

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



**Tereza Kulhánková**

**Kawa model v ergoterapii**

The Kawa model in occupational therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Bc. Zuzana Rodová

Praha, 2013

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

TEREZA KULHÁNKOVÁ

---

V Praze dne: 13.6.2013

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Bc. Bc. Zuzaně Rodové za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při jejím zpracování. Děkuji také všem pacientům za jejich ochotu a pomoc při realizaci rozhovorů pro účely kazuistik.

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

KULHÁNKOVÁ, Tereza. *Kawa model v ergoterapii. [The Kawa model in occupational therapy]*. Praha, 2013. 56 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce: Rodová, Zuzana.



## **ABSTRAKT**

**Jméno:** Tereza Kulhánková

**Vedoucí práce:** Bc. Bc. Zuzana Rodová

**Oponent práce:**

**Název bakalářské práce:** Kawa model v ergoterapii

### **Abstrakt**

**Cíl práce:** Cílem mé práce je přeložit podklady Kawa modelu, vyzkoušet jeho aplikaci v české ergoterapeutické praxi a zhodnotit práci s tímto modelem a možnosti jeho využití v české praxi.

**Metoda:** V teoretické části se zabývám otázkou role kultury v ergoterapii v souvislosti s kulturním pozadím Kawa modelu, okolnostmi a motivy jeho vzniku. Dále se zaměřuji především na překlad a interpretaci podkladů modelu potřebných pro jeho využití v praxi. V praktické části předkládám kazuistiky čtyř klientů po získaném poškození mozku, s nimiž jsem vyzkoušela metodu vedení rozhovoru na základě Kawa modelu. Závěr praktické části představuje zhodnocení práce s modelem mapující jeho pozitiva a negativa v souvislosti s možnostmi jeho využití v české praxi.

**Výsledky:** Na základě teoretického studia i praktického vyzkoušení považuji Kawa model za metodu využitelnou u českých klientů. Dle mých závěrů může být model užitečnou doplňkovou metodou v rámci ergoterapeutického vyšetření u vybraných klientů, jeho širší aplikace však skýtá také mnoho omezení.

**Klíčové pojmy:** Kawa model, Konceptuální ergoterapeutický model, Ergoterapie, Kultura v ergoterapii, Multidisciplinární přístup, Client centred practice, Holistický přístup

## **ABSTRACT**

**Name of thesis:** The Kawa model in occupational therapy

**Aim:** The aim of my thesis is to translate the basis of the Kawa model, to explore its application and evaluate the experience with this model and possibilities of its use in the Czech occupational therapy practice.

**Method:** In the theoretical part of my thesis I deal with the issue of the role of culture in occupational therapy in the context of the cultural background of the Kawa model, circumstances and motives of its origin. Further on I particularly aim at the translation and interpretation of the basis of the model needed for its use in practice. In the practical part I present the case studies of four clients with acquired brain injury with whom I tried the method of guiding individual interviews on basis of the Kawa model. The conclusion of the practical part presents the evaluation of my experience with the model mapping the positives and negatives in the connection with the possibility of its use in the Czech occupational therapy practice.

**Results:** On the basis of my theoretical studies and using the model in practice I consider that the Kawa model is the method that can be used with Czech clients. According to my conclusions the Kawa model can be a useful complementary method within the framework of occupational therapy interventions with selected clients but its wider application also enables a lot of limitations.

**Key words:** Kawa model, conceptual occupational therapy model, occupational therapy, culture, multidisciplinary approach, client centred practice, holistic approach



# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 ÚVOD</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b>                            | <b>12</b> |
| <b>2.1 KONCEPTUÁLNÍ MODEL Y V ERGOTERAPII</b>       | <b>12</b> |
| 2.1.1 SROVNÁNÍ CMOP, MOHO A KAWA MODELU             | 15        |
| <b>2.2 KULTURA V ERGOTERAPII</b>                    | <b>16</b> |
| 2.2.1 ROLE KULTURY V ERGOTERAPII                    | 17        |
| 2.2.2 KULTURNÍ VLIVY V SOUČASNÉ TEORII ERGOTERAPIE  | 19        |
| 2.2.3 ZÁPADNÍ DUALISMUS VERSUS VÝCHODNÍ JEDNOTA     | 20        |
| 2.2.4 SHRNU TÍ KAPITOL Y                            | 22        |
| <b>2.3 VZNIK A VÝVOJ KAWA MODELU</b>                | <b>23</b> |
| 2.3.1 MOTIVY KE VZNIKU KAWA MODELU                  | 23        |
| 2.3.2 TVORBA KONCEPTU KAWA MODELU                   | 24        |
| 2.3.3 VZNIK METAFORY ŘEK Y                          | 25        |
| <b>2.4 KAWA MODEL V ERGOTERAPII</b>                 | <b>26</b> |
| 2.4.1 KONTEXT A TEORIE                              | 26        |
| 2.4.2 STRUKTURA KAWA MODELU                         | 28        |
| 2.4.3 KONCEPTY KAWA MODELU                          | 29        |
| 2.4.4 APLIKACE KAWA MODELU V ERGOTERAPEUTICKÉ PRAXI | 32        |
| 2.4.5 PŘÍKLAD KAZUISTIK Y DLE KAWA MODELU           | 40        |
| <b>3 PRAKTICKÁ ČÁST</b>                             | <b>44</b> |
| <b>3.1 METODOLOGIE</b>                              | <b>44</b> |
| <b>3.2 KAZUISTIK Y</b>                              | <b>46</b> |
| 3.2.1 KAZUISTIKA Č. 1                               | 47        |
| 3.2.2 KAZUISTIKA Č. 2                               | 52        |
| 3.2.3 KAZUISTIKA Č. 3                               | 54        |
| 3.2.4 KAZUISTIKA Č. 4                               | 56        |
| <b>3.3 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI</b>                    | <b>58</b> |
| <b>4 DISKUZE</b>                                    | <b>60</b> |
| <b>5 ZÁVĚR</b>                                      | <b>65</b> |
| <b>6 SEZNAM LITERATURY</b>                          | <b>67</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>7 SEZNAM PŘÍLOH</b>   | <b>70</b> |
| <b>7.1 PŘÍLOHA 1 – PRŮBĚH ROZHOVORU, VYUŽÍVANÉ OTÁZKY A TECHNIKY</b>                             | <b>71</b> |
| 7.1.1 PRŮBĚH ROZHOVORU   | 71        |
| 7.1.2 VYUŽÍVANÉ TECHNIKY A OTÁZKY  | 71        |
| <b>7.2 PŘÍLOHA 2 – CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY: PACIENTI SE ZÍSKANÝM<br/>POŠKOZENÍM MOZKU</b> | <b>75</b> |
| <b>7.3 PŘÍLOHA 3 – KAZUISTIKY KLIENTŮ</b>  | <b>78</b> |
| 7.3.1 KAZUISTIKA Č. 2  | 78        |
| 7.3.2 KAZUISTIKA Č. 3  | 81        |
| 7.3.3 KAZUISTIKA Č. 4  | 85        |
| <b>7.4 PŘÍLOHA 4 – KARTIČKY PRO VEDENÍ ROZHOVORU DLE KAWA MODELU</b>                             | <b>88</b> |

## SEZNAM TABULEK

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabulka 1</b> - Srovnání klíčových konceptů základních ergoterapeutických modelů.....  | 13 |
| <b>Tabulka 2</b> – Seznam oblastí klientova života kategorizovaných dle Kawa modelu ..... | 42 |
| <b>Tabulka 3</b> - Kawa model klientky R. D.....  | 51 |
| <b>Tabulka 4</b> – Kawa model klientky A. K. ....   | 53 |
| <b>Tabulka 5</b> – Kawa model klienta J.K.....  | 55 |
| <b>Tabulka 6</b> – Kawa model klienta O.B. ....   | 57 |

## SEZNAM OBRÁZKŮ

|  |    |
|--|----|
| <b>Obrázek 1</b> – Původní struktura Kawa modelu .....   | 25 |
| <b>Obrázek 2</b> - Řeka jako celek představující život člověka jako řeka proudící od narození ke konci života .....  | 28 |
| <b>Obrázek 3</b> – Průřez korytem řeky s jejími základními strukturami.....  | 31 |
| <b>Obrázek 4</b> – Průřez korytem řeky představující destruktivní vliv nahromaděných struktur v klientově řece.....  | 35 |
| <b>Obrázek 5</b> – Průřez korytem řeky se zaměřením na význam vzájemného kontextu jednotlivých součástí klientovy řeky .....   | 36 |
| <b>Obrázek 6</b> – Průřez korytem řeky s vyznačenými prostory mezi překážkami, které představují potenciaální oblasti pro terapeutickou intervenci.....  | 37 |
| <b>Obrázek 7</b> – Průřez korytem řeky představující směry ergoterapeutické intervence, v rámci níž terapeut spolu s klientem partnersky spolupracují na odstranění překážek z proudu a hledání příležitostí v širokém kontextu k posílení klientovy životní energie ..... | 38 |
| <b>Obrázek 8</b> – Doporučený postup aplikace Kawa modelu v praxi .....  | 39 |
| <b>Obrázek 9</b> – Průřez korytem klientovy řeky představující důležité oblasti života ve spojitosti s jeho zaměstnáváním .....  | 42 |
| <b>Obrázek 10</b> – Řeka klientky R. D.....  | 47 |
| <b>Obrázek 11</b> – Řeka klientky A. K. ....   | 52 |
| <b>Obrázek 12</b> – Řeka klienta J. K.....   | 54 |
| <b>Obrázek 13</b> – Řeka klienta O.B.....  | 56 |

# 1 ÚVOD

Kawa model je poměrně nový teoretický/konceptuální model v ergoterapii. Jedná se o velice inovativní přístup k terapii, který je zároveň prvním takto rozpracovaným konceptuálním modelem, který vznikl mimo západní země, konkrétně v Japonsku, a tímto prostředím byl také významně ovlivněn. Model přináší do ergoterapie nový způsob vyšetření založený na metafoře vycházející z přírody, kde hlavním prvkem je řeka symbolizující proud klientova života. Řeka sestává z jednotlivých struktur, které představují jednotlivé součásti života klienta. Tato metafora funguje jako jisté medium mezi klientem a terapeutem, které poskytuje prostor pro přirozený a hlubkový rozhovor, který je pro klienta zároveň bezpečný svým metaforickým znázorněním. Vznik této metafory otiskuje východní původ modelu, neboť příroda má v životě východních národů nezastupitelné místo a nese mnoho významů, které jsou schopny popsat i tak složitý komplex, jakým je život člověka. Tato metafora je zároveň považována za univerzální koncept i v rámci odlišných národů či kultur. Metafora řeky jakožto života poskytuje klientovi komplexní pohled a zamyšlení se nad minulostí, současnou situací či budoucností a je schopna zmapovat různé oblasti života týkající se zdravotního stavu, sociální situace, zaměstnávání, vztahové roviny, psychického stavu, sebepojetí, duchovního rozměru atd.

Model byl vyvinut skupinou japonských ergoterapeutů a vychází z potřeby zachytit člověka v jeho celistvosti v rámci jeho kulturního a sociálního zázemí. Později se model rozšířil i do západních zemí, především do západní Evropy, Velké Británie, Austrálie a Severní Ameriky, kde jej začali ergoterapeuté úspěšně využívat, a to především díky univerzálnosti metafory přírody, která se ukázala být klientům blízká, a tedy využitelná v rámci rozličných kultur, jejichž vlivem je zároveň model dále přizpůsobován a modifikován. (Iwama, 2010)

Kawa model jsem si zvolila za téma své práce, protože nabízí nový přístup ke klientovi v rámci ergoterapie, který do současnosti nebyl českými ergoterapeuty objeven a není v České republice znám. Líbí se mi princip modelu založený na univerzální metafoře, která poskytuje nenásilným způsobem klientovi prostor k sebevyjádření a poskytuje ergoterapeutovi relevantní informace o klientových subjektivních pocitech, jeho problémech a přáních a umožňuje tak ve spolupráci s klientem zvolit prioritní cíle terapie a vytvořit její

plány. Na měnící se klientově řece pak může ergoterapeut efektivně zhodnotit úspěšnost probíhající nebo proběhlé ergoterapie.

Hlavním cílem mé práce bylo přeložit podklady Kawa modelu vycházející z knihy Michaela Iwamy, předního autora modelu, a následně vyzkoušet aplikaci modelu v ergoterapeutické praxi u českých klientů. Z těchto cílů vychází základní otázka mé bakalářské práce, která zní: Jaké jsou možnosti a omezení pro využití Kawa modelu v ergoterapii u klientů v ČR?

K dosažení určených cílů práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce se zabývám teoretickými podklady modelu, a to včetně pojednání o roli kultury v ergoterapii, která je důležitým pojmem v rámci Kawa modelu. V praktické části pak zjišťuji možnosti využití Kawa modelu v české praxi. Zaměřuji se na reakce klientů na tento netradiční model, jejich zpětnou vazbu a mé subjektivní zhodnocení práce s modelem z pohledu ergoterapeuta.

Praktická část je zpracována formou kazuistik, na jejichž základě hodnotím své poznatky o možnosti využití modelu u českých klientů. Pro využití metody kazuistiky jsem se rozhodla po vyhodnocení obtížnosti realizovat výzkum v tématice Kawa modelu, který není v ČR v ergoterapeutické praxi zatím využíván. Práce obsahuje kazuistiky čtyř klientů po získaném poškození mozku, se kterými jsem při ergoterapii využila metodu Kawa modelu v rámci rozhovoru. Zaměřila jsem se na terapeutickou efektivnost provedené diagnostiky, mé osobní dojmy a poznatky ze zpracovávání kazuistik a také na reakce klientů na tento netradiční model, jeho pozitiva a negativa. Závěr praktické části tvoří kvalitativní analýza procesu práce s klienty, jejímž výstupem je zhodnocení aplikovatelnosti a využitelnosti Kawa modelu v ergoterapii. Tato analýza obsahuje především subjektivní zhodnocení práce s metodou Kawa modelu, a to jak z mého pohledu, tedy z role ergoterapeuta, tak z pohledu klienta, jehož postoj hodnotím na základě pozorování v průběhu terapie a dle výstupů cíleného dotázání na jeho spokojenost s touto metodou - co vnímal kladně a co záporně. Tímto způsobem subjektivně hodnotím negativa a pozitiva využití přístupu Kawa modelu.

Práce by měla sloužit jako prostředek pro případné využití Kawa modelu nebo jeho prvků dalšími terapeuty a také pro účely výuky. Kawa model není standardizovanou metodou, a k jeho použití proto není třeba zakoupení práv, z toho důvodu shledávám svou práci jako jedinečný způsob, jak tento model představit a alespoň v jisté míře přivést do Čech.



## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 KONCEPTUÁLNÍ MODELY V ERGOTERAPII

Kawa model řadíme mezi ergoterapeutické konceptuální modely. Konceptuální modely jsou částí teorie ergoterapie. Ergoterapie je profese, v níž jsou teorie a praxe těsně propojeny a vyvíjení konceptuálních modelů k vedení praxe v ní má bohatou tradici. Existující konceptuální modely mapují vývoj profese v průběhu posledních desetiletí (Turpin, 2011). V průběhu doby se přístup k jedinci v ergoterapii mění ve spojení s širšími trendy ve zdravotnictví. Tři modely ve zdravotní péči významně ovlivnily vývoj ergoterapeutické praxe, jsou to medicínský, biopsychosociální a ekologicko-sociální model (Krivošíková, 2011). Tyto modely vymezují v ergoterapii dle Kielhofnera tři historické periody, čtvrtou peridou je přístup zaměřený na člověka, který vychází z holismu a humanismu a trvá do současnosti. (Kielhofner, 2009)

Konceptuální modely neboli modely praxe jsou zastřešující teorie, které tvoří jakousi spojnicí mezi teorií a praxí – převádí teorii do praxe (Hagedorn, 1997). Modely praxe jsou odvozeny od modelů profese a vychází z jejich paradigmatu a filozofických předpokladů. Modely praxe jsou ve svých přístupech obecnější, nejedná se o přímé hodnotící nástroje či terapeutické metody (Krivošíková, 2011). Konceptuální modely jsou představitelem teoretických přístupů v ergoterapii a slouží jako jistá mapa pro ergoterapeutický proces, napomáhají výběru vhodné ergoterapeutické intervence, usnadňují definování cílů, hodnocení výsledků a interdisciplinární komunikaci a jsou základem pro výzkumnou činnost. (Duncan, 2006)

Ergoterapeutické modely jsou specifické pouze pro ergoterapii a opouzdřují hodnoty a myšlenky profese. Protože smysluplná aktivita (zaměstnávání) je jádrem ergoterapie, všechny současné modely na ni pohlíží jako na centrální bod teorie i praxe. Jednotlivé modely se vzájemně liší v konceptu vztahu mezi zaměstnáváním a lidským zdravím („well-being“), nicméně v klasických současných modelech, které vznikly v západním světě, je činnost vnímána jako prostředek či nástroj, skrze který jsou lidé schopni ovlivňovat prostředí (stav jisté nadvlády člověka), tato představa převládá od počátků ergoterapie (Reed, 1999).

Dle Turpina není žádný model adekvátně univerzálně aplikovatelný ve všech ergoterapeutických situacích. Každý model je komplexem, který představuje konstelaci podmínek, pravd, ideálů, kulturních norem a hodnot, které jej předcházely a ovlivňovaly jeho vývoj. Obor tedy může mít několik praktických modelů, které vedou praxi a výzkum u odlišných cílových skupin a vychází z odlišné konceptuální orientace ergoterapeutů. Terapeuté si tak mohou zvolit model, který nejvíce odpovídá jejich vlastní situaci a praxi. Nicméně přestože určitá pestrost praktických modelů je žádaná, obor nemůže mít nekonečné množství takovýchto modelů. Modely by tedy měly být natolik flexibilní, aby poskytovaly prostor pro dostatečně širokou škálu možných aplikací. (Turpin, 2011)

Do současnosti vzniklo a existuje devět ergoterapeutických modelů (Turpin, 2011), přehled některých z nich uvádím v tabulce 1.

**Tabulka 1 - Srovnání klíčových konceptů základních ergoterapeutických modelů**

(Townsend, 2007, st. 30-32)

| Model   | Osoba  | Zaměstnávání   | Prostředí   |
|---|--|--|---|
| <b>Canadian Model Of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)</b> | Komponenty výkonu:<br>- Kognitivní<br>- Emocionální<br>- Fyzické<br><br>Podstata osoby:<br>- Spiritualita  | Oblasti zaměstnávání:<br>- Sebeobsluha<br>- Produktivita<br>- Volný čas  | Komponenty prostředí:<br>- Kulturní<br>- Institucionální<br>- Fyzické<br>- Sociální               |
| <b>The Model of Human Occupation (MOHO)</b>                               | Vůle:<br>- proces ovlivňující zakoušení, interpretaci, předvídání a výběr zaměstnávání<br><br>Zvyklosti:<br>- semiautonomní vzorce chování, umožňují reagovat na opakující se podněty<br><br>Kapacita výkonu:<br>- Fyzická a mentální kapacita<br>- Subjektivní zkušenosti | Model popisuje zaměstnávání v souvislosti s prostředím<br><br>Prostředí:<br>- Fyzické<br>- Sociální<br><br>Zaměstnávání: akce, která zaujímá a ovlivňuje určitý sociální a fyzický prostor |   |
| <b>The Ecology of Human Performance (EHP)</b>                             | Složky osobnosti:<br>- Minulé zkušenosti<br>- Osobní hodnoty/zájmy<br>- Možnosti/Schopnosti:<br>- Senzomotorické   | Úkoly:<br>- Soubory chování, které jsou kombinovány tak, aby umožnily jedinci účastnit se výkonu   | Kontext:<br>Faktory, které jsou vně jedince, vzájemně související podmínky, které obklopují osobu |

| Model  | Osoba  | Zaměstnávání  | Prostředí   |
|--|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kognitivní</li> <li>- Psychosociální</li> </ul>   | <p>potřebného k dosažení cíle</p> <p>Zaměstnávání:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Specifická konstelace úkolů</li> </ul> <p>Životní role:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Úkoly mohou být součástí více než jedné role</li> <li>- Jejich konfigurace je individuální</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontext času (chronologický, vývojový, životního cyklu, zdravotního stavu)</li> <li>- Kontext prostředí (fyzické, sociální kulturní)</li> </ul>  |
| <b>Person-Environment-Occupation (PEO) Model of Occupational Performance</b> | <p>Jedinečná bytost, která zastává řadu rolí současně</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Role</li> <li>- Vlastnosti a životní zkušenosti (osobní styl, kulturní pozadí, osobní kompetence, motorické schopnosti, senzorycké schopnosti atd.)</li> <li>- Soubor naučených a vrozených dovedností</li> </ul> | <p>Skupiny funkčních úkolů a aktivit vykonávané v průběhu života</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zaměstnávání (pl.): soubory aktivit a úkolů za účelem naplnit potřeby soběstačnosti a uspokojení</li> <li>- Úkoly: soubor smysluplných aktivit</li> <li>- Aktivity: základní části úkolů</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulturní</li> <li>- Socio-ekonomické</li> <li>- Institucionální</li> <li>- Fyzické</li> <li>- Sociální</li> </ul>  |
| <b>Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Model</b>              | <p>Osobní faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologické</li> <li>- Kognitivní</li> <li>- Neurobehaviorální</li> <li>- Fyziologické</li> <li>- Spirituální</li> </ul>   | <p>Zaměstnávání: to, co lidé chtějí a potřebují dělat v každodenním životě</p> <p>Hierarchie chování a schopností spojených se zaměstnáváním</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Role</li> <li>- Zaměstnávání (pl.) – cílené chování zahrnující řadu úkolů</li> <li>- Úkoly: kombinace akcí se společným cílem</li> <li>- Akce: pozorovatelné chování</li> <li>- Schopnosti: individuální vlastnosti podporující výkon zaměstnání</li> </ul> | <p>Vnější faktory prostředí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociální podpora</li> <li>- Sociální a ekonomické systémy</li> <li>- Fyzické prostředí a technologie</li> <li>- Kultura a hodnoty</li> </ul>   |
| <b>The Kawa Model</b>  | <p>Jedinci nebo kolektivy, jako jsou rodiny, korporace či komunity a jejich okolnosti jsou metaforicky prezentovány jako „řeky“</p> <p>Osoba je usazena v širším kontextu jako část obklopujícího rámce; tyto jsou neoddelitelné a provázané, a tedy změny v prostředí a/nebo osoby způsobí změny celého rámce</p>   | <p>Konceptualizováno jako životní proud</p> <p>Je projevem života</p> <p>V modelu demonstrováno jako prostory mezi strukturami (prostředím, okolnostmi, osobním nastavením), okolo nichž voda (život) proudí</p> <p>Tak jako se voda dotýká všech elementů v řece, tak je zaměstnávání spojeno se všemi aspekty kontextu</p>  | <p>Vnější kontext, ve kterém je osoba ukotvena</p> <p>V modelu demonstrováno jako stěny řeky, které dávají tvar a ovlivňují kvalitu vody (života)</p> <p>Stěny řeky v kombinaci s ostatními strukturami tohoto rámce určují formu, funkci a význam zaměstnávání</p> |

### 2.1.1 SROVNÁNÍ CMOP, MOHO A KAWA MODELU

Iwama se ve své knize nejčastěji odkazuje na dva z modelů a to ty světově nejrozšířenější a zároveň nejznámější v rámci české ergoterapie – MOHO (Model Of Human Occupation – Model lidského zaměstnávání) a CMOP (Canadian Model Of Occupational Performance – Kanadský model výkonu zaměstnávání).

Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP) vychází z client-centred practice, neboli praxe zaměřené na klienta (dále jen CCP), a je jejím nejvýznamnějším zástupcem. CCP vychází z přesvědčení, že klient je nejdůležitější složkou každé terapeutické intervence a měl by být také hlavním držitelem kompetencí v rámci terapeutického procesu a vychází ze základní premisi, že klient je jedinečný a přináší individuální perspektivy do ergoterapeutického procesu. (Sumsion, 1999)

Model lidského zaměstnávání (MOHO) pak vychází z tradice, kterou poprvé rozvinula Mary Reilly a staví na existujících představách o lidském zaměstnávání. Na rozdíl od CMOP zaměřeného na výkon zaměstnávání, a tedy především na rehabilitaci u fyzických postižení, MOHO je unikátní v tom, že byl směřován na další oblasti ergoterapeutické praxe, jako je ergoterapie u mentálního postižení a kognitivních disabilit, a to skrze detailní rozvinutí konceptů vůle a zvyklostí (Kielhofner, 1995). Model je tedy využíván hlavně u klientů, jejichž problémy zasahují do více oblastí fungování a mají delší trvání. Model je u nich využit k pochopení způsobů, jak si lidé vybírají, organizují a vykonávají své zaměstnávání (Kielhofner, 2008, st. 12).

