

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu



**Výtvarné a rukodělné činnosti v ergoterapii
(Analýza činnosti)**

**Arts and craft in occupational therapy
(Activity Analysis)**

Vedoucí práce:

PhDr. Jana Jebavá

Zpracovala:

Ludmila Hamáčková

Praha, duben 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím zapůjčením ke studijním účelům.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Miroslav Hlaváč', is written above a horizontal dotted line.

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Janě Jebavé za vedení této diplomové práce. Dále děkuji svým kolegyním ergoterapeutkám za podporu a podnětné připomínky k mé práci.

Souhlasím s tím, aby práce byla půjčována ke studijním účelům. Prosím o přesné vedení evidence vypůjčovatelů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno, příjmení	Číslo obč. průkazu	Datum	Poznámka

Obsah diplomové práce

Úvod	1
Cíle práce	4
Hypotézy	5
Abstrakt	6
Zkratky	7
1. Vymezení ergoterapie jako profese	8
1.1 Cíle oboru	8
1.2 Oblasti působení	9
2. Historie oboru ergoterapie	11
2.1 Vývoj ergoterapie ve světě	12
2.2 Historie ergoterapie v České republice	14
3. Význam činnosti, činnost jako základní nástroj ergoterapie	18
3.1 Všeobecný význam zaměstnání/činnosti pro jedince	18
3.2 Činnost v ergoterapii	18
3.2.1 Význam činnosti - základní předpoklady v ergoterapii podle Meyera (1922)	19
3.2.2 Logické zdůvodnění terapeutického použití činností podle Reed & Sanderson	21
4. Využití výtvarných a rukodělných činností v ergoterapii	22
4.1 Uplatnění výtvarných a rukodělných technik v jednotlivých oblastech ergoterapie.	23
4.1.1 Aktivity všedního dne (výchova k soběstačnosti)	23
4.1.2 Práce a produktivní aktivity	24
4.1.3 Hra a volný čas (kondiční ergoterapie)	25
5. Analýza činnosti – užitečný nástroj pro ergoterapeuta	26
5.1. Úvod do kapitoly	26
5.2 Analýza z pohledu Rosemary Hagedorn	27
5.2.1 Techniky analýzy, adaptace a aplikace	27
5.2.2 Analýza prostředí a její adaptace	35
5.3 Analýza z pohledu Estelle Breines	36
5.4 Paradigma výkonu činnosti podle Reed a Lewin	39
5.5 Analýza činnosti podle Grieva	48
6. Praktická ukázka využití analýzy aktivit pro výtvarné činnosti	51
6.1 Analýza úkolu	51
6.2 Adaptace činnosti	53
6.3 Stupňování činnosti	56
6.4 Cíle činnosti	58
Diskuse	60
Závěr	64
Seznam použité literatury	66
Seznam příloh	69

Úvod

Využívání kreativních a rukodělných technik v terapii pacientů s fyzickým i mentálním postižením sahá daleko do historie a přetrvává až do současnosti. Lidé, kteří se tímto způsobem terapie zabývají, jsou různého vzdělání. Patří mezi ně arteterapeuti, speciální pedagogové, pracovníci ústavů sociální péče, domovů důchodců a různých stacionářů a v neposlední řadě ergoterapeuti.

Ve své práci bych se chtěla věnovat odbornému využívání výtvarných a rukodělných činností pro lidi s postižením právě z pohledu ergoterapeuta. Díky tomu, že jsem šest let pracovala jako ergoterapeut na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, kde byla a stále je snaha co nejvíce se přiblížit modernímu pojetí ergoterapie, které v dnešní době značně přesahuje představu většiny veřejnosti (bohužel i odborné), která zná ergoterapii pod starým názvem „Léčba prací“, jak se do 70 let ergoterapie nazývala. Nebo si pod pojmem ergoterapie představí „vyšívání a háčkování“ pro vyplnění volného času pacientů.

Historie ergoterapie v České republice sahá do 19. století, kde je možné sledovat určitý vývoj, který výrazně stagnoval v době komunismu. Byly nejenom omezeny styky s ergoterapeuty ze zahraničí, kde v té době byl obrovský vývoj profese, ale i samotná poptávka po ergoterapii byla minimální. Stát se snažil popírat existenci lidí s postižením a tak vlastně nebyla potřeba někomu pomáhat s integrací do běžného života, zaměstnání či umožnit účast na volnočasových aktivitách. Významnější rozvoj oboru je možné pozorovat se založením bakalářského studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě v roce 1994, které dokonce v roce 2002 splnilo Minimální standardy pro vzdělávání, vydané a schvalované Světovou federací ergoterapeutů (World federation of Occupational Therapy). Tento krok značně pomohl k přiblížení ke světové úrovni ergoterapie.

Velké části ergoterapeutů vadí, že právě odborná veřejnost (myšleno hlavně lékaři) nazývají ještě dnes ergoterapii „Léčbu prací“ a její možnosti znají jen povrchně. Tuto skutečnost podporuje i fakt, že úroveň vzdělání a vzdělanosti ergoterapeutů v České republice je různá. V praxi jsou, kromě bakalářského studia, i absolventi vyšších odborných škol (v roce 2006/07 ukončí poslední absolventi, pak bude možné studovat ergoterapii jen jako bakalářský obor), pomaturitního specializačního studia v Léčbě prací a experimentálního pomaturitního studia ergoterapie zakončeného pouze absolutoriem bez

diplomu. Tím je dáno, že někteří absolventi jsou ve své praxi blíže „Léčbě prací“ než modernímu pojetí ergoterapie. V některých Ústavech sociální péče jsou dokonce zaměstnanci, kteří jsou nazýváni ergoterapeuty, ale ergoterapeutické vzdělání nemají. Jedná se o sociální pracovníce, výtvarnice, či osoby s jiným vzděláním. Tuto práci dělají proto, že je práce s postiženými baví a nebo proto, že v daném regionu je velmi těžké sehnat jakékoliv jiné zaměstnání. Ke klientům bývají velmi vstřícní, jenže to kolikrát nestačí k dosažení dostatečného terapeutického efektu.

Vznik ergoterapie je spojen s využíváním manuálních a výtvarných činností, ale s rozvojem průmyslu a techniky došlo ve vyspělých zemích od těchto technik k odklonu a využití výtvarných činností se stalo pouze doménou psychiatrických zařízení. Je jasné, že výtvarné a rukodělné činnosti, díky rozvoji společnosti, už nebudou zaujímat v profesi ergoterapie tak významné místo jako na počátku, ale domnívám se, že jejich terapeutický potenciál je stále veliký. Navíc tradice ručních prací je v České republice dodnes silnější než ve vyspělých státech.

Výtvarné techniky mají stále své místo ve výuce studentů ergoterapie, většinou je možné je nalézt pod názvem předmětu *Terapeutické techniky a činnosti*. Na vyšších odborných školách jsou jim dokonce vyhrazeny čtyři semestry. V tomto předmětu by se studenti dle mého názoru (a učitelů pro obor ergoterapie na 1. lékařské fakultě) měli naučit, kromě postupů různých technik, teoretické zásady pro správnou aplikaci výtvarných a rukodělných technik pro osoby s různým postižením. Využití jejich terapeutického potenciálu kromě osobních kvalit terapeuta a kreativity, závisí i na jeho erudovanosti. V českém jazyce o využití výtvarných a rukodělných technik v ergoterapii je mi známa pouze učebnice *Ergoterapie I* od Klusoňové, která hlavně popisuje pracovní postupy. O aplikaci, modifikaci a cílech terapie se zde zmiňuje minimálně. Dále je k dispozici učebnice *Ergoterapie II* od Pfeiffra z roku 1990 a později jeho skripta *Ergoterapie* z roku 2001. Uvádí zde teoretické a praktické možnosti ergoterapie u různých druhů postižení, ale nesetkáme se zde s teoretickými přístupy a modely, filozofickými základy a podrobným popisem problematiky určitého postižení či oblasti výkonu, jako je možné vyčíst v zahraniční literatuře.

Vzhledem k tomu, že jsem šest let měla na starosti výuku předmětu *Terapeutické techniky a činnosti* a neustále jsem se potýkala s absencí vyhovující literatury v českém jazyce, rozhodla jsem se pokusit ve své diplomové práci shromáždit podklady pro skripta, které

by měly sloužit jak studentům oboru ergoterapie, tak i absolventům, kteří chtějí výtvarné a rukodělné činnosti používat promyšleně a s jasným cílem terapie.

Jako hlavní téma této práci chci popsat analýzu činnosti, patřící mezi základní dovednosti ergoterapeuta (Cynkin 1990). Jedná se o terapeutický nástroj, který významně pomáhá porozumění jak pacientovi, tak činnosti a jejich vzájemnému propojení. Bohužel analýza činnosti zatím nepatří mezi základní dovednosti většiny českých ergoterapeutů. Důvodem je již zmiňovaná absence literatury v českém jazyce a literatury jako takové, protože přístup k zahraniční literatuře je i z finančního hlediska mnohem složitější (mnoho knih o ergoterapii je v České republice pouze v jediném exempláři a to v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty UK).

