



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Základy ergoterapie pro sociální pracovníky

Mgr. Zuzana Machová

Gaudeamus 2013

Recenzovali:

doc. PaedDr. Martina Maněnová, Ph.D.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

PhDr. Helena Tuhá

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

Edice texty k sociální práci



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 10

Studijní materiál vznikl za podpory projektu

Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-310-9

Obsah

1	Úvod	6
2	Ergoterapie, vymezení pojmů, historie oboru	8
2.1	Základní informace o ergoterapii	8
2.1.1	Definice oboru ergoterapie	8
2.1.2	Rehabilitace a možnosti jejího využití v ergoterapii	8
2.2	Stručná historie oboru ergoterapie	15
2.3	Vzdělávání ergoterapeutů	17
2.4	Organizace ergoterapie	18
2.5	Číslo odbornosti	18
2.6	Cíle ergoterapie	18
2.7	Prostředky ergoterapie	19
2.8	Typy uživatelů služeb ve zdravotnických zařízeních, kteří využívají ergoterapii	19
2.9	Typy pracovišť, ve kterých působí ergoterapeuti	21
2.10	Rehabilitační tým, postavení ergoterapeuta v týmu	22
2.11	Činnosti ergoterapeuta	23
2.11.1	Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)	25
2.11.2	Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností	25
2.11.3	Ergoterapie zaměřená na zaměstnávání	26
2.11.4	Ergoterapie funkční	27
2.11.5	Ergoterapie zaměřená na poradenství	27
2.12	Shrnutí	28
2.13	Otázky k zamyšlení	28
3	Terapeutický vztah mezi ergoterapeutem a uživatelem	30
3.1	Terapeutický vztah	30
3.1.1	Základní přístupy terapeutického vztahu	31
3.1.2	Hranice v terapeutickém vztahu	31
3.1.3	Dovednosti potřebné pro budování terapeutického vztahu	32
3.2	Hlavní zásady jednání terapeuta s uživateli	33
3.2.1	Jak jednat s tělesně postiženými uživateli	33
3.2.2	Komunikace s uživateli s poruchami sluchu	34
3.2.3	Komunikace s uživateli s poruchami zraku	34
3.2.4	Komunikace s uživateli v seniorském věku	35
3.3	Shrnutí	35
3.4	Otázky k zamyšlení	36

4	Etika a standardy v práci ergoterapeuta.....	38
4.1	Principy morálního rozhodování	38
4.2	Etický kodex	39
4.3	Standardy v ergoterapii.....	41
4.3.1	Standardy sociálních služeb.....	44
4.3.2	Práva pacientů ČR	49
4.4	Shrnutí	51
4.5	Otázky k zamyšlení	51
5	Využití her v ergoterapii, smysluplné vyplnění volného času uživatele	53
5.1	Aktivizace uživatele	53
5.2	Využití her v ergoterapii.....	53
5.2.1	Hodnocení hry	54
5.3	Rozdělení her dle věku dětských uživatelů a jejich aplikace v ergoterapii.....	54
5.4	Možnosti volnočasových aktivit uživatelů	56
5.5	Hry dospělých uživatelů a jejich aplikace v ergoterapii	56
5.6	Pracovní činnosti v exteriéru	57
5.7	Shrnutí	57
5.8	Otázky k zamyšlení	57
6	Využití kompenzačních pomůcek v práci s uživatelem.....	59
6.1	Kompenzační pomůcky	59
6.2	Technické prostředky	59
6.3	Výběr kompenzační pomůcky	60
6.4	Shrnutí	61
6.5	Otázky k zamyšlení	61
7	Význam prostředí v ergoterapii	62
7.1	Hodnocení prostředí	62
7.2	Shrnutí	64
7.3	Otázky k zamyšlení	64
8	Ergoterapie v různých oborech.....	66
8.1	Ergoterapie v chirurgii, traumatologii a ortopedii	66
8.2	Ergoterapie u interních onemocnění.....	67
8.3	Ergoterapie v revmatologii	67
8.4	Ergoterapie v onkologii	68
8.5	Ergoterapie v neurologii	69
8.6	Ergoterapie v psychiatrii.....	71
8.6.1	Psychiatrie	71
8.6.2	Členění terapeutických činností dle náročnosti	72
8.6.3	Členění aktivity z hlediska pacienta	72

8.6.4	Práce s uživateli s mentální retardací.....	73
8.7	Ergoterapie v geriatrii.....	74
8.7.1	Geriatric.....	74
8.7.2	Hlavní oblasti ergoterapie se seniory:.....	75
8.7.3	Hlavní zásady ergoterapie v geriatrii.....	77
8.8	Ergoterapie v pediatrii.....	77
8.8.1	Požadavky na hračku.....	79
8.9	Shrnutí.....	79
8.10	Otázky k zamyšlení.....	80
9	Využití příbuzných oborů k doplnění komplexní péče o uživatele.....	82
9.1	Výtvarné techniky.....	82
9.1.1	Uplatnění kresby, malby, grafiky v ergoterapii.....	82
9.1.2	Práce s papírem a její uplatnění u uživatelů.....	83
9.2	Tradiční ruční práce, práce s textilem.....	83
9.3	Arteterapie, artefietika, psychoterapie, muzikoterapie.....	84
9.3.1	Využití arteterapie, artefietiky.....	84
9.4	Shrnutí.....	84
9.5	Otázky k zamyšlení.....	84
10	Závěr.....	85
11	Literatura.....	86
12	Rejstřík.....	88

1 Úvod

Tento studijní text je určený především pro studenty oboru sociální práce, potenciálním sociálním pracovníkům. Poskytuje základní orientaci ve vybraných tématech ergoterapie. O tomto oboru zatím neexistuje dostatek uživatelsky kvalitních učebnic pro vysoké školy. Tato učebnice vychází z literatury dostupné v České republice a chce přispět do diskuse o možnosti využití ergoterapie v sociální práci. Ergoterapie je mezioborová disciplína, která překlenuje zdravotnictví a pomáhající profese.

Základní linii studijního textu tvoří úvod do předmětu a osm dalších témat, jejichž zpracování je v rozsahu adekvátní dané cílové skupině a danému studijnímu předmětu.

Konkrétně je obsahem tohoto studijního textu pojednání o tématech:

- Východiska ergoterapie, základní pojmy, historie oboru
- Vztah v ergoterapii
- Etika a standardy v práci ergoterapeuta
- Popis a nácvik metod k aktivizaci uživatele, vyplnění volného času, zabavení uživatele
- Využití kompenzačních pomůcek v práci s uživatelem v ergoterapii
- Vlivy prostředí na výkon ergoterapie
- Ergoterapie v různých oborech
- Využití příbuzných oborů k doplnění komplexní péče o uživatele

Z hlediska členění studijního textu obsahuje studijní text kromě úvodu a závěru sedm hlavních kapitol (2 – 9). Kapitola 1, v níž se právě nacházíte, je vlastním úvodem studijního textu. Kapitola 2 specifikuje studijní předmět a nabízí východiska ergoterapie, základní pojmy, historii oboru a pojetí předmětu i studijního textu. Představeny jsou hlavní cíle předmětu, a to v návaznosti na předmět ergoterapie jako vědní disciplíny. Kapitola 3 je nazvána Vztah v ergoterapii a popisuje základní pracovní nástroj terapie – vztah a dále řeší komunikace s různými typy uživatelů. Kapitola 4 nese název Etika a standardy v práci ergoterapeuta, ve které přinášíme základní etické a obsahové dokumenty oboru ergoterapie a sociální práce. Kapitola 5 je nazvána Popis a nácvik metod k aktivizaci uživatele, vyplnění volného času, zabavení uživatele, kde se zabýváme především hrou jako dobrou metodou aktivizace uživatele. Kapitola 6 seznamuje s využitím kompenzačních pomůcek

v práci s uživatelem v ergoterapii. Kapitola 7 se věnuje vlivům prostředí na samotný výkon ergoterapie. Kapitola 8 přináší možnosti využití ergoterapie v různých oborech. Poslední kapitola nabízí využít příbuzné pomáhající obory k doplnění komplexní péče o uživatele.

V textu vycházíme z praxe, kterou vnesly do pojmosloví Standardy sociálních služeb, které pracují s termínem uživatel (služeb).

Věříme, že se Vám bude s učebnicí dobře pracovat a najdete v ní elementární základy pro práci i pro studium.

2 Ergoterapie, vymezení pojmů, historie oboru

2.1 Základní informace o ergoterapii

2.1.1 Definice oboru ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon έργον = práce a therapeia θεραπεία = léčení, terapie.

Ergoterapie je profese, která usiluje o zachování a využívání schopností člověka potřebných pro zvládnání běžných denních (z ang. Activities of Daily Living, ADL), pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým nebo sociálním znevýhodněním) prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Zaměstnáváním rozumíme veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity. Ergoterapie pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život nepostradatelné, a podporuje maximální zapojení jedince v běžném životě, přičemž plně respektuje jeho osobnost a možnosti.¹

Ergoterapie je primárně určena osobám s postižením. Pomáhá těmto osobám prakticky využívat rozvinutých či znovunabytých funkcí k práci, zábavě a k sebeobsluze. Je zaměřená na rozvoj hrubé a jemné motoriky, koordinace, vnímání, senzomotoriky, citlivosti, vytrvalosti, výkonnosti mozkových funkcí a také na psychické, emocionální a sociální schopnosti. Je součástí ucelené rehabilitace. Jako terapeutický prostředek ergoterapie využívá specifické metody, techniky a poradenství či přizpůsobení prostředí pro nácvik konkrétních dovedností. Primárním cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti, aktivní zapojení do života a zvýšení kvality života.²

2.1.2 Rehabilitace a možnosti jejího využití v ergoterapii

Za rehabilitaci považujeme soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím (nemocí, úrazem, vrozenou vadou). Resocializací rozumíme návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Komplexní rehabilitace zahrnuje rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.³

¹ Rod, Česká asociace ergoterapeutů, Úvod, 2008.

² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 13.

³ Klusoňová, 2011, str. 7.

Léčebná rehabilitace se zabývá **obnovou výkonnosti** nemocného. V užším smyslu pak jeho pohybových schopností, např. po úrazech, operacích, při onemocnění kloubů, páteře, apod. Používá řadu fyzikálních prostředků - masáže, speciální cvičení, elektroterapii, balneoterapii. Využívá zejména **léčebnou tělesnou výchovu** k léčbě pohybové soustavy. Opatření léčebnou rehabilitací vedou k:

- obnově poškozených a ztracených funkcí,
- zlepšení poškozených funkcí,
- udržení funkce a zpomalení progresu,
- náhradě ztracených funkcí,
- dosažení maximální možné nezávislosti.⁴

Dalším oborem, se kterým se setkáváme, je kinezioterapie – léčba pohybem. Využívá jako prostředek léčby tělesná cvičení individuální nebo skupinové. Základ má v tělesné výchově a uplatňuje speciální postupy a terapeutické metody směřované na obnovení poškozených funkcí a udržení funkcí zdravých. Využívá v terapii léčebné sporty. Samostatným oborem úzce propojeným s oborem léčebné rehabilitace je balneologie a fyzikální terapie. Obě terapie provádí fyzioterapeut.⁵

Ergoterapie je součástí léčebné rehabilitace a často navazuje na práci fyzioterapeuta. Jedná se o pohybovou a edukační léčbu, která obnovuje a udržuje tělesnou a psychickou kondici tak, aby bylo dosaženo maximální nezávislosti v běžném životě a určitého stupně pracovní schopnosti. Uplatňuje základní metody pohybové terapie a speciální prostředky, jako jsou sebeobslužné nácviky, výcvik kognitivních funkcí, hry a jakoukoli činnost, která má pro uživatele terapeutický význam. Důležitou součástí práce ergoterapeutů a fyzioterapeutů je edukace uživatelů a osob pomáhajících a poradenská činnost.⁶

Cílem **sociální rehabilitace** je zmírnění invalidity a dosažení schopnosti normálních funkcí uživatele. Sociální rehabilitace má za úkol řešit sociální problémy a potřeby zdravotně postižených osob, využívá k tomu:

- ekonomické zajištění (sociální dávky),
- zajištění pomoci a péče,

⁴ Klusoňová, 2001, str. 7.

⁵ Klusoňová, 2001, str. 8.

⁶ Klusoňová, 2001, str. 8.

- integrace do společenství zdravotně postižených a následná integrace do zdravé společnosti.⁷

K osobním cílům řadíme přijetí vady, nastolení životní pohody a aktivizaci uživatele. Sociální služby poskytuje na jedné straně stát, zejména pasivní formou dávek a příspěvků, na druhé straně organizace poskytující sociální služby. Velkou úlohu v sociální rehabilitaci hraje rodinné zázemí a sociální okolí uživatele. Sociální služby jsou dle zákona poskytovány formou terénní, ambulantní i pobytovou.⁸

Ergoterapie (i fyzioterapie) má uplatnění také v sociální rehabilitaci. Úkolem je udržet všechny funkční schopnosti, podporovat všestrannou aktivitu po adaptaci a přijmout zdravotní stav a nedopustit rozvoj nežádoucích somatických a psychických sekundárních změn, umožnit nové dovednosti a vytvořit schopnosti v rodinném a pracovním prostředí tak, aby bylo dosaženo maximální možné nezávislosti.⁹

Pojmem **pedagogické rehabilitace** rozumíme výchovu a vzdělávání dětí a mládeže s postižením v těch případech, kdy vzdělávání nemůže probíhat běžným způsobem. Vzdělávání poskytují odborní pracovníci ve zdravotnických a školských zařízeních, organizacích poskytujících sociální služby apod., samozřejmě vždy ve spolupráci s rodinou uživatele. Úkolem pedagogické rehabilitace je vytvářet podmínky pro výchovu, vzdělávání a profesní přípravu zdravotně postižených dětí ve spolupráci s dalšími subjekty komplexní rehabilitace. Cílem procesu je rozvoj osobnosti a podpora rozvoje sociální, kulturní a pracovní inteligence. K tomu využívá pedagogické, psychologické, terapeutické, technické a ergonomické prostředky.¹⁰

Příklady přístupů k uživateli:

- **Raná péče** je terénní a ambulantní sociální služba poskytovaná rodinám, ve kterých se narodilo a vyrůstá dítě se zdravotním postižením. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte. Služba je z velké části terénní zejména kvůli tomu, aby rodiny, které ji využívají, zažily péči v domácím prostředí.¹¹
- **Psychopedie** (z řeckého psyché ψυχή – duše, paidea παιδεία – výchova) je nauka o rozvoji, výchovy a vzdělávání osob s mentální retardací. Cílem

⁷ Klusoňová, 2001, str. 8.

⁸ Klusoňová, 2001, str. 9.

⁹ Klusoňová, 2001, str. 9.

¹⁰ Klusoňová, 2001, str. 9.

¹¹ § 54 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

psychopedie je nastavení výchovného procesu na základě poznání rozvoje a zvláštností osobnosti mentálně postižených, dosažení maximálně možného stupně rozvoje osobnosti mentálně postižených a nalezení adekvátního místa ve společnosti pro každého vychovávaného. Psychopedie má výrazně pedagogický charakter a má k pedagogice přímý vztah. Aby mohla plnit své hlavní úkoly, musí spolupracovat s mnoha obory, které přinášejí poznatky o mentálně postiženém jedinci - lékařské obory (pediatrie, neurologie, psychiatrie), psychologické obory (obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie, pedagogická psychologie). Dosažení základní cíle psychopedie není možné bez úzké spolupráce s dalšími obory speciální pedagogiky, protože u rady jedinců s mentálním postižením se setkáváme s kombinací vad sluchových, tělesných, řečových či poruch chování.¹²

- **Somatopedie** - speciální pedagogika pro tělesně postižené, nemocné a zdravotně oslabené osoby (s omezenou mobilitou a imobilní).¹³
- **Logopedie** (z řeckého *λόγος*, *logos* = slovo, řeč a *παιδεία* *paideia* = výchova) - v nejširším slova smyslu především pedagogický obor, který se zabývá vývojem a výchovou lidské řeči ve všech jejích modalitách – mluvené, čtené, psané i znakové – z hlediska obsahu i formy. U nás řadíme logopedii ke speciální pedagogice, obecné pedagogice i k ostatním oborům speciální pedagogiky. Narušená schopnost komunikace se projevuje u dětí, mladistvých, i dospělých s postižením smyslovým, somatickým, nebo mentálním. Logopedie se však také zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, a proto má blízký vztah k oborům medicínským, jako je pediatrie, foniatrie, otorhinolaryngologie, stomatologie, plastická chirurgie, ortodontie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie. Logopedické péče směřuje k odstranění, překonání nebo alespoň v maximální možné míře zmenšení narušené schopnosti komunikovat. Prostředkem komunikace je řeč. Osvojení mluvené i psané řeči je nutnou podmínkou k dosažení základního vzdělání a k pozdějšímu celoživotnímu rozvíjení osobnosti.¹⁴

¹² Ira, 2006, str. 2.

¹³ Fischer, Škoda, 2008, str. 17.

¹⁴ Fischer, Škoda, 2008, str. 17.

- **Tyflopedie/oftalmopedie** se snaží o rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením a dosažení nejvyššího stupně socializace, včetně zajištění adekvátní podmínek pro edukaci, ale i přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění. Při naplňování těchto cílů musí tyflopédie zohledňovat, jaké podmínky, zásady, metody a organizační formy použít, a to vždy s ohledem na individuální zvláštnosti fyzického i duševního vývoje každého jedince se zrakovým postižením. Mezi hlavní limitace počítáme meze, jež jsou dány zejména zrakovou vadou - stupněm, druhem a rozsahem zrakového postižení, ale současně nesmí být opomíjen ani vliv celkového osobnostního vybavení každého jedince.¹⁵
- **Surdopedie** je velmi mladý obor, který vznikl v roce 1983. Do té doby byla problematika sluchově postižených zahrnována do logopedie. Surdopedie představuje multidisciplinární obor. Řadíme ji ke speciální pedagogice, proto spolupracuje s ostatními speciálně pedagogickými obory (logopedie, oftalmopedie, somatopedie, psychopedie apod.), spolupráce se týká zejména problematiky kombinovaného postižení. Dalšími obory jsou obecná pedagogika, obecná psychologie, psychologie osobnosti, vývojová psychologie, sociologie či lingvistika (problematika znakového jazyka). Neméně důležitá je spolupráce s medicínskými obory - pediatrie, otorinolaryngologie (ORL) a foniatry. V oblasti sluchové protetiky spolupracuje s technickými obory, jako jsou audiologie, audiometrie, akustika a elektroakustika. K hlavním cílům surdopedie patří zprostředkování komunikačních kompetencí, které jsou označovány jako systém pravidel k produkování promluv a jejich rozumění. K dalším cílům náleží komplexní a raná péče pro sluchově postižené (ta zahrnuje nejen speciálně pedagogickou péči, ale i péči zdravotnickou, sociálně právní a rodinnou), příprava na povolání a profesní uplatnění, prevence sluchových vad (zejména dostatečná informovanost široké veřejnosti) a integrace jedinců se sluchovým postižením do majoritní společnosti.¹⁶
- **Etopedie** je poměrně mladý obor, vydělila se z psychopedie pro výrazně rozdílné přístupy, metody a formy práce s osobami mentálně postiženými a psychosociálně postiženými v roce 1969. Název etopedie je složený a pochází

¹⁵ Fischer, Škoda, 2008, str. 17.

