

Mária Krivošíková

Úvod do ergoterapie



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Mária Krivošíková, M.Sc.

Úvod do ergoterapie

Recenze:

prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2011

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2011

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4372. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Jan Šístek

Perokresby Jana Řeháková, DiS.

Fotografie dodala autorka

Počet stran 368

1. vydání, Praha 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplynají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2699-1 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7346-9 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

Předmluva	9
Poděkování	11
1 Úvod do problematiky	13
1.1 Definice ergoterapie, cíle a zaměření ergoterapie	13
1.2 Základní terminologie používaná v ergoterapii	29
1.2.1 Základní koncepty používané v ergoterapii	31
1.2.2 Terminologické systémy v ergoterapii	50
1.3 Příjemci ergoterapeutických služeb (co ergoterapie může nabídnout)	61
2 Obor ergoterapie	67
2.1 Historie oboru ergoterapie	67
2.1.1 Historie ergoterapie ve světě	67
2.1.2 Historie ergoterapie v České republice	74
2.2 Filozofie ergoterapie	79
2.3 Základy teorie ergoterapie	84
2.3.1 Teoretický základ profese a vymezení základních pojmů	85
2.3.2 Modely zdravotní péče, které ovlivnily ergoterapeutickou praxi	91
2.3.3 Základní modely praxe	95
2.3.4 Základní rámce vztahů používané v ergoterapii u tělesného postižení	108
2.3.5 Základní rámce vztahů používané v ergoterapii u psychosociálních postižení	147
3 Hodnocení v ergoterapii	161
3.1 Úvod do hodnocení v ergoterapii	161
3.1.1 Metody získávání informací	165
3.2 Funkční hodnocení v ergoterapii	170
3.2.1 Hodnocení senzomotorických funkcí	170
3.2.2 Hodnocení kognitivních funkcí	216

3.2.3	Hodnocení psychosociálních funkcí	224
3.3	Hodnocení výkonu zaměstnávání	231
3.3.1	Hodnocení všedních denních činností (ADL) ..	231
3.3.2	Hodnocení hry	241
3.3.3	Hodnocení práce	246
3.4	Hodnocení prostředí	254
3.4.1	Hodnocení domácího prostředí	254
3.4.2	Hodnocení pracovního prostředí	259
4	Terapeutické prostředky a nástroje intervence	
	v ergoterapii	267
4.1	Ergoterapeutický proces	267
4.2	Dokumentace v ergoterapii	271
4.2.1	Formulace problémových oblastí a cílů terapie v dokumentaci ergoterapeuta	276
4.3	Činnost z ergoterapeutického pohledu	278
4.3.1	Charakteristika činnosti	278
4.3.2	Analýza činnosti v ergoterapii	280
4.3.3	Adaptace a stupňování činnosti	282
4.4	Nácvik všedních denních činností (ADL)	289
4.5	Kompenzační pomůcky a technické prostředky v ergoterapii	307
	Literatura	319
	Přílohy	328
	Zkratky	355
	Rejstřík	359

*Ergoterapie není alternativou k tradičnímu medicínskému modelu
ani „třešničkou na dortu rehabilitace“.*

V dnešním světě chce být rovnocennou součástí rehabilitace.

Nejde jí o doktrínu, ale o pohled.

Pohled na člověka spíše než na nemoc.

*Pohled na člověka, pro kterého
může být smysluplná činnost jistou nadějí...*

Předmluva

Předkládaná kniha je pokusem seznámit čtenáře, ale i odbornou veřejnost s oborem ergoterapie. Mým původním záměrem pro její sepsání bylo zpracovat ucelený text, který by představoval současnou ergoterapii v širších souvislostech a ukázal, co ergoterapie je a jak ji lze vnímat. A možná také poopravit některé zažitě a často nepřesné představy o ní.

Když jsem v roce 1998 začala přednášet ergoterapii na 1. LF UK v Praze, překvapilo mě, jak málo odborné literatury v českém jazyce v našem oboru existuje. Prakticky neexistovala knížka, která by se věnovala teoretickému základu oboru a metodám, které ergoterapeut v diagnostice a léčbě používá. Vzhledem k tomu, že v minulém roce vyšla *Ergoterapie* v nakladatelství Portál, která je spíše zaměřená na působení ergoterapie v sociální oblasti, chtěla jsem se více zaměřit na oblast zdravotnictví, konkrétněji na oblast hodnocení a terapeutických přístupů u osob s tělesným postižením.

Knížka je tedy určena jednak studentům, pro které je vlastně pozváním ke studiu oboru, ale i ergoterapeutům v praxi, kterým by měla ulehčit čtení další navazující literatury, a vybrané úryvky z odborné literatury je také mohou motivovat k dalšímu přemýšlení.

V textu jsem se snažila uvést a používat hlavně ergoterapeutickou terminologii, protože správné používání odborných termínů pomáhá porozumět oboru a rozšiřuje znalosti ergoterapeutů. Jiné profese mohou vysvětlovat tyto pojmy ze svého pohledu, z hlediska své logiky a představ. Prezentovaná odborná terminologie vychází z ergoterapeutické terminologické soustavy, běžně používané v anglosaských zemích, současně se však snaží reflektovat jazykové zákonitosti českého prostředí.

V textu používám střídavě pojem terapie a jeho synonyma léčba nebo intervence. V některých částech knihy (např. hodnocení) pak obecnější pojem terapeut, protože se v některých oblastech hodnocení práce ergoterapeuta překrývá s jinými profesemi. Podobně v částech, které prezentují konkrétní a praktickou stránku ergoterapie u tělesného postižení, používám ve zdravotnických zařízeních zavedený pojem pacient. Pouze v obecnějších částech a částech, které popisují přístup zaměřený na člověka, respektuji používání pojmu klient nebo jedinec/člověk, tak jak je navrhuje zakladatel tohoto terapeutického přístupu

(C. Rogers) a další autoři (E. Townsend, M. Law), kteří na jeho práci navazují.

Vzhledem k dynamice profese a šíři prezentované práce nebylo mým cílem věnovat se všem tématům příliš podrobně. Některá témata jsou tak prezentována stručněji, přesto podle mého názoru obsahují základní přehled a strukturu, kterou lze použít ve vyšetření i terapii. Jednotlivé kapitoly přinášejí nové poznatky a připomínají to, co se v praxi ergoterapeutů v zahraničí osvědčilo. Pro hlubší orientaci a pochopení doporučuji prostudování literatury, která je uvedena v závěru. Otázky do diskuze, uvedené za každou hlavní kapitolou, jsou pobídkou či stimulací pro studenty a učitele ergoterapie o jednotlivých tématech diskutovat ve výuce.

Porozumění lidem, se kterými se ve své práci ergoterapeut setkává, předpokládá porozumět i světu kolem nás, přemýšlet o něm. Tyto skutečnosti reflektují teoretické části knihy, které představují čtenáři ergoterapeutické modely praxe a rámce vztahů s jejich přístupy aplikovatelnými v praxi. V této části jsem se snažila předložit základní fakta z pohledu více autorů a utřídit je. Současně nabízím určitá „vodítka“ nebo závěry i pro ergoterapii v českém prostředí. To ale v žádném případě nebrání tomu, aby čtenář hledal další pohledy a souvislosti na předkládanou problematiku, protože je vždy mnoho co objevovat. Uvítám jakoukoliv odbornou diskuzi o návrzích, nové terminologii nebo myšlenkách, které jsou uvedeny v této knížce.

Ergoterapie má před sebou ještě dlouhou cestu prosazování se a hledání svého místa v rehabilitaci, ale nejen v ní. Její základ je ve využití činnosti a aktivizaci člověka. To může být z určitého pohledu velmi jednoduchou záležitostí. Pochopení různých charakteristik a významu činnosti a toho, proč si člověk určitou činnost vybírá a dělá ji, je však mnohem složitější.

Jako obor musí také ergoterapie umět reagovat na různé změny ve společnosti, i když to základní zůstává – pomáhat lidem.

Mária Krivošíková

Poděkování

MUDr. Danici Studené ze Slovenska, která mě ke studiu ergoterapie přivedla.

Svým učitelům Zuzaně Dudákové, Vendule Matolínové, Mgr. Petře Pitrmanové, MUDr. Anně Polákové, MUDr. Tereze Gueye, Zdeně Faltýnkové, Hansu Josephsonovi, PhD., Karen Windigové, M.Sc. a Gaynor Sadlo, PhD. Také mnohým svým studentům za inspiraci a přemýšlení o kreativních možnostech ergoterapie.