Cíle práce

1. V úvodu práce stručně seznámit s profesí ergoterapie.
2. Shromáždit co nejvíce podkladů o historii ergoterapie ve světě i v České republice a nejdůležitější informace uvést v této práci.
3. Popsat význam činnosti pro člověka a jeho existenci a využití činnosti jako terapeutického prostředku.
4. Nastítnit možnosti využití výtvarných a rukodělných činností v jednotlivých oblastech ergoterapie.
5. Přeložit popis analýzy činností z více zdrojů, porovnat v čem se liší a v čem shodují.
6. Uvést praktické využití analýzy činnosti na konkrétní výtvarné činnosti.

Hypotézy

1. Předpokládám, že hlubším studiem teorií o analýze činností různých autorů, zjistím, že základní myšlenka je stejná a odlišnosti jsou převážně jen v taxonomii a šířce pojetí teorie.
2. Předpokládám, že se mi podaří nalézt k anglickým termínům pro komponenty činností adekvátní český výraz.
3. Předpokládám, že uvedení výčtu komponentů činnosti a jejich definování, bude sloužit studentům k rychlejšímu zvládnutí analýzy činnosti.
4. Předpokládám, že mnou provedená analýza činnosti – výroba papírové koláže bude názornou pomůckou pro studenty oboru ergoterapie pro praktické pochopení analýzy činnosti.

Abstrakt

Ergoterapie je profese, která se snaží o dosažení co největší soběstačnosti a samostatnosti jedince. Působí ve třech oblastech: soběstačnost, práce a produktivní aktivity a volnočasové činnosti. Historie ergoterapie sahá do 18. století, ale již i v době před naším letopočtem se vědělo o příznivém vlivu smysluplné činnosti v podobě práce či výtvarných a rukodělných činností. V České republice se začátek využití činnosti jako léčebného prostředku připisuje Priessnitzovi. V době komunismu ergoterapie nebyla potřebná a tak novou éru ergoterapie v České republice je možné datovat až od roku 1992.

Pro ergoterapeuty je zásadní nástroj léčby činnost, lépe řečeno, smysluplná činnost. O významu činnosti pro ergoterapeuty psal již v roce 1922 Adolf Meyer.

Vývoj ergoterapie je spjat s využíváním výtvarných a rukodělných činností. Jejich využívání se v průběhu vývoje společnosti, který ergoterapie reflektuje, snižuje, ale v Čechách je v jejich využívání stále silná tradice.

Mezi důležité nástroje ergoterapeuta patří analýza činnosti, která pomáhá za prvé porozumět základní charakteristice jakékoliv činnosti. Za druhé pomáhá porozumět jedinci v co nejširším kontextu. Výsledkem použití analýzy činnosti je zvolení vhodné terapeutické činnosti pro konkrétního klienta, včetně navržení potřebných úprav pomůcek či vlastní činnosti.

Klíčová slova: ergoterapie, analýza činnosti, adaptace, stupňování, komponenty činnosti

Zkratky

1. **ADL** - activities of daily living – všední denní činnosti (termín běžně užívaný ergoterapeuty pro dohodnuté položky z oblasti soběstačnosti)
2. **CMOP** - Canadian Model of Occupational Performance (Kanadský model výkonu činnosti)
3. **COTEC** - Council of Occupational Therapy in European Countries (Evropská komise ergoterapeutů)
4. **ČAE** – Česká asociace ergoterapeutů
5. **IADL** - instrumentální ADL, termín běžně užívaný ergoterapeuty pro „širší“ soběstačnost. Patří sem: vaření, nakupování, praní, jízda dopravním prostředkem, braní léků, včetně jejich obstarání si, vyřizování pochůzek, např. poštu, telefonování, domácí úklid.
6. **MOHO** – A Model of Human Occupation (Model lidského zaměstnávání)
7. **PADL** – personální ADL, zahrnují: jedení, oblékání, osobní hygienu, koupání včetně transportu do vany či sprchy, chůzi po rovině i do schodů (popřípadě jízdu na vozíku)
8. **WFOT** - World Federation of Occupational Therapists

1. Vymezení ergoterapie jako profese

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova „ergon“, což znamená práce a therapie – léčení. Termín ergoterapie se používá v některých evropských jazycích (němčina, francouzština, španělština aj.), zatímco v anglosaské literatuře se používá pro ergoterapii pojmu occupational therapy (Votava, 2003).

Česká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii jako zdravotnickou disciplínu, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postižení, nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost (ČAE 2000).

Světová Federace ergoterapeutů (WFOT) říká, že ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody (well-being) prostřednictvím činnosti. Ústředním cílem ergoterapie je umožnit osobám vykonávat všední denní činnosti. Ergoterapeuti pomáhají osobám ve zlepšení jejich schopností, které jim umožní vykonávat potřebné aktivity, nebo v úpravách prostředí, které přispějí k účasti jedince v aktivitách (WFOT 2005).

Ergoterapeuté pracují jak ve zdravotnictví, tak i v sociální sféře. Pro přehled uvádím zařízení, kde se ergoterapie může uplatnit: nemocnice, rehabilitační centra a ústavy, ústavy sociální péče pro děti a dospělé, léčebny a stacionáře pro psychiatrické pacienty, léčebny pro dlouhodobě nemocné, denní stacionáře pro dospělé a seniory, domovy seniorů, home care, speciální školy, pracoviště sledující ergonomii na pracovišti, vzdělávací instituce pro přípravu studentů ergoterapie (Profil profese ergoterapeutů). Cíle a prostředky terapie se často liší podle typu zařízení či dle poskytované služby.

1.1 Cíle oboru

1. Dosáhnout maximálního stupně funkčnosti v aktivitách denního života (ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času pomocí vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání.
2. Podporovat u jedince aktivní přístup k uchování si svého zdraví a celkové kvality života .
3. Zabránit vzniku handicapu u osob s disabilitou , či jinak znevýhodněných osob.

4. Pomáhat jedinci zachovat si kvalitu života při trvalém zdravotním postižení, disabilitě či chronickém onemocnění.
5. Přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti formou předpracovní rehabilitace a spolupracovat se zaměstnavateli při vytváření pracovních příležitostí pro osoby s postižením.
6. Působit v oblastech ergonomie práce a pracovního prostředí a v osvětových programech pro specifické skupiny osob.
7. Rozvíjet vědecko - výzkumnou a publikační činnost
8. Komunikovat s odbornou i laickou veřejností (Koncepte oboru ergoterapie¹).

1.2 Oblasti působení

Ergoterapeuté podle moderního pojetí rozdělují své působení do tří hlavních skupin, v anglosaské literatuře se setkáváme s pojmem Performance Areas, které jsou:

1. Soběstačnost (péče o sebe sama i druhé, zahrnuje položky z IADL a PADL)
2. Práce a produktivní aktivity (zahrnuje i studium)
3. Hra a volný čas

U Pfeiffera² můžeme najít toto rozdělení:

1. Ergoterapie zaměřená na trénink ADL (soběstačnost)
2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast (sensorické, motorické a kognitivní funkce)
3. Kondiční ergoterapie
4. Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink.

Ve výuce současných studentů je již snaha využívat rozdělení používané ve vyspělých zemích. Rozdíl mezi oběma rozděleními je pouze v tom, že Pfeiffer uvádí Ergoterapii cílenou na postiženou oblast. Ve výše uvedeném rozdělení se předpokládá, že se bude ergoterapeut automaticky snažit o definování problémů v jednotlivých oblastech, které jsou právě zapříčiněny problémy v motorických, sensorických, kognitivních a psychosociálních komponentech. Výkon jedince ovlivňují samozřejmě i jiné faktory než zmíněné

¹ Koncepti oboru vydala Česká asociace ergoterapeutů. Výbor České asociace ergoterapeutů plánuje tento materiál v co nejbližší době zveřejnit.

² Ve výuce ergoterapeutů je možné se setkat hlavně s učebnicí Ergoterapie II. a skripty Ergoterapie (Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci) od Prof. MUDr. Jana Pfeiffera, Dr.Sc., který v současné době působí na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze

komponenty, ale o těch budu více hovořit v kapitole Analýza činnosti - užitečný nástroj ergoterapeuta.

2. Historie oboru ergoterapie

Historický vývoj oboru ergoterapie se zakládá na požadavku najít pracovní činnost a náplň času pro postižené osoby, a to zvláště pro duševně postižené (Lippertová-Grünerová, 2005). Idea využití činnosti jako léčebného prostředku nemocných je poměrně stará. Již 3 000 let n.l. jsou v dochovaném písemnictví starých asijských kultur uvedeny léčebné metody jako např. činnostní léčba při léčení některých chorob. Z mnohých historických pramenů se můžeme dovědět o pozitivním vlivu práce, cvičení a hry v nemoci.

