

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychosociálních věd a etiky

Magisterská práce

MOŽNOSTI ERGOTERAPIE V PRÁCI SE SENIORY
(Possibilities of ergotherapy at work with senior citizens)

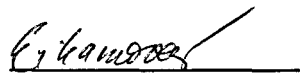
Vedoucí magisterské práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Diplomantka: Daniela Eikamová, DiS.

2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a uvedla veškeré použité prameny informací a prameny literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb. Zejména se skutečností, že UK HTF má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence použití jinému subjektu je UK HTF oprávněna ode mne požadovat úhradu nákladů, které na vytvořené dílo vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.

V Praze dne 29.3.2006



podpis

Za odborné vedení a poskytnuté rady děkuji své vedoucí magisterské práce paní prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. Dále také děkuji ergoterapeutkám Denního centra v Domově Sue Ryder a v Domově sv. Karla Boromejského, zvláště pak klientům Denního centra Domova Sue Ryder, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Zvláštní poděkování za technickou pomoc patří také Ing. Martinu Čerňanskému, Ph.D.

OBSAH

Anotace / Annotation

Úvod	9
1 Vymezení terapie v sociální práci	11
2 Historie ergoterapie	15
3 Česká asociace ergoterapeutů	17
4 Postavení ergoterapie v systému	19
4. 1. Ergoterapeut	20
4. 2. Typy ergoterapie	22
4. 2. 1. Rozdělení rehabilitace	22
4. 2. 2. Rozdělení ergoterapie	23
4. 3. Význam ergoterapie	25
4. 4. Oblasti využití ergoterapie	27
5 Kondiční ergoterapie	31
5. 1. Možnosti využití vztahu arteterapie a kondiční ergoterapie	32
5. 2. Možnosti využití vztahu muzikoterapie a kondiční ergoterapie	34
5. 3. Možnosti využití vztahu biblioterapie a kondiční ergoterapie	36
6 Kondiční ergoterapie v práci se seniory	38
6. 1. Stáří a stárnutí	40
6. 2. Choroby ve stáří	42
6. 3. Ergoterapeut v geriatrici	50
6. 4. Kondiční ergoterapie seniorů v práci sociálního pracovníka	50
7 Program kondiční ergoterapie seniorů	52
7. 1. Techniky kondiční ergoterapie seniorů	54
7. 1. 1. Pracovní techniky	55
7. 2. Cvičení paměti pro seniory	60
7. 2. 1. Techniky užívané při cvičení paměti seniorů	61
8 Obecné cíle kondiční ergoterapie v práci se seniory	63

9 Zkoumání možností účinku ergoterapie na schopnosti seniorů	64
9. 1. Metodika výzkumné studie.....	64
9. 2. Cíl a metody	66
9. 3. Stanovení hypotéz.....	68
9. 4. Úkoly studie	70
9. 5. Výsledky zkoumání a jejich interpretace	71
9. 5. 1. Kazuistika I.	71
9. 5. 2. Kazuistika II.	77
9. 6. Výsledky výzkumu a doporučení.....	84
Závěr.....	88
Shrnutí / Summary	90
Literatura	91

Přílohy

- č. 1 Standardy praxe České asociace ergoterapeutů
- č. 2 Stanovy České asociace ergoterapeutů
- č. 3 Etický kodex ergoterapeuta
- č. 4 Pokyny, jak hovořit se starými lidmi
- č. 5 Dominanty dvojího přístupu ke stáří v dílčích problematikách
- č. 6 Screeningový dotazník Parkinsonovy nemoci
- č. 7 Základní kondiční cvičení
- č. 8 Mini–mental state examination (MMSE)
- č. 9 Test kreslení hodin
- č. 10 Obrazová dokumentace – Rozžehlování voskových barev
- č. 11 Obrazová dokumentace – Vyšívání křížkovým stehem
- č. 12 Fotodokumentace – Práce s papírem
- č. 13 Fotodokumentace – Práce s keramickou hlinou
- č. 14 Fotodokumentace – Cvičení paměti

ANOTACE

Práce se zabývá vymezením ergoterapie v sociální práci a jejím postavením v systému. Blíže se zaměřuje na kondiční ergoterapii v práci se seniory, její využití ve vztahu k arteterapii a muzikoterapii. Uvedeny jsou také techniky kondiční ergoterapie. Praktická část zkoumá zvýšení kvality života seniorů prostřednictvím kondiční ergoterapie.

ANNOTATION

The work deals with the definition of ergotherapy at social work and its position within the system, focusing on constitutional ergotherapy at work with senior citizens and its use in relation to art therapy and music therapy. Constitutional ergotherapy techniques have been outlined as well. The practical part examines the improvement of seniors' life quality through constitutional ergotherapy.

ÚVOD

V posledních letech se stále častěji mluví, a to v různých souvislostech, o nutnosti aktivizace seniorů. Je to dáno především skutečností, že populace stárne a poměr seniorů k osobám v hospodářsky produktivním věku stále více stoupá. Z převážně individuální a rodinné záležitosti se stalo stáří významným společenským jevem.

V České republice se aktivizaci seniorů věnují různé neziskové organizace, charitativní organizace, vzdělávací organizace, Domovy důchodců, Denní stacionáře apod. Nabízejí rozsáhlé množství nejrůznějších kurzů, včetně jazykových a počítačových, dále kulturní akce, cvičení pro seniory, kluby seniorů, nebo také terapeutické programy jako např. taneční a pohybovou terapii, muzikoterapii, ergoterapii aj.

Cílem této magisterské práce je rozšířit povědomí co nejširší veřejnosti o možnostech ergoterapie, zvláště pak kondiční ergoterapie, která se pokouší o dosažení maximální soběstačnosti seniorů, o zvýšení kvality jejich života a snaží se umožnit seniorům vést co nejdéle nezávislý a plnohodnotný život ve společnosti.

Téma kondiční ergoterapie v práci se seniory jsem si zvolila, protože tato oblast je v České republice bohužel stále málo známá. Dokazuje to i nedostatek dostupné literatury. V některých zemích má již ergoterapie svou tradici a stala se respektovaným a plně využívaným oborem v nejrůznějších oblastech. Při budování ergoterapie v našich zařízeních máme tedy možnost „stavět“ na zkušenostech a poznatcích, které už byly v praxi získány. Jsou nám také důkazem funkčnosti a účelnosti této terapeutické metody.

Dalším podnětem pro výběr tohoto tématu byly pro mne také praxe, které jsem absolvovala v Denním stacionáři v Domově Sue Ryder a v Domově sv. Karla Boromejského, při kterých jsem se s využitím kondiční ergoterapie v práci se seniory blíže seznámila.

Oblastí ergoterapie se nebudu zabývat v celé její šíři, neboť je to téma velice obsáhlé, ale zaměřím se pouze na jednu její část, a to kondiční ergoterapii v práci se seniory. Než se však budu podrobně touto kapitolou zabývat, zmíním se nejprve o fenoménu stáří a o ergoterapii obecně.

V této práci se pokusím odpovědět na otázky, co to vlastně je ergoterapie, kde se využívá a proč, jak může pomoci, kdo ji provádí apod. Hlavním tématem, kterým se budu zabývat, je především otázka stáří, aktivizace stárnoucích lidí a zvýšení kvality jejich života a to právě prostřednictvím kondiční ergoterapie.

1 VYMEZENÍ TERAPIE V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Stáří – Světová zdravotnická organizace podle uznávaných odborných kritérií definuje věkové rozpětí 60 – 70 let jako rané stáří neboli vyšší věk. Za počátek vlastního stáří je pak pokládán 75. rok. Lidé, kteří překročí 90 let, jsou považováni za dlouhověké (HAŠKOVCOVÁ 1989 s. 22). Stářím je označen výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 67)

Fenomén – „jev, úkaz, příznak, jev vědomí; objektivní realita postihnutelná smysly a formulovaná pojmem nebo opisem.“ (STRMEŇ, RAISKUP 1998 s. 83)

Stárnutí – „věk 50 let je považován za jakýsi mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Zhoršení některých funkcí a první viditelné změny tuto skutečnost potvrzují. Člověk se musí vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se odhadovat svoje aktuální možnosti.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 401) Vlivem stárnutí dochází tedy ke zhoršení tělesných funkcí a v důsledku toho ke změně hodnotového systému. Dále se mění sebehodnocení i postoj ke světu. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 437) Stárnutí jako postupující řada změn má tedy u člověka nejen stránku biologickou, ale i psychologickou a sociální. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 67)

Ageismus – „postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, event. až odporem ke starým lidem. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 443)

Terapie – neboli léčba, je v úzkém slova smyslu „lékařská činnost zaměřená na překonání nemoci nebo chorobného stavu; léčba kauzální se zaměřuje na příčiny nemoci, léčba symptomatická na její příznaky, projevy; podle užitých

léčebných prostředků: léčba farmakologická, fyzikální, chirurgická a psychoterapie.“ (HARTL 1993 s. 97) Terapie v širším slova smyslu je psychosomatické působení na člověka za účelem zlepšení jeho funkcí. Specifické pojetí terapie představuje psychoterapii, muzikoterapii, zooterapii (využití zvířat v terapii), canisterapii (využití psů v terapii), dramaterapii, arteterapii, ergoterapii aj.

Ergoterapie – léčba prací, pracovní terapie nebo lépe řečeno činnostní terapie. „Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, eventuálně činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.“ (www.cae.ergoterapie.cz) Při ergoterapii se využívají různé pracovní činnosti, které se vybírají kromě jiného hlavně podle zdravotního stavu klientů. Ergoterapie je často spojena s rehabilitací.

Související pojmy:

Ergonomie – „zabývá se vztahem mezi člověkem a technickými systémy, které vytváří, pracovními činnostmi a podmínkami, v nichž pracuje.“ (HARTL 1993 s. 46)

Ergologie – „věda zabývající se studiem lidské práce.“ (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 7)

Ergodiagnostika – „komplexní testování pracovního potenciálu člověka na modelových pracovních výkonech s cílem navrhnout plán pracovní rehabilitace, zařazení do pracovního poměru, vhodné rekvalifikace.“ (VODÁKOVÁ 2005) Při testování se hodnotí především motorické, sensorické a kognitivní funkce. Důležitá je i míra soběstačnosti a samostatnosti. Výsledky ergodiagnostického vyšetření jsou podkladem pro vypracování krátkodobého a dlouhodobého ergoterapeutického plánu pro klienta. (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ, CETTLOVÁ 2003 s. 78)

Arteterapie – „je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám (v užším pojetí formám výtvarného umění, v širším i jiných uměleckých oborů). Pracuje zejména s tvorbou a reflexí zaměřenou na proces či produkt. Prvořadým cílem zde není vytvoření uměleckého díla, ale prostřednictvím sebevyjádření, rozvíjení tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracováním osobně významného tématu dosáhnout odstranění nebo zmírnění obtíží nemocného člověka.“ (SLAVÍK 2000 s. 35)

Muzikoterapie – dnes častěji uplatňovaná definice muzikoterapie jako léčení hudbou poskytuje nanejvýš jen provizorní informaci. Zužující výměr tkví v tom, že v řadě případů nemusí jít o léčení ve vlastním slova smyslu, nýbrž o jinak motivovanou medicínskou aplikaci hudby. Jestliže hudba např. tiší bolest, napomáhá diagnóze nebo působí preventivně, jde o účinky jistě blahodárné, ne však přímo léčivé. (LINKA 1997 s. 37) Podle Waltera Simona muzikoterapií rozumíme podle diagnózy specifickou léčebnou metodu, která užívá specifického hudebně komunikativního média receptivního i aktivního, aby docílila terapeutických efektů při léčení onemocnění. (LINKA 1997 s. 38)

Kognitivní terapie – „forma psychologické terapie spočívající v dialogu, jehož cílem je naučit pacienta podrobovat své pocity a emoce rozboru rozumem. Kognitivní terapie, která se často spojuje s terapií behaviorální¹ trvá podle potřeby tři měsíce až dva roky. Je indikována zejména u úzkostných poruch a depresí s výjimkou těžkých melancholií a fobií, obsesí² a traumatických neuróz.“ (SILLAMY 2001 s. 96) Kognitivní metody se nejlépe uplatňují u lidí, kteří jsou schopni popisovat své vlastní myšlenky a fantazie. Metody terapie: správné pojmenování objektů a situací, vytváření hypotéz, ověřování jejich platnosti a vylučování těch chybných. Tyto metody

¹ Behaviorální terapie – „psychoterapie založená na principech učení, zvláště podmiňování, snažící se nahradit nevhodné postoje jinými, lépe adaptovanými.“ (SILLAMY 2001 s. 24)

² Obsese – „intelektuální nebo emoční starost, která se nenucuje do vědomí. Může to být zbytečná pochybnost, oplzlá myšlenka nebo absurdní problém; někdy je to obava z provedení směšného, odporného nebo trestného činu.“ (SILLAMY 2001 s. 135)

jsou založeny na dovednostech, které lidé používají automaticky, aniž by si těchto operací byli vědomi. (BECK 2005 s. 157)

Součástí kognitivní terapie je především technika cvičení paměti:

Cvičení paměti – „Tam, kde hovoříme o péči o zdraví jsme zvyklí setkávat se s trénováním typu tělesného cvičení. Kdo chce být zdrav, cvičí. Trénování typu cvičení se však může týkat i jiných činností. Trénování paměti je příkladem jiného druhu zdravotních – zde mentálních – aktivit.“ (KŘIVOHLAVÝ 2001 s. 120) „Trénování paměti pomáhá prevenci krátkodobých a dlouhodobých obtíží. Dobře fungující paměť nám pomáhá lépe se orientovat v těžkých životních situacích a lépe zvládat životní úkoly.“ (KŘIVOHLAVÝ 2001 s. 133)

Činnostní terapie neboli aktivizace – „záměrná činnost a cílevědomé úsilí podněcovat a stimulovat aktivitu, udržovat anebo zvyšovat aktivační úroveň.“ (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ 2003 s. 14). Je využívána jako prevence deprivace nejen u dětí, ale i u dospělých. „Používá se často u klientů delší dobu hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních. Dále se aktivizace zařazuje u klientů v domovech důchodců, u geriatrických pacientů nebo např. u pacientů trpících demencí.“ (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ 2003 s. 14)

2 HISTORIE ERGOTERAPIE

Termín ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon, což znamená práce, a therapia, které znamená léčení. U nás se často překládá jako léčba prací.

Ergoterapie je hodně stará léčebná metoda. „O povzbudivém vlivu práce, sportu a různých činností na lidské zdraví věděli již starověcí lékaři.“ (PFEIFFER 1989 s. 7) První vědomé a účinné využití léčby prací je zaznamenáno v Řecku 124 let před naším letopočtem. Tato metoda byla využívána u duševně nemocných. Se zánikem antické civilizace však byla tato metoda zapomenuta a zůstala nepovšimnuta po celý středověk.

Další známý pramen se nám objevuje až v roce 1425. V tomto roce Alfons V. založil nemocnici pro psychicky nemocné – „nemocnici všech zemí, národů i vyznání“. Práce zde byla zavedena přímo jako léčebný prostředek. „Ale jako skutečně léčebnou metodu ji použil ponejprv Phillipe Pinel ve Francii. U nás ji zaváděl v minulém století lidový léčitel Vincenc Priesnitz v lázních Jeseníky. Rovněž v psychiatrických ústavech byla léčba prací zavedena u nás již v minulém století, zvláště práce v zemědělství a zahradách, které přiléhaly k ústavním zařízením.“ (PFEIFFER 1989 s. 7) Např. v Brně podobné metody v psychiatrické léčebně zaváděl doktor Čermák.

Koncem 19. století se od této formy léčby ustoupilo pro negativní reakci vyšších společenských vrstev, kteří práci považovali za cosi ponižujícího a nemohli ji připustit u svých příbuzných. Do ústavů byly zavedeny nejrůznější hry, umělecké ruční práce aj. Tyto činnosti však nepřinášely stejně dobrý účinek jako dříve práce na zahradě či přilehlém statku. Do popředí se dostala medikamentózní léčba a pracovní terapie byla zatlačena do pozadí. Práce nemocných se začíná hodnotit ekonomicky. Hlavně chudí nemocní si vydělávají na pobyt a jídlo.



Po první světové válce nastává období znovuobjevení ergoterapie z důvodu nutnosti rychlé rehabilitace civilního obyvatelstva i raněných vojáků. Druhá světová válka přinesla i organizační opatření a vykrytalizování této léčby. (PULKERTOVÁ)

„Tradičně se ergoterapie uplatňovala v tuberkulózních sanatoriích. Znamé jsou metody její aplikace F. Hamzou, zakladatelem dětské tuberkulózní léčebny v Luži – Košumberku. Později o svých zkušenostech přednášel na lékařské fakultě v Brně.“ (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 8)

Od roku 1913 se stal významným představitelem a průkopníkem ergoterapie v naší zemi profesor R. Jedlička, který tuto metodu aplikoval v Praze ve svém ústavu - léčily se zde děti s postižením a také váleční invalidé z první světové války. Profesor Jedlička zde zrealizoval svou ideu o komplexní rehabilitaci. Byl to velký převrat v péči o lidi s postižením. (PULKERTOVÁ)

„S tímto ústavem spolupracovali také pedagogové, kteří se zabývali ergoterapií obecněji, např. F. Bakule, A. Bartoš aj. Mezi ně patří i V. Trnka, který si doplnil vzdělání na lékařské fakultě a publikoval významnou práci s ergoterapeutickou problematikou s názvem Zaměstnávání dětí jako součást léčby a výchovy.“ (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 8) Myšlenku R. Jedličky podporovala také řada lékařů. Na jejím podkladě byly zakládány nové ústavy, např. v Liberci, v Bratislavě aj.

„Další výrazný rozvoj ergoterapie byl zaznamenán s epidemiemi dětské obrny v období po první světové válce do počátku 50. let, kdy A. Salk objevil očkovací látku proti této zákeřné chorobě.“ (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 8) Tato nemoc postihovala jen některé svaly nebo svalové skupiny. Bylo proto třeba vymyslet vždy konkrétní činnost, aby postižené svaly byly cílevědomě zatěžovány. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 8) V současné době se ergoterapie dále rozvíjí. Je využívána na řadě pracovišť a ústavů v zahraničí i u nás. Byla také založena Česká asociace ergoterapeutů.

3 ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

Česká asociace ergoterapeutů (ČAE) je dobrovolnou profesní organizací nejen ergoterapeutů, ale i osob působících v ergoterapii. Její sídlo je v současné době v Praze na adrese: Albertov 7, 128 00 Praha 2.

V České republice byla asociace ergoterapeutů založena v roce 1994 v Ostravě. ČAE je registrovaná Ministerstvem vnitra České republiky jako nezisková organizace.

Česká asociace ergoterapeutů má své standardy³, které se týkají profese ergoterapeuta a stanov⁴, jež obsahují charakter sdružení, základní cíle, práva a povinnosti členů atd. „Úkolem ČAE je informovat širokou veřejnost o rozvoji ergoterapie u nás, její potřebě a přínosu jak pro lidi s postižením, tak i pro celou společnost. ČAE pracuje v sekci pro rozvoj ucelené rehabilitace při MZ ČR a aktivně vede jednání s VZP ČR, aby ergoterapie byla náležitě bodově ohodnocena a mohla být poskytována všem, kteří ji budou potřebovat.“ (propagační materiál ČAE)

V současné době je v České republice ergoterapie českou národní zdravotní pojišťovnou ohodnocena těmito body: kondiční ergoterapie 50 body a individuální cílená ergoterapie (specifická) také 50 body. (<http://cnzp.sky.cz>)

„V rámci ČAE byla vytvořena komise pro vzdělávání, která koordinuje studium na odborných ergoterapeutických školách s ohledem na evropské standardy ve výuce ergoterapie a spolupracuje s ENOTHE - sekce pro vzdělávání ergoterapeutů v evropských zemích založená v rámci COTEC (committee of occupational therapists for the European communities) – Evropský výbor pro ergoterapii. ČAE udržuje čilé kontakty se světem, je pozorovatelem COTEC a zaslala žádost o přijetí za asociačního člena WFOT

³ Příloha 1

⁴ Příloha 2

(world federation of occupational therapists) – Světová federace ergoterapeutů.“ (propagační materiál ČAE)

Česká asociace ergoterapeutů se pokouší o to, aby prosadila ergoterapii jako profesi, neboť si myslí, že ne každý, kdo podobně pracuje s klientem (aktivizace klienta) by měl být nazýván ergoterapeutem. To se v současné době děje velmi často. Profesí ergoterapeut by byl jen ten, kdo by měl vzdělání v tomto oboru (www.cae.ergoterapie.cz):

1. ergoterapeut s bakalářským titulem - po absolvování bakalářského studia na 1. LF UK v Praze, ukončeného zkouškou a obhájením diplomové práce,
2. diplomovaný ergoterapeut – po ukončení studia na Vyšší zdravotnické škole, ukončeného absolutoriem a obhájením závěrečné práce,
3. ergoterapeut – absolvent pomaturitního specializačního studia v Léčbě prací na IDV PZ v Brně, ukončeného závěrečnou zkouškou,
4. absolvent experimentálního pomaturitního studia ergoterapie – tříleté studium zakončené pouze absolutoriem bez diplomu.

Kromě výše jmenovaných činností Česká asociace ergoterapeutů dohlíží na dodržování Etického kodexu ergoterapeutů a Standardů praxe. Dále v rámci profesní organizace pracuje také Etická komise a skupina pro monitorování ergoterapeutické praxe. (www.cae.ergoterapie.cz)

4 POSTAVENÍ ERGOTERAPIE V SYSTÉMU

„Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.“ (<http://www.neurorehabilitace.cz>) Je to metoda, která se opírá, na rozdíl od převážné většiny ostatních léčebných postupů, o zdravé složky nemocných či postižených klientů, ať už fyzicky nebo psychicky. Tyto složky pak dále podporuje, upevňuje a rozvíjí. (<http://www.czcom.cz>)

Ergoterapie tvoří souvislý proces, který začíná u lůžka pacienta a končí jeho uplatněním v běžném životě. Ergoterapie má velmi povzbudivý účinek na udržení či znovuzískání ztracených sil a hlavně také sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění a hlavně od bolesti a snaží se zbavit nemocného pesimistických myšlenek, které se objevují u většiny klientů. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 7)

Ergoterapie aktivně využívá poznatků několika medicínských oborů, ale také praktických zkušeností ergonomie a ergologie. V analytické i praktické činnosti využívá ergometr, což je přístroj měřící svalovou práci, dále také ergograf, který se používá pro zaznamenávání činnosti svalů, a další přístroje. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 7)

Ergoterapie doplňuje ostatní formy léčebné rehabilitace nebo je event. nahrazuje a to v případech, že jsou náročnější na čas i na celkovou dobu léčení nemocného. Je třeba vidět rozdíl mezi ergoterapií a fyzioterapií. Fyzioterapie je léčba různých chorob fyzikálními prostředky. Jsou zde kombinovány různé metody, jako např. masáže, vodoléčba, elektroléčba, solária aj.

V ergoterapii nesmíme zapomínat na to, že je to aktivní léčebná metoda, a proto není proveditelná bez aktivní či pasivní spoluúčasti klienta. Je proto důležité klienta motivovat a pro práci ho získat. Často je nutné přesvědčit i jeho rodinu o účelnosti ergoterapie. Toto je jedním z hlavních úkolů ergoterapeuta.

4. 1. Ergoterapeut

Ergoterapeut je podle české asociace ergoterapeutů odborně vzdělaný pracovník, který pracuje na základě indikace lékařem. Měl by ve spolupráci s ošetrovatelským personálem zajistit bezpečnost prostředí, doporučit preventivní opatření, kompenzační pomůcky a zapojit klienta do vhodných individuálních či skupinových aktivit. (<http://zsf.osu.cz>) Ergoterapeut se řídí etickým kodexem ergoterapeuta, který vydala Česká asociace ergoterapeutů v České republice.⁵

Podle vyhlášky ze dne 30. června 2004 (<http://www.radiolog.cz>), kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je ergoterapeut v § 6 definován jako pracovník v oblasti ergoterapie (léčba prací), který stanovuje a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle, který lékař požaduje.