Hanneke van Bruggen, která mi díky práci ve výboru ENOTHE umožnila pochopit ergoterapii v širším, mezinárodním kontextu.

Pacientům a kolegyním Bc. Ireně Winternitzové, Bc. Zuzaně Rodové a Mgr. Kateřině Svěcené za poskytnutí části fotodokumentace, ergoterapeutkám Marii Vítkové a Olze Hluchníkové za poskytnutí doplňujících informací o historii ergoterapie v České republice.

Kolegyním a kolegům na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze za cenné podněty a přátelské rady na mé cestě ergoterapií.

Rodině a přátelům, kteří vydrží mé povídání o tom, co mě baví – o ergoterapii.

1 Úvod do problematiky

1.1 Definice ergoterapie, cíle a zaměření ergoterapie

Výraz **ergoterapie** vznikl složením řeckých slov **ergon** = práce a **therapia** = léčení, terapie. Od šedesátých let 20. století se začíná v některých evropských jazycích (např. němčina, francouzština, norština, dánština, holandština) tento výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního pojmenování *pracovní terapie*. V českém jazyce se ustálil výraz ergoterapie, ačkoliv je i dnes často zaměňován za původní název *léčba prací*. Tento starší termín pro ergoterapii však nelze považovat za výstižný, proto se odborníci přiklání k používání termínu ergoterapie. Důsledné dodržování termínu ergoterapie pak neumožní častou záměnu s pojmem *pracovní rehabilitace*, který však označuje přípravu na určité zaměstnání odpovídající možnostem pacienta. V anglosaské literatuře je název profese ergoterapie *occupational therapy*. V angličtině znamená *to occupy* zaměstnat se, zabývat se něčím, nebo se něčemu věnovat či být činný. Anglické slovo *occupation* znamená v ergoterapeutické terminologii „zaměstnávání“ nebo „činnost, které se člověk věnuje“.

Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by měly být pro ně smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité.

Ergon (z řeckého práce) nebo *occupation* (z anglického zaměstnávání) v názvu profese se nevztahuje pouze na zaměstnání nebo práci, ale vztahuje se ke všem činnostem, které vyplňují čas a prostor člověka a dávají jeho životu smysl. Tato zaměstnávání (činnosti) zahrnují každodenní činnosti, které umožňují lidem potvrdit sebe sama, přispívají k životu jejich rodiny a umožňují jim účastnit se života v širším společenském kontextu. Účast na zaměstnávání (činnosti) je důležitá, protože má kapacitu přispět ke zdraví a celkovému pocitu pohody (Law et al., 1998). V ergoterapii se všechna tato zaměstnávání (činnosti) nazývají odborným termínem **oblasti výkonu zaměstnávání** a obvykle se dělí do tří velkých skupin: 1. **všední denní činnosti** (z anglického termínu *activities of daily living*); 2. **práce a produktivní činnosti**; 3. **hra a volný čas** (AOTA, 1994).

Ergoterapeuti poskytují jednak individuální či skupinovou intervenci, ale i konzultační služby, které podporují účast lidí v různých aktivitách v jejich komunitě nebo se mohou uplatnit v preventivních zdravotních programech v širokém spektru zařízení.

Ergoterapeut tedy zjednodušeně využívá v hodnocení a léčbě nemoci nebo postižení analýzu činnosti a využívá specifická zaměstnávání, která vyplňují čas a prostor člověka, a tím mu umožňují být činný. Jedinečným charakterem ergoterapie, který ho odlišuje od ostatních profesí, je studium a uplatnění smysluplného zaměstnávání nebo činností, kterých se jedinec ve svém životě účastní.

■ Původní definice ergoterapie

Tak jako se postupem času ergoterapie vyvíjela jako profese, měnila se i její definice.

První definici ergoterapie vyslovil autor názvu ergoterapie a zakladatel profese **George Barton**. Barton v roce 1914 prohlásil, že „pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá“. Doufal, že se mu podaří nalézt vhodnou činnost ke každému jednotlivému orgánu, kloubu a svalu v lidském těle. Tím by se ergoterapie mohla používat u každého onemocnění. Ačkoliv jeho názory dnes již neplatí, název profese přetrval až do dneška.

První formální definici ergoterapie napsala v roce 1922 lékařka **H. A. Pattisonová**. Ergoterapii definovala jako „jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat úzdravu z nemoci nebo poranění“. Čili Pattisonová zdůrazňuje fakt, že činnost má mentální a také fyzickou složku a že léčba by měla být předepsaná (naordinovaná) a vedená (směřovaná) směrem k urychlení úzdravy. Nesouhlasila tedy s tím, aby se zaměstnávání (nebo činnosti) používaly jednoduše za účelem odpoutání pozornosti od nemoci či vyplnění času bez uvědomění si jejich předepsané terapeutické hodnoty.

Její koncept byl znovu potvrzen dalším lékařem **Herbertem J. Hallem** o rok později. V jeho definici ergoterapie se uvádí, že „ergoterapie poskytuje pod lékařskou supervizí jednoduchou a nenamáhavou práci za účelem zlepšovat rekonvalescenci pacientů v nemocnicích nebo jejich domovech. Ruční práce se v ergoterapii využívají ne proto, aby se z pacientů stali řemeslníci, ale proto, aby rozvíjeli svou fyzickou a duševní zdatnost v době, kdy je jejich odvaha a iniciativa minimální“. Hallova

definice ergoterapie nabídla dvě nová pojetí, která jsou základní pro ergoterapii. První je, že ergoterapie využívá práci k rozvoji dovedností potřebných k provádění úkolů. Neučí pacienty specifické pracovní dovednosti pro určitou pracovní pozici, a tedy neposkytuje zaměstnání pro nezaměstnané pracovníky. V druhém pojetí ergoterapie napomáhá lidem získat a znovu nabýt funkční schopnosti v době, kdy je jejich emoční a psychická úroveň pod hranicí normy.

Definice ergoterapie z **bostonské ergoterapeutické školy** z roku 1924 nabídla další pojetí ergoterapie. Podle ní je cílem ergoterapie „poskytovat schéma uspořádaných činností, které ke každé svalové skupině nebo nemocné části těla stanoví přesné množství a rozsah pohybu a cvičení, které řídí lékař nebo chirurg“. Jinými slovy, ergoterapeutická léčba by měla být měřena v přesných jednotkách, které jsou založeny na vědeckých faktech, které ergoterapeut zná. Současně ergoterapeuti musí vědět, že různé činnosti a úkoly mají různý efekt na každého člověka. Hodnota ergoterapie je pak ve výběru správného úkolu ve správném množství.

Výše uvedené čtyři definice ergoterapie poskytují některá důležitá pojetí zásadní pro ergoterapii. Jsou to:

- zaměstnávání (činnosti) mají duševní a/nebo fyzickou složku,
- ergoterapie by měla mít předepsanou léčbu,
- jedním z cílů ergoterapie je urychlovat nebo jinak pozitivně přispívat k procesu uzdravení z nemoci nebo postižení,
- ergoterapie napomáhá v rozvoji a znovunabytí dovedností nevyhnutelných k tomu, aby byl člověk činný,
- ergoterapie zapojuje do činnosti celého člověka,
- úkoly a činnosti, které ergoterapie využívá, lze analyzovat a vybírat podle předem stanovených kritérií.

■ Moderní definice ergoterapie

Rané definice ergoterapie poskytují určitý vhled do uvažování, které se postupně vyvíjelo společně s profesí ergoterapie. Nepoukazují však na potřebná hlavní kritéria definice ergoterapie, která se uplatňují v současnosti. Tato kritéria definují Reedová a Sandersonová (1983) jako:

- krátký popis specifických znaků či charakteristik profese, které ji odlišují od jiných profesí,
- zahrnutí hlavních profesních cílů nebo záměrů,
- populace, pro kterou je definice určena,

- souhrn služeb, programů, které nabízí,
- procesy a postupy, které využívá,
- prostředky, pomocí kterých dosahuje výsledky (metody, techniky a prostředky),
- stručné vyjádření výše uvedeného.