V starobylém Řecku byla fyzická aktivita významně rozvinuta. Sokrates (400 let před n.l.) a Plato (347 let před n.l.) vnímali souvislost mezi fyzickým stavem a duševním zdravím. Aristoteles (340 let před n.l.) cítil, že „výchova rozvoje těla musí předcházet rozvoji intelektu“. Hippokrates (359 let před n.l.) a Galen (200 let n.l.) doporučovali pacientům fyzické cvičení jako jeden z prostředků umožňující být zdravý. Hippokrates zdůrazňuje nutnost zaměřit se při léčení na „postižení těla a mysli“ a doporučuje jako léčebné metody zápas, jízdu na koni a práci jako formu tvrdého cvičení. Doporučuje také výcvik pro povolání. Za dalších 500 let se Cornelius Celsus zaměřuje i na prevenci a doporučuje pro udržení zdraví léčebné pracovní cvičení a to plachtění na lodi, cvičení se zbraní, míčové hry, běh a chůzi. Doporučuje používat práce a zaměstnání diferencovaná pro to které postižení. Také Galen propagoval léčbu zaměstnáváním. Navrhoval takové činnosti jako orání, rybaření, stavění domů nebo lodí, tedy jakoukoli činnosti při níž by dovedný i méně obratný člověk udržel svou životaschopnost. Tvrdil že zaměstnání je nejlepší lékař lidského charakteru a je základem lidského štěstí.

Zdůrazňoval se význam prevence před léčbou a nutnost všimnout si pacientů dělníků přímo v jejich dílnách. Jako léčebná metoda se také využívalo šití, tkaní a výroba keramiky.

V této době se začala projevovat snaha o upřesnění významu práce, činnosti jako léčby, o systemizaci jednotlivých činností a o přesné a důsledné předepisování této léčby.

Hry, zápasy a kratochvíle byly součástí života primitivních lidí, tak jak se to dovídáme z jeskynních kreseb a sošek nalezených v Egyptě, Babylonu a Číně. Egyptané již 2000 let před n.l. a Řekové 420 let před n.l. považovali hru a zábavu za způsob léčby nemocných. Římský lékař Asclepiades (124 – 40 před n.l.), doporučil léčbu prací u duševně nemocných pacientů. Ve středověku byla hra zapovězena církví ale její vliv na duševní a fyzickou aktivitu člověka byl opět uznáván v období renesance.

2.1 Vývoj ergoterapie ve světě

Jako skutečnou léčebnou metodu ergoterapii poprvé použil francouzský psychiatr Philippe Pinel (1745 –1826) (Votava 1997), který zavedl pracovní léčbu v Bicetre Asylum pro duševně choré poblíž Paříže. V jeho knize, publikované v roce 1801, popsal tuto metodu jako „předepsané fyzické cvičení a manuální zaměstnávání“. Dále uvádí, že pracovní léčba má být používána ve všech nemocnicích pro duševně choré, protože přísné provádění manuální práce je nejlepší metoda jak zajistit dobrou morálku a disciplínu. Návrat pacienta k jeho předchozím zájmům, k jeho původnímu zaměstnání bylo pro něho dobré znamení konečného uzdravení. Tento přístup se v průběhu 19. století rozšířil v celé Evropě.

Začátkem roku 1800 Samuel Tuke, člen křesťanské skupiny Society of Friends založil Azylové útočiště pro duševně choré v Yorku v Anglii. Také zde zavedl pracovní terapii jako Pinel, ale zdůrazňoval humánní léčbu pacientů jako lidských bytostí s vlastní kapacitou pro sebeovládání a kázeň. Nazýval to *morální léčbou* (z anglického termínu „moral treatment“).

V průběhu 18. a 19. století se využívala pracovní terapie neboli ergoterapie hlavně v oblasti péče o duševně nemocné osoby. Jedinou zmínku o ergoterapii předepsané pro fyzicky postiženého pacienta najdeme v literatuře v knize francouzského lékaře Clement-Josepha Tissota, publikované v roce 1780, kde detailně popsal využití rukodělných a zábavných činností v léčbě onemocnění svalů a kloubů a v poúrazových stavech.

Ve druhé polovině 19. století a začátkem 20. století postupně docházelo k úpadku využívání pracovní léčby či ergoterapie, který byl způsoben přílišnou zaneprázdněností lékařů, nezájmem veřejnosti, nedocenění terapeutické hodnoty zaměstnáváním a ekonomickými tlaky po 1. světové válce.

Vlastní profese ergoterapie vznikla před 1. světovou válkou v USA a na jejím založení se podíleli lékaři a zdravotní sestry. Do jisté míry vycházela z protestantských tradic, v nichž byla práce považována za důležitou lidskou ctnost. Tehdejší společnost byla ještě spojena s venkovským stylem života, přičemž se většina výrobků prováděla po domácky. Proto činnosti, používané jako prostředek ergoterapie, byly většinou z oblasti „arts and crafts“, tedy ručních a výtvarných prací (např. tkaní, keramika apod.). První škola, kde se vyučovala ergoterapie, byla otevřena v roce 1915 v Chicagu a byla orientována na práci

s mentálně postiženými a duševně nemocnými. Další školy byly otevřeny v Anglii v roce 1925 a později také v skandinávských zemích (Lippertová-Grünerová 2005).

Po 1. světové válce dochází k rychlému rozvoji ergoterapie u fyzicky postižených. Ergoterapeuté zakládali různé rehabilitační programy pro raněné vojáky ve vojenských nemocnicích. Využívali terapeutické činnosti k léčbě ortopedických a neurologických nemocí a u stresových poruch. V tomto období se i výrazněji prosazuje systematické měření svalové síly a rozsahu pohybů u fyzicky postižených pacientů. Začala se provádět kineziologická analýza činností a činnosti byly volené podle analýzy pohybů pacienta a jeho omezeních. Dále se navrhovali specifické individuálně přizpůsobované pomůcky a dlahy, které se využívali v průběhu rehabilitace. Cílem ergoterapie byla funkční obnova pacienta a jeho soběstačnost. Ergoterapie se mezi světovými válkami postupně dále rozvíjela, a po počátečním váhání byla zařazena jednoznačně mezi zdravotnické profese.

V padesátých letech 20. století dochází k prudkému rozvoji ergoterapie u fyzického postižení. Využívání exaktnějších metod měření fyzických funkcí v medicíně iniciovalo diskusi o vytvoření teoretických základů ergoterapie. Nové poznatky v medicíně přesunuli pozornost v ergoterapii od léčby tuberkulózy a poliomyelitidy k chronickým onemocněním (artritida, nemoci srdce, CMP, traumatické poranění a vrozené vady). Nejvíce ergoterapeutů stále pracovalo v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.

Do začátku 40tých let 20. století byla profese ergoterapie pod vlivem dvou filozofií: holismu a redukcionismu. Zatímco holismus poskytoval širší humanistický přístup k terapii, redukcionismus vedl k přesné a rozsáhlé technické orientaci v léčbě. Důraz byl kladen na získávání klinických dovedností jako např. progresivní resistantní cvičení, propioceptivní neuromuskulární facilitace, ADL, protézování a vyrábění ortéz. Důsledkem toho byla změna hodnot a myšlenek, které se odráželi v předepisovaných terapeutických cvičeních s pacienty. Ergoterapie se více technicky zaměřovala a tyto techniky nebyly integrovány do filozofie, teorie a rámce vztahů. Došlo k jakémusi „vykolejení ergoterapie“ Převládající technická perspektiva chápala člověka jako mechanickou bytost podléhající manipulaci a kontrole pomocí aplikací technik.

Období 60tých let 20. století znamenalo pro ergoterapii období změny. Společnost opět začala přijímat ideály humanismu. Profese ergoterapie přijala redukcionistické myšlení typické pro medicínu, kterým nahradila původní důraz na smysluplnou činnost nebo zaměstnávání klienta. Postavení ergoterapie bylo také zpochybněno chybějícím

filozofickým základem. I proto znovuobjevené principy humanismu našly odezvu v ergoterapii.

V 60tých letech 20. století vznikají nové sensomotorické a neurofysiologické léčebné přístupy. Zatímco se klinický důraz na tyto nově vzniklé přístupy zvyšuje, důraz na činnost jako takovou se snižoval. Podle Cynkin, ergoterapeuti přijali tyto nové techniky do své praxe bez toho, aniž by našli souvislosti s léčbou využívající hlavně činnost nebo zaměstnávání.