¹⁶ Fischer, Škoda, 2008, str. 17.

z řeckého slova *éthos*, což můžeme volně vyložit jako mrav nebo *éthos* ve smyslu zvyk a slova *paideia* ve významu výchova. Takže v určitém slova smyslu můžeme překládat jako výchovu směřující k nápravě a korekci vzorců chování. Etopedie jako součást speciální pedagogiky představuje multidisciplinární obor, který při realizaci svého poslání úzce spolupracuje nejen s ostatními speciálněpedagogickými obory (zejména psychopedií), ale i s obecně pedagogickými, medicínskými (zejména psychiatrií), psychologickými (zejména patopsychologie a sociální psychologie), psychoterapeutickými, sociologickými (zejména sociologií deviantního chování), filozofickými (zejména etika) a právními obory.¹⁷

- **Pracovní rehabilitace** souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce. (Žádost o pracovní rehabilitaci podává osoba se zdravotním postižením na pobočce úřadu práce, dle místa trvalého bydliště.) Zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti.¹⁸

Důležitá je spolupráce veřejné a soukromé sféry. Pracovní rehabilitace je proces obnovy pracovní schopnosti a přípravy na produktivní pracovní činnost. Pracovní uplatnění pak zpětně přispívá k dalšímu rozvoji osobnosti a resocializaci uživatele. Získá sebevědomí, ekonomickou nezávislost a společenské ohodnocení.¹⁹

Základní prostředky pracovní rehabilitace:

1. pracovní poradenství,
2. pracovní doporučení – rekomandace,
3. pracovní příprava,
4. pracovní zařazení,
5. zhodnocení pracovní schopnosti – ergodiagnostika,

¹⁷ Fischer, Škoda, 2008, str. 16.

¹⁸ Březinová, 2008, str. 6.

¹⁹ Klusoňová, 2008, str. 10.

6. analýza pracovního prostředí a podmínek – architektonické bariéry, ergonomické podmínky, rozbor pracovní činnosti,
7. uvedení do pracovního procesu a sledování vlivu pracovní činnosti na zdravotní stav a reakce postižené osoby – rozbor sekundárních změn z pracovní polohy, únava z přetížení,
8. řešení negativních vlivů, ergonomických a jiných podmínek.²⁰

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti a jeho novela, zákon č. 367/2011 Sb. s účinností od 1. 1. 2012 definuje nově osobu se zdravotním postižením a v § č. 67 rozděluje osoby zdravotně postižené do dvou skupin:

- I. osoby invalidní ve třetím stupni (osoby s těžším zdravotním postižením) – dříve osoby plně invalidní,
- II. osoby invalidní v prvním a druhém stupni – dříve osoby částečně invalidní.²¹

Pro zaměstnávání osob zdravotně postižených vznikla chráněná pracoviště. Jedná se o pracovní místa s upravenými podmínkami, nebo práce takového charakteru, která se slučuje se zdravotním stavem postižené osoby. Uživatel má řádnou pracovní smlouvu a dostává plat. Práce může být vykonávána jak v chráněné dílně, tak v domácnosti uživatele. Osoba se zdravotním postižením může také podnikat.²²

V této souvislosti také pracujeme s hygienou práce a s ergonomií, která zabývá optimalizací lidské činnosti, a to zejména vhodnými rozměry a tvary nástrojů, nábytku a jiných předmětů. Cílem je, aby používané předměty a nástroje svým tvarem co nejlépe odpovídaly pohybovým možnostem případně rozměrům lidského těla. Ergonomie se zabývá velikostí pracovního prostoru, umístěním a tvarem ovládacích prvků strojů a zařízení.²³

Další částí je ergodiagnostika. Na jejím hodnocení se podílí řada profesí – lékaři, ergofyzioterapeut, psycholog, speciální pedagog, protetik, sociální pracovník a další). Jejich hodnocení je podkladem pro vypracování závěrečného doporučení, kde jsou popsány možnosti pracovního uplatnění postižené osoby a způsoby jejich realizace – druh práce,

²⁰ Klusoňová, 2011, str. 10.

²¹ § 67 Zákona o zaměstnanosti, č. 367/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

²² Klusoňová, 2001, str. 11.

²³ Klusoňová, 2001, str. 12.

pracovní doba, úprava pracovního místa, pracovní poloha, apod. Metodiku zpracovalo Ministerstvo zdravotnictví (Instrukce pro činnost rehabilitačních center).²⁴

2.2 Stručná historie oboru ergoterapie

Léčebné činnosti, metody, prostředky, které v současnosti chápeme jako rehabilitační terapii a které dnes ergoterapie využívá, byly známy již ve starověkých kulturách. V Asii, např. v Indii a Číně se využívala dechová gymnastika a fyzické cvičení. Antika zdůrazňovala jednotu těla a mysli a negativní vliv nečinnosti (*kalokagathia καλοκαγαθία*). Doporučovala se různá cvičení a pracovní činnosti, jako jízda na koni, míčové hry, tanec, rybaření (Galén, Hippokrates). Duševně nemocní byli léčeni hudbou a zábavou.²⁵

Caelius Aurelianus (fyzik a lékař z Nuimídie, 5. st n. l.) popsal aktivní a pasivní cvičení u obrn, byl velkým znalcem a propagátorem masáží a vodoléčby.²⁶

Ve středověku byly některé metody a prostředky jistě využívány – např. vodoléčba, hipoterapie, léčba fyzickou prací, využívání léčivých bylin, určitě ne ale v uceleném souboru, byly využívány znalosti antických lékařských spisů. Se zdravotně postiženými a duševně nemocnými bylo mnohdy zacházeno jako s posedlými d'áblem a jako blázny.

Za zakladatele ergoterapie můžeme považovat francouzského psychiatra Philippa Pinela (1745 – 1826). Pinel dal duševně chorým sejmout pouta. Pacienty, kteří byli bezdůvodně, dal propustit. Začal se starat o lepší hygienu prostředí i lepší stravu. Vymohl pro pacienty postele, slušné jídlo a opatřil také oblečení. Zavedl pro některé pacienty s lehčími formami psychických poruch vycházky. Pinel předešel svou dobu: zaváděl léčbu prací, používal *psychoterapie*, dokonce i prvotní varianty psychodramatu.²⁷

V roce 1854 otevřel Dr. Hermann Brehmer (1826 – 1889) první sanatorium pro pacienty s tuberkulózou v Německu (v Görbersdorfu, dnešní polské Sokołowsko). Léčil pacienty celodenním pobytem na čerstvém vzduchu. Vývoj pokračoval rozvojem léčebného tělocviku a jeho zařazováním do péče o pacienty.²⁸

U nás byl průkopníkem léčby prací a vodoléčby Vincenc Priessnitz (1799 – 1851), zakladatel lázní Jeseník. Zavedl systematické otužování horskou vodou, dávkované

²⁴ Klusoňová, 2011, str. 12.

²⁵ Klusoňová, 2011, str. 13.

²⁶ Klusoňová, 2011, str. 13.

²⁷ Votava, 2010, str. 5

²⁸ Klusoňová, 2011, str. 14.

vycházky a pracovní činnosti, zejména řezání dřeva. Léčil např. neurózy, anémii, dnu. Podobné metody využíval také Sebastian Kneipp (1821 – 1897).²⁹

Od konce 19. stol se v Evropě stávají ústavy pro tělesně postižené. Lékaři a pedagogové začali vyvíjet metody péče o tyto osoby. Od počátku 20. století jsou rozvíjeny rehabilitační metody, mezi nimi také tzv. léčba prací, pro oblast psychiatrie, léčby TBC a léčby invalidity, zejména v souvislosti s válkami a rozvojem průmyslové výroby.³⁰

Psychiatrické léčebny hrály v rozvoji ergoterapie významnou roli. Za průkopníky můžeme považovat MUDr. Karel Schroff, ředitel Zemského ústavu pro duševně choré v Praze (1920). V léčebně byly dílny s různým zaměřením, zahradnictví a statek. Některé léčebny vlastnily lesy. Tím byla zajištěna ekonomická nezávislost a celodenní program pro pacienty. Dále se zaváděly sportovní a společenské aktivity, vzdělávání a kulturní akce.³¹

Stejně tak využívaly ergoterapii léčebny pro léčbu TBC pro své pacienty (léčebna v Luži – Košumberku, MUDr. František Hamza). Léčba TBC byla zdlouhavá a pacienty ohrožovala nežádoucími fyzickými a psychickými změnami.³²

V Praze byl vybudován díky MUDr. Jedličkovi Ústav pro invalidy (1913). Na svou dobu byl velmi moderní díky komplexnosti péče o postižené děti. Ústav v tomto pojetí znamenal funkční a stabilní organizaci, která měla racionální uspořádání a zároveň poskytovala prostor a bezpečí pro individuální rozvoj uživatelů. V ústavu byly propojeny při práci s konkrétními dětmi jinak oddělené obory jako pedagogika, psychologie, medicína, sociální práce, pracovní, mravní a estetická výchova v jeden celek a s využitím potenciálu významných osobností vytvořit autentický sociální systém. Ústav s obdobnou cílovou skupinou a vznikl v Brně v roce 1919 – Kociánka.³³

V průběhu a po 2. světové válce vzrostl počet invalidů nejen v důsledku válečného konfliktu, ale také kvůli velkým epidemiím dětské obrny – léčebna v Jánských lázních (1935). Byly založeny další rehabilitační léčebny např. v Kladrubech u Vlašimi,³⁴ v Chuchelné. Zde byli pacienti horníci a dělníci těžkého průmyslu z Ostravska. V Kladrubech byla zřízena první rekvalifikační škola pro pacienty s trvalými následky, kteří prošli komplexní rehabilitační terapií. Škola navazovala na oddělení léčby prací, kde byl pacient ohodnocen a vycvičen pro obor, který si zvolil. Pak přešel do odborné dílny,

²⁹ Klusoňová, 2011, str. 14.

³⁰ Klusoňová, 2011, str. 14.

³¹ Klusoňová, 2011, str. 14.

³² Klusoňová, 2011, str. 14.

³³ Klusoňová, 2011, str. 14 – 15.

³⁴ Klusoňová, 2011, str. 15.

kde získal teoretické znalosti i praktické dovednosti. Po šesti měsících složil závěrečnou zkoušku.³⁵

2.3 Vzdělávání ergoterapeutů

Ve světě existuje samostatné vzdělávání pro ergoterapeuty, nejčastěji formou vysokoškolského studia.

První škola pro ergoterapeuty byla otevřena v Chicagu v roce 1925. Vzdělávala terapeuty pro práci s mentálně a psychicky nemocnými. Další školy vznikaly ve Skandinávii a ve Velké Británii. V Československu v období před 2. světovou válkou probíhala ergoterapie v léčebnách, v lázeňských a zdravotnických zařízeních a provozovali ji nejčastěji maséři, lázeňští pracovníci, ošetřovatelé, apod. Výuku rehabilitačních terapeutů začalo organizovat Ministerstvo zdravotnictví od 50. let. Studium bylo organizováno do 3 metod:

- fyzikální terapie, která zahrnovala léčbu fyzikálními prostředky, masáže, polohování, mechanoterapie, apod.,
- léčebná tělesná výchova obsahovala individuální a skupinové cvičení, cvičení ve vodě, hry modifikované sporty, výcvik lokomoce,
- léčba prací s využitím výtvarných, řemeslných prací, prací v exteriéru, her, manipulačních cvičení pro ruce, nácviku řeči a výchovy k samostatnosti.³⁶

Studium trvalo rok. Bylo koncipováno jako pomaturitní navazující studium, uchazeč musel mít pětiletou praxi v rehabilitačním zařízení. Studium mělo vysokou odbornou úroveň.³⁷

V šedesátých letech vniklo při Středních zdravotnických školách dvouleté nadstavbové studium, obor rehabilitační pracovník. Možností, jak studovat ergoterapii, bylo specializační studium pro rehabilitační pracovníky v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně. Tato praxe trvala přibližně do roku 2000. V roce 1992 vzniklo první tříleté samostatné studium ergoterapie na VOŠ v Ostravě. Od roku 1994 existuje vysokoškolské bakalářské studium na 1. LF UK v Praze. V současné době se dá

³⁵ Klusoňová, 2011, str. 16.

³⁶ Klusoňová, 2011, str. 17 - 18.

³⁷ Klusoňová, 2011, str. 18.

ergoterapie na vysoké škole studovat na LF UP v Olomouci, na LF Ostravské university v Ostravě, na LF UK v Hradci Králové, na LF UK v Plzni, na 2. a 3. LF UK v Praze.³⁸

2.4 Organizace ergoterapie

V roce 1978 vznikla Česká rehabilitační společnost, která později zřídila sekci ergoterapie. Pořádá konference a vydává bulletin. V roce 1994 byla v Ostravě založena profesní organizace Česká asociace ergoterapeutů. Pořádá konference a další vzdělávací akce. Spolupracuje také s mezinárodními ergoterapeutickými organizacemi – WFOT (Světová federace ergoterapeutů) a COTEC (Rada ergoterapeutů v evropských zemích). 1. lékařská fakulta spolupracuje s ENOTHE – Evropskou organizací ergoterapeutických škol.³⁹

2.5 Číslo odbornosti

Dle vyhlášky číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška číslo 493/2005 Sb. ze dne 9. prosincem 2005), přísluší oboru ergoterapie odbornost 917.

2.6 Cíle ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie je pomoci osobám, u kterých došlo v důsledku onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí k potížím v provádění každodenních aktivit, zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech (z anglického originálu activities of daily living, ADL), pracovních činnostech a aktivitách volného času. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit osobě provádět činnosti, které považuje za důležité a potřebné pro její život, a přispět tak k zachování odpovídající kvality života a k plnému zapojení do společnosti. Zvolené činnosti/ aktivity proto vždy zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby a také podmínky prostředí, ve kterém se osoba nachází a spoluvytváří její životní styl. Následující cíle obsahují základní paradigmatu oboru:

³⁸ Klusoňová, 2011, str. 18; Votava, 2009, str. 7 – 8.

³⁹ Klusoňová, 2011, str. 19; Votava, 2009, str. 8.

- podporovat zdraví a duševní pohodu uživatele/pacienta prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání,
- pomáhat v rozvoji schopností, které se uplatňují při zvládnání sebeobsluhy, pracovních činností a aktivit volného času,
- umožnit uživateli/pacientovi naplnění její/jeho sociální role,
- napomáhat k plnému začlenění uživatele/pacienta do společnosti,
- posilovat uživatele/pacienta v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím (zvládnání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí).⁴⁰

2.7 Prostředky ergoterapie

Aktivity používané při ergoterapii se vždy přizpůsobují individuálně podle zdravotního stavu a zájmů uživatele. Mohou být primární (každodenní činnost a sebeobsluha), pracovní, herní a rekreační. Často se používá výtvarná činnost, práce s papírem, textilem, dřevem nebo keramikou. Za prostředky považujeme:

- diagnostické – odhalení handicapu nebo postižení a zjištění zbylého pracovního potenciálu, plánování ergoterapeutického postupu.
- terapeutické – spolu s uživatelem stanovit cíle ergoterapeutického plánu, které směřují k zlepšení či zachování soběstačnosti, pracovních aktivit nebo aktivit volnočasových
- preventivní – přispět pomocí cíleného ergoterapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku handicapu.⁴¹

2.8 Typy uživatelů služeb ve zdravotnických zařízeních, kteří využívají ergoterapii

- Dospělí uživatelé s fyzickým postižením tvoří asi největší skupinu těch, kteří vzhledem ke svému stavu využívají ergoterapii ve zdravotnických zařízeních.

⁴⁰ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 6.

⁴¹ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 7 – 8.

Jedná se o osoby s léčbou poruch pohybového ústrojí v rámci několika lékařských odborností – neurologie, ortopedie, chirurgie, revmatologie a následně rehabilitace. Nejčastější diagnózou jsou stavy po cévní mozkové příhodě, kdy může dojít v důsledku onemocnění k ochrnutí poloviny těla, poruše řeči, polykání, citlivosti, zraku, kognitivních funkcí. Ergoterapeut pracuje v rámci týmu. Cílem intervence je nácvik běžných činností, nácvik chůze, řeči, návrat k práci a zájmovým činnostem. Pozornost je zaměřena zejména k ovlivnění ruky, jejíž funkce bývá postižena. Je nutné zvážit, zda se funkčnost ruky vrátí, nebo zda se ergoterapeut zaměří na nácvik používání pomůcek pro jednoruké nebo se začne s tréninkem nedominantní ruky k běžným činnostem (např. psaní).⁴²

- Pacienti s roztroušenou sklerózou, kteří využívají ergoterapii k udržení soběstačnosti, pracovního uplatnění, a ostatních všednodenních činností.⁴³
- Pacienti s následky těžkého poranění mozku, po úraze obvykle dochází k různě dlouhému bezvědomí, z něhož se pacienti pozvolna probouzí. Zde je vhodnou metodou bazální stimulace příjemnými podněty. Po nabytí vědomí se provádí cílené ovlivnění hybnosti, kognitivních a emočních funkcí. Jedná se zejména o mladé lidi a děti, v této skupině pacientů převažují muži. Vzhledem ke složení patientské skupiny je důležité obnovení nebo udržení pracovního uplatnění, schopnosti studia, partnerských a společenských vazeb apod.⁴⁴
- Pacienti s poraněním míchy, většinou u mladých mužů – stupeň jejich postižení závisí na výšce léze. Jde o osoby pohybující se na vozíku. Rozlišujeme ochrnutí dolních končetin – paraplegie, v těchto případech je obvykle dosaženo dobré soběstačnosti, a poranění krční míchy – tetraplegie, u které jsou částečně postiženy i horní končetiny a dochází k omezení soběstačnosti. Ergoterapie umožňuje nácvik běžných sebeobslužných činností – přesuny z vozíku, do auta, do postele, apod., práce s programem zaměstnání a volného času.⁴⁵
- Pacienti s amputacemi, často dolních končetin, buď v souvislosti s úrazem/dopravní nehodou, nebo následkem cévních poruch, tyto pacienti mohou trpět i dalšími onemocněními (např. diabetes), které mohou bránit

⁴² Votava, 2010, str. 31.