Oba výše uvedené modely jsou stejně jako Kawa model představiteli holistického a humanistického přístupu ke klientovi a k terapii jako takové. CMOP a MOHO jsou modely, které významně ovlivnily podobu současné západní ergoterapie. Naproti tomu Kawa model je stále ještě novým a v západním světě neprozkoumaným modelem, který taktéž zastává celistvý přístup k terapii a ke klientovi, avšak významně se odlišuje svou formální strukturou. Západní modely jsou znázorněny pomocí tabulek či grafů, zatímco Kawa model využívá vizuálního obrazu řeky s jednotlivými jejími elementy, které jsou nositeli určitých významů a společně popisují klientův život (Iwama, 2006). Cílem Kawa modelu bezpochyby není nahradit či suplovat současné nejvyužívanější modely, mezi něž CMOP a MOHO jistě patří, ale představuje jistou alternativu k možnému využití s ohledem na povahu klienta a terapeuta. Kawa model přichází s myšlenkou kulturně relevantní ergoterapie, a tímto může být velice

užitečným přístupem v současném západním globalizovaném světě a může představovat možnou cestu terapie u klientů, jejichž založení neodpovídají, či z různých důvodů nevyhovují dosavadní přístupy, nebo se u nich neseťkávají s žádanými výsledky. Takovéto alternativní modely mohou terapeutům pomoci osvětlit kulturní dimenze rehabilitace. Kawa model přináší do západní ergoterapie novou perspektivu, ze které je možno nahlížet na klienta a jeho okolnosti. Kawa model poskytuje prostor pro širokou škálu přístupů, neboť umožňuje ergoterapeutům a dalším odborníkům řešit problémy v širším kontextu a na tomto základě určit cíle intervence. Rámec, který Kawa model nastavuje terapii, nutí ergoterapeuty nahlížet klientovy záležitosti holistickým způsobem ve snaze o jejich pochopení v rámci neoddělitelných kontextů klientova každodenního života. (Iwama, 2003, 2006, 2009)

## **2.2 KULTURA V ERGOTERAPII**

Michael Iwama (přední autor Kawa modelu) a další autoři uvedení v této kapitole se ve svých publikacích a odborných článcích zabírají široce tématem kultury, jejího chápání, definic a jejich odlišností v různých částech světa. Sám Iwama, ač žijící a vyučující na univerzitě v Torontu, pochází z Japonska, a otázka střetu kultur je tedy pro něj osobním tématem. Iwama i ostatní autoři jdou však mnohem dále za tento osobní přístup a zabývají se kulturou především z profesionálního hlediska ergoterapeutické profese. Kultura stála taktéž za zdrojem Kawa modelu jakožto kulturně relevantního modelu v ergoterapeutické praxi. Hlavním podnětem pro jeho vývoj byl stav japonské ergoterapie, která postrádala jakýkoli teoretický materiál, který by odpovídal místním kulturním podmínkám. Vzhledem k tomu, že ergoterapie je v Japonsku rozšířenou a uznávanou profesí, která se samostatně vyvíjí nezávisle na západním světě, byla tato absence teoretických základů devastujícím faktorem a zdrojem profesní frustrace. Kawa model tedy vzniká jako první teoretický konceptuální model pocházející z východního světa, který bude z tohoto pohledu kulturně relevantním a smysluplným pro japonské ergoterapeuty i jejich klienty. Nicméně využití modelu není omezeno na Japonsko a na východ, ale povědomí o Kawa modelu se postupně rozšiřuje i na západ, neboť ergoterapeuté po celém světě začínají cítit potřebu zahrnout kulturu do své terapie a objevit nové metody, které je možno využít v případě střetu s klientem jiného kulturního původu či založení. Kawa model se v tomto směru ukazuje jako možnost a efektivní metoda, která našla či nalezne své uplatnění v silně globalizovaných západních zemích (USA či Kanada), ale i v zemích, kde globalizace teprve probíhá či proběhne (evropské státy). Globalizace a opakované setkávání se s klienty, jejichž kulturní založení se

vymyká předpokladům současné teorie ergoterapie i modelů praxe, začala opakovaně vnášet problémy do ergoterapeutických intervencí a přinášet neshody či disharmonie do vztahu mezi ergoterapeutem a klientem, a tedy i terapeutického procesu jako takového a jeho výsledků (Iwama, 2003, Bonder, 2004, Hopkins, 2005). Tato fakta se stala důvodem, proč se tématem kultury zabývá také řada ergoterapeutů ze západního světa, kteří si začínají uvědomovat výše uvedené skutečnosti a hledají cesty k adekvátnímu pojetí kultury a jejímu obsažení v ergoterapii.

Následující pojednání o kultuře je tedy z hlediska počínající globalizace v Evropě, a tedy i v České republice, hodnotné i z pohledu českých praktikujících či budoucích ergoterapeutů, kteří si chtějí rozšířit spektrum profesních znalostí a mít volbu mezi řadou ergoterapeutických metod, a moci tedy citlivě volit nejvíce adekvátní přístup s ohledem na individualitu klienta.

Tato kapitola je určitým východiskem pro pochopení Kawa modelu jako takového. Představuje pohled na kulturu z hlediska tvůrců modelu a nastiňuje základní charakteristiky východní kultury, ze které Kawa model vychází a která se v něm také významně otiskuje. Přestože v praktické části práce se zaměřím na využití modelu v západní ergoterapii a u nás, pro jeho pochopení je stěžejní nastínit a přiblížit kulturní kontext, ze kterého vychází.

### **2.2.1 ROLE KULTURY V ERGOTERAPII**

Dosavadní přístup k otázce kultury v rámci západní ergoterapie se v průběhu let mění a je v neustálém vývoji. V dokumentu AOTA z roku 2002 nazvaném Rámec ergoterapeutické praxe (Occupational therapy practice framework) je kultura zmiňována v rámci kontextu prostředí a je definována takto: „Kultura zahrnuje zvyky, víry, vzorce chování, standardy chování a očekávání přijaté společností, do které jednatel patří. Kultura dále zahrnuje politické aspekty, jako jsou zákony, které ovlivňují osobní práva a povinnosti jedince, příležitosti ke vzdělání, zaměstnání a ekonomické podpoře.“ (AOTA, 2002, st. 623)

Iwama zdůrazňuje významnou roli kultury v ergoterapeutické teorii a praxi. (Iwama, 2007) Kultura dle něj tvoří jakýsi základní stavební kámen jakékoli teoretického materiálu, avšak praktikující ergoterapeuti tuto přítomnost kulturních vkladů v současné ergoterapeutické teorii a praxi často nevnímají. V západním pojetí je tendence chápat kulturu jako určitou statickou vlastnost člověka - terapeuta a klienta (tzn. např.: rasa, vyznání, etnicita

apod.) (Iwama, 2006). Statické pojetí kultury může způsobit, že předpokládáme či vyvozujeme příliš mnoho o jedincích na základě široce generalizovaných znaků vycházejících z tradice spojované s etnikou, z níž klient vychází (Dickie, 2004). Iwama a další odborní ergoterapeuté, kteří se tímto tématem zabývají, prosazují názor, že kulturu je třeba vnímat ze širší perspektivy, nikoli pouze jako jakýsi individuální znak, kterému je třeba věnovat pozornost, ale je třeba zajímat se o kulturní konstrukci samotné ergoterapeutické profese a praxe (Iwama, 2006, Bonder, 2004, Rudman, 2008).

Pohledy na svět vychází z kolektivní zkušenosti (kultury), ve které žijeme, a tyto jsou nevědomě promítány do našich teorií a představ o zaměstnávání a do významu, který je připisován aktivitám. Také autoři ergoterapeutických konceptuálních modelů jsou kulturními bytostmi – mají své pohledy na svět, hodnotové vzory, své pravdy, svou víru, své motivy pro aktivity apod. Současné ergoterapeutické konceptuální modely vznikly v západních kulturních kontextech, a jsou tedy ovlivněny kulturou svých autorů - reflektují západní způsoby vidění světa (Iwama, 2006, Dickie, 2004). Toto jednostranné zaměření současné teorie ergoterapie dle Iwamy přehlíží základní význam kultury pro ergoterapii. (Iwama, 2006, 2009)

Setká-li se západní myšlení s odlišným chápáním pojmů světa a pravdy, které se vymyká západním představám o normálnosti, často zde ze strany terapeuta dochází k nevědomé snaze o kultivaci či korekci tohoto "nesprávného" klientova pohledu na svět (Iwama, 2003). Tato snaha se může setkat s negativní reakcí klienta a může vnést nesoulad do terapeutického vztahu. Terapie pak nedosahuje cílených výsledků, nebo může dojít k přímému střetu zájmů: terapeutických záměrů či metod s přesvědčením klienta. (Iwama, 2006, Bonder, 2004, Hopkins, 2005). Terapeuté v této situaci připisují tento fenomén častěji klientovi jako jeho problém, eventuálně jej definují jako problém ve vztahu klient-terapeut. Při vzniku nesouladu může terapeut dokonce dojít k pejorativnímu závěru, že klient je „náročný“ či „nespolupracující“. Výjimečně si terapeut položí otázku, zdali problém nemůže ve skutečnosti být v terapii jako takové, tedy v kulturních elementech vložených do jejích perspektiv o pravdě a normalitě a v kulturních rámcích, které vysvětlují a vedou terapeutické intervence (Iwama, 2006, Dickie, 2004).

Dle Iwamy ergoterapie potřebuje zdroje nové teorie a více představitelů znalých kulturně-relevantní ergoterapie, aby profese mohla dosáhnout svého širokého a smysluplného poslání. Cílem je zvýšit uvědomění ergoterapeutů o významu kultury v terapii tak, aby byli schopni kriticky přezkoumat, je-li jejich ergoterapie skutečně relevantní a užitečná svým

klientům a smysluplná vzhledem k významu jejich každodenní reality. Dále by měli umět porozumět kultuře v „jazyku“ vlastního klientovi a pochopit ji z jeho pohledu. Přínosy a procesy ergoterapie musí přímo souznět a smysluplně vycházet z klientova reálného světa, jeho domova a komunity.(Iwama, 2006)

## **2.2.2 KULTURNÍ VLIVY V SOUČASNÉ TEORII ERGOTERAPIE**

Většina současných ergoterapeutických modelů vznikla v západním kulturním kontextu, především v Severní Americe (Turpin, 2011). Když jsou modely využívány ve stejném nebo podobném kulturním kontextu, ve kterém byly zformovány, je zde větší pravděpodobnost, že model bude v souladu s klientovými každodenními zkušenostmi a jejich významem. Terapeuti však chybně předpokládají, že tyto pohledy na realitu jsou univerzálně platné a dokáží vysvětlit realitu klientů nezávisle na kulturním původu. (Iwama, 2009)

Západní myšlení přináší do ergoterapie ideály nezávislosti, individuálního odhodlání, racionálního myšlení atd. (Hagedorn, 1997). Všechny tyto charakteristiky prosazují jedince jakožto hlavního činitele a vykonavatele. Tyto znaky a hodnotové vzory jsou jasně pozorovatelné v současné profesní teorii a epistemologii.

Stejné principy však nemusejí být aplikovatelné u rozličných cílových skupin, které nesdílí totožné vzorce každodenního života a hodnotové vzory, které tyto modely představují. Nejedná se pouze o lidi odlišných národností a kultur, ale také například o různé cílové skupiny v rámci jedné kultury, například děti, seniory, odlišné etnické skupiny, lidé žijící v chudobě atd. (Iwama, 2006)

Američtí ergoterapeuté studovali myšlenky a teorii ergoterapie, která odpovídá jejich kulturním pohledům na svět. Získané představy o povaze lidského jednání, jeho komponentů, organizaci a významů mají dle jejich pohledu univerzální kvality, přesahující kulturní hranice a jsou resistantní vůči změnám. Terapeutický přístup, který má za cíl posílit jedince skrze racionální smysluplnou aktivitu a který Mary Reilly vyjádřila známým citátem: „Ergoterapie dle západních tezí hledá způsoby, jak pomoci lidem být a realizovat se prostřednictvím užití svých rukou vedených svou myslí a vůlí.“ (Reilly, 1962, st. 81) se zdá být natolik morálně v pořádku a v souladu s etickými normami kultury, ze které povstal, že musí být stejně pravdivý a vhodný pro celý svět.



Avšak například kultury a společnosti Asie, které tvoří více než polovinu světové populace, mají své vlastní systémy a tradice týkající se etiky, náboženství, politiky a estetiky utvářené v průběhu tisíciletí, které se výrazně liší od sociálních kontextů, které od 18. století podporovalo osvícenství v Evropě (Iwama, 2006). Akceptace existence takových odchylek v myšlení nutí ergoterapeuty k přezkoumání pravdivosti a univerzální aplikovatelnosti jejich současných konstrukcí pravdy, zahrnujících koncepty zaměstnávání a významů ergoterapie (Iwama, 2009, Jungersen, 2002, Rudman, 2008). Ergoterapie dle západních norem se svými danými významy a funkcemi se stává nepochopitelnou, je-li aplikována v jiných než západních podmínkách a jsou-li zmíněné sociální preference o autonomii, nezávislosti, osobní výkonnosti přinášeny ke klientele, která vyznává jiné hodnoty a preferuje kolektivní identitu nad individuální, vzájemnou propojenost nad autonomií a hierarchii nad rovností (Doi, 2002). Výsledný nesoulad může vést k opačným výsledkům, než jaké ergoterapie slibuje a má za cíl. (Iwama, 2005, 2006, Hopkins, 2005)

Spíše než kultivovat druhé pro potřeby našich kulturních konstruktů reality, bychom měli dle Iwamy a dalších autorů zvážit možnou kultivaci ergoterapie a její současné ideologie tak, aby byly v souladu s rozličnými světy významů našich klientů. Pro ergoterapeuty to znamená především věnovat větší pozornost respektování a postoupení větší vážnosti klientovu pohledu na realitu. (Iwama, 2006, Stedman, 2011, Rudman, 2008)

### **2.2.3 ZÁPADNÍ DUALISMUS VERSUS VÝCHODNÍ JEDNOTA**

V západním pohledu na svět je hluboce zakořeněn dualismus, který se promítá do vnímání člověka, přírody a jejích živých a neživých součástí. Chápe přírodu a člověka jako oddělené entity, toto pojetí reflektuje křesťanské vidění světa, ze kterého současné západní myšlení vychází. V tomto nastavení je individuální osobnost postavena do nadřazené pozice ve vztahu k prostředí, které je tímto určeno být využíváno a ovládáno člověkem. (Iwama, 2006, 2009)

Toto nastavení je vloženo a tiše akceptováno jako daná pravda v současných pohledech na zaměstnávání (Iwama, 2003, 2006, 2009). Lidé na západě našli ve smysluplné aktivitě způsob, jak ovlivnit svůj stav, své fyzické a sociální prostředí. Toto vnímání vyúsťuje v analogie či metafory, které popisují zaměstnávání jako most, který propojuje osobu s prostředím: „Prostřednictvím aktivity obýváme naše prostředí“ (Kielhofner, 2008, st. 97).

Naproti tomu lidé z odlišných kultur mohou mít problém s uchopením této definice, protože neodpovídá jejich chápání vzájemného vztahu člověka a prostředí. Na příkladu japonské kultury lze vidět rozdíl oproti výše uvedenému dualismu. Japonci vyznávají polyteismus, naturalismus, kolektivismus, vzájemnou závislost, hierarchii v sociální struktuře a časovou orientaci na přítomnost (Doi, 2002). V realitě východních filozofií neexistuje žádný silný pocit centralizovaného postavení člověka nebo separovaného prostředí, které by bylo určeno k podmanění jako majetek člověka. Některé základní ergoterapeutické principy se pro ně proto mohou stát nesrozumitelnými. Například obývání prostředí skrze smysluplné zaměstnávání je z tohoto pohledu něčím bezobsažným, prostředí považují za svou integrovanou součást, nepotřebují tedy aktivitu jako prostředníka k jeho obývání (Iwama, 2003, 2006, 2009). Jejich motivace pro aktivitu a také vnímání a hodnocení problémů každodenního života a odpovědi na ně budou tedy zásadně odlišné.

V západním pojetí má každý jedinec stejné právo sledovat své cíle, na svou volbu kariéry a životní cesty a je zde tichý sdílený předpoklad, že všechno je možné za vynaložení určité osobní odhodlanosti, talentu a snahy (Iwama, 2006). V ergoterapii to byla Mary Reilly (Reilly, 1962), která určila základní myšlenku a směřování ergoterapie. To, že jedinec může svobodně sledovat své cíle a nezávisle a racionálně směřovat k jejich dosažení, naznačuje, že i sociální role mohou být svobodně sledovány a dosaženy. Oslava osobního výkonu a individuálního odhodlání přispívá ke konstrukci disability či nedostatku schopnosti vykonávat a získávat jako k osobní tragedii.

Naproti tomu držitel kompetencí ve východním kontextu není jedinec, ale spíše sociální prostředí, které jej obklopuje (Lebra, 1976). Není zásadní, co „já chci dělat“, ale „jak má existence a činnost souznít s mým sociálním prostředím a jak jej to ovlivní?“ Být členem společnosti a určitého kolektivu a mít v něm pevnou určenou roli je ve východním pojetí největší výsadou, proto musí člověk své roli přizpůsobit své jednání a musí o tuto výsadu, jež mu byla poskytnuta, pečovat. Zájmy kolektivu jsou postaveny nad zájmy jednotlivce, protože blaho kolektivu je i blahem jedince. (Doi, 2002)

Japonská ergoterapie je jednou z nejrychleji se rozvíjejících na světě, ergoterapeutické vzdělávací programy během posledních deseti let významně expandovaly. Rozlišnost asijské kultury představuje relevantní testovací půdu pro univerzalitu ergoterapie, protože v průběhu věků zde byly vyvinuty a zakořeněny vlastní odlišné filozofie, hodnotové vzory, morální a etické systémy, oddělené a odlišné od západního světa. (Iwama, 2006, 2009)

## 2.2.4 SHRNU TÍ KAPITOLY

V rozšířeném pojetí není kultura pouze jedním z jevů charakterizujících člověka/klienta, ale je ve všem, co nás v rámci ergoterapie obklopuje – v uspořádání terapeutické místnosti, v teoretickém materiálu, který využíváme, ve struktuře vedení terapie a terapii jako takové, ve způsobu, jakým nahlížíme na svět a hodnotíme viděné (jako člověk i jako terapeut) a stejně tak v klientově pohledu na realitu a její jevy. V rámci této kapitoly jsem se slovy autorů snažila přiblížit toto pojetí kultury, které se diametrálně liší od jejího výkladu v rámci západních modelů ergoterapie, se kterými jsem se do této doby setkala. Kapitola nastiňuje chápání kultury jako něčeho, co máme uloženo a hluboce zakořeněno ve svém podvědomí a co působí jako jakýsi filtr, přes který nahlížíme svět. Naše kultura je pro nás něčím samozřejmým a její existenci přirozeně nevnímáme. Přes takovéto „kulturní filtry“ se na svět dívá každý z nás a tedy i autoři ergoterapeutických modelů, které jsou jejich kulturou nutně ovlivněny. Iwama nehodnotí tyto modely jako dobré či špatné, pouze ukazuje nový pohled, jak se na ně dívat, a namísto jejich slepého využívání, vyzývá k jejich kritické analýze s tímto novým vědomím jejich a vlastní kulturnosti. Jeho snahou je dle mého názoru především dosáhnout uvědomělého užívání teoretických modelů založeného na plném chápání jejich obsahu.

Na základě tohoto uvědomělého přístupu mohou ergoterapeuté také lépe chápat, že jejich terapeutický přístup nemusí vyhovovat všem a jedním z důvodů může být právě kultura, která je v daném přístupu nevědomě obsažena. Ergoterapeut by měl na základě svých znalostí být schopen si tuto situaci uvědomit a pochopit, a vyvarovat se tak hledání příčiny problému v klientovi. Vzhledem k tomu, že autor neomezuje kulturní rozdíly na odlišnosti vzniklé z důvodu různého národního, etnického či rasového původu, ale také například z důvodu rozdílných socio-ekonomických podmínek, věku, pohlaví atd., může být toto pojetí kultury užitečné nejen pro japonského ergoterapeuta či pro ergoterapeuta působícího v silně globalizované společnosti (USA), ale také pro ergoterapeuta například z České republiky.

Kapitola zároveň představuje východní kulturu a základní charakteristiky jejího chápání reality a poukazuje tak na obrovské odlišnosti, které se v průběhu věků vyvinuly a stále přetrvávají mezi východem a západem. Existence těchto hluboce zakořeněných odlišností předvídá jejich potencionální význam při střetnutí těchto kultur v rámci ergoterapie a blíže odůvodňuje motivy ke vzniku kawa modelu a jeho význam.

## **2.3 VZNIK A VÝVOJ KAWA MODELU**

V následujících kapitolách týkajících se výhradně Kawa modelu vycházím ze zdrojů, jejichž autorem je Michal Iwama a kolektiv. A to především ze základní knihy o Kawa modelu (Iwama, 2006) a dále pak z mnoha článků publikovaných autorem na toto téma (Iwama, 2003, 2005, 2007, 2009).

### **2.3.1 MOTIVY KE VZNIKU KAWA MODELU**

Kawa model je první konceptuální model v ergoterapii, který vznikl ve východním světě, konkrétně v Japonsku. Do této doby neexistoval žádný celistvý konceptuální model nastavený na toto kulturní prostředí. Japonská ergoterapeutická praxe byla spíše kombinací postupů terapeuta vycházejících z jeho vlastní - japonské interpretace reality, sociálních vzorů a systémů hodnot se západními interpretacemi téhož obsaženými v dosavadní ergoterapeutické filozofii. (Iwama, 2006)

Mezi západem, kde ergoterapie vznikla a byla konceptualizována, a Japonskem, kde byly tyto myšlenky bohatě aplikovány, vyvstal zásadní problém s porozuměním. Japonská ergoterapie se postupně dostala do profesní krize z neustálé snahy o přizpůsobení se teorii a hodnocení založených na natolik odlišných kulturních vzorech. Nejen, že se západní koncepty neslučují s japonským myšlením, ale využívají také cizí symbolický jazykový systém s mnoha termíny, které nemají v japonském slovníku přesný ekvivalent.

Přes veškerou snahu porozumět ergoterapeutické teorii prostřednictvím mnoha kurzů a specializovaného vzdělávání, japonští ergoterapeuté měli stále problém teorii uchopit a tím spíše předat její poslání svým klientům. Většina terapeutů tuto snahu vzdala a začala si hledat vlastní způsoby, jak se vyrovnat s teorií a procesy, které se natolik liší od jejich vlastního chápání reality. Tento stav měl devastující efekt na profesní morálku. Ergoterapeuti nemohli účinně pracovat s klienty, když jim scházela společná vize profese a jejich místa v ní. Absence hmatatelného teoretického základu, anebo modelu, který by nesl význam v rámci jejich vlastního kulturního světa, přinášela japonským ergoterapeutům pocit frustrace vycházející z nedostatku filozofických a ideologických vodítek, které by definovaly ergoterapii komplexním způsobem. V Japonské ergoterapii vznikla akutní potřeba existence teorií, hodnocení a přístupů, které pocházejí z lokální kultury a které by byly schopny

vysvětlit, popsat a vést efektivní ergoterapii a zároveň smysluplnou pro japonské ergoterapeuty, studenty, jejich klienty a společnost, ze které pochází. (Iwama, 2006)

### **2.3.2 TVORBA KONCEPTU KAWA MODELU**

Na základě výše popsané situace se skupina zaujatých japonských ergoterapeutů pod vedením profesora Michaela Iwamy rozhodla společně pracovat na vývoji nového ergoterapeutického modelu, který by vycházel z vlastních kulturních zkušeností. Tito ergoterapeuté pocítili potřebu, aby nový kulturně relevantní model povstal z reálné ergoterapeutické praxe a aby byl vytvořen nový soubor konceptů a principů, který bude představovat šablonu pro realizaci smysluplné ergoterapeutické praxe v jejich prostředí. Jejich cílem se stala také proměna konceptu zaměstnávání tak, aby nesl jasný význam v lokálním kulturním kontextu. Nepřichází s žádnou zcela novou teoretickou koncepcí a vývoj modelu nezačíná žádnou univerzální úvahou o tom, co je ergoterapie nebo co znamená pro klienty. Struktura, koncepty a principy tohoto nového konceptuálního modelu vznikly z každodenních zkušeností skutečných lidí. (Iwama, 2009)

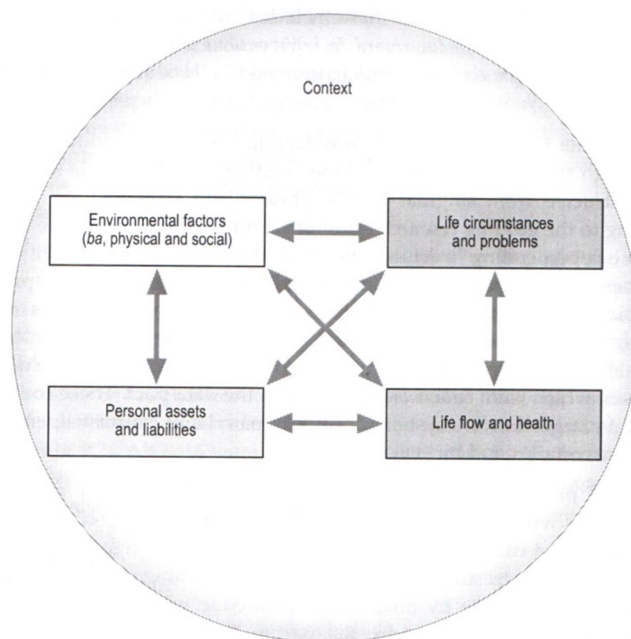
Vznikla pracovní skupina tvořena dvaceti členy z řad ergoterapeutů, vyučujících ergoterapie a jejich studentů. Odborné specializace účastníků byly různé (geriatrie; psychiatrie, pediatrie, vzdělávání). Skupina začala pracovat na výzkumném projektu, jehož hlavním společně stanoveným cílem bylo vytvořit kulturně relevantní ergoterapeutický model. Vzniklý model měl reprezentovat kulturně relevantní teoretickou práci a první práci svého druhu v Asii.

Z mnoha setkání a procesů zpracování dat bylo nakonec zformováno několik základních kategorií, které daly základ vzniku Kawa modelu v jeho současné podobě.