Ergoterapeut, podle výše uvedené vyhlášky, zejména provádí:

- a) „ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL),
- b) hodnocení a nácvik běžných denních činností (Activities of daily living = ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí,
- c) hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí,
- d) specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu se podílí na zpracování dlouhodobého plánu komplexní rehabilitace,
- e) aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšit funkční schopnosti pacienta,

⁵ Příloha 3

- f) navrhuje a případně zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- g) poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce⁶ poruch a onemocnění,
- h) podílí se na ergodiagnostice, analyzuje zbylý pracovní potenciál, trénuje toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených,
- i) navrhuje a případně provádí preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracuje a edukuje v tomto směru všeobecnou sestru, pacienty a jimi určené osoby, působí v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb pacientů,
- j) seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče, podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením.“

Dále podle výše uvedené vyhlášky ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace může provádět poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání a úprav pracovního prostředí; aplikuje zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, může doporučit vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí atd. Ergoterapeut se také podílí na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře na výcviku komunikačních a rozumových funkcí.

„Jedna ergoterapeutka může vést současně šest až osm rehabilitantů. Během jednoho dne může zabezpečit ergoterapii pro dvanáct až šestnáct rehabilitantů. Při testování nebo nácviku soběstačnosti se musí věnovat pouze jednomu rehabilitantovi. Naopak při kondiční ergoterapii jako nespecifické aktivaci může zaměstnávat současně deset až patnáct osob. Tak probíhá terapie v léčebnách dlouhodobě nemocných, na otevřených

⁶ Substituce – „nahrazení jednoho předmětu jiným nebo jedné činnosti druhou. Tento mechanismus se objevuje, je-li tendence frustrována. Jedinec, který nemůže dosáhnout svého původního cíle, ho nahrazuje jiným objektem, který mu umožní snížit nahromaděnou tenzi. Substituce dává iluzi uspokojení, ale neutišuje potřebu. (SILLAMY 2001 s. 207)

psychiatrických odděleních nebo v domovech důchodců.“ (KUBÍNKOVÁ, KRÍŽOVÁ 1997 s. 12)

4. 2. Typy ergoterapie

Ergoterapie má různé cíle a důvody, proč je aplikována. Podle těchto cílů se pak člení na čtyři základní typy.⁷ Využívá nejrůznější činnosti a pohyby, které mají preventivní či léčebný charakter. Jsou často ordinovány lékařem a vykonávány ergoterapeutem. (KLUSOŇOVÁ, ŠPIČKOVÁ 1985 s. 7) V mnoha případech, zvláště v geriatrických zařízeních, tyto činnosti vykonává sociální pracovník, který často spolupracuje s rehabilitačním či zdravotnickým personálem v daném zařízení.

Všechny čtyři základní typy ergoterapie se na pracovištích, kde jsou využívány, zvláště ve zdravotnických zařízeních, obvykle zařazují pod rehabilitaci, speciálně pod léčebnou rehabilitaci.

4. 2. 1. Rozdělení rehabilitace

1. FYZIATRIE

(využívá fyzikální prostředky) – pasivní složka pro pacienty

- a) mechanoterapie (využívá sílu) – statická (polohování), dynamická (masáže);
- b) reflexní terapie (reflexní masáže, akupunktura, akupresura);
- c) hydroterapie = vodoléčba;
- d) termoterapie – pozitivní (parafín, celkové koupele), negativní (ledování, studená sprcha), kombinovaná (sauna, skotské stříky, vířivka – kombinace s tlakem);
- e) fototerapie = léčba světlem (ultrafialové a infračervené záření);
- f) elektroterapie (stejnosemerný, nízkofrekvenční, vysokofrekvenční, středněfrekvenční).

⁷ viz 4. 2. 2 Rozdělení ergoterapie

2. BALNEOLOGIE

(využívá přírodní prostředky) – pasivní složka pro pacienty

- a) minerální vody (pitná kúra, koupele);
- b) peloidy (bahno a rašelina);
- c) fytotherapie – léčivé rostliny (např. aroma lampy);
- d) klimatoterapie (pobyty na horách, v jeskyních apod.).

3. LÉČEBNÁ REHABILITACE

(využívá pohybové prostředky) – aktivní složka pro pacienty

- a) léčebná tělesná výchova – cílená, kondiční, speciální (např. Vojtův princip); individuální nebo skupinová;
- b) ergoterapie – kondiční (léčba zaměstnáváním), cílená (funkční), léčebná výchova k soběstačnosti, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění; individuální nebo skupinová.

4. 2. 2. Rozdělení ergoterapie

Jak už bylo v předchozí kapitole řečeno, v ergoterapii rozeznáváme čtyři základní typy, které se mohou navzájem prolínat nebo doplňovat. Podle cílů v ergoterapii rozlišujeme:

- a) Kondiční ergoterapie (neboli léčba zaměstnáváním). Této terapii budu věnovat samostatnou kapitolu, proto zde zmíním jen to, že jejím hlavním úkolem je odpoutat klienta od negativního vlivu onemocnění či úrazu, tj. především od bolesti, snaha o udržení dobré duševní pohody, případně pomoc navázat přátelské vztahy v kolektivu klientů. Kondiční ergoterapie využívá nejrůznější techniky, které pozitivně ovlivňují nejen tělesný, ale i duševní stav klienta.

- b) Ergoterapie cílená na postiženou oblast, neboli funkční ergoterapie. Tento typ ergoterapie je zaměřený na dosažení optimální fyzické a psychické funkce. To znamená, že jsou aplikovány takové činnosti, které zlepšují a upravují postižené funkce. (KLUSOŇOVÁ, ŠPIČKOVÁ 1985 s. 8) Tato forma je náročnější na znalost pohybového aparátu člověka, tzn. kostry a svalů a znalost kineziologie, tj. nauky studující zákonitosti mechaniky pohybu lidského těla. Požadavky jsou podobné jako u léčebné tělesné výchovy. Práce má obsahovat pohyb, který je přesný, cílený a dávkovaný. Činnosti, které aplikujeme v rámci cílené ergoterapie, musí být přiměřené funkčnímu stavu klienta. Činnost, kterou klient nezvládne, nebo která vyvolává bolest, ho zbytečně poškozuje a deprimuje. Cílenou ergoterapii stanovujeme na: zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti, zlepšení svalové koordinace a taxy. (KUBÍNKOVÁ, KRÍŽOVÁ 1997 s. 8 - 9)
- c) Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění. Hlavním úkolem je zde ergodiagnostika. Je nutné klienta podchytit ještě v nemocnici, dle diagnózy a prognózy, v co nejkratší době od vzniku zdravotního postižení a začít s ním intenzivní komplexní rehabilitaci. Mnoha lidem se pracovní začlenění stává jediným smyslem života a prostředkem pro ně potřebné komunikace s lidmi. (KUBÍNKOVÁ, KRÍŽOVÁ 1997 s. 9) Tento typ ergoterapie se využívá zvláště v rehabilitačních zařízeních.
- d) Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti. V této terapii jde o nacvičení základních denních činností, tj. oblékání, hygiena, používání WC, nácvik používání kompenzačních pomůcek. Jde o to, aby klient po propuštění ze zařízení domů nepotřeboval pro svou obsluhu další osobu. Cílem je dosažení maximální soběstačnosti. Pro snadnější obsluhu můžeme v rámci ergoterapie nabídnout klientovi některé kompenzační pomůcky, např. protiskluzové podložky do koupelny nebo např. pod talíř, navlékače punčoch, navlékače knoflíků, pomůcky pro osobní hygienu s dlouhou násadou atd.

Dále můžeme ergoterapii rozdělit podle délky jejího trvání na ergoterapii krátkodobou a dlouhodobou. (PULKERTOVÁ)

a) Krátkodobá ergoterapie: provádí se po dobu imobilizace pacienta a jeho hospitalizace. Radíme sem např. kondiční ergoterapii, léčebnou výchovu k soběstačnosti.

b) Dlouhodobá ergoterapie: trvá po dobu hospitalizace pacienta a dále zasahuje i do prostředí po návratu domů. Radíme sem cílenou ergoterapii, ale i léčebnou výchovu k soběstačnosti.

4. 3. Význam ergoterapie

Při provádění ergoterapie je nutné se zamyslet nad tím, jaký hlavní význam má pro pacienta, kterému byla aplikována. Má několik částí, kterých bychom se měli držet a splnit je. (PULKERTOVÁ)

Psychosociální význam

V tomto případě se zaměřujeme hlavně na odpoutání klienta od vzniklého poranění, nemoci či bolesti. Pokud je klient umístěn v institucionálním zařízení, snažíme se mu pomoci k lepší adaptaci na prostředí, navázat kontakty s ostatními klienty. Měli bychom zvýšit jeho důvěru v celý léčebný proces.

Výchovný význam

Zejména u dětí je nutné se podílet na výchově, vybudit smysl pro pořádek, vytrvalost, přátelství a snažit se potlačit negativní dětské povahové rysy, jako je např. zloba, zlomyslnost, paličatost. U dospělých se pak snažíme působit na možné negativní postoje k budoucnosti, to je např. strach ze ztráty zaměstnání, ztráty partnera, z rozpadu rodiny apod.

Význam kulturní

Klientům nenásilným způsobem doplňujeme nebo rozšiřujeme jejich vědomosti. Toho můžeme docílit např. vhodným výběrem televizních či rozhlasových pořadů. Při četbě přibližujeme různé památky, známé osobnosti či uměleckou tvorbu a při pracovních činnostech klienta seznamujeme s nejrůznějšími technikami, se kterými se setkává na oddělení. V některých institucionálních zařízeních může klient navštěvovat nejrůznější zájmové kroužky, např. divadelní, recitační, taneční, výtvarný, keramiku, tkaní či jiné ruční práce, cvičení paměti apod.

Význam sociální

Pracovník ergoterapie se seznamuje s rodinným a sociálním zázemím klienta, podle toho ho pak vybavuje kompenzačními pomůckami a sleduje jeho zdravotní stav po odchodu do domácího prostředí. Velkou úlohu to plní zvláště u seniorů, kteří žijí sami.

Význam hospodářsko – ekonomický

Hospodářsko – ekonomický význam je dán tím, že pracovník ergoterapie do jisté míry přispívá k rychlejšímu zlepšení stavu až úplnému uzdravení klienta a často k jeho návratu do zaměstnání.

Význam rekreační

Patří k důležitým částem ergoterapie, která by měla vést i k celkovému odpočinku klienta a případně k navázání nových přátelských vztahů a kontaktů s vrstevníky.

4. 4. Oblasti využití ergoterapie

Ergoterapii je možné využít v nejrůznějších oborech. Pro dosažení žádaného cíle je však nutné přihlédnout k mnoha okolnostem. Ergoterapeut bere v úvahu především osobnost klienta, jeho věk, pohlaví, zdravotní stav, důvod, proč mu byla ergoterapie indikována, prostředí, ze kterého klient přichází, jeho pracovní zařazení v zaměstnaneckém poměru, zájmy klienta i jeho osobní cíle.

1. Využití ergoterapie v chirurgických oborech

V chirurgických oborech se ergoterapie nejvíce uplatňuje u výkonů na horní končetině, nebo například při aplikaci umělých kloubů ruky, amputacích, u pacientů se stavy po míšních lézích, s traumatickými a degenerativními funkčními poruchami ruky, s různými formami revmatických onemocnění atd. Léčebný proces začíná až po té, kdy je končetina fixovaná. Vypracovává se program, kdy klient bude pracovat pouze zdravou končetinou, a to proto, aby se naučil sebeobsluze. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 49)

Při ergoterapii zde dochází např. k nácviku používání protézy, nebo k převádění dominantních funkcí z pravé ruky na levou nebo naopak. (PFEIFFER 1990 s. 68 – 69) Jedná se zde o cílenou ergoterapii.

2. Využití ergoterapie v neurologii

„V neurologii je lépe hovořit o jednotlivých syndromech než o chorobách. Příkladem je hemiparéza, ochrnutí na jedné polovině těla.“ (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 55) Kromě hemiparézy to může být mozková příhoda, mozkový nádor, cévní výdutě v oblasti mozkové nebo kotuze mozkové hemisféry (nejčastěji úrazy po dopravních nehodách). Ergoterapie je zde individuální podle jednotlivých typů nemoci či syndromu.

Například u Parkinsonova syndromu, kdy klient z důvodu svalové rigidity pohybuje končetinou velice pomalu nebo vůbec a může mít třes, je ergoterapie velice účinná a důležitá, neboť klient se sám k činnosti jen těžko přiměje. Velmi osvědčená je v tomto případě činnost ve skupině, kde se vyrábějí jednoduché výrobky.

3. Využití ergoterapie u interních onemocnění

Jednou z prvních oblastí, kde vznikla ergoterapie byla léčba tuberkulózy v sanatoriích s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. Léčba prací je při dlouhodobé hospitalizaci využívána i v současné době, neboť volný čas trávený bez konkrétního programu vede k psychické deprivaci pacientů. (PFEIFFER 1990 s. 71)

Většina těchto pacientů má snížené energetické zdroje organismu z důvodu onemocnění srdce, plic, jater, ledvin, štítné žlázy aj. Ergoterapie se proto zaměřuje zvláště na to, aby pacienta naučila životnímu stylu s maximálním šetřením energie, ovšem při zachování přirozeného životního prostředí. Jedná se zde především o organizaci každodenního života, o uspořádání bytu a jeho vybavení příslušným nábytkem, nádobím a jinými pomůckami atd. (PFEIFFER 1990 s. 71)

4. Využití ergoterapie u psychicky nemocných

V psychiatrii má ergoterapie nejstarší tradici. Dříve ke všem psychiatrickým zařízením náležely statky, kde pacienti pracovali. V moderní psychiatrii se rozvinuly i další pracovní metody jako je arteterapie, ve které jde o projekci vnitřních stavů a pocitů pomocí malby a kresby; další důležitou formou ergoterapie je teatroterapie, která využívá divadla k pasivní, ale zvláště aktivní účasti, kdy klienti se i sami zapojují do hraní; a muzikoterapie, při které je v práci s klientem využívána hudba, opět aktivně či pasivně. (PFEIFFER 1990 s. 98 – 99)

U psychicky nemocných se snažíme vyhnout monotónní práci, která se však dá dobře využít při ergoterapeutické činnosti mentálně postižených nebo těžce tělesně postižených, např. navlékání korálků, namotávání klubek, skládání kostek atd. (PFEIFFER 1990 s. 99)

Psychicky nemocným klientům ergoterapie pomáhá zvláště při znovu začlenění do společnosti. Nejde zde tedy o výkon ve vlastním slova smyslu, ale zvláště o správné navázání mezilidských vztahů. (PFEIFFER 1990 s. 99)

5. Využití ergoterapie v pediatrii

V pediatrii ergoterapie nachází značné uplatnění zvláště proto, že děti mají přirozený sklon k aktivitě. Nejde zde o práci jako takovou, ale spíše o formu hry. Ergoterapie se zde využívá hlavně při dlouhodobé hospitalizaci nebo při pobytu v ústavu, neboť dítě potřebuje aktivaci jako prevenci deprivace. Dětské hravosti se v ergoterapii využívá například k výcviku různých dovedností, které se kvůli nemoci opoždíjí nebo se díky dlouhodobé hospitalizaci dítěte rozvíjejí nedokonale. Při ergoterapii dítěte hraje velikou roli spolupráce s rodiči, kteří jsou o veškeré činnosti informováni. (PFEIFFER 1990 s. 74 – 76)

Ergoterapie se např. využívá v oblasti psychosomatické, neboť mnoho dětí s různou tělesnou poruchou neumí nebo nechce navazovat vztahy s ostatními dětmi nebo i s dospělými. V tomto případě je nejlepší aplikovat skupinovou ergoterapii. (PFEIFFER 1990 s. 76)

Dále se ergoterapie uplatňuje při práci s dětmi s mentálním postižením, např. s Downovým syndromem. Zde jde především o nácvik soběstačnosti, v těžším případě alespoň o nácvik základních hygienických návyků. V tomto případě použijeme ergoterapii individuální. (PFEIFFER 1990 s. 77)

6. Využití ergoterapie v geriatrii

Ergoterapeutický program je v podstatě stejný jako v ostatních zmíněných oblastech. Ergoterapeut by měl vycházet z předpokladu, že většina starších lidí se pokud možno ráda zaměstnává prací, kterou dělali po celý svůj život. Měl by proto připravovat takový program, který je starému člověku blízký a pro nějž nepotřebuje mnoho nových informací a učení. Ke správné motivaci klienta je třeba najít pro pracovní činnost smysl a cíl. (PFEIFFER 1990 s. 78 – 79) Více se této oblasti budu věnovat v následujících kapitolách.

5 KONDIČNÍ ERGOTERAPIE

Cílem kondiční ergoterapie je aktivizace klienta a vyplnění jeho volného času. Její hlavní úkol spočívá především ve snaze odpoutat pozornost klienta od sebe sama, tedy od nepříznivého vlivu nemoci či poranění, zvláště od bolesti. Dále se snaží udržet dobrou duševní pohodu klienta, umožnit navázání nových přátelských vztahů a kontaktů. (KUBÍNKOVÁ, KRÍŽOVÁ 1997 s. 8)

Program kondiční ergoterapie by měl být sestavován především na základě zájmů klienta a s ohledem na jeho původní zaměstnání. Činnosti začleněné do programu by měly být umírněné k zdravotnímu stavu klienta, jeho věku a stupni postižení. „Činnosti zařazené do kondiční ergoterapie by měly klienta zajímat, těšit, měl by je dělat s chutí. Proto je důležité předem zjistit, co ho baví, jaké má zkušenosti atd.“ (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ, CETTLOVÁ 2003 s. 17) Výsledky činnosti by měly klienta motivovat k další aktivitě. Snažíme se proto vybrat vhodné techniky, materiál, náměty, promyslet, jak se výrobky využijí aj. (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ, CETTLOVÁ 2003 s. 17)

Pro práci s klientem v rámci kondiční ergoterapie můžeme vybrat jakoukoli činnost, která se dá v podmínkách zařízení uskutečnit. V počáteční fázi to může být např. sledování pořadů v televizi, videa, poslouchání rozhlasu, individuální či skupinové čtení, společenské hry, nenáročná pracovní činnost, např. ruční práce aj. Formá závisí na skladbě klientů a dále také na tom, zda je na oddělení přítomná televize či rozhlas nebo např. knihovna. Ergoterapeut se může či nemusí těchto činností aktivně zúčastnit.

Praktické využití a určitě neocenitelný význam pro obor kondiční ergoterapie a pro zlepšení psychiky klienta má rozhovor. Při rozhovoru se klientovi dostává pocitu účasti a pochopení v jeho problémové situaci. Ergoterapeut se také dovídá řadu nových informací o klientovi, které pak může využít v další fázi terapie. Rozhovor může být veden buď individuálně

s klientem a nebo může ergoterapeut vytvořit kroužek klientů, se kterými se pak navzájem domlouvá. Skupinový rozhovor přispívá k lepšímu vzájemnému poznání klientů a také k odpoutání pozornosti od nynějších zdravotních obtíží a problémů. Při rozhovoru by jsme měli mluvit s klientem jako se sobě rovným partnerem, s určitým ohledem na jeho nemoc či stáří.⁸

V období, kdy klient vydrží větší pracovní zatížení, vybíráme pro něj rozličné pracovní činnosti, které může vykonávat u stolu nebo v pracovní místnosti určené pro ergoterapii nebo např. na zahradě. Při těchto činnostech, kromě navazování vztahů s ergoterapeutem a s ostatními klienty, vzniká i zdravá soutěživost, která motivuje k aktivitě. (KLUSOŇOVÁ, ŠPIČKOVÁ 1985 s. 8)

Kromě výše zmíněných aktivit, kondiční ergoterapie využívá také poznatky a techniky jiných terapií. Vhodné je v této oblasti zvláště využití arteterapie a muzikoterapie.

5. 1. Možnosti využití vztahu arteterapie a kondiční ergoterapie

„Termínem arteterapie se v odborné literatuře označuje většinou psychoterapeutické využití výtvarné činnosti. Toto pojetí je zúžené a nepřesné neboť arteterapie znamená v podstatě terapii uměním v obecném slova smyslu, ale stalo se běžným v psychoterapeutické praxi. Diferencuje se spíše prakticky než logicky od jiných forem terapie uměním, např. muzikoterapie, léčebného využití biblioterapie (literární tvorby a textu), dramaterapie apod.“ (SYŘIŠŤOVÁ 1990 s. 94) Je nutné si uvědomit, že samotné výtvarné techniky nejsou arteterapií.

Události v životě klienta, které se v něm přirozeně odehrávají a ukládají se v jeho nevědomí, může odkrýt právě arteterapie. Arteterapie se především musí snažit být ke klientovým potřebám citlivá. Například když klient mluví o různých zkušenostech nebo nepříjemných pocitech, arteterapie

⁸ Příloha 4

může tyto jeho zkušenosti a pocity odkrýt a hlouběji prozkoumat. (WADESON 1987 s. 30) Její cíl je v tomto od ergoterapie zcela odlišný. Kondiční ergoterapie se nesnaží nic odkrývat, spíše naopak se pokouší klienta od negativních myšlenek odpoutat.

Nejprve je nutné říci, že mezi arteterapií a ergoterapií je velký a znatelný rozdíl. Záleží na pojetí, způsobu, jakým terapeut s klientem pracuje, a co je cílem jeho práce. Účelem ergoterapie je především aktivace klientů. Prostředkem, který působí, je práce, kterou klient vykonává, a protože jde o ruční výrobu, je možné uplatňovat i jisté tvůrčí aspekty. Avšak jen málo klientů je schopno od počátku terapie skutečně tvůrčí činnosti. Je proto třeba nejdříve přicházet s jednoduchými motivy, a teprve později jsou někteří schopni samostatné práce. Klienti mohou vykonávanou práci kdykoli změnit. V rámci ergoterapie mohou klienti i malovat, kreslit, modelovat z keramické hlíny. Ergoterapie slouží klientům k rozvinutí jejich vlastních schopností. Rozvíjení vlastní tvořivosti pomáhá klienty aktivovat. Ergoterapie má v léčbě zcela jasnou úlohu. Nejedná se však o arteterapii! (LINHARTOVÁ: <http://www.arteterapie.cz>)

„Arteterapie je cílená psychoterapeutická práce s klientem, kde obrazový či jiný výtvarný materiál slouží jako prostředek komunikace. Právě jeho neverbalita umožňuje dosáhnout i takových oblastí, které běžná, na komunikaci zaměřená psychoterapie nedosahuje. Arteterapeut klienta provází a pomáhá mu zpřístupnit jeho vlastní niterné obsahy tak, aby klient sám došel určitého náhledu sebe sama, své vlastní situace, vzorců chování apod. Tento náhled je základním předpokladem ke změně, kterou klient potřebuje udělat, kvůli které do terapie přichází.“ (LINHARTOVÁ: <http://www.arteterapie.cz>)

Arteterapie je na některých pracovištích organizována jako součást rehabilitace, jejíž nedílnou součástí ergoterapie je. Arteterapie a ergoterapie mají společný předmět a do jisté míry i metody, avšak jejich východiska a porozumění procesu léčení jsou odlišná. Jejich cíle rovněž nejsou totožné. Ergoterapie cíleně zasahuje, cvičí určitou rehabilitovanou funkci. Naproti

tomu arteterapie umožňuje ztvárnit příběh či událost, ponořit se, prožít, popřípadě porozumět, zasadit do širšího rámce. Do arteterapie vstupuje klient i terapeut mnohem celistvěji, vztah se formuje s mnohem většími osobními nároky, jeho charakter je mnohem více personální, než je v rehabilitaci běžné. (RYCHTROVÁ: <http://www.arteterapie.cz>)

Z výše uvedeného vyplývá, že arteterapie a ergoterapie jsou obory, které se sice oba zaměřují na tvořivost klientů, ale každý s jiným záměrem, s jiným cílem, s jinou metodologií i postupy práce. Nelze je tedy zaměňovat. (LINHARTOVÁ: <http://www.arteterapie.cz>)

Kondiční ergoterapie využívá z arteterapie především podobné techniky, které jsou zaměřené na výtvarnou tvorbu, např. kreslení, malování, grafické techniky, práce s keramickou hlínou, textilní činnost apod.

