

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**VYUŽITIE ERGOTERAPIE U OSÔB S MENTÁLNYM
POSTIHNUTÍM**

Use of ergotherapy with people with mental disabilities

Bakalářská práce

Vedúci práce:

Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

Autor práce:

Katarína Sommerová

Praha 2013

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne pod vedením vedúceho práce s využitím získaných teoretických poznatkov a s použitím uvedenej literatúry.

V Prahe dňa 17.4.2013

.....
Katarína Sommerová

Na tomto mieste by som rada poďakovala Mgr. Barbare Valešovej Malecovej Ph.D. za odborné vedenie, metodickú pomoc a mnoho podnetných rád k vypracovaniu bakalárskej práce.

Ďalej by som rada poďakovala Dennému stacionáru Rajmonova v Prahe za možnosť spolupráce s ich zariadením, poskytnutie informácií o zariadení a klientoch. Predovšetkým by som sa chcela poďakovať Mgr. Ol'ge Dvořákovej, ktorá viedla moju prax v stacionári, poskytla mi možnosť zúčastniť sa ergoterapie v ich stacionári a kvalitné rady k vypracovaniu bakalárskej práce.

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

SOMMEROVÁ, K. *Využitie ergoterapie u osôb s mentálnym postihnutím*. Bakalárska práca. Praha: Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Prahe. Vedúci práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, PhD., 2013. 78 s.

ABSTRAKT

Bakalárska práca sa zaoberá témou využitia ergoterapie a ergoterapeutických techník pri práci s osobami s mentálnym postihnutím. Práca obsahuje problematiku mentálneho postihnutia, charakterizuje ergoterapiu ako jednu z možných terapií, ktorá sa uplatňuje pri práci s ľuďmi s postihnutím a jej konkrétne využitie u dospelých osôb s mentálnym postihnutím v dennom stacionári. Jedným z cieľov bakalárskej práce je prezentovať konkrétny ergoterapeutický program (na základe zúčastneného pozorovania) v dennom stacionári Rajmonova v Prahe, ktorý sa zameriava predovšetkým na rozvoj kognitívnych funkcií klientov.

Kľúčové slová: mentálne postihnutie, mentálna retardácia, ergoterapia, oblasti ergoterapie, ergoterapeutický program

ABSTRACT

This bachelor thesis examines how occupational therapy and occupational techniques are used in connection to people with mental disability. The work includes the topic of mental retardation and mental disability and furthermore characterises occupational therapy as one of many therapies used while working with people with disability or handicap from this disorder and its particular use when it comes to adults with mental disorder in special facility. The aim of the bachelor thesis is to present a specific occupational program in special facility Rajmonova in Prague which particularly focuses on development of cognitive functions of the clients and underlines the need for fulfilling activities "in terms of occupational therapy for the clients of the special facility.

Key words: mental retardation, mental disability, occupational therapy, the areas of occupational therapy, occupational program

OBSAH

ÚVOD	1
1 MENTÁLNE POSTIHNUTIE	3
1.1 Definícia mentálneho postihnutia	3
1.2 Etiológia mentálnej retardácie	6
1.3 Klasifikácia mentálnej retardácie	9
1.4 Špecifiká osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím	13
2 ERGOTERAPIA	19
2.1 Terapie v špeciálnej pedagogike	20
2.2 Definícia ergoterapie	21
2.2.1 Filozofia ergoterapie	22
2.3 Ciele ergoterapie	23
2.4 Ergoterapeutický program	25
2.5 Individuálna a skupinová ergoterapia	27
3 VYUŽITIE ERGOTERAPIE	29
3.1 Ergoterapia zameraná na podporu samostatnosti a nezávislosti	29
3.1.1 Nácvik sebestačnosti	30
3.1.1.1 Personálne ADL	30
3.1.1.2 Inštrumentálne ADL	31
3.1.2 Nácvik samostatnosti v bývaní	31
3.2 Ergoterapia zameraná na posilnenie postihnutej oblasti	32
3.3 Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie	33
3.4 Kondičná ergoterapia a ergoterapia zameraná na voľný čas	34
4 ERGOTERAPIA V PRAXI	36
4.1 Občianske združenie Ruka pro život	36
4.1.1 Denný stacionár Rajmonova	37
4.1.2 Multifunkčné dielne	38
4.2 Ergoterapia v stacionári	39
DISKUSIA	64
ZÁVER	66
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	68
PRÍLOHY	72

ÚVOD

Život každého človeka sa skladá z rôznych aktivít, ktoré nás formujú ako osobnosti, naplňajú náš život a skvalitňujú ho. Medzi takéto činnosti patrí zamestnanie, starostlivosť o svoju osobu, o druhých a starostlivosť o domácnosť. Ich vykonávaním si človek prisudzuje určitú sociálnu rolu a miesto v spoločnosti. Všetky tieto aktivity nám dávajú pocit, že sme dôležití, niekam patríme a niekto nás potrebuje. Často však na ne zabúdame, aj keď vďaka nim zarábame peniaze, staráme sa o svoj zovňajšok a zaujímavo trávime voľný čas.

A napriek tomu, že na tieto skutočnosti nemyslíme, život je vratký a nikdy nevieme, čo nám môže znemožniť vykonávať svoje sociálne role. Môže to byť dlhodobé ochorenie, amputácia končatiny alebo zdravotné postihnutie. V takom prípade musí človek veľakrát začínať úplne od začiatku, hľadať si nové zamestnanie a spôsoby, ako sa postarať o rodinu a domácnosť. Pri hľadaní nových možností a znovu zapojenia sa do spoločnosti môže byť užitočná ergoterapia.

Ergoterapia je terapiou so širokým uplatnením. Na jednej strane môže slúžiť ako forma rehabilitácie v zdravotníckych zariadeniach pre ľudí, ktorí mali v priebehu svojho života úraz s trvalými následkami. Na druhej strane má veľký ohlas aj v zariadeniach určených pre ľudí s mentálnym postihnutím. A práve na túto oblasť ergoterapie sa bakalárska práca zameriava. Mala som možnosť absolvovať prax v dennom stacionári pre osoby s mentálnym postihnutím v Prahe, kde som bola prítomná ergoterapeutických stretnutí. Ergoterapia ponúka klientom s mentálnym postihnutím činnosti, ktoré kvôli svojmu postihnutiu nemôžu vykonávať v bežnom prostredí.

Práca s osobami s mentálnym postihnutím ma bavila už od začiatku štúdia špeciálnej pedagogiky. Vďaka ergoterapii som si uvedomila, že každodenná činnosť, ktorú vykonávajú ľudia bez postihnutia automaticky a bez väčšieho premýšľania, môže mať pre človeka so zdravotným postihnutím hlbší význam. Aj to bol jeden z dôvodov, prečo som sa rozhodla zamerať svoju bakalársku prácu práve na tému využitia ergoterapie u osôb s mentálnym postihnutím.

Táto bakalárska práca je rozdelená do štyroch kapitol. Prvá kapitola sa venuje teórií mentálneho postihnutia, problematike etiológie a klasifikácie mentálnej retardácie a špecifikám osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím. V druhej kapitole sa venujeme ergoterapii ako jednej z terapií využívaných v zariadeniach určených pre osoby s postihnutím, jej cieľom a samotnému ergoterapeutickému programu. Tretia kapitola prezentuje teoretické využitie ergoterapie a jej hlavné oblasti. Posledná, štvrtá kapitola je zameraná na prax, ktorú som strávila v dennom stacionári a výsledkom účinnosti tejto terapie na klientov. Kapitola bude obsahovať podrobný popis ergoterapeutických stretnutí vybraných klientov zo stacionáru.

Cieľom bakalárskej práce je poukázať spôsob, akým môže ergoterapia skvalitniť život ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí navštevujú denné stacionáre a ako môže rozvíjať ich zručnosti jednotlivými ergoterapeutickými činnosťami. Cieľ bude podložený konkrétnym ergoterapeutickým programom, ktorý sa uskutoční v dennom stacionári Rajmonova v Prahe. Využitie ergoterapie je pre klienta s mentálnym postihnutím niekedy jediná možnosť byť užitočný a vytvoriť niečo, na čo môžu byť klienti hrdí, pretože kvôli svojmu handicapu nemôžu byť zamestnaní. Ergoterapia je vhodná cesta pre využitie pracovných zručností osôb s mentálnym postihnutím.

Jedným z výsledkov práce je popis priebehu ergoterapie v praxi v dennom stacionári. Ergoterapia má svoje opodstatnenie v zariadeniach určených pre osoby s mentálnym postihnutím, má nielen voľnočasovú funkciu, ale že im aj pomáha zlepšovať ich celkový rozvoj.

1 MENTÁLNE POSTIHNUTIE

*Iné je tvoje dieťa. Iné vo svojom duševnom bohatstve,
iné v rozvoji svojich schopností, iné vo vzťahoch k svetu,
iné vo svojom jednaní a počínaní, iné v bežných reakciách.*

Je iné, ale nie je horšie.

Heinrich Behr

Vymedzenie pojmu mentálneho postihnutia je dôležité z viacerých hľadísk. Podľa Jakabčica a Požára (1995) je dôležité definovať mentálne postihnutie z teoretického a praktického hľadiska. V rámci teoretického hľadiska nám umožňuje hlbšie a dôkladnejšie pochopenie podstaty a psychologických problémov mentálneho postihnutia. Praktický aspekt je dôležitý zadefinovať kvôli tomu, že dieťa s mentálnym postihnutím potrebuje z hľadiska svojho psychického vývinu nevyhnutne špeciálnu výchovnú starostlivosť a je veľmi dôležité, aby sa pre neho zabezpečila čo najskôr.

V tejto kapitole sa budeme zaoberať definovaním pojmu mentálna retardácia, príčinám vzniku mentálneho postihnutia, následne sa zameriame na klasifikáciu a špecifiká osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím.

1.1 Definícia mentálneho postihnutia

Chápanie pojmu mentálneho postihnutia prešlo mnohými zmenami do súčasnej podoby, v minulosti sa v odbornej literatúre používalo na definovanie mentálneho postihnutia a mentálnej retardácie viac ako dvadsať rôznych označení, medzi ktoré patrili názvy ako duševne postihnutí, duševne úchylní, duševne abnormálni, duševne oneskorení, duševne defektní, rozumovo postihnutí, ľudia so zníženou rozumovou schopnosťou, rozumovo zaostali, intelektovo úchylní, intelektovo abnormálni, mentálne abnormálni, mentálne oneskorení (Bajo, 1994).

Každý človek s mentálnym postihnutím je jedinečná bytosť so svojimi charakteristickými rysmi, ale u väčšiny z nich sa prejavujú spoločné znaky, ktorých individuálna modifikácia záleží na hĺbke a rozsahu mentálnej retardácie a na miere postihnutia jednotlivých psychických funkcií. U ľudí mentálne

postihnutých dochádza k zaostávaniu vývoja rozumových schopností, k odlišnému vývoju niektorých psychických vlastností a k poruchám adaptačného správania. Mentálna retardácia je trvalé porušenie poznávacích činností, ktoré vzniklo v dôsledku organického poškodenia mozgu (Švarcová, 2003).

Kvôli mnohotvárnosti a zložitosti javov a problémov výchovy, edukácie a následnej podpory osôb s mentálnym postihnutím sa v roku 1995 sa konala v Miláne konferencia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), na ktorej sa zhromaždili zástupcovia jednotlivých oborov, ktoré sa zaoberajú problematikou porúch intelektu. Jedným z cieľov bolo zjednotiť pojmové a terminologické vymedzenie porúch intelektu, preto bolo dohodnuté, že tento jav bude definovaný pod pojmom *mentálna retardácia* (z lat. mens, mentis = myseľ, retardare = zdržať, zaostávať) (Bartoňová, 2007).

Tento pojem *mentálna retardácia* bol neskôr v roku 1992 tiež prijatý Medzinárodnou klasifikáciou duševných porúch a ochorení (MKCH-10) ako diagnostická kategória (psychická porucha) a mal by byť dôsledne používaný všetkými zainteresovanými odborníkmi (Švingalová, 2006).

V súčasnosti odporúča Medzinárodná liga asociácií pre osoby s mentálnym postihnutím (ISLMH) používať termín človek s mentálnym postihnutím. O tento humanizačný trend sa snažila aj Medzinárodná asociácia pre vedecké štúdium mentálnej retardácie, ktorá už na svojom prvom kongrese v Montpellier v roku 1967 hovorí o tom, že človek s mentálnou retardáciou je hlavne ľudská bytosť a až na druhom mieste postihnutý (Valenta, Müller, 2003).

Jedna z mnohých definícií mentálnej retardácie bola publikovaná aj v Terminologickom špeciálne-pedagogickom slovníku UNESCO po prvýkrát v roku 1977 a potom v roku 1983.

Definícia mentálnej retardácie znie (Černá, 2007): Pod heslom mentálna retardácia sa rozumie celkové zníženie intelektových schopností osobnosti postihnutého, ktoré vzniká v priebehu jeho vývoja a je obvykle sprevádzané nižšou schopnosťou orientovať sa v živote. Nedostatok adaptívneho správania sa prejavuje v spomalenom, zaostávajúcom vývoji, pričom sa uvedené príznaky môžu prejavovať samostatne alebo v rôznych kombináciách.

Mentálna retardácia je vývojová porucha integrácie psychických funkcií postihujúca jedinca vo všetkých jeho zložkách osobnosti – duševnej, telesnej

a sociálnej. Najvýraznejším rysom je trvale poškodená poznávacia schopnosť, ktorá sa prejavuje hlavne v procesoch učenia. Možnosti vzdelania sú obmedzené v závislosti od stupňa postihnutia. Dochádza k zníženiu schopnosti myslieť, učiť sa a prispôbovať sa svojmu okoliu (Dolejší, 1978).

Definícia podľa Vágnerovej (1999) znie: Najčastejšie je mentálna retardácia definovaná ako neschopnosť dosiahnuť odpovedajúcemu stupňu intelektového vývoja (menej než 70% normy), aj napriek tomu, že jedinec bol výchovne stimulovaný prijateľným spôsobom. Nízka úroveň inteligencie býva spojená so zníženou alebo ďalšou zmenou schopností a odlišností v štruktúre osobnosti.

Hlavnými znakmi mentálnej retardácie sú (Vágnerová, 1999):

- Nízka úroveň rozumových schopností, ktorá sa prejavuje predovšetkým nedostatočným rozvojom myslenia, obmedzenou schopnosťou učenia a následkom toto aj problematickejšou adaptáciou na bežné životné podmienky.
- Postihnutie je vrodené a trvalé, ale v závislosti na etiológii je možné určité zlepšenie. Horná hranica dosiahnutého rozvoja takéhoto človeka je daná závažnosťou a príčinou defektu, ale aj individuálnou špecifickou prijateľnosťou pôsobenia prostredia, tzn. výchovných a terapeutických vplyvov.

V súčasnosti sa pri definovaní mentálnej retardácie vychádza z aktualizácie definície mentálnej retardácie podľa AAIDD (American Association on intellectual and developmental disabilities, predtým AAMR American Association for Mental Retardation): Mentálna retardácia sa vyznačuje významnými obmedzeniami v intelektových funkciách a v adaptívnom správaní, ktoré sa využíva pri sociálnych a praktických zručnostiach (Luckasson, 2002, citovaný podľa Černej, 2009).

AAIDD odvodzuje definíciu na základe piatich predpokladov (Petišková, 2007, citovaná podľa Černej, 2009):

1. Znížené aktuálne fungovanie musí byť posudzované v súvislosti so spoločenským prostredím typickým pre daný vek a kultúru jedinca.

2. Berie sa do úvahy kultúrna a jazyková rozmanitosť a individuálne rozdiely v komunikácii, vnímaní, pohybových možnostiach a v správaní.
3. U každého jedinca sa okrem obmedzení vyskytujú aj silné stránky.
4. Zmyslom zisťovania limitov je vypracovanie systému potrebnej podpory.
5. S vhodnou individuálnou podporou dôjde po určitej dobe k celkovému zlepšeniu kvality života človeka s mentálnou retardáciou.

Z všetkých doložených tvrdení vyplýva, že definície mentálnej retardácie sa neustále vyvíjajú na základe nových trendov na poli špeciálnej pedagogiky. Takmer každý autor z danej oblasti má pre termín mentálna retardácia svoju definíciu a tvrdenia, ale v konečnom dôsledku je obsah podobný.

Mentálne retardácia je vrodené a trvalé postihnutie, u ktorého je v závislosti na etiológii možné zlepšenie. Charakteristickým rysom je celkové zníženie intelektových schopností osobnosti postihnutého, ktoré sa prejavuje vo všetkých zložkách osobnosti človeka.

Definície pojmu mentálnej retardácie nám slúžia pre pochopenie podstaty problému a poukazujú na zvláštnosti a osobitosti jedinca s postihnutím, tým nám umožňujú lepšie spoznať danú skupinu ľudí a prispôbiť pre nich špeciálnu starostlivosť a možnosti ďalšieho začlenenia do spoločnosti.

1.2 Etiológia mentálnej retardácie

Prvá otázka rodičov pri zistení, že sa im narodilo dieťa s mentálnym postihnutím je, prečo sa to stalo. Majú obavy, aby sa táto skutočnosť neopakovala pri ďalšom potomkovi alebo hľadajú vinníka, ktorý za to môže.

Mentálne postihnutie tvorí jednu z najpočetnejších skupín medzi všetkými postihnutiami a počet ľudí s mentálnou retardáciou narastá u nás, aj vo svete. Tento nárast môže byť do istej miery relevantný a je možné ho vysvetliť ako dôsledok lepšej starostlivosti pediatrov o novorodencov, čím sa znižuje novorodenecká úmrtnosť. Absolútny počet mentálne postihnutých v našej populácii nie je známy, ale na základe kvalifikovaných odhadov sa uvádza, že v súčasnej dobe sú mentálnou retardáciou postihnuté 3% populácie. Najčastejšie

ide o ľahký stupeň mentálnej retardácie, ktorou trpí 80% všetkých takto postihnutých ľudí. Závažnejšie formy sú vzácnejšie a chlapci a dievčatá sú postihnutí v rovnakej miere (Vágnerová, 2004, citovaná podľa Fishera, 2008).