⁴³ Votava, 2010, str. 32.

⁴⁴ Votava, 2010, str. 32.

⁴⁵ Votava, 2010, str. 32.

nácviku chůze a jsou upoutáni na vozík. Cílem ergoterapie je nácvik běžných denních činností, upravení domácího prostředí, apod. Pacienti s amputovanými horními končetinami s ergoterapeutem nacvičují užívání protéz, nácvik běžných denních činností, apod.⁴⁶

- Pacienti s revmatologickým onemocněním, např. s progresivní polyartritidou, která napadá mladé lidi, převážně ženy, demonstruje se zánětem, deformitami kloubů, včetně kloubů rukou. Cílem je bránění vzniku deformit, šetření energií a nácvikem používání pomůcek.⁴⁷
- Psychiatričtí pacienti.⁴⁸

2.9 Typy pracovišť, ve kterých působí ergoterapeuti

Ze zdravotnických zařízení zejména ta, kde probíhá rehabilitace osob se zdravotním postižením, lůžková zařízení pro doléčování nemocí pohybového ústrojí, kde se vyskytuje větší počet osob s trvalým zdravotním postižením (Kladruby), rehabilitační ústavy, lázeňské léčebny zaměřené na léčbu neurologických onemocnění s trvalými následky (Jánské lázně). Dále rehabilitační centra a denní stacionáře sloužící k ucelené rehabilitaci a doléčení. Významné uplatnění má ergoterapie v psychiatrii, v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických zařízeních ambulantní nebo terénních.⁴⁹

Ergoterapeuti pracují v zařízeních a službách, které na zdravotnickou problematiku navazují a pokračují v intervenci. Jsou to zejména zařízení NNO a příspěvkové organizace krajů a měst, která nabízejí:

- služby pro osoby s různým typem zdravotního, mentálního, smyslového postižení – domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, stacionáře,
- služby pro specifické typy postižení nebo onemocnění – raná péče s nabídkou služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním, mentálním, zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným postižením,

⁴⁶ Votava, 2010, str. 32 – 33.

⁴⁷ Votava, 2010, str. 33.

⁴⁸ Votava, 2010, str. 33.

⁴⁹ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 11.

- organizace poskytující chráněná pracoviště, chráněné bydlení, podporované zaměstnávání,
- organizace pracující s uživateli s psychiatrickým onemocněním, s drogově závislými,
- školy a školská zařízení pracující s dětmi a mládeží s různými typy postižení nebo integrující děti a mládež do běžné školy.⁵⁰

2.10 Rehabilitační tým, postavení ergoterapeuta v týmu

Vedoucím rehabilitačního týmu je **rehabilitační lékař**, členy týmu jsou fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, v pobytových zařízeních zdravotní sestry. K dalším členům patří sociální pracovník, dle zaměření pracoviště logoped, protetický dělník, sociální pedagog. Členové týmu se schází a vytváření pro pacienty/uživatele krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Lékař koordinuje činnost týmu a určuje podíl péče o uživatele jednotlivých členů týmu. Jedná se o případovou práci. Rehabilitační lékař činnost ergoterapeuta indikuje, předepisuje technické pomůcky.⁵¹

Fyzioterapeut se cíleně věnuje pohybovému ústrojí – provádí jeho vyšetření a léčbu, cíleně využívá **léčebnou tělesnou výchovu**. Cílem léčebného tělocviku je zabránit imobilitě. Tu můžeme dělit na primární, způsobenou poruchou pohybového ústrojí nebo nervového systému. Sekundární je způsobená pobytem na lůžku při léčbě. Nedostatečná pohybová aktivita má řadu komplikací:

- snížení hmoty kosterních svalů a poruchu jejich koordinace,
- ztrátu kostního vápníku s následnou osteoporózou,
- snížení výkonnosti srdce,
- při delším ležení poruchu cévních reflexů s nebezpečím kolapsu při náhlém postavení.

⁵⁰ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 11 – 12.

⁵¹ Votava, 2009, str. 13.

Důležitou činností fyzioterapie je nácvik lokomoce, tedy chůze, přesunů, případně pohybu na vozíku. Spolupracují při nácviku soběstačnosti a aplikaci technických pomůcek.⁵²

Ergoterapeut je důležitým členem týmu, používá vlastní diagnostické a terapeutické metody. Zaměřuje se na nácvik soběstačnosti a předpracovní rehabilitaci. Podílí se na celkové aktivaci pacienta v nemocničním prostředí a zlepšení jeho funkcí smysluplnými aktivitami.⁵³

S **psychologem** spolupracuje při zvládnání kognitivních poruch, např. po poranění mozku. Psycholog provádí podrobné vyšetření jednotlivých funkcí (paměti, orientace, apod.) a jejich rehabilitační léčbu, psychodiagnostiku, psychologické poradenství, případně psychoterapii, podílí se na rehabilitaci kognitivních funkcí a hodnotí psychologickou způsobilost, především k řízení motorových vozidel a užívání elektrického vozíku. Má za úkol informovat také ostatní členy týmu o psychologických poruchách, které zjistil.⁵⁴

Logoped provádí specifickou diagnostiku a terapii, věnuje se osobám s afázií a dalšími poruchami řeči. Významnou oblastí rehabilitace je vyšetření a léčba poruch polykání.⁵⁵

S **protetickým technikem** ergoterapeut spolupracuje při výrobě individuálních pomůcek a náhrad. Často to bývají zaměstnanci soukromých firem, které vyrábějí pomůcky dle předpisů lékaře. V některých případech docházejí do zařízení a provedení pomůcky řeší s lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem a uživatelem.⁵⁶

Sociální pracovník ve spolupráci s ergoterapeutem navrhuje a zajišťuje bezbariérové úpravy bydliště, zjišťuje možnosti získání příspěvků a úhrad. Provádí také sociální šetření, zjišťuje informace o přiznaných sociálních dávkách, dosavadních pracovních zkušenostech, rodinných podmínkách, bytových podmínkách, potřebu osobní asistence a využívání dalších sociálních služeb.⁵⁷

2.11 Činnosti ergoterapeuta

Kvalifikovaný odborník pracující ve zdravotnických a sociálních službách a službách zaměstnanosti:

⁵² Votava, 2009, str. 13.

⁵³ Votava, 2009, str. 13.

⁵⁴ Votava, 2009, str. 13.

⁵⁵ Votava, 2009, str. 14.

⁵⁶ Votava, 2009, str. 14.

⁵⁷ Votava, 2009, str. 14.

- provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností uživatele, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k ADL.⁵⁸
- provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) personálních (př. příjem jídla, oblékání, koupání) a instrumentálních (př. příprava jídla, nakupování, manipulace s penězi) v nemocničním i v domácím prostředí uživatele.⁵⁹
- podílí se na ergodiagnostickém vyšetření (analýza pracovních činností a pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.) a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob se zdravotním postižením.
- ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností. Navrhuje kompenzační a technické pomůcky a učí uživatele, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat.⁶⁰
- poskytuje poradenské služby a instruktáže v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího a pracovního prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv).⁶¹
- pomáhá osobám se zdravotním postižením v zapojení do volnočasových aktivit.
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie a aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii.⁶²
- podílí se na sociální a pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením.⁶³

⁵⁸ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 9.

⁵⁹ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 9.

⁶⁰ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 9.

⁶¹ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 9.

⁶² Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 10.

⁶³ Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 10.

2.11.1 Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)

Uživatel se po úraze nebo kvůli onemocnění dostane do situace, která mu znemožní nebo omezí schopnost být soběstačný při běžných denních činnostech. Jedná se o všední denní činnosti (ADL), na které potřebuje základní fyzické funkce v každodenním životě – osobní hygiena, koupání, oblékání, používání WC, jídlo, přesuny. Hovoříme o základní, personální nebo bazální ADL. Tyto činnosti jsou každodenní a probíhají v domácím prostředí. Na to navazují další sociální aktivity běžného života mimo domov uživatele – nakupování, vaření, domácí práce, telefonování, doprava. Mluvíme o instrumentální nebo rozšířené ADL.⁶⁴ Cílem je dosažení maximálně možné samostatnosti uživatele v běžných situacích doma i mimo domov. K tomu pomáhají uživateli mechanismy **kompensační** (např. uživatel po úraze používá místo zasažené oblasti jiné svalové skupiny) a **substituční** (např. uživatel s problémy s rovnováhou se obléká vsedě), nebo ho ergoterapeut vybaví vhodnou **kompensační pomůckou** (např. uživatel s poruchou rovnováhy používá při přesunech do vany sedačku na vanu).⁶⁵

Při nácviku ADL postupuje ergoterapeut od jednoduššího ke složitějšímu (metoda stupňování náročnosti), doporučí vhodnou pomůcku a nacvičuje s uživatelem její používání. V ideálním případě nácvik probíhá v přirozeném domácím nebo pracovním prostředí uživatele, častěji však k němu dochází ve cvičném bytě, koupelně, kuchyni, apod. K ergoterapeutovým úkolům také patří návrh a úprava domácího a pracovního prostředí tak, aby mohl uživatel vykonávat ADL samostatně nebo jen s drobnou dopomocí další osoby.⁶⁶ Role a kompetence ergoterapeuta se v nácviku ADL často překrývá s dalšími odbornostmi v rehabilitačním týmu – fyzioterapeut (nácvik přesunů), speciální pedagog (nácvik oblékání), logoped, apod.⁶⁷

2.11.2 Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

Tento typ ergoterapie je vhodný pro děti a dospívající při plánování výběru budoucího povolání a při nácviku pracovních dovedností, a pro dospělé uživatele, kteří mohou pracovat.⁶⁸

Cíle ergoterapie:

⁶⁴ Krivošíková, 2011, str. 24.

⁶⁵ Krivošíková, 2011, str. 24.

⁶⁶ Krivošíková, 2011, str. 24.

⁶⁷ Krivošíková, 2011, str. 24.

⁶⁸ Krivošíková, 2011, str. 25.

- stanovit možnosti opětovného začlenění jedince do původního zaměstnání (vhodnou úpravou pracovního prostředí) a zajistit jeho návrat do zaměstnání nebo začleňováním konkrétních pracovních dovedností umožnit jejich procvičování,⁶⁹
- najít jiné pracovní uplatnění u uživatelů, u kterých vznikly v důsledku onemocnění nebo úrazu trvalé následky, které jim neumožní návrat do původního zaměstnání,⁷⁰
- umožnit uživateli v rekonvalescenci trvalou a přiměřenou zátěž formou modelových činností, která zajistí jeho hladší návrat do pracovního procesu po ukončení pracovní neschopnosti.⁷¹

Ergoterapeut při tomto typu terapie vychází z ergodiagnostického vyšetření. V něm analyzuje pracovní činnost uživatele, hodnotí zbytkový pracovní potenciál a zjišťuje jeho motivaci k práci. Zařazování pracovních činností do ergoterapeutického plánu má významnou roli v prevenci ztráty pracovních návyků uživatele.⁷²

2.11.3 Ergoterapie zaměstnáváním

Cílem tohoto typu ergoterapie je zmírnit úzkost a překonávání pesimismu, depresivních nálad uživatele, jeho existenční obavy, udržuje uživatele v kondici.⁷³

Využívají se zejména rukodělné činnosti, společenské hry a společenský život, sportovní a pohybové aktivity. Při jejich výběru ergoterapeut vychází ze zájmů a možností uživatele. Zvolené činnosti by ho měly zajímat a bavit. Může probíhat i skupinovou formou. Velkou roli hraje motivace uživatele, výběr vhodného materiálu, úprava prostředí.⁷⁴

⁶⁹ Krivošíková, 2011, str. 25.

⁷⁰ Krivošíková, 2011, str. 25.

⁷¹ Krivošíková, 2011, str. 25.

⁷² Krivošíková, 2011, str. 25.

⁷³ Krivošíková, 2011, str. 25.

⁷⁴ Krivošíková, 2011, str. 26.

2.11.4 Ergoterapie funkční

Cílem funkční ergoterapie je intenzivní procvičování přesně definované postižené oblasti, můžeme ji označit jako cílenou nebo orgánovou ergoterapii, protože je zacílená na zlepšení postižené části těla.⁷⁵

Cílená ergoterapie je zaměřená podle požadovaného účinku na:

- senzomotorickou složku činnosti – zvýšení svalové síly, zlepšení koordinace oko-ruka, oko-noha, zlepšení hrubé a jemné motoriky, apod.
- kognitivní složku činnosti – pozornost, paměť, orientace, prostorová orientace, apod.
- trénink psychosociální složky činnosti – ovlivnění sociální interakce, sebepojetí, sebeovládání, apod.⁷⁶

Ergoterapeut s uživatelem dosahuje cíle intenzivním cvičením a opakováním, pomocí hraní rolí, nácvikem asertivity, apod. Jednotlivé kroky se mohou navzájem kombinovat nebo na sebe navazovat. Program cvičení se sestavuje tak, aby zlepšoval a upravoval postižené funkce. Předpokladem použití funkční ergoterapie je znalost pohybového aparátu, kineziologie, psychologie, pomůcek, apod.⁷⁷

2.11.5 Ergoterapie zaměřená na poradenství

Cílem poradenství v ergoterapii je poskytnout uživateli a jeho okolí pomoc při řešení nepříznivé životní situace. Poradce předává informace o dávkách, službách, pomůckách apod., na které má uživatel právo. Poradenství má preventivní charakter, díky poskytování informací může předejít nebo omezit problém, nebo nápravný charakter, kdy řeší již vniklou situaci.⁷⁸

Můžeme rozlišit následující oblasti poradenství:

- technické poradenství – doporučování, vyzkoušení a úprava kompenzačních a technických pomůcek, úpravy domácího a pracovního prostředí, apod.,
- sociální poradenství – nároky na sociální dávky, nabídka sociálních služeb, apod.,

⁷⁵ Krivošíková, 2011, str. 27.

⁷⁶ Krivošíková, 2011, str. 27.

⁷⁷ Krivošíková, 2011, str. 27.

⁷⁸ Krivošíková, 2001, str. 28 – 29.

- zdravotnické poradenství – prevence vzniku komplikací, např. u imobilních osob.⁷⁹

2.12 Shrnutí

Ergoterapie je profese, která usiluje o **zachování a využívání schopností** člověka potřebných ke zvládnání běžných denních činností u osob jakéhokoli věku a postižení. Rehabilitace se uskutečňuje prostřednictvím **smysluplné práce pod vedením vyškoleného profesionála** – ergoterapeuta. Ergoterapie má nezastupitelné místo v **zařízeních sociální péče a zdravotnických zařízeních**. Ergoterapeut **spolupracuje s dalšími odborníky** podle specifických rysů daného poškození. Ergoterapie jako rehabilitační terapie se praktikovala již ve starověku.

2.13 Otázky k zamyšlení

Zamyslete se nad postavením ergoterapeuta v týmu.

Popište činnosti ergoterapeuta v těchto typech sociální sociálních služeb – raná péče, domov pro seniory, uzavřené psychiatrické oddělení.

Jaké znáte prostředky ergoterapie?

⁷⁹ Krivošíková, 2001, str. 28 – 29.

3 Terapeutický vztah mezi ergoterapeutem a uživatelem

3.1 Terapeutický vztah

Předpokladem dobré terapeutické práce je schopnost terapeuta navázat vztah s uživatelem. Délku vztahu určuje zakázka uživatele a možnost pomoci při řešení problematické situace. Pokud jsou naplněny cíle intervence, terapie končí.⁸⁰

Zapojení uživatele do terapie je pro její proces nejdůležitější a terapeutické spojení je důležitým faktorem úspěšnosti terapie. Interakce mezi ergoterapeutem a uživatelem má dynamickou povahu, jde o proces vzájemné spolupráce, v němž je volba a kontrola vyjednávaná a uživatel aktivně spolupracuje na stanovení a realizaci cílů.⁸¹

Úspěšnost terapie velmi závisí na tom, jestli se podaří vybudovat mezi ergoterapeutem a uživatelem fungující terapeutický vztah. Uživatel potřebuje někoho, komu může věřit, a někoho, kdo jej podporuje. Nezbytnými předpoklady terapeutického vztahu jsou vzájemná důvěra a respekt mezi terapeutem a uživatelem. Terapeutický vztah se vyvíjí v čase. Stejně tak se v terapii vyvíjí i vnímání a potřeba blízkosti či odstupu. Blízkost by měla být taková, aby splňovala potřeby uživatele bezpečí a důvěrnosti, terapeutův odstup je nutný proto, aby si mohl uživatel zachovat nebo posílit svou nezávislost a samostatnost.⁸²

Terapeut musí umět pracovat s rizikem. Uživatel má právo na přiměřené riziko. Uživatel se v terapii učí přijmout svou „porci“ rizika. Terapeut musí umět odhadnout přiměřenou míru rizika a dopřát ji uživateli, aby posílil jeho samostatnost a připravenost na život „venku“ a zároveň jej ochránil před nebezpečnými nebo ohrožujícími situacemi.⁸³

Terapeutický vztah má mnoho rovin, ve kterých probíhají profesionální a osobní procesy. Je nutné udržovat vztah v rovnováze. Někdy je nutné, aby terapeut vystupoval jako odborník a pracoval direktivně. Tato situace vyžaduje pečlivé promyšlení. Převzetí kontroly nad uživatelem bývá nezbytný v některých případech – např. když hrozí nebezpečí z prodlení nebo pokud je uživatel v kritickém stavu. Nebo se jedná o uživatele, který má sníženou schopnost rozhodování nebo další kognitivní problémy. I v těchto

⁸⁰ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 100.