V roce 1972 vydala **Americká asociace ergoterapeutů** (AOTA) následující definici ergoterapie: „Ergoterapie je praktická i teoretická disciplína, která vede k zapojení jedince do vybraných úkolů za účelem obnovit, posílit a zvýšit jeho výkon, facilitovat učení dovedností a funkčních činností, které jsou nevyhnutné pro adaptaci a produktivitu člověka. Dále pak zmenšit nebo korigovat patologii a podporovat a udržovat zdraví jedince.“ Uvedená definice neuvádí, komu je ergoterapie určena, souhrn služeb či programů, které nabízí, ani procesy a postupy, které využívá při poskytování svých služeb. Úplnější definici ergoterapie přijala valná hromada AOTA v roce 1981: „Ergoterapie je využívání smysluplné činnosti (specifická charakteristika profese) u jedinců s fyzickým omezením v důsledku nemoci nebo poranění, u jedinců s psychosociální dysfunkcí, vývojovou poruchou nebo poruchou učení a u jedinců s problémy v provádění činností v důsledku procesu stárání (populace). Prostřednictvím smysluplné činnosti ergoterapeut maximalizuje nezávislost jedince, předchází vzniku postižení a podporuje zdraví jedince (výsledek). Praxe zahrnuje hodnocení, léčbu a konzultaci (procesy a postupy). Specifické ergoterapeutické služby zahrnují trénink všedních denních činností; rozvoj percepčně-motorických dovedností a funkčního zpracování senzorických informací; rozvoj herních dovedností, předpracovních a volnočasových schopností; návrh a výrobu nebo aplikaci vybraných protetických pomůcek; výběr a trénink používání kompenzačních či technických pomůcek; využití specifických řemesel a cvičení k zlepšení funkčního výkonu; administraci a interpretaci testů, např. svalového testu, goniometrie a úpravu prostředí podle potřeb jedince (prostředky). Ergoterapeutické služby se poskytují individuálně, ve skupině nebo prostřednictvím sociálního systému (typ služby nebo programu).“ Tato definice splňuje výše uvedená kritéria definice ergoterapie.

Rada ergoterapeutů v evropských zemích (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC) v roce 2001 ve své definici ergoterapie doplňuje, že „ergoterapeuti vycházejí z předpokladu, že zdraví může být pozitivně ovlivněno zaměstnáváním, činnostmi či aktivitou člověka“. Obecná definice ergoterapie, kterou nabízí COTEC,

zní: „Ergoterapie je léčba osob s fyzickým a duševním onemocněním nebo disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života.“ Dále definice zmiňuje aspekt hodnocení, interpretace a aktivizace jedince prostřednictvím činností. V definici ergoterapie COTEC objevuje odklon od výlučného pohledu specialisty (ergoterapeuta) na potřeby pacienta směrem k většímu individualizmu a důrazu na jedince: „Při výběru zaměstnávání či činností ergoterapeut zohledňuje osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby. Současně zohledňuje podmínky prostředí, které vytvářejí životní styl jedince.“

Podle **Světové federace ergoterapeutů** (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) je ergoterapie (2007) „profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince (well-being) prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve které činnost probíhá“.

Obě výše zmíněné definice ergoterapie dvou mezinárodních ergoterapeutických organizací, které reprezentují ergoterapii navenek, zmiňují dosažení adekvátní soběstačnosti jedince (hlavní cíl profese), a to prostřednictvím jeho zapojení do činnosti (charakteristický znak profese). Současně obě zmiňují i důležitost prostředí, ve kterém se činnost odehrává. Ergoterapeuti věří, že účast (participace) na činnosti je stimulována nebo omezována fyzickým nebo sociálním aspektem prostředí. Proto ve své práci využívají úpravy prostředí, a tím zvyšují možnost zapojení člověka do činnosti či zaměstnávání.

V české literatuře ergoterapii poprvé definuje Hadraba a kol. (1976) jako „jakoukoliv pro pacienta vhodně zvolenou tělesnou nebo duševní činnost, která je konána pod zdravotnickou kontrolou, která má léčebnou hodnotu, napomáhá návratu nebo náhradě ztracených funkcí, zabraňuje zhoršení a umožňuje zlepšení místního i celkového stavu pacienta“. Tato definice potvrzuje kladný vliv aktivní činnosti jedince, jestliže je tato činnost odborně indikována, kontrolována a usměrňována. Současně však prezentuje pouze její léčebný charakter.

Obecnější definování ergoterapie předkládají Novosad a Novosadová (2000): „Ergoterapie léčí disabilitu, tedy funkční změnu na úrovni celého člověka zejména tím, že provádí nácvik denních či pracovních aktivit

včetně používání technických pomůcek“. Dále uvádějí, že ergoterapie v léčbě využívá postupy, které „charakterizují pojmy jako individualita, aktivita, participace, spolupráce, kvalita života.“ Podle autorů to znamená upouštění od patogenetického myšlení, které je zaměřené na hledání příčin onemocnění a léčbu postižených částí a posun k salutogenetickému myšlení (salus = zdraví), které je zaměřeno na hledání příčin zdraví a orientuje se na terapii člověka jako systému.

Ergoterapie, kterou prezentuje česká profesní organizace ergoterapeutů (**Česká asociace ergoterapeutů**, ČAE), je definována ve výše zmíněných intencích: „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Navíc používá pojem zaměstnávání (occupation) místo činnosti a rozšiřuje ho na „veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které vnímá jako součást své identity.“ Hlavním cílem ergoterapie je pak „umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“.

Z výše uvedeného vyplývá, že v průběhu vývoje docházelo ke změnám v definicích ergoterapie, které odrážely jednak změny ve vztahu k lékařské profesi a jednak ve vlastní ergoterapeutické praxi. Ergoterapie byla dříve pojímána v užším hledisku, a to pracovním či spíše jako produkt určité pracovní činnosti. Měla hlavní cíl udržet lidi v činnosti prostřednictvím rukodělných a řemeslných výkonů. V dalším období se kladl větší důraz na nácvik všedních denních činností, na které se ergoterapeuti také zaměřovali, ovšem pouze okrajově.

Nutno říci, že v definování ergoterapie dodnes neexistuje shoda. Různé pokusy stručně definovat podstatu ergoterapie vedou často k přílišnému zjednodušení. Na druhou stranu profesi tak různou a komplexní, jako je ergoterapie, bude vždy problém definovat výstižně a stručně. Přes rozdíly v terminologii a nuancích, co patří a co nepatří do ergoterapie, můžeme pozorovat určitá společná témata, která se objevují v jednotlivých definicích:

- preventivní prvek – používání činnosti, aktivity v prevenci vzniku onemocnění,

- edukační prvek – vzdělávání, učení se novým činnostem či úkolům potřebným ke zvládnutí každodenních osobních či pracovních činností,
- zaměření na jednotlivce, který jako jediný může dosáhnout pozitivní změny svého stavu.

■ Cíle ergoterapie

Podle Reedové a Sandersonové (1983) je **obecným záměrem** ergoterapie:

- umožnit jedinci dosáhnout optimální funkce a adaptace v oblastech ADL, práce a produktivní činnosti, hry a volného času,
- zabránit vzniku poškození vždy, kdy je to možné,
- podporovat provádění činnosti.

Hlavní cíle ergoterapie jsou podle nich:

- zhodnotit chování a působení jedince v oblastech výkonu zaměstnávání a v jednotlivých složkách výkonu zaměstnávání (např. senzomotorických, kognitivních nebo psychosociálních),
- maximálně rozvíjet a podporovat zdraví každého jedince a vycházet přitom jednak z jeho vlastních potřeb a dále z požadavků jeho nejbližšího okolí,
- rozvíjet, zlepšovat, podporovat nebo udržet normální funkční výkon jedince v průběhu celého jeho života,
- zabránit vzniku dysfunkce, napravovat nebo minimalizovat jeho dysfunkční výkon v průběhu celého jeho života.

Výsledkem ergoterapeutického působení je pak:

- naučit se novou nebo dříve zapomenutou činnost,
- pomoc při plánování, organizování a udržování rovnováhy v provádění činností a aktivit v běžném životě v různých obdobích života jedince,
- doporučit alternativní způsoby provádění činností nebo úkolů, a tím usnadnit provádění činností u osob s dočasným nebo chronickým onemocněním,
- poskytovat metody a zdroje pro nácvik různých způsobů provádění činnosti nebo aktivity u osob s postižením nebo u rizikových skupin,
- pomocí vlastních vyšetření specifikovat oblasti problémů u jedince,
- doporučit technické nebo kompenzační pomůcky, které umožní zvýšit soběstačnost jedince v běžných denních aktivitách.