Původní kategorie:

- Životní proud a zdraví
- Faktory prostředí (sociální a fyzické bariéry)
- Životní okolnosti a problémy
- Personální přednosti a nedostatky
- Ergoterapeutická intervence

Pravděpodobně stejně důležité jako kategorie byla struktura principů spojující tyto koncepty dohromady. Zatímco většina racionálních modelů ukazuje nějaký směr ve vztahu mezi koncepty, vztahy mezi těmito kategoriemi postrádají jakoukoli linearitu či směr. Každá z těchto kategorií byla spojena se všemi ostatními oboustrannou šipkou. Tato struktura vyjadřuje, že žádný z konceptů nestojí v centrální pozici a není na něj kladen větší důraz než na ostatní. Tato struktura může být popsána jako dynamická, dojde-li k narušení nebo změně ve velikosti či kvalitě jednoho konceptu, budou ovlivněny všechny ostatní. (Iwama, 2006, 2009).



**Obrázek 1 – Původní struktura Kawa modelu (Iwama, 2006, st. 128)**

(Na obrázku: *Faktory prostředí, Životní okolnosti a problémy, Osobní přednosti a nedostatky, Životní proud a zdraví*)

### 2.3.3 VZNIK METAFORY ŘEKY

Jeden z členů pracovní skupiny přišel s myšlenkou, že japonský osobní život, sociální okolnosti a smysl/účel ergoterapie mohou být popsány pomocí metafory řeky, japonsky "kawa". Popis japonského osobního života metaforou přírody se zdálo být přirozenou interpretací ve společnosti, jejíž kosmologie je založena na naturalistickém paradigmatu a jejíž představy o životě jsou neoddělitelné od přírody, společnosti a božstev. Existující kategorie byly tedy přejmenovány tak, aby odpovídaly metafoře řeky a vznikly následující prvky:

1. Život a zdraví byly připsány konceptu vody (mizu). Život člověka byl znázorněn jako plynulý proud/přechod přes životní okolnosti (v metafoře představovanými kameny -iwa). Síla a množství proudící vody se stala symbolem proudu života. Větší objem proudící vody symbolizuje lepší, plnější stav zdraví a životní pohody.
2. Životní okolnosti a problémy byly přiřazeny metafoře kamenů (iwa). Existují ve všech velikostech a jsou vnímány převážně jako prvky negativně ovlivňující proud vody (života).
3. Osobní přednosti a nedostatky byly připsány elementu dřeva (ryuboku). To představuje faktory, které mohou ovlivnit problémy člověka pozitivně či negativně, v situaci obtížných životních okolností či výzev.
4. Faktory prostředí (sociální a fyzické bariéry) byly vyjádřeny termínem torimaki, tedy dnem (kawa zoko) a stěnami (kawa no soku heki) řeky, tzn. korytem, kterým řeka proudí.
5. Strategické body pro ergoterapeutickou intervenci byly situovány do prostorů mezi elementy a do slabých oblastí struktur, které blokují proud, které mohou být využity k rozšíření proudu vody. Ergoterapie je nahlížena jako služba směřující vodu skrz malé otvory nebo slabé body mezi kameny nebo mezi kameny a stěnami/dnem řeky.

Ergoterapie je v rámci modelu konceptualizována jako intervence, která hledá způsoby, jak posílit či zvětšit proud vody prostřednictvím hledání příležitostí, jak asistovat klientovi při překonávání bariér a výzev. Pokud je to možné, je to klientova vlastní síla či jiný využitelný zdroj síly, jako jsou elementy fyzického a sociálního prostředí, které jsou využívány v procesu zvětšování síly životního proudu. (Iwama, 2006, 2009)

## **2.4 KAWA MODEL V ERGOTERAPII**

### **2.4.1 KONTEXT A TEORIE**

V dynamice Kawa modelu jsou kombinovány čtyři základní faktory - prostředí, životní okolnosti, osobní vlastnosti a životní energie/zdraví - a takto je zformována unikátní konfigurace nastavení klientova života v daném místě a čase. Tato konfigurace určuje aktuální nastavení pro ergoterapeutickou intervenci. Centrálně umístěné, fyzicky ohraničené "já" je zde nahrazeno konfigurací těchto elementů, které ve vzájemné kombinaci utváří já/jedince. Tato forma reflektuje méně racionální zobrazení lidské existence než to, které je silně

zakořeněné v západním pohledu. Absence centrálně umístěného já také přináší odlišný smysl zaměstnávání, které je v tomto pojetí méně instrumentální a zaměřené na účel.

Ergoterapeuté ze západu, kteří se setkávají s Kawa modelem poprvé, mohou být zaskočeni tím, že nevidí, kde je v něm jedinec umístěn. Jedinec zde je, je pouze konstruován odlišným způsobem – namísto jeho postavení do opozice vůči přírodě či okolnímu prostředí, jedinec v Kawa modelu je konstruován jako část přírody. Namísto imperativu kontrolovat přírodu a okolnosti, Kawa model přináší alternativní pohled, kterým je poddání se přírodě a okolnostem a nalezení způsobů, jak s nimi žít v harmonii. (Iwama, 2006, 2009)

Kawa model se snaží vysvětlit smysl, účel a strategie ergoterapie prostřednictvím interpretací klientových okolností a vyjasnit aplikaci ergoterapie v rámci určitého sociálního a kulturního kontextu klienta. Cílem ergoterapie je dle Kawa modelu facilitovat životní proud, neboli životní energii jedince. Z tohoto pohledu se japonská ergoterapeutická intervence například nezaměřuje pouze na jednostrannou smysluplnou aktivitu, ale spíše podporuje klienta, aby se postavil či přizpůsobil konstelaci faktorů konstruujících problémy jedince. (Iwama, 2006)

Základní premisou Kawa modelu je holistický pohled na klienta a termín klient je chápán stejnou mírou jako individuál, tak i jako kolektiv. Toto chápání vychází z přesvědčení, že například žít s členem rodiny s disabilitou člověka hluboce ovlivňuje a mění a že zkušenost disability je komplexní a kolektivní spíše než omezena na jedince a odehrávající se uvnitř něj. Stejně tak změní-li se jeden aspekt v proudu, řeka bude ovlivněna jako celek.

Kawa model ve své originální podobě stejně tak jako ostatní konceptuální modely musí být chápán s přihlédnutím k původním kontextům jeho geneze. Přestože si ergoterapeuté budou model adaptovat a již adaptují pro potřeby svého vlastního sociálního a kulturního kontextu, komponenty modelu jsou ve své originální formě kulturně vázány. Autor však povzbuzuje ergoterapeuty k vývoji a objevování vlastních způsobů adaptace Kawa modelu pro potřeby kulturních kontextů vlastní praxe. (Iwama, 2006)

Skrze pochopení vztahu mezi modely a jejich kontextuálním počátkem mohou ergoterapeuté učinit rozhodnutí, zda použít model v jeho původní podobě, pozměnit jej tak, aby vyhovoval potřebám klienta, nebo využít zcela jiný, vhodnější rámec.

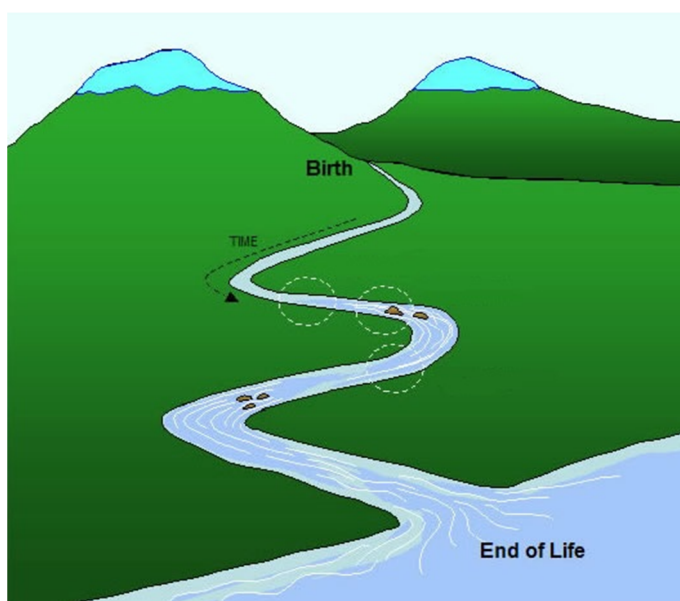


## 2.4.2 STRUKTURA KAWA MODELU

Řeka v rámci Kawa modelu je dynamickým celkem, který charakterizuje východní představy o harmonii mezi osobou a kontextem jejího života. Kontext je nahlížen, aby bylo možné určit podmínky, ve kterých se odehrávají určité akce a zaměstnávání. Fyzické a sociální prostředí, které obklopuje člověka, může ve velké míře ovlivnit význam a hodnotu připisovanou skutečnostem nebo aktivitám a také může pomoci k formulaci podmínek, které vytváří optimální nebo naopak nežádoucí stav života jedince. Prostředí a kontext, který klienta obklopuje, mu tedy může přinášet možnosti a posilovat proud života, nebo jej naopak omezovat či znemožňovat.

Řeka v pojetí Kawa modelu symbolizuje rovnováhu, která odráží provázanost prvků přírody, na rozdíl od umělého, mechanického pojetí jedince jako systému, který je zaměřen na podmanění si a získání kontroly nad okolnostmi a prostředím.

Optimální stav života může být v rámci této metafory popsán jako silný, hluboký proud bez překážek. Aspekty prostředí a těžké životní okolnosti, zobrazené jako různé struktury, které se nachází v korytě řeky, mohou ovlivňovat její proud. Jsou to kameny (= problémy, těžké životní okolnosti), stěny a dno řeky (= fyzické a sociální prostředí) a dříví (= pozitivní či negativní charakteristiky klienta), které tvoří neoddělitelné součásti řeky, které určují její proud. (Iwama, 2006, 2009)



Obrázek 2 - Řeka jako celek představující život člověka jako řeka proudící od narození ke konci života (Iwama, 2010)

### 2.4.3 KONCEPTY KAWA MODELU

#### **Voda (mizu)**

Reprezentuje životní energii nebo životní proud, má mnoho významů a přívlastků (čistá, naplňující, očišťující, osvěžující apod.), může být odlišně pojmána v různých kulturách a různými lidmi, takže kulturní význam, se kterým člověk na tento koncept pohlíží, bude mít rozhodující vliv na užitečnost a funkčnost modelu v praxi.

Voda přejímá svůj tvar od svého okolí – koryta, stejným způsobem jsou lidé v kolektivně orientovaných společnostech formováni svým sociálním okolím. Lidé v těchto společnostech přikládají vzájemným vztahům velkou váhu a vzájemně na sobě závisí. V této souvislosti je osoba výrazně ovlivněna a určována svým sociálním kontextem, v daném čase a prostoru (stejně jako bude řeka v určitém místě a bodě měnit svou formu, směr, proud, sílu atd.)

Pokud proud vody slábne, znamená to oslabenou životní energii, klient se v tomto případě necítí dobře, jeho život je v disharmonii.

#### **Koryto řeky (torimaki): stěny a břehy řeky (kawa no soku-heki) a dno řeky (kawa no zoko)**

Stěny a dno řeky v této metafoře představují prostředí a okolí klienta, sociální a fyzický kontext subjektu. Jedná se o jeden z nejdůležitějších determinantů životního proudu jedince, protože určuje zkušenost jedince a její následný osobní význam. Ve východních společnostech, jako je ta japonská, jsou sociální vztahy vnímány jako hlavní determinanty individuálního i kolektivního proudu života.

Sociální prostředí představuje hlavně nejbližší či nejvýznamnější vztahy klienta v daném čase, nejčastěji se jedná o členy rodiny či přátele. Do tohoto sociálního prostředí mohou být ale zahrnuti například také zesnulí členové rodiny nebo přátelé klienta, je-li vzpomínka na ně pro klienta v současné situaci stále důležitá a má-li významný vliv na klientův osobní život.

Sociální prostředí obklopující člověka může mít rozhodující vliv na jeho proud života – harmonické vztahy mohou posilovat a rozšiřovat proud a takto zesílený proud může dokázat odstranit složité okolnosti a problémy, tak jako voda odstraňuje kameny, nebo může vyhloubit

nový kanál, kudy bude voda proudit. Naopak disharmonické vztahy mohou proud ovlivňovat negativně, stejně jako v řece může úzké koryto spolu s kameny vytvořit velké překážky, které znemožňují normální proud.

Stejně tak jako všechny ostatní elementy řeky, také koryto řeky je vždy interpretováno ve vztahu k řece jako celku, elementy jsou neustále vzájemně provázány a společně determinují stav jedince.

### **Kameny (iwa)**

Kameny v Kawa modelu představují životní okolnosti, které jsou považovány za překážky v proudu života jedince. Jsou to životní okolnosti vnímané klientem jako problematické a těžko odstranitelné. Proud může být blokován kameny různé velikosti, podoby a množství. Velké kameny samy o sobě, či v kombinaci s kameny menšími, se mohou usadit v proudu řeky, nebo vzpříčit proti stěnám koryta, a mohou tedy výrazně blokovat, oslabovat či zpomalovat proud. Klientovy kameny zde mohou být od narození jako jisté vrozené podmínky, nebo se mohou objevit náhle jako zranění či nemoc, ale mohou být také pouze přechodné. Některé z kamenů zůstávají bezvýznamné nebo jejich negativní vliv může být malý, dokud nenarazí na určité aspekty sociálního nebo fyzického prostředí, například tělesné postižení člověka se může stát výrazně omezujícím až při střetu s bariérami prostředí. Funkční obtíže se tak mohou měnit v závislosti na prostředí. Fyzicky bezbariérové prostředí může snížit disabilitu člověka, stejně tak jako tolerantní a akceptující sociální nebo politické prostředí, které je vstřícné k člověku s disabilitou. Například sluchové halucinace se stávají více problematickými v prostředí přeplněném lidmi, sexuální orientace se může stát problémem v nepřátelském, netolerantním prostředí, neschopnost chůze se stává více zatěžující, když zákony nepřikazují bezbariérovou úpravu pracovních míst apod.

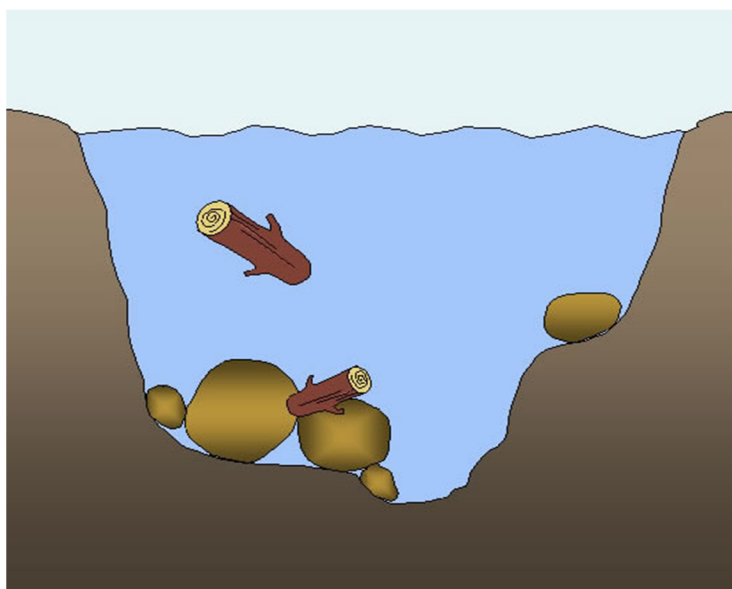
Jakmile je klient schopen kameny identifikovat a pojmenovat (včetně jejich relativní velikosti a kontextu), může mu ergoterapeut pomoci identifikovat potencionální oblasti intervence a strategie, jakými dosáhnout silnějšího životního proudu. Kawa model může tedy pomoci ergoterapeutovi vidět vztah mezi klientem, jeho problémy a jeho prostředím, a pomoci mu tak určit či upřesnit cíle holisticky pojaté ergoterapeutické praxe. Při práci s Kawa modelem ergoterapeut společně s klientem často nacházejí problémy z oblastí přesahujících rámec kompetence oboru ergoterapie, využívání Kawa modelu tedy vyžaduje kvalitně fungující interdisciplinární spolupráci.

## **Dříví (ryuboku)**

Dříví představuje osobní charakteristiky, jako jsou hodnoty, emoce, charakterové vlastnosti, osobní schopnosti, náboženské přesvědčení či víra, hmotný i nehmotný majetek. Tyto elementy mohou pozitivně nebo negativně ovlivňovat životní okolnosti a životní proud jedince.

Dříví pluje spolu s proudem a může působit pouze nepřímo jako vnitřní posila klienta či přímo ovlivňovat ostatní elementy řeky, tedy především způsob, jakým klient tyto elementy (například kameny/problémy) vnímá, jak je hodnotí a jaký jim připisuje význam.

Dříví se může jevit jako bezvýznamné, může překážet v proudu především tehdy, zasekne-li se mezi kameny, či mezi kamenem a dnem řeky, nebo se naopak může srazit s jinou překážkou v řece a odstranit ji tak z cesty.



**Obrázek 3 – Průřez korytem řeky s jejími základními strukturami (Iwama, 2010)**

**(Na obrázku: *Voda, Stěny a dno řeky, Kameny a Dříví*)**

### **Prostory mezi překážkami (sukima), kudy životní energie stále proudí**

Jedná se o vzniklé prostory mezi kameny, dřevem a korytem řeky. Těmito prostory voda/klientova energie stále proudí, představují skrytý potenciál klienta pro posílení proudu života, odstranění kamenů cesty či prohloubení koryta řeky. Tento potenciál si nese každý člověk v sobě a úkolem ergoterapeuta je pomoci klientovi tyto oblasti identifikovat a

pojmenovat. Volné prostory v proudu řeky představují naději klienta a jedná se o potenciální oblasti pro ergoterapeutickou intervenci.

Koncept a kontextová aplikace Kawa modelu jsou přirozeně vytvořené, flexibilní a adaptabilní. Každá jednotlivá klientova řeka je unikátní a přináší své důležité uspořádání vycházející ze situace klienta v daném čase a prostoru. Definice problémů a okolností jsou široké – stejně široké a rozmanité jako světy významů našich klientů.

## **2.4.4 APLIKACE KAWA MODELU V ERGOTERAPEUTICKÉ PRAXI**

### **2.4.4.1 PŘED APLIKACÍ**

Než ergoterapeut přistoupí k samotné aplikaci Kawa modelu, je zde několik bodů, které je třeba zvážit, či uvědomit si a mít na paměti. Tyto body jsou v zásadě shrnutím nejpodstatnějších sdělení předchozích kapitol z hlediska využití modelu v praxi.

1. Prvním bodem je vyvarovat se univerzalistického pohledu vycházejícího z představy, že principem konceptuálních modelů je jejich univerzální aplikovatelnost. Kawa model stejně jako ostatní dosud existující ergoterapeutické modely je ve své podstatě kulturně vázaný, a nemusí tedy odpovídat potřebám všech. Pokud model a metafora, na které je založen, nejsou v souladu s kulturou klienta či terapeuta, nebo v jejich pojetí nenese žádaný význam, model by měl být modifikován či zcela vyměněn za jiný, v daném nastavení relevantnější model.
2. Chce-li ergoterapeut model efektivně využívat, především pak při práci s klienty z odlišných kultur, měl by si být vědom existence tzv. „kulturních čoček“, to znamená určitého kulturního filtru, kterým prochází veškeré přijímané i produkované informace. To znamená být si vědom vlastní kultury a jejího vlivu na interpretaci reality. Ergoterapeut by měl tuto svou kulturu chápat a vidět způsob, jakým ovlivňuje jeho náhled na život, zaměstnávání a ergoterapii jako takovou. Kompetentní ergoterapeut by měl být schopen nejen ocenit kulturu ztělesněnou klientem, ale také kulturu, kterou má sám v sobě a také tu, která je vložena v současné ergoterapii. Dobrým začátkem je být si vědom existence takových kontextů a být pozorný vůči jejich potenciálnímu vlivu a efektu.
3. Posledním zásadním bodem, který je třeba mít na paměti před aplikací modelu a především v jejím průběhu, je potřeba vyvarovat se projekce vlastních představ o realitě a

„správných“ způsobech jednání na klienty. Klient může pocházet z jiné kultury, vycházet z odlišných kulturních zkušeností a mít zcela odlišné představy o realitě a její chápání. Klient by měl být vždy tím, kdo tvoří svou řeku a určuje její významy.

#### 2.4.4.2 APLIKACE

Základním předpokladem aplikace Kawa modelu je fakt, že neexistuje jedna „správná“ cesta, jak model užívat a aplikovat. „Kawa/řeka je metaforou života a ke „správné“ aplikaci tedy dochází, když je model v souladu s kulturou klienta a je užíván jako efektivní nástroj k osvětlení klientova životního příběhu a situace v určitém místě a čase“ (Iwama, 2006, st. 162), a to i za cenu, že takovéto využití vyžaduje adaptace či úpravy způsobu aplikace modelu oproti jeho původní formě. Konečná podoba Kawa modelu a jeho aplikace je určena individuálními kvalitami klienta a unikátním rámcem ergoterapie.

Jak bylo řečeno výše, Kawa model taktéž není univerzálně aplikovatelným přístupem. Model byl původně vyvinut v podmínkách japonské kultury a v rámci tohoto kontextu existují určité protokoly vzhledem k aplikaci v tomto prostředí. Nicméně ergoterapeuté po celém světě zkoušeli aplikovat model v řadě kulturních a sociálních kontextů a dočkali se mnoha příznivých výsledků a model hodnotí převážně jako užitečný, zejména došlo-li ke zmíněné adaptaci modelu tak, aby odpovídal konkrétním potřebám místní kultury. (Iwama, 2010)

Autor modelu se takovým modifikacím nebrání a naopak povzbuzuje ergoterapeuty k realizaci potřebných úprav modelu, jeho metafory či jeho interpretací, neboť autorovým cílem není vytvoření standardizované metody, ale především přístupu, který je blízký klientům a je schopen přirozeně znázornit jejich životní situaci či příběh. Aby byl model schopen plnit toto náročné poslání, musí však zcela odpovídat a přizpůsobit se každodenní životní zkušenosti klientů.

#### **Kdo kreslí a kdo interpretuje? (Iwama, 2006)**

V duchu holistického a integrativního pohledu na jedince a přírodu ztělesněného Kawa modelem je otázka, kdo ve skutečnosti kreslí řeku považována za druhotnou. Výsledný diagram musí být v každém případě uspokojivým vyjádřením z klientova hlediska a musí z jeho pohledu dávat smysl.

Obvykle řeku kreslí sám klient. V určitých situacích může být terapeut tím, kdo kreslí řeku. Terapeut se bude v tomto případě pokoušet interpretovat klientovo vyprávění a zobrazit jej pomocí diagramu řeky. Tento způsob je často využíván právě v Japonsku a vychází z hierarchického chápání vztahu terapeut – klient. Nicméně, je-li proces realizován klientem, může být sám o sobě taktéž hodnotným bodem pro analýzu. Pozorování při kresbě může zahrnovat otázky jako: Je klient pomalý či metodický ve vytváření obrazu? Vypadá kresba jednoduše, či postrádá jakýkoli detail? či Je kresba naopak plná výrazných detailů?

V některých kulturách je preferován Kawa model ve verbální formě a to prostřednictvím diskuze nad grafickými symboly vycházejícími z metafory řeky. V tomto případě může ergoterapeut spoléhat na verbální analogie elementů řeky nebo jiných metaforických vyjádření se stejným významem. Záznamem takového rozhovoru mohou být například audio nahrávky nebo si ergoterapeut sám může získané údaje zaznamenávat do diagramu řeky.

#### 2.4.4.3 DOPORUČENÝ POSTUP APLIKACE KAWA MODELU

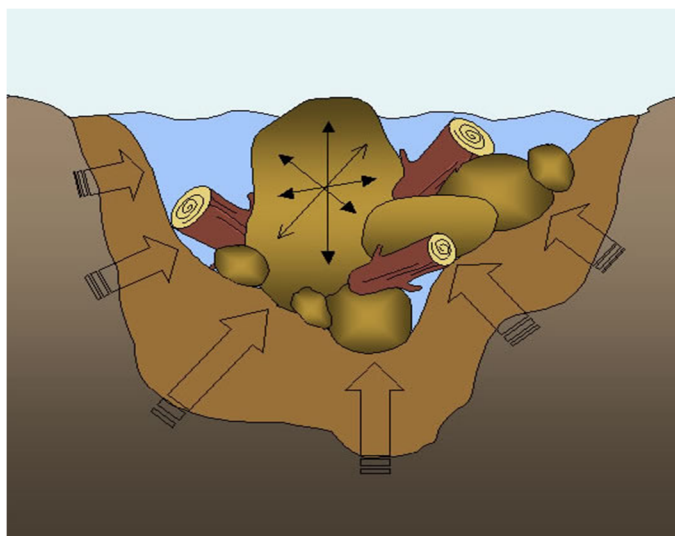
Iwama navrhuje tento postup práce dle Kawa modelu (Iwama, 2006, 2009, Wada, 2011), jedná se však pouze o doporučené obecné kroky aplikace, konkrétní konečnou podobu určuje sám terapeut.

##### **Krok 1 : Kresba řeky**

Dle autora ergoterapeut v tomto kroku vyzve klienta, aby nakreslil obrázek či diagram své řeky, který bude zobrazovat jeho současný stav bytí a životních okolností. Výkon kresby není o přesnosti nebo estetice, přestože může sloužit jako alternativní hodnocení funkčního výkonu, např. dominance, neuropsychologický výkon, kognitivní stav atd. Iwama hovoří o procesu kresby jako o příležitosti k rozvinutí hlubšího dialogu mezi klientem a terapeutem, který umožňuje terapeutovi lepší přehled o klientových životních okolnostech a jejich pochopení. Takovýto rozhovor umožňuje vidět život klienta v širším kontextu, a to prostřednictvím klientova vlastního vyjádření, v jeho vlastních slovech. Například ergoterapeuté pracující s psychicky nemocnými klienty popisují, že model řeky jim umožnil komplexnější vhled do deziluzního světa klienta se schizofrenií. Tato deziluze, ač z vnějšího pohledu nereálná, představuje hlavní faktory konstituující život klienta, které jsou z jeho

pohledu zcela reálné. Kawa model poskytuje ergoterapeutovi privilegium nahlédnout do tohoto klientova světa a pochopit jeho významy pro klienta.