5. 2. Možnosti využití vztahu muzikoterapie a kondiční ergoterapie

O muzikoterapii je v dnešní době velký zájem, který stále vzrůstá. Pokud je provozována náležitým způsobem, patří hudba k příjemnějším a přitom hlubším stránkám lidského života. Inspirující a terapeutickou moc má nejen hudba vážná, ale i hudba, která je lehčích a populárních žánrů. Příslušná hudba nemusí být ani speciálně meditační, relaxační apod. Pro každého jedince se může hodit úplně jiná hudba. (LINKA 1997 s. 15)

V současné době existují v oblasti léčení nemocí hudbou dva přístupy (SYŘIŠŤOVÁ 1982 s. 108):

- a) „psychohygienický přístup – muzikoterapie je chápána v širším smyslu, je zkoumán vliv hudby na osobnost, postoj k životu, zkoumá se utváření estetického cítění, tvorba morálních zásad či schopnosti emocionálního prožívání v souvislosti s hudbou;

- b) psychoterapeutický přístup – muzikoterapie je chápána v užším smyslu: je používána ve zdravotnictví k léčebnému ovlivnění psychických, somatických nebo psychosomatických poruch.“

Kondiční ergoterapie, podobně jako arteterapie, využívá ve svých programech hudbu, ať už pasivně či aktivně. Při výběru hudby a technik muzikoterapie přihlížíme ke stáří klienta, jeho zdravotnímu stavu, duševnímu rozpoložení a k cíli, kterého chceme dosáhnout, tj. buď zklidnění klienta nebo jeho aktivizace.

Můžeme si vyčlenit tři základní způsoby, kterými hudba ovlivňuje člověka (BRUNNER, ORNEOVÁ in SYŘIŠŤOVÁ 1982 s. 109):

- a) „poskytuje mu možnost navázat kontakt neverbálním způsobem,
- b) umožňuje mu požitek z melodicko-rytmického poslechu a
- c) umožňuje mu duševní spolupráci s cíli zdůrazňujícími radost.“

Muzikoterapii můžeme v rámci kondiční ergoterapie spojit např. s relaxačním cvičením. V tomto případě musíme zajistit k tomu vhodné podmínky. Jde vlastně o vytvoření zdravého akustického prostředí, které kladně ovlivňuje psychiku člověka. Každého klienta je dobré připravit. Naučíme ho nejprve vnímat ticho kolem nás, poté zvuky v našem prostředí a nakonec přistupujeme k poslechu hudby. Klienta bychom měli naladit, dát mu motiv, proč hudbu poslouchat. Dále je důležité určit způsob poslechu, vybrat správný druh hudby, naladit techniku a zvolit vhodné místo poslechu. Místnost, kde bude hudba poslouchána, by měla být příjemně teplá, zatemnělá, vybavená pro různé polohy, jež mohou pacienti zaujmout, a především tichá. Muzikoterapie se nejlépe provádí v menším počtu osob, ideálně 2 – 3 klienti na jedno sezení. (PULKERTO VÁ)

Muzikoterapie využívá techniky, které můžeme aplikovat i v rámci programu kondiční ergoterapie. Patří sem např. rytmické hry v kruhu, např. tleskání, dupání, ťukání, bubnování; hry s rytmem a s pohybem, např. houpání, hra ruky; rytmus spojený s řečí – rýmování, zvuky atd. Při

muzikoterapii používáme také hudební nástroje, nejčastěji tzv. Orffovy nástroje. Můžeme také využít i nejrůznější věci, které máme právě k dispozici, např. hrnce, lžice, kelímky apod. Dále jsou to hry se zpěvem, nebo hudba spojená s výtvarným projevem, tancem či dramatickým celkem. (ŠIMANOVSKÝ 1998)

5. 3. Možnosti využití vztahu biblioterapie a kondiční ergoterapie

Biblioterapie a její využití je u nás méně známou problematikou než např. výše zmíněná arteterapie nebo muzikoterapie. Biblioterapii můžeme využít ve složitých životních situacích, při osobních problémech nebo stresujících událostech v životě klienta.

I když myšlenka biblioterapie existuje již od dávných dob, teprve nedávno byl termín biblioterapie přesněji specifikován. Poprvé se objevil v novinách *Athlantic Monthly* (Atlantský měsíčník) v USA, kde esejista Samuel Crothers zkombinoval řecká slova: *biblion* = kniha, *therapeia* = léčit, když chtěl popsat proces využití knih při léčbě psychických onemocnění. První přesnější definice biblioterapie pochází až z roku 1941 a říká, že biblioterapie je využití knih a jejich čtení při léčbě nervových onemocnění. (<http://www.phil.muni.cz>)

„Později se objevují různé varianty definice biblioterapie, z nichž by se dalo dojít k závěru, že biblioterapie je plánovaná, vedená a kontrolovaná terapie, při níž se využívá čtení textů a probíhá pod vedením terapeuta při léčbě emočních a jiných problémů.“ (<http://www.phil.muni.cz>)

„Jednoduše řečeno, biblioterapie je léčba knihou, čtení knih za účelem řešení a porozumění osobním problémům, využití vhodně vybrané literatury nejen při léčbě nervových onemocnění, ale i pro usnadnění složité životní situace ve všech věkových kategoriích.“ (<http://www.phil.muni.cz>)

Biblioterapie může být využita jako doprovodná terapie při běžných léčbách nebo jen může přispět ke zlepšení stavu klienta s osobními problémy. Biblioterapii je možné provádět ve skupině, kdy terapeut a klienti čtou společně vhodně vybranou knihu. Toto se využívá zejména jako doplňující terapie při jiných léčbách. Druhou formou biblioterapie je individuální terapie, kdy klient trpící depresí nebo úzkostí dostane od terapeuta vhodné knihy, které mu mohou pomoci při jeho problémech. (<http://www.phil.muni.cz>)

Biblioterapii lze chápat ze dvou pohledů. Jako řízenou léčbu pod dohledem lékaře nebo jako podpůrnou terapii, která pouze pomáhá zvládat problémy. Z tohoto hlediska lze biblioterapii rozdělit na dva typy (<http://www.phil.muni.cz>):

- a) biblioterapie jako věda, kdy se jedná o řízenou terapii probíhající mezi terapeutem a pacientem. Terapeutem je lékař, psychiatr nebo psycholog, který na základě lékařské diagnózy doporučuje pacientovi četbu vhodnou pro druh jeho psychického onemocnění.
- b) biblioterapie jako umění, kdy terapie není řízená, ale jedná se pouze o doporučení vhodné četby za účelem vyrovnání se s těžkou životní situací. Terapeutem zde může být učitel, knihovník, vychovatel, sociální pracovník, ergoterapeut apod.

Při biblioterapii může být použita jak beletrie, tak naučná literatura. Zvláštní skupinu zde zaujímá práce s Biblií. Při výběru vhodné literatury je třeba brát ohled na věk klienta, jeho osobnost, zájmy a schopnosti.

V kondiční ergoterapii seniorů lze techniku biblioterapie užít ve formě psaní deníků, které také můžeme použít při technice cvičení paměti, dále čtení vybraných úryvků či básní nebo čtení veršů z Bible buď terapeutem nebo i klientem, rozhovor o přečteném textu apod.

6 KONDIČNÍ ERGOTERAPIE V PRÁCI SE SENIORY

„Péče o občany, kteří se z jakéhokoli důvodu nemohou o sebe starat sami, patří k morálním povinnostem těch, kteří jsou produktivní a zdraví. Tak tomu bylo po staletí u všech kulturních národů. Starším lidem byla prokazována úcta k jejich stáří a moudrosti. Toto se změnilo se změnami životního stylu. Mladí lidé začali odcházet za prací do měst, svých seniorů si přestávali vážit.“ (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 10)

V současné době žije řada seniorů samostatně ve svém bytě nebo v domě s pečovatelskou službou, nebo jsou rodinou umístěni do domova důchodců, LDN či jiného ústavu sociální péče.

Geriatrická zařízení ve zdravotnictví i v sociální sféře se stále více zaměřují na aktivizaci svých klientů. Opouští se model pasivní péče v ošetrovatelství a nahrazuje se aktivním modelem stáří. Objevuje se snaha o včasnou komplexní rehabilitaci či terapii, která má za cíl snížit nesoběstačnost a závislost klienta a tím prodloužit jeho kvalitní a nezávislý život. Stále více se v těchto zařízeních uplatňuje právě kondiční ergoterapie.

Senioři potřebují ergoterapii v konkrétních životních situacích. Především při akutních či chronických nemocech z oblasti – neurologie, ortopedie, vnitřní medicíny, gerontopsychiatrie, které mohou vést k ohrožení nebo ztrátě samostatnosti a individuality ve stáří. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 66)

Na ergoterapeutických pracovištích v geriatrici se tedy často setkáváme s klienty, kteří utrpěli nějaký úraz, doléčují následek akutní choroby, jsou léčeni pro choroby stáří⁹ nebo vleklé choroby. Můžeme se setkat také s klienty, kteří jsou relativně zdraví a to především v domovech důchodců, ústavech sociální péče či denních centrech nebo s klienty, kteří na kondiční ergoterapii docházejí ze svého domova.

⁹ viz 6. 2 Choroby ve stáří

Ergoterapie, která je aplikována v geriatricii obsahuje (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 66):

- „cílený výcvik péče o sebe sama v oblasti osobní (např. cvičení samostatného umývání, oblékání a svlékání),
- vyzkoušení a adaptaci nezbytných pomůcek (např. speciálního svačinového prkénka pro jednoruké, navlékače punčoch apod.),
- funkcionální (cílenou) terapii (např. terapii podle Bobatha u stavů po mozkové příhodě, výcvik šetření kloubů u revmatiků),
- neuropsychologickou terapii (např. výcvik ke zlepšení vnímání, schopnosti orientace, paměti),
- výcvik sociálně-komunikativní (podněty ke společné činnosti, např. hry, zpěv, kreativní činnosti).“

Ergoterapie se může provádět podle potřeby buď individuálně nebo skupinově. Provádí se (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 66):

- „formou stacionářů – na akutní klinice, v rehabilitačním ústavu nebo v geronto-psychiatrickém zařízení,
- formou stacionární v denních geriatrických klinikách,
- ambulantně – v ergoterapeutických praxích nebo prostřednictvím ergoterapeutů, kteří jsou napojeni na sociální stanice nebo mobilní terapeutickou službu,
- v oblasti domovů důchodců a ošetrovacích ústavů pro staré občany.“

V kondiční ergoterapii se seniory je vždy třeba hledat ve stáří pozitivní aspekty a pomáhat klientům vyhnout se negativním představám o stárnutí, které vedou k obavám a strachu. Negativní symptomy stáří se objevují ve větší míře u těch, kteří si myslí, že mají již život za sebou. Zdravější a plni energie jsou naopak ti, kteří o létech nepřemýšlejí, jsou aktivní a věří, že na ně ještě mnoho příjemných zážitků čeká. Tvořivý mechanismus mysli, který je uplatňován i v kondiční ergoterapii, je schopen uskutečňovat naše představy, myšlenky, pocity. Mnoho lékařů se shoduje v tom, že činnost, i když je namáhavá, vede v každém věku ke zdraví. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 15)

6. 1. Stáří a stárnutí

„Civilizační vývoj s sebou přinesl stárnutí populace. Život ve stáří se stal pravidlem a prodloužil se. Z převážně individuální a rodinné záležitosti se stáří stalo významným společenským jevem. Zhruba dvacet let probíhá principiální střet dvou pojetí seniorské problematiky¹⁰: na jedné straně systémová diskriminace „neužitečného“ stáří jako přítěže ekonomického růstu, na druhé straně úsilí o integrovanost funkčně zdatného a lidsky produktivního stáří v rámci lidského rozvoje. Stanoviska Organizace spojených národů i komise Evropského společenství dnes straní emancipaci a integrovanosti seniorů.“ (<http://www.mpsv.cz>)

Naše dnešní společenské povědomí problematiku stáří spojuje s občanskou neúspěšností, tj. se závislostí, pasivitou a potřebou péče. Z předpokladu obecného přesvědčení vychází tzv. ageismus. Je však nutné si uvědomit, že stárnutí nezbavuje do nejvyššího věku práv ani povinností, tím méně zodpovědnosti za sebe sama. Univerzálnost této představy umožňují tzv. kompenzační pomůcky a postupy překonávající i případný významný pokles funkčního potenciálu. Závažnější než nedostatečná zdatnost bývá ve stáří přisouzená sociální role. (<http://www.mpsv.cz>)

„Každý z nás stárne. I ten, který si myslí, že se ho „to netýká“, se pomalu, ale jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. Člověk nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce jím být fakticky, ale ani si nepřeje, aby tak byl označován formálně.“ (HAŠKOVCOVÁ 1989 s. 18) Je však nutné se s touto životní kontinuitou smířit a snažit se svůj život vést co možná nejkvalitněji. Stářím či stárnutím nepřestávají být aktuální dosavadní potřeby člověka, jen jejich naplnění se uskutečňuje trochu jiným způsobem, s přihlédnutím k fyzickému a psychickému stavu a také k pozmeněnému hodnotovému systému. Pokud se však poddáme přílišné pasivitě, může se stát, že začneme stárnout dříve, než je nutné.

¹⁰ Příloha 5

Mezi příčiny předčasného stárnutí patří: genetické příčiny; radioaktivní záření; vleklé, chronické choroby; nedostatek tělesné námahy, který je spolu se stresem a poruchami výživy prokázanou příčinou závažných, tzv. civilizačních chorob; škodlivé návyky, např. nepravidelná životospráva, kouření, alkohol a alkoholismus, návyk na léky, až závislost a jiné formy toxikománie; psychické vlivy, např. rozpad rodiny, odchod do domova důchodců. (HUDCOVIC, GROH 1983 s. 5 – 7)

I když ve stáří dochází často ke změně způsobu života, nemusí ta změna být vždy k horšímu. Při odchodu do důchodu se otvírají seniorovi nové možnosti a příležitosti, např. čas na nejrůznější koníčky, studium, cestování apod. V současnosti je pro seniory vytvořeno mnoho nabídek, a to i pro seniory nějakým způsobem handicapované, záleží jen na tom, jak je on dokáže využít. Nejsme nikdy příliš staří na to, abychom např. cvičili, vzdělávali se, uskutečňovali své sny a přání.

Musíme však počítat i s tím, že stárnutí a stáří je spojeno s psychickými a tělesnými změnami. „Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Zdraví má ve stáří jiné dimenze – za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 448 – 449) Zdraví však neznamená pouze nepřítomnost nemoci. Když se zeptáme starších lidí, co znamená podle nich „být zdravý“, uvádějí především: mít radost ze života; moci dělat, co chci; nebýt nemocný. (PICHAUD, THAREAUOVÁ 1998 s. 61)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví: „Všechny národy světa mají podle svých možností právo na zdraví. Zdraví je definováno nejen jako absence nemoci nebo postižení, ale také jako stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka.“ (PICHAUD, THAREAUOVÁ 1998 s. 62)

6. 2. Choroby ve stáří

Demence

Demence není jednotlivý znak, ale syndrom, tj. soubor postižení (důsledků nemocí), jež se vyskytuje se vzrůstající tendencí zejména ve stáří a v procesu stárnutí. Lze ji však diagnostikovat už od dvou let věku. „Demence pochází z latinského „demens“, tedy z „de“ = mimo a „mens“ = duch; ten, kdo ztratil ducha. Demence ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti.“ (PICHAUD, THAREAUOVÁ 1998 s. 92)

Příznaky demence jsou pak, podle jednotlivých stadií, poruchy paměti, kdy klient nepoznává předměty a lidi, potíže s orientací v čase a v prostoru, poruchy kognitivních funkcí, motorické potíže (apraxie), poruchy řeči a také poruchy chování, které se projevují prudkými změnami nálady, depresi, agresivitou, útky, lhostejností, skleslostí. Dále se objevuje inkontinence, poruchy příjmu jídla, blouznivé představy apod. (PICHAUD, THAREAUOVÁ 1998 s. 91)

V současné době je možné rozlišit mnoho druhů demence. Podle typu rozlišujeme demence (KRAHULCOVÁ 2004):

- 1) Kortikální demence na podkladě
 - a) Alzheimerovy choroby – řeč bývá motoricky postižena až velmi pozdě, pragmatické¹¹ a sémantické¹² jazykové schopnosti jsou porušeny velmi časně, syntax a fonologie bývá porušena až pozdě.
 - b) Pickovy nemoci – porucha auditorního rozumění – váhavá a rozvláčná mluva, anomie (ztráta schopnosti pojmenovat), postupné zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe.

¹¹ pragmatické jazykové schopnosti = sociální užití řeči, tzn. rozumět tomu, co mi kdo říká

¹² sémantické jazykové schopnosti = rozumět slovu

2) Subkortikální demence na podkladě

- a) Parkinsonovy nemoci – řeč je motoricky postižena, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně, slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zabarvením.
- b) Huntingtonovy nemoci – zhoršující se dysartrie¹³, jazykové schopnosti v oblasti pojmenování, pronášení delších sekvencí a jejich organizace se zhoršuje s celkovou progresí nemoci.

3) Smíšená demence na podkladě

- a) Vaskulární demence – možné variace poruch jazykových i motorických, podle lokalizace a rozsahu lézí.
- b) Crutzfeldy-Jacobs nemoci – v pozdějším stadiu nemoci je přítomna také afázie¹⁴, apraxie¹⁵ i agnozie (tj. ztráta schopnosti poznávat), v pozdním stadiu dominuje mutismus.

Demence je možné dále také rozdělit podle jejich stupně (KRAHULCOVÁ 2004):

- 1) Mírná demence – počáteční stadium – lehká porucha paměti, především deficit krátkodobé paměti, amnézie pojmů, zhoršená orientace a poruchy ve vizuálně prostorovém vnímání, těžkosti s početními úkony, psaním, změny aktivity, poruchy kritičnosti, strategie vyhýbání se komunikaci.
- 2) Střední demence - vzrůstání deficitů krátkodobé i dlouhodobé paměti, těžké a trvalé amnézie s poruchami řeči, časté bludy, agitovanost či apatie, myšlenkové perseverace (vtíravé opakování myšlenek), neschopnost zvládnout osobní záležitosti a vztahy, ztráta náhledu do svých poruch a obtíží

¹³ dysartrie = porucha schopnosti vyslovovat

¹⁴ afázie = ztráta vyšších řečových funkcí (ztráta řízení řeči)

¹⁵ apraxie = ztráta motorických zautomatizovaných (naučených) schopností

- 3) Těžká demence - pozdní stadium – vzrůst poruch orientace a paměti, stálé opakování pohybů, často mutismus, labilní či mizivý oční kontakt, nepřiměřené sociální chování, často upoután na lůžko, inkontinence, kachexie (tj. vyzáblost, snížení nutričního příjmu), u mobilních pacientů potulování se a bloudění.

Podle struktury rozlišujeme několik druhů demencí:

- 1) Simplexní demence – vedle ostatních projevů postižení intelektu a paměti.
- 2) Depresivní či expansivní demence – vedle základních projevů jsou i poruchy emotivity.
- 3) Paranoidní demence – s bludy persekučními a úkornými, megalomanickými nebo mikromanickými.
- 4) Paranoidně-halucinatorní demence – navíc s halucinacemi sluchovými a i ostatních smyslů.
- 5) Korsakovův syndrom – zahrnuje vedle alkoholového amnestického syndromu periferní polyneuritidu. Přidružuje se mozečková ataxie a myopatie. Na rozdíl od alkoholové demence není typická výrazná degradace osobnosti. (www.tigis.cz) Dále viz níže.

Podle druhu si můžeme jmenovat např. demenci mnesticou, kde je nejvíce narušena paměť; apercepční, kdy člověk ztrácí schopnost vnímat drobné rozdíly a ztrácí soudnost; strukturální, kdy je ztracena logická stavba myšlení; traumatickou, jež hrozí po každém pohmoždění mozku; demenci AIDS v posledním stádiu této nemoci; alkoholovou, kdy dochází k rozpadu mentálních funkcí nadužíváním alkoholu; arteriosklerotickou, kdy je narušen cévní systém v mozku, jejím důsledkem a druhým stupněm je pak demence vaskulární; demenci boxerů, způsobenou opakovanými údery do hlavy; multiinfarktovou, ke které může často dojít po několika malých mozkových příhodách; presenilní, jež vzniká před 60. rokem věku; předčasnou, která se může projevit kdykoli od druhého roku života; demenci vratnou, což je léčitelné onemocnění, kdy se schopnosti vracejí; a demenci pozdní, jež se užívá pro označení Alzheimerovy choroby. (KRAHULCOVÁ 2004)

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující příčina demence vůbec. Představuje asi 50 % – 60 % všech demencí. Dalších asi 10 % demencí je smíšených a na jejich vzniku se podílí jak Alzheimerova choroba, tak i ischemicko – vaskulární změny. (JIRÁK, OBENBERGER, PREISS 1998 s. 15)

Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Je to choroba popsána A. Alzheimerem. Raná forma (presenilní) tohoto onemocnění začíná ve věku do šedesáti let a probíhá šest až osm let. Forma pozdní (senilní) začíná ve věku nad šedesát let a trvá obvykle více než deset let, její průběh je tedy obvykle delší. (KOUKOLÍK, JIRÁK 1998 s. 67 - 68)

„Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý, plíživý začátek. Na počátku se objevují poruchy paměti, někdy nápadné. U pacientů vyššího věku mohou být pokládány za projevy stárnutí. Postupně dochází k zvýrazňování těchto poruch. Postižení zapomínají vypnout plynový vaříč či světlo, ztrácejí věci, ale brzy začínají zapomínat i starší paměťové obsahy. Dochází k poruchám soudnosti. Brzy se začínají projevat poruchy prostorové orientace. Pacienti se neorientují v jim dobře známých místech, nenacházejí cestu domů. V pozdějších stádiích pak mohou bloudit i ve svém bytě. Ztrácí prostorovou představivost.“ (JIRÁK, OBENBERGER, PREISS 1998 s. 16)

Osoby postižené Alzheimerovou chorobou poměrně časně ztrácejí náhled, uvědomění si choroby, přestávají se cítit nemocnými. Dochází u nich k degradaci osobnosti. Tyto osoby se mění i po emoční stránce. Průběh nemoci může komplikovat také produkce bludů, halucinace a iluze. Postižení jsou např. přesvědčeni, že jim někdo krade věci. Časté bývají také zrakové halucinace. (JIRÁK, OBENBERGER, PREISS 1998 s. 16 - 17)

„V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele i příbuzné. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Nejsou s to udržet se vsedě. Jsou inkontinentní a němí.“ (KOUKOLÍK, JIRÁK 1998 s. 91)

Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou umírají však nejčastěji na nějaké tzv. interkurentní (tj. zároveň se vyskytující, komplikující) onemocnění, jako jsou např. nejrůznější záněty, nebo následky úrazů. Alzheimerova choroba podstatně snižuje kvalitu života nemocného člověka. (JIRÁK, OBENBERGER, PREISS 1998 s. 18)

Parkinsonova nemoc

Je to nemoc nervového charakteru popsaná anglickým lékařem J. Parkinsonem. Parkinsonova nemoc je charakterizovaná celkovým třesem, svalovou hypertonií a ztuhlým výrazem obličeje. Přes zdání opaku si však nemocný zachovává všechny své duševní schopnosti. Tato nemoc je způsobena mikroskopickými lézemi bazálních ganglií mozkových. Jedná se o degenerativní onemocnění. Obdobný parkinsonský syndrom však může být také původu arteriosklerotického, toxického či infekčního. (SILLAMY 2001 s. 146) Diagnostikovat Parkinsonovu nemoc bývá velmi obtížné, existuje proto řada testů¹⁶.