Cíle a výstupy ergoterapie musí ergoterapeut pečlivě koordinovat na dvou úrovních. První je sladění ergoterapeutických cílů s celkovými cíli rehabilitace. Druhá úroveň představuje koordinaci cílů s pacientem a často také s jeho rodinou nebo jeho pečovateli. Velmi často mají pacienti zájem pokračovat v činnostech, které jsou pro ně známé nebo se kterými mají již větší zkušenosti. V případě použití různých úprav činností nebo pomůcek, které se při činnosti používají, je nutné toto s pacientem a jeho rodinou probrat tak, aby pochopili smysl a význam těchto změn, které ovlivní jejich denní zvyky a rutinu. Cíle ergoterapie tedy do značné míry závisejí na jejich spolupráci a motivaci, protože primárním zájmem ergoterapie je umožnit pacientovi provádět činnosti, které on sám považuje za důležité a potřebné pro svůj život. I nejpřesněji formulované cíle ergoterapie zůstanou pouze hezkými slovy v dokumentaci, pokud je ergoterapeut sestavuje sám.

Závěrem lze říci, že cíle ergoterapie souvisí jednak s konkrétními činnostmi a aktivitami, jednak se způsobem, jakým je jedinec ve svém denním životě provádí, přičemž způsob a význam jednotlivých činností se v průběhu života může u člověka měnit. Specifické cíle ergoterapie dále závisejí na výběru, individuálních možnostech a preferencích jedince a také na nárocích prostředí, ve kterém jedinec žije.

■ Diagnostické prostředky ergoterapie

Ergoterapeut používá vlastní diagnostické metody či prostředky, pomocí kterých zjišťuje specifika problémů jedince a plánuje další terapeutický postup. Ergoterapeutické vyšetřovací metody jsou specifické v tom, že se zaměřují především na výkon činností každodenního života a zjišťování příčin problémů v jejich provádění. Celá ergoterapeutická léčba je založena na pochopení jedince jako osoby s jedinečným repertoárem činností, zažitými zvyklostmi v provádění každodenních činností či osobitými zájmy a hodnotami (Jelínková a Krivošíková, 2008).

Podle **modelu výkonu zaměstnávání** (AOTA, 1994) ergoterapeutické vyšetření zahrnuje posouzení oblastí **výkonu zaměstnávání** (ADL, pracovní a volnočasové činnosti), dále posouzení všech **složek výkonu zaměstnávání** (např. senzomotorických, kognitivních, psychosociálních) a **kontextu výkonu** (např. čas, věk, faktory fyzického a sociálního prostředí).

Ergoterapeut využívá v hodnocení a léčbě dva přístupy: **přístup shora dolů** (z angl. top-down approach) a **přístup zdola nahoru** (z angl. bottom-up approach) (Trombly, 1995).

V **přístupu shora dolů** ergoterapeut hodnotí funkci prostřednictvím výkonu jedince ve třech oblastech: soběstačnosti, pracovních či produktivních činnostech nebo ve volnočasových činnostech. Ergoterapeut s ním spolupracuje při výběru, organizaci a provádění činností, které jsou cílené na jeho problém. Přístup shora dolů znamená, že ve vyšetření (ale i v terapii) postupujeme od komplexních činností, např. oblékání, k jednotlivým složkám (komponentám) činnosti, např. senzomotorickým (schopnost funkčního rozsahu pohybu potřebného k oblékání, dostatečná svalová síla a výdrž, koordinace oko–ruka, schopnost udržet rovnováhu při oblékání atd.).

V tomto přístupu se ergoterapeut zaměřuje na schopnost jedince zapojovat se do komplexních činností nebo smysluplných aktivit. Vyšetření začíná hodnocením jeho motivace, denních zvyklostí a také rolí, které ve svém životě zastává či zastával, protože ty přímo souvisejí s činnostmi, které jsou pro něj důležité. Například žena po cévní mozkové příhodě již nemůže plně pečovat o své malé děti, a tím naplňovat svou sociální roli matky nebo pečovatelky.

Přístup umožňuje terapeutovi získat prvotní pochopení hodnot a potřeb jedince. Jestliže je schopen vnímat rozdíly či nesoulad mezi svým současným výkonem a výkonem v dané činnosti před onemocněním, pak si může lépe uvědomovat potřebu rehabilitace.

V **přístupu zdola nahoru** se ergoterapeut zaměřuje na deficity ve specifických dovednostech, které zabraňují úspěšnému zapojení jedince do činností, které jsou pro něj důležité. V tomto případě ergoterapeutické vyšetření začíná na úrovni jednotlivých složek (komponent) činnosti (např. svalová síla, rozsahy pohybu, koordinace, paměť, pozornost, percepce atd.) a pak se dostává k hodnocení jejich vlivu na komplexní činnost, např. oblékání, nakupování, hru, sport apod. Při použití tohoto přístupu se předpokládá, že jedinec bude schopen generalizovat naučenou izolovanou dovednost (např. jemnou motoriku) do komplexní činnosti (např. oblékání).

V tomto přístupu je důležité, aby ergoterapeut zvolil takovou cvičební jednotku, která by v co největší míře ovlivnila zjištěnou poruchu. Celý postup probíhá např. tak, že po provedení hodnocení soběstačnosti jedince ergoterapeut stanoví částečnou soběstačnost v některých položkách ADL pro poruchu jemné motoriky. Navrhne plán léčby, který je založen

na nácviku jemné motoriky. Přitom předpokládá, že pokud se zlepší jeho jemná motorika, zlepší se i jeho dovednosti při provádění ADL.

Přestože se přístup shora dolů v praxi více preferuje, mají oba v ergoterapeutické praxi své místo. Při výběru přístupu ergoterapeut využívá hlavně svůj profesionální úsudek. Zvláště se zaměřuje na vhodnost zvoleného přístupu vzhledem k individuálním potřebám pacienta a také typu zařízení, kde ergoterapie probíhá. Např. v akutním stadiu onemocnění se více využívá přístup zdola nahoru. Naopak, když má pacient současně poruchu kognitivních funkcí a motorickou poruchu, je vhodnější použít přístup shora dolů.

Oba přístupy lze ve vyšetření i léčbě kombinovat. Pokud ergoterapeut začne s jedním přístupem, neznamená to, že nemůže pokračovat s druhým. Nicméně použití přístupu shora dolů pomáhá v začátku vyšetření (či dále v terapii) určit konkrétní omezení a zjistit bariéry prostředí, které se spolupodílejí na problémech ve výkonu činnosti, úkolů či provádění rolí.

■ Terapeutické prostředky ergoterapie

Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnávání (occupation). Zvolené činnosti zohledňují osobní a sociální potřeby jedinců, jejich aktuální funkční stav, věk, pohlaví a podmínky prostředí, které je obklopuje. Výběr činností, které se používají jako terapeutický prostředek, musí odrážet tyto skutečnosti a měl by se vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo se od ní očekávají. Tím se ergoterapie také podílí na návaznosti léčebné rehabilitace na ostatní složky rehabilitace, tedy na rehabilitaci pracovní, sociální a pedagogickou (Krivošíková, 2003).

Ergoterapeut dále v léčbě používá četné techniky a přístupy, které vycházejí z různých teorií a rámců vztahů. Ty pak předurčují, jaké přístupy ergoterapeut v terapii upřednostní. Každý z nich má své klady a svá omezení a je nezbytné, aby je ergoterapeut znal a zvolil ten, který bude nejlépe vyhovovat konkrétnímu pacientovi, se kterým pracuje. Přitom platí, že v léčbě jednoho pacienta lze kombinovat několik terapeutických technik či přístupů. Jejich výběr do značné míry závisí na vzdělání, zkušenosti ergoterapeuta, ale i na skladbě pacientů a způsobu práce na pracovišti. Obecně platí, že ovlivňují nejen ergoterapeutické hodnocení, interpretaci a používanou odbornou terminologii, ale také použití terapeutických postupů a technik.

U osob s fyzickým postižením ergoterapeuti obvykle používají **biomechanický, neurovývojový a kognitivní** rámec vztahů.¹ Každý z nich často nabízí vlastní terapeutické přístupy. Biomechanický rámec vztahů má dva typy přístupů: biomechanický a rehabilitační. Do neurovývojového rámce vztahů patří velké množství terapeutických přístupů a metodik. Pro práci ergoterapeuta jsou však nejpodstatnější: Bobathův koncept, přístup podle Affolterové, pohybová terapie podle Brunnstromové a senzorická integrace podle Ayresové. V kognitivním rámci vztahů ergoterapeut využívá léčebný (restituční) a adaptační (funkční) přístup.

U osob s psychosociálními problémy je upřednostňován **behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický (analytický) a humanistický** rámec vztahů.² Předpokladem pro jejich použití je příslušná odborná způsobilost ergoterapeuta a odborné zjištění oblastí problémů jedince (Jelínková a Krivošíková, 2008).