Západní ergoterapeuté, kteří jsou více racionálně orientovaní, mohou preferovat použití model u jednoho klienta nejméně třikrát, a to prostřednictvím kresby tří diagramů řek znázorňujících klientovou minulost, současnost a budoucnost. Tento vzorec použití dle referencí vyhovuje nejlépe uživatelům z řady ergoterapeutů v západním světě. Kawa model je také unikátní ve svých možnostech dlouhodobé aplikaci a kresby řeky slouží také jako záznam pokroku v průběhu času.



**Obrázek 4 – Průřez korytem řeky představující destruktivní vliv nahromaděných struktur v klientově řece (Iwama, 2010)**

## **Krok 2: Vyjasnění kontextů**

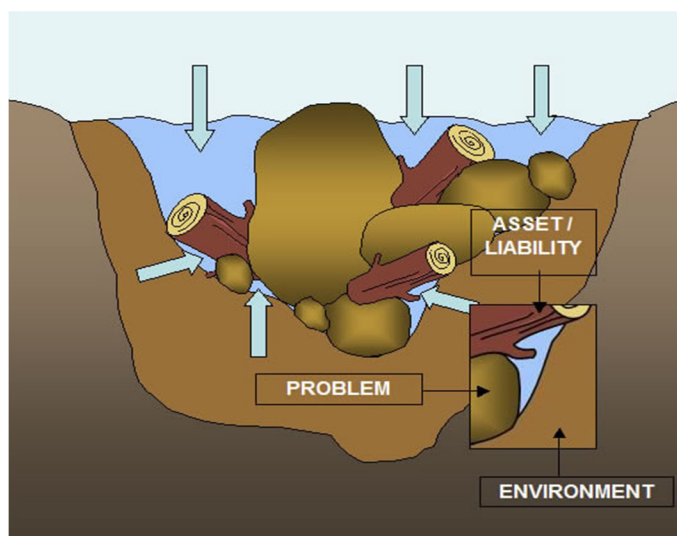
Tato fáze zahrnuje kladení otázek k potvrzení významu jednotlivých komponent, které tvoří klientovu řeku, jejich umístění a vzájemných vztahů. Klient se může rozhodnout na základě rozhovoru pozměnit kresbu, a to změnou množství, tvaru, textury a umístění jednotlivých částí řeky.

Dialog nad kresbou řeky poskytuje příležitost pro rozbor a diskuzi jednotlivých struktur, které jsou prezentovány v Kawa modelu a zobrazeny v řece klienta, a to v termínech vlastních klientovi. Ergoterapeut se dotazuje na jednotlivé komponenty a na jejich význam. Průběžně se také může ptát, zdali v řece ještě něco schází a klient může v průběhu rozhovoru kresbu doplňovat či upravovat. Diskuze může pokračovat bližším prozkoumáním



zobrazených problémů (např. bolest, omezení motorických funkcí, kognitivní deficity) a dotazy na to, jak jsou tyto problémy spojeny se sociálním prostředím (rodina) a fyzickým prostředím (byt, pracovní místo) klienta a jak se vzájemně ovlivňují. Jedním z klíčů k tomuto procesu je umožnit klientovi vyjádřit svou situaci svobodně a využít příležitosti ověřit si či objevit vzájemné vztahy konstelace faktorů, které utváří klientovu denní zkušenost života, a hlouběji je prozkoumat. Prostřednictvím Kawa modelu je možné získat bohaté a komplexní informace o klientovi, vidět je v kontextu jeho každodenních zkušeností a významů v relativně krátkém čase.

Přestože do této chvíle byl kladen důraz na význam Kawa modelu jako formy ergoterapeutického hodnocení, tento dialog může být také sám o sobě terapeutickou aktivitou. Mohou být odkryty nové náhledy na existující životní okolnosti a je přirozeně umožněn rozhovor o možných řešeních. Terapeutický vztah je posílen v souvislosti s prohloubením terapeutova vhledu do klientovy situace a jejího chápání. Toto je začátkem léčebného působení ergoterapie a kvalita vzájemné důvěry a spolupráce vzniklá mezi terapeutem a klientem nastavuje podmínky pro následující terapeutický proces.



**Obrázek 5 – Průřez korytem řeky se zaměřením na význam vzájemného kontextu jednotlivých součástí klientovy řeky (Iwama, 2010)**

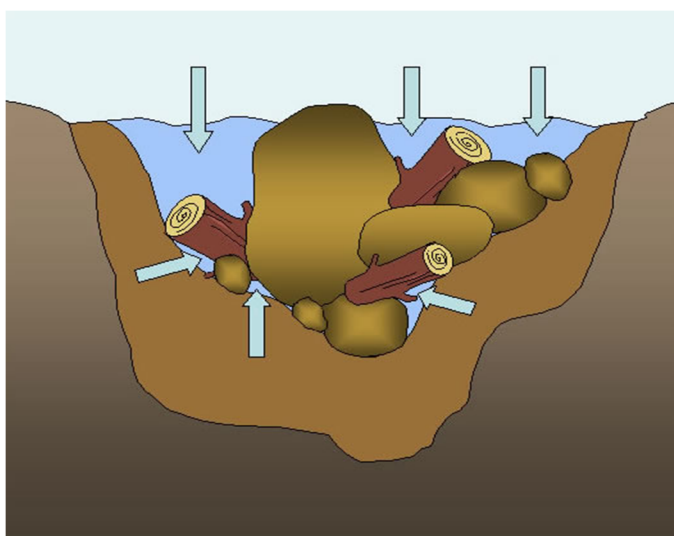
(Na obrázku: *Problém, Osobní přednosti a nedostatky, Prostředí*)

### **Krok 3: Určení prioritních témat dle klientovy perspektivy**

V korytě řeky se nacházejí místa, kudy voda stále volně proudí a která skýtají potenciál pro pozitivní vývoj a změnu. Jinými slovy, mezi identifikovanými problémy,

faktory prostředí a osobním nastavením leží kanály, kudy život jedince stále proudí. Prostory a kanály představují potenciál klienta pro změnu a zlepšení a tím i oblasti pro terapeutickou intervenci.

V rámci tohoto kroku jsou tyto prostory lokalizovány a identifikovány prostřednictvím pokračujícího reflektivního rozhovoru a jsou blíže specifikovány s ohledem na struktury, které je ohraničují. Během tohoto procesu je důležité, aby ergoterapeut s klientem partnersky spolupracovali na určování těchto lokací a následném plánování společně vedených intervencí.



**Obrázek 6 – Průřez korytem řeky s vyznačenými prostory mezi překážkami, které představují potencionální oblasti pro terapeutickou intervenci (Iwama, 2010)**

#### **Krok 4: Určení a posouzení klíčových bodů ergoterapeutické intervence**

Jakmile jsou identifikovány potencionální cíle pro ergoterapeutickou intervenci, klient spolu s terapeutem přechází do fáze rozhovoru, kdy jsou hodnoceny jednotlivé komponenty dle jejich významu pro klienta a určovány prioritní cílové oblasti.

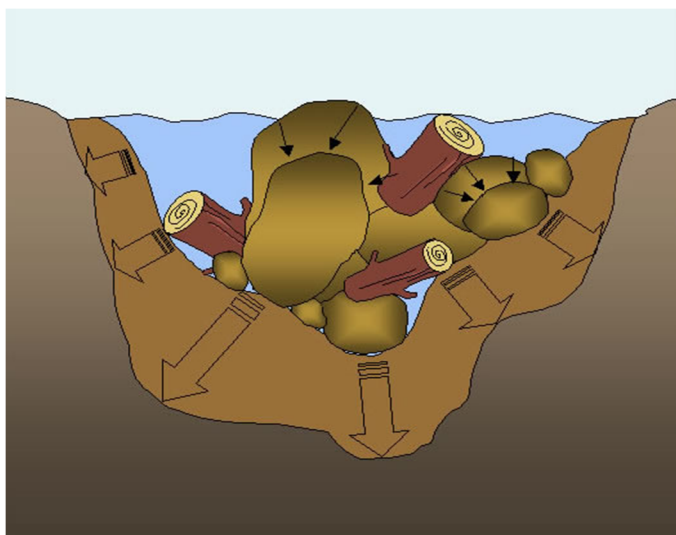
Body intervence jsou oblasti pojmenované klientem - jeho vlastními slovy, jedná se o reálné a smysluplné cíle, jejichž realizace vyžaduje klientovu aktivní participaci.

#### **Krok 5: Intervence**

Postupy intervence vychází z unikátního rámce klientovy řeky a intervence vychází z Kawa modelu, a to především ve smyslu komplexního přístupu.

Základním cílem intervence vyjádřeným prostřednictvím metaforu řeky je nasměrování proudu vody (zachovalých schopností a dovedností klienta) do cílových míst řeky. Prostřednictvím terapie mohou být kameny odtlačeny silou vody z cesty, jejich povrch či povrch koryta mohou být vymlety dlouhodobým působením proudu vody atd.

V závislosti na prioritách intervence klient a ergoterapeut mohou společně pracovat na několika identifikovaných problémech najednou (představovaných různými kanály) a jiné identifikované problémy mohou být delegovány na další odborníky interdisciplinárního týmu, do jejichž kompetence spadají. V souladu s metaforou řeky by měl mít terapeut na paměti, že změna v širším kontextu nikdy nepřichází izolovaně. Pokud nastane změna v kterékoli komponentě řeky, budou zároveň ovlivněny všechny ostatní části celku. Například obnovená schopnost jedince samostatně se obstarat na toaletě může v určitém kontextu zvýšit jeho jistotu a pocit spokojenosti a nepřímo zlepšit jeho schopnosti v ostatních oblastech výkonu a sociálních interakcích.



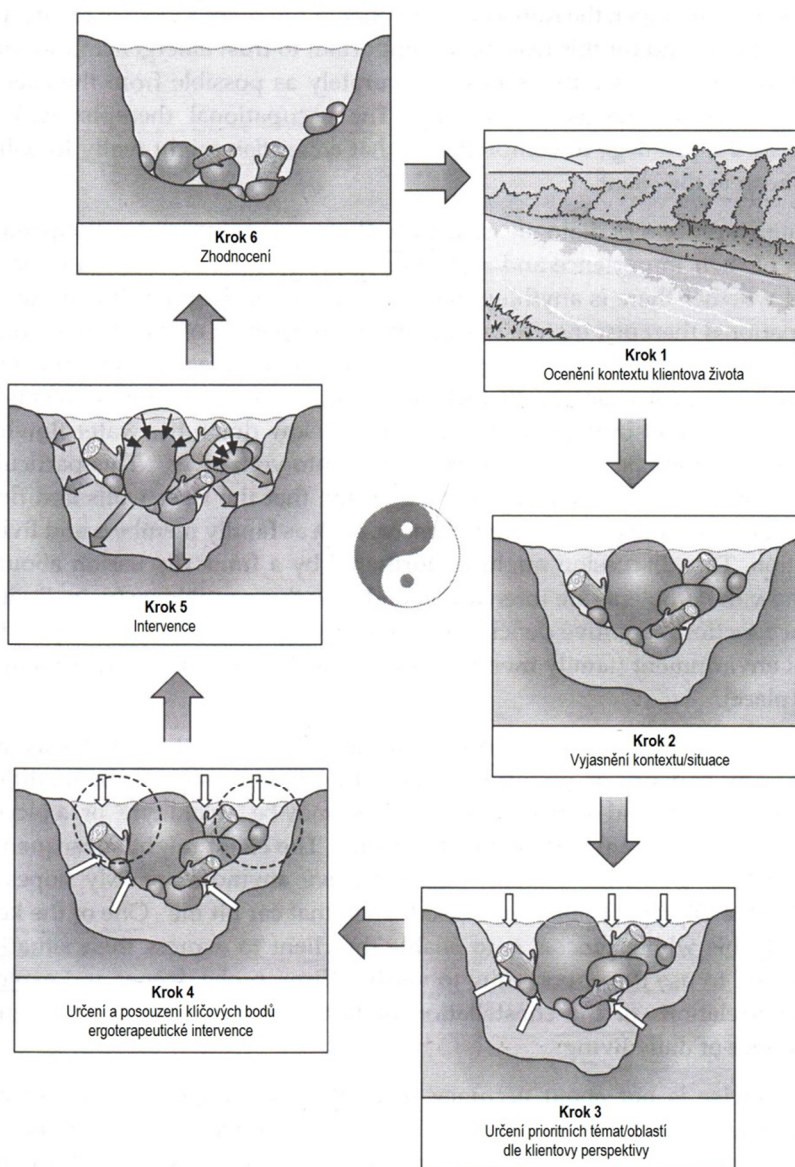
**Obrázek 7 – Průřez korytem řeky představující směry ergoterapeutické intervence, v rámci níž terapeut spolu s klientem partnersky spolupracují na odstranění překážek z proudu a hledání příležitostí v širokém kontextu k posílení klientovy životní energie (Iwama, 2010)**

### **Krok 6: Zhodnocení**

Terapie dle Kawa modelu začíná introspektivním pohledem klienta na svou situaci a stejně také končí. Obvyklá praxe, která většinou srovnává klientův naměřený výkon s nějakým externím kritériem, je v případě Kawa modelu nahrazena hodnocením klientova

výkonu dle jeho vlastních kritérií. Toto může být realizováno prostým srovnáním kreseb a rozboru klientovy řeky v postupu času.

V rámci opakovaného rozhovoru nad kresbami řeky terapeut s klientem porovnávají kresby a sledují, co se změnilo – pozitivně či negativně, tyto změny poté společně analyzují. Opakovaný rozhovor poskytuje příležitost společně určit důvody pokroku či regrese a nastavit další postup a strategie terapie.



**Obrázek 8 – Doporučený postup aplikace Kawa modelu v praxi (Iwama, 2006, st. 165)**

## **Krok 7: Dokumentace**

Kawa model je také jedním z ergoterapeutických rámců, které může ergoterapeut zvolit jako prostředek zaznamenání cílů a plánů terapie a hodnocení ergoterapeutické intervence, která je vedena a zobrazena dle Kawa modelu. V budoucnu může Kawa model sloužit jako jeden z organizačních rámců pro terapeutické záznamy klientova pokroku a rozhodnutí o ergoterapeutické intervenci či ukončení terapií.

### **2.4.5 PŘÍKLAD KAZUISTIKY DLE KAWA MODELU**

Kazuistiku zde uvádím pro konkretizaci výše uvedených postupů a pro lepší představu práce s Kawa modelem. Vycházím z kazuistiky publikované v knize o Kawa modelu (Iwama, 2006, st. 180-184)

Terapeut: Michael Iwama

Klient: 66 let, přistěhovalec z Guatemaly, diagnóza - osteoartróza postihující především lumbální segment páteře a pravou kyčel, na ergoterapii z důvodu potřeby asistence v oblastech ADL (activity of daily living – běžné denní aktivity).

Klient dlouhodobě neodpovídal na probíhající léčbu. Terapeuté popisují, že klient v rámci terapie působil, jako by se ho netýkala, při skupinových terapiích se držel stranou, v rozhovorech za sebe nechával mluvit členy rodiny. Terapeuté se shodli na závěru, že klient je nepřizpůsobivý, o terapii nejeví zájem, a další terapie tedy nemá smysl. Ergoterapeut se rozhodl vyzkoušet Kawa model jako alternativní přístup založený na snaze o pochopení širšího kontextu klientova života. Využil metafory řeky jako rámce pro hlubší pochopení kontextuální povahy klientových obtíží, a to z jeho vlastní perspektivy.

Z rozhovoru na základě Kawa modelu vyplynulo, že klient byl součástí malé, soudružné etnické komunity imigrantů z Guatemaly. S faktem, že byl klient přistěhovalec, souvisely mnohé z jeho obtíží. On i jeho rodina byli úzce navázáni na svou komunitu a jejich prioritou bylo, aby jí nezpůsobovali obtíže či ostudu. Ergoterapeut dále zjistil, že více než bolesti zad, dělala klientovi starosti jeho rodinná a sociální situace. Syn klienta měl problémy s pracovním povolením, a klient tak trpěl neustálými obavami z deportace. Klient cítil velkou povinnost vůči své rodině a měl obavy, že v důsledku svých bolestí nebude schopen dostatečně zastávat svou roli v rámci rodiny. Model ukázal, že klient trpí pocity méněcennosti

vzhledem k výkonu zaměstnávání souvisejícího s jeho rolí otce a dědečka (péče o vnoučata, pomoc v domácnosti) a že se cítí neužitečný v rámci rodiny a komunity. Klient se cítil doslova jako břemeno své rodiny. Řeka také ukázala pocit ztráty jistoty ve svých schopnostech a také velký vliv nedávného úmrtí manželky, ke které stále promlouval a která mu velice scházela.

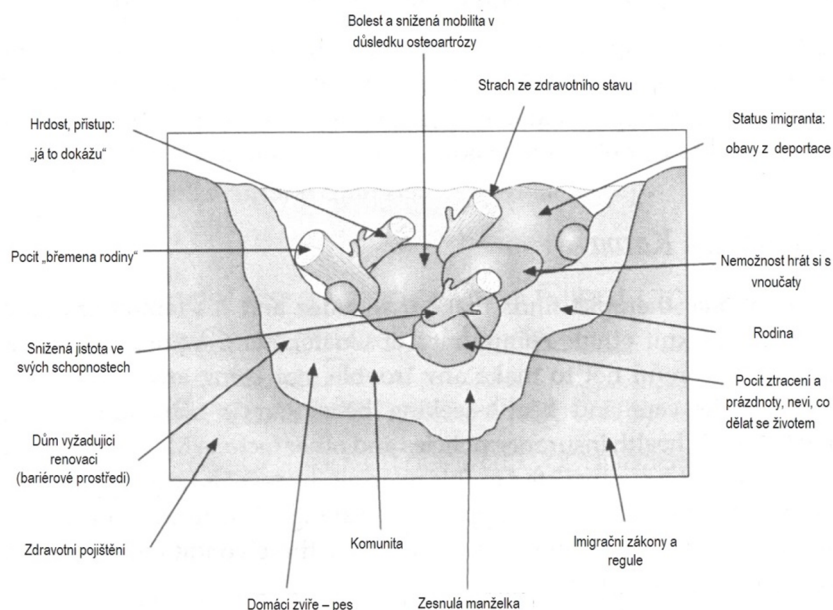
V rámci rozhovoru dle Kawa modelu a kresby řeky terapeut s klientem probral jeho situaci v minulosti, současnosti i budoucnosti a došlo k prohloubení důvěry a terapeutického vztahu. Klientův proud se ukázal jako slabý, a to vlivem mnoha faktorů – fyzických, sociálních, politických, lékařských a finančních, které byly vzájemně propojeny.

Mohlo by se zdát, že problémy jako strach z deportace či absence zdravotního pojištění, které jsou politického a socio-ekonomického charakteru, nejsou náplní ergoterapie. Nicméně z holistického pohledu, ze kterého Kawa model vychází, je zaměstnávání neoddělitelně spjata se vším, co významně ovlivňuje život jedince. Z tohoto hlediska se všechny faktory, které mají vliv na formu, funkci či význam zaměstnávání stávají zájmem ergoterapie. Vlastní intervence pak může zahrnovat nebo být vedena pracovníky dalších odborností, ale ergoterapeut monitoruje vztahy mezi těmito faktory a klientovým zaměstnáváním.

V tomto případě musela být intervence zaměřena mnohostranně a zahrnovat řadu jednotlivých intervencí. Například dno a stěny řeky mohou být zacíleny prostřednictvím diskuze se členy rodiny směřující k facilitaci porozumění klientovi a možností poskytnout mu větší podporu. Z hlediska ovlivnění prostředí klienta terapeutický plán zahrnoval také úpravy domácího prostředí s cílem poskytnout klientovi větší jistotu a bezpečnost a tím zvýšit jeho schopnosti a samostatnost. V rámci multidisciplinární spolupráce byl klient dále odkázán na psychologa se zaměřením na řešení delikátních záležitostí klientova duševního stavu. Dalším cílem ve spolupráci se sociálním pracovníkem bylo pomoci klientovi a jeho rodině zajistit advokáta, který by fungoval jako právní zástupce v otázce imigrace.

Grafické znázornění klientovy řeky představuje obrázek 8.

Formální záznam tohoto vyšetření, jak jej prezentuje Iwama ve své publikaci, uvádím v následující tabulce 1. Tabulka obsahuje výčet jednotlivých struktur i stručný přehled jejich významů v rámci klientovy řeky a navržené cíle a plány intervence v jednotlivých oblastech.



**Obrázek 9 – Průřez korytem klientovy řeky představující důležité oblasti života ve spojitosti s jeho zaměstnáváním (Iwama, 2006, st. 182)**

**Tabulka 2 – Seznam oblastí klienta života kategorizovaných dle Kawa modelu (Iwama, 2006, st. 183 – 184)**

| Koncept                 | Témata na klienta zaměřené praxe   | Ergoterapeutická intervence  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Kameny</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolest a snížená mobilita způsobené osteoartrózou</li> <li>- Status imigranta: možnost deportace</li> <li>- Nemožnost hrát si s vnoučaty</li> <li>- Neschopnost naplňovat své povinnosti vůči rodině</li> <li>- Pocit ztracení a prázdnoty, neví, co dělat se životem</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Začít navštěvovat skupinu pro pacienty s artritidou. Cvičení na zlepšení motoriky</li> <li>- Edukace v oblasti technik ochrany kloubů.</li> <li>- Konzultace se sociálním pracovníkem pro klienta a jeho rodinu ohledně imigrace</li> <li>- Vyhledat možné aktivity, které by klient mohl vykonávat se svými vnoučaty</li> <li>- Koordinovat činnost s ostatními členy týmu (ošetřovateli, psychologem, sociálním pracovníkem atd.). Uspořádat setkání s rodinou klienta s cílem prodiskutovat jeho role v rámci rodiny a nalézt způsoby pro klienta, jak tyto role naplňovat navzdory jeho disabilitě</li> </ul> |
| <b>Stěny a dno řeky</b> | <p>Mikro úroveň:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodina</li> <li>- Dům – schody bez zábradlí</li> <li>- Zesnulá manželka</li> <li>- Komunita</li> <li>- Domácí zvíře – pes</li> </ul> <p>Makro úroveň:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zdravotní pojištění</li> <li>- Imigrační zákony a regule</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uznat hluboký význam klientovy ztráty životního partnera a ocenit jeho pokračující vnitřní vztah s manželkou jako legitimní a smysluplné zaměstnání</li> <li>- Prozkoumat způsoby, jak zapojit klienta do záležitostí jeho komunity a zajistit případnou nutnou podporu.</li> <li>- Umožnit klientovo zaměstnávání spojené s péčí o psa</li> <li>- Vykonat domácí návštěvu s cílem vytvořit z domu klienta přístupné a bezpečné prostředí</li> <li>- Odkázat klienta na sociálního pracovníka k prozkoumání jeho zdravotního pojištění a</li> </ul>   |

| Koncept      | Témata na klienta zaměřené praxe   | Ergoterapeutická intervence  |
|--------------|--|--|
|              |  | získání informací ohledně imigrace   |
| <b>Dříví</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strach ze zdravotního stavu</li> <li>- Hrdost, přístup „já to dokážu“</li> <li>- Pocit „břemena rodiny“</li> <li>- Snížená jistota ve svých schopnostech</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zajistit relevantní informace a materiály ve španělštině ohledně zdravotního stavu</li> <li>- Koordinovat činnost s psychologem nebo sociálním pracovníkem se zacílením na pocity viny a obav</li> <li>- Využívat stupňované aktivity k zajištění zpětné vazby pokroku pro klienta</li> </ul> |
| <b>Voda</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voda nadále proudí kolem klientovy osteoartritidy, funkčních následků, dřeva a jeho sociálního a fyzického prostředí, a to skrze mezery ohraničené strukturami a komponenty klientovy řeky</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximálně využívat klientovy současné zachované schopnosti a poskytnout podporu</li> <li>- Povzbuzovat klienta a zajistit pozitivní zpětnou vazbu se zapojením ostatních členů týmu do podpůrné sítě</li> </ul>   |



## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 METODOLOGIE

Při realizaci praktické části práce jsem vycházela ze stanoveného cíle - na základě teoretických podkladů modelu, obsažených v teoretické části, vyzkoušet aplikaci metody Kawa modelu v české ergoterapeutické praxi. Cílem této aplikace bylo prozkoumat možnosti využití modelu u českých klientů. V jejím průběhu jsem se zaměřila především na reakce klientů na tuto netradiční metodu a práci s Kawa modelem z mého pohledu ergoterapeuta. Vycházela jsem zde ze základní otázky mé bakalářské práce, která zní: Jaké jsou možnosti a omezení pro využití Kawa modelu v ergoterapii u klientů v ČR?

Praktickou část práce jsem realizovala v rámci své praxe na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze na Albertově probíhající v době od února do března 2013.

V praktické části své práce jsem použila metodu kvalitativního výzkumu (Disman, 2002, Miovský, 2006) s využitím kazuistik a jejich následnou analýzou. Tato metoda byla nejvhodnější volbou pro první vyzkoušení aplikace modelu, který není v současné české ergoterapeutické praxi zatím využíván ani obsažen. Využití kazuistik umožnilo podrobné zmapování možností, výhod a limitů modelu na základě rozboru konkrétních případových studií.