⁸¹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 100.

⁸² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 101.

⁸³ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103.

případech je nutné poskytnout uživateli nezbytné informace a zapojit jej do procesu rozhodování a plánování dle jeho možností.⁸⁴

3.1.1 Základní přístupy terapeutického vztahu

Dobře zvolené přístupy jsou nutné k vytvoření fungujícího terapeutického vztahu:

Opravdovost – terapeut vystupuje sám za sebe, nepředstírá své postoje, verbální i neverbální projevy jsou v souladu, projevy empatie jsou opravdové a nenucené, terapeut má jasná a přirozená očekávání a požadavky na sebe i uživatele.⁸⁵

Respekt/úcta – terapeut si váží uživatele jako osoby s vlastní důstojností a hodnotou, snaží se uživateli porozumět a pomoci a tím mu dává najevo, že je pro něj důležitý.⁸⁶

Vřelost – pomáhá snižovat obavy a úzkost uživatele. Vřelost demonstruje např. oční kontakt nebo tón v hlase.⁸⁷

Otevřenost, upřímnost – je nutné být k uživateli upřímný a otevřený ve sdělování pravdivých informací.⁸⁸

Důvěra, blízkost – terapeut se snaží uživateli pomoci tehdy, když pomoc potřebuje. Blízkostí ve vztahu můžeme chápat atmosféru důvěry, ve které terapeut může ohleduplným chováním vůči uživateli iniciovat diskusi o pro uživatele obtížných tématech.⁸⁹

Empatie – tzn. být si vědom emocí, které mohou ostatní v různých situacích prožívat. Jde o pochopení ostatních a mělo by být sděleno verbálně i neverbálně. Je důležitá v klíčovém procesu, který terapeut používá při zvládnutí emocí či citových rozrušení uživatele. Empatie je jedním z nejdůležitějších aspektů pomáhajícího vztahu.⁹⁰

Profesionální chování – nutnost osvojit si postoj neutrality vůči uživateli.⁹¹

3.1.2 Hranice v terapeutickém vztahu

Hranice jsou základem terapeutického vztahu, vymezují terapeutický i osobní prostor. Činí vztah bezpečným a nastolují pravidla poskytování terapie. Terapeut musí umět

⁸⁴ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 104 – 105.

⁸⁵ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103.

⁸⁶ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103.

⁸⁷ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103.

⁸⁸ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103.

⁸⁹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 103 - 104.

⁹⁰ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 104.

⁹¹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 104.

pracovat s mocí ve vztahu. Porušování hranic má různé podoby – např. přijímání darů, porušení mlčenlivosti, přílišného odhalování osobních informací před uživatelem, navázání intimního vztahu s uživatelem, apod.⁹² Profesionální hranice zahrnují stanovení poplatků za terapii, délku, termíny, používání dotyků, apod.⁹³

Hranice fyzické definují prostor kolem našeho těla. Jsou flexibilní a mění se v závislosti na osobě nebo situaci. Hranice chování zahrnují vše, co je a není přípustné ve vztahu. Vymezují způsob chování, kterým prokazujeme uživateli respekt, chráníme soukromí, osobní prostor i čas.⁹⁴

3.1.3 Dovednosti potřebné pro budování terapeutického vztahu

Schopnost porozumět signálům v interakci – celoživotně se učíme porozumět výrazům, gestům, řeči těla, verbální i neverbální komunikaci (oční kontakt, držení těla, výraz, gesta).⁹⁵

Komunikační dovednosti – závisí na schopnosti adekvátně poskytovat informace, naslouchat odpovědím a reagovat na ně. Je nutné věnovat pozornost následujícím faktorům – osobě, se kterou komunikujeme, prostředí, sobě a kontextu (situaci) komunikace.⁹⁶

Schopnost aktivního naslouchání – jedna z nejdůležitějších schopností terapeuta. v terapii je nutné naslouchat tomu, co uživatel sděluje, analyzovat, reagovat a vnímat i podtext řečeného i toho, co vyslovené nebylo, všimnout si pozice těla, výrazu, očního kontaktu. Je nutné formulovat otevřené otázky.⁹⁷

Dovednost poskytovat zpětnou vazbu - uživatel nemusí být schopen monitorovat své chování. Je nutné proto mu konstruktivně poskytovat zpětnou vazbu, aby si mohl uvědomovat sám sebe, své jednání a vliv na ostatní.⁹⁸

Schopnost motivovat – v počáteční fázi terapie je primárním cílem motivovat uživatele do terapie. Pro zvýšení motivace je dobré sdělit uživateli, co od terapie může očekávat a naplánovat s ním cíle terapie.⁹⁹

⁹² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 105.

⁹³ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 105.

⁹⁴ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 105.

⁹⁵ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 106.

⁹⁶ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 106 – 107.

⁹⁷ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 107 – 108.

⁹⁸ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 108.

⁹⁹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 108.

3.2 Hlavní zásady jednání terapeuta s uživateli

V komunikaci s uživatelem se předpokládá zdvořilost, laskavost, ochota, trpělivost vyslechnout uživatele a umožnit mu projevit i negativní emoce. Terapeut je ve vztahu empatický, umí vidět uživatelskou perspektivu, umí získat důvěru. Při prvním kontaktu terapeut pozdraví, podá ruku, představí se a vysvětlí, v čem uživateli pomůže a co bude dělat. Tento rituál je samozřejmě ovlivněn stavem vědomí a druhem postižení uživatele. Základem kontaktu je neverbální a verbální komunikace. Standardy sociálních služeb předpokládají, že zařízení poskytující sociální služby má vypracované postupy pro komunikaci se zájemci o službu a s uživateli se zvláštními komunikačními potřebami (s poruchami sluchu, zraku, mentálním postižením, hovořícími jiným jazykem, apod.).¹⁰⁰

3.2.1 Jak jednat s tělesně postiženými uživateli

Postižení pohybového systému je většinou viditelné. Uživatelé mají změněnou motoriku, chodí s opěrnými pomůckami nebo se pohybují na vozíku. Nápadné mohou být i deformace, rozsáhlé jizvy, některé neurologické příznaky jako třes nebo poruchy koordinace, i v oblasti mimických svalů. To může být mnohdy terčem pozornosti a někdy i netaktního chování – zvědavost, lítost, apod. terapeut, zdravotník a sociální pracovník musí zvládnout přirozené a nenucené chování v kontaktu s uživatelem. Chybou je, pokud terapeut naváže pouze kontakt s doprovodnou osobou, ne s uživatelem, kterého tím degraduje na nesvéprávnou osobu a vykáže z komunikace. Je nutné zajistit komunikaci na stejné úrovni – k vozíčkáři si sedneme, apod.¹⁰¹

První kontakt mezi uživatelem a terapeutem slouží ke zjištění základních anamnestických informací. Je nutné rozlišit potřeby uživatele v rané fázi postižení, kdy se učí nové situaci, zvyká si na pomůcky, buduje schopnosti a dovednosti, vytváří optimální podmínky rehabilitačního procesu. Uživatel dlouhodobě postižený má své rituály, návyky a stereotypy, umí používat kompenzační pomůcky. Terapeut v rozhovoru musí tyto skutečnosti zjistit a zajistit pro uživatele optimální podmínky, aby nebyla narušena jeho soběstačnost. Uživatel musí mít k dispozici své kompenzační pomůcky. Při terapeutických rehabilitačních úkonech musí terapeut zajistit produktivní, přiměřenou asistenci a bezpečnost. Pokud je uživatel hospitalizován, řeší ergoterapeut s ošetrovatelským

¹⁰⁰ Klusoňová, 2011, str. 212.

¹⁰¹ Klusoňová, 2011, str. 213.

personálem a uživatelem otázky soběstačnosti (jídlo, osobní hygiena, oblékání, přesuny) a polohování.¹⁰²

Poruchy verbální komunikace se vyskytují u uživatelů s postižením mozku. Může jít o fatickou poruchu po CMP, nebo artikulační problémy u uživatelů s DMO nebo parkinsonským syndromem. U těchto uživatelů je nutné při komunikaci zajistit klidné prostředí, nespěchat, vyzvat k opakování, pokud nerozumíme, případně využít nápovědu. Pokud není možná domluva, obracíme se na doprovodnou osobu, ale mluvíme směrem k uživateli.¹⁰³

3.2.2 Komunikace s uživateli s poruchami sluchu

Terapeut v anamnéze zjistí, zda má uživatel zbytky sluchu nebo zda je neslyšící, zda jde o poruchu vrozenou, získanou v dětství či dospělosti. K dobré komunikaci je důležité zajistit prostředí bez vedlejších zvuků (zavřené okno, vypnutá hudba, vyloučit hovory ostatních osob) a dobré osvětlení (na obličej). Terapeut jedná s uživatelem čelně, aby uživatel mohl dobře odezírat. Pokud má zbytky sluchu, je nutné mluvit hlasitěji a v nižší hlasové poloze. Obsah musí být jasný bez slovního balastu (vlastně, že, apod.). Terapeut nesmí žvýkat, jíst, pít, podpírat si bradu, zakrývat ústa. Při hluchotě mluvíme normální hlasitostí. Zpomalíme tempo řeči, neměníme rytmus, oddělujeme jednotlivá slova, výrazně artikulujeme. Využíváme mimiky, gestikulace, eventuálně prstovou abecedu.¹⁰⁴

Někteří uživatelé s postižením od dětství umí znakovat a odezírat, ale mají menší slovní zásobu a nerozumí cizím výrazům. Písemné dorozumívání je nedokonalé. Lidé ohluchlí v dospělosti nebo stáří zvládají odezírání více nebo méně úspěšně, ale dobře rozumí psanému textu. Důležité informace poskytujeme písemně. Porozumění obsahu ověřujeme zopakováním základních pojmů a údajů uživatelem. Při skupinové činnosti je vhodné předem sdělit neslyšícímu náplň činnosti individuální formou.¹⁰⁵

3.2.3 Komunikace s uživateli s poruchami zraku

Zrakové postižení může znamenat úplnou slepotu nebo zbytky zraku. Jejich uplatnění je závislé na prostředí (světlo, kontrast). Osoby postižené od dětství mají lepší dovednosti

¹⁰² Klusoňová, 2011, str. 213.

¹⁰³ Klusoňová, 2011, str. 213.

¹⁰⁴ Klusoňová, 2011, str. 214.

¹⁰⁵ Klusoňová, 2011, str. 214.

a lépe vyvinuté náhradní funkce (sluch, zrak) než osoby, které ztratily zrak v dospělosti. Nemají ale vizuální představu o světě (barvy). Nevidomý je ochuzen o neverbální komunikaci. I zde platí, že zdravotnický personál komunikuje s uživatelem, nikoli s doprovázející osobou. Pokud má uživatel asistenčního psa, hledíme jen se souhlasem majitele. Při prvním kontaktu musí terapeut při pozdravu uživatele oslovit jménem a s pokynem „podáme si ruce“ se představit. Terapeut s uživatelem probere anamnézu a průběh terapie. Je nutné uživatele provést v neznámém prostředí. U uživatelů hospitalizovaných je potřebné uživatele seznámit s uspořádáním pokoje a s prostředím, se spolubydlícím, s personálem. Osobní věci si uživatel uloží sám. Terapie probíhá nejprve nácvikem pohybu v zařízení.¹⁰⁶

3.2.4 Komunikace s uživateli v seniorském věku

Při komunikaci a práci se starými lidmi musí terapeut respektovat a zohledňovat změny zdravotního stavu a fyziologické změny stáří. Ty se projevují často zhoršením zraku, sluchu, psychomotorickým zpomalením a u některých uživatelů demencí. Terapeut komunikuje s uživatelem zepředu s očním kontaktem, beze spěchu, s pozitivním výrazem ve tváři, trpělivě, laskavě a je ochoten naslouchat. Domluví si s uživatelem oslovování.

Používáme kratší věty, motivujeme ke spolupráci v zájmu obnovení a zachování funkcí a prevence imobility a vysoké závislosti. Je nutné respektovat stud, zajistit při některých výkonech intimitu a překonávat strach z nezdaru a sebedoceňování. U uživatelů s projevy demence používáme jednoduchou, jednoznačnou a výstižnou komunikaci, při pohybové léčbě využíváme předvedení, doteky, gestikulaci, mimiku.¹⁰⁷

3.3 Shrnutí

Základním **prostředkem práce ergoterapeuta** s uživatelem je **terapeutický vztah**. Buduje se v interakci terapeuta a uživatele. Má vymezené **hranice**. Ergoterapeutický vztah pracuje s přiměřeným **rizikem** uživatele. Ergoterapeut využívá **postupy a techniky** úspěšné terapie. Používá různé **komunikační prostředky** při práci s jednotlivými **skupinami uživatelů – s uživateli tělesně postiženými, s poruchami zraku a sluchu s uživateli seniory**.

¹⁰⁶ Klusoňová, 2011, str. 214 – 215.

¹⁰⁷ Klusoňová, 2011, str. 215 – 216.

3.4 Otázky k zamyšlení.

Vysvětlete pojem terapeutický vztah.

Popište základní předpoklady úspěšné terapie.

Charakterizujte odlišnosti v terapii u různých skupin uživatelů.

4 Etika a standardy v práci ergoterapeuta

Etický kodex, standardy a práva pacientů tvoří základní rámec práce ergoterapeuta. Tyto dokumenty mají za úkol nastavit úroveň poskytovaných služeb tak, aby uživatelé byly poskytovány služby ve všech zařízeních ve stejné kvalitě. Etický kodex, Standardy v ergoterapii, Standardy sociálních služeb a Práva pacientů ČR požadují po ergoterapeutovi osobnosti a profesní charakteristiky, bez kterých nemůže vykonávat řádně svou profesi. Velký důraz kladou a lidsko-právní aspekty poskytování sociální služby. Etický kodex a Standardy v ergoterapii vytvořily oborové organizace, při jednotlivých formulacích se vycházelo z žité praxe. Standardy sociálních služeb jsou inkorporovány do zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, respektive do vyhlášky k tomuto zákonu č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jsou povinné pro všechny subjekty poskytující sociální služby na základě registrace a jsou kontrolovány inspekcí sociálních služeb. Řeší komplexně fungování zařízení a poskytování sociální služby.

Cílem etiky je způsob chování a jednání lidí v konkrétních situacích. Mluvíme o dohodnutém kodexu chování. Rozhodujeme se na základě osobních a profesních hodnot a zkušeností. Etické dilema se objeví tehdy, když se dostaneme do situace, ve které není zřejmé jednoznačné řešení. K etickému konfliktu dochází, když jsou individuální hodnoty ve střetu s hodnotami druhých. Tyto situace vyvolávají zmatenost a nejistotu. Často jsou etické principy založeny na kombinaci citlivosti, ohleduplnosti a slušného chování.¹⁰⁸

Zdravotnická etika vychází ze vztahu pomáhající osoby a osoby, které je pomáháno. Je proto nutné, aby vycházela z jasných pravidel založených na respektu k člověku, zachování jeho důstojnosti a snaze mu pomoci. Všechny profesní aktivity jsou vedené záměrem činit dobro, aby byly eticky obhájitelné.¹⁰⁹

4.1 Principy morálního rozhodování

Respekt k autonomii, sebeurčení, samostatnosti – princip autonomie odvozujeme z lidských práv a svobod a je výsledkem důrazu na důstojnost a svobodu jednotlivce a jeho práva na sebeurčení. Tento princip uznává právo osoby určit si, jak bude žít a jak chce, aby

¹⁰⁸ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 252.

¹⁰⁹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 252.

s ní bylo nakládáno. Tento princip má samozřejmě své hranice, např. zdravotní stav uživatele nedovoluje zhodnotit alternativy pro správné rozhodnutí. Povinností zdravotníka je jednat v nejlepším zájmu uživatele. Terapeut má povinnost uživatele podporovat jeho autonomii a usnadňovat uživateli jeho rozhodování.¹¹⁰

Směřování k dobru (beneficence), princip dobřečinnění – princip beneficence vychází z povinnosti činit dobro. Když není uživatel schopen činit autonomní volbu, je povinností pomáhajícího podle principu beneficence jednat v nejlepším zájmu uživatele. „Jednání v nejlepším zájmu uživatele“ v sobě zahrnuje vážení zdravotních rizik, a také naplňování náboženských a kulturních potřeb a zájmů uživatele.¹¹¹

Princip neškození/nepoškození či odvrácení zla (nonmaleficence) – nepoškozovat nebo odvrátit riziko fyzické, finanční, psychologické nebo sociální povahy = především neškodit.¹¹²

Princip spravedlnosti – každý člověk má právo na spravedlivý přístup ke zdravotní a sociální péči podle podmínek daných zákonem. Tohoto se dotýkají otázky dostupnosti služeb z důvodů ekonomických, geografických a lidských zdrojů.¹¹³

4.2 Etický kodex

Profesní etika v ergoterapii formuluje klíčové hodnoty a přesvědčení, které řídí jednání pracovníka při poskytování intervencí osobám, které vyhledají pomoc v řešení svých obtíží. Klíčové hodnoty a přesvědčení profese tvoří základ profese, stojí na filosofii oboru a poskytují východiska pro definování jejího smyslu. Profesní etika řídí poskytování služeb, posiluje sebedůvěru v profesi a chrání práva uživatelů.¹¹⁴

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.

¹¹⁰ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 253 – 254.

¹¹¹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 254.

¹¹² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 254.

¹¹³ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 254.

¹¹⁴ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 254.

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 uživatele 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.¹¹⁵

4.3 Standardy v ergoterapii

Standardy praxe České asociace ergoterapeutů

- **Zodpovědnost k příjemci ergoterapeutických služeb:** Uživatele předává do péče ergoterapeuta nebo uživatel sám, na základě jehož ordinace a přání ergoterapeut stanoví ergoterapeutický plán. Ergoterapeut by měl přijmout k terapii pouze ty uživatele, pro které má diagnostické a terapeutické možnosti a může jim pomoci. Uživatelé, 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 uživateli 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 uživatele. 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 uživatele. Ergoterapeut nesmí uživatele 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 uživatele 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

¹¹⁵ Jelínková, Krivošíková, 2007, Etický kodex ergoterapeuta.