■ Činnosti ergoterapeuta

Činnost může mít v ergoterapii různý cíl a různé zdůvodnění. Z hlediska typu používaných činností rozeznáváme pět oblastí ergoterapie. Toto rozdělení vychází z původní klasifikace oblastí ergoterapie podle Pfeiffera (1997):

- ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL),
- ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností,
- ergoterapie zaměstnávání,
- ergoterapie funkční,
- ergoterapie zaměřená na poradenství.

Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)

Po onemocnění se pacient často dostává do situací, kdy mu vzniklá porucha znemožní nebo značně omezí schopnost být nezávislý v běžném životě. Často má pak problémy samostatně vykonávat některé

¹ Podrobněji jsou probrány v kapitole 2.3.4 Základní rámce vztahů používané v ergoterapii u tělesného postižení.

² Podrobněji jsou probrány v kapitole 2.3.5 Základní rámce vztahů používané v ergoterapii u psychosociálního postižení.

každodenní činnosti. Jde o **všední denní činnosti (ADL)**, které se vztahují k základním fyzickým funkcím a které dotvářejí každodenní život člověka. Patří sem např. osobní hygiena, koupání, oblékání, jedení, použití WC, přesuny a funkční mobilita (obr. 1.1). V ergoterapii se označují jako **personální, základní** nebo **bazální ADL**. Probíhají bezprostředně v domácím prostředí. Kromě nich do oblasti ADL patří také další behaviorální a sociální aktivity běžného života, např. nakupování, vaření, domácí práce, manipulace s penězi, použití hromadné dopravy, jízda autem, telefonování. **Jde o instrumentální nebo rozšířené ADL**. Odehrávají se většinou v širším sociálním prostředí pacienta.

Ergoterapeut se v této oblasti snaží o dosažení maximálně možné soběstačnosti pacienta v personálních a posléze v instrumentálních ADL. Využívá k tomu různé **kompensační mechanismy** (např. pacient po cévní mozkové příhodě se snaží minimalizovat funkční ztrátu úchopu na pravé horní končetině kompenzačním zapojením jiných svalových skupin nebo používáním kompenzační pomůcky), **substituční mechanismy** (např. pacient po traumatickém poranění mozku, který má problémy s rovnováhou, se bude oblékat vsedě, tj. využije jiný stereotyp, a přednostně bude používat při oblékání nepostíženou horní končetinu), nebo **vybavení pacienta potřebnou kompenzační pomůckou** (např. pacient s poruchou rovnováhy bude používat při přesunech do vany sedačku na vanu nebo pacient po totální endoprotéze kyčelního kloubu použije na toaletě nástavec na WC). Při nácviku ADL využívá ergoterapeut metodu stupňování náročnosti činnosti, biomechanické principy v pohybové složce funkčních aktivit nebo doporučí a následně nacvičuje používání kompenzační nebo technické pomůcky. Důležitou roli při nácviku ADL hraje přirozené domácí prostředí pacienta, které je bohužel často nahrazováno ergoterapeutickou místností či cvičnou koupelnou nebo kuchyní. V domácím prostředí pacienta ergoterapeut také navrhuje úpravu prostředí tak, aby byl pacient schopen vykonávat personální ADL samostatně nebo s menší pomocí druhé osoby.

Role a kompetence ergoterapeuta se v oblasti soběstačnosti často překrývají s dalšími odbornostmi v rehabilitačním týmu (např. s fyzioterapeutem je to oblast funkční mobility a přesunů, se speciálním pedagogem oblast oblékání, příjem jídla a hygiena, s logopedem v oblasti příjmu jídla). Proto je nevyhnutná jejich vzájemná spolupráce a informovanost o jednotlivých hodnoceních a výsledcích terapie.



Obr. 1.1 *Nácvik soběstačnosti – obouvání*

Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

Tato oblast ergoterapie se uplatňuje zejména u osob v produktivním věku a u dospívajících. O budoucím povolání a tedy zařazování nácviku pracovních dovedností v ergoterapii je rovněž vhodné uvažovat i u dětí s tělesným nebo duševním onemocněním.

Ergoterapie si v této oblasti klade tyto **cíle**:

- stanovit možnosti opětovného začlenění jedince do původního zaměstnání, např. vhodnou úpravou pracovního prostředí zajistit jeho návrat do zaměstnání nebo začleňováním konkrétních pracovních dovedností umožnit jejich procvičování,
- najít jiné pracovní uplatnění u osob, kde vznikají v důsledku onemocnění trvalé následky, které jim znemožní návrat do původního zaměstnání,
- umožnit osobě v rekonvalescenci trvalou a přiměřenou pracovní zátěž formou modelových činností, čímž se zajistí jeho bezproblémový návrat do pracovního procesu po ukončení pracovní neschopnosti.

Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností vychází primárně z ergodiagnostického vyšetření (obr. 1.2), na kterém se výrazně podílí také ergoterapeut svým vyšetřením. V rámci ergodiagnostiky ergoterapeut podrobně analyzuje pracovní činnosti jedince, hodnotí jeho zbytkový pracovní potenciál a zjišťuje jeho motivaci pracovat. V předpracovní rehabilitaci se ergoterapeut podílí na tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti a nácviku vhodných pracovních dovedností. Zařazování pracovních činností do ergoterapeutického léčebného programu hraje výraznou roli v prevenci ztráty pracovních návyků jedince.

I v této oblasti ergoterapie je opět nevyhnutelná spolupráce celého rehabilitačního týmu, který doporučuje vhodné pracovní začlenění nebo rekvalifikaci, popřípadě typ a formu studia.



Obr. 1.2 Ergodiagnostické vyšetření ergoterapeuta

Ergoterapie zaměstnáváním

Tato oblast ergoterapie je historicky nejstarší a tedy i v širším povědomí odborné i laické veřejnosti nejznámější. Pfeiffer (1997) nazývá tuto oblast **kondiční ergoterapií**. Podle Hartla (1993) jde o **psychologickou ergoterapii**, která má u jedince snižovat úzkost a překonávat pesimismus, depresivní nálady či existenční obavy. Hlavním cílem je odpoutání pozornosti jedince od nepříznivého vlivu onemocnění a snaha udržet jeho dobrou fyzickou nebo duševní kondici.

V minulosti (ale i dnes) se v ergoterapii zaměstnáváním využívaly zejména rukodělné činnosti (např. vyšívání, tkání, pletení, háčkování, batikování, modelování, práce se dřevem, papírem, přírodninami atd.), dále společenské hry (např. karetní hry, šachy, dáma) a sportovní či pohybové aktivity (např. míčové hry, šipky, kuželky). Patří sem také sledování TV programů, poslech hudby, čtení.

Při volbě činností ergoterapeut vychází především ze zájmů jedince. Zvolené činnosti by ho měly co nejvíce zajímat a bavit. V praxi se doporučuje zvolit takovou činnost, se kterou měl jedinec již dřívější zkušenost. Důležitá je správná motivace jedince, které lze dosáhnout např. výběrem vhodného materiálu, úpravou podmínek hry nebo dalším využitím výrobku. Tato forma ergoterapie probíhá nejčastěji ve skupinách. V poslední době se uplatňuje také v sociální oblasti (např. v ústavech sociální péče, domovech důchodců nebo v penzionech), kde ergoterapeut organizuje různé skupiny podle zdravotního stavu, stupně postižení, věku a pohlaví (např. skupinky vaření, keramické dílny, modelování, administrativní dílny, kurzy šití, tance apod.).

Ergoterapie funkční

Cílem této oblasti ergoterapie je intenzivně procvičovat přesně definovanou postiženou oblast (obr. 1.3). Pfeiffer (1997) ji označuje jako **cílenou ergoterapii**, Hartl (1993) jako **orgánovou ergoterapii**, protože jejím hlavním cílem je zlepšit postiženou část těla.

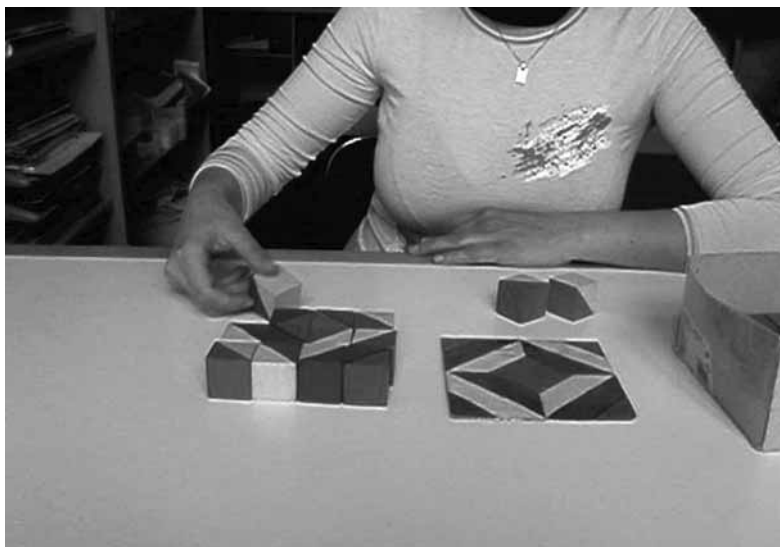
Cílená ergoterapie se zaměřuje podle požadovaného účinku na:

- senzomotorickou složku činnosti (např. zvýšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu, zlepšení koordinace oko–ruka, zlepšení jemné a hrubé motoriky),
- kognitivní složku činnosti (např. pozornost, paměť, orientace, poslušnost, prostorová orientace),
- trénink psychosociální složky činnosti (např. ovlivnění sociální interakce, sebepojetí, sebeovládání, interpersonálních dovedností).