Před samotnými rozhovory jsem si sestavila seznam otázek a technik využitelných v rámci vedení profesionálního rozhovoru. Vycházela jsem ze základních psychoterapeutických technik a postupů (Vodáčková, 2012) a inspirovala jsem se také prvky systemické psychoterapie (Bobek, 2008). Dále jsem si připravila předběžnou strukturu setkání s klientem a na jejím základě jsem si definovala postup rozhovoru a návaznost jeho jednotlivých fází. V průběhu rozhovoru jsem pak využívala předem připravené kartičky znázorňující jednotlivé koncepty metafory, které pomohly klientům vytvořit si představu, jak může řeka vypadat, důležitou pro přistoupení k realizaci samotné kresby, tyto kartičky přikládám v příloze 4. Klienti pak kreslili na prázdný arch papíru a další list jsem využívala na poznámky. Tyto pomocné materiály, které mohou usnadnit vedení rozhovoru, uvádím v příloze 3.

Proces sběru dat probíhal formou semistrukturovaných rozhovorů (Miovský, 2006) s několika klienty se získaným poškozením mozku, klienty Kliniky rehabilitačního lékařství na

Albertově. Tuto cílovou skupinu klientů jsem pro účely své práce zvolila, protože poškození mozku je jednou z diagnóz, která výjimečně zanechává pouze izolované deficity, a jeho následky často zasahují do mnoha oblastí života a mají delší trvání. Z tohoto důvodu je tato cílová skupina vhodným testovacím polem pro metodu Kawa modelu, který mapuje životní situaci klienta komplexně a jako celek, a je tedy schopen postihnout i oblasti, které by mohly běžnému vyšetření uniknout. Bližší charakteristiku této cílové skupiny uvádím v příloze 2.

Mým původním záměrem bylo vyzkoušet metodu Kawa modelu s jedním či dvěma klienty. Tento jsem však v průběhu aplikace pozměnila s ohledem na pozitivní ohlas modelu a zajímavé výsledky prvního rozhovoru. Ve výsledku jsem tedy uskutečnila čtyři rozhovory se čtyřmi velice rozdílnými klienty (z hlediska pohlaví, věku, stupně i stadia postižení) s cílem vytvoření komplexnějšího obrazu o aplikaci modelu v praxi.

Klienti pro účely kazuistik byli vybráni metodou příležitostného výběru (Mioviský, 2006), kritériem byla pak pouze jistá úroveň kognitivních a fatických funkcí klientů z důvodu vysokých nároků modelu na schopnost porozumění a abstraktního myšlení. Rozhovory byly vedeny metodou Kawa modelu a v jejich rámci jsem využívala metafory řeky ke znázornění života klientů, zjištění jejich problémových oblastí a skrytého potenciálu. Rozhovory trvaly mezi 60 a 80 minutami. V jejich průběhu byli klienti nejprve stručně seznámeni s modelem a poté jim byla podrobně vysvětlena metafora řeky a jednotlivé její koncepty. Koncepty byly klientům představeny, jak slovní formou včetně uvedení příkladů, tak formou vizuální pomoci připravených kartiček s popisem jednotlivých struktur modelu. Následovala samotná kresba řeky, kdy klienti pod slovním vedením zobrazovali jednotlivé struktury do své řeky. Tyto byly průběžně rozebírány a diskutovány – klienti pod terapeutickým vedením popisovali jejich významy s ohledem na konkrétní podobu a umístění, hodnotili je a hledali případné kapacity pro změnu či ovlivnění současného stavu. Výsledkem setkání byla ucelená kresba řeky doplněná o poznámky terapeuta vedené na základě doprovodného rozhovoru.

Výsledky praktické části tvoří kazuistiky čtyř klientů, které obsahují kresby klientů, jejich přehledné znázornění formou tabulek, podrobnou analýzu jednotlivých struktur vycházející z rozboru řek, zpětnou vazbu klienta a mé vlastní zhodnocení průběhu rozhovoru.

Cílem praktické části je přiblížit na uvedených příkladech konkrétní možnou podobu aplikace modelu, výhody a limity, které s sebou přináší, a jeho subjektivní hodnocení z

pohledu klienta a ergoterapeuta. To vše s cílem facilitovat případnou aplikaci teoretických poznatků o Kawa modelu do ergoterapeutické praxe v České republice.

## **3.2 KAZUISTIKY**

V následující části uvádím kazuistiky čtyř klientů, s nimiž jsem v rámci rozhovoru využila metodu Kawa modelu. Jako základní formu zpracování kazuistik na základě Kawa modelu jsem zvolila podobu tabulek, které přinášejí řeky klientů v přehledné formě. Tato forma by dle mého názoru byla v budoucnu využitelná při aplikaci modelu v praxi a spolu s vlastní kresbou a základní anamnézou klientů by mohla být ve vybraných případech součástí dokumentace vedle standardního ergoterapeutického vyšetření.

V rámci své práce jsem tuto formu doplnila také o podrobnou analýzu jednotlivých struktur vycházející z rozboru řek a rozhovoru nad nimi, o zpětnou vazbu klienta na základě jeho zhodnocení své osobní zkušenosti s modelem a dále o mé vlastní zhodnocení průběhu rozhovoru a práce s modelem u konkrétního klienta z pohledu ergoterapeuta. Tento slovní rozbor zde slouží především pro vytvoření lepší představy čtenáře o průběhu rozhovoru a práci s Kawa modelem jako takové.

Slovní analýzu a podrobné zhodnocení rozhovoru přináším v této kapitole pouze u první z kazuistik, která představuje reprezentativní příklad využití modelu. Ostatní kazuistiky zde v praktické části uvádím pouze ve formě tabulek, jak by tomu bylo při využití modelu v praxi, jejich podrobný rozbor, který je již spíše zajímavým doplněním těchto tabulek a zároveň ukázkou pestrosti možných výsledků, je k nahlédnutí v příloze 3.

### 3.2.1 KAZUISTIKA Č. 1

**Klientka:** R. D.

**Datum narození:** 13. 9. 1964

**Diagnóza:** Stav po hemoragické CMP (cévní mozková příhoda) (11/2006)

**Anamnéza:** Klientka, 48 let, žije s manželem, mladším synem a psem. Vystudovala gymnázium a dříve pracovala v rodinné firmě, nyní je v invalidním důchodu. Na ergoterapii z důvodu výrazné poruchy citlivosti, koordinace a ataxie postihující horní končetiny (především pravou horní končetinu) a narušující také mobilitu klientky.

**ŘEKA:**



**Obrázek 10 – Řeka klientky R. D.**

(Na obrázku: *Koryto: rodina, terapeuti, kamarádky, starší syn, Kameny: N = nemoc, V = vzhled, M = mluva, R = pravá horní končetina, Dříví: L(2krát) = „lidé, co mi pomáhají“, K = kreativita*)

**Voda:**

V současnosti svůj proud vnímá již jako poměrně klidný, cítí vyrovnanost se svou situací. Při pohledu do minulosti uvádí výrazné oslabení proudu.

### **Koryto:**

Koryto řeky klientky je poměrně hluboké i široké a poskytuje dostatek prostoru proudící vodě. Pravá stěna koryta je hladká a nezasahující do proudu – tato část představuje důležité sociální vazby v životě klientky, které považuje za jeden z nejdůležitějších posilujících faktorů svého života. Jedná se především o rodinu, tedy manžela a mladšího syna, kteří poskytují klientce jak fyzickou, tak psychickou podporu, a příbuzné ze strany své sestry, kteří jí jsou především psychickou oporou. Klientka dále uvádí důležitost terapeutů, se kterými je v úzkém kontaktu po dobu dvou let od vzniku jejího postižení a kteří jí poskytují významnou terapeutickou, ale i osobní podporu. Dále jsou pro ni důležité kamarádky, které ji pravidelně navštěvují. Uprostřed dna koryta klientčiny řeky se nachází výrazný výběžek, který představuje komplikovaný vztah se starším synem, který se s rodinou dlouhodobě nestýká, a to z klientce neznámých důvodů, jeho odchodu však předcházely dlouhodobé spory.

S klientkou byl dále konzultován vliv fyzických bariér v jejím životě na vozíku, tyto však nepovažuje za natolik významné, aby se staly součástí její řeky. Zmiňuje, že dům i chatu má zařízené bezbariérově a při pohybu v exteriéru by se neobešla bez auta (řídí manžel).

### **Kameny:**

Kameny jsou v řece umístěny v levé části kanálu, kde je také koryto užší. Z prostorového hlediska je to místo, kam nedosáhne podpora blízkých, a problémy tak přetrvávají v jinak již poměrně silném a vyrovnaném proudu. Největší kámen představuje nemoc jako celek a veškeré následky, které přinesla – tedy způsob, jakým od základů změnila život klientky. Kámen je velký a obklopuje celou levou stěnu koryta. Při dotazu na srovnání se stavem v minulosti však klientka udává, že v symbolické velikosti tohoto kamene probíhá neustálý vývoj – v minulosti byl kámen mnohonásobně větší a v současnosti, ač pomaleji, se stále mění a zmenšuje. Menší přidružené kameny pak značí dílčí součásti nemoci, které klientku nejvíce trápí a psychicky či fyzicky omezují. Tyto kameny představují vzhled tváře ovlivněný parézou obličejového nervu, mluvu, která je taktéž narušena v důsledku parézy v obličejí, a postižení pravé horní končetiny, která je motoricky omezena výraznou spasticitou a ataxií.

### **Dříví:**

Klientka zaznamenala ve své řece několik dřev. Klientka zde opět uvádí především všechny blízké lidi, kteří jí pomáhají. Další dřeva představují vlastnosti klientky, které na sobě vnímá jako pozitivní a posilující. Jsou to kreativnost, která jí dodává energii a je zdrojem potěšení, a

schopnost empatie a pochopení druhých, kterou na sobě oceňuje. Čtvrté dřevo je zaklíněné mezi dvěma kameny (kamenem mluvy a vzhledu), toto dřevo znázorňuje, jak se na klientku dívají cizí lidé. Od mozkové příhody vnímá klientka tento faktor velice negativně – kvůli změněnému vzhledu tváře a změněné řeči má klientka pocit, že ji neznámí lidé považují za „nesvéprávnou“ a „postiženou“.

### **Prostory pro terapii:**

S klientkou jsme konzultovaly jednotlivé kameny a možnosti jejich ovlivnění. Z hlediska největšího kamene představujícího nemoc klientka popisuje neustálý vývoj – kámen je stále menší, ač s postupující dobou od příhody se pokrok přirozeně zpomaluje. V tomto směru jí nejvíce pomohli a pomáhají terapeuté (fyzio, ergo, aktivizační pracovníci) a klientka hodlá dále pokračovat v ambulantní terapii a v současnosti svůj čas a síly velkou měrou věnuje volnočasovým aktivitám, především kreativního charakteru, které ji velice baví. Navštěvuje pravidelně dílny tvořivosti, kde zkouší různé techniky kreativních činností a v tvořivých aktivitách pokračuje i doma – chystá se například vyzkoušet malbu olejovými barvami. Společně jsme konzultovaly další možnosti rozvoje v této oblasti a klientka projevila zájem o vyzkoušení práce na malířském stojanu a techniky navlékání korálek. Dále by klientka ráda rozvíjela schopnosti práce na počítači. V současnosti to zkouší doma a v dílnách, ale chtěla by se naučit nové dovednosti (například poslat email s přílohou atd.). Za účelem zlepšení řeči klientka dlouhodobě pravidelně navštěvuje logopedii. V tomto směru však pociťuje stagnaci, přestože pozoruje od doby vzniku postižení velký rozdíl. Oblast vzhledu v současnosti řeší s ošetřujícím lékařem, v nedávné době podstoupila plastiku horního víčka, s jejímž výsledkem je spokojena, ráda by v budoucnu absolvovala také operaci spodních víček, ale vzhledem k náročnosti zákroku vyžadujícího narkózu je tato operace zatím v řešení - lékař klientky má obavy z narkózy, protože klientka trpí těžkou epilepsií. V tomto ohledu jsem klientku odkázala na další konzultace s lékařem. Problém motoriky pravé horní končetiny je dlouhodobě řešen v rámci ergoterapie a fyzioterapie, klientka cítí pomalý, ale průběžný pozitivní vývoj. Klientka udává, že je především ráda, jak se od příhody za pomoci terapeutů zlepšila hybnost levé horní končetiny, která jí v současnosti umožňuje plnou soběstačnost. Jejím cílem v tomto směru je především moci si přidršet věci pravou rukou, konkrétně by byla ráda schopná přidršet si papír, aby mohla lépe tvořit. Komplikovaný vztah se starším synem, který je v řece znázorněn jako výběžek říčního dna, klientka v současnosti nepovažuje již za tolik zatěžující - hodně jí v tomto ohledu pomohla konzultace s psychologem, kterou

absolvovala s manželem a díky které se s těžkou situací vyrovnala a dokázala ulevit od pocitu viny.

### **Závěr:**

Klientčina řeka obsahuje několik kamenů a dalších problematických životních záležitostí v podobě zaklíněného dřeva či hrbolatého dna, ale všechny zmíněné oblasti jsou již řešeny, ať už konkrétně v rámci ambulantně navštěvovaných terapií, či obecně aktivním přístupem klientky k životu. Klientka se pravidelně věnuje mnoha volnočasovým aktivitám a má zájem o další, ráda poznává nové věci a učí se novým dovednostem. Tyto vlastnosti napomáhají vést klientce plný život i přes výrazná fyzická omezení. Zajímavým zjištěním v rámci rozhovoru bylo například klientčino zhodnocení, že upoutání na vozík by v pořadí problémů postavila až na třetí místo – za postižení obličeje a horní končetiny, v nákresu se pak porušení mobility neobjevilo vůbec. Důvodem tohoto přístupu je dle mého názoru fakt, že pohyb na vozíku klientce nebrání ve vykonávání aktivit natolik jako právě postižení horní končetiny, či pocity, které v ní vyvolává narušení jejího vzhledu. Klientčino odhodlání a aktivita ve spojení s terapeutickým působením jí poskytuje velký potenciál k pokračujícímu zlepšování stavu.

### **Zpětná vazba klientky:**

Klientka hodnotí model jako velice zajímavý. Svou zkušenost popisuje takto: „Vede to k zamyšlení, člověk vymyslí věci, na které by normálně nepřišel“. Projevuje názor, že by považovala za užitečné, aby se takováto metoda využívala v ergoterapeutické praxi, protože má pocit, že lidé mohou touto formou o sobě říci více než při zodpovídání cílených otázek, jak je tomu u běžných forem vyšetření. Svou osobní zkušenost s modelem považuje za užitečnou, protože si tímto způsobem „mohla uvědomit, co jí v životě hodně vadí a tíží a jestli se s tím dá něco dělat, a co má naopak velkou cenu“.

### **Hodnocení rozhovoru:**

S klientkou se mi v rámci rozhovoru velice dobře spolupracovalo, na metodu Kawa modelu reagovala velmi pozitivně, metaforu rychle pochopila a osvojila si významy jednotlivých struktur. Využití této „kreativní“ formy vyšetření ji zajímalo a bavilo, o svém životě vyprávěla ráda a v průběhu rozboru kresby jsme narazily na mnoho podnětných námětů pro další náplň terapie. Z terapeutického hlediska pocítuji, že jsem se během rozhovoru o klientce skutečně mnoho dozvěděla, metaforické vyjádření poskytlo prostor přirozeně a bezpečně se

dotknout i některých oblastí, které jsou pro klientku citlivými tématy a které neprobírá ani s terapeutu, se kterými se dlouhodobě vídá a má k nim blízký vztah. Z tohoto hlediska považují klientčinu řeku a rozhovor nad ní za velice cenný zdroj informací získaných za krátký čas, které mi pomohly utvořit si ucelenou představu o klientčině životě, na jejímž základě by bylo možné dobře postavit terapeutické cíle. Zároveň tento obsáhlý a poměrně hluboký rozhovor úspěšně položil základy terapeutickému vztahu a umožnil přirozené sblížení se s klientkou (s klientkou jsem v den vyšetření pracovala poprvé).

**Tabulka 3 - Kawa model klientky R. D.**

| Koncept       | Význam v řece  | Terapeutická intervence  |
|---------------|--|--|
| <b>Voda</b>   | V současnosti vnímá svůj proud jako klidný a postupně silící, stále však musí překonávat překážky nahromaděné v korytě řeky  | Využít aktivního přístupu klientky ve spojení s terapeutickým působením k dalšímu posilování jejího životního proudu a odstraňování přetrvávajících překážek   |
| <b>Koryto</b> | Hluboké a široké, dostatečně prostorné<br>Pravá stěna je hladká – blízcí, kteří jsou velkou oporou:<br>- Rodina (manžel a mladší syn, rodina sestry)<br>- Terapeuti<br>- Kamarádky<br>Výběžek na dně řeky:<br>- Komplikovaný vztah se starším synem (nestýká se s rodinou)   | - Otázka komplikovaného vztahu se starším synem byla řešena s psychologem, klientka cítí úlevu a v současné době je se situací vyrovnaná, již si ji nevyčítá   |
| <b>Kameny</b> | - Nemoc jako celek (změny života, které s sebou přinesla)<br>- Narušený vzhled obličeje (klientka již podstoupila plastickou operaci horního víčka, měla by zájem i operaci spodního víčka, problém s narkózou z důvodu epilepsie)<br>- Postižení mluvy (v důsledku parézy obličejového nervu) – klientka pociťuje stagnaci<br>- Postižení pravé horní končetiny | - Systematické zlepšování motorických schopností a mobility v rámci fyzioterapie a ergoterapie<br>- Trénink motoriky pravé horní končetiny se zaměřením na přidržovací schopnost jako pomocné končetiny v rámci ergoterapie<br>- Trénink dovedností potřebných v rámci volnočasových aktivit, které klientka vykonává/chce vykonávat v rámci ergoterapie a dílen tvořivosti<br>- Společné hledání a zkoušení nových aktivit v rámci ergoterapie a dílen tvořivosti (malba olejovými barvami, práce na malířském stojanu, vyrábění z korálků, práce na PC)<br>- Trénink řeči v rámci logopedie<br>- Konzultace s lékařem ohledně plastické operace spodních víček |
| <b>Dříví</b>  | - Opora blízkých lidí<br>- Kreativnost<br>- Schopnost empatie a porozumění druhým<br>- Pocit, že se na ni cizí lidé dívají jako na „postiženou“, „nesvéprávnou“  | - Terapeuticky využít kreativního založení klientky (trénink motoriky, pozitivní motivace atd. v rámci kreativních činností)<br>- Zvážit další konzultaci s psychologem se zaměřením na sebehodnocení  |



### 3.2.2 KAZUISTIKA Č. 2

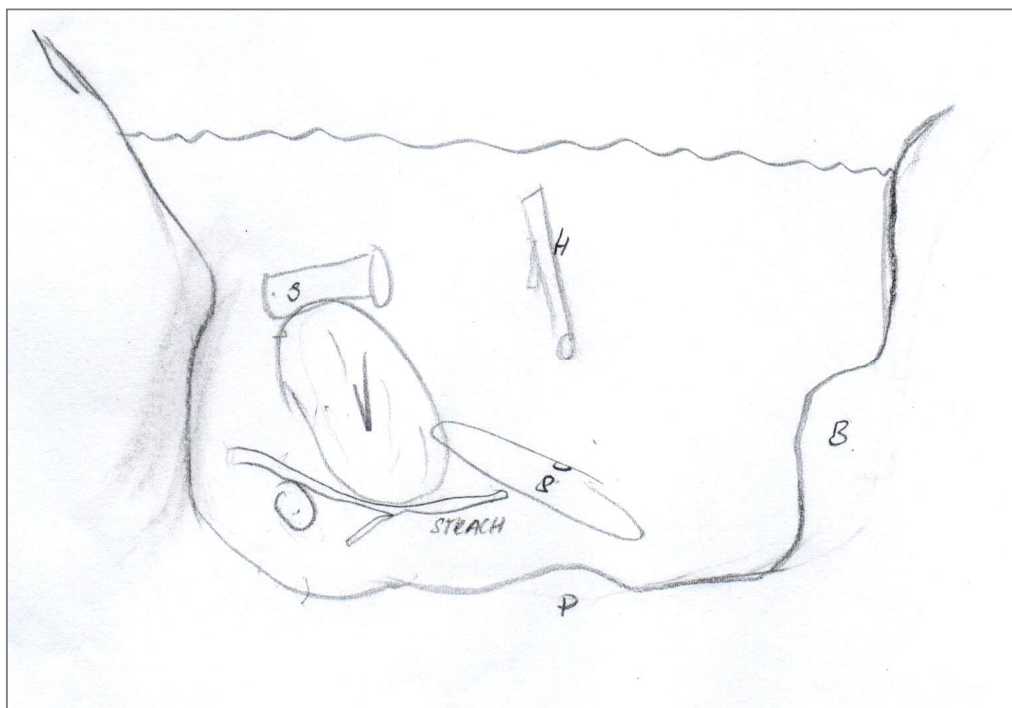
**Klientka:** K. A.

**Datum narození:** 10. 7. 1988

**Diagnóza:** pád koně na klientku (26. 2. 2012) - hypoxie a difúzní axonální poranění

**Anamnéza:** Klientka, 24 let, žije s rodiči a několika domácími zvířaty. Před nehodou započala čtvrtý ročník studia na lékařské fakultě, po úrazu školu přerušila, nyní má individuální plán a ráda by se do školy vrátila. Na ergoterapii z důvodu obtíží v oblasti kognitivních funkcí – zhoršená pozornost a paměť, zvýšená únavnost – a lehké poruchy koordinace a jemné motoriky horních končetin.

**ŘEKA:**



Obrázek 11 – Řeka klientky A. K.

(Na obrázku: Koryto: B = babička, P = bývalý přítel, Kameny: V = snížená výdrž, Š = škola, malý kámen = změna sociálního citění, Dříví: zaklíněné dřevo = strach, H = houževnatost)

**Tabulka 4 – Kawa model klientky A. K.**

| Koncept       | Význam v řece   | Terapeutická intervence  |
|---------------|---|--|
| <b>Voda</b>   | Klientčin proud života je poměrně široký a silný, voda má přes veškeré překážky dost prostoru proudit. Od úrazu je však proud neklidný a prochází neustálými výkyvy a změnami   | Nadále posilovat proud prostřednictvím terapeutického působení především na kognitivní schopnosti klientky<br><br>Pozitivně působit, motivovat klientku také k odpočinku   |
| <b>Koryto</b> | Koryto je široké a poskytuje klientce důležitou oporu:<br>- Rodina (hlavně matka)<br>- Nejlepší kamarádka<br>- Škola – medicína (motivace)<br><br>Několik výběžků na stěnách a na dně řeky:<br>- Babička (její přístup ke klientčině situaci)<br>- Bývalý přítel (komplikovaný vztah) | - Prohovořit s klientkou možnou konzultací s psychologem v případě, že by ji zmíněné komplikované vztahy výrazně zatežovaly  |
| <b>Kameny</b> | - Snížená výdrž (především v oblasti kognice – soustředění)<br>- Škola (nutnost přerušit školu, obavy z nemožnosti návratu)<br>- Změna sociálního citění (menší zábrany atd.)   | - Systematicky pracovat na zvyšování výdrže klientky – fyzické v rámci fyzioterapie a volnočasových aktivit, kognitivní – v rámci ergoterapie a speciální pedagogiky<br>- Cíleně pracovat na návratu do školy (domácí práce na témata z oblasti studia, nácvik soustředění a paměti atd.) v rámci ergoterapie a speciální pedagogiky<br>- Poskytovat potřebnou podporu pro úspěšné absolvování volitelného předmětu, na který v současnosti dochází<br>- Otázku změněného sociálního citění klientka řeší s rodinou a také užívá příslušnou medikaci |
| <b>Dříví</b>  | - Houževnatost (velmi pomáhá, ale vychází z vyhlídky, že bude vše jako dřív)<br>- Snížené sebevědomí (již dřív, ale prohloubeno v souvislosti s následky úrazu)<br>- Strach (z aktivit, které dřív vykonávala, z budoucnosti ve vztahu ke škole)                                      | - Podporovat klientčino přirozené odhodlání a poskytovat pozitivní zpětnou vazbu, zároveň však motivovat k odpočinku a nepřetěžování<br>- Hovořit s klientkou, poskytovat prostor k ventilaci svých obav a pocitů<br>- Zvážit konzultaci s psychologem se zaměřením na sebehodnocení a obavy<br>- Zkoušet aktivity, ze kterých má klientka obavy v rámci ergoterapie   |

### 3.2.3 KAZUISTIKA Č. 3

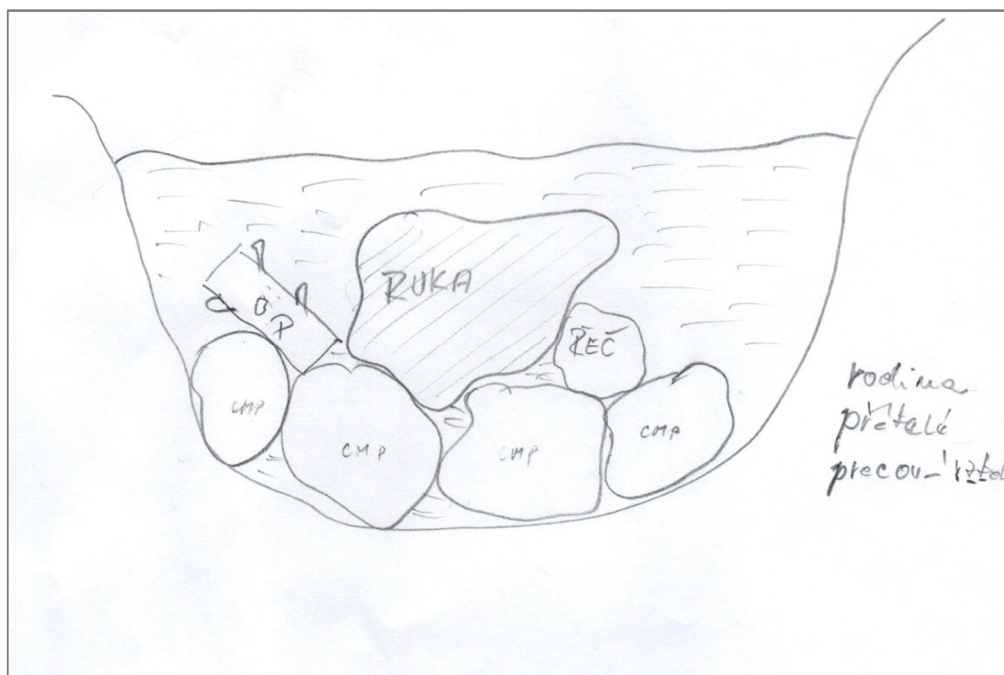
**Klient:** J. K.