Parkinsonova nemoc vzniká na podkladě nadměrného odumírání buněk substantia nigra (tj. černé jádro), které je uloženo ve středním mozku. Tyto buňky mají za úkol vyrábět dopamin¹⁷. Chybějící dopamin naruší správnou regulaci činnosti bazálních ganglií a tím dojde k projevům onemocnění. Příčiny, proč dochází k odumírání těchto nervových buněk, však doposud nejsou objasněny. (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 19)

¹⁶ Příloha 6

¹⁷ Dopamin – transmittér (tj. nervový přenašeč), jehož nedostatek v bazálních gangliích působí Parkinsonovu nemoc. (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 15 a 173)

„První obtíže pacientů trpících Parkinsonovou nemocí jsou obvykle necharakteristické: bolesti ramen a zad, pocity tíže končetin, ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónnost hlasu, zhoršení písma, stav deprese, snížení sexuální výkonnosti atd. Tyto příznaky doprovázejí mnohá onemocnění, a nejsou tedy pro lékaře dobrým vodítkem ke stanovení správné diagnózy.“ (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 23)

„Teprve později, a to i o řadu měsíců, se objevují čtyři typické a základní příznaky nemoci, tj. třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze. Kromě těchto základních příznaků se také velmi často objevují ještě další obtíže: poruchy vegetativního nervstva a psychické problémy.“ (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 19) Všechny příznaky se však nemusí vyskytovat u každého nemocného.

Parkinsonovu nemoc můžeme rozdělit na tři základní typy (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 36):

- 1) Klasická Parkinsonova nemoc se obvykle začíná projevovat mezi 50. – 60. rokem. Trpí jí největší procento nemocných.
- 2) Parkinsonova nemoc s časným začátkem, cca do 40 let, tvoří asi deset procent všech případů onemocnění. Tito nemocní zpravidla velmi dobře reagují na léčbu, brzy se však u nich objevují hybné komplikace typu mimovolných pohybů a přechodných výpadků hybnosti. Pacienti s časným začátkem nemoci podstatně méně trpí poruchou vegetativního nervstva a psychickými komplikacemi léčby.
- 3) Parkinsonova nemoc s pozdním začátkem, tj. po 70 roce, postupuje dosti rychle a poměrně brzy se snižuje účinek léčby a mohou se přidávat další příznaky (poruchy výslovnosti, držení těla, stability, stoje a chůze), které hůře odpovídají na léčbu. Podobně se mohou objevovat i poruchy paměti a orientace a psychické komplikace léčby.

Typické rysy vyskytující se u Parkinsonovy nemoci (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 38):

- 1) jde o pozvolna, pomalu se zhoršující onemocnění;
- 2) jsou přítomny nejméně dva ze tří hlavních příznaků (třes, svalová ztuhlost, zpomalení pohybů);
- 3) jsou přítomny nejméně dva ze tří vedlejších příznaků (zlepšení hybnosti při léčbě levodopou, asymetrie příznaků v době vyšetření či v počátku nemoci – výraznější postižení vpravo či vlevo, třes jako první projev onemocnění);
- 4) nejsou přítomny další příznaky svědčící pro jiné onemocnění;
- 5) není známa jiná vyvolávající příčina.

Na závěr je nutné ještě zdůraznit, že průběh onemocnění je velmi individuální. Parkinsonovu nemoc nelze vyléčit, je však možno dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky. Při samotné léčbě je pak nutné podávání léků kombinovat také s dalšími postupy, a to zejména s rehabilitací, ergoterapií a cvičením. Velmi nezbytná je také podpora rodiny a společnosti, ale také vlastní aktivní postoj nemocného. (ROTH, SEKYROVÁ, RŮŽIČKA 2005 s. 36 - 44)

Korsakovův syndrom

Korsakovův syndrom je porucha toxického původu, nejčastěji na podkladě alkoholismu, kterou popsal S. S. Korsakov. (SILLAMY 2001 s. 102) Je to varianta organického psychosyndromu, který psychopatologicky odpovídá obrazu Korsakovovy choroby u chronického alkoholismu, ale nejsou při tom postiženy periferní nervy. Výrazně bývá poškozena paměť, zejména vstřípivost pro recentní vjemy. (www.kreteni.cz)

Nemocný se často jeví roztržitý a zmatený. Vzpomíná si na dávné události, ale neuchová si žádnou čerstvou vzpomínku. Aby vyplnil mezery ve své paměti užívá při komunikaci konfabulací¹⁸. (SILLAMY 2001 s. 102) Postižení paměti se šíří retrográdně i na dřívější události. Přitom jde o pravé konfabulace. Vyplňování mezer je nevědomé a nemocný je považuje za realitu. Rychle je však zapomíná a nahrazuje novými. Tím vzniká někdy dojem schválnosti. (www.kreteni.cz)

Takový člověk je dezorientován v čase i v prostoru, snadno zabloudí. K těmto poruchám se často připojují bolesti, snížení šlachových reflexů a svalové atrofie. (SILLAMY 2001 s. 102)

¹⁸ Konfabulace – „vyprávění pomyslného, jako by to bylo skutečné.“ (SILLAMY 2001 s. 100)

6. 3. Ergoterapeut v geriatрии

Podle vyhlášky ze dne 30. června 2004 (<http://www.radiolog.cz>), kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ergoterapeut pro geriatрии, dle § 67, bez odborného dohledu a bez indikace, kromě jiných činností, zejména:

- a) „realizuje opatření vedoucí k zachování co nejvyšší míry soběstačnosti a začlenění do přirozeného sociálního prostředí,
- b) udržuje pohybové schopnosti pacientů se zohledněním jejich biologického věku a stupně funkčního omezení,
- c) napomáhá adaptaci pacientů na změněné životní podmínky a podporuje zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit.“

6. 4. Kondiční ergoterapie seniorů v práci sociálního pracovníka

Česká asociace ergoterapeutů aplikovala využití ergoterapie pouze na zdravotnickou oblast. Zdá se však, že tím značně opomíjí zaměření kondiční ergoterapie, která se zabývá člověkem nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické a při potřebě klienta také duchovní (např. čtení úryvků z Bible, rozhovory na duchovní témata).

Tento typ ergoterapie lze zcela vyčlenit od ostatních typů, které jsou zaměřeny hlavně rehabilitačně. Kondiční ergoterapie se snaží včlenit klienta mezi ostatní klienty a následně do společnosti, zapojit ho do programu a motivovat ho k samostatné činnosti či činnosti s pomocí ergoterapeuta nebo jiné osoby, i v případě, že činnost nemá za cíl žádné fyzické zlepšení. Snaží se především klienta odpoutat od negativních myšlenek, které jsou často spojeny s nečinností a osamělostí.

Kondiční ergoterapie má asi nejblíže k původní léčbě prací, která byla prováděna hlavně v psychiatrických léčebnách a neměla za cíl zlepšení tělesného, ale psychického stavu klientů. Proto můžeme mluvit o tom, že ergoterapie není pouze doménou zdravotníků, ale právě v kondiční ergoterapii najdou uplatnění i např. sociální pracovníci, speciální pedagogové a dobrovolníci.

Kondiční ergoterapie vedená sociálním pracovníkem bývá často více sociálně zaměřená. Což je velkou výhodou např. v práci se seniory nebo s lidmi s mentálním postižením. Sociální pracovník uplatňuje v kondiční ergoterapii více skupinové činnosti, naopak od ergoterapeuta – zdravotníka, který s klientem pracuje především individuálně. Přístup jednotlivých profesí v této oblasti bývá často zcela odlišný, avšak cílem je vždy zlepšení stavu klienta a zkvalitnění jeho života. Proto se práce zdravotníků a sociálních pracovníků v oblasti ergoterapie nevyklučuje, ale spíše doplňuje a obohacuje.

Sociální pracovník v ergoterapeutické činnosti je často více tvůrčí a využití nejrůznějších technik bývá mnohem rozsáhlejší, neboť kromě procvičení určité oblasti klade důraz také na zabavení klienta a jeho odpoutání se od negativních myšlenek. Při výběru technik přihlíží hlavně na sociální stránku klienta, a to jak na jeho původní zaměstnání a koníčky, tak i na jeho nynější rozpoložení. Výběr technik však musí také přizpůsobit zdravotnímu stavu klienta, proto je nutné některé činnosti prodiskutovat s rehabilitačním pracovníkem nebo s lékařem.

7 PROGRAM KONDIČNÍ ERGOTERAPIE SENIORŮ

Některé domovy mají programy, které slouží pouze k zabavení klientů. Jiné se zase zaměřují pouze na terapeutické akce. Ani jeden z těchto přístupů však není ideální, neboť zde chybí vyváženost. Každý program by měl obsahovat rovnoměrně zábavu i terapeutický účinek. Program musí dávat klientům příležitost uplatnit všechny své schopnosti a funkce. Má být přizpůsoben jak klientům, kteří vyžadují minimální péči, tak klientům na nejnižším stupni funkčnosti. Každá činnost by měla vycházet z potřeb a zájmů klientů kondiční ergoterapie. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 13)

Na volbu vlastních činností u seniorů mají vliv stereotypy, které chceme buď obnovit, nebo je upevnit, eventuálně nahradit jiným stereotypem. Dále má vliv také zručnost a intelekt klienta, předcházející zaměstnání, záliby a psychický stav. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 70)

Prvním krokem pro vytvoření programu je zjištění funkčního stupně klienta v oblasti fyzické, kognitivní a společensko – emoční. Zhodnoceny jsou také jeho silné a slabé stránky. Zájmy klientů jsou však právě tak důležité jako jejich kondice, a proto je třeba brát je při sestavování programu v úvahu. Pro každého klienta je vytvořen cíl nebo plán péče, podle kterého jsou vybírány příhodné činnosti tak, aby těmto zájmům a potřebám vyhovovaly. Programy jsou analyzovány, porovnávány podle terapeutických účinků a oblíbenosti u klientů a podle dalších faktorů. Teprve pak je rozhodnuto, které z nich budou přijaty. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 13)

V kondiční ergoterapii máme k dispozici širokou paletu nejrůznějších technik. Snažíme se volit techniky, které budou pro klienta zajímavé, časově nenáročné a přiměřené jeho schopnostem a možnostem. Neklademe důraz na práci jako takovou, ale na účel, tj. potlačení bolesti, zlepšení hybnosti či soběstačnosti. Vytváříme výrobky, které jsou pro radost a užitek druhých. Pro činnost je nutné získat si důvěru klienta, vytvořit příjemné prostředí, zajistit vhodné pracovní prostředky a vhodnou pracovní polohu. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 70)

V kondiční ergoterapii můžeme jednotlivé činnosti rozdělit podle tělesných nároků na klienta (PULKERTOVIÁ):

- a) činnost na lůžku – čtení, předčítání, poslouchání rozhlasu, sledování televize, zpěv, recitace, vyprávění, luštění, kolektivní hry, jednoduché výtvarné techniky, např. mačkání papírků do kuliček pro následné použití;
- b) činnost převážně v sedě (případně na lůžku) – skládání, vystřihování, pletení, vyšívání, šití, háčkování, výroba hraček, psaní, rýsování, kreslení, malování;
- c) činnost s možností chůze (případně v dílnách) – řemeslnické práce ze dřeva, kovu a z uměleckých hmot, krejčovské práce, rámové tkaní, vázání kobereců apod.;
- d) rekreační činnost s možností delší chůze – vycházky, poznávání přírody, památek atd.;
- e) venkovní práce vyžadující tělesnou námahu a chůzi – zahradnické a květinářské práce, práce s rýčem, lopatou, úprava terénu apod.

Uvedení kvalitních programů do života klientů domovů důchodců, denních center či jiných ústavů sociální péče a jejich správná organizace jsou důležité pro jejich zdraví. Úspěch programu je závislý na motivaci a nadšení nejen klientů samých, ale i personálu, a to jak profesionálů, tak dobrovolníků, kteří se na činnostech podílejí. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 13)

Je důležité, aby všichni pracovníci měli na mysli, že jejich cílem je pomáhat všem klientům podle svých maximálních možností, bez ohledu na stupeň funkčnosti. Cílem je směřovat k co nejvíce možnému zkvalitnění života starých lidí a zároveň respektovat individualitu a hodnotu každého z nich. U každého klienta je třeba sledovat cíl péče, která má jeho současný stav zlepšit, nebo není-li to možné, má se snažit alespoň zabránit jeho zhoršování. O klienta má tedy být pečováno v jakémkoli stavu tak, aby se cítil spokojený a klidný a aby byla zachována jeho lidská důstojnost a hodnota. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 11 - 13)

7. 1. Techniky kondiční ergoterapie seniorů

Podle možností kondiční ergoterapie můžeme nabídnout klientům rozmanité materiály od papíru a látky přes dřevo a jiné přírodní materiály až po kov či odpadový materiál. Je samozřejmé, že při výběru techniky musíme brát ohled na pohlaví a zájmy klientů. Mezi vděčné techniky, které můžeme uplatnit jak pro ženy, tak i pro muže, patří práce s papírem, malba, kresba a keramika.

Pokud přijde klient první den na kondiční ergoterapii nedáme mu hned propracovat keramickou hlínu nebo např. řezat dřevo či okopávat záhony. Začínáme vždy s jednoduchými a lehkými materiály, s ohledem na jeho zdravotní stav. V této fázi ergoterapie je vhodná právě práce s papírem či látkou, jež je možné trhat, případně stříhat a lepit na podložku. Postupem času, při dalších návštěvách klienta, pak práci zintenzívníme a postupně přidáváme i tvrdší materiály, které jsou obtížnější na zpracování.

Při práci vždy respektujeme individualitu každého klienta. Klientovi buď ponecháme vlastní tvořivost¹⁹, nebo se jej snažíme vést k vypracování nějakého konkrétního výrobku. Nenutíme však klientovi svou vůli, ale pomáháme mu, radíme a podporujeme jeho vlastní tvorbu. Tak odpoutáme pozornost klienta od jeho zdravotního stavu a jiných obtíží, což je účelem kondiční ergoterapie.

Techniky užívané v kondiční ergoterapii mohou být opravdu rozmanité, záleží jen na nápaditosti každého ergoterapeuta a na jeho schopnosti klienty k určité činnosti motivovat a u dané činnosti jejich pozornost také udržet.

¹⁹ Tvořivost – „neboli kreativita je činnost člověka, vytvářející nové materiální a duchovní hodnoty, jež mají společenský význam. Tvořivé momenty může obsahovat každý druh práce. Tvořivost je jednou z nejdůležitějších oblastí duševní činnosti člověka.“ (KOHOUTEK 2002 s. 311)

7. 1. 1. Pracovní techniky

1. Výtvarné techniky

a) Kresba

Při kreslení se používají tužky, uhly, pastelky, pastely apod. Základem kresby je čára, jejíž kvalita je závislá na nástroji a materiálu. Kresbu můžeme zpestřit tím, že ji provedeme na vlhký podklad, např. zvlhčíme klovatinou, vodou, tekutým škrobem.

b) Malba

Malování je činnost, která se provádí různě silnými štětci nebo špachtlí. K malování můžeme použít tempery, vodové barvy, anilinové barvy aj.

c) Omalovánky

Využívají se malé či velké obrazce. Cílem může být vybarvování samo nebo také ladění barev při této činnosti. Vymalované obrazce pak můžeme vystříhnout a použít pro lepené koláže.

d) Malování na textil

Na textil můžeme malovat temperami, fixy, foukacími fixy aj.

e) Rozfoukávání barev

Na papír vytvoříme z řidší barvy skvrnu, kterou pomocí slámky rozfoukáváme do různých stran. Vzniklý efekt můžeme dotvořit kresbou.

f) Bičomalba

Na prsty si přivážeme nitky (nejlépe bavlnky), které poté namočíme do barvy a plácáme jimi po papíru různými směry. Vznikne zajímavý obrázek.

g) Rozžehlování voskových barev²⁰

Na hladký papír nanese silnou vrstvu voskových barev, překryjeme ho druhým hladkým papírem a přes nějakou látku přežehlíme tak, aby se voskové barvy roztekly. Poté od sebe papíry odlepíme, můžeme jimi mírně posunout, aby se barva rozetřela.

²⁰ Příloha 10

2. Textilní techniky

a) Ruční šití nebo šití na stroji

Výroba polštářů, přišívání knoflíků, lemování ubrousků, šití figurek, maňásků, bačkory apod. Využívají se různé odstřížky látek, umělých materiálů, kůží apod. Pro šití na stroji je „ideální řešení, máme-li na jednom pracovišti alespoň dva stroje, jeden na nožní pohon, druhý na elektrický. Strojové šití se používá na ukončovací práce při tkaní, batikování, v kombinaci s ručním šitím apod.“ (KUBÍNKOVÁ, KRÍŽOVÁ 1997 s. 42)

b) Batikování textilu

V první řadě je důležité vybrat vhodnou látku (jemná, hustě tkaná, s hladkým povrchem). Nejdříve látku vypereme a poté můžeme začít s batikou. Existuje celá řada batikování, např. skládaná batika, vyvazovaná, šitá, vosková aj.

c) Textilní koláže

Při textilní koláži můžeme použít nejrůznější druhy látek, kůží, kožešin, vlny, nitě, bavlnky, knoflíky aj. Záleží vždy na možnostech pracoviště a fantazii ergoterapeuta či samotných klientů.

d) Ruční práce

Patří sem nejrůznější činnosti, jako např. pletení, různé druhy háčkování, vyšívání²¹ (rozličnými stehy – přední, obtáčený přední steh, zadní, křížkový, perličkový, stonkový, řetízkový aj.), síťování (výroba tašek, přikrývek, záclon, houpacích nebo rybářských sítí apod.), drhání (tj. vázání uzlíků z jedné nebo více nití) atd.

e) Tkaní

Ruční tkaní patří mezi velmi vhodné činnosti užívané v ergoterapii. Pracovní postup je jednoduchý, snadno se pamatuje, klient se ho zpravidla rychle naučí. Kromě vlastní práce na stavu nebo rámu mohou klienti pracovat na řadě přípravných a zakončovacích činností, které skýtají pravidelné pohyby rukou. (PĚKNÁ 1985 s. 5 a 42)

3. Práce s papírem

a) Ruční výroba papíru, kartonu či lepenky

„Suroviny, jako jsou staré hadry, rostlinná vlákna, starý papír se rozřežou na kousky, rozmělní (vařením, hnitím). Po zředění se takto vzniklá papírovina přivádí do čerpací kádě, kde se čerpací formou nabírají listy a snímají se na plstěné podklady. Voda se odstraňuje lisováním a listy se po vyjmutí suší. Listy je možné dále vyhladit, popř. zaklížit ponořením do klišového roztoku.“ (HONZÍKOVÁ, MICHÁLKOVÁ, VODÁKOVÁ 2000 s. 33)

b) Koláže

Koláž mohou tvořit senioři samostatně nebo i v menších skupinkách po dvou či po třech. Můžeme využít různě barevné papíry, noviny, časopisy, fotografie apod. Koláž vytváříme z vystříhovaných či z trhaných papírků.

c) Skládání

Můžeme tvořit vlaštovky, draky, papírové čepice, lodičky, parníky, pohárky, vějíře, krabičky, květiny, zvířata, různé skládanky aj. Obtížnost volíme podle schopností a zdravotního stavu seniora.

d) Vystříhování

Senior může vystříhovat různé motivy, prostřihávat papír (tvorba vystříhovánek – např. ubrousky), tvořit modely či jiné výrobky.²²

4. Práce s přírodními materiály

a) Aranžování květin

Aranžovat můžeme květiny živé i sušené. Aranžování suchých květin vyžaduje i jejich sběr a sušení, aby se s nimi mohlo pracovat. Některé rostliny pro aranžování můžeme vypěstovat, jiné natrhat v přírodě.

b) Koláže

Koláže se mohou tvořit z listů květin i stromů, větviček, ze sušených rostlin, slámy či sena, z různých semen, jader nebo lesních plodů.

²¹ Příloha 11

²² Příloha 12

c) Figurky z přírodních materiálů

Při výrobě figurek záleží jen na naší fantazii, k dispozici nám příroda nabízí nejrůznější přírodniny jako jsou např.: kaštiny, žaludy, šišky, kůra stromů, větvičky, jehličí, listy apod. Použít můžeme také různá jádra, semínka, pecky, zrnka, šípky, fazole, hrách, čočku a rozličné druhy kuchyňského koření.

d) Kraslice

Kraslice se vyrábějí před velikonočními svátky ve většině zařízení pro seniory a užívají se pro výzdobu. Vyfoukaná vejce mohou klienti zdobit nejrůznějším způsobem a to buď malováním (pastely, temperami, voskovkami), polepováním, omotáváním barevnými bavlnkami apod.

e) Práce se dřevem nebo kovem

Oblíbená spíše u mužů než u žen. Tato činnost je náročnější, proto ji nezařazujeme hned na začátku terapie.

5. Práce na zahradě či práce s pokojovými rostlinami

Je to staronový způsob léčby, který působí příznivě jak na tělo tak i na mysl a duši klienta. „Využití rostlin v ergoterapii má dlouholetou tradici především v psychiatrii. Při léčebnách existovala většinou hospodářství, ve kterých se u pacientů aplikovala léčba prací. Práce s rostlinami je také oblíbená u seniorů, protože výsledek se dostaví poměrně rychle a je dobře využitelný.“ (VODÁKOVÁ, DYTRTOVÁ, CETTLOVÁ 2003 s. 53)

Při této činnosti pracujeme buď s rostlinami, které jsou umístěné v interiéru (pokojovými okrasnými rostlinami, užitkovými rostlinami), nebo venkovními rostlinami. Pro práci s rostlinami je vždy důležité pro ně zvolit vhodné stanoviště v obytných či venkovních prostorách (kvůli slunečnímu světlu), dále jejich ošetřování, rozmnožování apod. V současné době se při pěstování rostlin využívá tzv. hydroponie (tj. pěstování rostlin v živných roztocích, které musí obsahovat všechny základní živiny), což má svá pozitiva v tom, že se klient při práci neušpiní od hlíny. (OPOČENSKÝ 2003 s. 6 – 17)

6. Práce s hmotou

a) Těsto

Těsto může senior válet, zpracovávat rukama, něco z něj vytvářet (např. figurky), vykrajovat apod.

b) Modurit, plastelína

Modurit a plastelína se dá použít podobně jako těsto k nejrůznějším úkonům. Klient může vytvářet různé postavičky, ovoce, z moduritu např. i šperky apod.

c) Vosk

Vosk můžeme kromě jiného využít na výrobu svíček, které mohou být různě barevné a různého tvaru. Dále je také vhodný k výrobě postaviček aj.

d) Terapeutický tmel

Terapeutický tmel je velice příjemný na dotek. Klient si promačkáváním procvičuje ruku.

e) Keramická hlína²³

Práce s keramickou hlínou je mezi seniory velice oblíbená. Kromě toho, že se klienti zaměstnají a procvičí ruce, mohou si vyrobit nejrůznější dárky nebo dekorace, které se dají dále účelně využít.

7. Vaření a pečení

Tato technika je vhodná jak pro ženy, tak i pro muže. Do činnosti se mohou zapojit i senioři, kteří mají potíže s jemnou motorikou, trpí třesem, špatně slyší apod. Při vaření či pečení je mnoho rozdílných činností: krájení, válení, míchání, vážení aj. Tato činnost je velice oblíbená a všem klientům velice blízká. Klienti se nejen zapojí do přípravy, ale mají radost i z výsledného výrobku, který nakonec sami ochutnají. Ochutnávání jídla může být spojeno s příjemným posezením u kávy.