Ergoterapeut toho dosahuje pomocí intenzivního cvičení (drilu) a opakováním cvičení, dále pomocí hraní rolí, některých forem kreativní terapie nebo nácvikem asertivity. Jednotlivé cíle se mohou vzájemně kombinovat nebo na sebe v programu ergoterapie navazovat.

Program cvičení se ve funkční ergoterapii sestavuje tak, aby zlepšoval či upravoval postižené funkce. Například použitím modelovací hmoty se posilují svaly horní končetiny, skládání stavebnice nebo puzzle se zlepšuje jemná motorika a koncentrace, práci v kuchyni se procvičuje prostorová orientace, paměť a poslušnost.

Předpokladem uplatnění této formy ergoterapie je znalost pohybového aparátu, kineziologie, znalosti psychologie člověka. Dále je nevyhnutelné dobré vybavení ergoterapie různými pomůckami, protože cvičení se většinou provádí s nějakou pomůckou, náradím nebo počítačovým programem.



Obr. 1.3 *Nácvik prostorové představivosti a úchopů*

Ergoterapie zaměřená na poradenství

Význam této oblasti ergoterapie se dostává do popředí hlavně v posledních letech. Souvisí to jednak s velkým množstvím informací, které se týkají přímo onemocnění, např. různá režimová a zdravotní doporučení, různé typy sociálních služeb, nebo kompenzačních a technických pomůcek, ve kterých se musí jedinec nebo jeho rodina orientovat. Další souvislost je možné hledat v odklonu od paternalisticky chápané rehabilitace, kdy o všem rozhoduje odborník – specialista.

Hlavním cílem této formy ergoterapie je poskytovat jedincům a jejich rodinným příslušníkům pomoc při řešení vzniklé nepříznivé situace. Poradenství se dá chápat také jako poskytování informací o různých službách a možnostech, na které má jedinec nárok. Má jednak **preventivní charakter**, kdy se ergoterapeut snaží předcházet vzniku problému, nebo se snaží ho omezit. Například ergoterapeut může v rámci instruktáží poradit vhodnější úpravu pracovního prostředí (rozmístění a typ nábytku, umístění počítače a jeho jednotlivých součástí) nebo provést instruktáž osob, u kterých hrozí riziko vzniku bolestí zad apod. Ve světě se ergoterapeuti stále častěji zapojují do osvětových akcí (např. různé akce, které se věnují prevenci pádů u seniorů, programy „změny životního stylu“

nebo velká kampaň islandských ergoterapeutek nazvaná „Správný výběr školních tašek a batohů“). Častěji však ergoterapeut řeší konkrétní a již existující problémy jedince a jeho rodiny (tzv. **nápravný charakter poradenství**). V praxi se tyto dvě funkce poradenství prolínají.

Z jednotlivých oblastí poradenské činnosti ergoterapeut nejvíce uplatňuje **technické poradenství**, které se týká hlavně doporučování, vyzkoušení a úpravy kompenzačních nebo technických pomůcek. Patří sem už výše zmiňované poradenství v oblasti úprav domácího či pracovního prostředí a dále např. poradenství ohledně bezbariérovosti domu či bytu, které je zásadní pro člověka po úrazu či onemocnění. V rámci **sociálního poradenství** může poradit vhodné aktivizační programy, které nabízejí různé neziskové organizace. V rámci **zdravotního poradenství** poskytuje instruktáž v otázkách prevence vzniku komplikací u imobilních osob (např. polohování), u osob s revmatologickými problémy např. informuje o vhodné ochraně kloubů proti přetížení apod.

Poradenství je určitě interdisciplinární. Je nezbytné, aby každý odborník v rehabilitačním týmu jednak znal své profesní možnosti, ale také komunikoval se svými kolegy s cílem vyřešit problém jedince.

1.2 Základní terminologie používaná v ergoterapii

Terminologie je důležitá pro každou profesi. Postupným prohlubováním vědomostí a znalostí vzniká uvnitř profese potřeba utvářet a dále rozvíjet systém kategorizace a organizace informací. To pak vede k poskytování srozumitelných a využitelných konceptů, které členové profese ve své praxi využívají.

V každém oboru se používá množství specializovaných slov nebo termínů, které se pak objevují v odborné literatuře a odborné komunikaci. Proto se každý člen profese musí, pokud chce odborně komunikovat s ostatními kolegy, naučit její specifickou terminologii a jazyk. Jednotlivé termíny však nemohou existovat samostatně, protože stejně jako zapadá každý pojem do určitého celku jevů, které ho určují, tak je i každý termín součástí soustavy termínů určitého oboru – a jako takový je ho nutné posuzovat a chápat. Některé termíny mohou být obecně dobře známé a jsou jednotně používány v několika profesích či oborech. Jiné si specificky vysvětluje každá profese z hlediska své logiky, myšlení a představ. Chceme-li se s daným termínem podrobně seznámit, musíme se seznámit také s charakteristikami celé pojmové

soustavy příslušného oboru, s jeho způsobem myšlení a přístupem k pojmům. Přitom ale určitě platí, že je těžké sjednocovat názory na termíny mezi jednotlivými obory, proto také neexistuje interdisciplinární soustava pojmů. Vždy je lepší prohlubovat poznání a specifický přístup k termínu v rámci příslušných oborů.

Ergoterapeut, který v mnoha zemích pracuje hlavně ve zdravotnické oblasti, využívá kromě své vlastní terminologie především terminologii z oblasti medicíny a dalších zdravotnických nelékařských oborů. Ergoterapie se však stále častěji prosazuje i v sociální oblasti a vzdělávání. Proto je nutné prosazovat používání terminologie, která by tento fakt zohledňovala a otevřela ergoterapii tímto směrem.

Ergoterapie se ve světě nejvíce rozvíjela posledních 60–70 let. Metody, které využívá, a teoretický vědomostní základ se dále značně rozšiřují. V průběhu několika desetiletí se pokoušelo několik odborníků klasifikovat terminologii a utřídit teoretický základ profese ergoterapie. První zdařilejší pokus konceptualizovat ergoterapii a jasně členit její základní konstrukty nalezneme v publikaci Moseové s názvem „Occupational Therapy: Configuration of a Profession“ z roku 1981. Moseová mezi hlavní ergoterapeutické koncepty, které nazývá „nástroje praxe“, zařazuje procesy učení, prostředí, vědomé použití sebe sama, skupiny využívající činnost a analýzu a syntézu činnosti. Další pokus z roku 1992 nalezneme v práci „Conceptual Foundations of Occupational Therapy“ amerického ergoterapeuta Kielhofnera. V dalších letech se pokoušelo definovat základní pojmy používané v odborné terminologii mnoho jiných ergoterapeutů (Christiansen, 2004; Hagedorn, 1997; Nelson, 1998; Pedretti, 1996).

V anglosaské literatuře se často termíny používají různým způsobem a jednotliví autoři se v definicích vzájemně liší nebo používají termíny nekonzistentně. Navíc je většina odborné literatury psaná v anglickém jazyce, a proto je pro mnohé ergoterapeuty z neanglicky mluvících zemí často nedostupná. Překlady odborných termínů jsou často nejednotné. Snad nejčastěji se „occupation“ chybně překládá jako činnost nebo zaměstnání místo zaměstnávání. Dále „work“ jako placená práce či zaměstnání, „assistive technology“ jako asistivní či asistenční technologie. Termín „meaningful activity“ je často zaměňován za cílenou činnost, místo smysluplné činnosti. Přitom si ergoterapeuti sami uvědomují nejednotnost v používání odborné terminologie a považují ji za velký nešvar a problém profese.