**Datum narození:** 15. 7. 1949

**Diagnóza:** Stav po hemoragické CMP (24. 11. 2012), levostranná centrální hemiparesa, dysartrie

**Anamnéza:** Klient, 63 let, žije s manželkou, vystudoval vysokou školu, strojní fakultu a pracuje ve firmě ve svém oboru. V rámci firmy přednáší, připravuje školení pro techniky, objíždí stanice technické kontroly (potřebuje řídit) a pracuje na počítači. Na ergoterapii z důvodu poruchy motoriky levé horní končetiny – vážné opozice palce, což znemožňuje většinu úchopů.

**ŘEKA:**



Obrázek 12 – Řeka klienta J. K.

(Na obrázku: Koryto: Rodina, Přátelé, Pracovní vztahy, Kameny: CMP = stav po cévní mozkové příhodě, Řeč, Ruka = postižení levé horní končetiny, Dříví: P = pesimistické naladění)

**Tabulka 5 – Kawa model klienta J.K.**

| Koncept       | Význam v řece   | Terapeutická intervence  |
|---------------|---|--|
| <b>Voda</b>   | <p>Voda v řece stále teče silným proudem, pouze jí v cestě stojí jez s napadaným kamením v podobě klientovy nemoci</p> <p>Jez zvládne překonat, problémem jsou jednotlivé navršené kameny</p>   | <p>Využít klientovy silné osobnostní rysy a zachované schopnosti k posílení jeho proudu.</p> <p>Působit na psychiku klienta a ukazovat jeho situaci v novém světle.</p> <p>Poskytovat pozitivní zpětnou vazbu ve spolupráci s ostatními členy týmu.</p>  |
| <b>Koryto</b> | <p>Hladké a široké, nezasahující do proudu</p> <p>Velká podpora blízkých – po příhodě si více uvědomuje její význam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodina (manželka a dcera)</li> <li>- Kolegové z práce</li> </ul>   | —  |
| <b>Kameny</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nemoc jako celek (hráz/jez na dně řeky, vnímá jako překonatelný)</li> <li>- Postižení levé horní končetiny (narušuje klientovy aktivity - a sebehodnocení, má na ni vztek a odmítá ji)</li> <li>- Postižení řeči (omezení v práci, v současnosti již nepovažuje za tak závažné)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trénink motoriky levé horní končetiny v rámci ergoterapie a fyzioterapie</li> <li>- Motivovat klienta k jejímu zapojování</li> <li>- Trénink funkčních činností se zaměřením na aktivity potřebné v rámci pracovního procesu a volného času v rámci ergoterapie (techniky nošení břemen, zatloukání hřebíků, práce v dřevařské dílně apod.)</li> <li>- Hledání modifikovaných způsobů výkonu či nových aktivit a možností sportovního vyžití v rámci ergoterapie</li> <li>- Trénink řeči v rámci logopedie</li> </ul> |
| <b>Dříví</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesimistické sklony (souvisí s – dle klienta – pomalým zlepšováním stavu)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pozitivní a motivující působení v rámci terapií</li> <li>- Konzultace s rodinou na téma klientova sebehodnocení a vnímání svého stavu</li> <li>- Zvážit konzultaci s psychologem</li> </ul>   |

### 3.2.4 KAZUISTIKA Č. 4

**Klient:** O. B.

**Datum narození:** 18. 3. 1945

**Diagnóza:** Stav po hemarogické CMP (2000), pravostranná hemiparéza

**Anamnéza:** Klient, 68 let, žije sám, je vdovec a má jednoho dospělého syna. Vystudoval vysokou školu, stavební fakultu a v minulosti pracoval jako geodet a později jako vedoucí v polygrafické firmě, v současnosti se nachází ve starobním důchodu. Na ergoterapii z důvodu poruchy motoriky pravé horní končetiny (spasticita, Wernick-Manovo držení).

**ŘEKA:**



Obrázek 13 – Řeka klienta O.B.

(Na obrázku: *Koryto: absence sociálních vazeb, Dříví: vyrovnanost a výdrž*)

**Tabulka 6 – Kawa model klienta O.B.**

| Koncept       | Význam v řece   | Terapeutická intervence   |
|---------------|---|---|
| <b>Voda</b>   | Klientův proud je silný a klidný, ale s menším množstvím vody   | Pomocí terapeutického působení udržovat klientův proud silný a nadále jej posilovat s cílem prouhloubení a rozšíření koryta řeky  |
| <b>Koryto</b> | Hladké, ale velmi mělké z důvodu absence významnějších sociálních vztahů (vztahy s rodinou nepovažuje za příliš intenzivní, s bývalými kolegy komunikuje prostřednictvím počítače – společných akcí se neúčastní, protože chce, aby si jej známí pamatovali jako „zdravého a čilého“) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivovat klienta k obnovení, či navazování a budování hlubších sociálních kontaktů a vazeb</li> <li>- Navrhnout možné skupinové aktivity s cílem zvýšení sociálního kontaktu</li> <li>- Hovořit s klientem a poskytovat terapeutickou i osobní podporu</li> </ul> |
| <b>Kameny</b> | —   | —   |
| <b>Dříví</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vyrovnanost</li> <li>- Výdrž (vlastnosti, které posilují klientův proud a eliminují výskyt kamenů v řece)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oceňovat klientovy pozitivní vlastnosti a využít jejich potenciálu v rámci terapií - ergoterapie, fyzioterapie (např. instruovat pro domácí cvičení, trénovat funkční činnosti, navrhnout aktivity s terapeutickým potenciálem)</li> </ul>                         |

### 3.3 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Dle zpracovaných rozhovorů považuji model za metodu využitelnou u českých klientů. Klienti na model reagovali pozitivně či neutrálně, ve všech případech se však dokázali ztotožnit s metaforou modelu a na jejím základě vytvořit kresbu své řeky. Výsledné kresby ve spojení s poznámkami vedenými v průběhu rozhovorů přinesly relevantní a rozsáhlé informace o životní situaci klientů a umožnily určit cíle terapie. Rozhovor nad kresbami dále poskytl prostor pro poznání klientů, jejich situace, příčin jejich obtíží, jejich pocitů ohledně nich, ale také jejich silných stránek a vnitřních kapacit, které mohou být zdrojem pro terapii. Cíle využití modelu v ergoterapii byly tedy naplněny.

Z formálního hlediska je pro aplikaci modelu potřeba dostatek času, klidná místnost, prostor pro vytvoření dialogu s klientem a navázání vztahu. Pro realizaci terapie dle Kawa modelu, která v rámci mé práce nebyla uskutečněna, by pak byla bezpodmínečně nutná fungující multidisciplinární spolupráce, neboť ergoterapeut v rámci Kawa modelu působí jako jistý klíčový pracovník, který by měl sdílet výsledky svého výzkumu vedeného formou rozhovoru dle Kawa modelu s ostatními členy týmu a ti by je měli zavít do svých plánů a cílů terapií. Následné kontrolní vyšetření dle Kawa modelu by pak mělo sloužit ke zhodnocení výsledků souběžně působících terapeutických zásahů zaměřených na potřebné oblasti klientova života.

Na základě své zkušenosti s aplikací modelu jsem stanovila pozitivní a negativní aspekty využití této metody.

#### **Pozitivní aspekty využití metody Kawa modelu:**

- Získání mnoho cenných a často i osobních informací za velmi krátký čas
- Dobrá atmosféra rozhovorů
- Získání uceleného pohledu na život klientů v rámci procesů kresby doprovázených hloubkovými rozhovory
- Nalezení nových cest směřování terapie, či nových aktivit, které by bylo možno rozvíjet v rámci ergoterapie
- Možnost poznat klienty z jiné stránky – způsob, jakým nad řekou uvažují, jak si řeku vykládají, jak ji tvoří (rychle X pomalu, detailně X rámcově), jak popisují jednotlivé

elementy a jakou jim přiřkládají váhu – to vše mnoho vypovídá o osobnosti klientů a jejich náhledu na svou situaci

- Získání užitečných informací nejen z hlediska faktů, které jsem se dozvěděla z kreseb a z rozhovorů, ale také z hlediska bližšího poznání klientů, jejich priorit, způsobů myšlení a náhledu na svět a svůj život, přístupu k terapii, sebehodnocení, přání, zálib, pocitů atd.
- Možnost využití získaných údajů jako hodnotný podklad pro započítí terapie, která bude šitá přímo na míru konkrétnímu klientovi, či pro udání nového směru nefungující či stagnující terapii
- Prohloubení terapeutického vztahu, a to přirozeným způsobem a v relativně krátkém čase.

#### **Negativní aspekty využití metody Kawa modelu:**

- Časová náročnost vedení rozhovoru
- Požadavek na dobré schopnosti v oblasti vedení rozhovoru
- Potřeba pečlivé přípravy před realizací rozhovoru – podrobné nastudování metody a volbu vlastních postupů a technik, které v průběhu aplikace hodlá využít, neboť autor modelu tyto postupy neposkytuje
- Cílení na úzkou skupinu klientů, jejichž postižení je komplexní a zasahuje do více oblastí života, kteří však nejsou postiženi po stránce kognitivních funkcí a u nichž se zároveň běžné postupy vyšetření ukázaly jako nedostatečné a terapie na jejich základě stagnuje, či nedosahuje požadovaných výsledků

Na zhodnocení modelu, jeho přínosů a limitů se dále podrobněji zaměřuji v Diskuzi v rámci pojednání výsledků práce jako celku.



## 4 DISKUZE

V této části bych chtěla zrekapitulovat a zhodnotit průběh a výsledky práce vzhledem k jednotlivým probíraným oblastem. Pro větší přehlednost diskuzi člením v návaznosti na strukturu práce a postupně reaguji na jednotlivé její části s ohledem na své zkušenosti získané v průběhu aplikace modelu. Dále bych ráda zhodnotila proces tvorby práce jako celek včetně problémů, se kterými jsem se potýkala.

V první kapitole práce se zabývám Kawa modelem ve srovnání s dalšími modely využívanými v západních zemích, především pak s modely, které jsou v posledních letech známé v rámci české ergoterapie – CMOP a MOHO (Townsend, 2007, Kielhofner, 2008). Na základě zkušenosti s aplikací Kawa modelu mohu potvrdit můj názor, že Kawa model je schopen efektivně určit problematické i posilující oblasti klientova života a jejich roli v rámci klientova prostředí, a tímto je schopen plnit v rámci vyšetření obdobnou funkci jako výše uvedené západní modely. Za pozitivum Kawa modelu oproti MOHO či COMP považuji jeho univerzalitu a vysokou přístupnost rozličným klientům, která vychází z naprosté nedogmatickosti modelu. Kawa model poskytuje zcela volný prostor pro klientovo vyjádření, které není omezeno seznamem přesně stanovených otázek či stanoveným systémem bodování, jak je tomu v případě výše uvedených modelů. Tato vlastnost modelu však klade o to vyšší požadavky na schopnosti terapeuta kvalitně vést rozhovor, určovat jeho směr a plně využít potenciál, který model nabízí. Tento faktor může být v určitých případech omezením při aplikaci modelu (např. při nezkušenosti terapeuta).

V druhé kapitole práce se zabývám otázkou kultury a kulturní relevance v ergoterapii. V této otázce jsem dělala široký průzkum v dostupné literatuře a našla mnoho článků publikovaných autory z řad ergoterapeutů, kteří se tímto tématem zabývají (Bonder, 2004, Dickie, 2004, Hopkins, 2005, Jungersen, 2002, Rudman, 2008, Stedman, 2011, Wada, 2011). Vzhledem k množství a rozmanitosti těchto článků (různá národnost terapeutů – Irsko, Austrálie, Japonsko, Nový Zéland a různé kontexty řešení problému – práce s domorodým obyvatelstvem, práce s klienty z východu, zkoušení aplikace modelu v Irsku atd.) jsem očekávala množství různých pohledů na téma kultury v ergoterapii a chtěla jsem se podrobněji zabývat jejich srovnáním a vzájemnými rozdíly se současným porovnáním definice kultury dle autora Kawa modelu M. Iwamy. Překvapivým a zajímavým zjištěním pro mě však bylo, že výše uvedení autoři (Bonder, 2004, Dickie, 2004, Hopkins, 2005, Jungersen,

2002, Rudman, 2008, Stedman, 2011) ve svých textech zaujímají poměrně jednotný názor na význam a roli kultury v ergoterapii a na představu, jak by s ní mělo být v terapii nakládáno. Množství publikovaných článků na toto téma ve mně vyvolává dojem, že téma kultury začíná být v rámci ergoterapie v dnešním globalizovaném světě skutečně aktuální otázkou a fakt, že se mnoho autorů (Francisco, 2002, Jungersen, 2002, Odawara, 2005, Stedman, 2011), na základě svých praktických zkušeností, začíná sjednocovat v názoru, že kultura klienta by měla být do terapie začleněna, nebo na ní přímo postavena, zvyšuje dle mého názoru pravděpodobnost budoucího širokého uplatnění Kawa modelu, neboť dalším krokem bude hledání vhodných metod pro uvedení diskutované kulturně relevantní ergoterapie do praxe.

Z praktického hlediska nemohu po stránce kultury model zhodnotit, neboť jsem se při jeho aplikaci nesetkala s klienty odlišného kulturního původu či založení. Teze o modelu jakožto představiteli kulturně bezpečné terapie tedy nemohu potvrdit ani vyvrátit. Mohla jsem si však ověřit univerzalitu metafory vzhledem k jejímu využití s velice rozdílnými klienty. Mohu říci, že každý klient řeku kreslil trochu jinak a trochu jinak ji chápal a vykládal, veškeré výklady však byly v souladu s původním konceptem autora modelu M. Iwamy. Model tedy hodnotím jako vysoce přizpůsobivý a schopný vyhovět odlišným potřebám odlišných klientů. Jeho aplikovatelnost u klientů rozdílné kultury by pak dle mé zkušenosti byla vázána především na schopnosti terapeuta, jeho přístupu k terapii a způsobu vedení rozhovoru. Aplikace modelu s klienty odlišného kulturního pozadí by pak byla vhodnou náplní pro návazné teoretické práce.

Na téma Kawa modelu zatím nebyly uskutečněny a publikovány žádné rozsáhlé studie, svou aplikaci a její výsledky mám však možnost porovnat s malokapacitní studií uskutečněnou dvěma studenty v Irsku pod dohledem supervizorů ze strany zkušených ergoterapeutů (Carmody, 2007). V rámci této studie byl model vyzkoušen se dvěma klienty s roztroušenou sklerózou a její výsledky ukazují Kawa model jako efektivní přístup pro vedení ergoterapeutické praxe. Hlavní výsledky studie hovoří o pozitivním přínosu modelu vzhledem k určení potřeb a cílů klienta a následné facilitaci ergoterapeutického procesu. Naopak zjištěné limity využití modelu poukazují především na nejistotu klientů a terapeutů a přílišný vliv terapeuta úsudku. Celkově je pak relevance výsledků této studie snížena malým rozsahem a formou výzkumu, a tedy nemožností generalizace výsledků. Podobné výsledky omezené však na vedení vstupního rozhovoru a následnou volbu cílů a plánů terapie potvrzuje i má práce. V rámci něj se Kawa model ukazuje jako metoda, která je schopna proniknout

hluboko do situace klientů a přirozeně rozvinout rozsáhlý terapeutický rozhovor. Velmi pozitivně pak hodnotím schopnost modelu položit takto základy pro dobrý terapeutický vztah a vytvořit tak příhodné nastavení pro následnou terapii. Osobně pak nepociťuji přímý vliv nezkušenosti z mé strany na výsledky práce, neměla jsem však možnost odborné konzultace s terapeutem praktikujícím Kawa model či jeho supervize, tento faktor tedy nejsem schopna objektivně posoudit.

Obtíže v rámci mé praktické realizace vyšetření na základě Kawa modelu vycházely především z nedostatku konkrétních informací, jak by měla tato realizace probíhat a naprosté absence jakýchkoli postupů. V tomto směru musím polemizovat s autorem modelu M. Iwamou, který v rámci své publikace žádným způsobem nenavrhuje, jak by měl rozhovor vedený na základě Kawa modelu probíhat. Tento fakt Iwama (2006, 2009) vysvětluje odmítáním dogmatických metod a cílem poskytnout terapeutům prostor pro vlastní úpravy modelu. Tomuto záměru rozumím a připouštím, že model je takto skutečně velice přizpůsobivý. Na základě vlastní zkušenosti musím však zároveň říci, že tato naprostá absence návrhu konkrétního postupu by mohla mnoho terapeutů, zvláště pak západního původu, odradit od vyzkoušení aplikace modelu a jeho výměnu za některou z přístupnějších metod. Neboť práce na základě Kawa modelu v jeho současné podobě vyžaduje velkou míru vlastního vkladu ze strany terapeuta a velké nároky, jak v rámci přípravy, tak v průběhu samotné aplikace. Z tohoto důvodu bych považovala poskytnutí určitého návrhu postupu rozhovoru ze strany autora za inspirující a dle mého názoru by také mohl podpořit rozšířenější aplikaci modelu ve světě. V rámci své práce jsem se s tímto problémem musela taktéž potýkat, a z tohoto důvodu jsem se obrátila k některým základním psychoterapeutickým technikám a postupům. Využila jsem především prvků krizové intervence a systemické terapie (Vodáčková, 2012, Bobek, 2008). Využití těchto postupů a technik hodnotím jako velice účinné pro facilitaci a vedení rozhovoru na základě Kawa modelu. Možný postup rozhovoru a přehled využitelných technik a otázek uvádím v rámci přílohy 1, a to především za účelem usnadnit případnou aplikaci modelu českým terapeutům a tímto je také motivovat k jeho vyzkoušení.

Vedení rozhovoru dle Kawa modelu hodnotím z pozice terapeuta jako poměrně náročné například na pozornost, empatii, schopnost pozorování, interpretace sděleného, vedení a navazování dalšího dialogu atd. Iwama (2006) v knize upozorňuje na důležitost schopnosti vést rozhovor a ze své zkušenosti mohu tuto dovednost potvrdit jako základní

předpoklad pro úspěšnou aplikaci modelu. Z pozice terapeuta mohu také říci, že je v tomto směru velice náročné zdržet se přílišných interpretací výsledků a zároveň klienta účinně vést. Sama si nejsem zcela jistá, zdali jsem v některých situacích neovlivnila úsudek klientů, především v oblasti realizace kresby (co a kam do diagramu řeky zakreslit). Na druhou stranu veškeré své interpretace jsem s klienty přímo diskutovala a klienti mě aktivně opravovali, byla-li má reflexe nesprávná. Pro účinnou aplikaci modelu, v rámci níž se terapeut nebude dostávat do bezvýhodných či náročných situací, považuji za příhodné osvojení si některých z výše uvedených či jiných psychoterapeutických postupů vedení rozhovoru.

Jedním z cílů mé práce v rámci aplikace modelu bylo zjistit, jak budou čeští klienti reagovat na takto zcela odlišný způsob vedení vyšetření, jaký Kawa model přináší. V tomto směru jsem měla před první aplikací jisté obavy, jak budou klienti na model reagovat a zdali mu vůbec porozumí a zdali jim jej budu schopna účinně vysvětlit a popsat tak, aby mohl adekvátně zastávat funkci mediátora terapeutického rozhovoru. Velice mě v tomto ohledu překvapily reakce klientů, kteří dokázali velmi rychle pochopit principy metafory řeky a jejích konceptů a za pomoci připravených kartiček a terapeutického vedení dokázali metaforu účinně využít ke zmapování a zaznamenání své současné situace. Tento výsledek potvrzuje metaforu jako vysoce univerzální princip, stejně jako to vychází ze zkušenosti ergoterapeutů, kteří již model zkoušeli v rámci své praxe v různých částech světa (Iwama, 2006, Iwama, 2010, Carmody, 2007). Zároveň se však potvrdil i můj předpoklad, že model nevyhovuje osobně každému klientovi v závislosti na povaze a stavu v rámci terapie. Někteří klienti v rámci mé aplikace se dokázali s metaforou plně ztotožnit, či ji dokonce obohatit o vlastní interpretace a plně ji využít k zobrazení svého života. U dalších klientů jsem v průběhu rozhovoru pozorovala rozpaky či pochybnosti vzhledem k netradčnosti a efektivitě modelu. I u těchto klientů však aplikace proběhla úspěšně a přinesla adekvátní informace. Tyto pocity bych pak nepřisouvala pouze povahovému založení klientů, jehož vliv jsem očekávala především, ale mé pozorování ukazuje hlavně na roli fáze a stavu jedince v rámci terapie. Klienti, kteří jsou „spokojeni“ se svou situací, či mají pocit, že jsou na „správné cestě“ a v rámci probíhající terapie jim nic neschází, či nepocítují žádný problém, považují tento model za zbytečný a u těchto klientů by v praxi Kawa model jistě nebyl vhodnou metodou. Model se naopak ukázal být efektivní metodou u klientů, kteří hledají další podněty pro terapii či pro svůj život jako takový, a pro klienty, kteří jsou v raném stadiu své nemoci a model je pro ně přínosným způsobem, jak si udělat jasno a lépe se zorientovat ve své situaci. V praxi bych tedy model doporučila pro využití s klienty, u nichž nastaly v terapii určité nejasnosti či

problémy, terapie dlouhodobě stagnuje, nebo s ní z nejasného důvodu nejsou spokojeni. Naopak se mi neověřila má představa, že model není vhodný pro racionálně založené jedince. Faktor osobní povahy jistě může hrát svou roli, ale na základě zkušenosti považuji za významnější zmíněný stupeň v rámci rehabilitace, neboť v případě, že to vyžaduje situace, bude pravděpodobně ochoten spolupracovat i velmi racionální klient (dva z mých klientů byly tohoto založení) a naopak, připadá-li mu to mimo kontext, bude metoda řeky připadat nesmyslná i klientovi kreativně a empaticky založenému. Osobnostní charakteristiku tedy nepovažuji za signifikantní vzhledem k využití modelu.

Z hlediska cílové skupiny shledávám klienty po získaném poškození mozku jako jednu z vhodných cílových skupin, neboť Kawa model dokázal situace klientů komplexně zmapovat a vzniklé kresby svědčí o rozmanitosti a rozsahu problematických oblastí klientů a schopnosti modelu tyto oblasti individuálně identifikovat. Zároveň se mi potvrdilo, že pro aplikaci Kawa modelu u klienta je zapotřebí jeho dobrý kognitivní stav, neboť realizace kresby je náročná na instrukce, v jejichž rámci je klientovi představeno hodně věcí najednou (celková podstata metody, jednotlivé koncepty atd.), a ze strany klienta je důležitá dobrá schopnost imaginace, sebereflexe, chápání instrukcí a také dobré řečové schopnosti, jak po stránce porozumění, tak exprese.

Závěrem bych se ráda vyjádřila k možnostem budoucí aplikace Kawa modelu v praxi z hlediska mých vlastních zkušeností. Jak vyplývá z kazuistik Kawa model je velice komplexní metodou a práce na základě výsledků, které přináší, se tedy neomezuje pouze na ergoterapii. Naopak zůstala-li by pouze v kompetenci ergoterapeuta, nemohl by klient nikdy dosáhnout žádaných výsledků, neboť je logické, že v rámci hloubkového a všeobjímajícího rozhovoru, jaký na základě metafory řeky vzniká, vyvstane mnoho problémových oblastí v životě klienta, které nebudou omezeny pouze na kompetence ergoterapie, a tyto problémy musí být stejně adekvátně řešeny, a to na úrovni multidisciplinárního týmu. Z tohoto důvodu již nyní vidím jistá omezení ve využití modelu v mnoha zařízeních v České republice, v nichž tato multidisciplinární spolupráce nefunguje na úrovni či vůbec, nebo kde nemá ergoterapeut zcela rovnocenné postavení s ostatními členy týmu. Využívání metody v české praxi je dále omezeno časovou náročností této metody. Mnoho zařízení u nás není schopno takovéto podmínky poskytnout. Z tohoto důvodu považuji model za přínosný k příležitostnému využití v zařízeních poskytujících dlouhodobé služby pobytového či stacionárního charakteru, kde je také dostatek prostoru a času pro hloubkové a multidisciplinární řešení klientovy situace.

## 5 ZÁVĚR

Kawa model je v rámci ergoterapie poměrně novou, ale stále se rozšiřující metodou. Přestože model pochází z východního světa a pro jeho podmínky je primárně nastaven, jeho použití není na tyto podmínky omezeno. Díky univerzalitě a přirozené povaze metafory řeky, která představuje život klienta jako celek a která je základem Kawa modelu, se povědomí o jeho existenci postupně šíří i na západ a v mnoha západních zemích je v současnosti již aktivně využíván. V České republice nebyl model do současnosti téměř znám a tedy ani užíván. Tento holistický model však přináší do ergoterapie zcela nové perspektivy, z jakých je možno nahlížet na klienta a vést vyšetření. V tomto směru je zcela unikátní metodou, která rozšiřuje obzory ergoterapeuta za zažitě představy o tom, jak by měl vypadat vstupní rozhovor, či jak mají být zaznamenávány plány a cíle terapie. Z tohoto důvodu považuji za velice přínosné přivést takovýto model do české ergoterapie, neboť teoretické přístupy jako je Kawa model posouvají hranice myšlení v rámci ergoterapeutické profese, rozšiřují spektrum ergoterapeutických metod a tím poskytují terapeutům příležitost zvolit ten pro klienta neúčinnější terapeutický přístup a jsou také představiteli profesního vývoje. Tato práce je prvním česky psaným dokumentem, který se Kawa modelem zabývá a jejím cílem je přinést tento model do české ergoterapie, ať už přímo do ergoterapeutické praxe, či zatím pouze do povědomí ergoterapeutů.

