti otázek, užito bylo jak otázek otevřených (6), tak i otázek polootevřených (3) a uzavřených (9). Těchto osmnáct otázek bylo rozděleno do dvou bloků. Úkolem prvního bloku otázek byla vedle charakteristiky respondentů (jejich věk, zkušenosti, zaměření apod.) také jejich selekce, a to na základě jejich znalosti vzdělávacího systému Montessori a zkušeností s pacienty předškolního věku. Tato selekce vycházela z předpokladu, že ideální respondent by se měl orientovat jak v otázkách Montessori filozofie, tak v problematice dětské ergoterapie. Druhý blok otázek byl více odborný a byl zaměřen na podobnost obou disciplín. Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě prostřednictvím formuláře Google, pro účely této práce byla nicméně zpracována jeho textová podoba, která je součástí příloh (Příloha A).

Ideální situace by nastala tehdy, podařilo-li by se oslovit všechny dětské ergoterapeuty pracující v praxi. Taková situace je ale takřka nereálná, neboť neexistuje žádná ucelená a veřejně přístupná databáze poskytující potřebné informace, zejména pokud

jde o kontakty na konkrétní pracovníky. V první vlně sběru respondentů bylo užito sociální síť Facebook, kde byl dotazník umístěn do skupin „Ergoterapie“ a „Ergoterapeuti z ČR“. Efektivita tohoto distribučního kanálu nenaplnila očekávání autorky, proto byla v rámci druhé vlny sběru respondentů kontaktována konkrétní ergoterapeutická pracoviště pomocí elektronické pošty. Primárně byly hledány kontakty na konkrétní ergoterapeuty, v případě absence těchto kontaktů bylo užito univerzálních emailových adres či adres vedoucích pracovníků s žádostí o distribuci mezi ergoterapeuty. Zcela vyčerpána byla databáze České asociace ergoterapeutů. V závěrečné fázi bylo užito vyhledávače Google, pomocí kterého byli hledáni ergoterapeuti pracující soukromě. Sběr odpovědí byl zahájen dne 11. 2. 2023 a ukončen k 15. 3. 2023, trval tedy 33 dní.

Získaná data byla poté zpracována do přehledných výsečových a sloupcových grafů vytvořených v tabulkách Microsoft 365 Excel, které byly pro větší přehlednost doplněny o četnostní tabulky, taktéž zhotovené v Microsoft 365 Excel. Každý graf, a sním související otázka, je nejprve představen a následně detailně popsán. Popis grafu obsahuje počet respondentů či odpovědí s následným procentuálním vyjádřením, které je uváděno v závorkách. Jednotlivé procentuální hodnoty jsou zaokrouhleny na celá čísla.

Během celého výzkumu byl kladen důraz na důsledné dodržování základních etických zásad. Veškeré osoby, které se do výzkumu zapojily, byly plnoleté, informované o průběhu a okolnostech výzkumu (tato informovanost byla zajištěna jednak průvodním textem zasláným spolu s odkazem na dotazník, a jednak v rámci úvodní části dotazníku), a do výzkumu se zapojily zcela dobrovolně. Sběr dotazníků byl anonymní, autorka tedy nedisponuje osobními údaji vztahujícími se k osobám informantů. Několik respondentů projevilo zájem o seznámení se s výsledky výzkumu, přičemž autorka práce neshledala důvody těmto žádostem nevyhovět. Předání výsledků výzkumu je s těmito respondenty řešeno individuálně a v souladu se principem zachování anonymity.

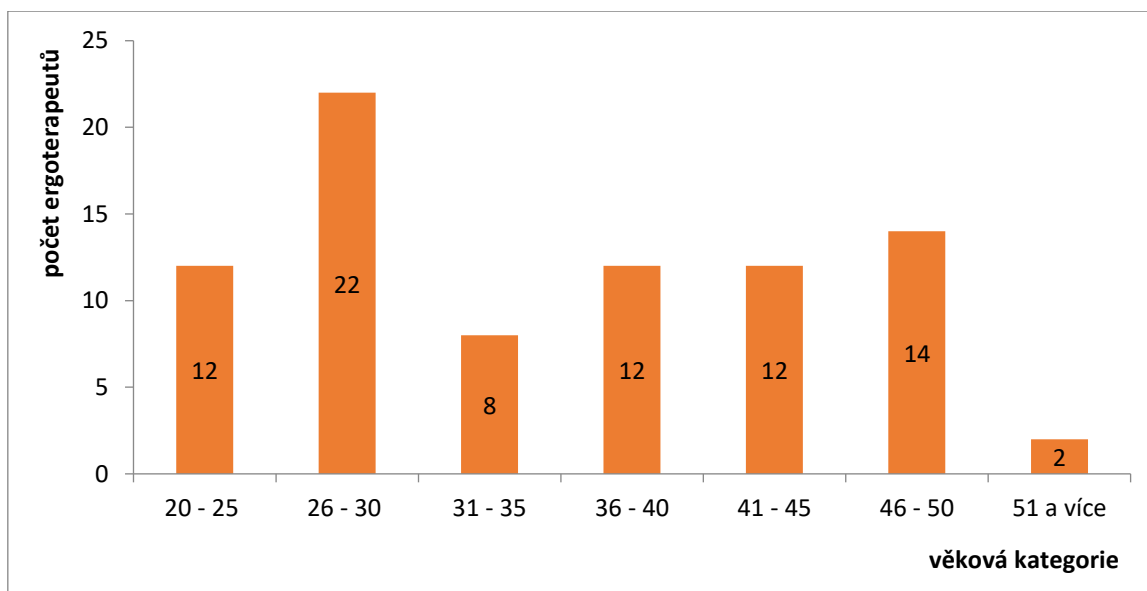
9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V tomto oddíle jsou prezentovány výsledky realizovaného dotazníkového šetření, popsaného výše. Výsledky jsou prezentovány postupně v pořadí, v jakém na otázky odpovídali respondenti.

9.1 Základní informace v dotazníku

Úvodní blok otázek byl předložen všem 82 respondentům. První otázkou dotazníku byl zjišťován věk respondentů. Jednalo se o otevřenou otázku, respondenti zde tedy vypisovali svůj věk přesně. V zájmu přehlednosti a lepší práce s daty byly odpovědi rozčleněny do několika kategorií, viz graf č. 2.

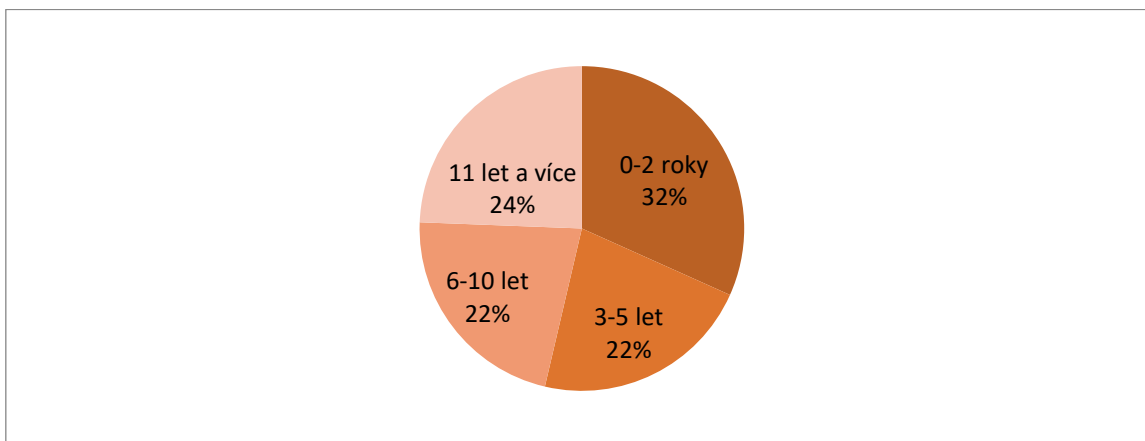
Graf č. 2: Věkové zastoupení respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Je uspokojivé, že se pro výzkum podařilo získat zástupce všech věkových kategorií. Nejpočetněji zde byla zastoupena věková kategorie „26 – 30 let“ (27 % respondentů) a naopak nejméně kategorie „51 a let a více“, reprezentovaná dvěma respondenty (2,4 %). Tuto skutečnost lze vysvětlit tím, že ergoterapie je poměrně mladým oborem.