Škála príčin vzniku mentálnej retardácie je veľmi rozmanitá, existuje obrovské množstvo príčin vzniku mentálnej retardácie a ich kombinácie. Na etiológii mentálnej retardácií sa podieľa celá rada vnútorných a vonkajších činiteľov, z ktorých veľká časť ešte doteraz nebola rozpoznaná. Podľa podrobných štúdií v posledných rokoch sa dokázalo, že mentálne postihnutie nemá jednu samostatnú príčinu, väčšinou vzniká v súčinnosti vrodených a environmentálnych faktorov (Zvolský a kol., 1996).

Vágnerová vo svojej publikácii (2004) uvádza, že príčinou mentálnej retardácie je *postihnutie CNS*, táto porucha môže vzniknúť rôznym spôsobom, etiológia mentálnej retardácie sa prejaví kvantitatívne aj kvalitatívne. Ide o multifaktoriálne podmienené postihnutie, na ktorom sa podieľa porucha genetických dispozícií, ktoré vedú k narušeniu rozvoja CNS a exogénne faktory, ktoré poškodzujú mozog v rannej fáze jeho vývoja.

Viacerí autori (Švarcová, 2003, Renotierová, 2006) sa zhodujú na tom, že mentálna retardácia môže byť zapríčinená *vnútornými* (endogennými) alebo *vonkajšími* (exogennými) faktormi. Vnútorné príčiny sú zakódované už v systémoch pohlavných buniek, ktorých spojením vzniká nový jedinec, sú to genetické príčiny, vonkajšie činitele pôsobia na organizmus od počatia, v priebehu celej gravidity, počas pôrodu, popôrodného obdobia a aj v rannom detstve.

Medzi endogénne (vnútorné) príčiny patria (Slowik, 2007):

- **chromozomálne aberácie**, ktoré spôsobujú poškodenie chromozomálnej výbavy nezávisle na dedičných vplyvoch, medzi najznámejšiu variantu chromozomálnej aberácie patrí Downov syndróm.
- **génové mutácie**, dedične prenosné zmeny genetických informácií, poruchy v tomto prípade môžu byť dedičné autozomálne alebo viazané na pohlavie.

Exogénne (vonkajšie) príčiny môžu spôsobiť mentálnu retardáciu *v prenatalnom období*, od počatia dieťaťa a počas celej gravidity. Jedná sa o teratogénne faktory (Švingalová, 2006, Ludíková, 2005):

- *fyzikálne*: úrazy, traumy, ionizujúce žiarenie, mechanické pôsobenie
- *chemické*: vplyv životného prostredia, nikotín, alkohol, pôsobenie jedov, užívanie niektorých liekov, drogy
- *nutričné*: nesprávna výživa (nedostatok vitamínov a minerálnych látok vo výžive)
- *biologické*: vírusové ochorenia (rubeola), bakteriálne ochorenia (tuberkulóza, syfilis, toxoplazmóza), hormonálne poruchy, imunologický konflikt, hormonálne poruchy, placentárne poruchy (nedostatočná výživa a prívod kyslíku)
- *psychické a sociálne*: zlá sociálna situácia, stres, sociálne patologické prostredie, negatívne vplyvy výchovy.

V perinatálnom období (obdobie pôrodu a krátko po pôrode) môže vzniknúť mentálna retardácia hlavne kvôli mechanickému poškodeniu mozgu plodu, nešetrnému alebo patologickému pôrodu, nedostatku kyslíku (hypoxia, asfyxia), infekcii, pôrodným traumám (Langer, 1996, Slowík, 2007).

V postnatálnom období môžu ovplyvniť zdravý vývoj dieťaťa podobné príčiny ako v predchádzajúcich obdobiach. Medzi postnatálne vplyvy ďalej patria otravy, úrazy (silný otras mozgu, pomliaždenie mozgu), zápaly CNS, zápal mozgových blán (Slowík, 2007).

1.3 Klasifikácia mentálnej retardácie

Mentálna retardácia predstavuje zníženú úroveň inteligencie v rôznom rozsahu. Vzhľadom k značnej variabilite príčin a symptómov mentálneho postihnutia sa jednoznačné klasifikačné kritéria hľadajú ťažko (Černá, 1995, citovaná podľa Slowíka, 2007).

V súčasnosti pri klasifikácii mentálnej retardácie využívame **10.revíziu Medzinárodnej klasifikáciu chorôb** (oficiálny názov Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov MKCH- 10, medzinárodne ICD 10), ktorú spracovala Svetová zdravotnícka organizácia v Ženeve a vstúpila do platnosti v roku 1992. Podľa tejto klasifikácie sa mentálna retardácia delí na šesť základných kategórií. Všetky druhy mentálnej retardácie patria do kapitoly F (duševné poruchy) a pod písmená F 70- F 79 (Švarcová, 2003).

Klasifikácia podľa MKCH 10 je rozdelená na základe hodnotenia rozsahu postihnutia, ktoré sa posudzuje podľa inteligenčného kvocientu. Stanovenie inteligenčného kvocientu je dôležité, aby sa zistila celková rozumová úroveň jedinca. Dôležitým kritériom hodnotenia poruchy rozumových schopností je ich závažnosť, kvantita úbytku príslušných kompetencií, to je možné určiť porovnávaním úrovne schopností mentálne postihnutého jedinca s normou (Vágnerová, 2004).

Švingalová (2006) uvádza, že kritérium pre zaradenie do jednotlivých stupňov mentálneho postihnutia je úroveň rozumových schopností, ktorá je zmeraná prostredníctvom štandardizovaných psychologických (inteligentných) testov. Úroveň je vyjadrená kvantitatívne v podobe inteligenčného kvocientu (IQ), ktorý určuje pozíciu jedinca k populačnej norme a kvalitatívne (štruktúrou inteligencie, jej zvláštnosťami, prednosťami a nedostatkami). Inteligenčné testy môžu byť za určitých okolností nahradené škálami, ktoré určujú stupeň sociálnej adaptácie v určitom prostredí. Meranie pomocou škál určuje len približne stupeň mentálnej retardácie.

Tab.1 Klasifikácia mentálnej retardácie

F70	Lahká mentálna retardácia	IQ 50-69	Mentálny vek 9-12 rokov
F71	Stredne ťažká mentálna retardácia	IQ 35-49	Mentálny vek 6-9 rokov
F72	Ťažká mentálna retardácia	IQ 20-35	Mentálny vek 3-6 rokov
F73	Hlboká mentálna retardácia	IQ do 19	Mentálny vek pod 3 roky
F78	Iná mentálna retardácia		
F79	Nešpecifikovaná mentálna retardácia		

V ergoterapii sa obecné pracuje s klientmi s ľahkou až ťažkou mentálnou retardáciou, z toho dôvodu sa zameriame na detailnejšiu charakteristiku ľahkej, stredne ťažkej a ťažkej mentálnej retardácií a ostatnými stupňami mentálnej retardácie sa budeme zaoberať len okrajovo.

Ľahká mentálna retardácia

Ľudia s **ľahkou mentálnou retardáciou** dosahujú úplnej nezávislosti v osobnej starostlivosti (jedlo, umývanie, obliekanie, hygienické návyky) a v praktických domácich zručnostiach, ale ich vývoj je oproti norme pomalší. Hlavné problémy sa u nich prejavujú pri práci v škole, väčšinou majú špecifické problémy s učením a písaním. Jedincov s ľahkou mentálnou retardáciou je možné zamestnať prácou, ktorá vyžaduje viac praktické ako teoretické schopnosti. Dokážu nadväzovať a udržiavať dobré sociálne vzťahy, ale problematickejšie sa prispôsobujú kultúrnym tradíciám, normám a očakávaniam spoločnosti (Švarcová, 2003).

Podľa Dlouhej (2011) sa prejavy **ľahkej mentálnej retardácie** dajú najlepšie spozorovať medzi tretím a piatym rokom života, do tej doby sa jedná o ľahké oneskorenie alebo spomalenie psychomotorického vývoja. Hlavné problémy nastávajú v období školskej dochádzky, kedy sa prejavuje obmedzená schopnosť logického myslenia dieťaťa, slabšia pamäť, porucha pohybovej koordinácie. Oneskorená je jemná a hrubá motorika.

Bajo (1994) uvádza, že najzreteľnejší deficit je v myslení, hlavne pri abstrakcii, dedukcii a úsudku. Osoby nie sú vynaliezavé, zvedavé, nevedia sa adekvátne hrať.

Stredne ťažká mentálna retardácia

Stredne ťažká mentálna retardácia sa prejavuje značne oneskoreným rozvojom chápania a používania reči. V dospelosti sú ľudia so stredne ťažkou mentálnou retardáciou obvykle schopní vykonávať jednoduchú manuálnu prácu pod dohľadom. U tejto skupiny ľudí sa vyskytujú veľké rozdiely v povahe schopností. Niektorí jedinci sú značne neobratní, ale schopní sociálnej interakcie a komunikácie, zatiaľ čo druhí dokážu veľmi ťažko komunikovať o svojich základných potrebách. U veľkej časti skupiny je prítomná porucha autistického spektra alebo iné pervazívne vývojové poruchy, často sa vyskytujú aj telesné postihnutia a neurologické ochorenia, hlavne epilepsia (Švarcová, 2003).

Podľa Ludíkovej (2005) je špecifický vývoj dieťaťa so stredne ťažkou mentálnou retardáciou zachytený v kojeneckom alebo v batolacom období. V tomto prípade sa vyskytuje obmedzené používanie reči, žiaci sú schopní osvojiť si základy čítania, počítania a písania, ale výchova smeruje predovšetkým k rozvoju motorických zručností. V dospelosti sú zriedka úplne samostatní, je nutná podpora.

Ťažká mentálna retardácia

Jedinci s ťažkou mentálnou retardáciou trpia značným stupňom poruchy motoriky alebo inými pridruženými poruchami. Potrebujú sústavnú podporu a pomoc. Možnosti výchovy a vzdelávania sú veľmi obmedzené, ale včasná systematická starostlivosť prispieva k rozvoju motoriky, rozumových schopností, komunikačných schopností a k celkovému zlepšeniu kvality života (Švarcová, 2003).

Pri ťažkej mentálnej retardácii dochádza k oneskorenému sedeniu, státiu a chodeniu. Vyskytuje sa nekoordinovanosť hrubých pohybov. Je možné ich naučiť základnej sebaobsluhy, hygienickým návykom a jednoduchým manuálnym prácam (Bajo, 1994).

Hlboká mentálna retardácia je stav, ktorý je charakteristický nesamostatnosťou a potrebou pomoci pri pohybovaní, komunikácií a hygienickej starostlivosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Bajo (1994) uvádza, že ide o hlbokú retardáciu vo všetkých vývinových etapách, časť postihnutých je celkom imobilná, nenaučia sa chodiť a častokrát celý život ležia, ostatných je možné charakterizovať hlbokou zaostalosťou v motorike, ktorá sa prejavuje oneskorením a poruchami sedenia, stoja a lokomočných pohybov. Vývin mentálnych schopností zaostáva viac než 80% v pomere k vekovej norme.

Iná mentálna retardácia sa definuje u jedincov, u ktorých je stanovenie stupňa intelektu veľmi náročné až nemožné kvôli pridruženým senzorickým a somatickým poškodeniam (Švarcová, 2003).

Kategória **nešpecifikovanej mentálnej retardácie** sa užíva pri diagnostike prípadov, kedy je mentálna retardácia preukázaná, ale nie je dostatok informácií, aby bolo možné klienta zaradiť do jednej z vyššie uvedených kategórií (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.4 Špecifiká osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím

Každý človek je jedinečná bytosť, ktorá má svoje charakteristické znaky a schopnosti, platí to aj u ľudí mentálne postihnutých, ale tieto typické znaky sú rôznym spôsobom odchýlené od bežnej normy. U ľudí s mentálnym postihnutím sa prejavujú určité spoločné znaky, ktorých rozsah závisí od stupňa mentálnej retardácie.

Typickým znakom poznávacích schopností mentálne postihnutých je obmedzenejšia potreba zvedavosti a preferencia podnetného stereotypu. Mentálne postihnutí jedinci bývajú často pasívni a viac závislí na získavaní informácií prostredníctvom iných ľudí. Orientácia v bežnom sociálnom prostredí je pre nich náročnejšia a menej zrozumiteľná, preto sa u nich vyvíja silná závislosť na pomoci od iných ľudí (Vágnerová, 2004).

Podľa Slowíka (2007) je jedným z hlavných problémov osôb s mentálnym postihnutím obmedzená schopnosť samostatne a bez cudzej pomoci riešiť bežné životné situácie, často si neosvoja ani základné schopnosti potrebné pre samostatný a nezávislý spôsob života. K nácviku zvládania bežných životných problémov a k podpore samostatnosti a sebestačnosti dopomáha ergoterapia ako jedna z terapií, ktorá zmysluplným zamestnávaním klienta usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a relaxačných činností.

Psychické zvláštnosti mentálnej retardácie sa prejavujú v oblastiach:

- Myslenie
- Vnímanie
- Rozvoj reči
- Pamäť
- Emócie

Myslenie definujeme ako mentálnu manipuláciu s informáciami, ktoré nám slúžia k porozumeniu ich podstaty a k analýze rôznych súvislostí a vzťahov, na základe ktorých je možné vyvodit' určitý záver (Vágnerová, 2004).

Fisher (2008) vo svojej publikácii uvádza, že myslenie u ľudí s mentálnym postihnutím je zjednodušené, obmedzené a viazané na konkrétnu skutočnosť. Je charakteristické stereotypnosťou, jedinci preferujú používanie jedného spôsobu riešenia, aby sa vyhli novým podnetom, ktoré v nich môžu vyvolať obavy a neporozumenie.

Ľudia s mentálnym postihnutím majú slabú schopnosť zovšeobecňovania, ktorá je spôsobená poškodením mozgu, zle si osvojujú pravidlá a normy. Schopnosť zovšeobecňovania je najvyššia a najzložitejší produkt ľudského mozgu a je prejavom správneho myslenia (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Vzhľadom k tomu, že u ľudí mentálne postihnutých je narušená schopnosť vyššej abstrakcie a generalizácie, dochádza k nepresnostiam a chybám v analýze a syntéze, ich úsudky sú nepresné alebo zle pochopené. Jedinec si často dopredu nevie premyslieť svoje jednanie a nedokáže predvídať výsledok toho jednania (Ludíková, 2005).

Myslenie mentálne postihnutých jedincov má charakteristické aj ďalšie zvláštnosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007):

- Nedôslednosť v myslení – výkyvy pozornosti, neustále kolísavý tonus
- Psychické aktivity znemožňujúce jedincovi sústredene premýšľať
- Slabá riadiaca úloha myslenia – neschopnosť použiť už osvojené rozumové operácie v prípade potreby
- Nekritičnosť myslenia – neschopnosť porovnávať svoje myšlienky a činy s požiadavkami objektívnej reality.

Vnímanie je vývojovo primárna a jednoduchšia poznávací funkcia, ktorá ovplyvňuje úroveň rozumových schopností. U ľudí s mentálnou retardáciou je vnímanie oneskorené a obmedzené, čo má ďalší vplyv na ich psychický rozvoj. Problémom je pomalé tempo vnímania a značne zúžený rozsah vnímania, ktoré následne sťažuje jedincovi orientáciu v nových interakciách a situáciách. Vnímanie jedincov s mentálnou retardáciou má svoje charakteristické zvláštnosti, jedinci pri pozorovaní zle chápu súvislosti a vzťahy

medzi predmetmi. Najvýraznejšou zvláštnosťou vnímania je inaktivita, jedinec pri pohľade na určitý obraz alebo predmet neprejaví záujem spoznať detaily a vlastnosti toho predmetu, nedokáže sa odpútať od výrazných a pútavých stránok vnímaného objektu a zamerať sa naň ako na celok (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Rubinštejnová (1973, citovaná podľa Valentu, Müllera, 2003) uvádza nasledujúce *zvláštnosti percepcie* osôb s mentálnym postihnutím:

- Spomalenosť a znížený rozsah zrakového vnímania – osoba s mentálnym postihnutím nevníma globálne, ale postupne a tým má sťaženú orientáciu v novom priestore.
- Nediferencovanosť vnemov – tvarov, predmetov a farieb, narušená je diskriminácia figúry a pozadia, u osôb s mentálnym postihnutím je dôležité výrazne oddeliť obraz od pozadia, aby ho bol schopný plne vnímať a sústrediť sa naň.
- Nedostatočné priestorové vnímanie – porucha hĺbky vnímania
- Znížená citlivosť hmatových vnemov
- Nedostatočný proces analýzy v kôrovej časti proprioceptívneho analyzátora vedie k zlej koordinácii pohybov
- Oneskorená diferenciácia fonémov a ich skreslenie
- Nedokonalé vnímanie času a priestoru.

*„Osobitosti procesu vnímania, spôsobu spracovania a uchovania obrazu skutočnosti sa odrážajú aj v **processe predstavivosti**. Medzi výrazné osobitosti môžeme zaradiť nasledovné: znížená schopnosť produkcie predstáv, strata originality, spodobňovania predstáv, predstavy mentálne postihnutých môžeme charakterizovať ako „bezfarebné“, v dôsledku zníženej kvality procesu predstavivosti, obmedzenej zásoby predstáv je podstatne narušený aj proces fantázie (Jakabčic, Požár, 1995, s.135-136).“*

Narušená je aj schopnosť **pozornosti**, zámerná pozornosť vykazuje nízky rozsah sledovaného poľa, je nestála a ľahko dochádza k tomu, že jedinci sú unavenejší a nedokážu sa sústrediť. S nárastom kvantity výkonu, narastá aj počet chýb. Maximálna doba udržania zámernej pozornosti je 15-20 minút, potom musí nasledovať relaxácia (Ludíková, 2005).