1.2.1 Základní koncepty používané v ergoterapii

Ve vědeckých teoriích jsou myšlené představy nazývány koncepty a méně často konstrukty (Kerlinger, 1972). Podle Moseyové (1981) jsou koncepty „slova nebo fráze, která označují podobnosti mezi jevy“. Koncepty organizují a syntetizují myšlenkové procesy a mohou být abstraktní (např. kvalita života nebo sebepojetí) nebo konkrétní (např. svalová síla nebo výška).

Koncept je tedy souhrnná myšlená představa o jevech, která definuje vztahy mezi jevy a popisuje je. Je nutné rozlišovat mezi konceptem (pojmem) a termínem. Termín je slovo nebo skupina slov, která něco označuje, pojmenovává.

Koncepční základy praxe nebo koncepty ergoterapie jsou tedy představy, které definují, čím se profese zabývá, a tím ji odlišují od profesí ostatních. Reedová a Sandersonová (1983) vidí potřebu konceptů ve vytváření vědomostí a teorie profese. Autorky definují koncept, podobně jako Kerlinger (1972), jako ideu, tedy myšlenou představu. Platí, že jestliže předpoklad je podkladem pro teorii, pak koncept poskytuje teorii základní stavební kameny. Jako takové se koncepty organizují do systematických a propojených struktur či soustav a vedou k vytvoření nebo pochopení modelů a teorií. V principu platí, že pokud poznám a chápu koncepty, které tvoří teorii, chápu také podstatu teorie či modelu. Například, pokud ergoterapeut chápe koncepty vůle a zvyklostí a koncept výkonu, pak by měl chápat základní myšlenky modelu lidského zaměstnávání, který ergoterapeuti ve své praxi používají. Kromě toho, v prakticky orientovaných profesích, jako je např. ergoterapie, jsou koncepty také základem pro vytvoření různých hodnocení.

Reedová a Sandersonová (1983) rozdělují koncepty do tří oblastí:

- **koncepty zaměřené na cíle ergoterapie,**
- **koncepty zaměřené na konání jedince,**
- **koncepty zaměřené na nástroje ergoterapie.**

První skupina konceptů se zaměřuje na to, co je cílem, výsledkem ergoterapie, co je její zaměření. Druhá skupina konceptů se zaměřuje na základní předpoklady a přesvědčení, pomocí kterých ergoterapeut nahlíží na člověka. Přičemž platí, že konání se vztahuje na jedince, který na ergoterapii přichází. Třetí skupina konceptů odpovídá na otázky, jakým způsobem ergoterapeut pracuje, jaké postupy a strategie ve své praxi využívá. Hlavní nástroje, které ergoterapeut ve své práci

používá, jsou rozděleny do skupin podle použitého druhu zaměstnávání (nebo činnosti). Pro názornost uvádím přehled konceptů v jednotlivých skupinách v tabulce 1.1.

Tab. 1.1 *Organizace konceptů v ergoterapeutických teoretických modelech (upraveno podle Reedové a Sandersonové, 1983; Christiansena a Baumové, 2005)*

koncept	charakteristika
koncepty zaměřené na cíle ergoterapie	
rovnováha v činnostech (occupational balance)	relativně rovnoměrné rozložení činností a úkolů v režimu pracovních, denních, herních a odpočinkových činností
zdraví (medicínský pohled) (health)	dříve pouhá absence nemoci, dnes individuální stav kompletní tělesné, duševní a sociální pohody; ovlivněno dědičností, chováním, fyzickým prostředím a ekonomicko-sociálním systémem; v rehabilitaci se podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) zdůrazňuje funkční zdraví
úspěch (achievement)	dosažení něčeho svými schopnostmi nebo úsilím; výsledek; měřen požadavky vnějšího prostředí
adaptace (adaptation)	přizpůsobení; úprava něčeho k něčemu; přizpůsobení jedince vůči prostředí
autonomie (autonomy)	samostatnost; svébytnost; individuální volba
kompetence (competence)	schopnost, způsobilost; předpoklad nebo schopnost vykonávat určitou činnost
zvládání (coping)	zvládání zaměřené na problém nebo emoci; používání behaviorálních nebo kognitivních strategií
podpora zdraví (health promotion)	proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad různými determinantami zdraví, a tím zlepšovat své zdraví
nezávislost/samostatnost (independence)	schopnost provádět činnosti bez dopomoci druhé osoby, schopnost žít samostatně v konkrétním prostředí
výkon zaměstnávání (occupational performance)	schopnost jedince dokončit úkol nebo činnost, kterou naplňuje své role; schopnost splnit úkoly spojené s vývojovým stadiem; dělí se do oblastí: soběstačnost, práce, hra nebo volný čas
provádění rolí (occupational role performance)	hlavní sociální pozice; očekávané vzorce chování, spojené s obsazením určité pozice ve společnosti

koncept	charakteristika
kvalita života (quality of life)	subjektivní posouzení vlastní životní situace; ovlivněna fyzickou kondicí, funkční zdatností, psychickým a sociálním stavem a spokojeností člověka
prevence (prevention)	předcházení nežádoucímu stavu
spokojenost (satisfaction)	komfort jedince; uspokojení základních potřeb člověka
koncepty zaměřené na konání jedince	
smysluplná činnost (meaningful activity)	má osobní význam pro člověka; zahrnuje aktivní zapojení, které umožní člověku naplnit své osobní cíle nebo potřeby
cílená činnost, funkční činnost (purposeful activity)	cílená reakce člověka nebo cílené úkoly, které tvoří zaměstnávání nebo činnost; často se zaměřuje s konceptem zaměstnávání
činnostní chování, chování zaměřené na činnost (occupational behavior)	seskupení a působení různých individuálních dovedností, znalostí a postojů člověka, které mu zajišťují provádění životních rolí
zvyk (habit)	tendence vykonávat za určitých okolností určitou činnost; zautomatizované sledy úkonů, které se cvikem zrychlují; tvoří dílčí prvky dovednosti
zájem (interest)	trvalejší zaměření na emocionálně přitažlivé objekty či jevy a s tím spojené jednání
motivace (motivation)	usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle; hnací síla (drive), která usměrňuje člověka k určitému cíli
rutina/běžná praxe (routine)	ustálený sled úkonů nebo činností vázaných na určitý čas nebo prostor; obvyklý, opakující a předvídatelný způsob jednání; poskytuje pevnou strukturu dne
vůle (volition)	specificky lidská schopnost, která se uplatňuje v jednání člověka; souvisí s vědomými i nevědomými procesy a s osobnostní strukturou
plynutí (flow)	prožitek v podobě naprosté angažovanosti; silné psychické zaujetí nebo zapálení pro nějakou věc nebo cíl, které je spojeno se silným prožitkem nadšení
rituály (rituals)	způsob chování založen na tradičních pravidlech; záměrná činnost, která má specifický význam a smysl pro osobu, která ji vykonává
schopnosti (ability)	vlastnosti, které umožňují člověku naučit se různým činnostem a vykonávat je; vznikají a rozvíjejí se v činnosti na základě vrozených vloh

koncept	charakteristika
dovednosti (skills)	specifičtější než schopnosti, rychle se osvojují; učením a nácvikem získaná připravenost ke správnému, rychlému a úspornému plnění určitých úkolů
koncepty zaměřené na nástroje ergoterapie	
zaměstnávání (occupation)	účast člověka na činnostech, úkolech nebo rolích za účelem provádění pracovních, sebeobslužných, relaxačních nebo zábavných činností; činnosti, kterými člověk podporuje provádění svých sociálních rolí
činnost (activity)	obecné označení pro dlouhodobou aktivitu, kterou vykonává jeden člověk nebo skupina lidí
úkol (task)	kombinace úkonů, které mají záměr
všední denní činnosti (activities of daily living)	činnosti, které jsou nezbytné pro sebeobsluhu člověka: oblékání, jedení, osobní hygiena, mobilita, přesuny, koupání a používání WC
instrumentální všední denní činnosti (instrumental ADL)	další činnosti, mimo všedních denních činností, které souvisejí se schopností člověka být samostatný v jeho domácím a širším prostředí: např. praní, vaření, uklízení, nakupování, používání peněz, řízení motorového vozidla, používání hromadné dopravy
práce (work)	činnost, která je nutná k obživě člověka
volný čas (leisure)	skupina zaměstnávání, kde je hlavním motivem svoboda volby a radost
hra (play)	hlavní zaměstnávání nebo činnost dětí

V odborné literatuře se do první skupiny (kromě již uvedených konceptů) uvádí také tyto další: funkce, kontrola, sebeuplatnění, duševní pohoda a wellness. Pět nejdůležitějších proberu podrobněji.