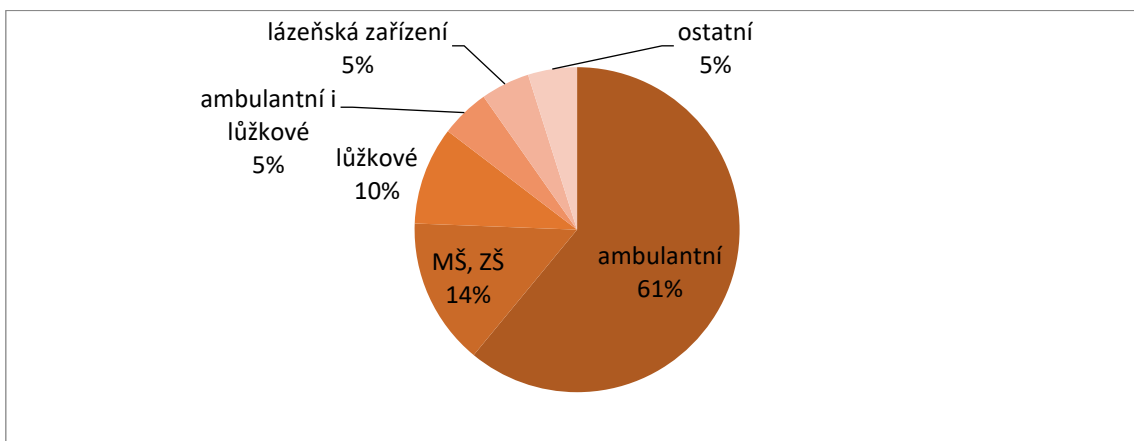
Graf č. 3: Délka praxe respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska délky praxe v oboru byli nepatrně více zastoupeni začínající ergoterapeuti, kteří byli pro účely tohoto výzkumu definováni jako osoby s maximálně dvouletou praktickou zkušeností. Tato skupina respondentů představovala 32 % všech respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou byli naopak ergoterapeuti zkušení (s délkou praxe 11 a více let), kterých byla téměř čtvrtina.

Graf č. 4: Zařízení, v nichž pracují respondenti



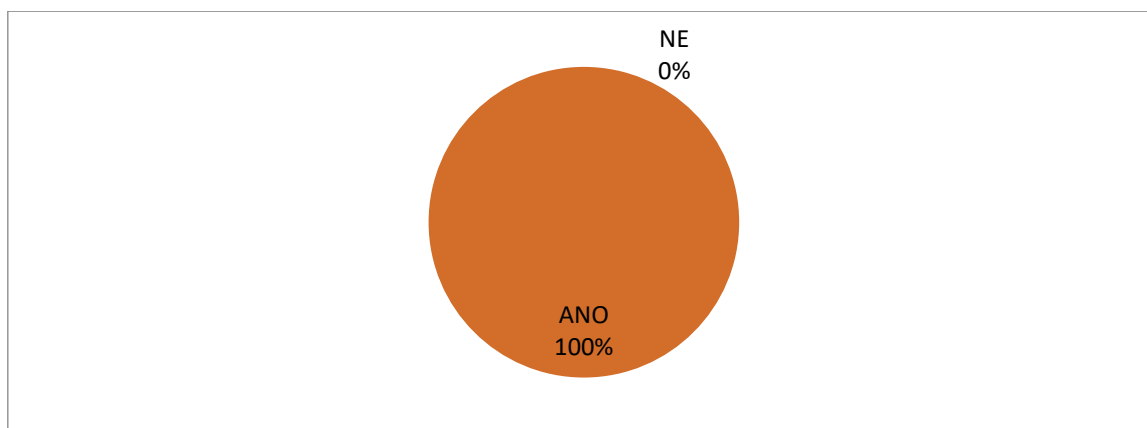
Zdroj: vlastní zpracování

Třetí otázkou dotazníku bylo zjišťováno, v jakých zařízeních vykonávají respondenti svou ergoterapeutickou praxi. Respondenti měli na výběr ambulantní a lůžková zařízení, a dále pak položku „jiné“. U poslední jmenované položky bylo zaznamenáno více odpovědí, než bylo očekáváno, proto byly z přijatých odpovědí doplněny další kategorie. Z grafu č. 4 je patrné, že převážná většina respondentů pracuje v ambulantních zařízeních (61 %), dalších

14 % respondentů v rámci mateřských či základních škol, a 10 % respondentů v lůžkových zařízeních.

Pro selekci dotazníku byla rovněž významná otázka čtvrtá, prostřednictvím které se ověřovalo, zda ergoterapeuti pracují také s dětmi předškolního věku.

Graf č. 5: Podíl respondentů pracujících s pacienty předškolního věku



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 5 zřetelně vyplývá, že všichni zúčastnění respondenti ve své ergoterapeutické praxi pracují i s pacienty předškolního věku.

Tabulka 1: Diagnózy, s nimiž se respondenti nejčastěji setkávají

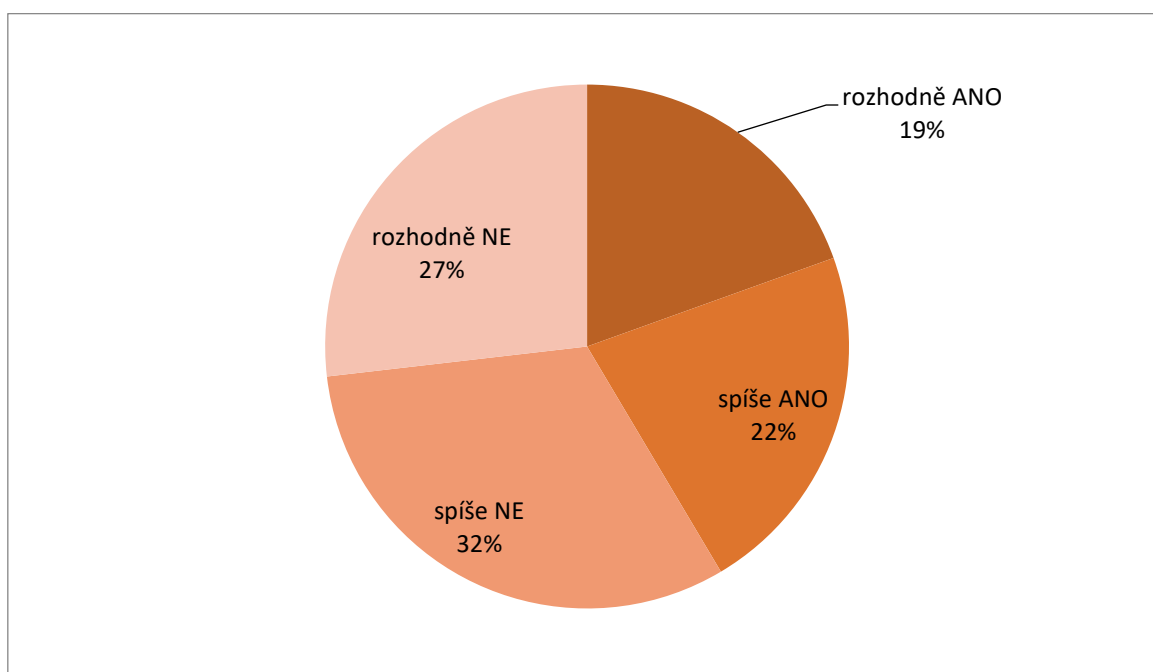
Diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost
PAS	36	44 %
DMO	34	41 %
Vývojová dysfázie	23	28 %
Vývojové vady	18	22 %
ADHD	14	17 %
Dyspraxie	12	15 %
Downův syndrom	10	12 %
Genetické a metabolické odchylky	10	12 %
Neurologické odchylky	9	11 %
Mentální postižení	8	10 %

Zdroj: vlastní zpracování

V rámci páté otázky byli respondenti dotazováni, s jakými diagnózami se ve své praxi nejčastěji setkávají. Jednalo se o otevřenou otázku, respondenti zde tedy odpovídali vlastními slovy. Za účelem statistického zpracování přijatých odpovědí bylo nutné hledat v těchto odpovědích společné znaky, na základě kterých byla tyto odpovědi možné kvantifikovat (viz tabulka 1). Více než 40 % respondentů uvedlo, že se nejčastěji zabývají poruchami autistického spektra (36 respondentů, 44 %), dětskou mozkovou obrnou (34 respondentů, 41 %). Poměrně často se respondenti setkávají také s vývojovou dysfázií (28 %) a vývojovými vadami (22 %), což je termín nepřiliš konkrétní.

Výzkum se dále zajímal také o to, zda mají ergoterapeuti možnost spolupracovat s učiteli svých dětských pacientů. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 6.