Reč u osôb s daným postihnutím je narušená z formálneho aj obsahového hľadiska. Rečový prejav býva charakteristický nepresnou výslovnosťou, ktorá môže byť daná nedostatkami v motorickej koordinácii mluvidiel alebo zhoršenou sluchovou diferenciáciou, ktorá im neposkytuje potrebnú spätnú väzbu. Medzi ďalšie osobitosti reči patrí nižšia slovná zásoba a veľký rozdiel medzi pasívnou a aktívnou slovnou zásobou. Rečový prejav je vo veľkej miere závislý od stupňa postihnutia (Vágnerová, 2004, Jakabčic, Požár, 1995).

Nedostatočné sluchové vnímanie brzdí zdokonaľovanie výslovnosti a nepresnosť výslovnosti sťažuje zlepšenie kvality sluchových vnemov. Slovná zásoba je menšia oproti jedincom bez postihnutia a pasívna slovná zásoba prevláda nad aktívnou, ktorá je ochudobnená o prídavné mená, slovesá a spojky (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Vágnerová (2004) uvádza, že osoby s mentálnou retardáciou majú problémy v porozumení bežnému verbálnemu prejavu, kvôli obmedzenejšej slovnej zásobe nechápu celkový kontext, nie sú schopní porozumieť zložitejších slovným obratom ako sú metafora, irónia alebo žart. Pri komunikácii s danou skupinou ľudí je dôležité komunikovať stručne, jednoducho a popri verbálnej komunikácii využívať aj neverbálne komunikačné prostriedky (mimika, gestá, pohyby rúk). Aktívny rečový prejav mentálne postihnutých jedincov je charakteristický jazykovou necitlivosťou a nápadným jednoduchým vyjadrovaním, využívajú krátke vety a jednoznačné konkrétne pojmy.

Pamäť ako jedna z kognitívnych funkcií, ktorá sa trénuje v rámci ergoterapeutických stretnutí je u jedincov s mentálnym postihnutím je narušená, všetko nové si osvojujú pomaly a až po viacnásobnom opakovaní, naučené vedomosti rýchlo zabúdajú a pamäťové stopy si vybavujú nepresne. Vedomosti, ktoré nadobudnú, nevedia včas uplatniť v praxi (Ludíková, 2005).

Podľa Jakabčica a Požára (1995) je výrazne zaostalá oblasť logickej pamäte, mechanická pamäť sa svojou úrovňou približuje normálu. Osoby s mentálnym postihnutím používajú neadekvátne a neefektívne spôsoby v procese zámerného zapamätávania, nevypracujú si vopred plán postupu vzhľadom na úlohu, ktorú majú riešiť.

Celkové **emočné prežívanie**, resp. spôsob emočného reagovania môže byť v závislosti na etiológii mentálneho postihnutia zmenený. Obvykle ide o zvýšenú dráždivosť, väčšiu pohotovosť k afektívnym reakciám alebo mrzutej

nálade. Mentálne postihnutý jedinec má rovnaké základné psychické potreby ako ostatní ľudia. Tieto potreby môžu byť pod vplyvom obmedzenejšej kapacity rozumových schopností a učenia rôznym spôsobom modifikované. Obecne platí, že čím je človek závažnejšie mentálne postihnutý, tým je v saturácií svojich potrieb závislejší na okolí. Na druhej strane majú mentálne postihnutí ľudia tendenciu uspokojovať svoje potreby neodkladne a bez zábran. Spôsob, akým toho dosahujú, odpovedá aktuálnemu psychickému a somatickému stavu a mentálnej úrovni (Vágnerová, 2004).

Emočná stránka ľudí s mentálnym postihnutím je vybavená menšou schopnosťou ovládať svoje pocity, okrem nedostatočného rozvoja citového života môžeme u tejto skupiny ľudí vypozerovať určité patologické citové prejavy, medzi ktoré patrí dysfória, kedy sa človek prejavuje ako dobre naladený a ďalšom okamžiku sa ocitá v depresívnom rozpoložení, ďalším patologickým stavom je eufória, jedinci sa nedokážu prestať smiať ani keď už na to nie je dôvod a deje sa im niečo nepríjemné (Švarcová, 2003).

Zvláštnosti vo voľných prejavoch osôb s mentálnym postihnutím sú hlavne zvýšená sugestibilita, citová a voľná labilita, impulzivnosť, agresivita, úzkosť a pasivita. Problém, ktorý sa často vyskytuje je dysbulia (porucha vôle) a abulia (nerozhodnosť, nedostatok vôle a neschopnosť zahájiť činnosť, strata alebo zníženie voľných činností (Hart, Hartlová, 2000, citovaní podľa Valentu, Müllera, 2003).

Podľa Jakabčica (1995) by výchova mentálne postihnutého jedinca mala smerovať predovšetkým k tomu, aby sa z neho stal v rámci jeho možností platný člen spoločnosti, má smerovať k jeho primeranej sociálnej a pracovnej integrácii. Na **proces socializácie** vplýva celý rad faktorov, medzi ktorými sa nachádza úroveň osobnostného rozvoja, kognitívnych procesov, vlastná aktivita jedinca, interpersonálne vzťahy a postoje.

Nie je primárne dôležité, že ľudia s mentálnym postihnutím majú určité psychologické odlišnosti v porovnaní s ľuďmi bez postihnutia, v prvom rade sú to ľudia, ktorí majú rovnaké potreby ako väčšinová spoločnosť, len sú prispôsobené ich úrovni rozumového vnímania. Sú to ľudia, ktorí majú svoje túžby, radosti, starosti a problémy, ktoré potrebujú adekvátnym spôsobom riešiť a naplňovať, preto je dôležité nevyčleňovať jedincov s mentálnym postihnutím

z účasti na bežnom spoločenskom živote, ale naopak, umožniť im, čo najlepšie sa zapojiť do života v spoločnosti so všetkým, čo k tomu patrí.

Toto začlenenie ľudí by malo prebiehať možnou integráciou detí s mentálnym postihnutím do bežných škôl, umožniť študentom zvoliť si povolanie, ktoré bude vyhovovať ich schopnostiam a možnostiam a naďalej ich podporovať pri začlenení sa do spoločenského a kultúrneho diania.

Ak nie je možné úplné začlenenie jedincov s mentálnym postihnutím do spoločenského diania, je dôležité im vytvoriť prostredie plné podnetov, aby sa mohli rozvíjať v oblastiach, ktoré sú pre nich primerané. Schopnosti a zručnosti jedincov je možné naďalej podporovať pomocou rôznych terapií, medzi ktoré patria aj expresívne terapie, ktoré využíva špeciálna pedagogika aj medicínske povolania. Jednou z týchto terapií je ergoterapia, na ktorú sa v bakalárskej práci zameriame.

2 ERGOTERAPIA

Ergoterapia nie je alternatívou k tradičnému medicínskemu modelu ani „čerešničkou na torte rehabilitácie“. V dnešnom svete chce byť rovnocennou súčasťou rehabilitácie. Nejde jej o doktrínu, ale o pohľad. Pohľad na človeka skôr ako na ochorenie. Pohľad na človeka, pre ktorého môže byť zmysluplná činnosť určitou nádejou.
Krivošíková, 2011

Počas dňa vykonávame mnoho aktivít, ktoré sú potrebné pre zabezpečenie nášho každodenného života, ich dôležitosť si ani neuvedomujeme, pretože pre nás sú tieto činnosti prirodzené. Medzi takéto činnosti patrí obliekanie sa, príprava jedla, osobná hygiena alebo obyčajné zapínanie gombíkov na košeli. Ich potrebnosť si uvedomíme až keď sa stane niečo, čo nám znemožní ich vykonávať, môže to byť zlomená ruka, ochorenie, starnutie, vrodená porucha, ale aj mentálne postihnutie.

V takomto prípade, keď osoba nie je schopná sama vykonávať aktivity potrebné pre zabezpečenie starostlivosti o seba a druhých, môže pomôcť ergoterapia, ktorá dopomáha klientovi k maximálnej možnej miere samostatnosti a nezávislosti.

V kapitole sa budeme zaoberať pojmom ergoterapie ako samostatnej terapie, ktorá sa využíva pri práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím. Pre pochopenie podstaty ergoterapie sa najprv zameriame na všeobecné vysvetlenie pojmu terapie v špeciálnej pedagogike. Ďalej predstavíme viacero definícií týkajúcich sa ergoterapie. Zameriame sa na obecné ciele ergoterapie a predstavíme si, z čoho sa skladá ergoterapeutický program.

2.1 Terapie v špeciálnej pedagogike

Pre definovanie podstaty ergoterapie ako samostatnej forme terapie je dôležité sa najprv zamerať na pôvod terapií obecné, z akých modelov vychádza a aký je jej všeobecný zámer. Z tohto dôvodu sa v práci venujeme najprv samotnej téme terapie v špeciálnej pedagogike.

Podľa Müllera (2005) je možné terapeutické prístupy definovať ako spôsoby odborného a cieleného jednaní človeka s človekom, ktoré smerujú od odstránenia alebo zmiernenia nežiaducich problémov alebo odstránenia ich príčin, k istej prospešnej zmene. Terapeutické prístupy aplikujú terapeuti v rámci jednotlivých terapií. Pri všetkých využívaných terapiách platí, že prebieha v určitom čase a prostredí, má určitú organizačnú formu, odpovedá danej orientácii terapeuta, závisí na veku, príčinách problémov a symptómov klienta. Terapie bývajú zamerané liečebne, ale aj preventívne a rehabilitačne.

Terapia predstavuje liečebnú pedagogiku v praxi, od svojho začiatku sa zameriava na hľadanie možností pomoci ľuďom v ťažkých životných situáciách. Terapia musí vychádzať z dôkladnej diagnostiky klienta. Navrhovaná terapia sa realizuje prostredníctvom cvičení alebo v rámci komplexného programu. S klientom sa pracuje podľa povahy jeho problému individuálne alebo skupinovo. Hlavným kritériom pri rozhodovaní o forme práce s klientom, je predpokladaný prínos pre klienta. Terapia sa môže začať po nadviazaní vzťahu dôvery a získania klienta pre spoluprácu. Odborným predpokladom začiatku terapie je pochopenie podstaty problému klienta na základe diagnostických údajov a pomenovania si úloh, ktoré je potrebné dosiahnuť. Pri odborných postupoch je nutné dbať na to, aby sa klient nestal závislý na pomáhaní, ale aby všetko, čo sa naučil, dokázal použiť v reálnom živote (Hartl, Hartlová, 2000).

Podľa Vítkovej (2001, citovaná podľa Pipekovej, 2001) je základom terapií v špeciálnepedagogickej intervencii **Model „vnímanie–predstavy-myslenie“**. Model predstavuje ontogenetický vývoj, ktorý odpovedá vývoji človeka a pokúša sa ho napodobniť. Vnímanie predstavuje širokú základňu (bázu), ktorá je spojená zo zužujúcou sa a diferencujúcou nadstavbovou dimenziou „predstav“ a nakoniec úrovňou myslenia. Model „vnímanie (fyzická

činnosť) – predstavy (psychická činnosť) – myslenie“ chápeme ako vzťahový rámec pre diagnostiku, terapiu, rehabilitáciu a prevenciu.

V špeciálnej pedagogike sa využívajú viaceré expresívne terapie, slúžia ako vhodná alternatíva pomoci ako hlavná alebo podporná metóda. Podľa používaných terapeutických prostriedkov sem môžeme zaradiť arteterapiu, dramaterapiu, biblioterapiu, psychomotorická terapia, terapia hrou a ďalšie. Expresívne terapie využívajú viacerí odborníci v pomáhajúcich profesiách (psychoterapeuti, liečební pedagógovia, špeciálni pedagógovia, psychológovia, rehabilitační pracovníci, lekári, učitelia a iní) (Valešová Malecová, 2011).

Expresívne terapie môžu slúžiť ako metóda prevencie, rehabilitácie (aj predpracovnej rehabilitácie alebo psychosociálnej rehabilitácie), resocializácie aj terapeuticko-výchovnej starostlivosti (Valešová Malecová, 2011).

2.2 Definícia ergoterapie

Pojem ergoterapia je zložený z dvoch slov – *ergon* = práca a *therapia* = liečba. V preklade ergoterapia znamená terapia prácou alebo liečba zamestnávaním. Ergoterapia je komplexný proces, zahrňuje množstvo zložiek, a z toho dôvodu nie je jednoduché formulovať jednotnú definíciu, ktorá by presne vymedzila náplň a ciele vo všetkých oblastiach praxe (Jelínková, 2009).

Pojem ergoterapia používajú viaceré európske krajiny, v anglickej literatúre sa používa termín *occupational therapy* a v minulosti sa ergoterapia nazývala liečba prácou.

Pre bližšie pochopenie podstaty ergoterapie uvádzame nasledujúce definície jednotlivých organizácií, ktoré sa zaoberajú týmto druhom terapie.

Česká asociácia ergoterapeutov (2008) definuje ergoterapiu: Profesia, ktorá prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb akéhokoľvek veku s rôznym typom postihnutia. Pod pojmom zamestnávania sú myslené činnosti, ktoré človek vykonáva v priebehu života a sú vnímané ako súčasť jeho životného štýlu a identity. Ergoterapia pomáha riešiť praktické otázky súvisiace so

zníženou alebo úplnou stratou sebastačnosti v činnostiach, ktoré sú pre život nepostrádateľné a podporuje maximálne zapojenie jedinca do bežného života, pričom plne rešpektuje jeho osobnosť a možnosti.

Svetová federácia ergoterapeutov (2012) uvádza nasledovnú definíciu: Ergoterapia je profesia, ktorá sa zameriava na podporu zdravia a celkovej pohody jedinca prostredníctvom zamestnania. Primárnym cieľom ergoterapie je umožniť ľuďom zúčastniť sa každodenných aktivít. Ergoterapeuti dosahujú tohto cieľa tak, že sa snažia pomôcť ľuďom uskutočňovať činnosti, ktoré zvyšujú možnosť ich začlenenia (participácie) alebo prispôbia prostredie podporujúce participáciu osoby.

Rada ergoterapeutov európskych zemí (2000): Cieľom ergoterapie je podporiť zdravie a celkový pocit pohody jedinca prostredníctvom zmysluplného zamestnávania. Ergoterapeuti sú presvedčení o tom, že zdravie môže byť ovplyvnené činnosťami človeka. Ergoterapia je liečba osôb s telesným a duševným ochorením alebo disabilitou, pri ktorej sa používajú špecificky zvolené činnosti s cieľom umožniť osobám dosiahnuť maximálnu funkčnú úroveň a nezávislosť vo všetkých aspektoch života.

Každá organizácia má svoju vlastnú definíciu ergoterapie, ale hlavná myšlienka všetkých definícií je rovnaká, pre zachovanie schopností jedinca a ich rozvíjanie, ktoré je dôležité pre zapojenie do bežného života, je vhodné zmysluplné zamestnávanie človeka s postihnutím.

2.2.1 Filozofia ergoterapie

Človek je aktívna bytosť, ktorá sa vyvíja pod vplyvom činností, ktoré vykonáva. Ak je využitá kapacita ich vlastnej motivácie, ľudská bytosť je schopná prostredníctvom týchto činností ovplyvniť svoje fyzické a psychické zdravie a meniť sociálne a fyzické prostredie, ktoré ho obklopuje.

Ergoterapia je založená na predpoklade, že zmysluplná činnosť zahrnujúca interpersonálnu väzbu a vzťahy s prostredím, môže byť použitá k prevencii a ovplyvňovaniu dysfunkcie a k dosiahnutiu maximálnej adaptácie.

Činnosti používané ergoterapeutmi obsahujú vlastný aj terapeutický zmysel (Hopkins, 1979, citovaný podľa Müllera, 2005).

Filozofia profesie je založená na holistickom pohľade na človeka a vychádza z predpokladu, že každý človek je jedinečná bytosť, ktorá je schopná pomocou vhodne zvolenej činnosti zlepšiť svoj stav svojho zdravia, funkčných schopností, zastávať potrebné alebo chcené životné role a dosiahnuť tak zlepšenie kvality života (Townsend, Polatajko, 2007, citovaný podľa Jelínkovej, 2009).

Adolph Meyer medzi prvými zdefinoval päť základných predpokladov, na ktorých je ergoterapia založená:

- Existuje zásadná spojitosť medzi zdravím a aktivitou
- Zdravá aktivita zachováva rovnováhu medzi bytím, myslením a jednaním
- Existuje jednota tela a mysle
- Keď dôjde k narušeniu možnosti zúčastniť sa aktivity, dochádza k zhoršovaniu telesných a psychických funkcií
- Ak aktivita podporuje telesné a psychické funkcie, napomáha súčasne návratu funkčných schopností, aktivitu je možné použiť k terapeutickým účelom (Stein, K Cutler, 2002).

2.3 Ciele ergoterapie

Obecným cieľom ergoterapie je pomáhať ľuďom po úrazoch, ochoreniach, s vrodenou poruchou alebo zdravotným postihnutím dosiahnuť maximálnu možnú mieru samostatnosti pomocou obnovenia alebo udržania ich schopností tak, aby sa mohli čo v najväčšej možnej miere plnohodnotne zapojiť do spoločnosti.