80tá a 90tá léta 20. století jsou charakterizovaná velkou snahou o vytvoření teoretického základu ergoterapie. Hlavní důraz se klade na trénink soběstačnosti a nácvik používání kompenzačních pomůcek, trénink dovedností a předpracovní přípravu. Jako prostředek terapie se využívá hlavně smysluplná činnost, všední denní činnosti (personální i instrumentální ADL) a volnočasové aktivity. Práce ergoterapeuta se stále více přesunuje z nemocnic do komunit. Cílem je nejen pohybová reedukace, ale i poradenská činnost (např. kompenzační pomůcky, vhodné pracovní prostředí) a sociální neintegrace pacientů. Do popředí se dostává důraz na prostředí a jeho vliv na člověka. Vzniklo několik nových modelů, mezi které patří *Model lidského zaměstnávání* (The Model of Human Occupation) *Kanadský model výkonu činnosti* (Canadian Model of Occupational Performance) (viz příloha č.4).

Dnes se mnozí ergoterapeuté podílejí na rozvoji nové vědecké disciplíny *occupational science*, která se zabývá systematickým studiem člověka jako pracující bytosti. Zabývá se tedy hlavně studiem zaměstnávání nebo činnosti, ale také oblastmi, které ovlivňují funkční výkon člověka např. emoce, pohyb, myšlení.

Z anglosaských zemí se ergoterapie šíří do dalších zemí Evropy. Lze říci, že nejvíce je ergoterapie v Evropě rozvinuta ve Velké Británii, v skandinávských státech a v Holandsku. Výuka ergoterapie ve většině zemích probíhá na vysokých či vyšších školách, na kterých učí většinou ergoterapeuti, kteří se také podílejí na výzkumu.

2.2 Historie ergoterapie v České republice

Rozvoj léčebné péče v 18. století souvisí s rozvojem průmyslu. Stavělo se více nemocnic a vzdělávalo lékařů. Poměry v nemocnicích byly velmi špatné a zlepšily se teprve ve století 19., kdy se zlepšila i péče o tělesně postižené. V druhé polovině 19. století pronikala do

rehabilitace stále více elektřina a fyziotrické metody. Zlepšovala se i sociální péče a tím péče o tělesně postižené i o duševně nemocné.

K zakladatelům ergoterapie v ČR v devatenáctém století je spojen lidový léčitel Vincenc Priessnitz v lázních Jeseníky (Votava 1997). Priessnitz zavedl systematické otužování vodoléčbou. Kromě toho museli nemocní povinně absolvovat procházky a přitom pracovat. V každém lázeňském okruhu bylo několik studánek, ke kterým museli nemocní dojit pěšky, vypít předepsané množství vody pod dohledem ošetřovatele a na určitých místech byly složeny hranice dřeva, z nichž museli pacienti pod dohledem lesníků pořezat určitý počet polen. Byla to léčba velmi účinná, lázně Jeseník byly vyhledávány pacienty z celé Evropy.

Byla zavedena léčba v psychiatrických ústavech, pacienti pracovali zejména na zahradách a v zemědělských provozech, které přiléhali k ústavu. Každá větší psychiatrická léčebna vlastnila dříve svůj statek. V rámci ergoterapie se využívali zejména tradiční rukodělné techniky. Velkou tradici měla vždy ergoterapie v tuberkulózních sanatoriích. Od roku 1913 byla ergoterapie zaváděna prof. MUDr. R. Jedličkou v jeho známém ústavu v Praze, kde se léčily postižené děti. Také váleční invalidé z první světové války, kteří svá původní povolání nemohli už pro zranění vykonávat, se zde přeškolovali na jiná zaměstnání. Ústav byl na svou dobu velmi moderní, zejména pojetím komplexní péče o tělesně postižené děti. Z Jedličkových spolupracovníků nutno ještě uvést pedagogy, kteří se zabývali ergoterapií v širokém slova smyslu. Byl to F. Bakule, A. Bartoš a MUDr. Trnka, který si dodatečně doplnil vzdělání na lékařské fakultě a publikoval velmi zajímavou ergoterapeutickou práci Zaměstnání dětí jako součást léčby a výchovy. Po 1. světové válce byly vybudovány další Jedličkovy ústavy a to v Liberci, Brně a Bratislavě.

Ergoterapie se velice rozvinula v souvislosti s epidemiemi dětské obrny (poliomyelitis anterior acuta), která v několika vlnách zaplavila všechny civilizované země v období mezi 1. světovou válkou a rokem 1955 (Pfeiffer 1990).

Po druhé světové válce se ergoterapie stala součástí rehabilitace. U nás a v Evropě se vyvíjely jednotlivé součásti ucelené rehabilitace samostatně a tedy nebyly zastřešeny tímto termínem. Navíc v 50. letech dvacátého století u nás vznikl v cizině neznámý obor „univerzální rehabilitační pracovník“ (s možností atestace v léčbě prací, nebo LTV) a tím dlouhodobě potlačen samostatný vývoj ergoterapie (Votava 2003). Ve spolupráci se zahraničními odborníky byl zřízen Rehabilitační ústav pro léčení poliomyelitidy

v Janských lázních a v roce 1947 byl otevřen Rehabilitační ústav v Kladrubech. Oba tyto ústavy měly rozsáhlý úsek léčby prací. V Rehabilitačním ústavu v Kladrubech proběhl v roce 1949 kurz, pořádaný ergoterapeuty z USA. Tyto kurzy byly základem samostatné profese ergoterapie. Později vzniklo dvouleté nástavbové studium rehabilitace, jehož absolventi si mohli udělat atestaci (kromě léčebné tělesné výchovy) také z *léčby prací*, tedy nynější ergoterapie. V Rehabilitační společnosti vznikla koncem 70. let nejprve komise, později sekce ergoterapie, která pořádala pravidelné konference.

V České republice byla velmi silná tradice, která stále přetrvává, že rehabilitace je pouze o cvičení. Ergoterapie nebyla proto požadována, panoval názor, že je nepotřebná a byla proto vnímána jako luxus či nadstandard, vyplnění času lidí v léčebnách. Bohužel rozvoj moderní ergoterapie z těchto důvodů zaostával a stagnoval pouze na tradici rukodělných a výtvarných aktivit, především tkaní a košíkářství. Nejasnost panovala nejen v náplni oboru, ale také v jeho názvu. Do 70. let byla ergoterapie nazývána „*léčba prací*“, poté byl název změněn na ergoterapii (Faktorová 2002). Vývoj profese také ovlivnila přítomnost komunismu, kde lidé s postižením byly odesíláni do odlehlých ústavů mimo velká města. Stát se snažil tvářit, že u nás problém lidí s postižením není a díky tomu potřeba profese, která by napomáhali lidem s postižením integrovat se do rodiny, práce a života komunity, zde nebyla.

V roce 1992 bylo zahájeno samostatné studium ergoterapie na úrovni vyššího odborného vzdělávání. (Před rokem 1989 existovala ergoterapie pouze jako součást fyzioterapie, kde ji bylo možné studovat pouze v rámci specializačního postmaturitního studia).

V roce 1995 byla vytvořena samostatná profesní organizace *Česká asociace ergoterapeutů* (ČAE) a ve stejném roce vzniklo bakalářské studium ergoterapie na 1. lékařské fakultě v Praze. V roce 2002 bakalářské studium ergoterapie na 1. LF UK v Praze splnila požadavky Minimálních standardů pro vzdělávání ergoterapeutů dané Světovou federací ergoterapeutů. Tento fakt je důležitý nejen pro ergoterapeuty v ČR, ale zejména pro absolventy tohoto studia a jejich možnosti uplatnění v EU. (interní materiály ČAE)

K zákonodárnému uznání ergoterapie jako samostatného zdravotnického oboru a vymezení činností souvisejících s poskytováním ergoterapeutických služeb došlo až v roce 2004, zákonem č. 96/2004 Sb. ze dne 4.2.2004.

Rok 2004/05 byl poslední, kdy bylo možné zahájit studium ergoterapie na vyšších odborných školách. Od této doby je možné ergoterapii studovat jen na školách vysokých.

Oproti západním zemím, kde ergoterapie podstoupila složitý vývoj nejen v metodice, ale i ve vztahu ke kompletnímu pojetí léčby, se v České republice trend využívání výtvarných a rukodělných prací udržel o mnoho déle (a v některých zařízeních se pořád drží). Bylo to dáno izolovaností našich ergoterapeutů od moderních trendů v ergoterapii ve světě a také naší kulturní tradicí, kde jsou stále ruční práce oblíbené. O pomalém vývoji ergoterapie v ČR na světovou úroveň svědčí bohužel i skutečnost, že odborná veřejnost (především lékaři) stále chápe ergoterapii jako „léčbu prací“ a má ji spojenou s vyplněním volného času pacientů pomocí výtvarných a rukodělných činností.