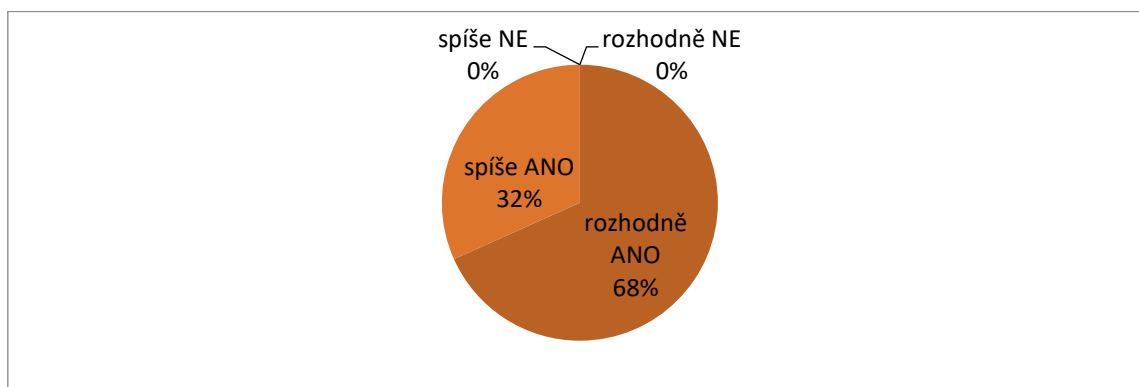
Graf č. 6: Nakolik mají ergoterapeuti možnost spolupracovat s učiteli svých pacientů



Zdroj: vlastní zpracování

Jak vyplývá z grafu č. 6, možnost alespoň částečně spolupracovat či konzultovat s učiteli pacientů zmínilo jen 41 % respondentů. Více než čtvrtina všech dotázaných (27 %) přitom uvedla, že tuto možnost nemá vůbec, další třetina (32 %) jen ve velmi omezené míře. Zda jsou s tímto stavem ergoterapeuti spokojeni, bylo zjišťováno otázkou následující.

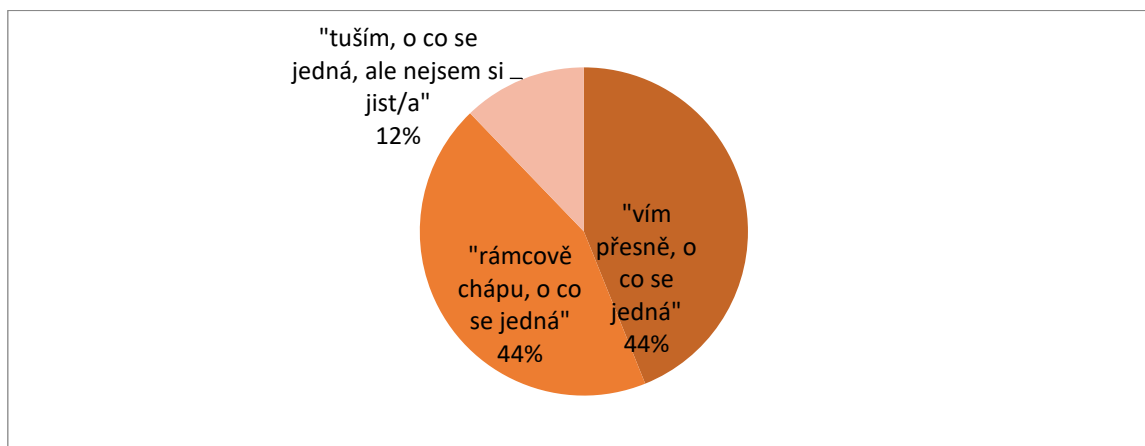
Graf č. 7: *Názor ergoter. na to, zda by měli ergoter. více spolupracovat s učiteli pacientů*



Zdroj: vlastní zpracování

Přestože škála odpovědí sedmé otázky dotazníku byla stejná, jako v případě otázky předešlé, u položek „spíše NE“ a „rozhodně NE“ nebyla zaznamenána jediná response. Všichni respondenti se tedy shodují, že spolupráce či kooperace mezi učiteli a ergoterapeuty by měla být posílena. Položku „rozhodně ANO“ přitom volily dvě třetiny dotázaných, zbývající třetina pak volila opatrnější „spíše ANO“, viz graf č. 7.

Graf č. 8: *Nakolik jsou respondenti seznámeni s filozofií Montessori vzděl. systému*



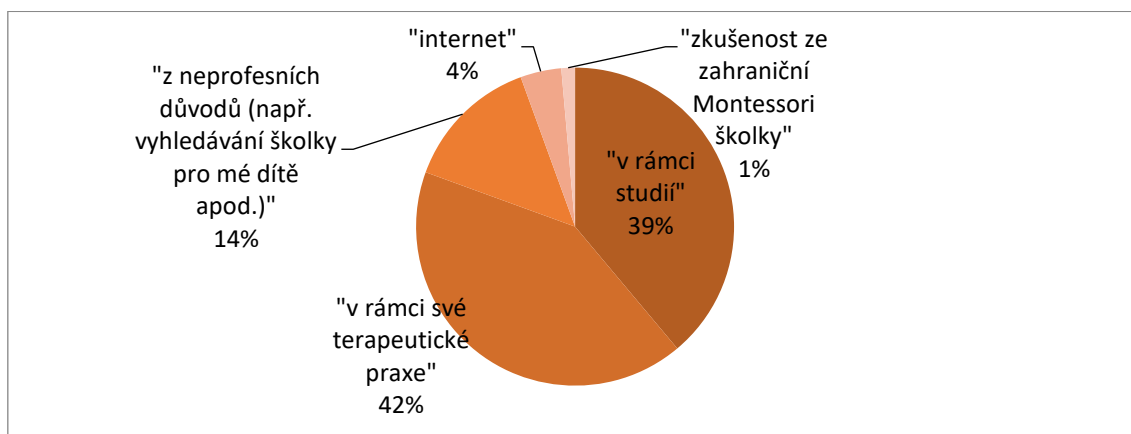
Zdroj: vlastní zpracování

Poslední otázkou úvodního bloku se zjišťovalo, nakolik jsou respondenti seznámeni s filozofií Montessori vzdělávacího systému. Z grafu č. 8 je patrné, že drtivá většina dotázaných (88 %) se alespoň rámcově v problematice orientuje. Pouze 12 % dotázaných (tedy 10 jedinců) projevilo v této otázce nejistotu. Pro těchto 10 respondentů byl dotazník ukončen.

9.2 Odborná část dotazníku

Druhý blok otázek byl předložen 72 respondentům, kteří v rámci osmé otázky dotazníku potvrdili, že je jim známa filozofie Montessori vzdělávacího systému.

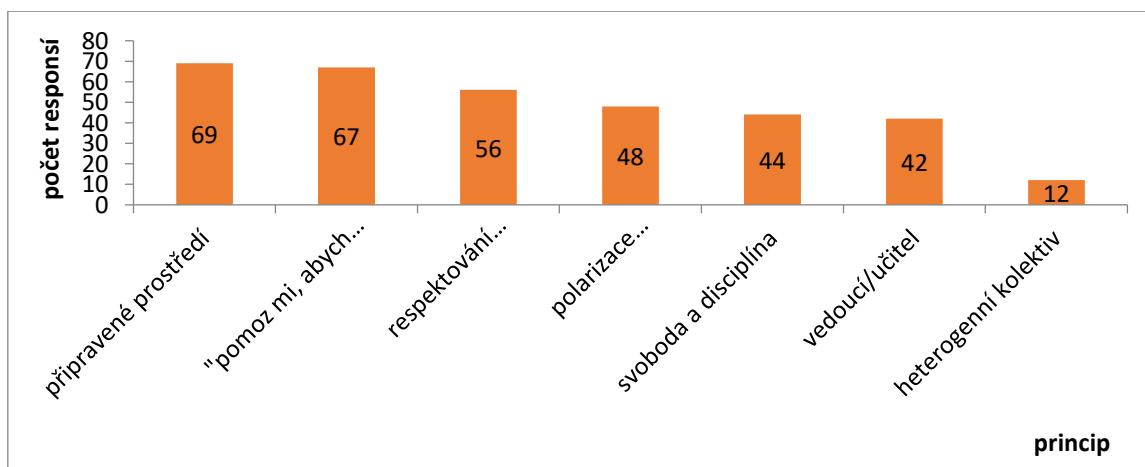
Graf č. 9: Zdroje informací ergoterapeutů o Montessori vzdělávacím systému



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 9 je patrné, že většina ergoterapeutů se s pedagogickým systémem Marie Montessori seznámila v souvislosti se svou profesí – 42 % respondentů až v rámci své praxe, 39 % již během svých studií. Deset respondentů (14 %) se s problematikou seznámilo z důvodů nesouvisejících s jejich profesí.