Viacerí autori (Česká asociácia ergoterapeutov, 2007, Reedová, Sandersonová, 1983 citované podľa Krivošíkovej, 2011, Vodáková, Dyrtrtová, Cettlová, Beránek, 2007) definujú medzi hlavné ciele ergoterapie nasledovné :

- Zhodnotiť správanie a pôsobenie jedinca v oblasti vykonávania zamestnávania a v jeho jednotlivých zložkách

- Podporovať zdravie a duševnú pohodu osoby prostredníctvom zmysluplnej aktivity alebo zamestnania
- Pomáhať zlepšovať schopnosti, ktoré osoba potrebuje pre zvládanie bežných denných činností, pracovných činností a aktivít voľného času
- Umožňuje osobe naplňovať sociálne role
- Napomáhať k plnému zapojeniu osoby do aktivít jeho sociálneho prostredia a komunity
- Uplatňovať terapiu zacielenú na klienta, ktorý je aktívnym účastníkom terapie a podieľa sa na plánovaní a procese terapie
- Posilňovať osobu v udržaní, obnovení alebo získaní kompetencií potrebných pre plánovanie a realizáciu jej každodenných činností v interakcii s prostredím
- Usilovať o zachovanie príležitosti zúčastňovať sa aktivít každodenného života všetkým osobám bez ohľadu na ich zdravotné postihnutie alebo znevýhodnenie.

Ako Jelínková (2009) uvádza vo svojej publikácii v rámci ergoterapie môžeme ciele rozdeľovať na krátkodobé a dlhodobé. Krátkodobé sa zameriavajú na dosiahnutie hlavných očakávaných výsledkov terapie, sú zamerané na udržanie, rozvoj, podporu alebo kompenzáciu straty schopnosti v senzomotorickej, kognitívnej, psychickej alebo sociálnej oblasti. Dlhodobými cieľmi ergoterapie pre klienta je dosiahnuť uspokojivej úrovne a rovnováhy pri vykonávaní sebeobslužných alebo pracovných činností a aktivít voľného času, ktoré podporujú jeho uzdravenie, lepší pocit z vlastného úspechu a osobnej pohody a začlenenie do spoločnosti. Krátkodobé aj dlhodobé ciele sa odvíjajú od aktuálnych individuálnych schopností a potrieb konkrétneho klienta.

Výsledkom ergoterapeutického pôsobenia by malo byť naučenie klienta novú alebo zabudnutú činnosť, pomoc pri plánovaní, organizovaní, udržiavaní rovnováhy v uskutočňovaní činností a aktivít v bežnom živote a v rôznych obdobiach života jedinca, odporúčenie alternatívneho spôsobu vykonávania činností, poskytnutie metód pre nácvik rôznych spôsobov uskutočňovania aktivity, odporúčenie technických alebo kompenzačných pomôcok, ktoré

umožnia zvýšiť sebestačnosť jedinca v bežných denných aktivitách (Krivošíková, 2011).

2.4 Ergoterapeutický program

Ergoterapeutický program je plán, ktorý si vytvára ergoterapeut, v rámci neho definuje hlavné ciele terapie, konkrétne ciele jednotlivých ergoterapeutických stretnutí, schopnosti a možnosti klienta, zaznamenáva pokroky klienta, ktoré dokázal počas stretnutí, ale aj aktivity, ktoré mu robia problémy.

Ergoterapeutický program by sa mal skladať z jednotlivých oporných bodov (Česká asociácia ergoterapeutov, 2007):

Hodnotenie

Na začiatku celého ergoterapeutického programu by malo uskutočniť vstupné hodnotenie a počas programu by mali prebiehať ešte priebežné hodnotenia jednotlivých výstupov terapie. Ergoterapeut by mal počas hodnotenia získať informácie o tom, akú rolu klient zastáva a aké činnosti v danom prostredí zvláda a naopak, ktoré mu robia problém. Pri hodnotení sa používa štandardizované a neštandardizované testovanie.

Plánovanie

Hodnotenie slúži ergoterapeutovi na plánovanie celého ergoterapeutického procesu, ktorý obsahuje krátkodobé a dlhodobé ciele.

Spolupráca

Ďalším dôležitým oporným bodom je spolupráca s ďalšími odborníkmi a rodinnými príslušníkmi.

Dokumentácia

Pre dôkladnú prácu ergoterapeuta s klientom je potrebné všetky informácie o klientovi, jeho schopnostiach a možnostiach a ďalšom postupe pri terapii dokumentovať. Dokumentácia sa využíva pre monitorovanie účinnosti použitých terapeutických postupov a dosiahnutých cieľov terapie. Dokumentácie by mala vždy reflektovať rozsah a obsah poskytovaných služieb, použité terapeutické prostriedky a metódy a objektívne údaje.

Každý ergoterapeutický proces má svoje jednotlivé fázy. Tieto fázy majú svoje charakteristické ciele a navzájom sa prelínajú.

Podľa Valešovej Malecovej (2011) môžeme ergoterapeutický proces rozdeliť nasledovne:

1. Fáza zoznamovacia
2. Hlavná/realizačná fáza
3. Fáza upevňovania
4. Záverečná fáza

V zoznamovacej fáze dochádza k prvému kontaktu klienta s terapeutom a klienta s ostatnými klientmi navzájom. Cieľom prvej fázy je spoznanie všetkých prítomných a nadviazanie vzťahu medzi sebou, podpora a motivácia k aktivitám a vytvorenie bezpečného prostredia, kde si budú klienti navzájom medzi sebou dôverovať. Zoznamovacia fáza tiež môže mať aj diagnostickú funkciu, kedy si terapeut dopĺňa informácie o klientoch, zisťuje ich aktuálne možnosti, potreby a záujmy. V tejto fáze sa vytvára vzťah medzi klientom a terapeutom, ktorý môže výrazne ovplyvniť úspešnosť terapie (Malecová Valešová, 2011).

Podstatným predpokladom akejkolvek terapeutickej intervencie je schopnosť ergoterapeuta komunikovať s klientom a nadviazať s ním vhodný terapeutický vzťah. Zapojenie klienta do procesu terapie je jedným z najdôležitejších aspektov intervencie a existuje všeobecná zhoda o tom, že terapeutické spojenectvo je dôležitým faktorom úspešnosti terapie. Ergoterapia je často tak efektívna, ako sa podarí vytvoriť spolupracujúci vzťah medzi klientom a ergoterapeutom. Aby bolo možné dosiahnuť tohto partnerstva, terapeut musí

vyvažovať konflikty moci, právnych požiadavkou, sociálneho tlaku a práv klienta (Jelínková, 2009).

Hlavná realizačná fáza nastáva po tom, ako si terapeut s klientom stanoví globálne a konkrétne ciele a postupy ako dosiahnuť požadovaný výsledok. Činnosti a materiály, s ktorými klient bude pracovať vyberá terapeut na základe cieľu, ktorý chce dosiahnuť, ak ide o rehabilitačný zámer (cvičenie jemnej a hrubej motoriky), volí terapeut činnosti, ktoré podporujú rozvoj schopností. Ak je cieľom zlepšiť u klienta ochotu spolupracovať a zlepšiť jeho sebavedomie, vyberá terapeut aktivity, u ktorých sa dá jednoduchšie dosiahnuť výrazný efekt (Hornáková, 1995, citovaná podľa Valešovej Malecovej, 2011).

Vo **fáze upevňovania** si klient rozvíja a upevňuje nové naučené spôsoby správania, schopnosti a zručnosti. Tieto získané skúsenosti by mal vedieť preniesť aj mimo ergoterapiu do každodenného života (Valešová Malecová, 2011).

Posledná fáza ergoterapeutického procesu je **záverečná fáza**, ukončenie terapie s klientom. Terapeut postupne pripravuje klientov, že ich stretnutia sa blížia ku koncu, dopredu má s klientmi určený počet stretnutí a prispôbuje ho dosiahnutým cieľom u klientov. Klienti by mali mať dostatočný čas na nácvik nových zručností, ich upevnenie a postupné odpútavanie sa od terapeuta. V posledných stretnutiach by mal terapeut prenechávať čoraz väčšiu iniciatívu klientom, aby si sami precvičili osvojené zručnosti a preberali zodpovednosť (Valešová Malecová, 2011).

2.5 Individuálna a skupinová ergoterapia

Ergoterapia sa môže uskutočniť v individuálnej aj v skupinovej forme. Každá z týchto dvoch foriem má svoje výhody aj nevýhody a každému klientovi vyhovuje iná forma.

„Jednotlivé terapie sa môžu realizovať individuálne alebo skupinovo. Indikácia jednotlivých foriem závisí od potrieb a možností klienta, podmienok zariadenia a cieľov terapie (Valešová Malecová, 2011).“

Pri **individuálnej forme** terapie sa terapeut venuje len jednému klientovi, nadväzuje s ním úzky terapeutický vzťah, a tým pádom vzniká intenzívnejší emocionálny zážitok (Pogády a kol., 1993).

Podľa Hornákovej (1999) je individuálna terapia vhodná pre klientov, ktorých problém je závažný a vyžaduje si celú pozornosť terapeuta alebo ich správanie by v kolektíve rušilo ostatných klientov a mohlo by mať negatívne následky (agresia u klientov, záchvaty zúrivosti).

Skupinová terapia je náročnejšia pre terapeuta, ale má svoje výhody aj nevýhody. Medzi hlavné výhody patrí rýchlejšie a intenzívnejšie sociálne učenie, v skupine sú ľudia, ktorí majú rovnaký alebo podobný problém, preto sa navzájom chápu a vedia si poradiť a podporiť sa. Spätné väzby členov skupiny sú podnetné pre každého člena v skupine. Nevýhody skupinovej terapie spočívajú v tom, že sa medzi klientom a terapeutom nevytvorí taký intenzívny vzťah ako pri individuálnej forme a každému jednotlivcovi sa terapeut môže venovať menej času (Šicková-Fabricsi, 2002).

3 VYUŽITIE ERGOTERAPIE

Človek sa narodil pre činnosť...

Nebyť ničím zamestnaný a neexistovať je pre človeka to isté...

A. Voltaire

Využitie ergoterapie je dobrý spôsob ako osoby s postihnutím vrátiť do spoločnosti, pretože pre závažné zdravotné postihnutie býva takýto človek izolovaný od spoločnosti, ťažko udržuje priateľské vzťahy a primerané pracovné zaťaženie sa mu stáva jediným zmyslom života (Pfeiffer, 2000).

Ergoterapia (pracovná terapia – názov používaný v USA) pomáha ľuďom zapojiť sa do života pomocou terapeutického použitia každodenných činností. Ergoterapeutické intervencie zahrnujú pomoc deťom so zdravotným postihnutím plnohodnotne sa zapojiť do školského procesu, poskytujú pomoc ľuďom, ktorí sa zotavujú zo závažných zranení a zlepšujú podporu u starších ľudí, u ktorých dochádza k fyzickým a kognitívnym zmenám (AOTA, 1999).

Viaceri autori (Pfeiffer, 1990, Müller, 2005, Votava, 2009, Kubínková, Křížová, 1997) rozdeľujú využitie ergoterapie podľa cieľu, na ktorý je terapia zameraná. Podľa takéhoto zamerania sa budeme v tretej kapitole venovať ergoterapii zameranej na podporu samostatnosti a nezávislosti, ergoterapii zameranej na posilnenie postihnutej oblasti, ergoterapii zameranej na pracovné začlenenie a kondičnej ergoterapii.

3.1 Ergoterapia zameraná na podporu samostatnosti a nezávislosti

Cieľom tejto oblasti ergoterapie je dosiahnutie maximálnej možnej samostatnosti a nezávislosti klienta v bežných denných činnostiach.

Výchova k sebestačnosti sa zaoberá výcvikom bežných, pre každého človeka nevyhnutných zručností, ktorými si zabezpečuje svoju nezávislosť od pomoci inej osoby. Ide o nácvik schopností zaobstarávať a pripravovať si potravu, udržiavať osobnú hygienu, obliekať sa, prezúvať sa, schopnosti

mobility, lokomócie, komunikácie a udržiavanie prostredia a osobných potrieb. Cieľom je dosiahnutie maximálnej sebestačnosti (Klusoňová, Špičková, 1985).

3.1.1 Nácvik sebestačnosti

Activities of daily living (ADL) sú aktivity, ktorými sa každodenne zaoberáme a vykonávame ich bez toho, aby sme si už uvedomovali ich dôležitosť. Predstavujú pre nás každodennú rutinu a neprikladáme im väčšiu pozornosť. Medzi tieto činnosti patrí obliekanie sa, osobná hygiena, jedenie, používanie dopravných prostriedkov, starostlivosť o domácnosť a mnoho ďalších. Pre človeka s postihnutím môžu ADL robiť veľký problém, ktorý môže byť spôsobený ochorením, poruchou alebo postihnutím, ktoré prerastá v disabilitu a následne do závislosti na druhej osobe, technických pomôckach alebo na úprave prostredia (Müller, 2005).

Aktivity každodenného života môžeme rozdeliť na personálne a inštrumentálne.

3.1.1.1 Personálne ADL

Medzi základné ADL patria aktivity, ktoré sa dotýkajú ľudských potrieb, sú to samoobslužné činnosti, pomocou ktorých jedinec existuje v jeho súčasnom prostredí.

Patria sem nasledovné aktivity (Jong, 2009, Votava, 2009):

- **Hygiena** – starostlivosť o vlastnú osobu, umývanie, kúpanie, strihanie nechtov, holenie, čistenie zubov, česanie, aplikácia kozmetiky, menštruačná hygiena
- **Obliekanie** – výber vhodných odevov, schopnosť obliecť sa/ vyzliecť sa, schopnosť používať gombíky, zips, suchý zips, obúvanie/ vyzúvanie, viazanie kravaty
- **Stravovanie** – schopnosť samostatne sa nakŕmiť, použitie príboru, krájanie tuhej stravy
- **Prenos/ mobilita** – schopnosť samostatne chodiť alebo preniesť sa z postele na vozík

- **Kontinencia** – možnosť samostatnej kontroly vyprázdňovanie čriev a močového mechúra
- **Používanie toalety** – schopnosť používať toaletu

3.1.1.2 Inštrumentálne ADL

Pomocné, inštrumentálne aktivity každodenného života zahŕňujú sociálne schopnosti. Pre vykonávanie pomocných ADL sa vyžadujú pokročilejšie zručnosti a je možné ich vykonávať až po zvládnutí základných ADL.

Medzi pomocné ADL zaraďujeme (Valešová Malecová, 2011, Jong, 2009):

- **Starostlivosť o domácnosť a príprava jedla:** varenie, nakupovanie a výber vhodných potravín, upratovanie, pranie bielizne
- **Starostlivosť o ďalších členov domácnosti a domáce zvieratá:** zaistenie a poskytovanie starostlivosti druhým, starostlivosť o dieťa, poskytnutie stravy psovi, venčenie psa
- **Spoločenský život a spravovanie financií:** manipulácia s peniazmi, používanie verejnej dopravy a šoférovanie vlastného auta, sociálne interakcie, venovanie sa vlastným záľubám
- **Bezpečnosť prostredia:** schopnosť identifikovať nebezpečné situácie, schopnosť zavolať prvú pomoc a vedieť správne a efektívne reagovať v prípade požiaru
- **Udržiavanie zdravia:** užívanie liekov a ich správne dávkovanie, schopnosť rozoznať zdravotné riziká, schopnosť objednať sa u lekára
- **Narábanie s prístrojmi:** schopnosťarábať s domácimi elektrospotrebičmi.

3.1.2 Návčik samostatnosti v bývaní

Významným krokom k celkovej sebestačnosti klienta je samostatné bývanie. V živote človeka bez postihnutia je to bežná vec, deti odídu z rodičovského domu na vysokú školu, neskôr za prácou a postupne si vytvárajú nový vlastný domov. V prípade ľudí s postihnutím je celý proces

osamostatňovania sa zložitejši. Samostatnosť bývania u ľudí s postihnutím závisí na mnohých faktorov, dôležitú úlohu pri celkovom osamostatnení sa od rodiny zohráva miera postihnutia, ale svoju rolu tu má aj dostupnosť bývania a sociokultúrne prostredie, na jednej strane architektonická problematika prostredia a na druhej strane stigmatizácia ľudí s postihnutím (Müller, 2005).

V rámci nácviku samostatného bývania využívame možnosť **chráneného bývania, podporovaného alebo komunitného bývania.**

„Chránené bývanie je pobytová služba poskytovaná osobám, ktoré majú zníženú sebestačnosť z dôvodu zdravotného postihnutia alebo chronického ochorenia, vrátane duševného ochorenia, ktorých situácia vyžaduje pomoc inej fyzickej osoby. Chránené bývanie má formu skupinového, poprípade individuálneho bývania“ (§ 51 zákona č. 108/ 2006 Sb.o sociálnych službách).

Müller (2005) vo svojej publikácii uvádza, že cieľom **chráneného bývania** je vyskúšať si a nacvičiť v tréningovom prostredí situácie, ktoré súvisia so samostatným bývaním, vedieť naplňať svoje ADL, nácvik sociálnych schopností, riešenie vzniknutých situácií, organizovanie času a jeho využitie. Ergoterapeut dochádza ku klientom pravidelne na konzultácie. Ďalšia možnosť je **komunitné bývanie**, ktoré má podobné ciele ako chránené bývanie, ale v dome je vždy prítomná služba, ktorá môže kedykoľvek zasiahnuť pri potrebe klienta. Posledná možnosť samostatného bývania ľudí s postihnutím je **podporované bývanie**, kedy klient býva sám vo svojom vlastnom byte a ergoterapeut za ním dochádza podľa potreby.

3.2 Ergoterapia zameraná na posilnenie postihnutej oblasti

Cieľom tejto oblasti ergoterapie je zväčšenie svalovej sily, zlepšenie rozsahu hybnosti a zlepšenie svalovej koordinácie. Pre dosiahnutie želaného cieľu musí byť vykonávaný presný, cielený a dávkovaný pohyb. Cvičenie sa uskutočňuje pomocou určitých nástrojov a cieľom nie je výrobok, ale zlepšenie stavu klienta a jeho postihnutej oblasti (Vodáková a kol. , 2007).