²³ Příloha 13

7. 2. Cvičení paměti pro seniory

Cvičení paměti²⁴ je u starších osob jedním z prostředků, který zajišťuje dostatečný stupeň mentální nezávislosti pro jejich každodenní činnost. Cvičení paměti je také prevencí negativních důsledků stárnutí a stáří. V domovech důchodců a ostatních ústavních zařízeních představuje trénink paměti kvalitnější využití volného času seniorů. I v této oblasti platí, že trénovaný organismus odolává neúprosnému procesu stárnutí lépe než netrénovaný. (KONOPÁSKOVÁ in POSPÍŠILOVÁ 1996 s. 7 – 8)

Některé z nejdůležitějších výzkumů, které se v dnešní době provádějí na univerzitách a ve farmaceutických laboratořích nejrozličnějších firem, se zaměřují na to, jak uchovat schopnosti z mládí, zatímco tělo stárne. Výzkumy potvrzují, že tělesné cvičení prospívá celkovému zdraví, to se vztahuje jak na tělo, tak i na duši. Lidé, kteří své tělo a mozek po celý život zásobují podněty, budou s větší pravděpodobností prospívat lépe bez ohledu na to, jak dlouho žijí. (BRAGDON, GAMON 2002 s. 10)

Je však nutné si již v mládí uvědomit, že mozek je jedním z nejdůležitějších orgánů lidského těla, a je tedy naším největším jměním. Umožňuje nám naše vnímání a paměť, vytváří naši řeč, dovednosti, myšlenky a také pocity, a přece je to část těla, kterou máme tendenci velmi často opomíjet. (CARTER, RUSSELL 2003 s. 1)

Paměť je v současnosti ve srovnání s inteligencí hodně podceňována. Patří však k důležitým aspektům našeho duševního života. Dobře fungující paměť nám pomáhá lépe se orientovat v těžkých životních situacích a lépe zvládat životní úkoly. (KŘIVOHLAVÝ 2001 s. 133) Předpokladem duševní práce je dostatek energie, který je zajišťovaný jednak pravidelným přísunem živin, a jednak pravidelným spánkem. Organismus je funkčním celkem a paměť je ovlivňována více činiteli. Do schopnosti učit se a vybavovat si

²⁴ Příloha 14

vzpomínky zasahuje u každého jedince nejen věk a pohlaví, ale také spánek, výživa a další faktory duševní hygieny²⁵. (LAIROVÁ 1999 s. 41 - 118)

Trénováním paměti se v dnešní době zabývá řada organizací. Také u nás existuje Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Sdružuje odborné cvičitele, kteří prošli jednostupňovým či dvoustupňovým školením cvičitelů paměti a věnují se této činnosti jako praktičtí cvičitelé. Tato činnost se nejčastěji zaměřuje na trénování paměti seniorů na rozdíl od mozkového jogingu, který se zaměřuje na trénování kognitivních funkcí zvláště u mladých generací. (KŘIVOHLAVÝ 2001 s. 121)

Dále se cvičení paměti často zařazuje do nabídky domovů důchodců, denních center či jiných zařízení pro seniory. V těchto institucích je cvičení paměti obvykle zahrnuto v programu kondiční ergoterapie. Cvičení paměti je často navštěvováno také klienty, kteří docházejí na program z domova.

Trénování paměti se týká nejen zdravých seniorů, ale i těch, kteří mají dlouhodobé obtíže patologického charakteru. Jde např. o seniory s Alzheimerovou chorobou, Huntingtonovou chorobou nebo Korsakovovým syndromem.²⁶ U těchto nemocí se však jedná především o zpomalení postupu nemoci a udržování statu quo. (KŘIVOHLAVÝ 2001 s. 131)

7. 2. 1. Techniky užívané při cvičení paměti seniorů

Programy cvičení paměti mají sloužit různě disponovaným a nestejně orientovaným seniorům. V nabídce každé instituce by proto měla být zařazena jak cvičení elementární, tzn. snadná a vhodná pro každého klienta, tak cvičení zaměřená ke komplexnějším a náročnějším cílům. Cvičení náročnější úrovně bývají vesměs rozložena do dlouhodobějších programů. (POSPÍŠILOVÁ 1996 s. 11 – 12)

²⁵ hygiena = „nauka o správném způsobu života ze zdravotního hlediska, zdravotvěda“ (LAIROVÁ 1999 s. 118)

²⁶ viz 6. 2 Choroby ve stáří

Techniky cvičení paměti jsou zaměřeny na vnímání a soustředění pozornosti, na zapamatování a následné vybavování, na mezilidskou komunikaci, na poznávání nového nebo připomínání si již zapomenutého, na navazování kontaktů ve skupině seniorů apod.

Příklady cvičení paměti seniorů:

- a) určování příslušných protikladných výrazů, např. krátký/dlouhý;
- b) úhrnné vyhledávání pojmů podle zadané podmínky, např. jmenujte pět různých barev: červená, modrá, růžová, žlutá, zelená;
- c) charakterizování zvířat pojmenováním zvuků, např. kočka/mňau;
- d) nalézání významů slov, např. zub: v puse, na hřebenu, na vlasech (křivě ostříhané), na pile;
- e) rýmování, např. skáče/ptáče/pláče/dráče/koláče;
- f) jak se jinak řekne, např. vařečka/měchačka, lékař/doktor;
- g) křížovky;
- h) hádání, co kdo dělá: mimický výstup;
- i) jeden z klientů říká abecedu, druhý ho zastaví, na písmeno, které zůstalo, se vymýšlí, např. jméno, zvíře, věc, rostlina, země, město, řeka apod.;
- j) přirovnání, např. ošklivý jako noc, tma jako v pytli;
- k) pranostiky, např. sv. Anna chladna z rána/sv. Anna – září nedosmaží;
- l) známé dvojice, např. Bob a Bobek, Jeníček a Mařenka;
- m) zapamatování věcí pod šátkem apod.

Techniky cvičení paměti v rámci kondiční ergoterapie seniorů se dají využít jak individuálně, tak ve skupině seniorů. Jejich obtížnost je vždy nutné přizpůsobit jednotlivému klientovi. Je dobré, když samotnému cvičení paměti předchází přibližně desetiminutové kondiční cvičení, při kterém se senior protáhne a uvolní²⁷.

²⁷ Příloha 7

8 OBECNÉ CÍLE KONDIČNÍ ERGOTERAPIE V PRÁCI SE SENIORY

Při práci s klientem v rámci kondiční ergoterapie je vždy třeba sledovat cíl péče, který má jeho současný stav zlepšit, nebo není-li to možné, má alespoň zabránit jeho zhoršování. V jakémkoli stavu má být o klienta pečováno a zacházeno s ním tak, aby se cítil spokojený a klidný, aby byla jeho lidská důstojnost a hodnota zachována. (RHEINWALDOVÁ 1999 s. 11)

Cílem kondiční ergoterapie je tedy nejen dosáhnout maximální soběstačnosti klienta v domácnosti, pracovním a sociálním prostředí, ale také zvýšit jeho kvalitu života a umožnit mu tak co nejdéle vést nezávislý a plnohodnotný život.

Ergoterapie je založena na předpokladu, že zapojení člověka do cílené a smysluplné činnosti podporuje jeho mentální a fyzické funkce, celkovou pohodu a vede ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Jedinečnost profese je především dána využitím aktivity jako terapeutického prostředku. Terapie by měla vycházet ze zjištěných problémů klienta, odrážet jeho cíle, potřeby, zájmy, sociální role a přispívat ke zlepšení fungování ve všedních denních činnostech (ADL), pracovních činnostech, sociálních i zájmových aktivitách. (<http://zsf.osu.cz>)

Kondiční ergoterapie v práci se seniory si tedy stanovuje za cíl klienta aktivizovat, vyplnit jeho volný čas a tím dosáhnout prevence proti psychickým obtížím, depresím, pocitům osamělosti apod.

Cílem je pak také dosažení optimální obnovy postižené funkce a celkové funkční zdatnosti a také snaha zachovat co nejdéle: nezávislost, pocit dobré pohody, možnost života doma. (KUBÍNKOVÁ, KŘÍŽOVÁ 1997 s. 67)

9 ZKOUMÁNÍ MOŽNOSTÍ ÚČINKU KONDIČNÍ ERGOTERAPIE NA SCHOPNOSTI SENIORŮ

V praktické části Magisterské práce se zaměřím zvláště na zkoumání vlivu kondiční ergoterapie na schopnosti seniorů a následné zvýšení kvality jejich života. Pro výzkum použiji kvalitativní analýzu dvou kazuistických záznamů.

9. 1. Metodika výzkumné studie

V rámci studie jsem navštívila dvě zařízení v Praze, kde se provádí kondiční ergoterapie seniorů. Jedním zařízením je Domov Sue Ryder a druhým je Domov sv. Karla Boromejského.

Domov Sue Ryder se nachází v Michelském dvoře, který v roce 1994 pronajala Městská část Prahy 4 na devadesát devět let za symbolické nájemné nadaci Sue Ryder, aby zde zřídila domov se zdravotně sociální péčí pro seniory. Domov se začal postupně využívat až od roku 1999, kdy byla dokončena celková rekonstrukce. V současné době Domov Sue Ryder nabízí seniorům zdravotnicko – ošetrovatelskou péči, tj. odbornou ošetrovatelskou péči, nácvik soběstačnosti, kondiční ergoterapii a vhodnou rehabilitaci.

Druhé zařízení, Domov svatého Karla Boromejského (DCB), se nachází v Praze 6 v Řepích a je to církevní zařízení, kde se propojuje spolupráce jednak řeholních sester z Kongregace, odsouzených žen a starých lidí, kteří jsou zde umístováni v rámci respitní péče. DCB je v provozu od roku 1996 a nabízí: hospicovou péči, denní stacionář, rehabilitaci, cílenou a kondiční ergoterapii. Ergoterapie zde funguje od roku 1997, kdy se objevily první snahy o zavedení ergoterapeutické činnosti do komplexní péče DCB. O plném využití se dá hovořit až od roku 1998, kdy se ergoterapie stala součástí nabídky DCB.

Studie se zaměřuje na seniory, kteří buď dochází ze svého bydliště do zařízení, kde je jim nabízena kondiční ergoterapie, nebo jsou v daném zařízení přímo umístěni a v rámci svého pobytu navštěvují kondiční ergoterapii. Kritériem výběru cílové skupiny tedy není ani věk či pohlaví seniora ani jeho původní zaměstnání nebo zdravotní stav, ale pouze účast na dané terapii.

Cílem této studie je zjištění dopadu kondiční ergoterapie na schopnosti seniorů a především celkové zkvalitnění jejich života působením kondiční ergoterapie. V posledních dvaceti letech se koncept kvality života stal nedílnou součástí všech vědních oborů. Ani v medicíně již nejsou rozhodujícím ukazatelem výsledky lékařských vyšetření. Následná terapie, medikamentózní léčba a rehabilitace jsou stanovovány také na základě subjektivní kvality života jednotlivých klientů.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO) definuje kvalitu lidského života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (www.who.int/evidence/assessment-instruments/gol/index.htm in VAŽUROVÁ, MÜHLPACHR 2005 s. 11)

Na začátku této studie je ještě nutno říci, že ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou různých hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. Já se v této studii zaměřím na obě tyto stránky, neboť zvláště u seniorů je objektivní i subjektivní hledisko dosti propojené.

„Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“ (VYMĚTAL in VAĐUROVÁ, MÜHLPACHR 2005 s. 17)

V této kapitole, která je praktickou částí magisterské práce, si nejprve stanovím cíle studie a metody, které mi pomohou k jejich dosažení. Dále vytyčím jednotlivé hypotézy, které se pokusím na konci této studie zodpovědět na podkladě vypracovaných kazuistik a rozhovorů získaných ve výše uvedených zařízeních pro seniory. Mezitím si též vytyčím úkoly stanovené pro tuto studii.

9. 2. Cíl a metody

Cílem této studie je, jak už bylo v předchozí kapitole řečeno, zjistit míru dopadu kondiční ergoterapie na schopnosti seniorů a vliv kondiční ergoterapie na celkové zkvalitnění života seniora, ať již žijícího doma či v zařízení sociální nebo zdravotní péče.

Ke sledování a měření kvality života vznikají různé hodnotící škály, které dovolují definované položky kvality života kvalifikovat, a tak dlouhodobě sledovat jejich vývoj. Pro účely této studie jsem zvolila kvalitativní analýzu kazuistických záznamů, kde chci ukázat postupný vývoj dvou klientů a dopad kondiční ergoterapie na jejich život a následné zvýšení jeho kvality. V následujících kapitolách uvedu dva kazuistické záznamy, muže a ženy s rozdílným sociálním postavením a odlišným zdravotním stavem.

Potřebné informace pro vypracování studie jsem získala četbou odborné literatury, která je uvedena v závěru Magisterské práce. Důležité pro získání informací a vypracování kazuistik bylo také pozorování a rozhovory s jednotlivými klienty ve výše uvedených zařízeních pro seniory a také rozhovory s ergoterapeuty a dobrovolníky. Při rozhovoru s klienty bylo třeba otázky přizpůsobit jejich psychickému stavu a momentálnímu rozpoložení.

Studii jsem realizovala ve spolupráci s ergoterapeuty, sociálními pracovníky a dobrovolníky Domova Sue Ryder a Domova sv. Karla Boromejského. Avšak bez spoluúčasti klientů obou zařízení by tato studie nikdy nevznikla.

Na základě cílů této studie jsem volila jako cílovou skupinu klienty, kteří se kondiční ergoterapie účastní již dlouhodobě a dochází na ni pravidelně, nejméně třikrát týdně. Dlouhodobost a pravidelnost kondiční ergoterapie by měla lépe ukázat její podíl na celkovém zkvalitnění života klientů.

9. 3. Stanovení hypotéz

V této kapitole předložím postupně šest hypotéz. Všechny hypotézy jsou postavené na mém úsudku, který je ovlivněn četbou literatury na dané téma a také krátkou praxí v oblasti kondiční ergoterapie seniorů. Je jisté, že institucí nabízejících kondiční ergoterapii stále přibývá, ale jejich nabídka nebývá často na takové úrovni, jak by měla být. Je proto třeba ještě mnoho práce a úsilí všech, kteří se tomuto oboru chtějí věnovat.

Na základě stanovených cílů předpokládám tyto výsledky:

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že lidé ve vyšším věku nevyhledávají tolik aktivní činnost a pohyb, neboť v důsledku stárnutí a dalších fyziologických či psychických změn ztrácí motivaci a chuť pro aktivity, které přímo nesměřují k uspokojení jejich základních potřeb.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že nečinností se postupně zhoršují funkce lidského těla i mysli a jejich rozvoj je zastaven. Činnost pak tyto funkce znovu posiluje, udržuje a rozvíjí, tím zvyšuje kvalitu života jedince a znovu ho zapojuje do aktivního života.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že programy kondiční ergoterapie mohou klienta motivovat k „novému začátku“, neboť zde mají rozsáhlou nabídku činností, která jim často nahrazuje vyplnění volného času pracovní činností v zaměstnání.

Vycházím z předpokladu, že dlouhodobý pobyt doma, bez kontaktu s vrstevníky nebo jinými osobami, vede k celkovému úpadku každého jedince a k deprivaci (informační, sociální, komunikační, emocionální) a tím ke zhoršení kvality života, a to jak z objektivního, tak i ze subjektivního hlediska. Toto zhoršení se pak projeví jak po zdravotní, tak i po psychické stránce.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že klient často potřebuje nějaké povzbuzení nebo motivaci k tomu, aby vůbec začal na kondiční ergoterapii docházet. Toto povzbuzení může vycházet z rodiny, od lékaře nebo např. od přátel klienta, kteří se podobné terapie také účastní.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že pokud se ergoterapeutovi a ostatním pracovníkům podaří seniora nadchnout pro nabízené činnosti či vzdělávací programy, bude na kondiční ergoterapii docházet rád a zařadí ji do svého pravidelného programu.

Vycházím z předpokladu, že staří lidé často lpí na určitých pravidelnostech a stereotypech ve svém životě. Cítí se tak jistější a klidnější.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že kondiční ergoterapie má velký podíl na zlepšení schopností i možností seniora a celkově podporuje zvýšení kvality jeho života.

Vycházím z předpokladu, že činnostmi se zlepšuje jejich zdravotní i psychický stav, mají možnost cvičit svou paměť, což podporuje jejich sebevědomí v kontaktu a komunikaci s jinými lidmi a mají zde také možnost navázat nové kontakty se svými vrstevníky.

9. 4. Úkoly studie

Pro realizaci kazuistického šetření bylo třeba si stanovit jednotlivé úkoly, které budou podkladem pro vypracování kazuistických záznamů a pomohou při zodpovězení vytyčených hypotéz kvalitativní analýzou.

Úkol č. 1 - Vytipovat cílovou skupinu, která prochází kondiční ergoterapií.

Úkol č. 2 – Navázat osobní kontakt s lidmi, kteří prodělávají kondiční ergoterapii po dobu potřebnou k zodpovězení hypotéz.

Úkol č. 3 – Analyzovat techniky kondiční ergoterapie, které vybraní klienti prodělali.

Úkol č. 4 – Zpracovat dvě kazuistiky s vybranými klienty, kteří splňují stanovené podmínky.

Úkol č. 5 – Zjistit subjektivní názor vybraných klientů na zlepšení jejich funkcí po prodělání kondiční ergoterapie.

Úkol č. 6 – Zjistit názory a postoje ergoterapeutů a spolupracujících dobrovolníků provádějících kondiční ergoterapii.

Úkol č. 7 – Kvalitativně zhodnotit subjektivní i objektivní faktory kondiční ergoterapie.

9. 5. Výsledky zkoumání a jejich interpretace

V této kapitole předložím dvě kazuistiky vypracované za spolupráce vybraných klientů, podle výše uvedených kritérií, a ergoterapeutů v Domově Sue Ryder. Pro tyto kazuistiky byli vybráni dva klienti, muž a žena, kteří na kondiční ergoterapii dochází pravidelně již po delší období. Kazuistiky jsou zpracovány na základě záznamů Domova Sue Ryder o klientech Denního centra, pozorování a také rozhovorů se samotnými klienty a ergoterapeuty.

9. 5. 1. Kazuistika I.

1. Základní údaje

Pohlaví klienta Denního centra v Domově Sue Ryder: muž

Věk: 73 let

Diagnóza: Alzheimerova demence spojená s Parkinsonovou chorobou

Bydliště: Praha

Rodina: manželka, dva synové, jedna dcera a jedna vnučka

Zaměstnání: dříve houslista, nyní v důchodu

Pobyt v Denním centru: celodenní

Důvod umístění: styk s lidmi a možnost popovídat si, rozšíření nabídky zájmů, příjemná aktivní změna pro jeho život

Doprava: s doprovodem rodinného příslušníka (manželky)

2. Míra soběstačnosti

Chůze: s holí a oporou pracovníka Denního centra, v poslední době již samostatně s použitím chodítka

Užívání WC: bez asistence

Strava: normální racionální strava

3. Senzorické obtíže

Zrak: vetchozrakost – klient používá brýle na jemnější práci

Sluch: v normě

4. Komunikační schopnosti

Komunikační schopnosti klienta jsou výborné. Občas se však stává, že klient trochu drmolí, ale je mu dobře rozumět.

5. Charakteristika klienta a jeho rodiny

Klient se narodil na Moravě v rodině malého živnostníka jako prvorozený syn. V dětství si rád hrál se zvířaty. Měl svého oblíbeného psa. Obecnou školu navštěvoval ve své rodné obci. Do gymnázia denně dojížděl na svém kole asi deset kilometrů do většího města. Tam se začal učit i hře na housle a doma na klavír.

Rád četl dobrodružné knihy, toulal se často přírodou. Pomáhal také otci v jeho kamenické živnosti. Po ukončení školní docházky si dal sám tajně přihlášku na konzervatoř v Brně. Konzervatoř pak úspěšně absolvoval v roce 1956. Poté byl přijat na Janáčkovu Akademii Múzických Umění a vedle houslí a klavíru zde vystudoval i obor „skladba“.

Po úspěšném absolutoriu nastoupil do Brněnské filharmonie, vedle toho hrál také v Brněnském orchestru lidových nástrojů a jiných komorních orchestrech. Skladby, které složil, se hrají nejen u nás, ale i v zahraničí.

Ve svém volném čase se rád věnoval sportu, především atletice, také ping-pongu a na vyšší úrovni hrál i šachy.

V roce 1967 se po úspěšném konkurzu do České filharmonie přestěhoval do Prahy a nastoupil zde také do skupiny prvních houslí, kde zůstal a pro umění žil až do svého nástupu do důchodu.

S hudbou procestoval téměř celý svět. Vždy se však rád vracel ke své rodině, která mu byla zázemím. V manželství se mu narodily postupně tři děti, dva synové a jedna dcera. V současné době mají všichni své rodiny. Klient má také jednu vnučku.

6. Charakteristika obtíží klienta

Klient dochází do Denního centra v Domově Sue Ryder přibližně jeden rok. Denní centrum zkontaktovala jeho manželka, neboť již nezvládala péči o něj. Ona sama je v plném invalidním důchodu. Má na svého manžela velký vliv.

Při nástupu do Denního centra v Domově Sue Ryder byly s klientem vypracovány tyto dva testy: Mini-mental state examination (MMSE)²⁸ a Test kreslení hodin²⁹. Při vyplňování MMSE se klient spletl jen v datu, tj. že místo 7. července napsal 8. července. Jinak byl ve všem zcela orientovaný. Celkové skóre mu v tomto testu vyšlo 29 bodů, tzn. že nemá poruchy kognitivních funkcí.

V testu kreslení hodin klient dokázal nakreslit kruh, ciferník hodin začal psát správně, ale když měl napsat číslo dvanáct, zarazil se a napsal to místo čísla jedna. Vyznačení času deset hodin a deset minut vyznačil tak, že malou ručičku zakreslil správně na číslo deset a velkou ručičku naznačil tak, že směřovala na číslo dvanáct. Po malém upozornění se však opravil a čas zakreslil správně.

Klient je spíše uzavřenější. Velmi pozitivně ho ovlivnilo, že v Denním centru se znovu setkal se svým spolupracovníkem z České filharmonie, který do Denního centra také pravidelně dochází.

Klient hned od začátku dobře přijal program v Denním centru. Dobře se s čímkoli sžívá. Aktivně se zapojuje do činností, které ergoterapeutky

²⁸ Příloha 8

²⁹ Příloha 9

připravují pro klienty. Nová přátelství klient příliš nevyhledává, avšak seznámil se zde s dobrovolnicí, která má podobné zájmy, a tak si s ní vždy rád popovídá o hudbě.

Klient je spíše introvertní a přemýšlivý. Má velice dobrý vztah ke své manželce i k rodině. Oba se chovají v komunikaci s Denním centrem velice slušně.

Ke své nemoci je klient hodně přemýšlivý, nevzdává se. Zkoušel chodit o francouzské holi, avšak vzhledem k tomu, že je stížen Parkinsonovou nemocí, dělá mu velké problémy překročit překážky. Bylo mu proto nabídnuto ergoterapeutkou, aby v Denním centru používal chodítka, neboť při užití francouzské hole vždy potřeboval asistenci a při užití chodítka se mohl po Domově Sue Ryder pohybovat sám, bez pomoci. Z počátku klient chodítka nechtěl a měl k němu hodně výhrad, ale nakonec se nechal přemluvit a v Denním centru ho užívá. I on sám je nyní více spokojený, neboť je soběstačný a nemusí ho nikdo doprovázet, dojde si sám, kam potřebuje.

Z finančních důvodů jeho rodiny byla klientovi uznána v Denním centru nižší platba, než je běžné.

7. Individuální plán klienta Denního centra

- a) Klientův cíl: klient dochází do Denního centra s cílem setkat se, popovídat si, sdílet události s ostatními vrstevníky. Také by rád rozšířil své zájmy příjemnou aktivní změnou pro svůj život.
- b) Ergoterapeutický plán: klient dochází do Denního centra čtyřikrát do týdne na celodenní pobyt. Do Denního centra ho přivádí manželka nebo dcera. Hodně navštěvuje tyto programy: výtvarné techniky, cvičení paměti – skupina A, keramika. Při cvičení paměti je u klienta nutné procvičit krátkodobou paměť a výbavnost, podpořit dlouhodobou paměť. Je potřeba klienta upřímně chválit, zvýšit jeho

sebevědomí, pomoci mu zažít úspěchy. Při výtvarných technikách a keramice je nutné podpořit klientovu tvůrčí práci, pracovat spíše na konkrétním a jasně daném výrobku.