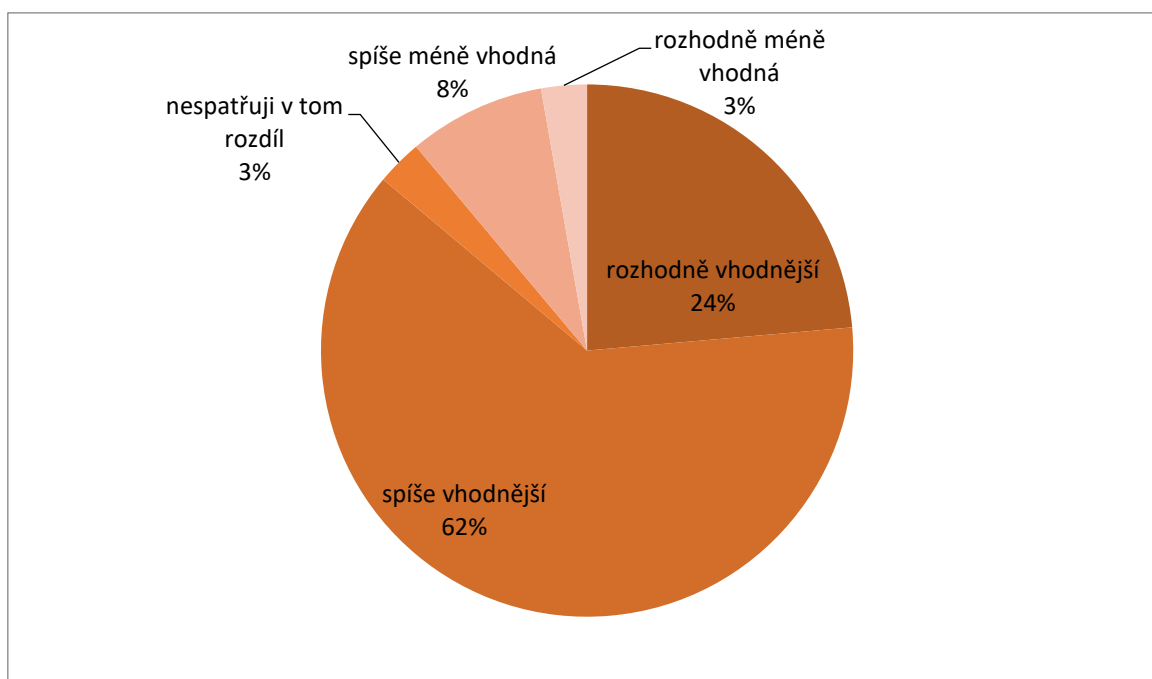
Graf č. 10: Montessori principy, které lze dle respondentů přenést do ergoterapie



Zdroj: vlastní zpracování

Montessori vzdělávací systém je založený na konkrétních principech. Vybrané principy, vymezené v teoretické části této práce, pak byly stručně představeny respondentům s tím, aby označili ty principy, které jsou z jejich pohledu přenositelné do dětské ergoterapie. Získané response ilustruje graf č. 10. Nutno zdůraznit, že v tomto případě se jednalo o otázku s možností výběru více položek, tzv. multiplechoice. Je patrné, že ergoterapeutům přijde nejvíce blízký princip připraveného prostředí (69 respondentů, 96 %), „pomoz mi, abych to dokázal sám“ (67 respondentů, 93 %) a respektování senzitivních fází dítěte (56 respondentů, 78 %). Nejméně pak respondenti vybírali položku „heterogenní kolektiv“, kterou označilo pouze 12 respondentů (17 %).

Graf č. 11: Vhodnost Montessori vzdělávacích zařízení pro ergoterapeutické pacienty ve vztahu k tradičním vzdělávacím zařízením



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 72 respondentů považuje Montessori vzdělávací zařízení pro dětské pacienty za vhodnější než tradiční vzdělávací zařízení 62 respondentů, tedy 86 %. Za méně vhodná považuje tato zařízení 11 % respondentů, a zbývající 3 % zde nespátřují žádný rozdíl.

Tabulka 2: Přínosy Montessori přístupu pro ergoter. praxi perspektivou ergoterapeutů

Uvedené výhody	Absolutní četnost	Relativní četnost
Respekt k individualitě dítěte	30	42 %
Pomůcky (využitelnost a rozsah)	19	26 %
Podpora přirozeného vývoje	16	22 %
Podpora samostatnosti dítěte	14	19 %
Podobnost přístupů (obecně)	8	11 %
Posilování sebevědomí dítěte	7	10 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2 obsahuje nejčastěji se vyskytující odpovědi na otázku, v čem spatřují respondenti největší přínosy Montessori vzdělávání oproti klasickým vzdělávacím zařízením. Nejčastěji uváděnou výhodou je respektování individuality dítěte (42 % respondentů), povaha a množství Montessori pomůcek (26 %), podpora přirozeného vývoje (22 %) a samostatnosti dítěte (19 %).

Tabulka 3: Nevýhody a rizika Montessori přístupu pro ergot. praxi pohledem ergoter.

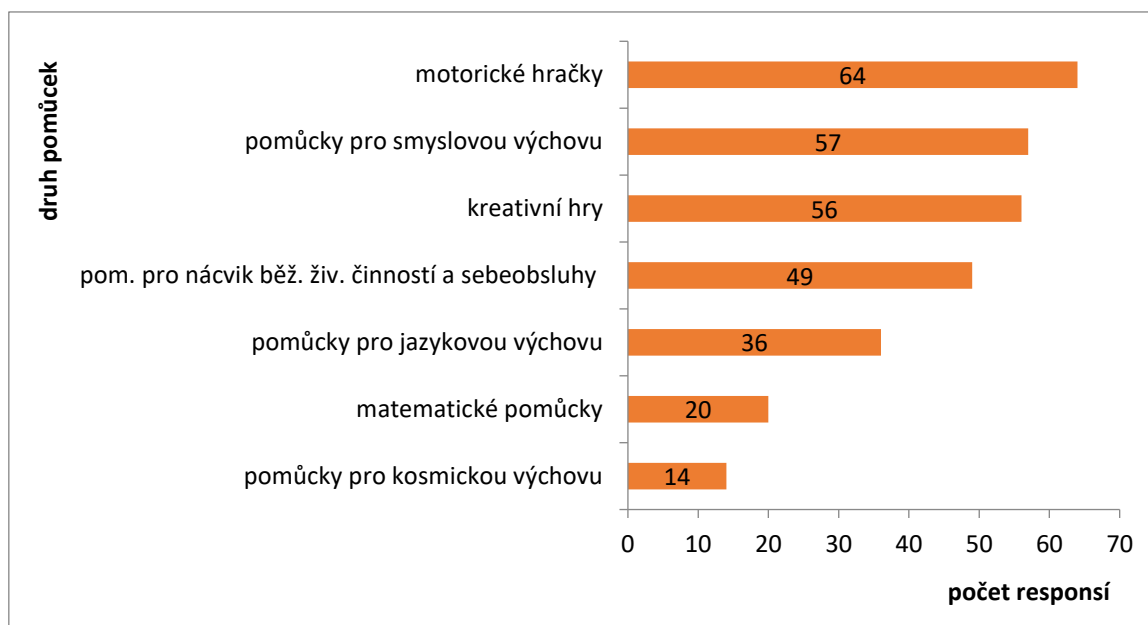
Uvedené nevýhody a rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevím	19	26 %
Nesprávné směřování dítěte	12	17 %
Příliš volnosti	8	11 %
Osoba vedoucího/učitele	6	8 %
Svoboda může být pro některé děti zdrojem stresu	4	6 %
Odklon od hlavních vzdělávacích cílů	3	4 %

Zdroj: vlastní zpracování

Obdobně, jako byli v předešlé otázce dotazováni respondenti na výhody Montessori přístupu pro ergoterapeutickou praxi, byli dotazováni také na nevýhody či možná rizika. V tabulce 3 zaujme zejména nejčastěji uváděná odpověď „nevím“, která byla zaznamenána přibližně u čtvrtiny respondentů (19 případů, 26 %). Ergoterapeuti se také obávají, že volnost v těchto zařízeních (11 %), příp. podpora dítěte v jím vybraných činnostech (17 %), může být proti zájmům ergoterapeutů či potřebám jejich pacientů. Podle některých (6 respondentů,

8 %) může být problematická také nedostatečná kvalifikace pracovníků v Montessori školách. Jiní naopak uvádí, že při správném nastavení se Montessori vzdělávání s ergoterapií vhodně doplňují.