Pfeiffer (1990) sa zmieňuje o náročnosti tejto oblasti ergoterapie, pri práci ergoterapeuta s klientom je dôležité mať znalosti pohybového aparátu (kostri, svalov a kineziológie) a veľký dôraz sa kladie aj na vybavenie

pracoviska, kde sa ergoterapia uskutočňuje. Na ergoterapeutické cvičenia sa používajú jednoduché prístroje alebo športové náradie, ktoré sú špeciálne upravené.

Hlavnými cieľmi, na ktoré sa v tejto oblasti ergoterapia využíva sú (Müller, 2005):

- Zväčšenie svalovej sily
- Zlepšenie svalovej koordinácie
- Nácvik vytrvania v určitej polohe (stoj, sed)
- Nácvik používania protéz
- Nácvik úchopu
- Cielový tréning kognitívnych a exekutívnych funkcií (pamäť, pozornosť, rozhodovanie, organizácia).

3.3 Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie

Práca je pre každého človeka dôležitým bodom v živote, určuje jeho postavenie v spoločnosti, dáva mu sociálnu rolu a v neposlednom rade mu prináša zisk, za ktorý môže plnohodnotne žiť a uspokojovať svoje potreby a potreby blízkych.

Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie osoby so zdravotným postihnutím sa venuje na základe ergodiagnostiky hľadaniu možností opakovanému začleneniu do zamestnania, do pracovného kolektívu alebo navrhovaniu vhodných zmien v zamestnaní (Vodáková a kol., 2007).

Viacerí autori (Müller, 2005, Vodáková a kol. 2007) sa zhodujú, že pracovná rehabilitácia, ergodiagnostika je jedna z najhlavnejších oblastí ergoterapie, zaoberá sa hodnotením klienta z funkčného hľadiska (možnosti začlenenia do pracovného procesu). Je dôležitá pre ľudí v produktívnom veku, ktorí sú dlhodobo chorí alebo postihnutí a musia zmeniť svoje povolanie, ďalej pre mladých ľudí s ťažkým telesným, senzorickým alebo mentálnym postihnutím, ktorí chcú vstúpiť do pracovného procesu. Ergodiagnostika sa

využíva pri tvorbe krátkodobého alebo dlhodobého ergoterapeutického programu.

Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie je dôležitá pre ľudí s mentálnym postihnutím z viacerých dôvodov (Müller, 2005):

- **Aktivita** – práca do určitej miery naplňuje potreby zmysluplnej aktivity
- **Seberealizácia** – klient môže ukázať, čo dokáže, dosiahne určitú pozíciu v spoločnosti
- **Peniaze** – odmena za prácu, pomocou ktorej si klient môže uspokojiť svoje potreby
- **Sociálny kontakt** – možnosť spoznávania nových ľudí, nadviazanie kontaktov
- **Samostatnosť a nezávislosť** – dôležitú úlohu má ekonomická samostatnosť, ktorá vedie k nezávislosti na rodine a spoločnosti.

3.4 Kondičná ergoterapia a ergoterapia zameraná na voľný čas

Hlavným cieľom kondičnej ergoterapie je odpútať pozornosť klienta s mentálnym postihnutím od seba samotného, udržať dobrú duševnú pohodu, nadviazať nové vzťahy v rámci kolektívu. Ergoterapeutický program je zostavený hlavne podľa záujmov klienta, ktorý je úmerný k jeho zdravotnému stavu a stupňu postihnutia. Zahŕňa ručné práce, pletenie, vyšívanie prácu s hlinou, papierom, prácu na záhrade, športové činnosti a mnoho ďalších aktivít (Kubínková, Křížová, 2007).

Kondičná ergoterapia slúži ako prevencia hospitalizmu – má pacienta odpútať od ochorenia a vyplniť mu voľný čas. Využíva sa u pacientov a klientov v domovoch pre seniorov, v detských stacionároch, psychiatrických oddeleniach a liečebniach, stacionároch pre ľudí s mentálnym postihnutím (Heczková, 2002).

Ako uvádza Valešová Malecová (2011) expresívne terapie je možné využiť v špeciálnepedagogickej intervencii v rôznych oblastiach - uľahčenie v orientácii, reedukácia narušených funkcií (kognitívne funkcie, jemná motorika, poznávacie procesy), rozvoj komunikačných a sociálnych zručností, relaxácia a rozvoj zdravého sebavedomia.

Využitie ergoterapie u ľudí s mentálnym postihnutím sa zameriava hlavne na zmiernenie handicapu, rozvoj kognitívnych funkcií, ďalej podľa stupňa postihnutia môžu prebiehať intervencie, medzi ktoré patrí nácvik ADL, nácvik sociálneho správania, sociálnej interakcie, nácvik modelových činností a situácií. Ďalšia možnosť je predpracovná rehabilitácia (Müller, 2005).

4 ERGOTERAPIA V PRAXI

*„Človek prostredníctvom svojich rúk,
ktoré ovláda myseľ a vôľa, môže
ovplyvniť stav vlastného zdravia.“*

Mary Reillyová

Praktická časť bakalárskej práce sa venuje využitiu ergoterapie u mentálne postihnutých ľudí v konkrétnom dennom stacionári a prínosu, aký má samotná terapia pre klientov. Cieľom tejto časti je prezentovať aktivity ergoterapie a jej zmysluplné využitie v dennom stacionári v Prahe. V stacionári som strávila určitú dobu, počas ktorej som mohla byť prítomná ergoterapeutických stretnutí a pozorovať prácu terapeuta s klientmi a využitie týchto sedení.

Hlavným cieľom praktickej časti je poukávanie na to, že ergoterapia má výrazný vplyv na zlepšenie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím a vhodne im vyplňuje voľný čas.

4.1 Občianske združenie Ruka pro život

Ruka pre život je občianske združenie, ktoré pomáha všestranne skvalitňovať život seniorom, spoluobčanom s chronickým duševným ochorením a ľuďom s mentálnym a kombinovaným postihnutím. Snaží sa uľahčiť starostlivosť o týchto klientov ich rodinám a prináša všetkým zúčastneným viac radosti do života.

Hlavné ciele občianskeho združenia sú poskytovať odborné služby a na vysokej úrovni, pomôcť blízkym osobám žiť kvalitný osobný život, integrovať klienta do bežného života spoločnosti, usilovať o maximálnu možnú spoluprácu s rodinou a udržať a ďalej rozvíjať sociálne kompetencie klienta.

Práca s klientmi s postihnutím je založená na viacerých princípoch, medzi ktoré patrí princíp úcty a individuálneho prístupu, jednania s rovnocenným

partnerom, orientácia na pozitívne stránky, rešpektovanie slobodnej vôle, princíp každá práca má zmysel (Ruka pro život, 2008a).

4.1.1 Denný stacionár Rajmonova

Denný stacionár Rajmonova je jeden zo stacionárov, ktoré založilo občianske združenie Ruka pro život, bol založený v roku 2008, nachádza sa na Rajmonovej ulici 1199/4, Praha 8. V pracovných dňoch je otvorený od 07:00 do 16:00. Stacionár má kapacitu 20 klientov, v súčasnosti využíva služby 18 klientov s mentálnym a kombinovaným postihnutím.

Poslaním programu Denný stacionár je pomôcť užívateľovi služby začleniť sa do komunity, poskytnúť priestor k primeranému sebauplatneniu a získaniu sebadôvery, umožniť mu udržať si a získať schopnosti a zručnosti pre maximálnu možnú sebestačnosť a nezávislosť v závislosti na miere postihnutia. Pre rodiny klientov sú služby odľahčením v celodennej starostlivosti o postihnutého člena, členovia rodiny majú možnosť pracovať a aktívne žiť.

Cieľová skupina klientov denného stacionára Rajmonova sú ľudia s mentálnym a kombinovaným postihnutím od 16 rokov. Sú to absolventi základných škôl špeciálnych, praktických škôl a špeciálnych odborných učilíšť. Klienti s mentálnym postihnutím prichádzajú do stacionára z rodín, chráneného alebo podporovaného bývania (Ruka pro život, 2008b).

Náplň programu je prispôbená individuálnym možnostiam a potrebám klientov. **Medzi hlavné aktivity** radíme (Ruka pro život, 2008c):

- Nácvik sebaobsluhy a samostatnosti
- Vzdelávacie a rozumové aktivity, práca s PC a internetom
- Nácvik zručností potrebných pre vedenie domácnosti, kuchynské aktivity
- Pohybové a športové aktivity
- Aktivity s hudbou, prvky muzikoterapie

- Ergoterapia, práca s prvkami ergoterapie
- Výtvarné aktivity (práca s papierom, textilom, keramikou)
- Účasť na kultúrnych udalostiach mesta, návštevy kultúrnych a športových akcií

Podľa § 46 zákona č. 108/2006 Zb. o sociálnych službách denný stacionár má povinnosť klientovi zabezpečiť pomoc pri zvládaní bežných úkonov, pomoc pri osobnej hygiene alebo poskytnutiu podmienok pre osobnú hygienu, každodennú stravu, výchovné, vzdelávacie a aktivizačné činnosti, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským okolím, sociálne terapeutické činnosti, pomoc pri uplatňovaní práv, oprávnených záujmov a obstarávania osobných záležitostí.

Služba je zameraná na poskytnutie všetkých úkonov daných zákonom a na plnenie dohodnutého individuálneho plánu klienta, ktorý je v súlade so stanoveným cieľom služby denného stacionára.

4.1.2 Multifunkčné dielne

V stacionári Rajmonova sa nachádzajú tri multifunkčné dielne, v ktorých sa uskutočňujú ergoterapia a aktivity s prvkami ergoterapie. Každá z nich má svoje zameranie – výtvarná, textilná a keramická. V každej dielni pracujú s klientmi dvaja asistenti.

A. Výtvarná dielňa slúži na prípravu materiálu pre ďalšie dve dielne. Je tu 5 klientov - mužov. Ich aktivity spočívajú v strihaní papiera, lepení, triedení materiálu, ktorý sa neskôr využije v textilnej dielni pri výrobe košíkov, maľovaní a ďalších výtvarných činností.

B. Textilná dielňa je veľmi tvorivou dielňou, vyrábajú sa tu pekné a praktické veci, ktoré sa dajú predáť na trhoch, čo klientky motivuje k dobrým výkonom. Dielňu navštevuje 5 klientok. Pri práci majú možnosť okrem iného využívať šijací stroj. Vyrábajú sa tu podnosy, obrusy, kuchynské chňapky, brošne. Všetky výrobky klientky následne predávajú na Vianočných alebo Veľkonočných trhoch alebo na internetových stránkach.

C. Keramická dielňa je najnovšia zo týchto troch dielní, ktorú mohol stacionár vybudovať vďaka finančnej podpore Nadácie OKD na svoje tretie výročie založenia. Pracuje v nej 8 klientov – muži aj ženy. Klienti vyrábajú rôzne výrobky z keramickej hliny, výrobky sú väčšinou zamerané podľa príležitostí a ročných období a sviatkov.

Každý klient má svoju hlavnú ťažiskovú dielňu, v ktorej pracuje väčšinu času v týždni, ale jedenkrát do týždňa sa klienti vymieňajú, aby si vyskúšali prácu aj v ostatných dvoch dielňach a jedenkrát do týždňa majú ergoterapeutické stretnutie. (Dvořáková, 2013).

4.2 Ergoterapia v stacionári

Ergoterapia je terapia prácou, ktorej cieľom je podporiť zdravie a celkový pocit pohody klienta prostredníctvom vhodne zvolenej aktivity. Tieto aktivity obecné môžu zmierniť alebo úplne eliminovať prejavy postihnutia, ale hlavným cieľom u ľudí s mentálnym postihnutím je zmysluplne vyplniť ich voľný čas a pokúsiť sa zabrániť alebo aspoň spomaliť proces zabúdania, či už myslíme v oblasti personálnych, alebo inštrumentálnych aktivít každodenného života.

Ergoterapia v stacionári Rajmonova v Prahe je primárne zameraná na podporu kognitívnych funkcií klientov. V rámci ergoterapeutických stretnutí sa precvičuje u klientov pozornosť, pamäť, znalosť farieb, znalosť trivia, rozvoj logického myslenia a mnoho ďalších oblastí. Klientmi ergoterapie sú ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím až ťažkým mentálnym postihnutím. Ergoterapia sa prispôsobuje schopnostiam a potrebám jednotlivých klientov. Sú klienti, pre ktorých je vhodná skupinová ergoterapia, ale niektorým viac vyhovuje individuálna forma.

Ergoterapeutický program je určený pre všetkých klientov zariadenia, frekvencia stretnutí je jedenkrát do týždňa a stretnutia trvajú 45 minút. Dĺžka ergoterapeutického programu je približne 20 stretnutí, ergoterapeutický plán každého klienta stanovuje ergoterapeutka v spolupráci s rodinou vždy na polročné obdobie. Ciele ergoterapeutického programu sa stanujú v súlade so stupňom postihnutia a schopnosťami klienta. Sú zamerané na podporu kognitívnych funkcií a personálnych a inštrumentálnych ADL. Ciele nadväzujú

na dosiahnuté výsledky z predchádzajúceho ergoterapeutického programu (Dvořáková, 2013).

V rámci mojej praxe v stacionári, ktorá trvala od novembra do decembra 2012, som bola prítomná ergoterapeutických stretnutí troch klientov, metóda, ktorú som zvolila pre vypracovanie popisu jednotlivých stretnutí bolo neštruktúrované pozorovanie. Pre prehľadnú prezentáciu využitia ergoterapie a ergoterapeutických techník v stacionári, uvádzam tri druhy ergoterapie, ktoré sa v stacionári realizujú: ergoterapia zameraná na podporu a rozvoj kognitívnych funkcií, prvky ergoterapie pri nácviku inštrumentálnych ADL – varenie, prvky ergoterapie v multifunkčných dielňach.

A. Ergoterapia zameraná na podporu a rozvoj kognitívnych funkcií

Počas mojej praxe v stacionári som navštevovala ergoterapeutické stretnutia 3 klientov – Michala, Čestmíra a Dády. Každý klient má stanovený individuálny plán podľa aktuálnych potrieb, stupňa mentálnej retardácie a výsledkov, ktoré dosiahol v prechádzajúcom ergoterapeutickom pôsobení. V prípade, že sú klienti sebestační v oblasti personálnych a inštrumentálnych ADL, cieľ ergoterapie je zameraný hlavne na podporu kognitívnych funkcií. Pri klientoch s ťažkou mentálnou retardáciou je cieľ ergoterapie zameraný na relaxáciu a zmysluplné využitie voľného času. Ergoterapia v stacionári prebieha už určitú dobu, ja som sa konkrétne zúčastnila piatich ergoterapeutických stretnutí u každého z týchto troch klientov. Ciele jednotlivých ergoterapeutických stretnutí formulovala ergoterapeutka na základe individuálneho plánu klienta.

Pre uvedenie do problematiky ergoterapie v stacionári Rajmonova dokladám stručné charakteristiky týchto troch klientov a následne sa budem venovať podrobnému opisu jednotlivých ergoterapeutických stretnutí.

PRVÝ KLIENT

Pán Michal má 44 rokov, nachádza sa v úrovni stredne ťažkej mentálnej retardácie, klient sa nenaučil schopnosti čítať ani písať, pozná jednotlivé písmená z abecedy a má výbornú pamäť na čísla a dátumy. Presne si pamätá dátumy narodenia asistentiek, klientov a svojich blízkych. V oblasti personálnych ADL je úplne samostatný, v oblasti inštrumentálnych ADL potrebuje v mnohých veciach pomoc, ale cestovanie MHD zvláda klient Michal úplne sám.

Hlavný cieľ ergoterapeutického programu:

- Rozvoj kognitívnych funkcií – pamäť, pozornosť, schopnosť porozumenia textu
- Nácvik rozpoznania všetkých písmen abecedy a ich napísania
- Nácvik jednotlivých mesiacov v roku a ich postupnosť

1. stretnutie

Ťažisková aktivita: Rozpoznanie písmena L v rozstrihaných písmenách abecedy

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Nácvik písmena L a čítania jednoslabičných slov začínajúcich na písmeno L
- Zlepšovanie schopnosti sústrediť sa

Priebeh stretnutia:

Na prvom ergoterapeutickom stretnutí, na ktorom som sa zúčastnila, bolo cieľom naučiť pána Michala rozpoznávať písmeno L (písané, tlačené, malé, veľké) od ostatných písmen z abecedy a dokázať spojiť grafému s fonémou.

1. aktivita: Ergoterapeutka využila rozstrihané písmená celej abecedy, ktoré sa viackrát opakovali. Pán Michal mal za úlohu nájsť všetky písmená „L“. Pri

každom nájdenom L, mal zopakovať, o aké písmeno sa jedná, aby si vedel spojiť zvuk spolu s obrazom písmena.

2. *aktivita*: Ďalšie cvičenie pozostávalo z tabuľky, na ktorej boli v riadkoch napísané písmená z celej abecedy v rôznom poradí a klient z nich mal zakrúžkovať len písmeno „L“, pracoval spolu s podložkou, aby nepreskočil žiadny riadok a našiel všetky zadané písmená.

3. *aktivita*: Posledné cvičenie bolo čítanie jednoslabičných slov, ktoré začínali na písmeno „L“. Ergoterapeutka pri tom použila znovu rozstrihané písmená a spolu s klientom vymýšľali slová, ktoré začínajú na „L“ (les, lak, ľad,...). Po zostavení týchto slov, spolu s klientom prešli všetky písmená a klient ich mal opakovať a prečítať.

Reflexia:

Klientovi nerobil problém rozpoznať písmeno „L“ medzi ostatnými písmenami z abecedy. V tabuľke, kde mal hľadať písmeno „L“, niektoré preskočil, ale z dôvodu, že si zle posunul podložku. Pán Michal vedel po ergoterapeutke zopakovať slovo, ktoré zložili z nájdených písmen, nerobil mu problém vymenovať jednotlivé písmena izolovane, ale nevedel ich sám spojiť do slova. Klient bol však celkovo nesústredený, robil vďaka tomu časté a zbytočné chyby, bol nutný stály dohľad ergoterapeutky, slovná motivácia a korekcia. U pána Michala je potrebné vždy sa uistiť, že zadanie naozaj pochopil, pretože má tendencie odkývať všetko alebo hovorí „áno“, ale zadaniu nerozumie.