Hlavní výsledky práce vychází ze stanovených cílů. Na jejich základě jsem v rámci práce přeložila teoretické podklady Kawa modelu a pro zpřístupnění modelu po stránce praktické jsem ještě dodala některé vlastní materiály, techniky a postupy, které jsem využívala v průběhu vedení rozhovorů a které by měly sloužit k usnadnění budoucí aplikace modelu. V praktické části jsem pak dle uvedených cílů vyzkoušela aplikaci modelu s několika klienty a výsledné kazuistiky doplnila o zpětnou vazbu ze strany klientů a vlastní zhodnocení z pohledu ergoterapeuta.

Výsledky práce ukazují Kawa model jako metodu využitelnou u českých klientů, která dokáže poskytnout rozsáhlé a relevantní informace o klientovi, a to v relativně krátkém čase. Toto hloubkové poznání následně umožňuje určit prioritní oblasti a cíle terapie. Metafora řeky se ukázala být univerzálním vyjádřením, kterému klienti rozumí a dokáží jej použít k popsání svých životů. Klienti metodu navzdory určitým rozpakům z její netradičnosti zhodnotili

pozitivně a na základě těchto skutečností považuji Kawa model za přístup, který lze efektivně využít při práci s českými klienty.

V západním světě je Kawa model metodou, ke které lze přistoupit, když standardní přístupy a formy vyšetření selžou, neboť jeho prostřednictvím lze hlouběji proniknout ke klientovi a dozvědět se o něm více. Na tento způsob využití ukazují i výsledky mé práce - Kawa model považuji za metodu alternativní, která není schopna zcela suplovat běžně používaná vyšetření a kterou není třeba využít u všech klientů. Model naopak shledávám jako výborný přístup ve chvíli, kdy se terapie z nejasných důvodů nevyvíjí dle plánů, či stagnuje, nebo kdy klient neodpovídá pozitivně na standardní postupy.

Na základě svých zkušeností s aplikací modelu však již nyní pozoruji jistá omezení v souvislosti s rozsáhlejším využíváním modelu v České republice. Aplikace modelu je poměrně časově náročná a realizace výsledků, které přináší, vyžaduje dobře fungující multidisciplinární spolupráci. Mnoho zařízení u nás v současnosti není schopno takového podmínky poskytnout. Z tohoto důvodu považuji model vhodný k příležitostnému využití v zařízeních poskytujících dlouhodobé služby pobytového či stacionárního charakteru, kde je také dostatek prostoru a času pro hloubkové a multidisciplinární řešení klientovy situace. Další budoucí omezení shledávám v poměrně rigidním systému českého zdravotnictví, který není zcela připraven na takto netradiční model. Z tohoto důvodu považuji model za přístupný především pro moderní, malokapacitní zařízení, která jsou schopna uvést takovýto nový a holistický přístup do praxe a využít jeho předností a potenciálu, který poskytuje.

Kawa model je zcela novou a neznámou metodou a tuto práci považuji za jistého průvodce Kawa modelem pro využití v české praxi a především v tomto směru vnímám její přínos. Práce poskytuje přehled o teoretických základech modelu, jeho kulturním pozadí, motivech a procesu jeho vývoje, dále přehled jeho jednotlivých konceptů a struktur a způsobů jejich využití a nakonec v rámci praktické části konkrétní příklady aplikace modelu v praxi. Práce je tedy jedinečným zdrojem informací o tomto unikátním modelu a poskytuje potřebné podklady pro zkoušení jeho aplikace v české praxi a pro další rozpracování metody v rámci případných návazných teoretických prací.

## 6 SEZNAM LITERATURY

### Knížní zdroje:

1. BOBEK, Milan a PENIŠKA, Petr. *Práce s lidmi*. Brno: NC Publishing, 2008. ISBN 9788090385825.
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 9788024601397.
3. DOI, Takeo. *The Anatomy of Dependence*. 2nd ed. Tokyo: Kodansha International, 2002. ISBN 9784770028006.
4. DUNCAN, Edward A.S. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 4th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 9780443100215.
5. HAGEDORN, Rosemary. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 0443052921.
6. IWAMA, Michael. *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 9780443102349.
7. KIELHOFNER, Gary. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. ISBN 9780803620704.
8. KIELHOFNER, Gary. *Model of human occupation: theory and application*. 4th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 0781769965.
9. KIELHOFNER, Gary. *Model of human occupation: theory and application*. 2nd ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 1995. ISBN 0781769965
10. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 9788024726991.
11. LEBRA, Takie Sugiyama. *Japanese Patterns of Behaviour*. 4th ed. Honolulu: University of Hawaii Press, 1976. ISBN 9780824804602.
12. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713624.
13. REED, Kathlyn L. *Concepts of Occupational Therapy*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. ISBN 9780683304541.
14. SUMSION, Thelma. *Client-Centred Practice: A Guide to Implementation*. London: Churchill Livingstone-Elsevier Press, 1999. ISBN 0443061270.



15. TOWNSEND, Elizabeth A. a POLATAJKO, Helene. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being and Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2007. ISBN 9781895437768.
16. TURPIN, Merrill a IWAMA, Michael. *Using Occupational Therapy Models in Practice: A Field Guide*. UK: Churchill Livingstone Elsevier, 2011. ISBN 9780723434948.
17. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7

### Články:

18. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2002, 56, s. 609-639.
19. BONDER, Bette R, MARTIN, Laura a MIRACLE, Andrew W. Culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2004, 58, s. 159–168.
20. CARMODY, Sarah, NOLAN, Riona, CHONCHUIR, Niamhh Ni, CURRY, Maria, HALLIGAN, Katherine a ROBINSON Katie. The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland: creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy International*. 2007, 14, 4, s. 221–236.
21. DICKIE, Virginia A. Culture is tricky: A commentary on culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2004, 58, s. 169–173.
22. FRANCISCO, Irene a CARLSON, Glenys. Occupational therapy and people with intellectual disability from culturally diverse backgrounds. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2002, 49, s. 200–211.
23. HOPKINS, M. The relevance of culture to occupational therapy. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 2005, Spring: 22–26.
24. IWAMA, Michael K., THOMPSON, Nicole A. a MACDONALD, Rona M. The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*. 2009, 31, s. 1125-1135.
25. IWAMA, Michael. Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational therapy international*. 2007, 14, 4, s. 183–187.
26. IWAMA, Michael. Toward Culturally Relevant Epistemologies in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2003, 57, s. 582–588.
27. JUNGENSEN, Kaja. Cultural safety: Kawa Whakaruruhau – An occupational therapy perspective. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 2002, 49, 1, s. 4-9.

28. ODAWARA, Etsuko. Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-Cultural View of Practice. *American Journal of Occupational Therapy*. 2005, 59, 3 s. 325-334.
29. REILLY, Mary. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*. 1962, 16, s. 1-9.
30. RUDMAN, Laliberte a DENNHARDT, Silke. Shaping knowledge regarding occupation: Examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008, 55, s. 153–162.
31. STEDMAN, Amanda a THOMAS, Yvonne. Reflecting on our effectiveness: Occupational therapy interventions with Indigenous clients. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2011, 58, s. 43–49.
32. WADA, Mineko. Strengthening the Kawa model: Japanese perspectives on person, occupation, and environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011, 78, s. 230-236.

#### **Elektronické zdroje:**

33. Následky a rehabilitace. Poranění mozku [online]. 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/nasledky-a-rehabilitace/>
34. *The Kawa Model* [online]. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/index.htm>

#### **Sborníky:**

35. JANEČKOVÁ, Marcela. Zkušenosti s dostupností podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku v České republice. In: *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA "Život po poranění mozku" konané 12. března 2009 v Praze*. Praha: CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2009, s. 42-49.

#### **Obrázky:**

- Concepts & Structure. IWAMA, Michael. *The Kawa Model* [online]. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>
- IWAMA, Michael. *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 9780443102349.

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA 1 - Průběh rozhovoru, využívané otázky a techniky

PŘÍLOHA 2 - Charakteristika cílové skupiny: pacienti se získaným poškozením mozku

PŘÍLOHA 3 – Rozbor a zhodnocení rozhovorů ke kazuistikám č. 2 – 4

PŘÍLOHA 4 – Kartičky pro vedení rozhovoru dle Kawa modelu

## **7.1 PŘÍLOHA 1 – PRŮBĚH ROZHOVORU, VYUŽÍVANÉ OTÁZKY A TECHNIKY**

### **7.1.1 PRŮBĚH ROZHOVORU**

1. Úvod: představení, vymezení času, stručné nastínění toho, co se bude dít (rozhovor založený na specifické metodě pocházející z Japonska, v Čechách dosud nevyužívané), připravit klienta na to, že to bude jiné, než s čím se dosud setkal
2. Motivace: "k čemu Vám to může být užitečné" - představit účel použití (sebezpoznání, zjištění, kde jsem a kam směřuji, cenné informace pro terapeuta, nové náměty pro terapii, rekapitulace výsledků terapie atd.)
3. představení metafory řeky: "Představte si, že Váš život plyne jako řeka" - přiblížit vlastnosti řeky ve spojitosti s lidským životem (silný x slabý proud, klidný x zčeřený, hluboký x mělký atd.), ověřit, že klient porozuměl a že si utvořil základní představu
4. Obeznamení s účelem setkání: "Cílem je, abyste si nakreslil/a svoji řeku."
5. Představení jednotlivých struktur s využitím přiložených kartiček: celá řeka, průřez korytem řeky, voda, koryto řeky, kameny, dříví a prostory mezi strukturami
6. Rekapitulace cílů setkání: např.: "Výsledkem tohoto rozhovoru bude kresba průřezu řekou zobrazující Vaši současnou situaci. Tuto kresbu společně rozebereme, abyste si mohl/a uvědomit, kde Vaše řeka teče plynule, na co naráží a co Vám může pomoci v tom, aby proud byl zase plynulý. Zjištěné výsledky pak budou sloužit jako námět další terapie."

### **7.1.2 VYUŽÍVANÉ TECHNIKY A OTÁZKY**

#### **7.1.2.1 TECHNIKY**

Zde uvádím základní psychoterapeutické techniky, které považuji za vhodné k využití v rámci vedení rozhovoru na základě Kawa modelu. Užívání těchto technik může facilitovat terapeutovu práci, umožnit adekvátně reagovat na nastalé situace a udržet určitý řád a směřování rozhovoru. Vycházím z publikace Krizová intervence autorky Daniely Vodáčkové (2012).

- Povzbuzování, jehož cílem je povzbudit zájem, povzbudit uživatele k dalšímu hovoru.
  - provázíme („Poslouchám Vás“, „Jak se nyní cítíte?“)
  - podporujeme („Můžete hovořit, o čem potřebujete“)
- Parafrázování s cílem ukázat klientovi, že nasloucháme, a ověřit si, zda správně rozumíme, co říká (zopakování obsahu sdělení jinak = parafráze)
- Rekapitulace („Takže Vy byste si přál, abyste tu nebyl tak sám a aby vám lidé více rozuměli“)
- Zrcadlení s cílem projevit pochopení a porozumění pocitům uživatele, umožnit mu tak tyto pocity zvládnout a přehodnotit:
  - pracujeme s emocemi např. takto: ( „Slyším, že máte strach“, „Vnímám, že je Vám mizerně“, „Jak se cítíte na škále od 1 do 10, je-li jednička nejhorší a desítka nejlepší?“)
  - reflektujeme, co slyšíme („Slyším, že Vás to velmi trápí“, „Říkám si, že je velmi těžké to unést.“, „Vnímám, že máte vztek na všechny“)
- Shrnutí, jehož cílem je zhodnotit dosažený pokrok, shrnout důležité myšlenky, fakta a emoce, položit základ k další diskusi.
- Ocenění s cílem dát najevo respekt a uznat význam druhého („Vidím, jak velké kroky jste udělal“ apod.)

#### 7.1.2.2 OTÁZKY

Následující otázky opět vychází ze základních psychoterapeutických technik a svojí formou se inspiřují v systemické psychoterapii. Využívání těchto či podobných otázek v rámci rozhovoru dle Kawa modelu (vstupního, kontrolního, či závěrečného) nebo v rámci samotných terapií vedených na základě výsledků těchto rozhovorů může usnadnit práci terapeuta a zároveň díky vhodné volbě otázek umožnit zjistit od klientů více a tím získat další podněty pro terapeutickou spolupráci.

Při tvorbě otázek jsem se inspiřovala v publikaci *Práce s lidmi* autorů Bobka a Penišky (2008).

### **Otázky zjišťovací:**

- Popište mi, co znamená tato část řeky?
- Jak rozumíte tomu, že se zde objevil tenhle balvan/kámen?
- Jak byste si představoval, že bude Vaše řeka téci dál?
- Co ještě?

### **Otázky na výjimky:**

- Je nějaký čas, kdy tento kámen ve Vaší řece není?
- Kudy teče proud Vaší řeky plynule?
- Jak je to možné? Čím se to tak stalo?

### **Otázky na zdroje klienta: mapování silných míst a jejich zpevnování:**

- Co tvoří dno Vaší řeky?
- Kdo je Vám oporou?
- Co a kdo Vám může s tímto kamenem pomoci?
- Jaké Vaše vlastnosti/schopnosti Vám mohou pomoci tento kámen odstranit?
- Čím to, že není koryto řeky plné balvanů úplně?

### **Otázky na změnu:**

- Co byste chtěl na své řece změnit?
- Jak jste to dělal/a doposud?
- Jak bude vypadat vaše řeka po úspěšném vyřešení problému?

### **Otázky plánovací:**

- Jakého cíle chcete dosáhnout?
- Jak poznáte, že se splnil?
- Jaké kroky mohou vést k tomuto cíli?
- Na čem můžeme pracovat my dva spolu?
- Co bude první věc, do které se pustíte? Co bude ta další?
- Jakých zkušeností, dovedností, vlastností a lidí můžete využít pro realizaci tohoto kroku?

### **Otázky konstruktivní:**

- Co by pro Vás bylo dobrým výsledkem dnešního setkání?
- Jak poznáte, že jsme dosáhli Vámi stanoveného cíle?
- Jakými způsoby by se dalo k cíli dojít? Co bychom mohli dělat příště?
- Co pro Vás mohu já udělat tady a teď?
- Jak byste mohl udělat věci jinak? Jak ještě?

### **Otázka na zkušenosti s podobnou situací v minulosti:**

- Už jste někdy v životě měl v řece nějaký kámen? Co Vám tenkrát pomohlo?
- Když už jste měl pocit, že Vaše řeka nebude nikdy téct jako dříve, co Vám pomáhalo to vydržet? Jak se stalo, že řeka zase začala téci?
- Jaké vlastnosti Vám v životě vždy pomohly?

### **Měřicí otázky:**

- Vysvětlení: „Na stupnici od 1 do 10 je ideální stav umístěn na 10, zatímco 1 značí opak.“

### **Otázky:**

- Řekněme, že 10 je to, kde chcete, aby váš život byl. Na jakém čísle jste nyní?
- Když postoupíte o 1 bod výše, kdo první si toho všimne?
- Kde ve Vašem životě – na Vaší řece – jste byl na 10, kde na 1?
- Co Vám pomohlo se dostat na 10?
- Kolik balvanů by muselo zmizet, abyste byl na 9?

## **7.2 PŘÍLOHA 2 – CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY: PACIENTI SE ZÍSKANÝM POŠKOZENÍM MOZKU**

V následující příloze ve stručnosti charakterizují uvedenou cílovou skupinu se zaměřením na funkční dosah postižení mozku, a to formou výčtu nejčastějších deficitů a oblastí života, které bývají poruchou zasaženy. Vycházím z materiálů uvedených na stránkách sdružení Cerebrum (<http://www.poranenimozku.cz/nasledky-a-rehabilitace/>).

Mezi následky poškození mozku patří nejčastěji tyto poruchy:

- Poruchy fyzických funkcí (tělesné postižení, ochrnutí, poruchy rovnováhy, snadná unavitelnost): Postižení fyzických funkcí může mít kromě samotného narušení motoriky mnoho dalších následků, které nejsou vždy na první pohled viditelné. Mezi ně patří například apraxie, neboli ztráta schopnosti vykonávat koordinované a účelné pohyby při neporušené hybnosti. Apraxie může být příčinou částečné či plné nesoběstačnosti. Lidé po poškození mozku dále často trpí zvýšenou únavností a častou bolestí hlavy. Únavu může způsobit jakákoli činnost (nejen fyzická, ale i duševní aktivita), což je pro dotyčného limitující zejména při návratu do pracovního procesu. Dalšími častými problémy bývají snížené schopnosti provádění pohybu, poruchy rovnováhy a svalové koordinace. Tyto poruchy vychází z poškození motorického kortexu, mozečku nebo mozkového kmene a vedou k obtížím při realizaci pohybu a jeho koordinaci. Velmi obvyklým problémem osob po poškození mozku bývá také výskyt přidružené epilepsie, která je vážným onemocněním mozku, projevujícím se opakovanými epileptickými záchvaty, které jsou způsobeny abnormální elektrickou aktivitou mozku. Tyto záchvaty s sebou nesou mnoho rizik a mohou být život ohrožující. Epilepsie není léčitelná a krom vedlejších účinků, které s sebou mnohdy přináší příslušná medikace, vyžaduje dodržování celoživotních režimových opatření.
- Poruchy smyslových funkcí (ztráty a poruchy citlivosti, hmatu, čichu, zraku, sluchu): Poškození mozku bývá také velmi často provázeno poruchami smyslových funkcí. Různé části sensorické oblasti mozkové kůry zpracovávají informace z různých částí těla. Po poranění hlavy, lidé mohou ztratit nebo mít snížené zrakové vnímání, sluch, chuť, čich nebo kožní citlivost, a to aniž by měli poničené dané smyslové orgány. Časté jsou různé formy poruch či změn citlivosti ve smyslu zvýšení či snížení vnímání doteku



(hyperstezie, hypostezie) či přítomnosti rušivých vjemů jako jsou parestezie. Zrak a sluch mohou být postiženy ve smyslu přítomnosti fotofobie či fonofobie, tzn. precitlivělosti na světlo či zvuk., či výskytu rušivých jevů jako je například tinnitus označující šelest či šum v uších.

- Poruchy kognitivních a exekutivních funkcí: Porušeny bývají kognitivní funkce jako je paměť, pozornost, koncentrace, rychlost myšlení či porozumění informacím, dále pak tzv. vyšší exekutivní funkce, mezi něž patří schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, schopnost náhledu a úsudku. Při poranění mozku je nejčastěji poškozena paměť a to proto, že v mozku je několik oblastí, které se podílejí na jejím správném chodu. Dalším velmi častým jevem je snížená schopnost soustředění spolu s neschopností zaměřit pozornost na více než jednu aktivitu. Dlouhodobé problémy s koncentrací se přitom vyskytují i u relativně méně závažných úrazů, jakým je například otřes mozku. Častá je taktéž horší schopnost zpracovávat informace a reagovat na podněty. Poruchy těchto a dalších kognitivních funkcí všeobecně ztěžují jedinci kontakt se světem a snižují jeho schopnost adekvátně reagovat na jeho podněty, taktéž znesnadňují možnost osamostatnění jedince či jeho pracovní uplatnění.
- Poruchy řeči nebo schopnosti komunikovat (afázie, dysartrie): K poruše řeči po poškození mozku dochází, zasáhne-li patologický proces přímo nebo nepřímo mozkovou hemisféru, ve které jsou centra řeči (většinou se jedná o levou hemisféru). Jedná se o dvě hlavní formy poruchy řeči, a to afázii a dysartrii. Afázie je označení pro získané narušení komunikační schopnosti. Je to porucha zpracování řeči, vzniká nejčastěji při ložiskovém poškození mozku. Dysartrie znamená poškození motorických funkcí řeči (artikulace, tvorba hlásek, produkce hlasu, dýchání). Člověk, který je omezený v komunikaci s druhými lidmi, trpí nejen samotným postižením schopnosti mluvit či porozumět, ale především pak společenskou izolovaností, která z této poruchy vychází.
- Změny chování a emočního prožívání (lítostivost, iritabilita, snížená emoční kontrola, deprese, agresivita atd.): Po poranění mozku je poškození emocí a chování častým důsledkem. Mozek je řídicím sídlem emocí a chování. Právě tato oblast bývá příčinou dlouhodobého stresu a velké emoční zátěže u rodin osob po poranění mozku. Příčiny těchto poruch mohou být různé. Může se jednat o přímé poškození částí mozku regulujících emoce, tento typ postižení má často za následek zvýraznění některých osobnostních rysů, které měl člověk již před zraněním. Zdrojem změn může být ale také působení stresu spojeného s adaptací a životem po poškození mozku a jeho nepřímý vliv

na chování jedince – zvýšená agresivita, či naopak sklon k depresím. Deprese a úzkosti jsou u lidí s poraněním mozku velice časté. Deprese se objevují většinou ve chvíli, kdy si jedinec začne plně uvědomovat rozsah svých ztrát, úzkosti se pak objevují jako reakce na traumatický zážitek spojený například s autonehodou či jinou příčinou vzniku postižení. Jinou reakcí na těžkou situaci může být apatie, neboli ztráta motivace. Mezi poruchy chování způsobené poškozením mozku patří nejčastěji podrážděnost a výbuchy vzteku či všeobecná impulzivita a ztráta zábran, které jsou způsobeny poruchou v oblasti čelního laloku a limbického systému.

## 7.3 PŘÍLOHA 3 – ROZBOR A ZHODNOCENÍ ROZHOVORŮ KE KAZUISTIKÁM Č. 2 - 4

### 7.3.1 KAZUISTIKA Č. 2

**Klientka:** K. A.

**ŘEKA:**

**Voda:**

Klientka znázorňuje svůj proud života jako poměrně široký a silný. I přes veškeré překážky na dně koryta má voda dostatek prostoru proudit, pouze, jak klientka podotýká, je proud od úrazu výrazně zčeřený a neklidný a prochází neustálými výkyvy a změnami.

**Koryto:**

Koryto klientčiny řeky je široké a poskytuje proudu vody dostatečný prostor. Místa, v nichž stěny koryta nezasahují do proudu, představují sociální vztahy, které jsou klientce v životě důležitou oporou, jedná se především o matku (a další členy rodiny) a nejlepší kamarádku. Klientka dále popisuje některé dvojznačné vztahy, jejichž vliv na její současný proud života vnímá spíše negativně. Tyto jsou znázorněny jako výběžky na dně a stěnách řeky a představují babičku a bývalého přítele klientky. Přístup babičky k její nemoci klientku nepovzbuzuje, naopak spíše zúskostňuje. Bývalý přítel pak byl pro klientku po vzniku úrazu velkou oporou, ale jejich vztah je komplikovaný. Ambivalentní význam v prostředí klientky má její škola - lékařská fakulta, která je pro klientku na jednu stranu motivací a zdrojem radosti, na druhou stranu je však pro ni od úrazu myšlenka na školu velice stresující a nese v sobě velké obavy.

**Kameny:**

Velký kámen v řece představuje klientčinu sníženou výdrž. Klientka trpí od úrazu velkou únavou, musí často odpočívat a v důsledku toho nezvládá všechny své aktivity jako dřív. Rozdíl pozoruje především v oblasti kognitivních funkcí - nevydrží se soustředit, učit se, či přemýšlet tak dlouho jako dříve. Přesto má v tomto směru stále obavy a pociťuje nedostatky, především s ohledem na návrat do náročné školy. Další kámen představuje školu. Škola se

mezi kameny objevuje především proto, že s sebou přináší velké obavy, nejistotu a strach z budoucnosti. Poslední, nejmenší kámen klientka popsala jako sníženou schopnost sociálního cítění. Klientka má pocit, že u ní došlo ke změnám chování a reakcí v různých sociálních situacích - snížené sociální zábrany, klientka si někdy připadá "příliš upřímná". Zajímavou vlastností kamenů v klientčině řece je, že ani jeden z nich neleží přímo na dně koryta, ale vznáší se v proudu. Toto zobrazení vnímám jako důkaz toho, že situace je v neustálém pohybu a kameny se stále mění a zmenšují tak, že se nestačí pevně usadit na dně řeky.

### **Dříví:**

Plující dřevo v řece znázorňuje klientčinu houževnatost, tj. vlastnost, kterou na sobě klientka oceňuje a vnímá ji jako důležitý pohon v rámci své rekonvalescence. I tento element má však ambivalentní význam, neboť klientka si zároveň uvědomuje, že její síla vychází z vyhlídky, že "vše bude jako dřív", a není si jistá, zda by byla stejně silná a vytrvalá, kdyby tuto vyhlídku ztratila. Dřevo zachycené o velký kámen představuje klientčino snížené sebevědomí. Klientka udává, že se s ním potýkala již dřívě, ale ve spojitosti s následky úrazu se pocit umocnil. Klientka není schopna všech aktivit jako dřívě a především po kognitivní stránce vnímá zhoršení, které pociťuje, velice bolestně. Nicméně udává, že v tomto směru jí pomáhá výše zmíněná houževnatost a také neustálé zlepšování jejího stavu. Třetí dřevo je zaskenuté mezi kameny a představuje klientčin strach. Strach vzniklý v důsledku nemoci, který ji především dřívě omezoval v některých aktivitách (měla strach chodit sama ven, venčit svého velkého psa, vyřizovat telefonáty s cizími lidmi apod.), mnoho z těchto strachů již překonala, nebo pomalu překonává, nyní přetrvává především strach spojený s budoucností, hlavně ve spojitosti s návratem do školy. Klientka si uvědomuje, že musí počítat i se situací, že její návrat ke studiu medicíny nebude možný. S touto myšlenkou se snaží vnitřně vyrovnat a má pocit, že se jí to daří, na druhou stranu uvádí, že myšlenka přináší novou otázku - co by mohla dělat jiného - na kterou si zatím neumí odpovědět, a to vzbuzuje další strach. V současnosti je však její prioritou udělat vše pro to, aby návrat do školy byl možný.