- efektivita
- využití zdrojů
- zohlednění rizika
- spokojenost uživatele 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 uživatel dosáhl stanoveného cíle nebo bylo dosaženo maxima terapeutického plánu. Uživateli by měl být jasně vysvětlen důvod pro ukončení léčby. Ergoterapeut by měl zajistit následné nebo opakované hodnocení uživatele a dokumentovat je.
- Záznamy a zprávy: Ve zprávách a záznamech týkajících se uživatele 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 uživateli 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 uživateli. Zveřejnění informací týkajících se osob mimo terapeutický kontext a pro případ právního nátlaku by vždy mělo být provedeno pouze se souhlasem uživatele. Záznamy o uživateli 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 uživatele a výsledky terapie. Přístup k informacím by měl mít pouze odpovědný personál a všechny psané a tištěné informace by měly být pečlivě uschovány.
- Bezpečnost: Ergoterapeut by neměl způsobit ohrožení zdraví a bezpečnosti uživatele.

- Při terapii je nutné používat vhodné pomůcky a vybavení. Ergoterapeut musí zvážit všechna bezpečnostní opatření a používat při terapii správné oblečení a obuv.
- 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, která jsou slučitelná s jeho profesionální etikou.
- 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 povolanejšímu 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.
- 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.
- Výzkum a rozvoj profese: Ergoterapeut by měl uvést správný název popř. přesnou citaci publikovaného materiálu, ze kterého čerpá. Ergoterapeut by měl chránit soukromé údaje uživatele v každém psaném nebo vizuálním materiálu, který může být použit mimo terapeutický rámec. Profesionální 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.

- **Reprezentace profese:** Profese by měla být přesně představována uživatelům, 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.
- **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 uživateli.
- **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)¹¹⁶

4.3.1 Standardy sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

¹¹⁶ Jelínková, Krivošíková, 2007.

a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována

b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace

c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje

d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.

2. Ochrana práv osob

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

4. Smlouva o poskytování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby

c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

a) *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

b) *Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele*

c) *Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě*

d) *Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti*

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

a) *Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat*

b) *Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb*

c) *Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj*

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

a) *Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována*

b) *Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní*

c) *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

d) *Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

a) *Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace*

b) *Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje*

c) *Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje*

d) *Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní*

e) *Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka*

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena

13. Prostředí a podmínky

a) *Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob*

b) *Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám*

14. Nouzové a havarijní situace

a) *Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení*

b) *Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít*

c) *Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací*

15. Zvyšování kvality sociální služby

a) *Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob*

b) *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

c) *Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby*

d) *Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby¹¹⁷*

4.3.2 Práva pacientů ČR

- 1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.*
- 2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.*
- 3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem*

¹¹⁷ Standardy kvality sociálních služeb, MPSV, 2009.

spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

- 4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*
- 5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakulních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.*
- 6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.*
- 7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.*
- 8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.*
- 9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*

10. *Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.*
11. *Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.¹¹⁸*

4.4 Shrnutí

Ergoterapie, stejně jako ostatní profese, které mají v centru pozornosti člověka, má svůj **etický kodex a standardy práce s uživatelem**. Tyto kodexy řeší **standardní i mimořádné situace v práci** s uživatelem a mají za úkol nastavit **jednotnou úroveň poskytovaných služeb**. Uživatel má dostat v kdekoli a kdykoli stejně kvalitní službu. Kodexy a standardy chrání osobní práva všech typů uživatelů.

4.5 Otázky k zamyšlení

Zamyslete se nad principy morálního rozhodování v práci ergoterapeuta.

Zamyslete se nad konkrétními příklady z praxe, kdy kodex může chránit samotného ergoterapeuta v mimořádných situacích.

Znáte další etické nebo profesní kodexy?

Kde se může uživatel s kodexem setkat?

¹¹⁸ Práva pacientů, MPSV 2005.

5 Využití her v ergoterapii, smysluplné vyplnění volného času uživatele

5.1 Aktivizace uživatele

Aktivizací se rozumí proces, kterým jsou lidé (jako jedinci nebo skupiny) vedeni k činorodosti. Aktivizace uživatelů v terapii je důležitá. Aktivizační činnosti jsou součástí individuálního, případně ošetřovatelského plánu.

5.2 Využití her v ergoterapii

Hra je jakákoli spontánní nebo organizovaná činnost, která poskytuje potěšení, zábavu, pobavení nebo rozptýlení¹¹⁹ a může nenásilně sloužit k aktivizaci uživatelů. Můžeme jí považovat za hlavní činnosti u dětí.¹²⁰ Jako hru, můžeme označit rozsáhlou skupinu činností, do které můžeme řadit hry individuální, kolektivní, společenské, sportovní, didaktické, vzdělávací, pohybové, hry na hudební nástroj, hry relaxační, apod. hru můžeme vnímat jako aktivitu, díky které dítě získává nové zkušenosti, experimentuje, opakuje si nové dovednosti a orientuje samo sebe v okolí. Má důležitou roli ve vývoji dítěte. Hrou se dítě učí navazovat vztahy s vrstevníky, rozvíjet hrubou a jemnou motoriku a přizpůsobovat se změnám.¹²¹ Hra má uplatnění v ergoterapii dětí a dospělých.

Velké množství her je spojeno s pohybem, který umožňuje lepší vnímání sebe samého prostřednictvím vlastního těla. Tělesný prožitek umožňuje pochopit sebe sama a tím dává smysl vlastní existence. Umožňuje vytvořit prostor k vytvoření „já“ a jeho hranic. Na základě změny prožívání jsou vyvíjeny nové způsoby jednání.¹²²

Hra má skvělé uplatnění v ergoterapii s dětmi. Zároveň je skvělým terapeutickým prostředkem. Každé vývojové období má své charakteristické hry, které rozvíjejí sensorické, pohybové a psychické schopnosti dítěte. Hra je nenásilný způsob získání zkušeností a učení.¹²³

¹¹⁹ Krivošíková, 2011, str. 241.

¹²⁰ Krivošíková, 2011, str. 241.

¹²¹ Krivošíková, 2011, str. 241.

¹²² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 218.

¹²³ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 172.

5.2.1 Hodnocení hry

Pro hodnocení hry bereme v úvahu 5 faktorů, na které se může ergoterapeut zaměřit:

- herní aktivita – co dítě dělá
- preference – proč se mu daná herní aktivita líbí
- jakým způsobem ke hře přistupuje
- schopnost dítěte hrát si
- vliv prostředí, ve kterém si dítě hraje.¹²⁴

V praxi zatím neexistuje hodnocení, které pracuje se všemi pěti kritérii. Nejvíce se standardizovanému hodnocení blíží Test školní hravosti a Předškolní škála hry.¹²⁵

Test hravosti patří k neformálním hodnocením hry, pracuje se třemi prvky hravosti dítěte ve hře – vnímání kontroly (vnitřní – vnější), zdroj motivace (vnitřní – vnější), oprostění se od reality. Je určený pro děti od 3 do 15 let a hodnotí se 24 položek za 15 minut pozorování.¹²⁶

Předškolní škála hry je dalším příkladem nestandardizovaného hodnocení hry. Zohledňuje vývojová hlediska v herních dovednostech. Je vytvořen pro děti od narození do šesti let. Hodnotí se 4 oblasti dle věku: zvládnutí prostoru (hrubé motoriky, zapojení těla, zájem o prostor), práce s materiálem (zvládnutí jemné motoriky – manipulace, výtvar, účel – cíl aktivity, pozornost – délka samostatné hry), symbolika (imitace, dramatizace, role, pochopení okolního světa), zapojení do hry (spolupráce, množství a typ sociálních interakcí, humor, jazyk). Dítě lze hodnotit uvnitř i venku, délka pozorování je 30 minut.¹²⁷

Můžeme také upustit od standardizovaných hodnocení a pozorujeme dítě při hře nestrukturovaně.

5.3 Rozdělení her dle věku dětských uživatelů a jejich aplikace v ergoterapii

- Funkční hry - hra dítěte bez hračky, slouží k rozvoji poznání vlastního těla a jeho hranic. Jedná se o hru rukama, nohama, plazení, překulování, broukání.

¹²⁴ Krivošíková, 2011, str. 241.

¹²⁵ převzato z Krivošíková, 2011, str. 241.

¹²⁶ Krivošíková, 2011, str. 245 – 6.

¹²⁷ Krivošíková, 2011, str. 242.

Postupně se ze spontánního nekoordinovaného pohybu stává uvědomělý a ovládaný.¹²⁸

- Manipulační hry – hra s hračkou, uvědomělá manipulace s předměty, dítě se s nimi učí zacházet, využívá hmat, sluch, zrak.¹²⁹

Tyto typy her jsou typické pro kojenecký a batolecí věk.

- Napodobovací hry – hry pro období od konce kojeneckého věku. Dítě napodobuje mimiku, pohyby (paci paci, jak jsi veliký, apod.), zvuky (zvířat – haf, motorů – brmm), pomáhají při zdokonalování a rozvíjení řeči.¹³⁰
- Úlohové hry – hry na něco (na maminku – krmí panenku, na obchod, apod.). Hry od staršího batolecího věku. Hry začínají být komplexnější, procvičují pohybové i psychické funkce, kde se uplatní jemná motorika, pohyb z místa, změny poloh, nacvičuje skutečné pracovní úkoly (jako maminka vaří, žehlí, krmí miminko, apod.). Tento typ her pomáhá rozvíjet rozumové funkce a sociální vztahy.¹³¹
- Konstrukční hry – již od batolecího věku, spočívá ve formě skládání jednoduchých prvků, navlékání, vystřihování, malování, práce se stavebnicí, skládačkami, modelínou, v písku. Tyto hry jsou přechodem k pracovní činnosti, pomáhají rozvíjet a zdokonalovat hrubou a jemnou motoriku, obratnost, vytrvalost, koordinaci, rozumové a psychické funkce.¹³²
- Pohybové hry – využívají se v léčebné tělesné výchově. Patří sem hry s náradím a náčiním, tancování, rytmická cvičení s hudbou a zpěvem. Je možné využít velké množství technik v závislosti na typu postižení.¹³³
- Receptivní hry – činnosti, kdy dítě přijímá podněty, zpracovává je a rozvíjí tím svoje schopnosti a vlastnosti – sleduje divadelní hru, poslouchá pohádku. Tyto hry mají využití zejména ve výchově a rehabilitaci psychických funkcí.¹³⁴
- Didaktické hry rozvíjejí poznávací procesy a vědomosti. Jedná se o učení prostřednictvím hry. Využívají se v rehabilitaci psychických funkcí, v pohybové

¹²⁸ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 173.

¹²⁹ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 173.

¹³⁰ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 174.

¹³¹ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 174.

¹³² Klusoňová, Špičková, 1988, str. 174.

¹³³ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 176.

¹³⁴ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 176.

výchově, při procvičování jemné motoriky, koordinaci oko-ruka, ruka-ruka. Lze využít velké množství pomůcek v závislosti na cílové skupině.¹³⁵

5.4 Možnosti volnočasových aktivit uživatelů

Další možností vyplnění času uživatele jsou volnočasové aktivity, zejména uživatelů hospitalizovaných nebo uživatelů pobytových služeb (domovy seniorů, léčebny, lázně, stacionáře). Ergoterapeut zaměřuje intervenci k uživatelům, kteří s důvodu své nemoci či hendikepu nedokážou uspokojivě trávit volný čas. Cíleným výběrem her a dalších volnočasových aktivit může ergoterapeut napomoci k osvojení nových dovedností nebo jejich udržení. Dovednosti, které lze trénovat, jsou např. jemná a hrubá motorika, konverzační dovednosti, navázání a udržení očního kontaktu, rozhodování, nácvik spolupráce s ostatními, relaxace, uvolňování napětí, zpracování emocí spojených s úspěchem/neúspěchem. Pomáhají také podporovat sebedůvěru, důvěru v ostatní, paměť, kreativitu, představitivost, pozorování, vnímání, myšlení, kondici a fyzickou.¹³⁶

Při mapování potřeb a zájmů uživatelů může ergoterapeut konkrétní osobě pomoci najít vhodnou možnost adaptace na prostředí nebo kompenzační pomůcku (pexeso pro nevidomé, monoski, apod.). Má také možnost nabídnout uživateli zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a doprovodu do návazných institucí (sportovní organizace, apod.).¹³⁷

5.5 Hry dospělých uživatelů a jejich aplikace v ergoterapii

Hry a volnočasové aktivity jsou i pro dospělé uživatele skvělým terapeutickým prostředkem. Můžeme je dělit na hry podporující fyzickou (tanec, plavání, nordic walking, výlety, vycházky), hry společenské (bingo, bridge), společenské aktivity (návštěva divadla, muzea), trénink paměti a kognitivních funkcí, hry s prvky drama a muzikoterapie, aktivity inspirované artefaktikou, a další. U dospělých musíme zvažovat přiměřenost věku, schopnostem, tempu, ostychu, apod.¹³⁸

¹³⁵ Klusoňová, Špičková, 1988, str. 176 – 177.

¹³⁶ Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, str. 218.

¹³⁷ Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, str. 219.

¹³⁸ Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, str. 219.

5.6 Pracovní činnosti v exteriéru

Pobyt venku, mimo zařízení, v parku, na zahradě, v přírodě je pro uživatele vždy přínosem. Pohyb v přírodě je spojený s přiměřenou aktivitou a je možný již od školního věku pro všechny věkové skupiny. Pracovní činnosti, zátěž, tempo a pracovní dobu volíme dle fyzického, psychického a zdravotního stavu. Pohyb venku má příznivý vliv na pohybové, oběhové a dýchací ústrojí a na psychiku.¹³⁹

Indikovaná činnosti v exteriéru musí být uživateli řádně vysvětlena. Musí pochopit, proč ji má vykonávat, jaký má pro terapii význam. Činnosti venku uplatníme ve funkční i kondiční ergoterapii. Poskytují všechny úrovně zátěže, pracovní polohy a pohyby jsou rozmanité, dovolují procvičovat hrubou i jemnou motoriku.¹⁴⁰

5.7 Shrnutí

Volnočasové aktivity a hry jako skvělý ergoterapeutický prostředek slouží k **nácviku a udržení dovedností, prevenci** nebo jen k vyplnění volného času hospitalizovaných uživatelů nebo uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb. Hry můžeme dělit na hry pro **dětské a dospělé uživatele**, na hry zaměřené na osvojení nebo udržení určité dovednosti, hry venku a uvnitř, apod. Herní aktivity můžeme také **hodnotit dle nastavených kritérií**.

5.8 Otázky k zamyšlení.

1. Navrhněte hry a volnočasové aktivity pro tyto skupiny uživatelů: uživatelé domova pro seniory; uživatelé domu na půl cesty; uživatelé chráněného bydlení; uživatelé nízkoprahového denního centra.
2. Jaké jsou pozitivní přínosy hry pro uživatele ergoterapie?
3. Dle jakých kritérií můžeme hodnotit hru jako prostředek ergoterapie?

¹³⁹ Klusoňová, Špičková, 1998, str. 181.

¹⁴⁰ Klusoňová, Špičková, 1998, str. 181.

5.9

6 Využití kompenzačních pomůcek v práci s uživatelem

6.1 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou technické pomůcky nahrazující ztracenou nebo nedostatečnou tělesnou funkci, kterou nelze získat nebo obnovit žádným léčebným postupem. Podle vzdálenosti od těla postiženého se kompenzační pomůcky dají na¹⁴¹:

- Tělu vzdálené, jedná se např. o pomůcky pomáhající lidem s pohybovým postižením překonávat překážky – plošiny pro překonávání schodů, výtahy, atd.
- Těla se dotýkající. Například pomůcky sloužící lidem se smyslovým postižením – brýle, naslouchadla, atd.
- Do těla vložené. Mezi tyto pomůcky se řadí kardiostimulátor, nebo náhrady kloubů.¹⁴²

Ergoterapeut může sehrát významnou roli při výuce používání kompenzačních pomůcek. Uživatel může jejím prostřednictvím začlenit pomůcku do svého tělesného schématu a naučit se ji používat tak, aby v co nejvyšší možné míře nahradila postiženou funkci.¹⁴³

Z praxe vyplývá, že pokud se pomůcky nezačnou ihned, když porucha nastala, najde si postižený náhradní mechanismus, jak si bez pomůcky pomoci. Nerad se pak pomůcce přizpůsobuje, i když mu může jeho život usnadnit více, než jim užívány postup. Může například jít o nahrazení úchopu postižené ruky pomocí zubů. Dochází tak k jejich zbytečnému přetěžování a navíc se postižený dostává do různých neestetických a nehygienických situací.¹⁴⁴

6.2 Technické prostředky

Kromě kompenzačních pomůcek rozeznáváme ještě technické prostředky, což jsou složitější zařízení a přístroje, které slouží k odstranění bariér nejen v prostoru, ale

¹⁴¹ Pfeiffer, 1990, str. 139.

¹⁴² Pfeiffer, 1990, str. 139.

¹⁴³ Pfenninger, 1979, str. 6.

¹⁴⁴ Křivošíková, 2011, str. 307.

především v komunikaci. Jde o technické systémy, nebo počítačové programy. Technické prostředky lze rozdělit na:¹⁴⁵

- prostředky málo náročné na obsluhu. Jsou levnější, snadno dostupné a upravitelné. - např. upravená klávesnice k počítači.¹⁴⁶
- Prostředky vysoce náročné na obsluhu, Tyto prostředky vyžadují zcvik pro jejich používání, jde např. o specializované počítačové programy pro práci s textem pro nevidomé.¹⁴⁷

6.3 Výběr kompenzační pomůcky

Ergoterapeut se podílí nejen na výrobě kompenzačních pomůcek, ale také napomáhá konkrétnímu uživateli při jejich výběru a následném zaučení v jejich používání. Ergoterapeut hraje důležitou roli zejména při výběru nejvhodnější kompenzační pomůcky pro konkrétního uživatele.¹⁴⁸ Výběr pomůcky je výsledkem domluvy ergoterapeuta, uživatele a jeho rodiny (pomoc při nácviu, edukace, denní užívání). Základem je podrobné vyšetření uživatele, zhodnocení jeho funkčních schopností, podmínek domácího prostředí, atd. Pomůcka musí splňovat některá kritéria:¹⁴⁹

- zjednodušení a pomoc při výkonu činnosti,
- přijatelnost pro uživatele / rodinu a prostředí,
- splnění požadavku flexibility, její praktické provedení a použití v různém prostředí – velikost, udržovatelnost, přenosnost, kombinace s dalšími pomůckami,
- nastavitelnost jednotlivých komponentů – nastavení výšky područek, sklonu opěry zad u vozíků, apod.
- bezpečnost, jednoduchost obsluhy,
- zajištění servisu a údržby,

¹⁴⁵ Krivošíková, 2011, str. 307.