2. stretnutie

Ťažisková aktivita: Rozpoznanie písmena R v rozstrihaných písmenách abecedy

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Opakovanie minulého stretnutia
- Návik písmena R a čítania jednoslabičných slov začínajúcich na písmeno R

- Posilnenie pamäte

Priebeh stretnutia:

Na začiatku bolo dôležité si s klientom zopakovať obsah predchádzajúceho stretnutia, aby sa ergoterapeutka uistila, že klient nezabudol, čo sa minule naučil. Opakovanie trvalo približne 15 minút, klient z povystrihovaných písmen hľadal všetky „L“, následne vyberal zo súboru obrázkov, obrázky, na ktorých boli predmety začínajúce na písmeno „L“ a s pomocou ergoterapeutky čítal pospájané jednoslabičné slová s písmenom „L“ na začiatku. Po upevnení základov z predchádzajúceho stretnutia mohla ergoterapeutka prejsť k nácviku nového písmena „R“. Nácvik písmena prebiehal veľmi podobne, ako na predchádzajúcom stretnutí.

1. aktivita: Klient mal za úlohu nájsť písmeno „R“ z povystrihovaných písmen abecedy. Pri každom nájdenom R, mal zopakovať, o aké písmeno sa jedná, aby si vedel spojiť zvuk spolu s obrazom písmena.

2. aktivita: Cvičenie pozostávalo z tabuľky, na ktorej boli v riadkoch napísané písmená z celej abecedy v rôznom poradí a klient z nich mal zakrúžkovať len písmeno „R“, pri krúžkovaní písmen použil podložku, aby nevynechal žiadne „R“ a našiel všetky zadané písmená.

3. aktivita: V ďalšom cvičení vyzvala ergoterapeutka pána Michala, aby jej povedal čo najviac slov, ktoré sa začínajú na písmeno „R“ a spoločne vytvorili z rozstrihaných písmen niektoré zo slov, ktoré pán Michal diktoval.

Na konci stretnutia sa ergoterapeutka znovu uistila, či klient vie, čo sa učil na stretnutí a spoločne si povedali, čo budú robiť za týždeň na ergoterapii.

Reflexia:

Klient mal zo začiatku problémy s písmenom „R“, plietol si ho s inými písmenami abecedy. Po viacerých opakovaniach sa mu podarilo zapamätať si, ako správne vyzerá písmeno „R“. Pri hľadaní písmena v riadkoch mu nerobilo problém nájsť každé „R“ vďaka správne posúvaniu podložku. Klient bol

v lepšej nálade a viac sa sústredil na zadania úloh. Pri vymýšľaní slov začínajúcich na „R“ nemusel dlho premýšľať, vedel vymenovať dostatok základných slov začínajúcich na toto písmeno, všetko to boli bežne používané slová a klient vedel, čo znamenajú, nemal problémy vysvetliť významy jednotlivých slov. Pri skladaní slov z rozstrihaných písmen mu musela pomáhať ergoterapeutka, vedel z akých písmen sa slovo skladá, ale nevedel ho dať správne dokopy.

3. stretnutie

Ťažisková aktivita: Tvorba nákupného zoznamu, nákup s obchode

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Vytvoriť zoznam na nákup potravín pre krúžok varenia
- Nákup potravín v neďalekom obchode spolu s ergoterapeutkou
- Odreagovanie a rozvoj fantázie

Priebeh stretnutia:

Klient chodí rád s maminkou nakupovať do obchodov, dobre sa vyzná v supermarketoch, táto aktivita bola pre neho veľmi príjemná a blízka.

Ergoterapeutické stretnutie začalo tým, že ergoterapeutka vysvetlila klientovi Michalovi, čo budú na stretnutí robiť a v akom poradí všetko uskutočnia.

1. aktivita: Klient vedel, že na krúžku varenia sa bude piecť koláč a musel vymyslieť, čo všetko na ten koláč budú potrebovať a aké suroviny budú musieť kúpiť v obchode. Po teoretickom vymenovaní činností, prešli s ergoterapeutkou k spísaniu potrebných surovín. Vzhľadom na to, že klient nevie písať, spísala zoznam ergoterapeutka podľa toho, čo jej diktoval pán Michal.

2. aktivita: Po spísaní nákupného zoznamu sa spoločne ergoterapeutka a klient vybrali do blízkeho obchodu nakúpiť všetky potrebné veci. Aj keď zoznam mala

ergoterapeutka, pán Michal si zapamätal všetky suroviny okrem jednej. Bezchybne sa pohyboval v obchode, nemal problém nájsť každú surovinu, intuitívne vedel určiť, ktoré suroviny sa nachádzajú v akom oddelení. Platiť musela ergoterapeutka, pretože pán Michal nepozná hodnotu peňazí a nedokázal by si skontrolovať správny výdaj peňazí.

Po príchode do stacionáru si ergoterapeutka s klientom zopakovala zásady nakupovania (v obchode si vziať nákupný vozík, všetky suroviny doň ukladať, pri pokladni vyložiť potraviny na pult, zaplatiť).

Reflexia:

Počas tohto ergoterapeutického stretnutia bolo vidieť, že klienta veľmi baví nakupovanie a že sa v nej dobre vyzná. Táto aktivita bola zameraná hlavne na odreagovanie klienta a relaxáciu, lebo pán Michal má nakupovanie ako hobby. Zároveň pri tejto aktivite rozvíjal aj komunikáciu s okolím v obchode. Pán Michal mal dobrý prehľad o tom, aké pomôcky sú potrebné pri varení a pečení a vedel v akom poradí nasledujú jednotlivé činnosti. Klient nemal problém so zapamätaním si všetkých položiek, ktoré sa museli v obchode nakúpiť, nepotreboval ani zoznam. Poznal všetky suroviny, pretože doma vypomáha mame s varením a pečením. Bolo vidieť, že napriek tomu, že klient nevie čítať, vie presne, ako vyzerajú jednotlivé názvy surovín. Problém u pána Michala je, že nepozná hodnotu peňazí, preto môže dôjsť k tomu, že nakúpi veľmi drahé suroviny alebo, že ho predavači oklamú, keďže si nevie skontrolovať výdavok, preto väčšinou, keď chodí nakupovať dostáva od mamy presne vypočítanú cenu, podľa toho, koľko by mali všetky suroviny stáť dohromady. Ergoterapeutické stretnutie mi prišlo veľmi zaujímavé a užitočné pre klienta, mohol využiť poznatky z nakupovania, ktoré mal. Aktivita ho veľmi bavila, lebo následne potom si so všetkých surovín, ktoré nakúpil spolu s ergoterapeutkou, mohol za pomoci asistentky a ostatných klientov upiecť koláč.

4. stretnutie

Ťažisková aktivita: Hra s kalendárom

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Rozprávanie o predchádzajúcom stretnutí
- Opakovanie naučených písmen „L“ a „R“
- Precvičovanie mesiacov v roku
- Posilnenie pamäte

Priebeh stretnutia:

Na začiatku stretnutia si ergoterapeutka zopakovala s pánom Michalom, čo robili na predchádzajúcej ergoterapii. Klient si pamätal na spoločné nakupovanie, vedel vymenovať skoro všetky potraviny, ktoré nakúpili a zapamätal si aj koláč, ktorý piekli spolu s asistentkou.

1. aktivita: Úlohou bolo opakovanie už naučených písmen „L“ a „R“. Na precvičenie ergoterapeutka zvolila rozstrihané písmená celej abecedy, písmená boli v tlačenej, písanej, malej a veľkej verzii. Pán Michal mal z týchto písmen roztriediť všetky formy písmena „L“ a „R“.

2. aktivita: Po vytriedení písmen, dala ergoterapeutka pánovi Michalovi sadu obrázkov a jeho úlohou bolo priradiť obrázky, na ktorých boli vyfotené bežne využívajúce sa predmety (domáce spotrebiče, dopravné prostriedky, oblečenie), začínajúce písmenom „L“ alebo „R“ k týmto vytriedeným písmenám.

3. aktivita: Poslednou aktivitou stretnutia bola práca s kalendárom. Ergoterapeutka vyzvala klienta, aby jej vymenoval všetky mesiace v roku a následne ich spolu hľadali v stolnom kalendári. Pri vymenovaní každého mesiaca mal klient povedať, čo je pre ten mesiac charakteristické (Vianoce, Silvester, Nový rok, Veľká noc,...).

Reflexia:

Klient roztriedil takmer všetky písmená, fakt, že niektoré vynechal by som pripísala nesústredenosti klienta, nie tomu, že by písmená nepoznal. Ergoterapeutické stretnutie bolo zamerané na posilnenie pamäte klienta, najprv si mal spomenúť na spoločný nákup a pečenie, následne si opakoval znalosť písmen „L“ a „R“ a ako posledné si precvičil pamäť pri vymenovaní mesiacov v roku. Pán Michal má veľmi dobrú pamäť, zapamätal si takmer všetko, rozlíšenie písmen mu nerobilo problém, ale najprv si museli s ergoterapeutkou znovu zopakovať rozdiel medzi písmenom „K“ a „R“. Problém mu robilo vymenovať mesiace, podľa poradia v akom nasledujú. V udalostiach charakteristických pre jednotlivé mesiace mal dobrý prehľad.

5. stretnutie

Ťažisková aktivita: Rozpoznanie písmena N v rozstrihaných písmenách abecedy

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Opakovanie minulého stretnutia
- Podpora pamäte
- Návik postupnosti mesiacov v roku
- Návik písmena N a čítania jednoslabičných slov začínajúcich na písmeno N

Priebeh stretnutia:

Ergoterapeutické stretnutie nadviazalo na predchádzajúce cvičenie – znalosť mesiacov a ich postupnosť v roku. Ergoterapeutka vyzvala pána Michala, aby jej vymenoval všetky mesiace, ktoré si pamätá a aby ich skúsil povedať v poradí, v akom prichádzajú.

1. aktivita: Po vymenovaní mesiacov vzala ergoterapeutka kalendár a spolu s klientom prechádzali jednotlivé mesiace postupne. Pri každom mesiaci sa zastavili a pán Michal si mal spomenúť, čo je typické pre ten mesiac, kedy má

kto narodeniny a meniny. . Ergoterapeutka ich následne zapisovala do kalendára podľa toho, ako jej ich klient diktoval.

2. *aktivita:* Ďalšou aktivitou stretnutia bol nácvik písmena „N“ a čítanie jednoslabičných slov začínajúcich na toto písmeno. Postup bol podobný ako pri nácviku ostatných písmen, ktoré sa klient učil predtým. Ako prvé, klient roztriedil písmeno „N“ z rozstrihaných písmen celej abecedy. Pri hľadaní písmena „N“ v riadku mal klient rozlíšiť okrem ďalších písmen aj obrátené „N“ a mal zakrúžkovať len správne vyzerajúce „N“. Pri tejto úlohe mal klient problém, lebo sa mu plietlo obrátené „N“. Vedel bez pomoci vymenovať slová začínajú na „N“. A spolu s ergoterapeutkou vytvorili jednoslabičné slová.

Reflexia:

Pán Michal vedel vymenovať mesiace v kalendári, ale nie všetky a postupne, ako idú za sebou v roku. Má problém si zapamätať poradie, aj keď vie rozlíšiť, ktorý mesiac je v akom ročnom období. Znalosť na dátumy má veľmi dobrú. Pri nácviku písmena „N“ potreboval pomoc ergoterapeutku pri úlohe hľadania „N“ medzi ostatnými písmenami, najväčší problém mu robilo všimnúť si rozdiel medzi správnym a obráteným „N“.

DRUHÝ KLIENT

Pán Čestmír má 56 rokov, nachádza sa v pásme stredne ťažkej mentálnej retardácie, má pridružené psychiatrické ochorenie. Klient dosahuje schopnosti čítať, písať, počítať. V oblasti personálnych ADL je pán Čestmír úplne samostatný, dohľad je potrebný iba nad pravidelnosťou niektorých úkonov (sprchovanie, výmena bielizne a pod.) V oblasti inštrumentálnych ADL je potrebný dohľad, kontrola aj pomoc, ale cestovanie MHD klient zvláda samostatne.

Hlavný cieľ ergoterapeutického programu:

- Nácvik a upevňovanie znalostí základných zásad týkajúcich sa základných a inštrumentálnych ADL
- Rozvoj kognitívnych funkcií – pamäť, pozornosť
- Posilnenie trpezlivosti
- Odreagovanie, relaxácia

1. stretnutie

Ťažisková aktivita: Rozhovor o ADL na tému osobnej hygieny

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Upevňovanie znalostí základných ADL týkajúcich sa osobnej hygieny
- Rozvoj predstavivosti
- Podpora komunikácie na určenú tému

Priebeh stretnutia:

Cieľom prvého ergoterapeutického stretnutia, ktorého som sa v stacionári zúčastnila u pána Čestmíra bolo precvičenie základných zásad osobnej hygieny.

1.aktivita: Cvičenie spočívalo v tom, že klient mal diktovať ergoterapeutke, z akých častí sa skladá deň, charakteristické úkony pre jednotlivé časti dňa. Pán Čestmír mal vymenovať, aké činnosti sa robia ráno, na obed, večer a v noci. Zásady základných ADL týkajúce sa osobnej hygieny a obliekania sa vedel pán Čestmír vymenovať bez problémov, vedel, čo po sebe nasleduje. Spolu s ergoterapeutkou si vysvetlili, čo každá aktivita znamená a ako často sa musí vykonávať (napr. ráno – čistenie zubov, učesanie, umytie tváre,...). Nácvik prebiehal pomocou napísaných jednotlivých hesiel na tabuli tak, aby klient všetky heslá videl a mohol sa k nim vracieť. K týmto heslám pripísala ergoterapeutka za pomoci klienta, ako často by sa mali tieto aktivity vykonávať a pre porovnanie napísala, ako často ich vykonáva klient sám podľa toho, čo jej povedal sám pán Čestmír. Cieľom bolo, aby si klient uvedomil, čo robí správne a akej aktivite by mal zvýšiť pozornosť.

Reflexia:

Klient sa veľmi dobre orientoval v zásadách základných ADL a správne ich vie vykonávať za pomoci aj v domácom prostredí. Žije s opatrovníčkou a ak na neho nedozerá a nepomôže mu s niektorými činnosťami, tak sa im klient vyhne (klient potrebuje nastavovať opatrovníčkou správnu teplotu vody pri kúpaní, pretože má zlé skúsenosti, naposledy, keď to skúšal sám, sa obaril vriacou vodou). Ergoterapeutické stretnutie mu prišlo užitočné a bavilo ho práve vďaka tomu, že mu je téma blízka. Bolo dôležité, aby si klient najprv teoreticky upevňoval zásady osobnej hygieny a následne na základe toho ho vedel využívať.

2. stretnutie

Ťažisková aktivita: Rozhovor o ADL na tému obliekania

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Opakovanie predchádzajúceho stretnutia
- Upevňovanie znalostí základných ADL týkajúcich sa obliekania
- Rozvoj fantázie
- Relaxácia, uvoľnenie

Priebeh stretnutia:

Ergoterapeutické stretnutie nadviazalo na predchádzajúcu aktivitu, ergoterapeutka si overila, či si klient pamätá, o čom sa rozprávali na minulej ergoterapii, bolo dôležité si prejsť znova zásady osobnej hygieny, aby mohli prejsť na ďalšiu tému – obliekanie sa. Klient sa dobre orientoval a pamätal si činnosti spojené s osobnou hygienou aj ich početnosť počas dňa.

1.aktivita: Ergoterapeutka zvolila podobnú aktivitu tej predchádzajúcej, ale na tému obliekania sa. Pán Čestmír diktuje najprv mužské oblečenie a potom ženské oblečenie. Spolu s ergoterapeutkou rozdeľujú napísané oblečenie, podľa doby, kedy sa nosí (plavky – leto, kabát – zima,...), podľa udalostí, na aké sú

vhodné. Klient má dobrý prehľad, vie, čo sa kedy má nosiť, pozná nielen základné druhy oblečenia, ale vie vymenovať aj doplnky k oblečeniu.

2. *aktivita*: Pri ďalšej aktivite využila ergoterapeutka pomôcky, vystrihané druhy ženského a mužského oblečenia a modely ženy a muža a pán Čestmír mal zostaviť oblečenie pre muža, následne aj pre ženu. Bolo dôležité, aby nezabudol aj na detaily ako sú ponožky alebo spodná bielizeň.

Reflexia:

Pán Čestmír preukazoval dobré znalosti aj z oblasti obliekania sa, vedel základné zásady, ako často si človek musí meniť bielizeň alebo čo sa robí, ak je bielizeň špinavá (aj keď sám nevie prať, vždy na to upozorní, že má špinavé oblečenie). Aktivity na tému obliekania ho zaujali a mali pre neho charakter odpočinkový.

3. stretnutie

Ťažisková aktivita: Kimova hra

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Podpora pozornosti
- Posilnenie trpezlivosti
- Precvičenie zrakovej pamäte

Priebeh stretnutia:

V ďalšom ergoterapeutickom stretnutí sa ergoterapeutka zamerala na podporu a posilnenie pamäte a pozornosti klienta.