3. Význam činnosti, činnost jako základní nástroj ergoterapie

3.1 Všeobecný význam zaměstnání/činnosti pro jedince

Pátrání po vývoji činnosti od pravěkého člověka až do současnosti vedlo k zjištění, že evoluční význam činnosti pro všechna zvířata je přežít a být zdravý. Přežití je chápáno jako drive který je prvořadý jak pro člověka, tak i pro všechna ostatní zvířata (Lorens 1983). Přežití jedince je výsledkem činností, které jsou prováděny za účelem základních potřeb organismu: jídlo, voda, kontrola teploty a činnosti podporující sociální, ekologické a materiální prostředí. Zdraví je výsledek každého organismu, který má nezbytnou potravu, a odpovídající bezpečí a zachovanou a procvičovanou fyzickou, mentální a sociální kapacitu, které jsou zároveň v rovnováze.

Potřeby činnosti také podněcují využití kapacity, která bude organismus rozvíjet a dosáhne zvýšení jeho potenciálu. Tyto potřeby jsou objevovány v pozitivním slova smyslu, jako např. potřeba být kreativní, vynaložit energii, objevovat, chodit, poslouchat a dívat se, využívat nápadů, vyjadřovat myšlenky, trávit čas sám a nebo naopak s ostatními. Potřeby, které aktivují kapacitu jedince a udržují v rovnováze jejich nadměrné či nedostatečné využívání, jsou prevencí nemoci. V případě, že kapacita jedince je nadužívaná či nedostatečně využívána, lidé se cítí unaveni, ve stresu nebo se nudí, či se cítí vyhořelí. To všechno vede ke snížení imunity, k nemocem a zvětšení pravděpodobnosti nehody (Creek 1998).

3.2 Činnost v ergoterapii

Činnost a zaměstnání byly od samého vzniku profese vnímány jako prostředek a cíl terapie (Wilcock, 1999). Podstatu teorie o využití činnosti v ergoterapii je možné vyjádřit slovy Mary Reillyové (1962 in Turner 1996): „Člověk prostřednictvím svých rukou, které jsou ovládány myslí a vůlí, může ovlivnit stav vlastního zdraví.“

Při využívání činností jako léčebného prostředku, namísto jednostranně zaměřených cvičení bez kontextu, je možné pozorovat větší léčebný efekt. Prováděním smysluplných činností dochází k rychlejší generalizaci naučených dovedností do činností podobného typu. Dalším stupněm je přenesení naučené dovednosti do činnosti odlišného typu a

výsledkem by mělo být využívání dovednosti v běžném životě. Ergoterapeuté by měli u svým pacientů (a především i sami u sebe) podporovat rovnováhu vykonávání činností z jednotlivých oblastí (péče o sebe sama, práce a volný čas) a plnění závazků a povinností, na základě jejich mentálních, fyzických, biologických, sociálních a sociokulturních možností (Creek 1998). Rovnováha v činnostech jedince je reflektována jeho zvyky a obvykle prováděnými činnostmi .

O významu činnosti a jejím terapeutickém efektu je v ergoterapeutických knihách popsáno mnoho stránek. V této souvislosti je často citovaným autorem Adolf Meyer³, zakladatel ergoterapie v USA.

3.2.1 Význam činnosti - základní předpoklady v ergoterapii podle Meyera (1922)

1. Mezi činností/ zaměstnáním a zdravím je zásadní spojitost.
2. Zdraví prospěšná činnost je základem pro rovnováhu mezi bytím, myšlením a konáním.
3. Existuje jednota těla a mysli.
4. V případě, že účast na aktivitě je něčím narušena, dochází k narušení tělesných a psychických funkcí.
5. Udržování těla a mysli v činnosti napomáhá obnově funkčních schopností.

Jednotlivé hesla Mayer dále rozvádí:

ad.1 Činnost souvisí jak s fyzickou, tak i s psychickou pohodou. Je všeobecně známé, že svalová nečinnost, např. při dlouhodobém ležení, vede k oslabení svalů a snížení kloubní pohyblivosti. Kromě toho jsou ovlivněny i další funkce jako např. vitální kapacita plic, srdeční činnost a další. V případě, že člověk není sociálně a kognitivně aktivní snižuje se výkonnost paměti, vyjadřování, myšlení a dalších psychosociálních dovedností.

ad.2 Při přemýšlení o našem životě zjistíme, že svůj život netrávíme jen v nepřetržitých fyzických činnostech. Naše „dělání“ je rozložené mezi *bytí* (jedení, pití, toaleta, spaní, odpočívání, milování) a *přemýšlení* (které zahrnuje učení se, vzpomínání na milovanou osobu, psaní a sestavování seznamu pro nákup nebo tvořivé přemýšlení při navrhování

³ Adolf Meyer byl americký psychiatr. Jeho filozofie léčby značně ovlivnila filozofii a historii celé profese.

čehokoliv, atd.) Výše zmíněné se odvíjí od našich rolí, zaměstnaní a zájmů. Obvykle jsme naše „bytí“ uspořádali do zvyků a běžné rutiny.

ad.3 Meyer předpokládá neviditelné spojení mezi tělem a myslí. Představoval si, že morálka a vůle jsou udržovány účastí na aktivitě a díky tomu existuje spolupráce mezi fyzickou a mentální aktivitou. Pro jedince je přirozené, že se snaží o fungování, přijetí a pohodu (well-being). Naše touha po vykonávání činnosti pochází z touhy objevovat a ovládat naše okolí. Díky této výchozí potřebě můžeme získávat informace jak o nás samotných tak, i o všem, co nás obklopuje. Při usilování o dosažení rutiny získáváme dovednosti, jistotu a schopnosti, podle kterých měříme vlastní cenu a zvyšujeme naši pohodu. Takto nám činnosti, pro které jsme vnitřně motivovaní přináší odměnu. Takovými odměnám říkáme vnitřní „motivátory“⁴ (motivators), které vyjadřují spojení mezi naším myšlením a děláním (myslí a tělem) a jsou hlavními pohnutkami pro naši činnost. Kromě vnitřních jsou i vnější motivátory, které přichází z venku. Člověk díky nim krátkodobě vykonává činnost, která ale v konečném výsledku nevede k pocitu pohody.

ad.4 V případě, že jedinec s disabilitou není podporován v provádění smysluplných činností, dochází ke snižování jeho účasti v činnosti. Jedinec není činnost schopen zvládnout, klesá jeho sebeúcta, což následuje nedostatek motivace. Souhrnně se dá říci, že pokles ve vykonávání vytváří patologii (Fidler a Fidler, 1978 in Truner, 1996).

Takovouto situaci můžeme nazvat dysfunkcí v činnostech, což patří mezi hlavní oblasti zájmu práce ergoterapeuta. Jelikož ergoterapeuti věří, že každý je jedinečný, je potřeba brát v úvahu, zda jedinec považuje svoji dysfunkci ve výkonu činnosti za závažnou. Pro dva jedince se stejným postižením, například se ztrátou dolní končetiny, může být pro jednoho tato situace, z pohledu jeho rolí a zaměstnání, tragická, ale překonatelná. Druhý může situaci vidět jako zcela nepřekonatelnou. Z toho plyne, že pro co porozumění dysfunkce jedince je daleko důležitější porozumění jeho postojům, životnímu stylu a společenství, ze které pochází, než znalost jeho diagnózy.

⁴ Pro slovo „motivators“ se těžko hledá český ekvivalent. Prof. Pfeiffer často hovoří o motoru neboli drivu, který pomáhá pacientovi vrátit se zpět do plnohodnotného života. V opačném případě je rehabilitace s klienta, kterému chybí zmiňovaný „drive“ velmi náročná a často i málo úspěšná.

ad.5 Mayer poukazuje na to, že když činnost je klíčová složka pro udržení „dobrého bytí“ (well-being), může být zároveň prostředkem k znovuoobnovení požadovaných funkčních schopností.

3.2.2 Logické zdůvodnění terapeutického použití činností podle Reed & Sanderson ⁵

1. Činnosti podporují běžný vývoj jedince, a z toho důvodu mohou být užitečné i pro jedince s abnormálním vývojem. To koreluje i s Piagetovým (1969) tvrzením, že veškeré vědění světa získáváme skrze činnost
2. Činnosti podporují počáteční učení jedince a z tohoto důvodu mohou být užitečné i při opětovném se učení.
3. Činnosti mohou být stupňovány tak, aby odpovídaly specifickým potřebám.
4. Díky podrobné analýze činností můžeme podporovat kognitivní, senzomotorické a psychosociální dovednosti.
5. Skrze výběr činností můžeme zvýšit stupeň zodpovědnosti jedince.
6. Vykonávání činnosti podporují schopnosti a zkušenosti (mastery).
7. Vykonávání činností splňuje potřeby jedince a požadavky společnosti.
8. Vykonávání činností usnadňuje orientaci v realitě. V případě, že činnost je pro člověka důležitá, zvětšuje se jeho pozornost pro tuto činnost. (Turner, Foster, Johnson , 1996)

⁵ Reed, KL., Sanderson, S.: 1992 Concepts of occupational therapy, vyd.3. Baltimore, Williams and Wilkins

4.1 Uplatnění výtvarných a rukodělných technik v jednotlivých oblastech ergoterapie

Každá činnost se skládá z určitých úkolů, podúkolů a jednotlivých dovedností –součástí (komponentů) činnosti. Stejně či podobné komponenty činnosti a podúkoly se objevují v mnoha činnostech. Tyto činnosti si svým charakterem ani nemusí být podobné, ale mají shodné či podobné nároky na komponenty. Díky tomuto může ergoterapeut skrze výtvarné činnosti (volnočasové aktivity) ovlivňovat výkon klienta i v jiných činnostech (např. v soběstačnosti či pracovním uplatnění). K důkladnému porozumění činnosti a potřeb klienta nám může pomoci analýza činnosti, o které více hovořím v další kapitole. Analýza činnosti předpokládá neustálou otázku po smyslu používané činnosti pro klienta a předpokládá nápaditost a vynalézavost v provádění adaptací pomůcek, prostředí či postupu provádění činnosti.