¹⁴⁶ Krivošíková, 2011, str. 307.

¹⁴⁷ Krivošíková, 2011, str. 308.

¹⁴⁸ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 246.

¹⁴⁹ Krivošíková, 2011, str. 310.

- splnění finančních možností uživatele / rodiny.¹⁵⁰

Úspěšné použití pomůcek pro potřeby handicapovaných předpokládá nalézt tzv. dobré vyladění, to znamená vybrat takovou pomůcku, která bude odpovídat potřebám uživatele. Ideální je taková pomůcka, která je vhodná pro konkrétní činnost, ke které má sloužit a zároveň odpovídá fyzickým, kognitivním a sensorickým nárokům budoucího uživatele. Výsledkem by potom měla být větší nezávislost handicapovaného.¹⁵¹

Zejména u technicky náročnějších pomůcek je ideální, když potřeby uživatele hodnotí členové týmu různých odborností – lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, technik, pečovatel, uživatel, a další.¹⁵²

6.4 Shrnutí

Kompenzační pomůcky a technické prostředky umožňují uživatelům provádět samostatně **běžné úkony** v domácnosti, případně na pracovišti, a umožňují **aktivní život**. Jedná se o technicky jednoduché i velmi sofistikované pomůcky a přístroje. Na jejich **výběru** a pozdějšímu **nácviku** používání se podílí tým odborníků.

6.5 Otázky k zamyšlení

Popište rozdíl mezi kompenzační pomůckou a technickým prostředkem?

Jaká je úloha ergoterapeuta při výběru kompenzační pomůcky?

Jaká kritéria pro uživatele musí splnit kompenzační pomůcka?

¹⁵⁰ Krivošíková, 2011, str. 310.

¹⁵¹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 246.

¹⁵² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 246.

7 Význam prostředí v ergoterapii

7.1 Hodnocení prostředí

Člověk své aktivity provádí vždy v nějakém prostředí. V domácnosti, i v zaměstnání, ale i při volnočasových aktivitách je obklopen prostředím, které je charakterizováno těmito faktory:¹⁵³

- **Fyzické faktory prostředí.** Mezi fyzické faktory se řadí přírodní a lidmi vytvořené prostory a předměty. Geografické a klimatické podmínky mohou vytvářet specifické požadavky na provádění činnosti, které ovlivňují požadované úkony a vyžadují určité schopnosti. Například horské oblasti vyžadují od svých obyvatel zcela specifické druhy činností. U osob s postižením může přirozené prostředí vytvářet zvláštní požadavky, např. zda je možné, aby dítě s postižením navštěvovalo v určitém ročním období vzdálenou školu.¹⁵⁴
- **Sociální faktory prostředí.** Chování a postoje člověka jakožto společenského tvora určuje jeho postavení ve skupině a vztahy uvnitř této skupiny. Součástí sociálního chování jsou však i postoje a stereotypy. Z tohoto důvodu se lidé, kteří se nějakým způsobem liší od majority, musí potýkat s bariérami, které snižují jejich přijetí ostatními. Tito lidé se musí učit chápat sociální předsudky svého okolí. K asociálním faktorům lze řadit i ekonomické podmínky a dostupnost zdrojů, které určují, zda má osoba s onemocněním možnost získat adekvátní kompenzační pomůcky, které ji umožní žít plnohodnotný život.¹⁵⁵
- **Kulturní faktory prostředí.** Kultura se vztahuje k hodnotám, přesvědčením a zvykům, které jsou předávány z generace na generaci. Zahrnuje sociálně přenosné způsoby chování. Kultura ovlivňuje výkon zaměstnání v mnoha ohledech. Určuje čas a místo k vykonávání aktivit. Kulturní faktory také ovlivňují představy o sociálních rolích, např. obsah mužské a ženské role. Kultura má také vliv na volbu toho co bude osoba dělat, jak to bude dělat a jak bude vnímána. Na kultuře rovněž závisí, jak lidé vnímají své zdraví, jak vnímají nemoc a postižení.¹⁵⁶

¹⁵³ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 164.

¹⁵⁴ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 164.

¹⁵⁵ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 164.

¹⁵⁶ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 165.

- **Institucionální faktory prostředí** představují pravidla, nařízení, zákony a správní normy společnosti. Ovlivňuje rozsah dostupné péče v rámci zdravotního pojištění, hrazení kompenzačních pomůcek, atd.¹⁵⁷
- Ergoterapeut by se měl kromě domácího prostředí zabývat také prostředím, které obklopuje uživatele na pracovišti. Cílem je hodnotit dosažitelnost zaměstnání a analýza uspořádání pracoviště. Ergoterapeut tak může i pro zdravého člověka posoudit ergonomické a psychologické podmínky pracovního prostředí. Tato analýza může být prospěšná pro předcházení nemocí z povolání a současně napomáhá k zefektivnění práce a snižování stresu, což se může pozitivně odrazit v pracovním výkonu.¹⁵⁸

Při hodnocení pracovního prostředí ergoterapeut posuzuje obecně charakteristiky pracoviště a rizikové faktory pracovních podmínek. Rizikovými faktory jsou:

- Pracovní úkoly – manipulace s předměty jejich váha množství atd.
- Polohová zátěž – práce ve vynucených polohách.
- Pohybová zátěž – střídání zátěže, rovnoměrnost rozložení pohybu.¹⁵⁹

Úkolem ergoterapeuta je sladit prostředí a dovednosti osoby tak aby bylo maximálně usnadněno vykonávání činnosti. V této oblasti může docházet k určitému překrývání role ergoterapeuta s dalšími profesemi. Ergoterapeut se však na rozdíl od ostatních zabývá adaptací prostředí z terapeutického důvodu. Stejně jako činnost lze i prostředí analyzovat a přizpůsobovat za účelem podpoření či umožnění terapeutické intervence. Aby mohl ergoterapeut navrhnout adaptace prostředí, které budou podporovat určitou činnosti, je nezbytné, aby prostředí dobře znal. Musí provést analýzu, aby zjistil potřeby uživatele, možnosti prostředí. Z provedené analýzy potom vyvodí vhodné způsoby úpravy okolí, případně navrhne užití vhodné kompenzační pomůcky.¹⁶⁰

Před provedením analýzy prostředí je třeba sledovat tyto oblasti:

- k čemu je prostředí určeno,
- vztah osoby k dané aktivitě,

¹⁵⁷ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 165.

¹⁵⁸ Krivošíková, 2011, str. 261.

¹⁵⁹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 165.

¹⁶⁰ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 166.

- co je cílem plánované úpravy.¹⁶¹

Analýzou prostředí se ergoterapeut snaží odstranit bariéry, které brání uživateli v provádění aktivity.

Fyzické prostředí by mělo být hodnoceno z hlediska přístupnosti, bezpečnosti a estetiky. Hodnocení fyzického prostředí zahrnuje posuzování přiměřenosti životního prostoru jedince pro naplnění jeho jedinečných potřeb. V případě osob s postižením musí být ergoterapeut schopen pomocí přizpůsobených nebo kompenzačních pomůcek vynahradit chybějící funkci uživatele tak, aby mohlo domácí i pracovní činnosti vykonávat s co největším komfortem.¹⁶²

Techniky analýzy prostředí:

- Obsahová analýza – objektivní posouzení kdo a co je přítomno v prostředí
- Analýza nároku - posouzení jednotlivých vlivů prostředí na osobu a její chování. Popisuje, zda jsou požadavky prostředí vyhovující aktivitě a terapeutickým cílům uživatele.
- Adaptivní analýza identifikace faktorů, které je třeba změnit nebo upravit, zjišťuje, které faktory mohou být změněny za účelem zlepšení aktivity uživatele.¹⁶³

7.2 Shrnutí

Prostředí uživatele je tvořeno **fyzickými, sociálními, kulturními a institucionálními faktory** - v **domácnosti, na pracovišti, v sociálním okolí**.

7.3 Otázky k zamyšlení

Zamyslete se nad rozdíly mezi kulturními a sociálními faktory prostředí uživatele.

K čemu slouží analýza prostředí uživatele ergoterapeutem?

¹⁶¹ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 166.

¹⁶² Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 166.

¹⁶³ Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 166.

8 Ergoterapie v různých oborech

8.1 Ergoterapie v chirurgii, traumatologii a ortopedii

Chirurgické obory se zabývají léčbou velkého počtu zdravotních poškození pohybového systému a onemocněním jiných orgánů. Rehabilitace se týká téměř všech pooperačních stavů, s výjimkou kontraindikací. Ergoterapie má místo především u pacientů s postižením pohybového ústrojí a po jiných závažných operacích, které vyžadují dlouhodobou hospitalizaci. Těchto případů ubývá díky stále lepším operačním metodám a přístrojovému vybavení.¹⁶⁴

V současnosti vzniká řada specializovaných pracovišť, které se soustředí na specifické problémy – rekonstrukční chirurgie ruky, léčba popálenin, plastická chirurgie, kardiochirurgie, transplantologie, apod. Pro náročnější výkony a nové způsoby operací na pohybovém systému jsou vymezena pracoviště (operace páteře, apod.). Úspěšná operace úzce souvisí s kvalitou rehabilitační péče. U všech pooperačních stavů musí být zajištěna preventivní rehabilitační intervence, které zabraňují vzniku pooperačních komplikací. Na těchto úkonech se podílí ošetřovatelský personál, u těžších stavů především fyzioterapeut.¹⁶⁵

Uživatelé po operaci nebo úrazu jsou v první fázi imobilní. Délka tohoto období se liší v závislosti na výkonu a zdravotním stavu pacienta. Rehabilitace spočívá především v prevenci komplikací a sekundárních změn, které mohou vlivem imobilizace nastat. Lékaři předepisují kondiční cvičení s dechovou gymnastikou, včasná vertikalizace, aktivní cvičení volných kloubů, protiotoková opatření, cévní gymnastika a izometrické kontrakce svalů pod fixací, psychická aktivace.¹⁶⁶

Úkolem ergoterapeuta je naučit pacienta zvládat běžné denní činnosti – samoobsluha. Tento nácvik je důležitý zejména u samostatně žijících osob. U pacientů s postižením a fixací dolních končetin musí mít před propuštěním domů zvládnuté základní dovednosti lokomoce a mobility. U všech uživatelů je důležitá edukace ve způsobu domácí rehabilitace.¹⁶⁷

¹⁶⁴ Klusoňová, 2011, str. 61.

¹⁶⁵ Klusoňová, 2011, str. 61.

¹⁶⁶ Klusoňová, 2011, str. 61.

¹⁶⁷ Klusoňová, 2011, str. 61 – 62.

8.2 Ergoterapie u interních onemocnění

Interní obory jsou rozděleny do specializovaných směrů, které se zabývají onemocněním různých systémů:

- kardiologie - onemocnění kardiovaskulární,
- pneumologie - respirační choroby,
- gastroenterologie - nemoci zažívacího traktu,
- hematologie - nemoci krve,
- endokrinologie - nemoci látkové výměny.¹⁶⁸

Z historického hlediska se ergoterapie uplatňovala nejdříve v sanatoriích pro léčbu tuberkulózy. Prvořadým významem dlouhodobé léčby bylo pozitivní působení na pacienta, zlepšení zdravotního stavu a obnova kondice.¹⁶⁹

U interních chorob dochází často u uživatelů ke snížení kondice. Rehabilitace má za úkol její obnovu. Správně indikovaná léčba upravuje oběhové poměry a zlepšuje metabolické pochody. Úkolem ergoterapeuta je naučit pacienta upravit denní režim s maximálním šetřením energie v přirozeném prostředí. Jde o úpravu bytu, případně pracoviště, a organizaci běžných denních činností, aby byla zachována maximální míra nezávislosti uživatele za minimálního energetického výdeje.¹⁷⁰

8.3 Ergoterapie v revmatologii

Onemocnění kloubů patří k významným příčinám pracovní neschopnosti a invalidity (v ČR 5. místo). V České republice trpí některou z forem kloubního onemocnění 1,5 milionu lidí. OSN a WHO vyhlásila program „Dekáda onemocnění kostí a kloubů 2000 – 2010“, ke které se Česká republika přihlásila. Cílem programu bylo zlepšit prevenci a léčbu těchto onemocnění.¹⁷¹

¹⁶⁸ Klusoňová, 2011, str. 108.

¹⁶⁹ Klusoňová, 2011, str. 108.

¹⁷⁰ Klusoňová, 2011, str. 108.

¹⁷¹ Klusoňová, 2011, str. 119.

V revmatologii má rehabilitace důležité postavení a je součástí komplexní terapie. Má i preventivní význam. Dlouhodobé zkušenosti ukázaly významnou úlohu rehabilitace v počátečním stádiu onemocnění.¹⁷²

Nejznámější třídící systém rozděluje revmatická onemocnění na:

- zánětlivá revmatická onemocnění,
- metabolické nemoci kloubů a páteře,
- degenerativní nemoci kloubů a páteře,
- mimokloubní revmatismy.¹⁷³

Komplexní terapie se skládá z:

- medikamentózní léčbu (protizánětlivé léky, analgetika),
- psychologické působení (výchova, poučení, spolupráce, režimová opatření),
- rehabilitační prostředky (pohybová léčba, fyzikální terapie, ergoterapie, lázeňská léčba, sociální a pracovní rehabilitace),
- chirurgická léčba (synovektomie, resekce, aloplastiky).¹⁷⁴

Hlavním cílem ergoterapie v revmatologii je udržení kloubní pohyblivosti, boj proti deformitám, náprava vznikajících degenerativních změn, udržení dobré tělesné a duševní kondice, pracovní schopnosti a nezávislosti.¹⁷⁵

8.4 Ergoterapie v onkologii

Řada onkologických onemocnění je v současné době léčitelná, ale léčbu provází velká fyzická a psychická zátěž. Pacient podstupuje řadu vyšetření, chirurgických zákroků, následnou specifickou léčbu, kdy je zatěžován nepříjemnými vedlejšími účinky. Prožívá strach s choroby, z léčby a jejího účinku, strach z bolesti a umírání, strach o rodinu.¹⁷⁶

Ergoterapeut se stará především o psychiku nemocného. Terapie musí zohledňovat všechny psychické i fyzické následky. Cílem je psychická stabilizace a vůle přijmout boj proti nemoci. Další možností terapie u onkologicky nemocných je práce s následky

¹⁷² Klusoňová, 2011, str. 119.

¹⁷³ Klusoňová, 2011, str. 119.

¹⁷⁴ Klusoňová, 2011, str. 119.

¹⁷⁵ Klusoňová, 2011, str. 119.

¹⁷⁶ Klusoňová, 2011, str. 127.

v oblasti pohybového ústrojí. Mohou to být stavy po amputacích, spondylodézy, artrodézy, míšní léze, poruchy funkce mozku, polyneuropatie.¹⁷⁷

Ergoterapeutické prostředky:

Zaměstnání - aktivace všech zdravých funkcí a odpoutání mysli od nemoci prostřednictvím různých aktivit – výtvarné techniky, ruční práce, společenské hry, a dalších, převážně duševních činností.¹⁷⁸

Trénink koncentrace pomocí relaxačních technik s vizualizací, muzikoterapie, využití prvků jógy, trénování kognitivních funkcí, cvičení pomocí Feldenkraisovy metody.¹⁷⁹

Edukační programy a poradenská činnost individuální, skupinová, včetně práce s rodinou uživatele (řešení denního režimu, výživy, mezilidských vztahů, sociálních problémů. ...) ¹⁸⁰

Cílená ergoterapie při funkčních ztrátách, cílem návratu nebo částečné obnovy funkce, eventuálně získání náhradní funkce. V indikovaných případech jde o trénink tolerance běžné denní až pracovní zátěže.¹⁸¹

Výchova a výcvik má vést k maximálně možné nezávislosti s využitím kompenzačních, substitučních a adaptačních mechanismů (triky, kompenzační a technické pomůcky, úprava prostředí).¹⁸²

Ergoterapeut, který pracuje s onkologicky nemocnými, musí absolvovat další vzdělávání, nebo kvalitní vstupní vzdělávání pod dohledem odborníka (psychologický přístup, komunikace). Musí úzce spolupracovat s ošetřujícím lékařem, ošetrovatelským týmem, psychologem, sociálním pracovníkem a rodinou pacienta.¹⁸³

8.5 Ergoterapie v neurologii

Postižení nervového systému centrálního nebo periferního vyžaduje dlouhodobou léčbu a často zanechává trvalé následky. Příčinou jsou úrazy, cévní onemocnění, záněty, nádory,

¹⁷⁷ Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁷⁸ Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁷⁹ Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁸⁰ Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁸¹ Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁸² Klusoňová, 2011, str. 127.

¹⁸³ Klusoňová, 2011, str. 127.

toxické vlivy, vrozené vady a také degenerativní onemocnění. Důležitá je ucelená rehabilitace se všemi složkami (léčebná, sociální, pedagogická, pracovní rehabilitace).¹⁸⁴

Je nutné se zaměřit na:

- **včasnost rehabilitační intervence** - z důvodů prevence komplikací a sekundárních změn a využití regeneračních schopností nepoškozených struktur. Často bývá rehabilitace indikovaná již v akutní fázi. Terapeutické postupy jsou dané lokalitou, rozsahem a charakterem postižení.¹⁸⁵
- **produktivní týmová spolupráce a komplexnost terapeutického týmu** včetně rodiny - nutná vzhledem k závažnosti a složitosti diagnostiky a léčby. Uživatel potřebuje psychickou podporu svých nejbližších, kteří se s ním musí naučit produktivně a přiměřeně jednat a poskytovat asistenci. Na léčbě se podílí řada odborníků, jsou to lékaři neurologové, neurochirurgové, ošetrovatelský personál, rehabilitační lékaři a terapeuti, může to být psycholog, logopéd, sociální pracovník, speciální pedagog, protetik a další odborníci jiných oborů.¹⁸⁶
- **dostatečná doba terapie** - rozhodujícím ukazatelem úspěšnosti rehabilitace. Předčasné přerušování a ukončení rehabilitace je příčinou vzniku patologických pohybových stereotypů a závažných a nevratných sekundárních změn.¹⁸⁷
- **návaznost terapeutických zásahů** a následně i složek komplexní rehabilitace vede nejen k dobrým výsledkům terapie, ale i k úspěšné resocializaci osob s trvalými následky.¹⁸⁸
- **dostupnost služeb** - síť rehabilitačních a sociálních zařízení a center (forma hospitalizační, ambulantní i terénní péče, chráněná pracoviště, bydlení, sociální služby).¹⁸⁹

¹⁸⁴ Klusoňová, 2011, str. 128.