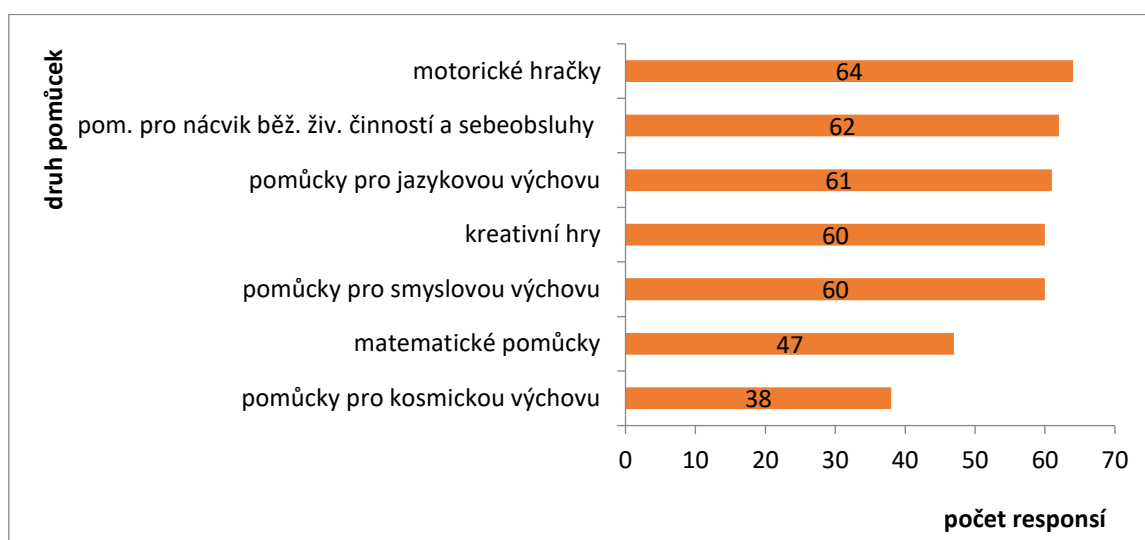
Graf č. 12: Montessori pomůcky využívané v rámci dětské ergoterapie



Zdroj: vlastní zpracování

Čtrnáctou otázkou bylo zjišťováno, které z Montessori pomůcek využívají ergoterapeuti zapojení do výzkumu při své práci. Nejvíce responsí v tomto případě získala položka „motorické hračky“ (např. vhazování, zatlukání a vkládání tvarů, deska s kuličky pro nácvik prstového úchopu, labyrinty, růžová věž apod.), a to 64 ze 72 možných (89 % všech respondentů). Velmi často jsou využívány i další druhy pomůcek, zejména „pomůcky pro smyslovou výchovu“ (57 respondentů, 79 %), „kreativní hry“ (56 respondentů, 78 %) nebo „pomůcky pro nácvik běžných životních činností (zmenšeniny smetáčků a lopatek, konví na zalévání, sušáků na prádlo; zapínací rám pro rozvazování a utahování tkaniček, apod.), které využívá 68 % respondentů.

Graf č. 13: Montessori pomůcky využitelné v rámci dětské ergoterapie



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 je svou konstrukcí podobný grafu č. 12, oproti předešlé situaci ale přináší odpovědi na otázku, které Montessori pomůcky jsou v dětské ergoterapii využitelné, tedy bez ohledu na to, zda je sami respondenti využívají. Zde zaujme především pozoruhodná podobnost v počtu responsí u většiny druhů pomůcek. Dříve jmenované kategorie pomůcek (tedy motorické hračky, pomůcky pro nácvik běžných životních činností a sebeobsluhy, pomůcky pro jazykovou výchovu, kreativní hry a pomůcky pro smyslovou výchovu) jsou přenositelné z Montessori školek do ergoterapeutických pracovišť podle názoru 83 % respondentů nebo více.

Tabulka 4: Další pomůcky využívané ergoterapeuty

Pomůcka	Četnost
Motorické pomůcky	5
Labilní plochy	4
Rovnovážné a balanční pomůcky	3
Pomůcky pro rozvoj vestibulárního systému	2
Pomůcky stimulující sensoriku	2
Pomůcky pro ADL	1
Pomůcky pro zvýšení svalové síly	1
Bobath válce	1

Zdroj: vlastní zpracování

Vedle uvedených kategorií Montessori pomůcek byli respondenti v rámci šestnácté otázky dotázáni, s jakými dalšími pomůckami pracují. Jednalo se o otevřenou otázku, respondentům byl tedy ponechán volný prostor pro vyjádření. Respondenti zde často uváděli pomůcky, které lze přiřadit k některé z výše definovaných kategorií Montessori hraček, např. *buben, maňásci, pexeso, vkládačky* (zřejmě vkládací motorické hry – pozn. autorky), *dřevěné kostky, ozubená kola, aj.* Vedle těchto hraček byly zaznamenány i pomůcky ryze terapeutické, jejichž přehled je obsahem tabulky 4.

Tabulka 5: Diagnózy, při jejichž řešení jsou uplatnitelné Montessori přístupy a pomůcky

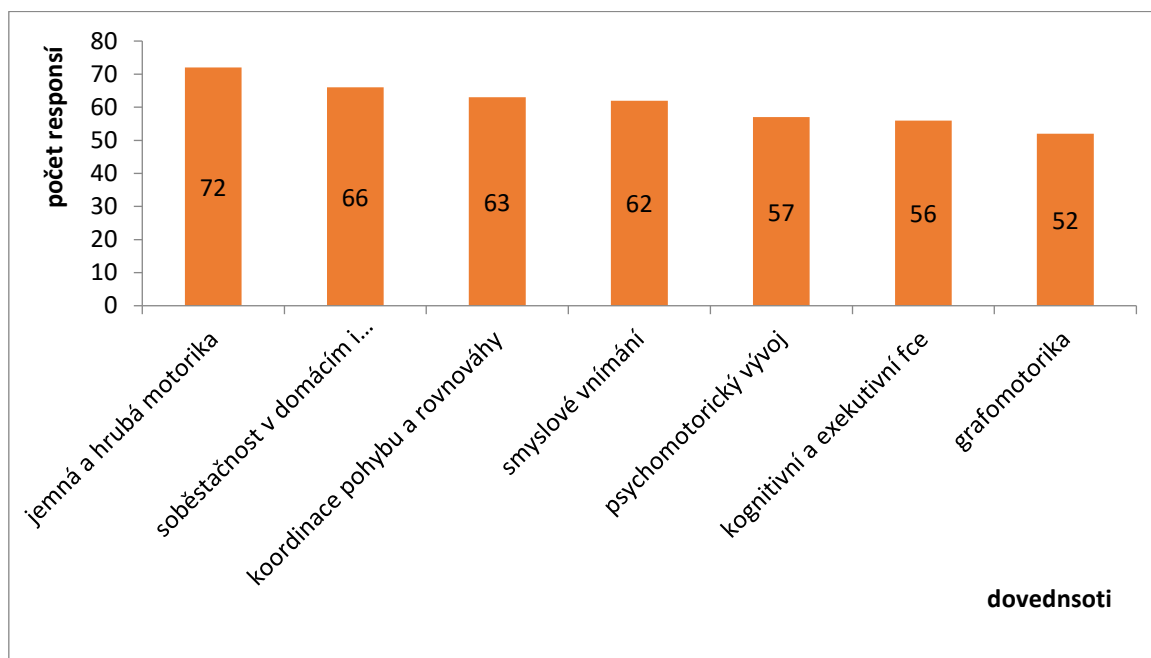
Uvedené diagnózy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Všechny/většina/kombinované	23	32 %
PAS	18	25 %
DMO	17	24 %
Mentální retardace	15	21 %
Vývojová dysfázie	11	15 %
ADHD	9	13 %
Downův syndrom	8	11 %
Neuro-vývojové poruchy	8	11 %
Smyslové vady	6	8 %
Centrální či periferní obrny	3	4 %

Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z tabulky 5, třetina všech respondentů projevila názor, že Montessori přístupy a pomůcky mohou být přínosné při řešení všech (resp. většiny) diagnóz. Z konkrétních diagnóz pak byly nejčastěji jmenovány poruchy autistického spektra (18 respondentů, 25 %), dětská mozková obrna (17 respondentů, 24 %) a mentální retardace (15 respondentů, 21 %).

Poslední otázkou se zjišťovalo, k rozvoji kterých dovedností mohou být Montessori pomůcky využitelné. Jak je patrné z grafu č. 14, všechny uvedené dovednosti získali více než 70 % responsí. Všichni respondenti (celých 100 %) označili položku „jemná a hrubá motorika“, a více než 90 % respondentů označilo také položku „soběstačnost v domácím i venkovním prostředí“.