4.1.1 Aktivity všedního dne (výchova k soběstačnosti)

Možná se na první pohled zdá, že soběstačnost a výtvarné a rukodělné činnosti spolu nesouvisí, přesto je zde možné najít velké množství úkonů, které jsou totožné či velmi podobné. Jen je třeba vhodně navodit potřebnou situaci a podpořit trénování určité dovednosti.

Jednotlivé úkony důležité pro soběstačnost, které se objevují i při provádění výtvarných i rukodělných činností jsou např.: *jízda na mechanickém vozíku, přesuny z mech. vozíku na židli či toaletu, převážení pomůcek na vozíku, přenášení pomůcek i v případě, že klient chodí o berlích, umístění pomůcek do vyšší poličky, zdvihnutí ze země pomůcky, které spadly na zem, otevření a zavření dveří, sledování času, rozvržení si činnosti podle časových možností, zapamatování si postupu činnosti, rozhodování se např. při výběru barev.... Z instrumentálních ADL je možné trénovat např. jednotlivé kroky vaření (např. při vaření moduritu, pečení vizovického pečiva nebo uvaření si čaje pro zpříjemnění skupinové aktivity), nakupování (nákup výtvarných pomůcek, či plánování co je potřeba dokoupit) a další.*

Stává, že někteří klienti vyžadují po terapeutovi větší dopomoc, než potřebuje. To se často děje např. při přesunech, manipulaci s předměty („podejte mi, doneste mi a podobně“). Při prvním seznámení se s klientem je pro terapeuta často nesnadné „zorientovat“ se

nepředpokládá se zde výrazné zlepšení pracovního chování nebo produktivity práce. U lidí s psychiatrickou diagnózou jde často o podporu pracovního chování, zvyšování sebedůvěry, zvládnání výkyvů nálady, interpersonální a komunikační dovednosti. Takovouto chráněnou dílnou je např. Fokus Praha.

4.1.3 Hra a volný čas (kondiční ergoterapie)

Při využívání výtvarných a rukodělných činností v této oblasti jde o nesespecifický trénink fyzické či psychické kondice. Uplatnění kondičně prováděných výtvarných a rukodělných činností lze najít v různých stacionářích jak pro děti, tak dospělé, v domovech důchodců, ale i v rehabilitačních zařízeních.

U klientů v produktivním věku a s náhledem na svoji situaci může být provádění výtvarných činností provázáno s uvědomováním si potřeby rovnováhy mezi soběstačností, prací a volnočasovými aktivitami.

Mezi cíle v této oblasti může patřit udržování funkčního potenciálu klientů, kteří již nevyžadují specifickou terapii, ale sami zatím nejsou schopni do svého běžného života začlenit takové množství činností, které by je udržovalo v již dosažené funkční úrovni. Aktivační charakter mají výtvarné činnosti i u seniorů.. Při práci ve skupině je produkt často vedlejším cílem a hlavní je socializace a relaxace (odpoutání se od bolesti, stresů, starostí).

Není výjimkou, že se terapeut setkává s klienty, kteří po úrazu či začátku onemocnění již nemohou vykonávat stejné zájmové činnosti jako dříve a sami nejsou schopni si nalézt činnosti nové. ergoterapeut v tomto případě může umožnit klientovi si vyzkoušet různé činnosti, popřípadě s využitím určitých adaptací a nebo může vypomoci s hledáním organizací, které by klientovi umožnili volnočasové vyžití.

5. Analýza činnosti – užitečný nástroj pro ergoterapeuta

5.1. Úvod do kapitoly

V této kapitole chci uvést několik pohledů na „Analýzu činnosti“, která patří mezi důležité nástroje ergoterapeuta. Pomáhá terapeutovi k hlubokému porozumění činnosti i jedinci a to v co nejširším kontextu a co do největšího detailu. Tím pomáhá terapeutovi při výběru vhodné činnosti pro efektivní terapii.

Jako stěžejní jsem vybrala popis analýzy činnosti podle Hagedorn z její knihy *Foundations for practise in Occupational Therapy* (1997)⁷. Z této knihy jsem přeložila kapitolu nazvanou *Analysis and adaptation of occupation*. Z větší části se držím doslovného překladu, ale některé části, z mého pohledu nepodstatné, jsem zkrátila či úplně vypustila. U ostatních autorů jsem vybrala části, které jsou odlišné od Hagedorn a nebo stejnou problematiku popisují odlišným způsobem. *Foundations and practise* je kniha, v které Hagedorn popisuje teoretické modely a rámce vztahů, které jsou důležité pro egoterapeuty. Ostatní autoři kromě čisté teorie uvádí i příklady využití analýzy na pacientech či běžných činnostech, které blíže vysvětlí místy těžko srozumitelnou teorii. Základní myšlenky, které se objevují v teoriích o analýze můžeme již pozorovat u Meyera v jeho základních předpokladech pro ergoterapii (viz předešlá kapitola).

Vzhledem k chybějící sjednocené taxonomii a nesnadnosti překladu některých odborných výrazů, je možné, že některé mnou přeložené výrazy jsou zavádějící nebo neobratně vystihující anglický výraz. Z tohoto důvodu v některých případech ponechávám i anglický originál. Dalším důvodem pro ponechání některých anglických výrazů v textu je případná snazší orientace čtenářů v odborné cizojazyčné literatuře.

⁷ Z této knihy pro studenty oboru ergoterapie byly přeloženy a zpracovány, jako interní materiál Kliniky rehabilitačního lékařství I. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, základní teorie ergoterapie. Proto jsem se v tomto trendu rozhodla pokračovat, abych doplnila chybějící kapitolu pojednávající o analýze činností.

5.2 Analýza z pohledu Rosemary Hagedorn ¹

Hagedorn v úvodu kapitoly vysvětluje pro lepší porozumění problematice tyto tři termíny: zaměstnání (occupation), činnost (activity) a úkol (task). Říká, že zaměstnání, činnost a úkol jsou uspořádány hierarchicky, kdy úkol je základní jednotka výkonu nebo díl či součást činnosti (Reed 1992) a činnost je více komplexní uspořádání úkolů. Zaměstnání definuje jako: druh lidského snažení, které v lidském životě zaujímá větší potřebu organizace či delší trvání a úsilí.

Hagedorn dále uvádí, že tento pohled na definování výše zmíněných výrazů není rozhodně uznáván všeobecně. Mnozí autoři používají tyto tři slova pouze jako synonyma. Hagedorn považuje za velmi důležité vyjasnit terminologii, což je důležité jak pro ergoterapeuty v praxi pro jednoznačnou komunikaci, tak hlavně pro studenty, aby při čtení různých textů neměly problém s porozuměním popisované problematiky.

Analýza a adaptace zaměstnání: účel

Analýza činnosti a její předpis lékařem je jedinečný nástroj ergoterapeutů. Analýza a indikace činností má dva významy:

1. Definovat problémy se kterými se pacient setkává v celé šíři každodenního života a sociálních rolích (např.: role rodiče, kamaráda, občana). Oblasti běžného života jsou obvykle klasifikovány jako práce, zábava a péče o sebe sama (ADL).
2. Použití činnosti jako specifického terapeutického média pro léčení dysfunkcí během vykonávání činností, interakcí a rolí

5.2.1 Techniky analýzy, adaptace a aplikace

Pro analýzu činností jsou dva cíle:

1. Porozumět základní podstatě účasti (participace) a výkonu jedince a významu tohoto pro jedince. Analýza je zaměřena na jedince jako „na muže činu“ a umožňuje porozumění problémům, potřebám a stanovení léčebných cílů

¹ Rosemary Hagedorn ergoterapii vystudovala v roce 1965, pracovala nejprve s dospělými klienty a seniory s fyzickým handicapem. Od roku 1986 vedla školu ergoterapie v Crawley, kde jí její akaademické zájmy podpořené personálem a studenty vedli k napsání knihy Foundations for practise in Occpational Therapy. Z této pozice odešla a věnovala se svému vzdělání, kdy se stala Master of science in Advanced Occupational Therapy). Nyní se věnuje výzkumu a klinické práce. Je ředitelkou ergoterapeutických kursů na technologické univerzitě v Crawley.)