¹⁸⁵ Klusoňová, 2011, str. 128.

¹⁸⁶ Klusoňová, 2011, str. 128.

¹⁸⁷ Klusoňová, 2011, str. 128.

¹⁸⁸ Klusoňová, 2011, str. 128.

¹⁸⁹ Klusoňová, 2011, str. 182

8.6 Ergoterapie v psychiatrii

8.6.1 Psychiatrie

Psychiatrie jako první z medicínských oborů začala ergoterapii využívat (viz kapitola historie ergoterapie). Po mnohaletém úsilí existují v současné době metodicky propracované terapeutické postupy, včetně léčebné, sociální a pracovní rehabilitace. V léčebnách je uplatňována celodenní režimová léčba, která napomáhá k celkovému uzdravení.¹⁹⁰

Z rehabilitačních možností lze uplatnit individuální i skupinovou léčebnou tělesnou výchovu s využitím jógy a dalších sportovních aktivit. Dalšími možnostmi je např. fyzikální terapie, masáže, nebo elektroléčba.¹⁹¹

Ergoterapie psychiatrickým pacientům nabízí možnost vyplnění volného času a přispívá k zavedení pravidelného denního režimu, k udržení aktivity a kondice. Ergoterapeut s uživatelem trénuje nácvik oslabených nebo vymizelých funkcí a porušených schopností. Předpracovní ergoterapie je přípravou na zařazení do navazujících (sociálních) služeb – např. chráněné dílny, apod. Ergoterapeut ve spolupráci se sociálním pracovníkem připravuje uživatele na samostatný život mimo léčebné zařízení v oblasti sebeobsluhy, domácnosti, navazování, příp. nalézání sociálních kontaktů, nalézání vhodných sociálních služeb jako je chráněné bydlení, komunita, osobní asistence apod. V současné době tyto služby na území České republiky nabízejí např. Fokus, Společnost Duha, Péče o duševní zdraví.¹⁹²

Ve zdravotnickém zařízení s uživatelem pracuje tým, který prování následující činnosti:

- **psychoterapii** - vedená psychoterapeutem buď individuálně, nebo skupinově,¹⁹³
- **muzikoterapii** - vedená muzikoterapeutem využívá tlumivého nebo stimulačního vlivu hudby např. spojené s pohybem nebo hrou na nástroj,¹⁹⁴
- **edukační činnosti** - jsou činnosti vzdělávací, osvětové, kulturní nebo sportovní, mají za úkol aktivizovat a stimulovat intelektuální schopnosti, resocializaci, adaptaci na společnost,¹⁹⁵

¹⁹⁰ Klusoňová, 2011, str. 187.

¹⁹¹ Klusoňová, 2011, str. 187.

¹⁹² Klusoňová, 2011, str. 187 - 188.

¹⁹³ Klusoňová, 2011, str. 188.

¹⁹⁴ Klusoňová, 2011, str. 188.

¹⁹⁵ Klusoňová, 2011, str. 188.

- **arteterapii a příbuzné obory** - pomáhají prostřednictvím výtvarných nebo jiných aktivit vyjadřovat a pochopit vnitřní svět uživatele a pomoci s léčbou,¹⁹⁶
- **ergoterapii a pracovní terapii** - individuální nebo skupinovou jako všechny výše zmíněné činnosti pod vedením terapeuta. Může být realizována v interiéru i v exteriéru – parku, hřišti, apod.¹⁹⁷

8.6.2 Členění terapeutických činností dle náročnosti

1. kategorie – jednoduché stereotypní činnosti, které nevyžadují pozornost ani další psychickou zátěž (zametání, umývání, skládání, hrabání, ...),¹⁹⁸

2. kategorie – jednoduché činnosti vyžadující určitý stupeň pozornosti, schopnosti rozlišovat, reprodukovat (třídění, vystřihování dle nákresu, obšívání, jednoduché tkaní, příprava materiálu, okopávání, zalévání, ...),¹⁹⁹

3. kategorie – náročnější činnosti, které vyžadují určitou zručnost, dovednosti, vědomou a částečnou samostatnost (vyšívání, pletení, šití, knihvazba, batikování, tkaní na stavu, sekání trávy, přesazování, práce se dřevem i kovem),²⁰⁰

4. kategorie – práce řemeslného charakteru, opravy, administrativní činnosti, vedení a organizování malé skupiny při práci, činnosti spojené s odpovědností a spoluprací.²⁰¹

8.6.3 Členění aktivity z hlediska pacienta

1. stádium – provokovaná aktivita, kdy pracuje terapeut nebo schopný uživatel a pasivní uživatel pomáhá. Je přítom povzbuzován a monitorován.²⁰²

2. stádium – počáteční aktivita, kdy se uživatel zapojuje, potřebuje občas povzbudit, usměrnit a pomoci.²⁰³

3. stádium – spontánní aktivita, kdy uživatel pracuje samostatně v rámci své skupiny a po krátké instruktáži. Občas potřebuje povzbuzení nebo pochvalu, usměrnění, pokud je to možné, je kontrola terapeuta nenápadná, uživatel by ji neměl vnímat.²⁰⁴

¹⁹⁶ Klusoňová, 2011, str. 188.

¹⁹⁷ Klusoňová, 2011, str. 188.

¹⁹⁸ Klusoňová, 2011, str. 189.

¹⁹⁹ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰⁰ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰¹ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰² Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰³ Klusoňová, 2011, str. 189.

4. stádium – iniciativní aktivita, kdy se uživatel zapojuje bez vyzvání, předkládá návrhy, radí spolupacientům, je schopen vést menší skupinu.²⁰⁵

Pracovní činnost spojená se zálibou jsou pro uživatele nejméně psychicky zatěžující, stejně tak rutinní práce. Nejnáročnější činnosti vyžadují spolupráci, schopnost podřídit se a přizpůsobit se. Také práce spojená s učením, se samostatností a odpovědností je zatěžující.²⁰⁶

Ke kontraindikacím ergoterapie patří vyčerpanost, únava, akutní stavy spojené se zmateností, ztrátou orientace, agresivitou, těžká neurastenie.²⁰⁷

Cíle ergoterapie v psychiatrii:

- udržet zdravé funkce, postupně zvyšovat pracovní zdatnost, obnovovat ztracené funkce,
- korekce jednání, obnovení sociálních kontaktů, tolerance nejbližších,
- obnovení soběstačnosti a docílení maximální resocializace.²⁰⁸

Cílem ergoterapeutických programů je nezávislý uživatel, uživatelé prostřednictvím programů obnovují a nacvičují svoje pracovní dovednosti. Ergoterapie slouží jako další krok k sociální rehabilitaci prostřednictvím navazujících služeb – chráněné dílny, chráněné bydlení, sociální rehabilitace a další. Tyto služby napomáhají přechodu k samostatnému životu. Ergoterapeut při práci s uživatelem musí znát progres a proces nemoci, vedlejší účinky léků, aby mohl lépe plánovat terapeutickou intervenci a zařazovat terapeutické činnosti dle možností konkrétního uživatele, druhu a fáze jeho onemocnění. Komplexní léčba psychiatricky nemocných vyžaduje týmové řešení – psychiatr, psycholog, ošetrovatelský personál, terapeuti.²⁰⁹

8.6.4 Práce s uživateli s mentální retardací

Mentální retardací myslíme snížení intelektuální kapacity, rozumových schopností, provázené poruchami adaptace a změnami chování. Nejedná se o duševní nemoc, ale o vývojové poruchy vzniklé v prenatálním období nebo do dvou let po narození. Příčin je

²⁰⁴ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰⁵ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰⁶ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰⁷ Klusoňová, 2011, str. 189.

²⁰⁸ Klusoňová, 2011, str. 190.

²⁰⁹ Klusoňová, 2011, str. 192.

řada, můžeme do nich počítat i zanedbání péče a výchovy. Nedá se předpokládat dosažení normálního intelektu. V učení je důležitá důslednost. Výsledkem kvalitní práce je zlepšení podmínek, výkonu a adaptace.²¹⁰

Hlavní zásady ergoterapeutické práce s mentálně postiženým uživatelem:

- láskyplný přístup,
- přísné dodržování hlediska přiměřenosti,
- střídání aktivit s odpočinkem, častější změna programu a prostředí,
- uplatňování stimulace všech receptorů,

pokud existuje možnost pozvolna zvyšovat nároky.²¹¹

8.7 Ergoterapie v geriatрии

8.7.1 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský interdisciplinární obor, který se zabývá se léčbou a prevencí, integrací a metodickou činností vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Tato role je umožněna zvláště propojením geriatrie jako klinické gerontologie s gerontologií experimentální a sociální.²¹²

Geriatrie má za úkol optimalizovat zdravotní a funkční stav seniora, zvláště snižování počtu chronických nemocí a jejich následků v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvracení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku.²¹³

Stárnutím rozumíme souhrn fyziologických a biologických změn probíhajících v čase. Změny se odehrávají v celém organismu, vzniklé změny jsou nevratné. Proces stárnutí je ovlivněný geneticky, životním stylem a prostředím. Změny nastávají i v oblasti psychiky a emočního ladění. Seniorská populace může být postižena typickými chorobami – kardiovaskulárními, diabetem, degenerativními chorobami kloubů, demencí, poruchami zraku a sluchu. Senioři mohou být postiženi polymorbiditou, sníženou odolností proti infekcím, rychlejší unavitelností, depresemi, úzkostí. Stárnutí populace postihuje vospělou

²¹⁰ Klusoňová, 2011, str. 192.

²¹¹ Klusoňová, 2011, str. 193.

²¹² Přehnal, 2001, str. 2.

²¹³ Přehnal, 2001, str. 2.

část světa. Státy na tuto situaci reagují zřizováním a podporou specifických sociálních a zdravotních služeb zaměřených na seniorskou populaci. Senioři potřebují podporu při náplni volného času, nastupujících zdravotních problémech, při zajišťování bezpečnosti, pomoc a asistenci v sebeobslužných činnostech.²¹⁴

Ergoterapie má v léčebné a sociální rehabilitaci seniorů široké uplatnění. Je prováděna individuálně i skupinově. Hlavním cílem je obnovit po nemoci nebo úrazu narušené funkce a udržet co možná nejdéle všechny zdravé funkce, aktivitu a nezávislost seniora. Rehabilitace musí být zahájena včas a dostatečně často a dlouho. Změny způsobené nepohyblivostí (trofické změny svalů) nastupují velmi rychle a následná regenerace jde velmi pomalu a nedostatečně.²¹⁵

Ergoterapeut zároveň řeší úpravy bytu a vhodné pomůcky tak, aby uživatel mohl být aktivní a soběstačný i nadále. V současné době nastupuje trend umožnit uživatelům závislých na pečující osobě život v domácím prostředí.²¹⁶

Pokud je senior umístěn v lékařském nebo sociálním zařízení (LDN, domov pro seniory, ...), je úkolem ergoterapeuta udržovat jeho pohybové schopnosti a sebeobslužné dovednosti. Při pobytech v zařízení uživateli díky poskytovaným službám přibude hodně volného času. Je nutné jej nenásilně vtáhnout do aktivit zařízení. Ty pomohou také k navázání nových sociálních kontaktů.²¹⁷

Pro seniory jsou důležité přirozené vazby, sociální kontakty a smysluplné a přiměřené naplnění volného času. K tomu slouží kluby (kluby důchodců), kulturní a vzdělávací programy (univerzita 3. věku, počítačové kurzy, návštěvy divadel, apod.) a organizované pohybové aditivity (cvičení, výlety, zájezdy). Ergoterapeut v rámci základního sociálního poradenství (§ 37 zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách) může seniorovi nabídnout další sociální služby a navazující aktivity (denní stacionář, doprovod, jídelnu, apod.).²¹⁸

8.7.2 Hlavní oblasti ergoterapie se seniory:

Hrubá motorika – je nutné ji udržovat a obnovovat, zejména bezpečnou chůzi, schopnost sedat a vstávat, dosáhnout do nižší polohy s lehkým předklonem a oporou o jednu horní končetinu a dosáhnout do vyšší polohy s neúplným vzpažením, bez záklonu

²¹⁴ Klusoňová, 2011, str. 195.

²¹⁵ Klusoňová, 2011, str. 195.

²¹⁶ Klusoňová, 2011, str. 195.

²¹⁷ Klusoňová, 2011, str. 195.

²¹⁸ Klusoňová, 2011, str. 195.

hlavy. Také obracení vleže na bok a záda a posazení s nohama přes okraj postele. Tyto schopnosti podpoříme zaměstnáváním činnosti, kde dochází ke střídání sedu, krátkodobého stoje a přecházení (péče o květiny, příprava jídla, úklid, malé pohybové hry, tanec, u méně zdatných i vleže).²¹⁹

Jemná motorika – pro dobré fungování jemné motoriky je nutné zachovat koordinaci oko-ruka, bimanuální souhru a součinnost velkých segmentu horních končetin a prstů s percepčními funkcemi. Vhodné aktivity jsou např. ruční práce, manipulační cvičení, stolní hry, grafomotorická cvičení – psaní, kresba, malba.²²⁰

Trénink soběstačnosti, udržení a obnovení schopnosti základní sebepečce (osobní hygiena, najíst se, obléknout se) je nejdůležitějším cílem ergoterapie u seniorů. Stupeň nezávislosti úzce souvisí s hrubou i jemnou motorikou a psychickými schopnostmi. Snažíme se o dosažení nejvyššího možného stupně nezávislosti s využitím kompenzačních pomůcek a optimálním přizpůsobením prostředí a podmínek.²²¹

Trénink kognitivních funkcí má významnou pozici v ergoterapii seniorů. Jde o trénink paměti, všítivosti, pozornosti, koncentrace, orientace v místě a v čase. Uplatňuje se terapie skupinová (max. do 6 osob) nebo individuální. Prostředků je velmi mnoho. Mohou se uplatnit cíleně zadané úkoly, hry, využití biografie uživatele, jeho osobního profilu (dětství, rodina, zážitky z života), vzpomínání – reminiscence (staré filmy, noviny, fotografie), praktické činnosti vyžadující pozornost, soustředění (činnosti podle návodu – vaření dle receptu). Cvičení kognitivních funkcí lze spojit i s pohybovými aktivitami (vycházka, pohybové hry).²²²

Zájmové činnosti jsou v seniorském věku důležité z důvodu (nadbytku) volného času. Udrží aktivitu a umožňují sociální kontakt. Úkolem ergoterapeuta je motivovat k zájmové činnosti a pomoci vhodnou zájmovou činností najít, zejména u seniorů žijících samostatně. Zařízení pro seniory nabízejí různé zájmové činnosti formou kroužků, klubových aktivit, kurzů, nabídek kulturních akcí (keramika, výtvarné činnosti, poslech hudby, přednášky, canisterapie, počítače).²²³

Zařazování kreativních činností pro seniory má svá specifika a pravidla. Je optimální začínat činnostmi známými, oblíbenými a nenáročnými. Postupně jsou uživatelé ochotni

²¹⁹ Klusoňová, 2011, str. 195 – 196.

²²⁰ Klusoňová, 2011, str. 196.

²²¹ Klusoňová, 2011, str. 196.

²²² Klusoňová, 2011, str. 196.

²²³ Klusoňová, 2011, str. 196.

poznávat nové činnosti a postupy. Senioři rádi vyrábí věci, které mají užitkovou hodnotu nebo dárky. Rádi zhotoví celý výrobek sami, nechtějí navazovat na práci předchůdce, nechtějí nic zkazit, a proto se v některých případech nechtějí zapojit. Je vhodné vtáhnout uživatele např. nabídkou přihlížení, žádostí o radu, apod., aby se pak snadněji zapojili. Ergoterapeutický programy pro seniory musí být pestré, s obměnami, ale je dobré oblíbené činnosti v programu ponechat.²²⁴

8.7.3 Hlavní zásady ergoterapie v geriatrii

- v terapeutických postupech respektovat všechny biologické změny seniorského věku, s přihlédnutím k individuálním potřebám,
- všemi dostupnými prostředky udržovat a podporovat maximální možný stupeň nezávislosti, zejména v osobní obsluze,
- udržovat fyzický a psychický výkon (chůze, mozkové funkce). Motivovat k aktivnímu životu a sociálním kontaktům,
- poradenskou činností, instruktážemi a doporučeními pro uživatele i rodinu, upravit prostředí vhodnými pomůckami a vybavením, s cílem snížit denní zátěž a náročnost v osobním životě, upravit produktivně denní režim a zajistit bezpečnost,
- v indikovaných případech pomoci při zajištění potřebných sociálních služeb,
- cílem veškeré péče o seniory je zajistit stav tělesné, duševní a sociální pohody.²²⁵

8.8 Ergoterapie v pediatrii

Pediatrie neboli dětské lékařství je obor vnitřního lékařství zabývající se péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých. V České republice je horní věkovou hranicí den předcházející 19. narozeninám. Slovo pediatrie pochází z řeckého *παῖς* (pais = dítě) a *ιατρός* (iatros = lékař).

²²⁴ Klusoňová, 2011, str. 197.

²²⁵ Klusoňová, 2011, str. 198.