Graf č. 14: Dovednosti, k jejichž rozvoji mohou být Montessori pomůcky nápomocné



Zdroj: vlastní zpracování

9.3 Shrnutí výsledků

Během realizace výzkumného šetření panovaly obavy, zda se do výzkumu zapojí dostatek respondentů splňujících stanovená kritéria a zda tito respondenti potvrdí relevantní délku praxe. Tyto obavy na jedné straně pramenily z často proklamovaného nezájmu respondentů (resp. jejich zaměstnavatelů) se na výzkumu jakkoli podílet, na straně druhé byly dále umocněny využitím neadresného Facebooku coby distribučního kanálu pro zadávání dotazníků – média velmi populárního mezi mladou generací. Nakonec se tyto obavy nenaplnily, stanovená kritéria splnilo 88 % všech respondentů, tedy 72 jedinců. Praxi s pacienty předškolního věku potvrdili všichni respondenti, znalost problematiky Montessori vzdělávání potvrdilo právě těchto 72 jedinců. Ti se s Montessori filozofií seznámili povětšinou v souvislosti se svým povoláním, ať už v rámci praxe nebo studií. Nejmladším z nich bylo 22 let, nejstarší 56 let, průměrný věk respondenta je 35 let. Více než 70 % dotázaných ergoterapeutů potvrdilo praxi 3 a více let. S ohledem na tato zjištění proto autorka pracuje s myšlenkou, že respondenti byli dospělí, vzdělaní a svéprávní jedinci, znali ergoterapeutické práce s dětmi i základů Montessori filozofie, kteří se do výzkumu zapojili dobrovolně, a jejich odpovědi lze proto považovat za relevantní.

Více než 60 % respondentů pracuje v ambulantních zařízeních, méně často pak ve vzdělávacích či lůžkových zařízeních. Všichni respondenti se přitom domnívají, že by ergoterapeuti měli posílit svou spolupráci s učiteli dětských pacientů, přesto 60 % z nich tuto možnost nemá, resp. má jen v omezené míře.

Naprostá většina dětských ergoterapeutů (86 %) přitom považuje Montessori školky za vhodnější řešení pro své pacienty oproti tradičním vzdělávacím zařízením. Za největší přínos považují respektování individuality každého dítěte a podporu jeho přirozeného vývoje, množství dostupných pomůcek a podporu samostatnosti dítěte, jež je koneckonců jednou ze stěžejních myšlenek ergoterapeutické práce s dětmi. Nevýhod či rizik bylo uváděno méně, nejčastěji se respondenti obávají přílišné volnosti a svobody dítěte, v důsledku kterých se dítě může vyhýbat určitým činnostem, při kterých by jinak mohlo trénovat oslabené schopnosti.

Pokud se týká přenositelnosti Montessori přístupu do ergoterapeutické praxe, nejčastěji uváděnými principy bylo připravené prostředí, „pomoz mi, abych to dokázal sám“ a neméně důležité respektování senzitivních fází dítěte. V případě pomůcek byly nejčastěji uváděny motorické hračky, pomůcky pro nácvik běžných životních činností a sebeobsluhy, pomůcky pro jazykovou výchovu, kreativní hry a pomůcky pro smyslovou výchovu. Tyto kategorie Montessori pomůcek jsou v dětské ergoterapii využitelné dle názoru 83 % respondentů, případně více. Sami ergoterapeuti přitom nejvíce využívají motorické a kreativní hry, pomůcky pro smyslovou výchovu a pomůcky pro nácvik běžných denních činností.

Respondenti hovořili také o diagnózách, při jejichž řešení mohou být tyto pomůcky nápomocny. Třetina z nich uvedla, že některé z Montessori pomůcek lze využít při řešení všech, příp. většiny diagnóz, konkrétně pak byly nejčastěji jmenovány poruchy autistického spektra (25 %), dětská mozková obrna (24 %) a mentální retardace (21 %). Všech 72 ergoterapeutů a ergoterapeutek zároveň uvedlo, že Montessori pomůcky mohou být přínosné při rozvoji jemné a hrubé motoriky, tři čtvrtiny (nebo více) vidí jejich přínos i v rozvoji dalších schopností, jakými jsou celková soběstačnost dítěte, rozvoj koordinace pohybu a rovnováhy, smyslového vnímání, kognitivních a exekutivních funkcí, psychomotorického vývoje nebo grafomotoriky.

DISKUZE

Již v úvodu této práce byly zmíněny některé podobnosti práce Montessori pedagogů a dětských ergoterapeutů, a těmto podobnostem byla dále věnována pozornost v průběhu celé práce, přesto by bylo možno v jejich výčtu pokračovat. Například konstatováním, že oba zkoumané obory píší svou historii přibližně od přelomu 19. a 20. století, a oběma oborům je známo jméno Edourda Séguina, z jehož práce Marie Montessori vycházela, a jež byl zároveň průkopníkem využívání fyzických aktivit jakožto terapie. Značná část těchto společných rysů byla identifikována již v rámci teoretického bádání a realizované šetření tyto závěry do značné míry potvrdilo, vedle toho však přineslo také některé další zajímavé poznatky, které byly interpretovány v předešlých kapitolách. V rámci diskuse budou tedy především rekapitulovány ty výstupy, které se z pohledu autorky jeví být nejvýznamnější, a to s ohledem na formulované výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývá Montessori přístupy, které jsou přenositelné do dětské ergoterapie. V obecné rovině platí, že jak Montessori vedoucí, tak dětský ergoterapeut, pracují se stejným subjektem, v tomto případě dítětem předškolního věku. Sama tato skutečnost předpokládá určitou míru podobnosti v přístupu obou těchto profesionálů. Ve čtvrté kapitole práce byla zmiňována podobnost některých přístupů, lze zrekapitulovat například podobnost připraveného prostředí dle Marie Montessori se zásadou přizpůsobení ergoterapeutického plánu potřebám a zájmům dítěte; respektování senzitivních fází dle Marie Montessori se zásadou respektování didaktických zásad přiměřeným specifickým dítěte při práci ergoterapeuta; respektování svobody dítěte a jeho vlastního vývojového plánu ve vztahu k uplatňování individuálního přístupu při tvorbě ergoterapeutického programu; či heslo Marie Montessori „pomoz mi, abych to dokázal sám“, korespondující se samotnou podstatou ergoterapie. Tyto čtyři principy (spolu s polarizací pozornosti) se zároveň objevují mezi pěticí nejčastěji zmiňovaných Montessori přístupů, které jsou dle respondentů přenositelné do dětské ergoterapie.

Je-li řeč o podobnosti přístupů, zmíněno by mělo být rovněž využívání (mnohdy podobných) pomůcek a hry coby výkonného nástroje využívaného pro dosažení daných cílů. Poněkud paradoxní je, že zatímco v Montessori zařízeních se hra často nazývá činností, v dětské ergoterapii je zavedený pojem „činnost“ někdy nahrazován slovem „hra“. Nicméně, podobně jako v případě přístupů, lze i v případě hraček hovořit o značné míře přenositelnosti. Autorka ve výzkumu pracovala s kategoriemi pomůcek definovanými Marií

Montessori (viz kapitola 2.1.2). Z těchto kategorií jsou v terapii dětí dle názorů ergoterapeutů nejvíce využitelné motorické hračky, pomůcky pro nácvik běžných životních činností a sebeobsluhy, pomůcky pro jazykovou výchovu, kreativní hry a pomůcky pro smyslovou výchovu. Tyto kategorie Montessori pomůcek jsou v dětské ergoterapii využitelné dle názoru většiny respondentů. Sami ergoterapeuti přitom nejvíce využívají motorické hračky (např. vhadzování, zatlučení a vkládání tvarů, deska s kuličkami pro nácvik prstového úchopu, labyrinty, růžová věž apod.), kreativní hry (stavebnice, magnetky, tabule, puzzle apod.), pomůcky pro smyslovou výchovu (růžová věž, barevné schody, třídící misky s žetony, geometrické tvary různých velikostí i materiálů, apod.) a pomůcky pro nácvik běžných denních činností, jakými jsou zmenšeniny smetáčků a lopatek, konví na zalévání, sušáků na prádlo či dětské vyvýšené záhony. Tedy většinu všech Montessori hraček. Tento závěr není překvapivý, vezme-li se v potaz širší působnost oboru ergoterapie. Ergoterapeuti se zároveň domnívají, že alespoň některé Montessori pomůcky mohou být využitelné u většiny řešených diagnóz, což jen dále podtrhuje výše uvedené.