(analýza výkonu – *performance analysis*, analýza účasti - *participation analysis*, existenční analýza – *existential analysis*)

2. Porozumět základním vlastnostem zaměstnání, činnosti nebo úkolu. Zaměřuje se na lepší porozumění toho, co vše zahrnuje zaměstnání, činnost či úkol a které věci mají být připravené, a které jsou nezbytné v případě, že provádíme výběr či adaptaci některého z hledisek terapie.

(*occupational analysis*, analýza aktivity - *activity analysis*, analýza úkolu - *task analysis*, aplikovaná analýza - *applied analysis*).

Analýza účasti a existenční analýza (participation analysis and existential analysis)

Analýza účasti (vztahuje se k rozsahu a četnosti účasti na činnosti) a existenční analýza (vztahuje se k subjektivnímu významu činnosti pro jedince) jsou techniky, které se stále vyvíjejí. Mohou se týkat: posuzování a popisování možností bytí jedince, dřívějšího zaměstnání a povinností a nynější situace, analyzování rolí jedince s posouzením možnosti vykonávání činností, jejichž výkon role očekává a požaduje ; analyzování socio-kulturního významu a důležitosti zaměstnání pro jednotlivce.

Analýza výkonu (performance analysis)

Zajímá se o schopnost jedince vykonávat to co chce a to co potřebuje, často se zaměřuje na identifikaci problémů v personálních a domácích aktivitách všedního dne nebo zaměstnání.

Identifikace problémů pacienta zahrnuje:

1. Pozorování klienta při vykonávání úkolu v reálném prostředí a kontextu.
2. Definování a zaznamenání používaných dovedností, stupně způsobilosti a oblastí problémů.
3. V případě potřeby testujeme problém v částech činnosti.
4. Zvažování rolí účastníků.
5. Navržení pravděpodobné příčiny dysfunkce, např.: porucha učení, vývojová porucha, odmítnutí role, deficit v některých dovednostech, nedostatek zkušenosti.

Analýza zaměstnávání (occupational analysis)

Hodnotí zaměstnání zasazené do kontextu situace a rozděluje je do tří kategorií: práci, volný čas a péči o sebe sama (ADL). Hodnocení musí být zasazeno do souvislostí, protože

stejnou činnost může někdo považovat za domácí práce a druhý v ní může vidět volnočasovou aktivitu. V západní kultuře je v poslední době snaha o dosažení rovnováhy mezi těmito kategoriemi zaměstnání, ale je potřeba mít na zřeteli, že význam jednotlivých činností může být pro jinou kulturu odlišný.

Hodnocení pomáhá identifikovat podstatu a vážnost problému. Následný trénink a instruktáž se snaží o využití co nejpřirozenějšího prostředí. Disabilitu, která přetrvává i přes trénink, je potřeba řešit přizpůsobením pomůcek, prostředí či osobní asistencí.

Analýza činnosti (activity analysis)

Zahrnuje rozdělení činnosti na její dílčí části (úkoly) a jejich posloupnost. Zkoumá stabilní a proměnlivé komponenty a hodnotí její terapeutický potenciál.

Předběžná analýza zvažuje základní význam činnosti vztahujícímu se např. k:

- Typ výkonu, který je potřeba pro dokončení činnosti, např.: kognitivní, motorický, interpersonální.
- Úroveň složitosti (komplexnosti) činnosti.
- Positivní či negativní kulturní souvislosti.
- Posuzuje, zda je daná činnost členěná (strukturovaná) či nikoli.
- Definuje úkoly, z kterých se aktivita skládá.
- Analyzuje části výkonu úkolu a zjišťuje zda jsou neměnné či přizpůsobivé (flexibilní).
- Popisuje požadované nářadí, nábytek, materiál a prostředí pro dokončení činnosti.
- Definuje a zvažuje bezpečnostní opatření a rizikové faktory

Analýza úkolu (task analysis)

Jedná se o detailní analýzu, která specifikuje úkoly na podúkoly a analyzuje běžné kategorie motorických, kognitivních, percepčních a interakčních dovedností. Zjišťuje, které dovednosti jsou požadovány pro každou a které jen pro některou fázi činnosti. Patří sem i analýza specifických pohybů, typů svalové činnosti a zapojení konkrétních svalových skupin. Pro použití analýzy aktivit jsou zde dva hlavní cíle: vybrat odpovídající úkol tak, aby splňoval terapeutický cíl a aby analyzoval konkrétní oblast problému ve výkonu.

Analýza dovedností (skill analysis)

Provádění kompletní analýzy všech dovedností nebo subdovedností, které jsou potřeba pro provedení konkrétního úkolu může být složité a časově náročné. Úkol je prováděn jako celek a není jednoduché „rozšifrovat“ komponenty výkonu a identifikovat jejich vztah k příčině dysfunkce. Pro provádění analýzy se většinou používá strukturované pozorování a využívá se znalostí z anatomie, fyziologie, percepce, kognice, teorie učení se a teorií o mezilidských vztazích. Hagedorn uvádí v následující tabulce pojmy, které jsou používány v analýze dovedností. Tento seznam je dále rozdělován na pododdělení, které vypovídají o složitosti hodnocení dovedností. Přestože autoři používají odlišnou taxonomii, je možné pozorovat podobnosti. Tyto stejné položky jsou používány v analýze výkonu, kde sledujeme úroveň schopností, které je pacient schopen zvládnout.

Názorný příklad využití analýzy dovedností a potřebných znalostech klinických a preklinických oborů můžeme pozorovat u Pfeiffra, který ve své učebnici Ergoterapie II nepoužívá termín analýza činnosti a ani analýza dovedností, nicméně je možné jeho „*Hodnocení náročnosti činností na rozsah pohybů a sílu při zapojení jednotlivých svalů*“ považovat právě za analýzu činností (ukázka viz příloha č.3).

Hagedorn ve své knize uvádí přehled (tabulka č.1), v kterém demonstruje rozdílnost v taxonomii dovedností výkonu u tří, pro ergoterapii významných autorů.

Aplikovaná analýza (applied analysis)

Aplikovaná analýza je smysluplná pouze tehdy, jestliže se srovnávají definované cíle a zhodnocená kondice pacienta. V případě, že terapeut hledá jednotlivou terapeutickou činnost nebo různé možnosti, které může nabídnout pacientovi, nebo se snaží nalézt možnost modifikace činnosti, musí být nejprve zhodnocen úkol použitím analýzy činností a teprve potom pomocí aplikované analýzy použít do určité situace a potřeb, zájmů a přání jednotlivce.

tabulka č.1

(v závorce za českým překladem pro lepší porozumění uvádím anglický výraz)

<p>Model lidského zaměstnávání (<i>Model of human occupation</i>⁸) (Kielhofner 1995)</p>	<p>Adaptace skrze zaměstnání (<i>Adaptation through occupation</i>) (Reed 1992)</p>	<p>Přizpůsobivé dovednosti (<i>Adaptive skills</i>) (Mosey⁹1986)</p>
<p>Motorika (<i>Motor</i>)</p> <p>postura (<i>posture</i>) mobilita (<i>mobility</i>) koordinace (<i>coordination</i>) síla (<i>strength and effort</i>) energie (<i>energy</i>)</p>	<p>Senzomotorika (<i>Sensorimotor</i>)</p> <p>senzorické uvědomování si (<i>sensory awareness</i>) senzorické zpracovávání (<i>sensory processing</i>) percepce (<i>perceptual</i>) motorika (<i>motor</i>) neuromuskulární (<i>neuromuscular</i>)</p>	<p>Senzorická integrace (<i>Sensory integration</i>)</p> <p>integrace taktilního subsystému (<i>integration of tactile subsystems</i>) Posturální a bilaterální integrace (<i>postural and bilateral integration</i>) Praxie (<i>praxis</i>)</p>
<p>Zpracování (<i>Process</i>)</p> <p>energie (<i>energy</i>) znalost (<i>knowledge</i>) časová organizace (<i>temporal organization</i>) organizování prostoru a předmětů (<i>organization space and objects</i>)</p>	<p>Kognitivní (<i>Cognitive</i>)</p> <p>úroveň vědomí (<i>level of arousal</i>) orientace (<i>orientation</i>) pozorné chování (<i>attending behaviour</i>) rozsah pozornosti (<i>attention span</i>)</p>	<p>Kognitivní funkce (<i>Cognitive function</i>)</p> <p>pozornost, paměť a orientace (<i>attention, memory and orientation</i>) myšlenkové procesy (<i>thought processes</i>)</p>

⁸ Více informací o *Modelu lidského zaměstnávání* viz příloha č.4.