1. *aktivita*: K precvičovaniu pamäte a pozornosti bola použitá Kimova hra, ktorá spočíva v tom, že osoby sa pozerajú určitú dobu (približne 2 minúty) na určitý počet (väčšinou to býva do 20) drobných a ľahko pomenovateľných obrázkov, potom sa zakryjú a osoby majú napísať alebo povedať čo najviac obrázkov, ktoré

si zapamätali. Varianta Kimovej hry, ktorú použila ergoterapeutka bola zložená zo sady obrázkov s dopravnými prostriedkami. Pred začiatkom hry najprv skontrolovala, či klient pozná všetky dopravné prostriedky, pán Čestmír vedel všetky správne pomenovať. Ergoterapeutka zo začiatku ukázala klientovi dva obrázky a následne ich zakryla a pán Čestmír mal povedať, ktorý prostriedok bol na obrázku, postupne pridávala viac obrázkov. Klient mal problémy so sústredením a zapamätávaním si dopravných prostriedkov, ak si nevedel spomenúť, začal tipovať a vymenovávať všetky dopravné prostriedky, ktoré ho napadli bez premýšľania.

2. *aktivita*: Ďalším cvičením, ktoré malo slúžiť na odreagovanie sa, bolo tematicky zamerané opäť na dopravné prostriedky, ale ergoterapeutka chcela po klientovi, aby jej vymenoval základné zásady pri cestovaní.

Reflexia:

Prvé cvičenie, ktoré malo rozvíjať zrakovú pamäť robilo klientovi problémy, vedel si zapamätať obrázky dopravných prostriedkov iba pri malom počte, s pribúdajúcim počtom bolo vidieť, že klient už len háda, čo môže byť na otočenom obrázku a jeho sústredenosť klesá, preto ergoterapeutka zvolila ďalšiu úlohu, ktorá mala prinútiť klienta k aktivite a táto téma mu bola blízka a dobre sa v nej vyznal. Pán Čestmír sám dochádza do stacionára za pomoci MHD, preto mu nerobilo problém si spomenúť na základné zásady, vedel, že pred cestou v MHD je potrebné si zakúpiť lístok, ak nemáte predplatené lístky, že je potrebné sa držať v MHD, aby človek nespadol, v aute sa pripútať bezpečnostným pásom.

4. stretnutie

Ťažisková aktivita: Cestovanie v MHD a nakupovanie v obchode

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Návik sociálnych zručností
- Rozvoj tvorivosti

Priebeh stretnutia:

Cieľom ergoterapeutického stretnutia bol nácvik sociálnych zručností v bežnom živote.

1. aktivita: Na začiatok ergoterapeutka vyzvala klienta, aby jej diktoval zásady, ako by sa malo správať v určitých situáciách. Prvá situácia, ktorú si popísali bolo nakupovanie v obchode. Pán Čestmír najprv opísal, že je dôležité pri príchode do obchodu (alebo iného zariadenia) slušne pozdraviť, spýtať sa ohľadne potravín, ak si klient nevie rady. Pán Čestmír chodí pravidelne nakupovať so svojou opatrovníčkou, preto mu táto téma je blízka a vyzná sa v nakupovaní. Podobne, ako klient Michal, vie, kde sa aká potravina nachádza. Druhá situácia, ktorú s ergoterapeutkou rozobrali, bolo cestovanie MHD. Keďže klient sám využíva MHD počas cesty do stacionára každý deň, vie, ako správne cestovať, preto mu nerobil problém ergoterapeutke nadiktovať základné zásady správneho cestovania. Spolu ešte prešli detaily, ktorými si klient nebol istý. Prebrali spolu, ako sa má človek správať v dopravných prostriedkoch (byť slušný, nebyť hlučný a vulgárny), ako sa slušne požiada o miesto na sedenie.

2. aktivita: Po teoretickom vysvetlení týchto dvoch sociálnych situácií, sa vybrala ergoterapeutka s klientom to prakticky vyskúšať v teréne. S cieľom nakúpiť potraviny na krúžok varenia sa vybrali do supermarketu, pričom sa rozhodla zvoliť vzdialenejší obchod, aby s klientom mohla využiť cestovanie v MHD.

Reflexia:

U pána Čestmíra je problém, že v týchto situáciách nevie rozlíšiť s kým má akým spôsobom hovoriť. Má tendenciu s každým hovoriť priateľsky, aj keby to bola neznáma osoba na ulici, v MHD. Klient má tiež problémy s dodržiavaním intímnej zóny u ľudí, aj keď to s ergoterapeutkou nacvičovali, má tendenciu prísť ku každému čo najbližšie, pretože to pre neho nie je nepríjemné, necíti potrebu intímnej zóny. Čo sa týka zásad nakupovania a cestovania má dobre nacvičené úkony a vie sa orientovať v týchto situáciách, len je dôležité ho občas korigovať a vysvetliť mu, čo môže a čo už nie je prípustné.

5. stretnutie

Ťažisková aktivita: Výroba koša z papiera

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Rozvoj kreativity a tvorivosti
- Podpora hybnosti svalov ruky
- Rozvoj presnosti pohybov ruky a prstov
- Posilnenie pozornosti a trpezlivosti

Priebeh stretnutia:

Ďalšie ergoterapeutické stretnutie bolo zamerané na podporu manuálnej zručnosti klienta. Cieľom bolo upletenie koša z papiera. Na začiatku stretnutia ergoterapeutka vysvetlila klientovi postup práce a podrobne mu opísala jednotlivé kroky výroby koša z papiera. Pre želaný výsledok bolo dôležité, aby pán Čestmír dodržal presný postup, ktorý mu nadiktovala ergoterapeutka. Klient si postup pamätal, ale vyžadoval neustálu pozornosť ergoterapeutky. V prípade, keď mal klient pracovať samostatne, prácu neurobil správne, ale nie preto, že by nevedel, ako má ďalej pokračovať, ale aby sa mu ergoterapeutka venovala a stále ho kontrolovala.

Reflexia:

Aktivita bola pre klienta zábavná, klient je manuálne zručný, pomoc od ergoterapeutky potreboval len na začiatku a konci. V rámci aktivity trénoval aj svoju trpezlivosť. Klienta motivovalo k ukončeniu pleteného koša, že ho následne bude môcť zobrať domov ako darček pre opatrovníčku. Výroba koša z papiera klientovi išla, ale mal problémy s jemnou motorikou pri niektorých častiach zhotovovania koša. Klient pri tejto aktivite rozprával, čo zažil cez víkend, vyprával rôzne zážitky.

TRETÍ KLIENT

Pani Dáda má 61 rokov, nachádza sa v pásme ťažkej mentálnej retardácie, prejavujú sa u nej aj porucha autistického spektra, klientka sa nenaučila schopnosti písať a čítať, nehovorí, vydáva neurčité zvuky, ktoré majú svoj význam a je dôležité poznať, čo ktorý znamená. V oblasti personálnych ADL je klientka relatívne sebestačná, ale nie samostatná, nad väčšinou aktivít je potrebný aspoň dohľad. V oblasti inštrumentálnych ADL je úplne odkázaná na sestru, s ktorou žije alebo na asistenta. Väčšine pokynom rozumie, ale je potrebné, sa o tom vždy presvedčiť.

Hlavný cieľ ergoterapeutického programu:

- Rozvoj jemnej motoriky - úchopu palec- ukazovák
- Návuk znalosti základných farieb – modrá, žltá, červená, zelená
- Relaxácia a udržiavanie vyrovnanej a kludnej nálady (klienta nemá rada hluk a príliš veľa ľudí, v takýchto situáciách má sklon byť hlučná a rozladená)
- Podpora hybnosti svalov ruky a podpora obratnosti

1. stretnutie

Ťažisková aktivita: Triedenie vrchnákov rovnakej farby do príslušných priehradiek

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Návuk rozlíšenia základných farieb

Priebeh stretnutia:

Prvého ergoterapeutické stretnutie u pani Dády, ktorého som bola prítomná, sa zameriavalo na návuk základných 4 farieb – zelená, červená, žltá, modrá. Ergoterapeutka pri práci s klientkou využívala škatuľu rozdelenú na štyri časti a každá časť bola namaľovaná jednou z týchto základných farieb a vrchnáky od fliaš v rovnakých farbách.

1. aktivita: Úlohou klientky bolo rozdeľovať vrchnáky od fliaš podľa týchto farieb. Pani Dáda zo začiatku dávala vrchnáky nesprávne, ale po upozornení a názornej ukážke ergoterapeutky, ich začala dávať všetky správne. Tento postup sa opakoval aj druhýkrát, keď klientka začínala s ukladaním vrchnákov do škatule. Aby si klientka dobre zapamätala kam, ktorá farba patrí bolo nutné postup zopakovať mnohokrát. Zakaždým sa o niečo zlepšila a na konci stretnutia už vytriedovala vrchnáky úplne správne. Klientka má rada pochvalu. Dobre rozumie slovu NENE.

2. aktivita: Druhú úlohu, ktorú pre klientku ergoterapeutka vybrala boli dvojice obrázkov, ktoré ergoterapeutka náhodne rozložila na stôl obrázkom hore, jedna sada obrázkov obsahovala kreslené predmety a druhá sada obsahovala fotografie. Pani Dáda mala vždy nájsť obrázky, ktoré k sebe patria.

Reflexia:

Klientka vedela správne roztriediť farby, vždy po prvom upozornení na nesprávne priradenú farbu, chvíľami to vyzeralo, že kontroluje, či ergoterapeutka dáva pozor, čo robí. Klientka má veľmi dobre rozvinutý zmysel pre poriadok, najprv upratala jednu farbu do škatule a potom ostatné. V rámci ergoterapeutických stretnutí nedochádza k výraznému zlepšeniu kognitívnych funkcií klientky, stále robí rovnaké chyby, ale podľa jej výrazu ju práca počas stretnutia baví, aj keď ju opakuje stále dokola. Pri druhej aktivite bola nutná pomoc ergoterapeutky a niekoľkokrát opakovaná ukážka, dokým pani Dáda nepochopila, ako pracovať. A aj potom bolo nutné pracovať spoločne a slovne motivovať. Toto zadanie bolo pre klientku veľmi zložitú.

2. stretnutie

Ťažisková aktivita: Skladanie číselného puzzle

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Rozvoj tvorivosti
- Zlepšenie trpezlivosti
- Zlepšenie štipcového úchopu (úchop s terminálnou opozíciou palca a ukazováka)

Priebeh stretnutia:

Druhé ergoterapeutické stretnutie bolo u pani Dády zamerané na rozvoj jemnej motoriky a tvorivosti.

1. aktivita: Ergoterapeutka zvolila pre prvú aktivitu sadu puzzle, ktoré malo 10 častí, predstavovalo desať číslíc (0 až 10), každá časť bola v tvare čísla, bola inej farby a na obrázku boli zvieratá tiež v tom počte. Pani Dáde sa vždy predložili dve rozkladané čísla a mala za úlohu ich poskladať naspäť. Pri cvičení si klientka precvičovala jemnú motoriku a trpezlivosť.

2. aktivita: Cvičenie malo relaxačný charakter, pani Dáda si mala pri ňom nacvičiť štipcový úchop, ergoterapeutka zvolila navliekanie korálikov. Túto činnosť má klientka veľmi rada, sama si ju hneď po príchode do stacionára nachystá v dielni. Ide o drevenú škatuľu plnú farebných drevených korálikov, ktoré pani Dáda navlieka na šnúрку od topánok. Pri tomto stretnutí ergoterapeutka vyžadovala od klientky, aby na modrú šnúрку navliekala iba modré koráliky. Pani Dáda najprv zadaniu nerozumela, tak jej ergoterapeutka eliminovala počet farieb v krabici a nakoniec nechala len modré, aby pani Dáda pochopila zadanie úlohy. Klientka dvakrát navliekala len modré koráliky a potom jej ergoterapeutka pridala ďalšiu farbu. Toto zvládla dobre, ale problém mala pri 3 a viac farieb v škatuli.

Reflexia:

Pani Dáde robil problém pri prvom cvičení (puzzle) nájsť správnu polohu časti puzzle tak, aby do seba zapadali, po chvíli ju aktivita prestala zaujímať a nespolupracovala vôbec. Klientka nemala problém rozoznať farby, vedela si rozdeliť dve odlišné časti číslic, ale nevedela ich napasovať. Bolo vidieť, že je zbytočné klientku ďalej nútiť k skladaniu, preto ergoterapeutka zvolila činnosť, ktorá jej navodila lepšiu náladu, lebo táto aktivita jej išla dobre.

3. stretnutie

Ťažisková aktivita: Obkresľovanie a písanie písmen D a A do zošita

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Návčik písmen „D“ a „A“
- Návčik rozlišovania základných farieb

Priebeh stretnutia:

Cieľom tretieho ergoterapeutického stretnutia u pani Dády bol návčik písmen „D“ a „A“, čo malo vyústiť do ďalšej zručnosti klientky sa vedieť podpísať.

1. aktivita: Ergoterapeutka najprv predpísala len základné čiary a potom písmeno na začiatok riadku a vysvetlila pani Dáde, aby opakovala v písaní po nej. Pani Dáda dokázala v rámci možností dobre udržať ceruzku v ruke a opakovať predpísané tvary, darilo sa jej pekne napísať písmeno „A“, ale po určitej dobe písala namiesto celého písmena už len čiary, to sa opakovalo aj keď ju ergoterapeutka zastavila a začala odznova. Písmeno „D“ sa pani Dáde nepodarilo, namiesto toho písala písmeno „O“.

2. aktivita: Ďalšia aktivita bola relaxačná činnosť, ktorá patrí ku klientkiným najobľúbenejším, triedenie vrchnákov podľa jednotlivých farieb. Aktivita

prebiehala ako zvyčajne, zo začiatku musela ergoterapeutka pani Dádu opraviť, ale potom vedela veľmi rýchlo rozdeliť všetky farby tam, kam patria.

Reflexia:

Snaha naučiť pani Dádu sa podpísať je vzhľadom na stupeň retardácie veľmi náročná aktivita, pretože sama pani Dáda to neberie ako nácvik podpisu, ale opakovanie niečoho, čo vidí a robí to automaticky. Pravdepodobnosť, že by klientka bola schopná sama sa podpísať a vedieť to využiť, je veľmi nízka, ale baví ju napodobňovať predkreslené čiary a písmená.

4. stretnutie

Ťažisková aktivita: Spájanie rovnakých dopravných prostriedkov na obrázkoch

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Rozvoj sluchového vnímania
- Rozvoj zrakovej percepcie
- Rozvoj jemnej motoriky a štipcového úchopu

Priebeh stretnutia:

Štvrté ergoterapeutické stretnutie u pani Dády bolo zamerané na rozvoj zmyslového vnímania a motoriky.

1. aktivita: Pre prvé cvičenie vybrala ergoterapeutka obrázky s dopravnými prostriedkami, ktoré sa viackrát na kartičkách opakovali. Ergoterapeutka vždy povedala jeden dopravný prostriedok a pani Dáda naň mala ukázať. Klientka nerozumela niektorým slovám, nepoznala všetky dopravné prostriedky, preto mala problém na ne podľa počutia ukázať a dať do páru s rovnakým dopravným prostriedkom. Po tom, ako jej ergoterapeutka ukázala, ktorý dopravný prostriedok myslela, vedela pani Dáda naň znovu ukázať, ale ak sa medzitým vystriedali ďalšie názvy, plietlo sa jej to.

2. *aktivita*: Druhé cvičenie zvolila ergoterapeutka oddychové, klientka navliekala koráliky a ergoterapeutka jej diktovala, ktorú farbu má práve navliecť, aby klientka nenavliekala automaticky stále jednu farbu a zároveň si tým precvičila názvy farieb.

Reflexia:

Pani Dáde robilo problém prvé cvičenie, pretože aj keď možno rozumela slovu, nepoznala daný dopravný prostriedok, a preto k nemu ani nemohla nájsť pár. Pani Dáda preferuje aktivity, ktoré sú pre ňu zabehnuté a darí sa jej v nich, medzi tieto činnosti patrí navliekanie korálikov a triedenie vrchnákov od fliaš podľa farby. Má tendenciu prestať spolupracovať, keď sa jej zdá aktivita náročná.

5. stretnutie

Ťažisková aktivita: Obkresľovanie a písanie písmen D a A do zošita

Konkrétny cieľ ergoterapeutického stretnutia:

- Nácvik písmen „D“ a „A“
- Vnímanie priestoru
- Podpora hybnosti svalov ruky – uvoľnenie svalov hornej končatiny

Priebeh stretnutia:

Počas piateho ergoterapeutického stretnutia ergoterapeutka skúsila nácvik písania písmen „D“ a „A“ s klientkou.

1. *aktivita*: Ergoterapeutka do zošitu predpísala najprv písmenko „A“, pretože v predchádzajúcich stretnutiach išlo toto písmeno pani Dáde dobre napísať, tak bolo dôležité klientku motivovať a zopakovať si niečo, v čom sa jej darilo. Písanie písmena „A“ chvíľu pani Dáde nerobil problém, ale potom začala písať len čiary. Písmeno „D“ sa jej nepodarilo napísať správne.

2. *aktivita*: Ďalšie cvičenie pozostávalo z drevenej dosky, z ktorej sa dali vybrať obrázky rôzneho tvaru, klientka mala postupne vybrať obrázok a zasunúť ho na správne miesto, pri tom musela rozlišovať, aký veľký je ten obrázok a či sa zmestí na vybrané miesto, touto aktivitou si precvičovala vnímanie priestoru. Na odreagovanie a relaxovanie použila ergoterapeutka cvičenie na uvoľnenie hornej končatiny, predkreslila klientke kruhy na multifunkčnú tabuľu a pani Dády ich mala obťahovať.

3. *aktivita*: Poslednou aktivitou bolo maľovanie dlaňovými farbami. Cieľom je otláčiť dlaň na baliaci papier a tým urobiť netradičnú výzdobu do dielni. Klientke sa táto aktivita nepáčila, nemá rada, keď je špinavá, vydávala zvuky nespokojnosti, dávala prednosť sledovať, ako to robí ergoterapeutka, to sa jej páčilo.