- c) Společenská aktivizace: Přítomnost v kolektivu Denního centra, možnost využít společenských akcí jak v Denním centru, tak v komunitním centru Domova Sue Ryder dle vlastního uvážení. S klientem dochází do Denního centra také jeho dávný kolega v České filharmonii, se kterým si mají o čem povídat.
- d) Denní režim: Pomoci klientovi dodržovat odpolední odpočinek pro znovu nabrání sil pro cestu domů. Ve volných chvílích klient rád pobývá na slunci. Klient má zvýšené riziko pádů. Je proto nutné, aby ho na všech cestách doprovázel pracovník Denního centra. Při pádu se klient jakoby zastaví, není schopen udělat krok a pomalu se klátí. Je nutné ho podepřít. Nejlepší je, když si hned sedne, klidně i na zem, po chvíli je zase vše v pořádku. Klient objektivně nezhodnotí své možnosti. Je dobré nepřeceňovat jeho síly.
- e) Ergoterapeutický cíl: Pomocí ergoterapeutů, dobrovolníků, praktikantů i klientů Denního centra umožnit klientovi společenské vyžití. Podpořit ho takovým způsobem, který by ho motivoval k práci.
- f) Společenský přístup: Přistupovat ke klientovi partnersky, s úctou a veškerou společenskou etiketou, nevtíravě a s pochopením.

8. Názor ergoterapeuta na klienta

Ergoterapeutka Denního centra klienta charakterizuje jako velmi uzavřeného člověka, který sám nevyvíjí žádné pokusy o navázání kontaktu s ostatními klienty. Při komunikaci s ostatními je však velice příjemný a kultivovaný. I když je klient spíše introvertní, vychází s ostatními klienty velmi dobře. Je nekonfliktní. Klient je v jednotlivých činnostech nabízených denním centrem velice snaživý a rád se zapojuje. Vzhledem k jeho obtížím je

však klientův výkon spíše pomalejší a občas potřebuje také pomoc ergoterapeuta či dobrovolníka. Činnost u něj musí vždy směřovat ke konkrétnímu výrobku.

9. Výsledky pozorování klienta

Při příchodu klienta do Denního centra, kam ho ráno přivádí manželka nebo dcera, bylo na něm vždy vidět, že přišel rád a na činnost se těší. Ihned se bez obtíží zapojil do načaté činnosti, obvykle do ranního kondičního cvičení, neboť přicházel o chvíli déle než většina klientů Denního centra. Kondičního cvičení se v rámci svých možností plně zúčastnil, kromě protahování nohou.

Při technice cvičení paměti se zapojoval velmi živě. Bylo vidět, že jeho znalosti jsou velmi rozsáhlé. Např. při povídání o vesmíru dokázal zodpovědět všechny otázky, které si v rámci cvičení paměti ergoterapeutka připravila pro klienty.

Při práci s keramickou hlinou si klient vybral spíše jednodušší tvar. Výrobek byl vytvářen na vánoční téma. Vyválel sám hlinu válečkem, vykrojil podle šablony rybkou. Pak na ni přilepoval šupiny ve tvaru kuliček. Vše zvládl téměř samostatně, jen s malou asistencí při podávání pomůcek. Práce ho dle jeho slov bavila.

10. Závěr

Klient se snaží zvládat vše sám. Je spíše tichý, ale jak sám říká, v kolektivu se mu velice líbí. Rád se zapojuje do jednotlivých činností a má zálibu vést debaty z oblasti své dřívější profese. O své nemoci je klient informovaný a velmi přemýšlivý. Snaží se být co nejméně na obtíž. Často své síly přecení.

Kondiční ergoterapie mu dle jeho názoru velmi prospívá. Je rád, že se dostane mezi lidi. Cítí se pak mnohem lépe, když nemusí být stále „zavřený“ doma. Tím, že dochází do Denního centra uleví i své manželce, která o něj předtím celodenně pečovala. Rád se zapojuje do jednotlivých činností a proto se do Denního centra vždy těší. Zaplní tak svůj volný čas a tím jeho život dostává i určitý cíl.

9. 5. 2. Kazuistika II.

1. Základní údaje

Pohlaví klientky Denního centra v Domově Sue Ryder: žena

Diagnóza: cévní mozková příhoda (CMP)

Bydliště: Praha

Rodina: dva synové

Zaměstnání: dříve vedoucí v prodejně, nyní v důchodu

Pobyt v Denním centru: polodenní (z počátku chodila na celodenní)

Důvod umístění: aktivizace, denní programy

Doprava: z počátku s doprovodem rodinného příslušníka (před smrtí manžel, pak syn), nyní dochází do Denního centra sama

2. Míra soběstačnosti

Chůze: bez omezení

Užívání WC: samostatné (nejdříve s doprovodem, kvůli zhoršené orientaci)

Hybnost horních končetin: bez omezení

Strava: soběstačná (nosí si svou snídani, v Domově Sue Ryder jde do restaurace na oběd s ostatními klienty)

3. Senzorické obtíže

Zrak: vetchozrakost – při práci používá brýle

Sluch: v normě

4. Komunikační schopnosti

Komunikační schopnosti klientky jsou velmi dobré. Nedělá jí žádné potíže komunikovat i s neznámými lidmi.

5. Charakteristika klientky a její rodiny

Klientka je v současné době ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako vedoucí prodejny. Také pracovala nějaký čas ve stravovacím zařízení na ministerstvu zemědělství. Práce byla vždy i jejím největším koníčkem, který měla. Dalším jejím zájmem bylo pletení. Také velmi ráda chodila do společnosti.

Klientka měla pět sourozenců, jednoho bratra a čtyři sestry. Pochází z řeznické rodiny. V současné době má dva syny, z nichž starší pracuje na Slovensku, proto se s ním vidí velmi málo. Mladší syn zkontaktoval Denní centrum Domova Sue Ryder. O maminku se dobře stará, často ji navštěvuje. Oba synové podnikají.

Klientka bydlí po smrti svého manžela sama. Byt je to velký 4 + 1. Klientka velmi dobře vychází se svými sousedy, proto by se nikdy nechtěla odstěhovat a vyměnit byt za menší. Často se se sousedy i vzájemně navštěvují.

6. Charakteristika obtíží klientky

Klientka dochází do Denního centra v Domově Sue Ryder více než jeden a půl roku. Denní centrum zkontaktoval její mladší syn, který se o maminku po smrti jejího manžela stará. V době kontaktování Denního centra manžel klientky ještě žil.

Při nástupu do Denního centra byly s klientkou vypracovány tyto testy: Mini-mental state examination (MMSE)³⁰ a Test kreslení hodin³¹. Vyplňování MMSE nedělalo klientce téměř žádné potíže. Celkové skóre jí vyšlo 28 bodů, tzn. že nemá poruchy kognitivních funkcí.

V testu kreslení hodin měla klientka vyznačit čas třináct hodin a padesát pět minut. Nejprve chybně zakreslila ručičky, ale sama se opravila. Pamatuje si, že tento test už jednou dělala.

Při příchodu do Denního centra byla klientka zpočátku spíše pasivní a uzavřenější. Adaptace na Denní centrum jí trvala přibližně dva měsíce. Mladší syn zkontaktoval Denní centrum ještě v době, kdy žil její manžel, kvůli špatné orientaci klientky.

Z počátku klientku ze všech nabízených činností bavila hlavně keramika. Poté co si v Denním centru zvykla, chodila ráda na všechny programy. Ráno ji vždy přiváděl manžel.

Manžel však v době, kdy již docházela do Denního centra, zemřel. Klientka se hodně uzavřela, ale navenek to „příliš neprožívala“ a stále stereotypně docházela na programy. Měsíc po úmrtí měla klientka spíše pasivní období, podřizovala se chodu Denního centra, bez zasahování, což u ní nebylo obvyklé. Neměla moc chuť zapojovat se do nějakých činností.

Po nějaké době však došlo ke zlepšení. Nyní se ráda zapojuje, dobře vnímá klienty i zaměstnance Denního centra. Výrazně se však u ní projevuje jedna vlastnost a to je „shánčlivost“. Je až úzkostně šetřivá, což dříve nebyla. Snažila se i usmlouvat ceny v Denním centru za pobyt, i když netrpí finanční nouzí. V poslední době ale také začala brát peníze v Denním centru, klientům i zaměstnancům. Začala prohledávat i kabáty. Tento problém se s klientkou musel důrazně prodiskutovat. V této záležitosti je však nutné na ni stále dohlížet. Rodiny klientů byly upozorněny, aby svým

³⁰ Příloha 8

³¹ Příloha 9

rodičům nedávaly s sebou příliš peněz a cenné věci, z důvodu, že se něco podobného může stát.

7. Individuální plán klientky Denního centra

- a) Klientův cíl: cílem je zlepšit stav po CMP, kterou klientka prodělala v březnu roku 2004. Dále také snaha klientky být ve společnosti, popovídat si s ostatními, neseďet sama doma. Klientka se potřebuje zbavit strachu, úzkosti z určitých úkonů a věcí jako je např. plynový vaříč, eskalátory a podobně.
- b) Ergoterapeutický plán: klientka dochází do Denního centra na programy každý den v týdnu. V pondělí: výtvarné techniky – je potřeba podpora samostatné tvorby. Úterý a pátek: cvičení paměti – klientka potřebuje trénovat krátkodobou paměť, je pro ni důležité vnímání skupiny, učení se ovládnutí. Středa: pečení – nutné naučit klientku spolupráce a tolerance k chování druhých. Čtvrtek: keramika – podpora samostatné tvorby; je dobré, aby klientka měla jednoho svého asistenta, zkušeného keramika. Při činnosti je dobré ponechat klientce vlastní rozhodování.
- c) Společenská aktivizace: klientka se může účastnit společenských akcí, které pořádá Denní centrum. Sama se však raději staví do pozice pozorovatele. Obvykle odchází v polovině těchto akcí. Klientku motivuje, když má daná akce nějaké hmotné zisky, jako např. tombolu, dárky apod.
- d) Denní režim: klientka si sama udržuje vlastní denní režim. Do Denního centra přichází velmi brzy, ještě před otevřením (Denní centrum se otevírá v osm hodin ráno). A naopak odpoledne odchází dříve než ostatní klienti, již kolem jedné hodiny. To znamená, že se neúčastní odpoledního programu. Je dobré klientku alespoň informovat a nabízet konané odpolední programy.

- e) Ergoterapeutický cíl: podpora spokojenosti klientky se sebou a s životem. Oproštění se od slovní agresivity. Udržení soběstačnosti a dobré orientovanosti. Podpora chuti do práce i při jiných aktivitách, nejen při keramice.

- f) Společenský přístup: klientka je občas velmi energická a má tendence řídit a směřovat jak práci v Denním centru, tak i klienty, občas nevhodnou, slovně úpornou formou. Je tedy dobré vždy v takovém případě klientce podat zpětnou vazbu, že např. není vhodné to, co říká, že její slova mohou druhému ublížit. A při potřebě klientky přeorganizovat práci podle svého je třeba ji ujistit, že máme vše naplánované a pod kontrolou.

8. Názor ergoterapeuta na klientku

Klientku charakterizuje ergoterapeutka jako velice mateřskou. Klientka si „hlídá“ své spoluklienty a také prostor Denního centra. Hodně vnímá společnost v Denním centru. Snaží se také zapojovat do činností a mnoho věcí ovlivní.

Pro klientku je Denní centrum spíše jako rutinní zaměstnání. Chodí sem velmi brzy, někdy i o hodinu dříve, než se Denní centrum otevírá. Kontakt s Denním centrem ji velice drží, neboť žije sama. Je třeba ji v mnoha věcech usměrňovat, neboť si nebere servítky. Ráda však navazuje vztahy, pomáhá tak nejen sobě, ale i ostatním klientům, kteří se třeba hůře zapojují do kolektivu.

Klientka se např. v malé míře zapojuje i do práce ergoterapeutů. Když přijde nějaký praktikant, dobrovolník nebo nový klient, provede ho po Denním centru a se vším ho seznámí. Je jí tím dána důvěra, které si klientka velice cení.

9. Výsledky pozorování klientky

Klientka přichází ráno do Denního centra sama. Dochází sem pouze na dopolední program. Je velmi komunikativní, dobře se s ní povídá. Do programů nabízených Denním centrem se zapojuje velice ráda.

Při výtvarných technikách, kdy se vyráběly vánoční hvězdičky z papíru a papírové řetězy, klientka nejprve předkreslila na barevný papír proužky podle pravítka se speciálním uchopováním. Tyto proužky pak dobře nastříhala. Obkreslování hvězd podle šablony jí šlo již hůře, šablona se jí stále posouvala. Vystříhování obkreslených hvězd už bylo bez problémů. Pak klientka lepila nastříhané proužky do řetězu. Při práci byla velice pečlivá a šikovná.

Jiný den při programu cvičení paměti se klientka nejprve aktivně zapojovala, ale pak se jí podařilo na chvíli usnout. Při hře, kdy se jmenovaly věci, co si kdo vezme do vesmíru, si pamatovala vše, co bylo ostatními řečeno. Na otázky vždy odpovídala orientovaně a správně.

Každou středu je v Denním centru na programu pečení. Pekly se ořechové dortíčky. Klientka louskala ořechy. Sama navrhla, aby se pak místo strouhání ořechy rozdrtily v sáčku paličkou. Když ergoterapeutka svolila, svůj nápad uskutečnila. Při práci jsem s ní vedla rozhovor, pověděla mi z paměti recept na „myslivecké knoflíky“. Klientka měla při práci tendenci pomáhat při vykládání pekáčů pečícím papírem klientce sedící vedle ní. Druzně se svou sousedkou po celou dobu hovořila. Práce jí dle jejích slov bavila. Nečinila jí žádné potíže.

Při čtvrtěčném programu keramiky chtěla klientka vyrábět vázu. Tuto vázu pak chtěla použít jako dárek pro svou známou. Při práci byla velmi nadšená. Ergoterapeutkou si nechala pomoci pouze při složitějších úkonech.

Při činnostech v Denním centru je klientka přátelská. Ráda si povídá, je možné s ní vést rozhovor. Je ráda, že může na programy každý den docházet.

10. Závěr

Klientka je velmi společenská a přátelská. Denní centrum je jí nejen jakoby „zaměstnáním“, ale také místem, kde se může setkávat s lidmi a navazovat nové kontakty. Tento kontakt jí velmi pomáhá zvýšit kvalitu života, necítí se sama, má možnost být užitečná. Klientka tyto přátelské kontakty udržuje i mimo Denní centrum.

Klientka se po cévní mozkové příhodě zotavila velmi rychle. Nemá tedy žádné fyzické potíže. V Denním centru hledá spíše psychickou podporu, která se jí dostává v podobě přátelských vztahů a v možnostech určitého vyžití se v nabízených programech.

Kromě kladného přístupu se snaží ergoterapeutka klientku také usměrňovat v situacích, kdy si nebere žádné servítky vůči ostatním klientům a také v její přehnané shánčlivosti, která vede až ke kleptomanií.

9. 6. Výsledky výzkumu a doporučení

Na základě získaných výsledků budou v této části vyhodnoceny hypotézy, které jsem předpokládala v podkapitole 9. 2. Jsem si vědoma, že analýzou dvou kazuistických záznamů nelze vytvořit obecně platné závěry, ale lze jimi alespoň danou problematiku přiblížit.

Vyhodnocení hypotézy č. 1

Předpokládám, že lidé ve vyšším věku nevyhledávají tolik aktivní činnost a pohyb, neboť v důsledku stárnutí a dalších fyziologických či psychických změn ztrácí motivaci a chuť pro aktivity, které přímo nesměřují k uspokojení jejich základních potřeb.

Na základě výše uvedených kazuistických záznamů se tato hypotéza nepotvrdila. Člověk, který měl rád pohyb a činnost, má je rád doposud. Avšak na základě jeho zdravotního stavu musí tuto činnost provádět s určitými omezeními. Tato hypotéza by jistě u některých stárnoucích lidí uspěla, avšak dosud se najde mnoho takových, kteří ji svým životem zcela vyvrátí.

Vyhodnocení hypotézy č. 2

Předpokládám, že nečinností se postupně zhoršují funkce lidského těla i mysli a jejich rozvoj je zastaven. Činnost pak tyto funkce znovu posiluje, udržuje a rozvíjí, tím zvyšuje kvalitu života jedince a znovu ho zapojuje do aktivního života.

Tato hypotéza byla uvedenými kazuistickými záznamy potvrzena. Činnost a zaplnění volného času dává seniorovi nové možnosti a zkušenosti. Pomáhá mu např. i při ztrátě partnera, rodinného příslušníka, přítele nebo někoho blízkého. Dává mu smysl života, pocit užitečnosti a možnost nových zážitků a poznatků. Při činnosti se klient často vzchopí po psychické a

následně i po fyzické stránce. Toto zlepšení vede k větší samostatnosti a ke zvýšení sebevědomí klienta kondiční ergoterapie.

Vyhodnocení hypotézy č. 3

Předpokládám, že programy kondiční ergoterapie mohou klienta motivovat k „novému začátku“, neboť zde mají rozsáhlou nabídku činností, která jim často nahrazuje vyplnění volného času pracovní činností v zaměstnání.

Vycházím z předpokladu, že dlouhodobý pobyt doma, bez kontaktu s vrstevníky nebo jinými osobami, vede k celkovému úpadku každého jedince a k deprivaci (informační, sociální, komunikační, emocionální) a tím ke zhoršení kvality života, a to jak z objektivního, tak i ze subjektivního hlediska. Toto zhoršení se pak projeví jak po zdravotní, tak i po psychické stránce.

Vyhodnocení této hypotézy spočívá na posouzení uvedených kazuistických záznamů, které byly vypracovány v Denním centru Domova Sue Ryder. Klienti, kteří dochází na kondiční ergoterapii, mají často pocit smysluplnosti právě proto, že jim Denní centrum nahrazuje vyplnění volného času prací v zaměstnání. V rámci nabízených činností mají možnost zacvičit si, něco vyrobit, dozvědět se nové informace, kulturně se vyžít, komunikovat s vrstevníky.

Každému klientovi vyhovuje více jedna nebo druhá činnost, avšak vždy to vede ke stejnému výsledku. Klient nezůstává sedět sám doma, ale jde do společnosti lidí, kteří jsou na tom podobně jako on. Nezbyvá mu tedy čas na to, aby myslel na svůj zdravotní stav, na osamělost, neužitečnost apod. A to je velkým pozitivem, neboť právě tyto negativní myšlenky vedou k celkovému úpadku osobnosti.

Vyhodnocení hypotézy č. 4

Předpokládám, že klient často potřebuje nějaké povzbuzení nebo motivaci k tomu, aby vůbec začal na kondiční ergoterapii docházet. Toto povzbuzení může vycházet z rodiny, od lékaře nebo např. od přátel klienta, kteří se podobné terapie také účastní.

Tento předpoklad se uvedenými kazuistickými záznamy potvrzuje. Motivace klientů není potřebná pouze na začátku kondiční ergoterapie, ale i v celém jejím průběhu, neboť pocity a stavy klienta se mohou vlivem různých okolností měnit. Na začátku motivace často vychází právě od rodiny či přátel. V průběhu kondiční ergoterapie však zůstává na ergoterapeutovi nebo sociálním pracovníkovi, jak bude klienta k činnosti motivovat a zda se mu podaří udržet jeho pozornost a zájem.

Vyhodnocení hypotézy č. 5

Předpokládám, že pokud se ergoterapeutovi a ostatním pracovníkům podaří seniora nadchnout pro nabízené činnosti či vzdělávací programy, bude na kondiční ergoterapii docházet rád a zařadí ji do svého pravidelného programu.

Vycházím z předpokladu, že staří lidé často lpí na určitých pravidelnostech a stereotypch ve svém životě. Cítí se tak mnohem jistější a klidnější.

Tento předpoklad do značné míry souvisí s výše uvedenou motivací k činnosti. Senior má sice rád určité zajeté stereotypy, ale pokud ztratí motivaci, vlivem různých okolností, může se tohoto stereotypu lehce vzdát a uzavřít se do samoty. Nestane-li se však nic zvláštního a činnost bude klienta bavit, jistě si ji zařadí do svého denního režimu.

Vyhodnocení hypotézy č. 6

Předpokládám, že kondiční ergoterapie má velký podíl na zlepšení schopností i možností seniora a celkově podporuje zvýšení kvality jeho života.

Vycházím z předpokladu, že činností se zlepšuje jejich zdravotní i psychický stav, mají možnost cvičit svou paměť, což podporuje jejich sebevědomí v kontaktu a komunikaci s jinými lidmi a mají zde také možnost navázat nové kontakty se svými vrstevníky.

Klienti často sami při příchodu do Denního centra na kondiční ergoterapii předpokládají zlepšení svého zdravotního stavu a pozitivní změnu ve svém životě. Míra očekávané změny je mnohdy výrazně větší než lze rozumně očekávat. Někdy však naopak klienti nic neočekávají, ale po čase nalézají nové možnosti, které je motivují k činnosti a ke komunikaci s ostatními.

U seniorů je často kvalita života spojena se zdravím. Na kondiční ergoterapii dochází klienti s nějakým zdravotním nebo jiným problémem. Pomocí činností se ergoterapeutky snaží o zlepšení zdravotního i psychického stavu klientů nebo o nabídnutí kompenzačních pomůcek, které by mohly klientovi v jeho stavu pomoci. Toto zlepšení pak vede ke zvýšení jejich samostatnosti a tím i kvality života.

ZÁVĚR

Prostřednictvím dostupné literatury a také své praxe jsem zjistila, že činnost v kondiční ergoterapii má téměř neomezené možnosti. Můžeme v ní využít nejrůznější techniky, rozhovory, kulturní programy, procházky nebo další činnosti, které klienty baví a dokáží je zaujmout. Výběr činnosti samozřejmě musí zohlednit zdravotní stav a zájmy jednotlivého klienta.

Cílem kondiční ergoterapie není jen zlepšit zdravotní stav klienta, jak tomu bývá např. v rehabilitaci, ale jde především o zlepšení kvality života a zajištění jeho důstojnosti. O to se snaží kondiční ergoterapie tím, že se zaměřuje jak na fyzický, tak i na psychický stav klienta, jeho pocity, prožitky, životní události apod. Ergoterapeut se snaží nabídnout klientovi nejrůznější zábavné, pracovní nebo studijní aktivity, doporučuje mu kompenzační pomůcky pro zvýšení samostatnosti, pomáhá mu při využití volného času, při navazování kontaktů a začlenění do skupiny.

V České republice si kondiční ergoterapie své místo stále ještě hledá. Na některých pracovištích kondiční ergoterapii zaměřují se zabavením klientů nebo naopak s rehabilitací. Kondiční ergoterapie by však měla obsahovat obě tyto složky, aby byl program vyvážený a vedl k celkovému zkvalitnění života klientů. Program by měl být tedy jak terapeutický, tak zábavný. Myslím si ale, že se situace stále zlepšuje a kondiční ergoterapie se dostává na odbornou úroveň. Je to dáno také tím, že přibývá vystudovaných ergoterapeutů z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a jiných zdravotnických škol.

V otázce vedení kondiční ergoterapie ergoterapeuty bych se přiklonila k tomu, aby programy v domovech důchodců byly zároveň vedeny i sociálním pracovníkem, neboť zaměření kvalifikovaného ergoterapeuta je spíše zdravotnické. Sociální pracovník dodá programu určitý sociální rozměr. Obě tyto profese se doplňují, nabízejí tak celistvý program zaměřující se jak na tělesnou, tak na duševní a sociální stránku člověka. Mohou tedy lépe

podchytit problémy seniora, které vycházejí nejen z jeho zdravotního stavu, ale hlavně také ze sociálního prostředí, ve kterém žije.