Autorka si v rámci výzkumu rovněž kladla otázku, v čem spočívá přínos těchto hraček pro ergoterapeutickou práci. Odpovědi na tuto otázku lze čerpat především z odpovědí na poslední dvě otázky dotazníku. Z výzkumu vyplynulo, že podle mnohých ergoterapeutů (přibližně třetiny) lze některé tyto pomůcky využít při řešení všech nebo alespoň většiny diagnóz, se kterými je dětský pacient navštěvuje. Konkrétně pak byly nejčastěji jmenovány poruchy autistického spektra, dětská mozková obrna a mentální retardace. Všechny 72 ergoterapeutů a ergoterapeutek zároveň uvedlo, že Montessori pomůcky mohou být přínosné při rozvoji jemné a hrubé motoriky, tři čtvrtiny (nebo více) vidí jejich přínos i v rozvoji dalších schopností, jakými jsou celková soběstačnost dítěte, rozvoj koordinace pohybu a rovnováhy, smyslového vnímání, kognitivních a exekutivních funkcí, psychomotorického vývoje nebo grafomotoriky. Jestliže se v tomto názoru shodují více než tři čtvrtiny dotazovaných ergoterapeutů, lze tyto výstupy považovat za zobecnitelné.

Pokud jde o využívání Montessori přístupů samotnými ergoterapeuty, v tomto ohledu je vhodné rozdělit ergoterapeuty do několika skupin. Z výzkumu vyplynulo, že 12 % ergoterapeutů není s Montessori filozofií seznámeno, a u těchto tedy ani nelze očekávat vědomou aplikaci některých těchto přístupů do jejich ergoterapeutických programů, nebudou-li k tomu nějakým způsobem dále motivováni. Druhou skupinou mohou být ergoterapeuti, kteří některé principy a pomůcky Montessori využívají, ať už vědomě (cíleně) či nevědomě. Tato skupina bude zřejmě nejpočetnější, což koneckonců dokládají výstupy realizovaného výzkumu (například motorické Montessori hračky využívá takřka 90 %

ergoterapeutů; či podobnost/zaměnitelnost některých přístupů rozebraná v úvodu této kapitoly). Třetí skupinu (nikoli však přísně samostatnou) by pak tvořili ergoterapeuti, kteří mají možnost, příp. alespoň ambice, nabídnout skutečně komplexní a efektivní pomoc svým pacientům, nicméně jejich snažení může být mařeno mnoha obtížemi. V obecné rovině může být překážkou nedostupnost, resp. finanční a časová náročnost dalšího vzdělávání (např. pokud jde o Montessori kurzy), a rovněž tak poměrně vysoké ceny většiny Montessori pomůcek. Ještě významnější překážkou je pak nedostatečná mezioborová spolupráce, což potvrzuje i realizovaný výzkum, dle kterého většina (přibližně 60 %) ergoterapeutů nemá žádné, či jen velmi omezené možnosti cokoli diskutovat či kooperovat ve spolupráci se samotnými učiteli jejich dětských pacientů, třebaže všichni dotázaní ergoterapeuti uvedli, že by tato spolupráce měla být posílena. Přesvědčení, které sdílí 100 % dotázaných, by nemělo být ignorováno. Ergoterapeuti by se tak mohli dozvědět více o svých pacientech a ve spolupráci s pedagogy posilovat efektivitu terapeutického programu, zatímco pedagogičtí pracovníci by mohli být lépe informováni o specifických potřebách svěřených dětí. Mnoho diagnóz, s nimiž se ergoterapeuti setkávají, vyžaduje více, než pouhou občasnou návštěvu ergoterapeutického zařízení, a učitelé, s nimiž děti tráví značnou část dne, tak mohou být v tomto procesu významným článkem. V širším pojetí lze pak uvažovat o celých týmech lidí, skládajících se z ergoterapeutů, fyzioterapeutů, speciálních pedagogů, logopedů, lékařů a řady dalších odborníků. Takovéto multidisciplinární týmy fungují v mnoha vyspělých zemích, nicméně v České republice lze spatřovat určitý prostor pro zlepšení. Pohledem statistiky – v České republice, kde žije více než 10 mil. obyvatel, bylo v roce 2021 evidováno asi 1 350 ergoterapeutů, což představuje 12,62 ergoterapeutů na 100 000 obyvatel, zatímco například Dánsko má 190 ergoterapeutů na 100 000 obyvatel, ve Švédsku činí hodnota tohoto poměru 116 a v Belgii 107 (COTEC, 2021, s. 5).

Podobnostmi řešených oborů a vztahy mezi nimi se v českém prostředí mnoho autorů nezabývá, informace tak lze čerpat spíše ze zahraničí. Jennifer Brush se věnuje využití Montessori materiálů v ergoterapii starších dospělých či seniorů, podobnostem Montessori vzdělávání a ergoterapii dětí předškolního věku se pak zabývá například Shoshana Shamberg. Nejvýznamnějšími příspěvky do diskuse se jeví být práce Barbary Luborsky, zejména *Occupational Therapy and Montessori – Kindred Spirits: Moving towards a Scientific and Medical Pedagogy* (Ergoterapie a Montessori – spřízněné duše: sblížení vědecké a lékařské pedagogiky) či *Helping Children with Attentional Challenges in a Montessori Classroom: The Role of the Occupational Therapist* (Pomáháme dětem s problémy pozornosti v Montessori třídě: role ergoterapeuta). V obou případech se ale jedná

spíše o export ergoterapeutických poznatků do prostředí Montessori tříd nežli naopak, nicméně i tato forma kooperace ve svém důsledku přináší mnoho pozitivního pro práci ergoterapeuta, a především pak pro dítě samotné.

ZÁVĚR

Přestože dětská ergoterapie a vzdělávání dětí metodou Montessori jsou dva odlišné obory, podobnost některých jejich rysů je neoddiskutovatelná. V rámci teoretické části práce se podařilo obě tyto profese, jejich specifika i přístupy charakterizovat, a následně byly v rámci shrnutí teoretické části hledány společné rysy obou profesí.

V rámci realizovaného šetření bylo zjištěno, které konkrétní Montessori přístupy a pomůcky jsou do dětské ergoterapie nejenom přenositelné, ale v některých případech i prakticky přenášené. Rovněž se podařilo specifikovat nejvýznamnější výhody a nevýhody Montessori vzdělávání ve vztahu k ergoterapeutické profesi i jejím dětským pacientům, a stejně tak i konkrétní oblasti, v nichž mohou být ergoterapeutům Montessori pomůcky nápomocné. Výzkum se dále zabýval důvody, proč dětské ergoterapeuti málo využívají Montessori přístup ve své praxi a možnostmi, jak tuto situaci zlepšit. A to nejenom jednosměrně, tedy z prostředí Montessori školek do ergoterapeutických zařízení, ale též ve směru opačném.

Vrátíme-li se nyní k hlavnímu cíli práce, lze závěrem shrnout, že řada Montessori přístupů i pomůcek je v ergoterapii nejen využitelná, ale již reálně využívána. To je dáno podobností obou oborů, orientujících na fyzický i kognitivní rozvoj dítěte pomocí aktivit běžného života, odpovídajících věku dítěte a respektujících jeho potřeby a individuum. Přesto lze spatřovat důvody i příležitosti pro další sblížení a propojení obou profesí. Autorka je toho názoru, že právě posílení této mezioborové spolupráce může pomoci všem zainteresovaným subjektům, tedy jak ergoterapeutům, tak i pedagogům či speciálním pedagogům, a v konečném důsledku především znevýhodněným dětem a jejich rodinám. Inspiraci pak lze hledat v zahraničí, v zemích, kde je ergoterapie etablována lépe, než je tomu v České republice.

SEZNAM LITERATURY

Literatura

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HLAĎO, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2011. ISBN 978-80-7375-544-7.

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

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

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

MONTESSORI, Maria. *Tajuplné dětství*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-382-0.

RÝDL, Karel. *Metoda Montessori pro naše dítě: Inspirace pro rodiče a další zájemce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. ISBN 80-7194-841-1.

STANDING, Edwin Mortimer. *Maria Montessori: Her Life and Work*. New York: Plume, 1984. ISBN 978-04-52264-49-6.

SVOBODOVÁ, Jarmila a Vladimír JŮVA. *Alternativní školy*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-19-2.

VODÁKOVÁ, Jitka. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. 2. upr. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2007. ISBN 978-80-7290-322-1.

VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.

WALLS, Clare Healy. *At the Heart of Montessori 6: The Adolescent (12+ years)*. Dublin: Original Writing Ltd, 2008. ISBN 978-19-06018-69-6.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pomoz mi, abych to dokázal: Pedagogika Marie Montessoriové a její metody dne*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-071-5.