### **Prostory:**

Společně jsme tedy pouze zrekapitulovaly jednotlivé oblasti a jejich řešení v rámci jednotlivých terapeutických odborností. Největší z kamenů – výdrž – je řešena v rámci fyzioterapie, ergoterapie a speciální pedagogiky. Klientka cvičí a pomalu se vrací ke sportovním aktivitám, které dřívě provozovala (například bruslení či běžky) a které ji kromě

zvyšování kondice dělají radost a zvyšují pocit sebevědomí a samostatnosti. Také udává, že poslední dobou již nemusí přes den tak dlouho odpočívat. Problém přetrvává především ve výdrži a výkonu v oblasti kognitivních funkcí, které klientka řeší pravidelným tréninkem v rámci ergoterapie, speciální pedagogiky a příprav na ně. Nově začala navštěvovat přednášky v rámci volitelného předmětu na své fakultě a svou schopnost udržet pozornost a porozumět přednášejícímu vnímá jako osobní úspěch. Stejně způsoby intervence se pak vztahují i ke druhému kamenu, tedy škole. Poslední kámen, který znázorňuje změnu sociálního citění, klientka řeší v rámci rodiny, která jí poskytuje podporu, a také užíváním předepsané medikace. Dříví představující snížené sebevědomí a strach pak úzce souvisí s vývojem ve výše zmíněných oblastech, a proto je důležité poskytnout klientce v rámci terapií podporu a pozitivní zpětnou vazbu. V případě obtíží je možné klientce navrhnout možnost konzultace s psychologem.

#### **Závěr:**

Z rozhovoru s klientkou vyplývá, že od vzniku úrazu udělala velký pokrok nejen po stránce zdravotního stavu, ale také po stránce psychiky. Klientka v době rozhovoru působí velice vyrovnaně a, i když připouští, že ji mnoho věcí stále trápí, především pak budoucnost spojená se školou, o svých problémech hovoří rozumně a klidně a dokáže ocenit i malé pozitivní změny a události ve svém životě. Intenzivně se věnuje práci na zlepšení svých kognitivních schopností a na návratu ke studiu. Snaží se také znovu začít vykonávat sportovní a další volnočasové aktivity, jimž se dříve věnovala, a také znovu chodit do společnosti. Stav klientky se dle mého názoru vyvíjí velice úspěšně díky probíhajícím terapiím a samostatné snaze klientky. Jedinou rezervu vnímám v možném riziku klientčina přetížení, proto bych doporučila zařadit pravidelný odpočinek nejen fyzický, ale především psychický.

#### **Zpětná vazba klientky:**

Klientka hodnotí model jako zajímavý nový pohled na člověka. Sama udává, že vizuální zobrazení její situace jí pomohlo vyjasnit si, jak na tom právě je a že ji překvapilo, kolik vody v její řeči stále volně proudí a „že to s ní není tak hrozný“. Popisuje metodu metaforického rozhovoru jako osobnější přístup, než jsou běžně prováděná vyšetření. Na druhou stranu ze svého medicinského pohledu připouští, že model jí připadá málo objektivní a že si nedokáže představit, že by byl v praxi využíván místo vyšetření jako nástroj léčby. Klientka si nicméně dokáže představit využití modelu jako doplňkového nástroje vyšetření.

### **Hodnocení rozhovoru:**

Klientka je velice empatická a spolupráce s ní byla dobrá. Metafoře velice rychle porozuměla a osvojila si ji. Nad kresbou přemýšlela a dokázala velice přesně odůvodnit volbu a umístění jednotlivých struktur. Elementy neumísťovala náhodně, vše mělo svůj řád, což vystihuje povahu klientky. O některých tématech klientka nechtěla mluvit a tento fakt jsem akceptovala. Rozhovor byl náročný po stránce vedení a reagování na vzniklé situace a v jistých okamžicích se pohyboval na hranici psychologického rozhovoru. Mým hlavním cílem bylo, aby načatá témata nezůstávala v klientce po jejím odchodu otevřená a ona neodcházela frustrována. Při řešení závažnějších témat jsem se proto snažila klientku inspirovat k novému způsobu uvažování nad svým životem a případně tak objevit nové prostředky či cesty, které by posílily její životní proud tak, aby v ní po ukončení rozhovoru nepřetržovaly negativní emoce. Z klientky jsem během rozhovoru cítila určitou nejistotu a také nedůvěru k relevanci modelu, která vychází z klientčina racionálního založení. Přesto považuji výsledky rozhovoru za uspokojivé, a přestože nepřinesly nové náměty pro terapii, poskytly mi cenné informace o klientce, které samy o sobě mohou posílit terapeutický vztah i proces.

### **7.3.2 KAZUISTIKA Č. 3**

**Klient:** J. K.

**ŘEKA:**

**Voda:**

Své postižení vnímá jako jakýsi jez, který náhle přehradil jeho hladce a silně tekoucí proud. Klient říká: „Můj život krásně plynul a najednou tam někdo naházal kamení a všechno se pokazilo“. Je si vědom, že tato hráz v jeho řece v jisté podobě již pravděpodobně zůstane a je na to připraven, má pocit, že voda ho zvládne překonat, hůře vnímá jednotlivé kameny (jednotlivé důsledky příhody), které se na jezu navršily a nyní omezují proud a čerí vodu.

**Koryto:**

Koryto své řeky vnímá jako hladké a široké, negativně nezasahující do proudu. Tvoří jej především rodina (manželka a dcera) a blízcí přátelé a kolegové z práce. Klient uvádí, že po příhodě při pobytu v nemocnici atd. si mnohem více začal uvědomovat důležitost rodiny a kolika lidem na něm záleží. Byl překvapen obětavostí své rodiny, především manželky, a

velkého zájmu svých přátel, kteří jej často navštěvovali a podporovali. Uvědomil si svou výhodu, když člověk není sám a i v průběhu rozhovoru to začal vnímat jako pozitivní a posilující faktor svého životního proudu.

### **Kameny:**

Kameny v klientově řece souvisí výhradně s jeho postižením. Vzhledem k tomu, že klient je vášnivý vodák, utvořil si vlastní konkrétní představu podoby své řeky. V rámci této představy popisuje mozkovou příhodu jako skupinu větších kamenů, které tvoří jakýsi jez či hráz na dně řeky. Ze svého vodáckého hlediska však vnímá takovýto jez jak překonatelnou překážku, která pouze o něco zmenší koryto, ale proud vody výrazně neomezí. Hlavní zátěž jeho životního proudu tvoří jednotlivé kameny nasedající na mozkovou příhodu. Největší z těchto kamenů představuje postižení levé horní končetiny, které klient vnímá jako zásadní. Tento kámen je veliký, leží přímo ve středu koryta řeky a je velice hrbolatý s výčnělky. Klient popisuje, že postižení ruky jej významně omezuje v aktivitách, a to především ve volném čase. Před příhodou klient rád sportoval – jezdil na kole, na běžkách, na vodu – a především byl zvyklý na úplnou samostatnost ve věcech týkajících se domácnosti a chalupy „všechno jsem si udělal sám. Teď nejsem tak schopný a samostatný a mám na tu ruku vztek, je jako mrtvá.“, popisuje klient. Z konkrétních aktivit, v nichž cítí omezení, uvádí například sekání trávy, přitloukání hřebíků či přenášení těžkých břemen. Druhý menší kámen představuje postižení řeči, které klient vnímá jako omezující, především ve spojení se svým zaměstnáním, v rámci něhož potřebuje jednat s podřízenými a kolegy, vést přednášky a školení atd. řeč je pro něj tedy nejdůležitějším prostředkem. Sám přiznává, že tento problém nepovažuje za tolik palčivý (z pohledu pozorovatele není postižení téměř znatelné), důkazem je i přednáška, kterou již zvládl sám vést zhruba 14 dní před vyšetřením, ale udává, že stále cítí rozdíl oproti premorbidnímu stavu (zadrhávání, hledání slov).

### **Dříví:**

Jediné dřevo v klientově řece představuje pesimistické sklony, tedy emocionální naladění rozdílné oproti premorbidnímu stavu, kdy býval optimista. Nyní vidí vše negativně, protože má pocit, že se jeho stav nevyvíjí podle jeho představ – vše se nezlepšuje tak rychle, jak očekával, týká se to především levé horní končetiny. Klient očekával rychlý návrat k původnímu stavu, a tak přestože v době vyšetření jsou to od příhody teprve čtyři měsíce, vnímá svůj současný stav jako neuspokojivý. Velké naděje vkládá do rehabilitace – především

formou cvičení levé ruky, avšak z mého pohledu se k této představě upíná příliš silně a čeká nereálné výsledky (především z časového hlediska).

### **Prostory pro terapii:**

Většina problémových oblastí, které vyvstaly v průběhu rozhovoru, byla již zacílena v rámci probíhající rehabilitace. Největší kámen – postižení levé horní končetiny byl řešen formou intenzivního cvičení a nácviku funkčních aktivit průběhu ergoterapie a fyzioterapie. Z hlediska ergoterapie rozhovor přinesl nové náměty aktivit, na které je možno se zaměřit v rámci nácviků v průběhu terapií (aktivity související s domácností a chalupou – dovednosti potřebné k sekání trávy, zatloukání hřebíků, montování jednoduchých předmětů, manipulaci s břemeny, eventuálně práce v dřevařské dílně). S fyzioterapeutem by pak bylo vhodné konzultovat klientův zájem o návrat k jízdě na kole, které pro něj bylo v minulosti velice důležité. Menší kámen představující postižení řeči byl řešen v rámci logopedie. Neřešenou otázkou tedy zůstává dle řeky pouze změna klientova emocionálního naladění, tzn. jeho pesimismus. Tento problém pak může být zahrnut pod celkové negativní vnímání svého současného stavu a jeho vývoje klientem. V tomto směru bych doporučila soustavné působení na klienta v rámci navštěvovaných terapií a také v rámci rodiny, či eventuální konzultaci s psychologem.

### **Závěr:**

Z rozhovoru s klientem i znázornění jeho řeky je evidentní, že klient vnímá své problémy velmi odlišně oproti terapeutickému pohledu odborníka. Základní předpoklady k návratu k původní profesi – kognice a řeč – zůstaly téměř intaktní, klient je plně mobilní bez opory či kompenzačních pomůcek, dominantní končetina je neporušena a levá horní končetina má velký potenciál ke zlepšení – z odborného hlediska je tedy stav klienta velice dobrý. Klient však přetrvávající postižení – především levé horní končetiny - vnímá velice palčivě, jeho stav v něm vyvolává pesimistické naladění a sám v tomto směru nepociťuje pozitivní vývoj. Klient má na sebe velké nároky a od rehabilitace očekává rychlé a neadekvátní výsledky. Z těchto závěrů usuzuji, že s klientem je třeba pracovat nejen na tréninku a zlepšení motoriky, ale stejnou měrou také na jeho vnímání levé končetiny a jejím přijetí a na celkovém sebehodnocení, svých očekáváních a nárocích. V tomto směru bych doporučila možnou spolupráci s psychologem a ostatními členy multidisciplinárního týmu. Soudím, že beze



změny v klientově vnímání své situace a svého stavu, nemůže z jeho pohledu rehabilitace dosáhnout uspokojivých výsledků.

### **Zpětná vazba klienta:**

Klient hodnotí tuto formu vyšetření velice pozitivně. Především kladně vnímá metaforu řeky jako takovou, neboť sám je vášnivý vodák a navíc uvádí, že se narodil ve znamení raka, voda je mu tedy velice blízká, hovoří o ní jako o „svém živlu“. Dále kladně hodnotí formu grafického znázornění, „je dobré vše vidět před sebou na papíře, člověk si uvědomí, že to s ním ještě není tak hrozné, když vidím, kolik vody v mojí řece stále proudí“.

### **Hodnocení:**

Z terapeutického pohledu hodnotím tento rozhovor jako velmi podnětný a přínosný. Klient se jevil výrazně racionálně založen, jeho stav byl čerstvý a své problémy vnímal velice palčivě, uvědomovala jsem si proto, že rozhovor může otevřít pro klienta citlivá témata a měla jsem z něj předem jisté obavy. Byla jsem však překvapena, jak byla metafora klientovi blízká, jak rychle ji pochopil, přijal za svou a dokonce obohacoval o vlastní interpretace. Dokázal se skutečně dívat na záležitosti svého života z pohledu řeky. Vyšetření bylo náročnější z hlediska vedení rozhovoru, klient často sklouzával k pesimistickým závěrům ohledně svého stavu a především své levé ruky. V rámci rozhovoru jsem se proto zaměřila na snahu o pozitivní působení na klienta, a to především poukázáním na pozitiva v jeho životě, která byla zachována, poskytováním zpětné vazby a vedením k nalezení možných aktivit a námětů pro urychlení aktivizace a návratu do života, jaký si klient přeje. V rámci vyšetření jsme s klientem neodhalili nové cíle či požadavky pro terapii. Klient byl čerstvě v intenzivním terapeutickém procesu a jeho požadavky byly jasně definovány jako zlepšení motoriky LHK, zlepšení chůze a řeči. Nicméně aplikace Kawa modelu byla přínosná ukázkou nového pohledu na klientovu situaci. Klient sám udává, že si díky vizualizaci své situace uvědomil, kolik je toho v jeho životě „v pořádku“ a že jeho proud nebyl zdaleka zastaven. Přesto v závěru rozhovoru přetrvává kritický pohled koncentrovaný na levou horní končetinu, který bych považovala za možný námět konzultace s psychologem.

### 7.3.3 KAZUISTIKA Č. 4

**Klient:** O. B.

**ŘEKA:**

**Voda:**

Klient považuje svůj životní proud za silný, ale s menším objemem vody ve své řece.

**Koryto:**

Klient popisuje své koryto jako hladké, ale mělké a tento fakt vysvětluje absencí důležitých vztahů ve svém životě, doslova se označuje za osamocené. Při dalším dotazování na jeho rodinu a přátele uvádí, že má dospělého syna a jeho rodinu, ale vztahy s nimi nepovažuje za natolik intenzivní, aby je označil v rámci řeky. Stejně tak ve svém korytu nechce označit ani kolegu, který ho občas navštěvuje, či přátele a kamarády z rodné Moravy, kam jezdí na léto. Klient udává, že v tomto stavu samoty se nachází od doby, kdy jeho manželka zemřela na rakovinu v roce 2007. Z hlediska fyzického prostředí vnímá některé bariéry například v pohybu s berlemi, ale nepovažuje je za stěžejní omezení.

**Kameny:**

Klient nepocítuje ve své řece žádné kameny. Ani po rozsáhlém dotazování necítí potřebu některé probírané problémy v řece zobrazit - se vším je srovnáný, na všechno si zvykl a nic jej v zásadě netrápí.

**Dřevo:**

Řeka klienta je zcela prázdná až na dvě plující dřeva, které se klient rozhodl vyznačit po konzultaci jeho kresby. Tato dřeva představují klientovy vlastnosti - vyrovnanost a výdrž - díky nimž může mít jeho řeka tuto podobu, neboť klient díky nim přijímá svůj život tak, jak je a dokáže se vyrovnat i s náročnými situacemi.

**Prostory:**

Klientova řeka je čistá bez překážek, problémy, které má z odborného terapeutického hlediska, jej bytostně netrápí a jsou již dlouhodobě zacíleny v rámci terapií, na které klient dochází (ergoterapie, fyzioterapie, plavání). Jediným výraznějším omezením v klientově řece

je tedy mělké koryto, tzn. absence uspokojivých sociálních vztahů a kontaktů způsobující pocit osamocení. Tento pocit klient částečně kompenzuje pravidelným denním režimem, který mu zprostředkovává sociální kontakt. Na dotaz, proč se nadále neschází se svými přáteli, odpovídá, že se mu nechce například do hospody s kolegy, protože si ho pamatují a znají ho jako čilého a zdravého. Bylo by vhodné motivovat klienta k budování či obnovení bližších – naplňujících sociálních vazeb – s rodinou, bývalými kolegy, přáteli z rodného města, či s novými lidmi, se kterými se setkává v rámci provozování některých svých aktivit. V tomto směru je možné na klienta působit v rámci ambulantních terapií, které již navštěvuje, či například navrhnout konzultaci s psychologem.

### **Závěr:**

Řeka ukazuje rozdílnost klientova vnímání své situace oproti „objektivnímu“ pohledu odborníka. Klient trpí přetrvávajícím narušením motoriky horní i dolní končetiny, trvale se pohybuje s oporou hole, žije sám a před několika lety prošel náročným životním obdobím v souvislosti s nemocí a úmrtím manželky. Přesto vnímá svůj životní proud jako silný a čistý a žádný ze zmíněných problémů nepovažuje za natolik významné omezení či zátěž, aby jej zobrazil v diagramu řeky. Příčinou je dle mého názoru klientova klidná povaha a racionální založení, které jsou zdrojem vyrovnanosti a schopnosti zvládat i náročné životní situace. V současnosti je nejdůležitější kapacitou v životě klienta jeho pravidelný denní rozvrh. Klient považuje za zásadní, že má denní plány a nezůstává tedy stále sám doma. Tyto aktivity však pojímá velice racionálně, hovoří o nich jako o režimu nikoli jako o zdroji potěšení či radosti. Při dotazu na volnočasové aktivity, které má rád, klient odpovídá neutrálně - pravidelně například pracuje na PC, v létě pak jezdí na Moravu do svého rodného domu, kde pobývá na zahradě a stýká se se známými. Žádnou z výše jmenovaných aktivit však nepopisuje jako vysloveně naplňující. Za zásadní v jeho případě proto považuji rozvinout diskuzi na téma nalezení nových možných aktivit, které by byly pro klienta skutečným vyžitím a především pak motivovat klienta k budování sociálních kontaktů a vazeb, které jsou dle jeho řeky jediným významným deficitem v jeho životě.

### **Zpětná vazba:**

Klient hodnotí rozhovor vzhledem k výsledkům jako nepřilíš přínosný – klient je vyrovnaný se svou situací, ve svém životě neshledává žádný závažný problém a nic nehledá. Osobně mu

pak tato forma vyšetření není příliš blízká, ale dodává, že si myslí, že někomu jinému – člověku odlišného založení – by model mohl být užitečný.

### **Hodnocení rozhovoru:**

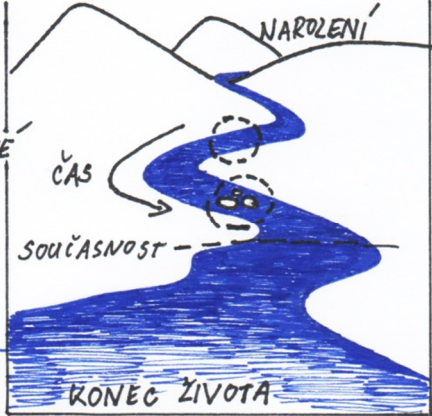
S klientem se mi velmi dobře spolupracovalo, je velice přizpůsobivý a zvyklý spolupracovat se studenty v rámci bakalářských prací. Instrukce pochopil velice rychle, metaforu si dokázal představit, a to i přesto že mu tato forma rozhovoru nebyla blízká. To považuji za jeden z důkazů univerzality této metafory. Ke kresbě přistupoval velice pragmaticky, jako k dalšímu úkolu/bodu programu v rámci jeho denního plánu, na veškeré dotazy i osobního charakteru však odpovídal bez obtíží a mluvit o událostech svého života mu nečinilo problém. Výsledná řeka je velice specifická – v proudu se nenachází žádné kameny a koryto řeky neobsahuje žádné blízké sociální vztahy. Tento výsledek byl pro mě velice překvapivý a v rámci mého výzkumu zcela jedinečný a z tohoto důvodu považuji rozhovor za velmi přínosný. Krom jiného prokázal relativitu pohledu a možnou míru odlišnosti mezi vnímáním určité situace odborníkem a samotným klientem. Model mi dále umožnil dozvědět se mnoho o klientovi a jeho pohledu na svůj život, který se ukázal být výrazně odlišný od všeobecného očekávání.

## 7.4 PŘÍLOHA 4 – KARTIČKY PRO VEDENÍ ROZHOVORU DLE KAWA MODELU

Kartičky uvedené v této příloze jsem vytvořila s cílem usnadnit vedení rozhovoru na základě Kawa modelu. Kartičky jsem využívala v průběhu rozhovoru jako pomůcku k přiblížení významu jednotlivých konceptů modelu a k jejich vizualizaci. Kartičky se ukázaly být užitečnou pomůckou, která dopomohla klientům v porozumění principům modelu a v realizaci kresby, usnadnila práci terapeuta, ale také hned zpočátku upoutala pozornost klientů. Kartičky zde uvádím jako možnou pomůcku pro ergoterapeuty pracující s Kawa modelem, či jako inspiraci pro vytvoření pomůcky vlastní.

### ŘEKA

- ZOBRAZUJE ŽIVOT ČLOVĚKA JAKO CELEK
- ZACHYCUJE PRŮBĚH ŽIVOTA A JEHO ZÁSADNÍ / VÝZNAMNÉ MOMENTY
- ZAČÍNÁ V DOBĚ NAROZENÍ A KONČÍ V SOUČASNOSTI
- PODOBA ŘEKY (KLIKATOST, ČI PŘÍMÝ TOK, ŠÍŘE ...) ODPOVÍDÁ PRŮBĚHU ŽIVOTA



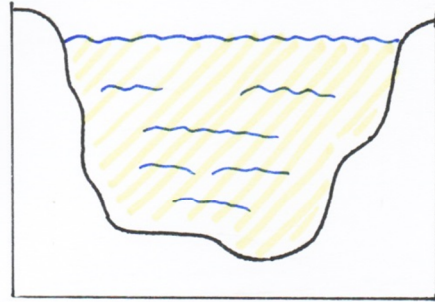
### PRŮŘEZ KORYTEM ŘEKY

- SITUACE ČLOVĚKA V DANÉM MÍSTĚ A ČASE
- ZACHYCUJE MINULOST, SOUČASNOST ČI BUDOUCNOST
- SITUACE ČLOVĚKA SE VŠEMI FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ JEHO ŽIVOT
- VŠECHNO, CO JE NACHÁZÍ V KORYTĚ ŘEKY (SPOLECNE OVLIVŇUJE STAV ŽIVOTA) PROUDU ŘEKY



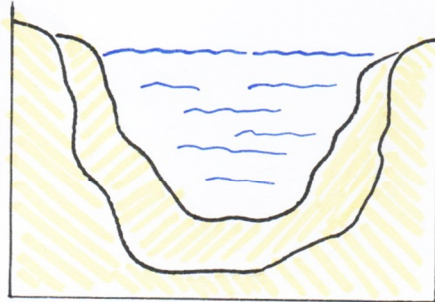
# VODA

- ŽIVOTNÍ ENERGIE
- PROUD ŽIVOTA ČLOVĚKA
- JEJÍ SÍLA, OBJEM, RYCHLOST A PROUD JSOU OVLIVNĚNY ELEMENTY, KTERÉ SE NACHÁZÍ V KORYTU ŘEKY (KAMENY, DŘEVÍ, STĚNY, DNO)
- JE-LI PROUD SLABÝ, ČLOVĚK JE NECÍTÍ DOBRĚ



# KORYTO ŘEKY (STĚNY A DNO)

- PROSTŘEDÍ FYZICKÉ A SOCIÁLNÍ (SPOLEČENSKÉ)
- MŮŽE POSILOVAT ČI OHEZOVAT PROUD VODY / ŽIVOTA
- FYZICKÉ PROSTŘEDÍ (BARIÉRY, DŮM, DOPRAVA...)
- SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ
  - MIKRO ÚROVEŇ (BLÍZKÁ LIDÉ, RODINA, KOMUNITA)
  - MAKRO ÚROVEŇ (ZÁKONY, SOCIÁLNÍ SYSTÉM)



# KAMENY

- PROBLÉMY
- TĚŽKÉ ŽIVOTNÍ OKOLNOSTI
- BLOKUJÍ PROUD VODY, ŽIVOTA
- MOHOU MÍT RŮZNÉ VELIKOSTI, TVAR, MNOŽSTVÍ
- JSOU TRVALE ČI PŘECHODNÉ
- MOHOU JE ZAKLÍNIT O STĚNY DŮM ČI ZABLOKOVAT POHYB DŘEVA



## DŘÍVÍ

- OSOBNÍ VLASTNOSTI  
CHARAKTER  
POCITY  
VNÍMÁNÍ  
SEBEVĚDOMÍ  
OČEKÁVÁNÍ
- MOHOU MÍT POZITIVNÍ  
ČI NEGATIVNÍ VLIV  
NA PROUD VODY / ŽIVOTA
- PLUŽE SPOLU S PROUDEM  
ŘEKY



## PROSTORY MEZI PŘEKÁŽKAMI

- PROSTORY, KUDY VODA /  
ŽIVOT STÁLE PROUDÍ
- PŘEDSTAVUJÍ NADEŽI,  
SKRYTÝ POTENCIÁL ČLOVĚKA,  
PROSTOR PRO TERAPII
- CÍLEM ERGOTERAPIE -  
POSÍLENÍ PROUDU  
ŽIVOTA, PROUD MUŽE  
ODSTRANIT PŘEKÁŽKY Z  
CESTY, ZNIČIT KAMENY,  
ODPLAVIT DŘÍVÍ...