Je třeba ještě vynaložit velké úsilí, než budou programy kondiční ergoterapie splňovat všechny požadavky, které jsou na ně kladeny. Záleží na nás všech, kolik času a nadšení budeme chtít tomuto oboru věnovat. Celkový stav společnosti však směřuje k tomu, že je aktivizaci seniorů věnováno stále více pozornosti. Přispívá k tomu také nesporný fakt, že populace na celém světě stárne.

I v České republice je v současné době nabízena řada výhod pro seniory, kulturní a turistické akce, vzdělávací programy, jako např. univerzita třetího věku nebo různé kurzy, kluby seniorů nebo jiné kroužky. I v oblasti ústavní péče o seniory se začíná více hovořit o potřebě nabízet starým lidem kvalitní zábavně terapeutické programy, které pozitivně ovlivňují tělesný i duševní stav člověka. Je to především ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie aj.

Na přelomu 80. a 90. let se v hospodářsky vyspělých státech prosadil koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří. Tento koncept je charakterizován posilováním zodpovědnosti a soběstačnosti seniorů i jejich aktivní integrovaností ve společnosti, autonomním bydlením včetně „nadstandardních“ penzionů, rekondičními a vzdělávacími programy, rozvojem proseniorské techniky, intervenční geriatrické medicíny i rehabilitace (ergoterapie). Je naléhavě žádoucí, aby Česká republika tyto trendy zachytila a rozvíjela. (<http://www.mpsv.cz>)

SHRNUTÍ

Magisterská práce se věnuje problematice aktivizace seniorů s použitím kondiční ergoterapie. Praktická část pak zjišťuje vliv kondiční ergoterapie na zvýšení kvality života seniorů a zlepšení jejich schopností.

SUMMARY

The master's thesis studies the issue of seniors' activation using constitutional ergotherapy. The practical part examines the effect of constitutional ergotherapy on the improvement of seniors' life quality and the enhancement of their skills.

LITERATURA

BECK, A. T.: *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.

BRAGDON, A. D., GAMON, D.: *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.

CARTER, P., RUSSELL, K.: *Trénink paměti a kreativity (příklady s řešením)*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-704-3.

HARTL, P.: *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.

HONZÍKOVÁ, J., MICHÁLKOVÁ, L., VODÁKOVÁ, J.: *Praktické činnosti II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7290-003-X.

HUDCOVIC, M., GROH, J.: *Aktivní život ve stáří a prevence předčasného stárnutí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotní výchovy, 1983.

JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-394-6.

JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M.: *Alzheimerova choroba*. Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.

KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J.: *Ergoterapia I*. Martin: Osveta, 1985. ISBN 70-057-86.

KOHOUTEK, R.: *Základy užití psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství, s.r.o., 2002. ISBN 80-214-2203-3.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.: *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KRAHULCOVÁ, B.: *Člověk s narušenou komunikační schopností II.* (přednášky). Praha: UK HTF, obor psychosociální studia, 2004.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A.: *Ergoterapie*. Olomouc: Universita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.

LAIROVÁ, S.: *Trénink paměti (principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti)*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-293-9.

LINKA, A.: *Kapitoly z muzikoterapie*. Brno: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.

OPOČENSKÝ, K.: *Volnočasové pěstitelské a chovatelské činnosti pro znevýhodněné osoby*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně – Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7044-537-8.

PĚKNÁ, J.: *Tkalcovské techniky v cílené ergoterapii*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1985. Tiráží znak 57-877-85.

PFEIFFER, J.: *Ergoterapie II*. Brno: IDV SZP, 1989. ISBN 80-7013-020-2.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

POSPÍŠILOVÁ, A.: *Cvičení paměti pro seniory – Vzorová cvičení*. Praha: JAN, 1996. ISBN 80-85529-23-8.

PULKERTO VÁ, J.: *Ergoterapie (přednášky)*. Most: SZŠ J. E. Purkyně, VZŠ obor ergoterapie.

RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. a kol.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.

RŮŽIČKA, E., ROTH, J.: *Parkinsonova nemoc (Diagnostický a léčebný standard)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.

SILLAMY, N.: *Psychologický slovník*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0249-1.

SLAVÍK, J.: *Současná arteterapie I. v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7290-004-8.

STRMEŇ, L., RAISKUP, J. Ch.: *Výkladový slovník odborných výrazů používaných v psychologii*. Bratislava: Iris, 1998. ISBN 80-88778-69-7.

SYŘIŠŤOVÁ, E., a kolektiv: *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*. Praha: Univerzita Karlova, 1982. ISBN 60-137-82.

ŠIMANOVSKÝ, Z.: *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie – ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-264-5.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.: *Kvalita života (Teoretická a metodologická východiska)*. Brno: Masarykova univerzita v Brně – Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie (Dětství, dospělost, stáří)*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VODÁKOVÁ, J., DYTRTOVÁ, R., CETTLOVÁ, M., BERÁNEK, V.: *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: UK Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7290-113-3.

VODÁKOVÁ, J.: *Ergoterapie (přednášky)*. Praha: UK HTF, obor psychosociální studia, 2005.

WADESON, H.: *The dynamics of art psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1987. ISBN 0-471-83137-9 (cloth), ISBN 0-471-11464-2 (paper).

Internet

BERÁNKOVÁ, A.: 17. 12. 1998 [25. 7. 2005]. *Význam ergoterapie v komplexní péči o klienty s psychotickou poruchou v podmínkách denního stacionáře*. <<http://www.czcom.cz/ddz/publikace/vyznam.htm>>

CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M.: [16. 8. 2005]. *Úloha ergoterapeuta při propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice*. <<http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp14.htm>>

JOHNSON, S.: [9. 3. 2006]. *Biblioterapie u dětí a mládeže*. <<http://www.phil.muni.cz/kivi>>

KALVACH, Z.: 26. 12. 2001 [9. 3. 2005]. *K potřebě nového pojetí seniorské problematiky v ČR*. <<http://www.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=175>>

LINHARTOVÁ, H.: 28. 7. 2003 [25. 7. 2005]. *Jak odlišit arteterapii od ergoterapie, v rámci které se maluje*. <<http://www.arteterapie.cz>>

LIPPERT-GRÜNER, M.: [21. 11. 2005]. *Terapie*.
<http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html>

MASOPUST, J., GRIM, J., HOSÁK, L., LENDEROVÁ, Z., URBAN, A., ŽIŽKA, J.: 6. 6. 2003 [16. 3. 2006]. *Amnestický syndrom*.
<<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psych104/11.htm>>

RICHTROVÁ, J.: 27. 6. 2004 [25. 7. 2005]. *Jak odlišit arteterapii od ergoterapie, v rámci které se maluje*. <<http://www.arteterapie.cz>>

Česká asociace ergoterapeutů: [20. 6. 2005]. *Koncepce oboru ergoterapie*.
<www.cae.ergoterapie.cz/koncepce.pdf>

Česká národní zdravotní pojišťovna: 15. 12. 1999 [25. 7. 2005]. *Ceník výkonů*. <<http://cnzp.sky.cz/doktor/vykon.php3>>

Sbírka zákonů ročník 2004, částka 139, ze dne 20. 7. 2004: 25. 4. 2005 [25. 7. 2005]. *Vyhláška ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*.
<<http://www.radiolog.cz/dra/vyhlaska.htm>>

Autor neuveden: [16. 3. 2006]. *Kreténská kronika (Význam invektiv patologického původu)*. <<http://www.kreteni.cz/kk/invektiv.htm>>

Příloha 1

Zdroj: <http://www.cae.ergoterapie.cz/standardy.pdf>

STANDARDY PRAXE ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

1. Zodpovědnost k příjemci ergoterapeutických služeb

Klienta předává do péče ergoterapeuta nebo klient sám na, základě jehož ordinace a přání ergoterapeut stanoví ergoterapeutický plán.

Ergoterapeut by měl přijmout k terapii pouze ty klienty pro které má diagnostické a terapeutické možnosti a může jim pomoci. Klienti, kteří očekávají přijetí k terapii by měli být zapsáni na seznam čekatelů nebo odesláni na jiné pracoviště.

Ergoterapeut musí brát v úvahu i možnost odeslat nebo doporučit klientovi jiné pracoviště, pokud jeho není schopno terapii v nejbližším čase zajistit nebo pokud možnosti ergoterapeutického pracoviště nejsou takové, aby zajistily požadovanou péči.

Hodnocení:

Ergoterapeut je zodpovědný za hodnocení spotřebitele, který byl přijat k terapii.

Každá část terapie musí být plánována, plněna a dokončena s aktivním zapojením klienta.

Ergoterapeut by měl terapii průběžně hodnotit, posuzovat a upravovat plán léčby podle výsledků hodnocení.

Terapie:

Ergoterapeut musí v průběhu terapie dodržovat profesionální bezúhonnost a diskrétnost.

Ergoterapeut by měl zajistit, že plán terapie bude plně zaměřen na potřeby klienta.

Ergoterapeut nesmí klienta diskriminovat z důvodů rasových, barvy pleti, handicapu, disability, národnosti, věku, pohlaví, sexuální orientace, náboženství, politického přesvědčení nebo postavení ve společnosti či z jiných důvodů.

Ergoterapeut musí na základě informovaného souhlasu klienta usilovat o stanovení realistických cílů založených na terapeutické spolupráci.

Kvalita programu:

Při vytváření efektivního programu by ergoterapeut měl brát v úvahu 5 součástí (pravidel), které přispívají k vytvoření důvěry.

Jsou to:

- profesionální chování
- efektivita
- využití zdrojů
- zohlednění rizika
- spokojenost klienta s poskytovanými službami

Ergoterapeut by měl vždy dodržet objektivní a cílený ergoterapeutický plán ve všech fázích terapie.

Propuštění:

Ergoterapeut by měl ukončit terapii tehdy, když klient dosáhl stanoveného cíle nebo bylo dosaženo maxima terapeutického plánu.

Klientovi by měl být jasně vysvětlen důvod pro ukončení léčby.

Ergoterapeut by měl zajistit následné nebo opakované hodnocení klienta a dokumentovat je.

2. Záznamy a zprávy

Ve zprávách a záznamech týkajících se klienta a v přístupu k nim by měla být zohledněna nařízení zdravotních a dalších zákonů nebo doporučení zaměstnavatele.

Zákon o ochraně osobních údajů určuje povinnosti pro ergoterapeuta o uchování osobních informací o klientovi a zároveň zajišťuje práva osobám, o kterých jsou takové informace vedeny. Ergoterapeut by měl chránit a respektovat tajné údaje a zajistit, že jejich odhalení bude sloužit pouze klientovi. Zveřejnění informací týkajících se osob mimo terapeutický kontext a pro případ právního nátlaku by vždy mělo být provedeno pouze se souhlasem klienta.

Záznamy o klientovi by měly být uchovány bezpečně. Měly by obsahovat pouze skutečné údaje, informace týkající se profesionálních aktivit, bez emocionální zaujatosti a poskytovat potřebné informace sloužící ostatním profesionálům i pro případné právní důvody.

Záznamy by měly být uchovány pro zjednodušení přezkoumání, analýzu použitých procedur a pro měření efektivity léčby. Ergoterapeut by měl dokumentovat schopnosti klienta a výsledky terapie.

Přístup k informacím by měl mít pouze odpovědný personál a všechny psané a tištěné informace by měly být pečlivě uschovány.

3. Bezpečnost

Ergoterapeut by neměl způsobit ohrožení zdraví a bezpečnosti klienta.

Při terapii je nutné používat vhodné pomůcky a vybavení.

Ergoterapeut musí zvážit všechna bezpečnostní opatření a používat při terapii správné oblečení a obuv.

4. Zaměstnavatelé

Jestliže má zaměstnavatel odlišné pracovní standardy chování než jsou uvedeny v kodexu ergoterapeutů, je nutné, aby se s nimi před nástupem do zaměstnání ergoterapeut přesně obeznámil.

Ergoterapeut by měl vyhovět pouze těm doporučením zaměstnavatele, které jsou slučitelné s jeho profesionální etikou.

5. Propagace profese

Ergoterapeut by měl propagovat ergoterapeutickou službu pouze ve své kompetenci.

Měl by určit potřebné dovednosti, znalosti a odborné zkušenosti, které jsou pro konkrétní terapii potřebné.

Ergoterapeut by měl přijmout osobní zodpovědnost za svou kompetenci.

V situacích, kde jsou požadovány jiné znalosti a odborné zkušenosti, by měl odeslat spotřebitele k povolanějšímu terapeutovi a konzultovat danou situaci s kolegy.

Ergoterapeut by měl stále udržovat a rozvíjet znalosti vztahující se k legislativě, sociální politice a sociálním a kulturním záležitostem, které ovlivňují jeho profesi.

6. Profesionální vztahy – spolupráce

Ergoterapeut by měl respektovat potřeby a odpovědnost ostatních kolegů.

Ergoterapeut by měl konzultovat a spolupracovat s ostatními profesionály podle profesionálních povinností.

Ergoterapeut by měl mít možnost prakticky podpořit ostatní personál ergoterapeutických služeb.

Ergoterapeut by měl být loajální k ostatním ergoterapeutům, ale v případě potřeby upozornit na neprofesionální chování.

Při porušení Etického kodexu je nutné informovat pověřenou osobu zajišťující řízení služeb.

Pracovníci z jiné země by měli respektovat zvyky a kulturu země, ve které krátkodobě nebo dlouhodobě pracují.

7. Výzkum a rozvoj profese

Ergoterapeut by měl uvést správný název popř. přesnou citaci publikovaného materiálu, ze kterého čerpá.

Ergoterapeut by měl chránit soukromé údaje klienta v každém psaném nebo vizuálním materiálu, který může být použit mimo terapeutický rámec.

Profesní praxe ergoterapeuta by měla být založena na výsledcích výzkumu.

Ergoterapeuti mají povinnost si doplňovat profesionální znalosti a musí být obeznámeni se současnými právními předpisy, které ovlivňují jejich praxi.

8. Reprezentace profese

Profese by měla být přesně představována klientům, ostatním profesionálům, studentům a široké veřejnosti.

Ergoterapeut by se měl snažit zlepšovat a rozvíjet kvalitu profese.

Ergoterapeut by se měl vyvarovat neadekvátního chování, které nepříznivě ovlivňují jeho výkon nebo profesi. Patří sem zneužívání návykových látek, páchání jakéhokoli kriminálního nebo protiprávního činu v průběhu výkonu profese.

9. Komerční sféra

Ergoterapeut může nabízet služby ve shodě s uznávanou praxí zdravotní péče.

Ergoterapeut může propagovat privátní služby podle praxe zdravotní péče.

Ergoterapeut v privátní praxi by měl stanovit takové poplatky za své služby, které odpovídají cenovým analýzám poskytovaných služeb.

Ergoterapeut by se měl řídit profesionálním úsudkem při doporučování nebo poskytování komerčních výrobků nebo technických zařízení.

Ergoterapeut si nesmí vyžádat nebo přijmout pověření žádné komerční firmy jako odměnu, platbu za doporučení výrobku této firmy klientovi.

10. Vzdělávání v ergoterapii

Pedagogové by měli při výuce ergoterapeutů zajistit dodržování Minimálních standardů vzdělání WFOT.

Pedagogové by měli zajistit, že studenti získají během studia přijatelné standardy a profesionální kompetence.

Vzdělávací kritéria by měla být platná podle národní asociace.

Při vzdělávání ergoterapeutů by měl být propagován Etický kodex ergoterapeuta a Standardy praxe.

Pro vypracování Standardů praxe České asociace ergoterapeutů bylo použito materiálu **Standards of Practice, COTEC (1996)**

Příloha 2

Zdroj: <http://www.cae.ergoterapie.cz/stanovy.pdf>

STANOVY ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

I.

Charakter sdružení

1 Česká asociace ergoterapeutů (dále jen “sdružení”) je dobrovolnou profesní asociací ergoterapeutů a jiných osob působících v ergoterapii.

2 Sdružení vyvíjí činnost na celém území České republiky a spolupracuje s obdobnými asociacemi v zahraničí.

II.

Název a sídlo sdružení

1 Název sdružení zní: “Česká asociace ergoterapeutů”.

2 Sídlo sdružení je na adrese Albertov 7, 120 00 Praha 2.

III.

Cíl sdružení

Sdružení má tyto základní cíle:

- propagovat a prosazovat rozšíření sítě pracovišť poskytujících ergoterapeutickou péči,
- vyzvednout důležitost a nezastupitelnost ergoterapie v rehabilitaci zdravotně postižených osob všeho věku, včetně domácí péče,
- aktivně vystupovat v oblasti prevence a zdravotní osvěty v rámci ergoterapie
- prosazovat ergoterapeutické postupy v péči o zdravotně postižené osoby tak, aby kvalita jejich života byla v maximálně možné míře povznesena,
- vymezit úlohu ergoterapeuta v péči o zdravotně postižené osoby, včetně stanovení odpovědnosti ergoterapeuta v systému péče o tyto osoby,
- garantovat odbornou způsobilost svých členu,
- v rámci možností napomáhat zvyšování standardu ergoterapeutických pracovišť,

- spolupracovat při tvorbě koncepce systému vzdělávání budoucích ergoterapeutů a zvyšování kvalifikace ergoterapeutů,
- rozvíjet a kontrolovat dodržování etických pravidel ergoterapeuta clenu sdružení,
- hájit profesní práva a zájmy clenu sdružení,
- ve spolupráci s odbory hájit sociální a hospodářská práva clenu sdružení,
- napomáhat v zajištění právní pomoci členům sdružení ve sporech souvisejících s výkonem jejich povolání,
- aktivně působit tak, aby práce ergoterapeutů byla odpovídajícím způsobem ohodnocena a za tím účelem mj. spolupracovat s příslušnými orgány při tvorbě sazebníku ergoterapeutických výkonů,
- snažit se o dosažení mezinárodního uznání odborné kvality svých clenu,
- K dosažení cílů uvedených v odstavci 1 sdružení spolupracuje s příslušnými organizacemi a úřady v České republice i v zahraničí.

IV.

Orgány sdružení

1 Orgány sdružení jsou výbor sdružení, rozšířený výbor sdružení a valná hromada sdružení.

V.

Výbor sdružení

1 Statutárním orgánem sdružení je výbor sdružení (dále jen výbor). Výbor řídí a koordinuje činnost sdružení a jedná jeho jménem.

2 Výbor se skládá z presidenta sdružení, dvou vicepresidentů sdružení, tajemníka sdružení a pokladníka sdružení.

3 Za výbor jedná navenek jménem sdružení kterýkoliv z clenu výboru samostatně a v plném rozsahu.

4 Členové výboru podepisují jménem sdružení tak, že k názvu sdružení připojí označení své funkce a svůj podpis.

5 President a vicepresidenti sdružení mohou udělit generální nebo speciální plnou moc k jednání za sdružení dalším členům sdružení nebo třetím osobám.

6 Cleny výboru jmenuje a odvolává valná hromada sdružení. Funkční období clenu výboru je zpravidla tříleté, nestanoví-li v konkrétním případě valná hromada jinak.

7 V případě, že z jakéhokoliv důvodu zanikne mandát některého člena výboru, mohou zbývající členové výboru kooptovat na jeho místo náhradního člena do doby konání nejbližší valné hromady sdružení.

8 Výbor se schází dle potřeby na vyzvu presidenta nebo některého dalšího člena výboru. Výbor může projednávat věci sdružení rovněž korespondenčně.

9 K přijetí rozhodnutí výboru se vyžaduje souhlas alespoň tří členů výboru.

10 Běžné vnitřní i vnější záležitosti sdružení vyřizuje prezident bez toho, že by k tomu byl povinen svolávat výbor.

11 Člen výboru může kdykoliv i bez udání důvodu na svoji funkci rezignovat. Písemnou rezignaci je takový člen výboru povinen předat presidentovi a v případě presidenta některému z viceprezidentů sdružení.

VI.

Valná hromada sdružení

1 Nejvyšším orgánem sdružení je valná hromada sdružení (dále jen "valná hromada"). Valné hromady jsou oprávněni se účastnit a hlasovat na ní všichni členové sdružení, není-li dále stanoveno jinak. Člen sdružení se může zúčastnit valné hromady osobně, nebo prostřednictvím jiného člena sdružení, kterému udělí plnou moc pro zastupování na valné hromadě.

2 Do působnosti valné hromady patří veškeré otázky, které si sama vyhradí k rozhodnutí a dále:

- schvalování stanov a jejich změn,
- rozhodování o zániku sdružení,
- rozhodování o jmenování a odvolání členu výboru,
- schvalování výše členských příspěvků,
- rozhodování o dlouhodobé koncepci sdružení,
- vyloučení členu sdružení,
- schvalování rozpočtu a závěrečného účtu sdružení,
- rozhodování ve věcech svěřených valné hromadě stanovami sdružení.

3 Valnou hromadu svolává dle potřeby, nejméně však jednou ročně, výbor. Pozvánka o konání valné hromady spolu s jejím programem se posílá každému členovi sdružení poštou nebo faxem s dostatečným časovým předstihem. Valná hromada je schopna usnášení, jestliže je přítomno nejméně jedenáct členu sdružení s plným členstvím.

4 Valná hromada přijímá rozhodnutí nadpoloviční většinou přítomných. O konání valné hromady vyhotoví výbor zápis, který podepisují nejméně dva členové výboru.

VII.

Členství ve sdružení

1 Členství ve sdružení má jednu z těchto forem:

- plné členství,
- přidružené členství,
- studentské členství,
- čestné členství.

2 Plné členství může získat:

- absolvent nadstavbového studia "rehabilitační pracovník" s pomaturitním specializačním studiem "léčba prací",
- diplomovaný ergoterapeut,
- ergoterapeut bakalář,
- absolvent čtyřleté střední zdravotní školy, obor "rehabilitační pracovník" bez pomaturitního specializačního studia "léčba prací", jestliže ukončil studium do roku 1990,
- absolvent fakulty tělesné výchovy a sportu se zkouškou z ergoterapie, jestliže ukončil studium do roku 1990,
- absolvent nadstavbového studia "rehabilitační pracovník", jestliže ukončil studium do roku 1990,

3 Přidružené členství může získat osoba, která nesplňuje podmínky pro plné členství, která však pracuje v oboru ergoterapie nebo má o rozvoj ergoterapie zájem.

Členové mající přidružené členství nemohou hlasovat na valné hromadě (mají však právo se jí zúčastnit) a nemohou být členy orgánu sdružení.

4 Studentské členství může získat osoba, která studuje obor ergoterapie. Členové mající studentské členství nemohou hlasovat na valné hromadě (mají však právo se jí zúčastnit), nemohou být členy orgánu sdružení a platí místo členského příspěvku pouze udržovací příspěvek.

5 Čestné členství může získat jakákoliv osoba, která se významným způsobem zasloužila o rozvoj české nebo světové ergoterapie.

6 Plné členství, přidružené členství a studentské členství vzniká schválením písemné přihlášky uchazeče o členství výborem. Výbor informuje valnou hromadu o nových členech sdružení přijatých od konání poslední valné hromady.

7 V případech hodných zvláštního zřetele může valná hromada udělit určité osobě členství v určité formě i přesto, že tato osoba nesplňuje výše uvedené podmínky pro tu kterou formu členství.

8 Čestné členství uděluje a odebírá valná hromada na návrh nejméně tří členů sdružení s plným členstvím.

9 Členství ve sdružení zaniká písemným oznámením člena sdružení o vystoupení ze sdružení, smrtí člena sdružení nebo jeho vyloučením. U člena majícího studentské členství zaniká členství rovněž ukončením studia, jestliže takový člen nesplňuje zároveň podmínky pro plné členství či přidružené členství. Pokud tyto podmínky splňuje, mění se automaticky studentské členství na plné či přidružené členství.

VIII.