Online zdroje

ASOCIACE MONTESSORI ČR. Životopis Marie Montessori. *Asociace Montessori ČR* [online]. [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: <https://asociacemontessori.cz/montessori/zivotopis-marie-montessori/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. Co je ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008. [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.

COTEC. Summary of the Occupational Therapy Profession in Europe. *Council of Occupational Therapists for the European Countries* [online]. 2021. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2021/06/Summary-of-the-Profession-2021-FINAL.pdf>

FINLAN, Timothy. Occupational Therapy. *Nemours Kids Health* [online]. 2020. [cit. 2022-12-13]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/occupational-therapy.html>

HRKAL, Jakub. Děti se zdravotním postižením a osoby se zdravotním postižením žijící mimo soukromé domácnosti. *Český statistický úřad* [online]. 2019. [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/130887156/26002319.pdf/4285473c-ec3e-4725-bf09-5860ee0f9757?version=1.3>

ROBIN, Carine. Who Was Maria Montessori. *Montessori Family* [online]. 2018. [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://themontessorifamily.com/who-was-maria-montessori/>

SAMUELS, Christina A. The „Montessori Mafia“: Why Tech Titans Like Jeff Bezos Support the Model. *Education Week* [online]. 2018. [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://www.edweek.org/teaching-learning/the-montessori-mafia-why-tech-titans-like-jeff-bezos-support-the-model/2018/09>.

SHAMBERG, Shoshana. The Benefits of Montessori Method for All Children When Professionals and Parents Work Together. *Abilities OT & Irlen Diagnostic Center* [online]. 2019. [cit. 2022-12-14]. Dostupné z: <https://www.aotss.com/benefits-montessori-method-children-professionals-parents-work-together/>

SIMS, Petr. The Montessori Mafia. *The Wall Street Journal* [online]. 2011. [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://www.wsj.com/articles/BL-IMB-2034>.

Tištěná periodika

CHYTRÁ, Lucie. Ergoterapie v předškolním a školním věku. *Informační Bulletin ČAE*. 2015, č. 2, s. 14. ISSN 1804-1558.

RODOVÁ, Zuzana a kol. Profil profese ergoterapie v České republice. *REHABILITACE a fyzikální lékařství*. 2021, č. 3, s. 132-138. ISSN 1211-2658.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Přepis použitého dotazníku

PŘÍLOHY

Příloha A – Přepis použitého dotazníku

Vážení respondenti,

mé jméno je Kateřina Škvorová a jsem studentkou posledního ročníku oboru ergoterapie na Západočeské univerzitě v Plzni. V rámci své bakalářské práce realizuji dotazníkové šetření, jehož cílem je zjistit, které Montessori přístupy a pomůcky jsou využitelné v dětské ergoterapii.

Prosím Vás tímto o několik minut Vašeho času při vyplňování tohoto dotazníku a zároveň apeluji na svědomité vyplnění. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji za spolupráci!

BLOK I:

1. Napište svůj věk:

2. Jak dlouho vykonáváte ergoterapeutickou praxi?

- 0-2 roky
- 3-5 let
- 6-10 let
- 11 let a více

3. V jakém zařízení vykonáváte svou praxi?

- ambulantní
- lůžkové
- jiné

4. Pracujete také s dětmi předškolního věku?

- ANO
- NE

5. Jakými diagnózami se ve své praxi nejčastěji zabýváte?

6. Máte při své praxi příležitost konzultovat/spolupracovat s učiteli Vašich dětských pacientů?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- vůbec ne

7. Měli by podle Vás dětsí ergoterapeuti více spolupracovat s učiteli (např. co se týká vhodných činností, úpravy prostředí apod.)?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- vůbec ne

8. Nakolik je Vám známa filosofie Montessori vzdělávacího systému?

- vím přesně, o co se jedná
- rámcově chápu, o co se jedná
- tuším, o co se jedná, ale nejsem si jist/a
- nevím, o co se jedná

BLOK II:

9. Jak jste se seznámil/a s problematikou Montessori vzdělávání?

- v rámci studia
- v rámci své terapeutické praxe
- z neprofesních důvodů (např. vyhledávání školky pro mé dítě, apod.)
- jiné

10. Montessori vzdělávací systém je založený na konkrétních principech, uvedených níže. Které z těchto principů jsou podle Vašeho názoru přenositelné do dětské ergoterapie?

- svoboda a disciplína (tedy možnost dítěte samostatně se rozhodovat, na čem bude pracovat, při respektování nastavených pravidel)
- připravené prostředí (poskytující dítěti dostatek stimulů a možností realizace)
- vedoucí (resp. učitel, respektující osobnost a potřeby dítěte)
- respektování senzitivních fází dítěte
- polarizace pozornosti (respektování a podporování zájmu dítěte)
- heterogenní kolektiv (věkově smíšené třídy)
- „pomoz mi, abych to dokázal sám“
- žádný
- neumím posoudit

11. Domníváte se, že Montessori zařízení ve vztahu k tradičním vzdělávacím zařízením mohou být pro dětské ergoterapeutické pacienty:

- rozhodně vhodnější
- spíše vhodnější
- nespátřuji v tom rozdíl
- spíše méně vhodné
- rozhodně méně vhodné

12. V čem spatřujete největší přínosy Montessori přístupu pro ergoterapeutickou práci?

13. V čem spatřujete největší rizika Montessori přístupu pro ergoterapeutickou práci?

14. Které z uvedených Montessori pomůcek využíváte ve své praxi?

- pomůcky pro nácvik běžných životních činností a sebeobsluhy (zmenšeniny smetáčků a lopatek, konví na zalévání, sušáků na prádlo; zapínací rám pro nácvik rozvazování a uvazování tkaniček aj.)
- motorické hračky (vhazování, zatloukání a vkládání tvarů, deska s kolíčky pro nácvik prstového úchopu, labyrinty, růžová věž aj.)
- kreativní hry (stavebnice, magnetky, tabule, puzzle, dětské kuchyňky a dílny aj.)
- pomůcky pro smyslovou výchovu (růžová věž, barevné schody, třídící miska s žetony, geometrické tvary různých velikostí i materiálů, smyslové míčky, pexeso pro uši aj.)
- pomůcky pro jazykovou výchovu (abeceda s obrázky, mluvící písmenka, foukací míčky pro trénování dýchací techniky aj.)
- matematické pomůcky (různé druhy počítadel, perlový materiál, sada pro výuku násobilky, dětské pákové váhy aj.)
- pomůcky pro kosmickou výchovu (dětské hodiny, mapa sluneční soustavy, modely evolučního vývoje či koloběhu vody v přírodě, globus aj.)
- žádné

15. Které z uvedených Montessori pomůcek jsou dále podle Vašeho názoru využitelné v ergoterapeutické praxi?

- pomůcky pro nácvik běžných životních činností a sebeobsluhy (zmenšeniny smetáčků a lopatek, konví na zalévání, sušáků na prádlo; zapínací rám pro nácvik rozvazování a uvazování tkaniček aj.)
- motorické hračky (vhazování, zatloukání a vkládání tvarů, deska s kolíčky pro nácvik prstového úchopu, labyrinty, růžová věž aj.)
- kreativní hry (stavebnice, magnetky, tabule, puzzle, dětské kuchyňky a dílny aj.)
- pomůcky pro smyslovou výchovu (růžová věž, barevné schody, třídící miska s žetony, geometrické tvary různých velikostí i materiálů, smyslové míčky, pexeso pro uši aj.)

- pomůcky pro jazykovou výchovu (abeceda s obrázky, mluvící písmenka, foukací míčky pro trénování dýchací techniky aj.)
- matematické pomůcky (různé druhy počítadel, perlový materiál, sada pro výuku násobilky, dětské pákové váhy aj.)
- pomůcky pro kosmickou výchovu (dětské hodiny, mapa sluneční soustavy, modely evolučního vývoje či koloběhu vody v přírodě, globus aj.)
- žádné

16. S jakými dalšími pomůckami nejčastěji pracujete?

17. Při řešení kterých diagnóz jsou podle Vás výše uvedené přístupy a pomůcky nejlépe využitelné?

18. K rozvoji jakých dovedností mohou být dle Vašeho názoru výše uvedené Montessori pomůcky nápomocné?

- grafomotorika
- smyslové vnímání
- jemná a hrubá motorika
- koordinace pohybu a rovnováhy
- psychomotorický vývoj
- soběstačnost v domácím i venkovním prostředí
- kognitivní a exekutivní funkce
- jiné