■ Adaptace

Koncept adaptace si ergoterapie „vypůjčila“ z biologických vědních oborů, kde má dva odlišné významy. Jeden znamená biologickou nebo evoluční adaptaci a vztahuje se k funkčním nebo strukturálním změnám části nebo celého organismu, které ovlivňují proces přirozeného výběru, a tím i přežití druhů v sérii generací. Jde o základní vlastnost

organizmů přizpůsobit se vnějším podmínkám prostředí (Hartl, 1997). Druhý význam se vztahuje k individuálnímu přizpůsobení se nebo změně, kterou člověk učiní, aby přežil nebo aby zvýšil svůj potenciál. Z psychologického hlediska jde o přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení nebo postojům člověka. Jiný pohled na individuální adaptaci přinášejí sociologové, kde je adaptace procesem postupného, často neuvědomělého přizpůsobování se sociálních aktivit člověka sociálním (nebo kulturním) podmínkám prostředí. Individuální adaptace se zaměřuje na vztahy mezi požadavky prostředí a tím, co člověk musí udělat, aby tyto požadavky splnil. Ergoterapie se primárně zajímá o individuální adaptaci. Koncept adaptace má v ergoterapii mnohé významy a použití, např. adaptace činnosti, adaptace pomůcek a náradí, adaptace prostředí či kompenzační a technické pomůcky (z angl. adaptive/assistive technology). S adaptací souvisí dále i termín **adaptivní (též adaptační)**, který podle Hartla (1997) znamená „přizpůsobující, přizpůsobovací, sloužící adaptaci“. V ergoterapii se nejčastěji vyskytuje ve spojení adaptivní přístup, adaptivní chování, proces adaptace, adaptivní reakce a adaptivní dovednost. Jejich definice se často překrývají, proto jejich přesné vymezení není možné.

Adaptace činnosti je upravení znaků nebo charakteristik činnosti, např. adaptace pořadí/sledu jednotlivých kroků činnosti, složitosti, polohy, situace, použitých nástrojů atd. Adaptace činnosti slouží k naplnění cílů terapie, např. zlepšení výkonu v určité činnosti (Hagedorn, 1997). **Úprava pomůcky** nebo **náradí** zahrnuje úpravu nástrojů, pomůcek nebo náradí tak, aby je mohla použít osoba s postižením nebo aby se zlepšilo použití náradí zdravou osobou (Reed a Sanderson, 1986). **Úpravou prostředí** se myslí speciálně navržená úprava prostředí, která má za cíl pomáhat jedinci při provádění potřebných denních úkolů (Hagedorn, 1997). Výše uvedená tři použití konceptu adaptace můžeme souhrně nazvat **adaptační techniky** nebo **postupy** v ergoterapii, protože jde o využití alternativních metod a postupů k uskutečnění úkolu. Umožňují člověku dosáhnout stejného cíle různými způsoby.

Kompenzační pomůcky a technické prostředky (z angl. adapted, adaptive technology) nebo někdy nesprávně používaný překlad asistivní technologie (z angl. assistive technology) zahrnují jakoukoliv pomůcku či předmět, nebo její část či technický systém, který lze získat komerčně, nebo úpravou za účelem zlepšení, udržení nebo zvýšení funkčních schopností osoby s postižením (Reed a Sanderson, 1986). Christiansen a Baumová (2005) správně rozlišují mezi technikou

používanou k rehabilitaci nebo edukaci pacienta (např. software pro kognitivní rehabilitaci, zařízení pro biofeedback nebo elektrickou stimulaci), kdy jde spíše o rehabilitační pomůcky či techniku na rozdíl od kompenzačních a technických pomůcek, které nahrazují porušenou funkci a umožňují člověku nezávisle vykonávat činnost.

Adaptivní/adaptační přístup je použití dovedností, které slouží k vytvoření kompenzačních metod pro konkrétní oblasti deficitu. Pedrettiová (1996) zdůrazňuje, že adaptační přístupy obvykle vyžadují, aby si člověk uvědomil svůj problém. Například člověk po cévní mozkové příhodě, který má neglect syndrom, si má uvědomovat levou polovinu prostoru. Ergoterapeut určitě nemůže korigovat percepční procesy, ale může napomáhat člověku poruchu kompenzovat. Adaptační přístupy jsou tedy vnitřní strategie, obvykle kognitivní. Proto jsou považovány za podskupinu adaptace činnosti nebo se uvádějí jako samostatná skupina.

Adaptivní/adaptační chování je termín z psychologie. Znamená chování, které slouží k facilitaci adaptace. Je vhodné a užitečné pro podporu přizpůsobení se. V poslední době se také používá ve smyslu normálního nebo zdravého chování. Reedová a Sandersonová (1986) zdůrazňují, že adaptační chování vyžaduje integraci dovedností se sociálně akceptovanými hodnotami. Další dva termíny, **proces adaptace** a **adaptivní/adaptační reakce**, do značné míry souvisí s předchozím. Kingová (1978) definuje proces adaptace jako prostředek, který vyžaduje u člověka aktivní osvojení vědomostí a technik, a adaptační reakce je prostředek, který vyvolává cílené nebo úmyslné chování. Podle ní má proces adaptace tyto základní charakteristiky: (1) aktivní participace člověka, který není pouze pasivním příjemcem, protože se musí přizpůsobovat různým podmínkám nebo prostředím; (2) adaptace je reakcí na požadavek vnitřního či vnějšího prostředí; (3) adaptace je neefektivnější, když jedinec jedná automaticky; (4) adaptace poskytuje odměnu, proto je adaptivní reakce sebezposilující. **Adaptivní/Adaptační dovednosti** definuje Creeková (1997) jako naučené vzorce chování, které pomáhají člověku adekvátně fungovat ve svém osobním prostředí.

Ergoterapie může facilitovat adaptaci pomocí aktivní účasti jedince v činnosti, dále pak výběrem smysluplných a cílených činností, které vyhovují jeho požadavkům, podporují požadované chování a povzbuzují sebezposilující zkušenosti člověka.

■ Kompetence

Koncept kompetence, který zde popisují, se vztahuje k cílům ergoterapie, nikoliv k profesním kompetencím ergoterapeuta vykonávat svou profesi. Podle Slovníku cizích slov (2001) je kompetence definovaná jednak ve smyslu vlastnosti – být kompetentní, přiměřený, mít požadované dovednosti, znalosti, kvalifikaci nebo kapacitu, jednak jako schopnost vykonávat určité úkoly nebo dosáhnout něčeho.

Kielhofner (1992) zmiňuje čtyři prvky kompetence: (1) schopnosti jednotlivce, (2) sebehodnocení jednotlivce, (3) objektivní nebo kolektivní zkušenost při provádění úkolu v osobním prostředí člověka a (4) rozsah možností a zdrojů, které má v okolí člověk k dispozici. Hagedornová (1995) dodává, že kompetence je úzce spojená s prováděním rolí člověka. Je-li v určité oblasti člověk postižen, má často problémy v udržení svých rolí. Mocellin (1992) dále doplňuje, že nikoliv zaměstnávání (nebo činnost), per se, je terapeutické. Kompetenci popisuje jako „zkušenost výkonnosti, kontroly a sebeurčení“.

■ Nezávislost/samostatnost

Koncept nezávislosti (nebo též samostatnosti) byl počátkem minulého století spojován spíše s ekonomickou nezávislostí a nikoliv s nezávislostí v oblasti sebeobsluhy (z angl. self-care). Do povědomí se dostává zejména pod vlivem rozvoje fyzikální medicíny a rehabilitace. V ergoterapii se tento koncept objevuje koncem 2. světové války. Osobní (nebo také fyzická) nezávislost byla považována za základ a často byla spojována s dalšími oblastmi nezávislosti, např. společenskou nebo kulturně-pracovní. Ergoterapeut považuje člověka za nezávislého, pokud dokáže dělat činnosti samostatně, bez dopomoci. V padesátých a šedesátých letech 20. století je definice nezávislosti v ergoterapii více spojována se soběstačností (z angl. self-care), všedními denními činnostmi a kompenzačními pomůckami.

Rogersová (1982) definuje nezávislost jako soběstačnost, sebeurčení, sebeřízení a zahrnuje také perspektivu osobní kontroly. Dále uvádí, že funkční nezávislost je základním pojmem a hlavním cílem v ergoterapii, který je výsledkem interakce mezi člověkem a prostředím.

Christiansen a Baumová (2005) krátce zmiňují pojem nezávislosti ve vztahu ke kompenzačním a technickým pomůckám v rehabilitaci. Podle nich je nezávislost „způsob, kterým člověk získá a používá různé