Práva a povinnosti členu sdružení

1 Členové sdružení mají tato základní práva a povinnosti:

- práva a povinnosti vyplývající z cílu sdružení uvedených v článku 3 stanov,
- právo volit orgány sdružení a právo být volen do orgánu sdružení,
- právo a povinnost účastnit se činnosti sdružení,
- právo požadovat na orgánech sdružení vysvětlení ve věcech souvisejících se sdružením a jeho činností,
- právo požadovat na orgánech sdružení odbornou poradenskou a konzultační podporu při řešení otázek souvisejících s povoláním ergoterapeuta,
- právo být informován o denní ve sdružení,
- právo účastnit se odborných seminářů a jiných akcí pořádaných sdružením,
- povinnost zachovávat pravidla profesionální etiky, povinnost dodržovat stanovy sdružení a rozhodnutí orgánu sdružení,
- povinnost řádně representovat sdružení a profesi ergoterapeuta,
- povinnost platit členské příspěvky.

2 Člena sdružení, který hrubě porušil své povinnosti, může valná hromada ze sdružení vyloučit. Rozhodnutí o vyloučení musí obsahovat důvod vyloučení.

IX.

Hospodaření sdružení

1 Sdružení hospodaří a vede o svém hospodaření záznamy v souladu s příslušnými právními předpisy.

2 Základním zdrojem příjmu sdružení jsou členské příspěvky. Výši členských příspěvků a jejich splatnost stanoví valná hromada. Zaplacené příspěvky se nevrací, a to ani v případě zániku členství ve sdružení.

3 Dalšími zdroji příjmu sdružení jsou například dary, výtěžky akcí pořádaných sdružením a podobně.

4 Prostředky sdružení musejí být vynakládány obezřetně a maximálně účelně.

5 Záznamy o hospodaření s finančními prostředky a jiným majetkem sdružení vede pokladník.

6 Sdružení vede účetní evidenci v souladu s příslušnými předpisy. Za vedení účetní evidence odpovídá pokladník.

7 Výbor je povinen řádně a včas informovat valnou hromadu o stavu majetku sdružení a o výsledcích hospodaření sdružení.

X.

Zánik sdružení

1 O zániku sdružení nebo o jeho sloučení s jinou právnickou osobou, umožňuje-li to zákon, rozhoduje valná hromada dvoutřetinovou většinou hlasu přítomných.

2 V rozhodnutí o zániku sdružení rozhodne valná hromada zároveň o tom, jak bude naloženo s majetkem sdružení. Sdružení nemůže zaniknout dříve, než budou jeho majetek a jeho práva a závazky vypořádány.

Příloha 3

Zdroj: <http://www.cae.ergoterapie.cz/kodex..pdf>

ETICKÝ KODEX ERGOTERAPEUTA

Tento kodex charakterizuje chování ergoterapeuta na všech úsecích ergoterapie.

Vlastnosti ergoterapeuta

I. Ergoterapeut musí být bezúhonný, ukázněný, spolehlivý a zodpovědný. Musí mít schopnost dobré autoregulace a empatie. Předpokladem je i emoční vyrovnanost, pracovní stabilita a organizační schopnosti.

II. Profesionální vztahy

Ergoterapeut musí za všech okolností dodržovat profesionální a etické standardy. Spolupracuje s ostatními kolegy, bere v potaz jejich příspěvky. V případě nelegálního či neetického jednání je ergoterapeut povinen osobně upozornit kolegu, jež kodex porušil. Nedojde-li k nápravě, je povinen informovat profesní organizaci.

III. V přítomnosti pacientů neřeší problémy provozního, profesního a osobního charakteru.

Zodpovědnost ergoterapeuta k pacientům

I. Ergoterapeut přistupuje ke všem pacientům bez předsudků a pacienta považuje za sobě rovného. Ve vztahu k pacientům uplatňuje spravedlnost. Všem věnuje stejnou pozornost a potřebnou péči, bez ohledu na odlišnou rasu, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, pohlaví, věk, handicap, sociální a finanční situaci.

II. Dodržuje mlčenlivost o pacientových osobních záležitostech a skutečnostech. Nesmí mluvit o záležitostech klienta s nikým jiným, než s tím, kdo je spoluodpovědný za péči o něj. Osobní informace poskytuje jen se souhlasem pacienta a v rozsahu své profesní pravomoci.

III. Ergoterapeut je oprávněn si účtovat poplatky za své služby. Všechny poplatky placené pacientem musí být odpovídající nákladům a kvalitě poskytovaných služeb. Pacient musí znát výši poplatku předem.

Týmová spolupráce

Ergoterapeut produktivně spolupracuje v rámci multidisciplinárního nebo interdisciplinárního týmu, aby byly splněny medicínské a psychosociální cíle léčebného plánu pacienta. Poskytuje spolupracovníkům potřebné informace o postupu léčby a všech změnách, ovlivňujících léčebný plán.

Rozvoj odborných znalostí

Ergoterapeut zvyšuje svou odbornou úroveň celoživotním studiem a své nabyté vědomosti a dovednosti uplatňuje v praxi.

Propagace profese

Povinností ergoterapeuta je podílet se na zlepšování úrovně a rozvoji své profese. Podporuje a propaguje ergoterapii ve veřejném životě, v ostatních odborných organizacích a státních orgánech na regionální, národní i mezinárodní úrovni.

Příloha 4

Zdroj: Vyjmuta z materiálu Rhodana Montgomery, Ph.D. pro trénink pečovatelů.
Přeložila Romana Vlčková.

POKYNY – JAK HOVOŘIT SE STARÝMI LIDMI, KTEŘÍ ŠPATNĚ SLYŠÍ , VIDÍ, ŠPATNĚ SE POHYBUJÍ, JSOU VE STRESU NEBO POSTIŽENI DEMENCÍ.

- Při oslovení užívejte jména, které se mu líbí, případně titulu (lze zjistit od rodinných příslušníků).
- Při zhoršení stavu může nastat změna v požadavku na oslovení. Je milé, když vás lidé nazývají jménem, které máte rádi.
- Používejte ohleduplného a hlubšího tónu hlasu.
- Zjednodušte své vyjadřování. Používejte krátká slova a holé věty, ale snažte se neponížit a nemluvit s klientem jako s malým dítětem nebo hlupákem, ať je jakkoli postižený.
- Vždy mluvte jen o jedné myšlence, jednom nápadu.
- Ujistěte se, že klient pochopil první věc, než začnete s druhou.
- Snažte se komunikovat s postiženými lidmi i když se vám může zdát, že rozhovor nemá smysl. Je to velmi důležité pro jejich sebeúctu. Vědomí toho, co klient říká, je pro něho cenné, i když vám se to zdá nesmyslné.
- Komunikace je důležitá, i když klient ztratil schopnost mluvit nebo schopnost se dorozumět, protože i tak může mít zachované sociální citění.
- Jednejte a chovejte se tak, jako by každý rozhovor byl smysluplný.
- Komentujte pocity, které ve vás vzkazy postiženého zanechávají, i když můžete mít dojem, že hlavní myšlenka se ztratila.
- Buďte s klientem v kontaktu, dotýkejte se ho, naznačte plné pochopení i když nevíte, co vám říká.
- Vyvarujte se užívání negativních frází a komentářů, mohou klientovi způsobit stres.
- Od některých klientů nemůžete očekávat, že porozumí frázím jako „Vy jste zapomněl.“ nebo „Nepamatujete se?“.
- U zmatených klientů je lépe pozornost odvést jinam, než se pouštět do konfrontace.
- Dejte klientovi čas, aby mohl vše pochopit. „Netlačte“ na něho.

- Někdy musí klient váš názor vstřebat a pak teprve dokáže formulovat odpověď.
- Snažte se napovědět tam, kde klientovi „chybí“ slova, zvlášť začíná-li být nervózní.
- Aphasie (ztráta schopnosti mluvit) je velmi frustrující pro toho, kdo ví, co má odpovědět, ale nemůže si vzpomenout na správná slova.
- Nikdy nemluvte o přítomné osobě, jako by tu nebyla. Většina zmatených lidí má chvílky, kdy rozumí, o čem je řeč a mluví-li se před nimi o nich jako by nebyli přítomni, může to být pro ně velmi stresující a zahanbující.

Příloha 5

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=175>

Tabulka: Dominanty dvojího přístupu ke stáří v dílčích problematikách

	skeptický přístup	úspěšné stárnutí
Bydlení	domovy důchodců ošetrovatelského typu	chráněné byty či autonomní penzionové bydlení
vzdělávání	"zabavovací" přednášky	motivované peer groups, podpora inovace, orientace a socializace
zdravotnictví	dlouhodobé ošetrovatelství, následná péče, restrikce výkonů	intervenční geriatricie, prevence, ergoterapie
pohybové aktivity	nerozvíjeny	rekondiční programy, seniorský sport
seniorské iniciativy	nárokování peněz a péče	svépomoc, formování seniorského životního stylu
technika, návrhářství	nerozvíjena	rozvoj gerontotechniky pro aktivní život a integraci
výše důchodu	nízká, minimalizace potřeb	dostatečná pro aktivní styl, připojištění
věk nároku na důchod	nízký, předčasné penzionování	vyšší, adekvátně zlepšování zdravotního a funkčního stavu
společenská role	málo významná a klesající, spíše makroekonomická přítěž	významná, občanské aktivity, komunitní programy, volontéři
sociální péče	ústavní	terénní
Ochrana osobnosti	nerozvíjena či objekt sociální pomoci	kultivace právního prostředí, specifické nástroje (Adult Protection Act)
Bonmoty	"Stáří je parazit vlastního mládí" (K. Čapek)	"Tragédie pokročilých let netkví v tom, že stárneme, ale v tom, že zůstáváme mladí." (O. Wilde)

Příloha 6

Zdroj: Růžička, E., Roth, J.: *Parkinsonova nemoc (Diagnostický a léčebný standard)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.

Screeningový dotazník Parkinsonovy nemoci (podle Duarteho)

1. Je pro Vás obtížné vstát ze židle?
2. Je Vaše písmo menší než bylo dříve?
3. Říkají Vám lidé, že mluvíte slabším hlasem než dříve?
4. Máte zhoršenou rovnováhu při chůzi?
5. Stává se Vám, že se zarazíte při průchodu dveřmi, jako by Vám přimrzly nohy?
6. Zdá se být výraz Vaší tváře oproti dřívějšímu otupělý?
7. Třesou se Vám ruce nebo nohy?
8. Je pro Vás obtížné zapínat knoflíky?
9. Šoupáte při chůzi nohama a děláte krátké kroky?

Je-li nejméně na 5 otázek kladná odpověď, je diagnóza Parkinsonovy nemoci velmi pravděpodobná.

Příloha 7

Zdroj: Příklad kondičního cvičení z Denního centra v Domově Sue Ryder

ZÁKLADNÍ KONDIČNÍ CVIČENÍ

1. Ohýbat prsty na ruku a na nohu.
2. Ohýbat končetiny v zápěstích a kotnících.
3. Kroužit končetinami v zápěstích a kotnících.
4. Ohýbat dolní končetiny v kolenou a natahovat – koleno hodně protlačit dolů, ohýbat a narovnávat ruce v loktech.
5. Při napnuté noze v koleni ohýbat nohu v kotníku (vystrčit patu, protáhnout Achillovu šlachu).
6. Zvedat kolena k bradě bez pomoci rukou – nejprve jednotlivě, pak obě najednou, postupně prodlužovat výdrž (posílení břišního svalstva).
7. Vzpažit – nataženou ruku zvedat těsně kolem ucha co nejdále.
8. Kroužit v rameni – ruka je v lokti ohnutá, kolem obličeje – kolem ucha (jednou, pak druhou rukou).
9. Spojit ruce, dlaně vytočit ven, zvednout nad hlavu, přitom vysunout hrudník – neopírat se zády.
10. Předpažit – vysunout z ramene jednu ruku po druhé.

Mezi každým cvikem vydýchat!

Můžeme přidat tyto cviky:

- přitahování brady k hrudníku
- uklánění hlavy do stran
- želvička = spojené ruce nad hlavou, vysouvání a zasouvání hlavy
- trhání jablek
- kroužení – ruce i nohy; zatínání pěstí, roztahování prstů

Příloha 8

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 1

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Informace pro pacienta:

Nyní vám položíme několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

1. ORIENTACE

- Jaký je dnes den?
- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- V jakém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvýše 10 vteřin

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlosti asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hiškuje, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

4. VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod.

5. POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky Co je to?
- Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. OPAKOVÁNÍ

- Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítáte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- pravá ruka
- přeložení na polovinu
- položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítáte po jednom bodu.

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- Přečtete, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítáte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

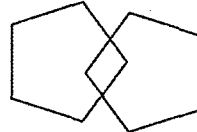
- Napište, prosím, jakoukoliv větu.

Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítáte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrázec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevedí.



CELKOVÉ SKÓRE

 bodů

Hodnocení

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční nálezy, doporučeno další sledování pacienta, u pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Příloha 9

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 2

TEST KRESLENÍ HODIN

Pokyny pro provedení:

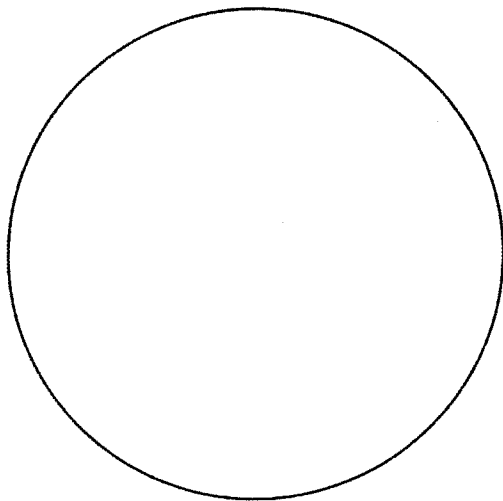
- Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
- Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnotte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
- Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> číslice 1–12 ve správném pořadí i místě dvě ručičky ve správné poloze 	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné číslice mimo kruh otočení papíru s otočením číslic použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> pouze jedna ručička čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ čas vůbec nezaznamenan 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> nepravidelné mezery zapomenutí čísel perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 záměna pravý-levý (číslice proti směru) dysgrafie – chybějí čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> žádný pokus zakreslit hodiny ani vzdálená podobnost s hodinami napsáno slovo nebo jméno 	

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

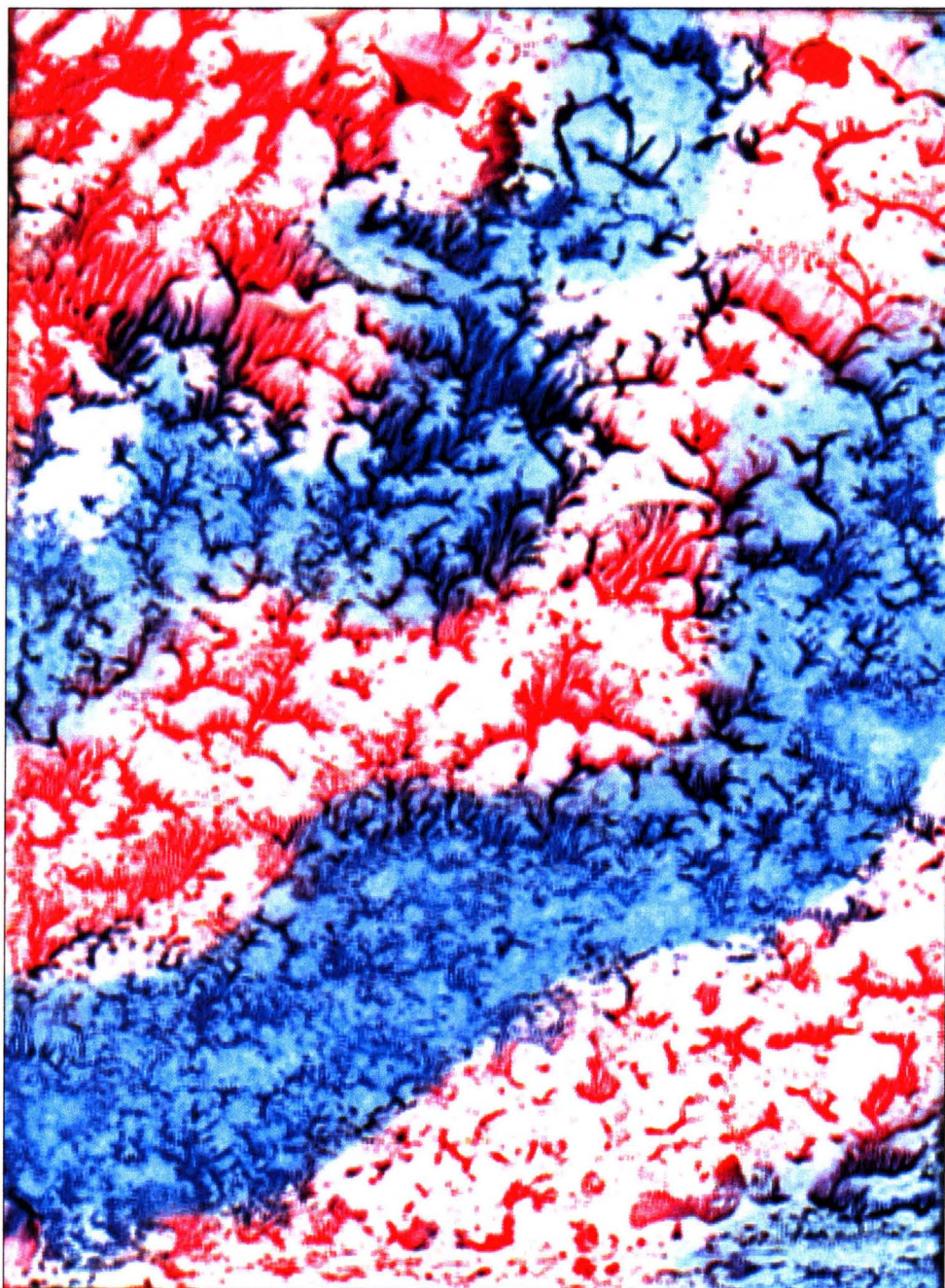
Příloha 2a

TEST KRESLENÍ HODIN



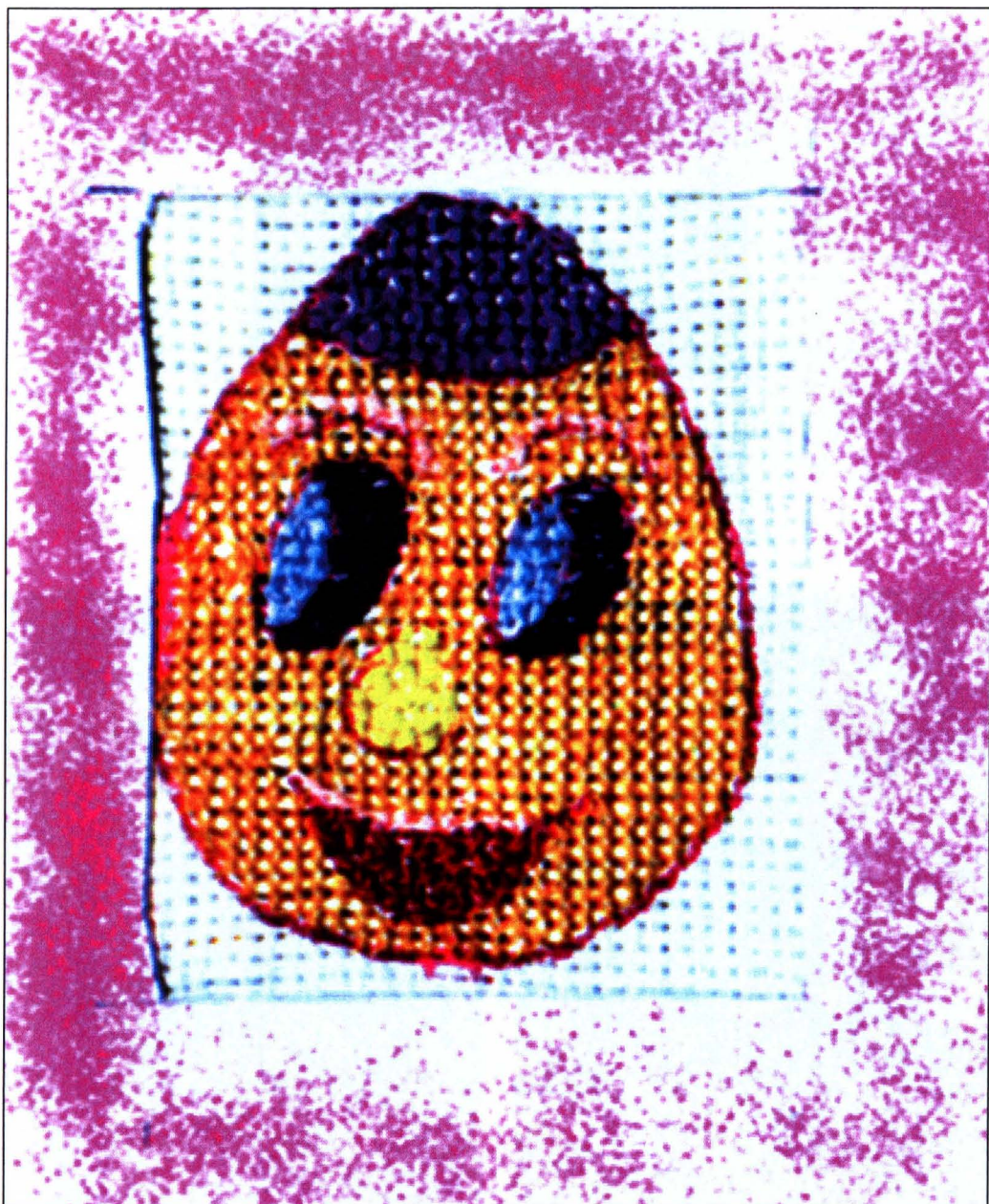
Příloha 10

Rozžehlování voskových barev (Domov sv. Karla Boromejského)



Příloha 11

Vyšívání křížkovým stehem (Domov sv. Karla Boromejského)



Příloha 12

Práce s papírem (Domov Sue Ryder)

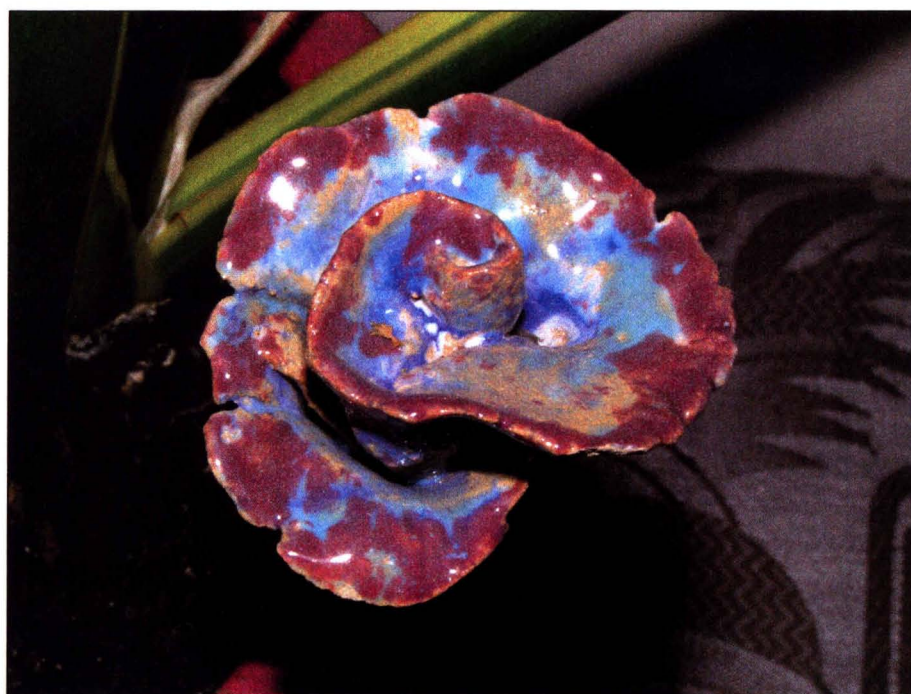


Příloha 13

Práce s keramickou hlinou (Domov Sue Ryder)



Výrobky z keramické hlíny (Domov Sue Ryder)



Příloha 14

Cvičení paměti (Domov Sue Ryder)