Reflexia:

U klientky Dády v rámci ergoterapeutických stretnutí nedochádza k výraznému zlepšeniu v rámci kognitívnych funkcií, cieľ naučiť klientku podpisu sa nepodaril, preto má pečiatku so svojím menom. Terapia sa u nej využíva na udržanie dobrej jemnej motoriky a zlepšenie celkového stavu klientky. Je to vhodne zvolené zmysluplné naplnenie voľného času a klientka má možnosť si vyskúšať svoje zručnosti. Ergoterapia ju baví, rada ju navštevuje a aj keď to nedokáže povedať, jej výraz v tvári a nadšenie, s akým vykonáva jednotlivé aktivity, to potvrdzujú.

B. Prvky ergoterapie pri nácviku inštrumentálnych ADL – varenie

Počas mojej praxe som mala možnosť sa zúčastniť aj nácviku inštrumentálnych ADL, konkrétne nácviku varenia. V dennom stacionári sa nacvičujú aj ďalšie aktivity každodenného života, medzi ktoré patrí nácvik manipulácie s peniazmi alebo upratovanie a ďalšie.

Prvky ergoterapie sa v stacionári využívajú aj pri nácviku ADL. Viacerí klienti sú sebestační v rámci personálnych ADL, ale potrebujú pomoc pri

vykonávaní inštrumentálnych ADL. Aktivity podporujúce sebestačnosť patria do programu stacionáru.

Varenie s klientmi sa v stacionári používa ako aktivita, pri ktorej si klienti môžu zlepšovať svoje zručnosti v oblasti starostlivosti o domácnosť. Asistentka pracuje s tromi klientmi v kuchynke, varenie sa učia muži aj ženy. Ide o skupinovú prácu, pri ktorej sa vystriedajú všetci klienti pri práci. Asistentka najprv klientom vysvetlí, čo budú pripravovať, väčšinou sú to jednoduché recepty, ktoré vyžadujú minimálne zručnosti v kuchyni, ukáže im jednotlivé pomôcky, ktoré budú potrebovať pri varení a spolu s klientmi sa snažia vyvodiť celý postup varenia.

Počas mojej praxe sme pripravovali s klientmi (Michal, Michaela, Dávid) a asistentkou smaženky. Všetci správne vedeli, aké suroviny potrebujeme na prípravu jedla (vajíčka, soľ, olej, horčicu na potretie toastu, pažitku). Následne klienti za pomoci asistentky zmiešali prísady, niektorí mali problém s úchopom mixéra, nemali dobrý stisk. Každý klient dostal svoju časť toastov, na ktoré musel natrieť horčicu a potom na to vykrojiť obrázok z omelety a posypať pažitkou. Michal (zúčastnila som sa aj jeho ergoterapeutických stretnutí) nemal problém rozotrieť horčicu, správne držal kuchynský nôž, Michaela a Dávid s tým mali problém, zle držali príbor a nedokázali rozotrieť horčicu po celom povrchu toastu, kvôli slabému stisku klientov som im dopomáhala pri vykrajovaní z omelety tým, že som im pridržiavala ruku na formičke, pri tejto činnosti bola potrebná pomoc, pretože klienti pri prvom nepodarenom vykrojení mali tendenciu sa vzdávať a nedokončiť prácu. Po dovarení Michaela umyla riad, pretože ten týždeň mala na starosť kuchyňu a taktiež to má v rámci svojho individuálneho plánu (starostlivosť o domácnosť).

Varením si klienti nacvičujú znalosti o domácich spotrebičoch, ako sa zapínajú/vypínajú, precvičujú si pamäť tým, že sa učia ingrediencie, ktoré patria do receptu, nacvičujú jednotlivé úchopy ruky s prstami. Ďalšími cieľmi sú podpora obratnosti (narábanie s nožikom), rozvoj presnosti pohybov ruky a prstov, podpora koordinácie ruky.

Klientov tento druh aktivít baví, príde im zmysluplný, lebo vidia výsledok, o ktorý sa môžu podeliť s ostatnými. Varenie podporuje samostatnosť klienta aj v jeho domácom prostredí a umožňuje mu sa realizovať.

C. Prvky ergoterapie v multifunkčných dielňach

V multifunkčných dielňach využívajú terapeuti a asistenti prvky ergoterapie u klientov pri vyhotovovaní výrobkov rôzneho druhu. Podobne ako pri práci v kuchynke sa tu nacvičujú správne úchopy ruky a prstov, rozvíja sa fantázia a tvorivosť a podporuje sa trpezlivosť a sústredenie.

Klientov baví práca s rôznymi materiálmi a vidia v nej zmysel, lebo väčšina výrobkov, ktoré sa v stacionári zhotovia, sa predávajú na Veľkonočných a Vianočných trhoch alebo na internetových stránkach.

V stacionári som sa zúčastnila výroby košov pletených z papiera, ktoré boli doplnené dekoráciami z keramickej dielne a patchworkovým prestieraním. Koše sa vyrábali v textilnej dielni, kde asistentky prideliли jednotlivé kroky výroby klientkám podľa ich zručností. Každá klientka sa podieľala na príprave veľkonočných košíkov a tak prispela k ich zhotoveniu.

Pani Katka pripravovala zrolované noviny na tenké trubičky, z ktorých sa potom vyrábal košík. Rolovaním si precvičovala jemnú motoriku rúk, presnosť pohybov a sústredenosť. Manuálne zručnejšia klientka Mirka vyrábala z pripravených trubičiek dno a obvod košíkov. Veľký záujem bol o prácu na šijacom stroji, kde asistentka spolu s ďalšou klientkou Martinou pripravovali prestieranie na dno košíka. Práca s šijacím strojom vyžadovala pomoc asistentky, aby klientke Martine pomohla udržať presný ťah po látke. Po dokončení zapletania roličiek, keď je košík hotový, ho asistentka za pomoci klieťok nafarbila a nechala zaschnúť, následne potom ešte nalakovala, aby držal tvar.

Na výrobe košíkov z papiera sa podieľali všetky dielne, v keramickej dielni sa pripravovali koráliky z keramickej hliny, ktoré zdobili boky košíku. Výtvarná dielňa pripravovala nastrihané papiere na výrobu roličiek.

Hotové výrobky sa následne predali na Veľkonočných trhoch na Úrade Mestskej časti Prahy 8 a na Veľkonočných trhoch na Florenci. Mnoho ďalších výrobkov multifunkčných dielni stacionáru Rajmonova je možné zakúpiť aj na internetových stránkach <http://www.fler.cz/ruka-pro-zivot>.

DISKUSIA

V teoretickej časti bakalárskej práce som sa zaoberala oblasťami využitia ergoterapie u osôb s mentálnym postihnutím. Na základe praktickej skúsenosti v rámci praxe v dennom stacionári Rajmonova v Prahe, môžem zhodnotiť, že zameranie ergoterapie u ľudí s mentálnym postihnutím v dennom stacionári Rajmonova je venované oblasti podpory samostatnosti a nezávislosti, ergoterapie voľného času (kondičnej ergoterapii) a ergoterapie zameranej na podporu kognitívnych funkcií. Voľba vhodnej ergoterapeutickej intervencie vo veľkej miere závisela od stupňa postihnutia klienta, od možností a vybavenia daného zariadenia.

Ergoterapeutický program, ktorého som bola prítomná ako pozorovateľ, sa skladal celkovo z 15 ergoterapeutických stretnutí u troch vybraných klientov. Klienti mali rôznu stupeň mentálnej retardácie, preto bolo dobre zvolená ergoterapia vo forme individuálnych stretnutí. Aktivity boli vo väčšine vhodne vybrané, klienti si v rámci nich precvičovali svoje schopnosti. Terapia každého klienta bola zameraná na inú oblasť kognitívnych funkcií, podľa jeho aktuálnej potreby a individuálneho ergoterapeutického plánu. Ten bol vypracovaný ergoterapeutkou s cieľom posilňovať určitú oblasť osobnosti v spolupráci s rodinou.

Podľa môjho názoru boli terapeutické aktivity primerané k stupňu postihnutia klientov, mali tendenciu naučiť klientov nové vedomosti alebo posilňovať a upevňovať už naučené návyky. Časové možnosti ergoterapie sa mi zdali dostačujúce, klienti vo väčšine prípadov nemali problém pracovať celých 45 minút. Ergoterapeutka vhodne volila aktivity, najprv sa zamerala na aktivity nacvičujúce novú zručnosť alebo vedomosť a ku koncu stretnutie zvolila aktivity na uvoľnenie, ktoré mali oddychový charakter. Prínos ergoterapie u troch klientov, ktorých som mala možnosť pozorovať počas ergoterapeutických stretnutí je značne rozdielny. U klienta Michala má ergoterapia prínos v nácviku písmen z abecedy a mesiacoch v roku, klient má vedomosti o určitých písmenách a pozná niektoré mesiace, preto je dôležité v rámci ergoterapie mu tieto poznatky sceliť. U klienta Čestmíra ergoterapia podporuje v prvom rade jeho pamäť a pozornosť, pretože s narastajúcim vekom dochádza u klienta k zabúdaniu

základných návykov. U klientky Dády je ergoterapia zameraná hlavne na nácvik základných znalostí a na uvoľnenie, prínos ergoterapie je u klientky minimálny vzhľadom na ťažký stupeň mentálnej retardácie.

Organizáciu ergoterapie v stacionári som si vzhľadom na predošlú teoretickú prípravu predstavovala odlišne. Ergoterapia sa v stacionári primárne zameriava na rozvoj a podporu kognitívnych funkcií. Očakávala som, že sa ergoterapeutka s klientmi budú viac venovať aktivitám, ktoré sú spojené s výrobou predmetov v dielňach. Klienti v stacionári počas dňa pracujú v multifunkčných dielňach, využívajú sa tu prvky ergoterapie, ale priebeh nie je špecificky organizovaný, je to na dohode klienta s asistentom, čomu sa chcú daný deň venovať.

Bolo by možno vhodné rozšíriť oblasť ergoterapie v stacionári aj na aktivity týkajúce sa podpory jemnej a hrubej motoriky, obratnosti a rozvoja presnosti pohybov ruky a prstov v multifunkčných dielňach. Za prínosné by som považovala aj možnosť skupinovej ergoterapie, kde by si klienti mohli rozvíjať komunikáciu a spoluprácu navzájom medzi sebou.

ZÁVER

Hlavným cieľom bakalárskej práce bola prezentácia konkrétneho denného stacionáru Rajmonova, ktorý patrí pod občianske združenie Ruka pro život a jeho ergoterapeutický program u osôb s mentálnym postihnutím. Využitie ergoterapie u tejto skupiny postihnutých má veľký význam a prínos pre klientov, ktorý je možné vidieť na základe opisu jednotlivých ergoterapeutických stretnutí a následne v reflexiách z týchto stretnutí v praktickej časti bakalárskej práce.

Využitie ergoterapie je veľmi široké, svoje uplatnenie nachádza v denných stacionároch, špeciálnych a praktických školách alebo v ďalších zariadeniach, ktoré sa venujú osobám so zdravotným postihnutím. Bakalárska práca poukazuje na dôležitosť ergoterapeutickej intervencie teoreticky aj prakticky. Ergoterapia poskytuje osobám s mentálnym postihnutím možnosť byť užitoční a preukázať svoje nadanie. Funguje ako určitý spôsob kompenzácie alebo náhrady za postihnutie, ktoré človek má. Klientov týchto denných stacionárov motivuje aj skutočnosť, že výrobky, ktoré sami alebo za pomoci ergoterapeuta zhotovia, sa následne predávajú na rôznych akciách alebo trhoch.

Prínos mojej bakalárskej práce spočíva v poukazaní, ako veľmi môže byť dôležitá ergoterapia pre život človeka s mentálnym postihnutím. Na príkladoch troch uvedených klientov je vidieť, že ergoterapia zmysluplne vyplňuje ich voľný čas a pomáha im zabrániť alebo aspoň spomaliť proces zabúdania v oblasti aktivít každodenného života a v oblasti kognitívnych funkcií. Ergoterapia v dennom stacionári Rajmonova je primárne zameraná na oblasť kognitívnych funkcií, ale prvky ergoterapie sa využívajú aj v troch multifunkčných dielňach stacionáru. Ergoterapia má v stacionári svoje dôležité miesto, pomáha klientom zlepšovať ich celkový rozvoj, sebavedomie a dodáva im pocit užitočnosti, keď vidia, že výrobky, ktoré vyrobili, sa predávajú.

Bakalárska práca môže slúžiť ako návrh ergoterapeutických stretnutí pre ďalšie zariadenia, ktorých klientmi sú ľudia s mentálnym postihnutím. Poskytuje náhľad do aktivít, ktorými sa dajú podporovať a rozvíjať hlavne kognitívne funkcie. Ďalšie pokračovanie práce by mohlo spočívať vo vytvorení vlastného ergoterapeutického programu pre osoby s mentálnym postihnutím a jeho overenie v praxi v dennom stacionári.

Veríme, že táto bakalárska práca potvrdzuje, že ergoterapia je veľmi dôležitou súčasťou života osôb s mentálnym postihnutím a podieľa sa na zvyšovaní kvality ich života.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 1994. 251 s. ISBN 80-967-1801-0.
- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnému vzdelávaniu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-807-3151-614.
- COUNCIL OF OCCUPATIONAL THERAPISTS FOR THE EUROPEAN COUNTRIES. *Introduction to Occupational Therapy*. [online]. London. 2000.[cit. 2012-12-11]. Dostupné na [www:http:// http://www.cotec-europe.org/eng/452/](http://www.cotec-europe.org/eng/452/)>
- ČERNÁ, M. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2008. *Úvod*. [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, Michal Rod, July 25, 2008 [cit. 2012-12-11]. Dostupné na [www: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>](http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1).
- DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8.
- DOBROMYSL.CZ. *Úvod do ergoterapie*. [online]. Praha: Dobromysl.cz, Johana Heczková, 2002 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na [www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1922/](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1922/)>
- DOLEŽŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1978. 190 s. ISBN 08-051-73
- DVOŘÁKOVÁ, O. *Záznam z ergoterapeutických stretnutí*. Praha: Denný stacionár Rajmonova, 2013.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-x.
- JAKABČIČ, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia: Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: IRIS, 1995. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.

- JELÍNKOVÁ, J, KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie I: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd., Praha: Avicenum, 1990. 184 s. ISBN 80-201-0030-X.
- KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-706-7698-1.
- LANGER, S. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996. 273 s. ISBN 80-900254-8-X.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze, 1989. 196 s. ISBN 80-7013-020-2.
- POGÁDY, J. *Detská kresba v diagnostike a v liečbe*. 1.vyd. Bratislava: SAP, 1993. 196 s. ISBN 80-856-6507-7.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- RUKA PRO ŽIVOT. *Náš příběh a poslání*. [online]. Praha. 2008.[cit. 2013-01-11]. Dostupné na www: <<http://www.rukaprozivot.cz/Nas-pribeh-a-poslani/>>.
- RUKA PRO ŽIVOT. *Denní stacionář Rajmonova*. [online]. Praha. 2008.[cit. 2013-01-11]. Dostupné na www: <<http://www.rukaprozivot.cz/Zakladni-info/>>.
- RUKA PRO ŽIVOT. *Základní informace o občanském sdružení a našich programech*. [online]. Praha. 2008.[cit. 2013-01-11]. Dostupné na www: <http://www.rukaprozivot.cz/admin/files/File/Propagace/2011-12-19-Skladacka.pdf/>>.
- RUKA PRO ŽIVOT. *Velikonoční trhy Úřad městské části Praha 8*. [online]. Praha. 2013.[cit.2013-03-31].Dostupné na www:

<<http://www.rukaprozivot.cz/Aktuality/Velikonocni-trhy-Urad-mestskecasti-Praha-8.html?fACT=PHTG/>>.

- RUKA PRO ŽIVOT. *Smaženkové "vaření"*. [online]. Praha. 2013. [cit. 2013-03-31]. Dostupné na www: <<http://www.rukaprozivot.cz/Aktuality/Smazenkove-vareni.html/>>.
- JONG, N. *Activities of Daily Living (ADLs)*. [online]. Seattle: SeniorHomes.com, Nikki Jong, 2009 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na www: <<http://www.seniorhomes.com/p/activities-of-daily-living/>>.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- STEIN, F., CUTLER, S. *Psychosocial occupational therapy: a holistic approach*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar/Thomson Learning, 2002. 666 p. ISBN 07-693-0032-4.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 165 s. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2.vyd. přeprac. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-717-8821-X.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 138 s. ISBN 80-7372-042-61.
- THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *About Occupational Therapy*. [online]. Maryland. 1999. [cit. 2012-12-11]. Dostupné na www: <<http://www.aota.org/Consumers.aspx>>.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-732-0063-5.
- VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Terapie v sppg - I.C Ergoterapie*. Praha : Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2011. 85 s.

- VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. Možnosti a hranice uplatnenia expresívnych terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti v ČR. In KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Bratislava : Univerzita Komenského. 77-83 s. ISBN 978-80-223-3006-0.
- VÍTKOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J. Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2. rozšíř. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
- VODÁKOVÁ, J., DYTRTOVÁ, R., CETTLOVÁ, M., BERÁNEK, V. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie: pro studenty pedagogických fakult.* 2.vyd, upravené. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. 94 s. ISBN 978-80-7290-322-1.
- VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci.* 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 71 s. ISBN 80-737-2449-9.
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Definition of Occupational Therapy.* [online]. Forrestfield. 2012.[cit. 2012-12-11]. Dostupné na www:
<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>>.
- ZÁKON č. 108/ 2006 Sb.o sociálních službách
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. 206 s. ISBN 80-718-4203-6.

PRÍLOHY

Príloha č. 1 - Prvky ergoterapie pri nácviku inštrumentálnych ADL – varenie smaženie



Zdroj:

http://www.rukaprozivot.cz/foto.php?file_name=admin/clanky/images/1517-ftg-v-190320131236.jpg

Príloha č. 2 - Prvky ergoterapie v multifunkčných dielňach -



Zdroj:

http://www.rukaprozivot.cz/foto.php?file_name=admin/clanky/images/1556-ftg-v-200320131252.jpg