Základní metodou ergoterapie při práci s dětmi je hra. Může být aplikována hned, jakmile to dovolí zdravotní stav dítěte. Musí samozřejmě odpovídat klidovému režimu a následné rekonvalescenci. Podněty musí být adekvátně dávkovány v souladu se zdravotním stavem a individuálními potřebami dítěte (věk, vyspělost, možnosti, přání). Dobře zvolená hra účelně doplní požadovaný denní režim. Péče o harmonický vývoj je velmi důležitý, zejména u dlouhodobě nebo opakovaně hospitalizovaných dětí. Prostředkem je osobní kontakt – rozhovor, fyzický kontakt.²²⁶

Hra je přirozená aktivita dětí, plně se uplatní také v rehabilitaci. Ergoterapeut může zároveň zastávat i pozici herního terapeuta (herní specialista²²⁷). Hra jako zaměstnávání (nespecifická, kondiční, psychologická) harmonizuje dětskou psychiku, odvádí pozornost od negativních vlivů, souvisejících se změnou zdravotního stavu, pomáhá na adaptaci na cizí prostředí, změněnou situaci a odloučení od rodiny. Hra udržuje a obnovuje aktivitu dítěte.²²⁸

Cílená ergoterapie hrou (specifická, funkční) stimuluje poškozené nebo oslabené pohybové funkce a rozvíjí kognitivní funkce. Hra se uplatňuje i při nácviu dovedností sebeobsluhy (oblékání, jídlo – oblékání panenky, krmení panenky). U dětí školního věku se uplatňují i různé kreativní terapeutické činnosti, jako práce s papírem, výtvarné činnosti, apod.²²⁹

Ergoterapie dětí může být realizována individuálně nebo v malých skupinách. Hlavním cílem je dosažení pohody, radostné atmosféry a zabránění negativních vlivů hospitalizace. U dlouhodobé léčby je ergoterapie významným činitelem v zajištění všestranného rozvoje dítěte, s ohledem na zdravotní stav ta, aby následky nemoci/úrazu co nejmenší.²³⁰

Další oblastí, kde ergoterapeut pracuje s dětmi, je péče o psychomotorický vývoj dětí s vrozenými vadami (zrakové, sluchové, mentální, DMO, aj.) např. ve střediscích rané péče nebo stacionářích. U těchto dětí je důležité zajistit kvalitní komplexní diagnostiku a rehabilitaci ve všech složkách s cílem dosažení integrace. Raná péče pomáhá řešit

²²⁶ Klusoňová, 2011, str. 199.

²²⁷ Herní specialista vytváří podmínky pro hru a tak umožňuje dítěti vyjádřit hrou, co cítí a jaké má potřeby. Je to samostatný odborník, který provádí specifickou činnost, zaměřenou nejen na dítě, ale také na jeho rodiče in: Handlířová, 2007, str. 29.

²²⁸ Klusoňová, 2011, str. 199.

²²⁹ Klusoňová, 2011, str. 200.

²³⁰ Klusoňová, 2011, str. 200.

problémy péče o postižené dítě v prostředí rodiny, usilovat o všestranný vývoj dítěte a preventivně cílenými zásahy zamezit patologickým sociálním vztahům v rodině.²³¹

Léčebná rehabilitace zde úzce spolupracuje s pedagogickou a sociální rehabilitací. Tým tvoří vedle rehabilitačních odborníků, psychologů a sociálních pracovníků také speciální pedagogové.²³²

V rámci sociální rehabilitace je možné zprostředkovat další služby, jako jsou stacionáře, osobní asistence, dobrovolnictví, apod.²³³

Hlavní zásahy ergoterapie v dětském věku:

- postupovat dle stupně psychomotorického vývoje,
- podporovat všestranný senzopsychomotorický vývoj,
- preferovat priority každého věkového období (smysly, motorika, řeč, herní dovednosti, grafomotorika, sociální vazby, samostatnost, profesní rozhodování),
- rozvíjet částečně zachovalé a neporušené funkce,
- využívat všechny adekvátní formy hry,
- produktivně spolupracovat s rodiči a ostatními členy terapeutického týmu,
- navázat včas a ve správnou chvíli na sociální a pracovní rehabilitaci.²³⁴

8.8.1 Požadavky na hračku

Hračka musí odpovídat hygienickým a bezpečnostním požadavkům. Velkou roli hraje i estetika (tvar, barva, materiál). Hračka musí korespondovat se stupněm vývoje dítěte a rozvíjet motorické schopnosti, smyslové vnímání, sociální vztahy, myšlení, fantazii a city. Hračky musí být funkční a bezpečné.²³⁵

8.9 Shrnutí

Ergoterapii lze efektivně aplikovat v různých **zdravotnických a zdravotně sociálních oborech** – chirurgie, traumatologie, ortopedie, revmatologie, neurologie, psychiatrie,

²³¹ Klusoňová, 2011, str. 200.

²³² Klusoňová, 2011, str. 200.

²³³ Klusoňová, 2011, str. 200.

²³⁴ Klusoňová, 2011, str. 200 – 201.

²³⁵ Klusoňová, 2011, str. 205.

geriatrie, pediatrie. Terapeutické **přístupy** a **metody** se liší v závislosti na **diagnóze** a **stupni poškození či postižení uživatele, věku uživatele, prognózy uzdravitelnosti**. Ergoterapie má funkci **diagnostickou, rehabilitační, preventivní a léčebnou**. Ergoterapeut vždy pracuje **v týmu odborníků** – lékař, psycholog, psychiatr, sociální pracovník, protetik, logoped, pediatr, pedagog.

8.10 Otázky k zamyšlení

Najděte alespoň dva rozdíly v ergoterapeutickém přístupu k těmto skupinám uživatelů: děti, senioři, uživatelé s mentálním postižením, uživatelé s onkologickým onemocněním?

Jaké jsou požadavky na hračky, kompenzační pomůcky?

Znáte ze svého okolí zařízení, které poskytuje ergoterapii pro psychiatricky nemocné uživatele?

9 Využití příbuzných oborů k doplnění komplexní péče o uživatele

Ergoterapeut při terapii s uživatelem může využívat metod a prostředků dalších oborů. Mluvíme zde o arteterapii, artefiletice, výtvarných technikách, pohybové výchově, psychoterapii, muzikoterapii, canisterapii, felinoterapii, apod. Ergoterapeut má možnost z těchto oborů čerpat nové možnosti, které:

- mají další terapeutický účinek (arteterapie, artefiletika, psychoterapie),
- pomůžou vyplnit volný čas (výtvarné aktivity, rukodělné aktivity),
- mají edukativní funkci (vzdělávací aktivity),
- nabízení zážitky, mohou být prostředkem, jak se dostat ze zařízení (kulturní, sportovní aktivity, tanec),
- procvičují drobnou a hrubou motoriku (ruční práce, práce se dřevem, pohybové aktivity),
- podporují dobré sebehodnocení uživatele, a další.

9.1 Výtvarné techniky

9.1.1 Uplatnění kresby, malby, grafiky v ergoterapii

Výtvarné činnosti mohou být realizovány v interiéru i exteriéru. Pracovní polohou je sed, stoj i zvýšené poloha vleže na zádech. Výtvarné techniky kladou větší nároky na jemnou motoriku a koordinaci.

Kresba i malba mají větší uplatnění v psychiatrii, kde s ní pracuje zejména arteterapeut. Sleduje vývoj obrazů nebo výsledky obrazů na zadaná témata. U uživatelů chronicky nemocných, kteří nemají přiměřeně vyplněný volný čas a nemohou pracovat, jsou výtvarné činnosti velmi významné. Mají možnost zůstat aktivní a realizovat se prostřednictvím ušlechtilé zábavy. Díky práci na artefaktu dochází k procvičení jemné motoriky a nácviku koordinace a koncentrace. U uživatelů, kde provádíme nácvik písma, výtvarné aktivity používáme jako doplněk léčebného programu. Kresebný vývoj může být diagnostikovatelný. Děti nemají u kreslení a malování žádné zábrany. Navíc k výtvarnému projevu jsou vedeny ve škole. Naopak adolescenti je už mít mohou. Velkou roli u nich hraje motivace. Dospělí pacienti bývají rozpačití při prvních pokusech, ale dobrou

motivací je apel na léčebné působení. U starších uživatelů motivace mnohdy chybí, ale pokud zdůrazníme praktičnost výrobku, zhostí se výtvarné činnosti rádi.²³⁶

9.1.2 Práce s papírem a její uplatnění u uživatelů

Práci s papírem se můžou věnovat všechny skupiny uživatelů. Je to práce nenáročná na čas i materiál. Dobře se uplatňuje ve všech typech zařízení. Používáme různé druhy nůžek a prořezávátek, noviny, časopisy, barevné papíry, lepidla. Práce s papírem může být prováděna vsedě u stolu i vleže na lůžku. Je fyzicky nenáročná a pohybově různorodá, nachází proto uplatnění v kondiční a funkční léčbě. Vyšší nároky jsou kladené na přesnost, zvláště při skládání a stříhání, což je náročné na jemnou motoriku, koncentraci a koordinaci.

U dětí můžeme skládat, vystřihovat, lepit hračky, figurky, vánoční ozdoby, dárky apod. Dospělí rádi tvoří např. novoročenky, blahopřání, obaly na knihy apod. Senioři potřebují k práci dostatečnou motivace, ale oblíbená je tvorba krabic na šití apod.²³⁷

9.2 Tradiční ruční práce, práce s textilem

Do této kategorie můžeme počítat pletení, háčkování, drhání, šití v ruce, šití na stroji, výrobu krajek, tkaní na rámu, vyšívání, síťování, výrobu malých textilních objektů apod.

Je nutné přihlížet k druhu onemocnění uživatele. Tyto aktivity jsou často vyhledávány uživatelkami, které ruční práce ovládaly již před onemocněním.²³⁸

Lze (zejména pro uživatele - muže) zařazovat práce se dřevem, s kovem, práce na zahradě, apod. Při nabídce těchto aktivit musíme myslet na zdravotní stav uživatele, ochranu bezpečí při práci a ergoterapeutický přínos. Výše uvedené aktivity, kromě procvičování jemné a hrubé motoriky a nácviku pohybu a sebeobsluhy, uživatelům nabízí smysluplné vyplnění volného času.

²³⁶ Klusoňová, Špičková, 1998, str. 25 – 26.

²³⁷ Klusoňová, Špičková, 1998, str. 33 – 34.

²³⁸ Klusoňová, Špičková, 1998, str. 36 – 68.

9.3 Arteterapie, artefiletika, psychoterapie, muzikoterapie

Techniky a přístupy těchto oborů mají několik možností využití. V první řadě s nimi může terapeut napomoci překlenout zpracování mezního zážitku (pouřazový stav, stavy bezprostředního ohrožení života, např. u onkologických pacientů, apod.), v druhé řadě může terapeuticky pracovat s vybranými skupinami uživatelů (psychiatrickí pacienti) nebo ergoterapeut může zařazovat do terapie techniky z těchto oborů jako doplnění (např. muzikoterapie, canisterapie k uvolnění) např. u dlouho se léčících uživatelů.

9.3.1 Využití arteterapie, artefiletiky

Z arteterapeutických a artefiletických technik může ergoterapeut využít např. imaginace, koláže, muchláže, asambláže, práce s hlínou, projektivní techniky, k uvolnění napětí jsou fungující techniky např. bičomalba, prstomalba, gestická malba, muzikoterapeutické techniky, apod.²³⁹

Při práci s tělovým schématem lze využívat různé typy bodyartu, haptických technik, kašírování, práce s hlínou, taneční terapii, apod.

9.4 Shrnutí

Ergoterapeut může doplnit **terapii i přístupy** nebo technikami z jiných oborů – **arteterapie, artefiletika, muzikoterapie, ruční práce**, apod. Tyto techniky jsou vhodné pro všechny uživatele bez ohledu na věk, zdravotní stav a typ postižení. Mají **terapeutický účinek, eduukují uživatele** nebo mohou být využity jako **hra** nebo **volnočasová aktivita**.

9.5 Otázky k zamyšlení

Které techniky a přístupy lze zvolit v ergoterapii s těmito cílovými skupinami – děti na lázeňském pobytu, senioři v pobytovém zařízení, uživatelé – muži v chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Které techniky můžeme nabídnout uživatelům ve všech typech zařízení např. bez ohledu na věk, zdravotní stav, druh postižení, dostupnost a cenu materiálu.

²³⁹ Jebavá, 1997, str. 84 – 92.

10 Závěr

Studijní text, na jehož konci se nacházíme, je vzhledem do základních informací o oboru ergoterapie. Klíčovou snahou textu je poskytnout základ hlubšího a systematictějšího porozumění problematice moderního pojetí ergoterapie. Témata pojednaná v textu byla vybrána s ohledem na hlavní zamýšlenou cílovou skupinu, tj. frekventanty studijního předmětu Ergoterapie pro sociální pracovníky.

Tato publikace přináší zásadní témata využití ergoterapie v denní praxi sociálního pracovníka.

Musíme si uvědomit, že sociální pracovník není profesionál v ergoterapii. Nutným předpokladem je si uvědomit, že pracujeme vždy ve prospěch uživatele.

11 Literatura

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

JEBAVÁ, Jana. 1998. *Kapitoly z dějin tance a možnosti terapie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-620-1.

JEBAVÁ, Jana. 1997. *Úvod do arteterapie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-394-6.

JELÍKOVÁ, Jana - KRIVOŠÍKOVÁ, Mária – ŠAJTAROVÁ, Ludmila. 2009. *Ergoterapie*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KLIVAR, Miroslav, 2003. *Ergoterapie mladistvých*. 1. Vydání, Praha: Balt-East. 2003. ISBN 80-86383-17-2

KLUSOŇOVÁ, Eva – ŠPIČKOVÁ, Jiřina. 1988. *Ergoterapie I. Učebnice pro zdravotnické školy*, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha. 1988. ISBN 80-201-0030-x.

KLUSOŇOVÁ, Eva – ŠPIČKOVÁ, Jiřina. 1985. *Ergoterapie (léčba prací)*, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČSR, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze.

KLUSOŇOVÁ, Eva. 2011. *Ergoterapie v praxi*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

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

PEŠATOVÁ, Iлона – ŠVINGALOVÁ, Dana. 2005. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*, Liberec: Technická Univerzita v Liberci, 2005. ISBN 80-7083-985-6.

PREIFFER, Jan. 1990. *Ergoterapie II. Učebnice pro zdravotnické školy*, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha, 1990. ISBN 80-201-0004-0

PFENNINGER, Barbara. 1979. *Ergotherapie bei Erkrankungen und Verletzungen der Hand. Leitfaden für Ergotherapeuten*, Heidelberg, 1979. ISBN 0-387-09134-3

VOTAVA, Jiří. 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*, 1. vydání, Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2006, částka 37, s. 1257–1289 [cit. 14. 6. 2013]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

Česko. Zákon č. 367/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. *Sbírka zákonů ČR*. [online]. 2011, částka 128, s. 4639 – 4640 [cit. 19. 6. 2013]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_367_2011.pdf.

- BŘEZINOVÁ, Jana. 2008. Úspěšná realizace Pracovní rehabilitace formou PZ, [online]. *Zpravodaj IN*, 2008, roč. 6, č. 6, str. 6 – 7. [19. 7. 2013]. Dostupné z: http://www.unie-pz.cz/files/files/knihovna/zpravodaj-in_zima-2008.pdf
- HANDLÍŘOVÁ, Marie. 2007. *Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie. Bakalářská práce.* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2007. [21. 11. 2012]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/166760/pedf_b/herni_terapie.pdf.
- IRA, Vladimír, 2006. *Speciální pedagogika, psychopedie, studijní text.* [online]. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Katedra speciální a sociální pedagogiky. České Budějovice, 2006. [cit. 2. 2. 2013]. Dostupné z: www.zsf.jcu.cz/.../specialni_pedagogika_psychopedie-opora.pdf/
- JELÍKOVÁ, Jana - KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2007. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. 30. 5. 2012 [cit. 5. 6. 2013]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
- JELÍKOVÁ, Jana - KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2007. *Koncepce oboru ergoterapie, Etický kodex ergoterapeuta* [online]. 12. 8. 2008 [cit. 14. 6. 2013]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=11>
- Práva pacientů, 1998. MPSV 27. 4. 2005. [cit. 19. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.
- PŘEHNAL, Jaroslav. *Koncepce oboru geriatric* [online]. 5. 2. 2001 [cit. 14. 6. 2013]. ISSN 1801-7479. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatric/>.
- ROD, Michal, 2008. Česká asociace ergoterapeutů, Úvod [online]. 25. 7. 2008 [cit. 19. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/page.aspx?pageid=1>.
- Standardy kvality sociálních služeb, 2009. MPSV [online]. 26. 10. 2009 [cit. 19. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

12 Rejstřík

A

ADL, 25
amputace, 20

E

egroterapie, 19
ergoterapeuti, 21
ergoterapeutické, 24, 69
ergoterapie, 1, 6, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 37, 50,
62, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 80, 83
etický kodex, 36, 37, 42
etopedie, 12

F

fyzikální terapie, 9, 17, 63, 66
fyzioterapeut, 9, 14, 22, 61

G

geriatrie, 69

I

intervence, 20

K

kompenzační pomůcky, 32
komunikace, 31, 32, 33, 64
kontakt, 30, 31, 32, 71, 73

L

léčba prací, 16, 17, 80
léčebná rehabilitace, 9
léčebná tělesná výchova, 17
logoped, 23
logopedie, 11

M

mentální, 11

N

neurologie, 11

P

pedagogické rehabilitace, 10
pediatrie, 11
postižení, 8, 19, 20, 21, 22, 32, 33, 52, 58, 65
pracovní rehabilitace, 13
práva pacientů, 36
protetický technik, 23
předpracovní rehabilitace, 23, 24
psychiatrie, 74
psycholog, 23, 64
psychologie, 11
psychopedie, 10

R

raná péče, 10, 73
rehabilitace, 8, 61, 62
Rehabilitace, 70
rehabilitační lékař, 22
respekt, 30, 36

S

sociální práce, 1, 2, 16
sociální pracovník, 23
sociální rehabilitace, 9, 68, 74
somatopedie, 11
standardy, 6, 36, 38, 42
surdopedie, 12

T

technické pomůcky, 22
terapeut, 29, 30, 32, 33, 34, 37
terapeutický vztah, 29
tyflopédie, 12

U

uživatel, 7, 29, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 67, 68, 70

V

vztah, 6, 59

Z

zdravotnická zařízení, 17, 19

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 10

Název: **Základy ergoterapie pro sociální pracovníky**

Rok a místo vydání: 2013, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1250. publikaci.

ISBN 978-80-7435-310-9