⁹ **Anne Cronin Mosey** utřídila tři rámce vztahů pro ergoterapii v psychiatrii. Jsou to: analytický, akviziční a vývojový. V roce 1974 předložila návrh nového zaměření v ergoterapii jako alternativy k medicínskému modelu zdraví. Nazvala ho biopsychosociální model. Tento model směřuje pozornost na tělo, duši a prostředí klienta. Zohledňuje tyto tři stránky klienta bez ohledu na jeho zdraví nebo nemoc. Tento model se zaměřuje na jednotlivce jako na „biologickou entitu“, myslící a cítící osobu a člena komunity. Podrobnější uvedení komponentů činnosti od Mosey – viz příloha č.6)

<p>Zpracování (<i>Process</i>)</p> <p>adaptace (<i>adaptation</i>)</p>	<p>Kognitivní (<i>Cognitive</i>)</p> <p>rozpoznávání (<i>recognition</i>)</p> <p>paměť (<i>memory</i>)</p> <p>zkoušení reality (<i>reality testing</i>)</p> <p>asociace (<i>association</i>)</p> <p>kategorizování (<i>categorization</i>)</p> <p>stálost tvarů (<i>concept formation</i>)</p> <p>řazení (<i>sequencing</i>)</p> <p>řešení problémů (<i>problem solving</i>)</p> <p>posouzení bezpečí (<i>judgement of safety</i>)</p> <p>zevšeobecňování naučeného (<i>generalization of learning</i>)</p> <p>integrace naučeného (<i>integration of learning</i>)</p> <p>syntéza naučeného (<i>synthesis of learning</i>)</p> <p>časový management (<i>time management</i>)</p>	<p>Kognitivní funkce (<i>Cognitive function</i>)</p> <p>úroveň vytvořených pojmů (<i>levels of conceptualization</i>)</p> <p>inteligence (<i>intelligence</i>)</p> <p>funkční informace (<i>factual information</i>)</p> <p>řešení problémů (<i>problem solving</i>)</p>
<p>Komunikace a interakce (<i>Communication and interaction</i>)</p> <p>exprese tělem (<i>physicality</i>)</p> <p>jazyk (<i>language</i>)</p> <p>vztahy (<i>relations</i>)</p> <p>výměna informací (<i>information exchange</i>)</p>	<p>Psychosociální (<i>psychosocial</i>)</p> <p>sociální chování (<i>social conduct</i>)</p> <p>socializace a konverzace (<i>socialization and conversation</i>)</p> <p>chování dle rolí (<i>role behaviour</i>)</p> <p>interakce ve dvojici (<i>dyadic interaction</i>)</p> <p>skupinové interakce (<i>group interaction</i>)</p>	<p>Sociální interakce (<i>Social interaction</i>)</p> <p>interpretace situací (<i>interpretation of situations</i>)</p> <p>sociální dovednosti (<i>social skills</i>)</p> <p>strukturovaná sociální souhra (<i>structured social interplay</i>)</p>

	Psychosociální (<i>psychosocial</i>) interpersonální vztahy (<i>interpersonal relationships</i>)	
Sociální interakce (<i>Social interaction</i>) potvrzování (acknowledging) ¹⁰ posílání sdělení (<i>sending</i>) časování (timing) koordinování (coordinating)	Psychologické (<i>Psychological</i>) totožnost s rolí (<i>role identity</i>) sebepojetí (<i>self concept</i>) centrum kontroly (<i>locus of control</i>) nálada (<i>mood</i>) iniciace/ ukončení aktivity (<i>initiation/ termination of activity</i>) dovednosti pro zvládnání situací (<i>coping skills</i>) sebekontrola (<i>self - control</i>) efektivnost (<i>self-efficacy</i>) sebevyjádření (<i>self - expresion</i>)	Psychosociální funkce (<i>Psychological function</i>) dynamické situace (<i>dynamic states</i>) intrapsychická dynamika (<i>intrapsychic dynamics</i>) zkoušení reality (<i>reality testing</i>) vhled/ pochopení (<i>insight</i>) vztah k předmětům (<i>object relations</i>) sebepojetí (<i>self-concept</i>) sebedisciplína (<i>self-discipline</i>)

¹⁰ Kielhofner ve svém klíči k modelu popisuje „acknowledging“ popisuje jako činnosti, které facilitují komunikaci a interakci, řadí sem natočení se k osobě, s kterou komunikuji, oční kontakt, potvrzení toho pochopení sdělení a doteky.

Hlediska , která by měla být zvážena:

- zájmy a preference pacienta
- možnosti vytvoření adaptace terapeutem tak, aby byly v souladu s cíli terapie
- možnosti volby a rozhodnutí
- zhodnocení aktivity, zda je v souladu se specifickými cíli terapie

Výběr úkolů pro terapii předpokládá:

- Výběr úkolu, který má potenciál pro dosažení terapeutických cílů. Zvažuje motorické, senzorické, interaktivní, kognitivní, symbolické a expresivní faktory
- Rozebrání úkolu na jednotlivé části: podúkoly, dovednosti, subdovednosti. Rozhodnutí, která část úkolu má terapeutickou hodnotu a potřebuje zvýraznění, která je nepodstatná či nevhodná a kterou by pacient mohl udělat.
- Rozhodnout potřebnost adaptace nástrojů, materiálu: určit nároky na přípravu.

Syntéza činnosti (Activity synthesis)

Spojování součástí (komponentů) činnosti a prostředí tak, aby vznikl požadovaný terapeutický výstup.

Adaptace aktivity (Adaptation to activity)

Činnost může být použita v neupravené podobě nebo může být adaptována tak, aby splňovala terapeutické cíle. To je většinou provedeno na úrovni adaptace úkolu. Adaptace vyžaduje rozlišení jednotlivých fází činnosti.

Typické adaptace jsou (vpravo je uvedena oblast, která se upravuje, vlevo příklady adaptace pro danou oblast):

Prostředí: umístění, životní prostředí, stísněnost

Pomůcky: množství pomůcek, náradí, materiálu
úprava nástrojů

Sociální: počet účastníků terapie, stupeň vyžadované interakce

Fyzická: pracovní pozice, náročnost na sílu, rozsah pohybů

Kognitivní: složitost, posloupnost, potřeba instrukcí

Emocionální: zájem ,sebevyjádření, význam

Čas/doba: trvání, opakování

Struktura: pořadí úkolů, vynechání nepodstatných úkolů

Stupňování (Grading)

Faktory, s kterými můžeme manipulovat, aby činnost splňovala terapeutické cíle.

Nejběžnější stupňování v těchto položkách:

- Pořadí úkolů / součásti úkolů
- Tvar/ velikost nástrojů
- Umístění nástrojů / nábytku/ materiálu
- Množství/ přesný výčet materiálu
- Rychlost/ trvání/ opakování výkonu
- Požadování specifických pohybů pro provedení úkolu
- Požadavek síly
- Požadování percepčních komponentů
- Kognitivních komponentů
- Jednoduchost/ složitost
- Způsob/ množství instrukcí/ převedení/ vzorek
- Souvislosti úkolu(časové, prostředí, sociální, kulturní)
- Místo a význam prostředí, kde bude úkol prováděn
- Počet účastníků: požadavky na interakci s ostatními
- Stupeň volby/ kreativity/ rozhodnutí se/ plánování a řešení problémů

5.2.2 Analýza prostředí a její adaptace

Jedná se o další oblast odborné znalosti ergoterapeutů.

Obsahová analýza (Content analysis)

Ergoterapeuté jsou si vědomi toho, že prostředí může mít pro jedince významný přínos, ale může ho i limitovat. Analýza obsahu prostředí – v práci, ve škole, ve společnosti, mimo domov, na veřejném místě – může poskytovat informace o příčině problémů jedince, objasnění chování nebo myšlenek či návrhů pro terapeutickou úpravu.

Analýza požadavku (Demand analysis)

Je úzce spjatá s obsahovou analýzou a zkoumá psychologický, kulturní a sociální vliv prostředí s ohledem na to, jak budou tyto okolnosti (faktory) facilitovat či inhibovat účast na zaměstnání či činnosti.

Souhrnně lze říci, že ergoterapeuté budou pozorovat a přesně zaznamenávat obsah prostředí, např.: budovy, interiéry, topení, světlo, kulturní důležitosti, vliv emocí, a definovat požadavky elementů prostředí, které mohou zvyšovat nebo snižovat výkonnost pacienta.

5.3 Analýza z pohledu Estelle Breines ¹¹

Podle Breines (1995) je analýza činností, adaptace a stupňování činností základní ergoterapeutickou praxí, která vydržela mnohé změny společnosti a jejích nástrojů. Analýzu činnosti popisuje jako nástroj, který dovoluje zkoumat úkoly života tak, že je možné každou součást úkolu upravit, aby byla zlepšena funkce. Jedná se o proces, ve kterém jsou definovány jednotlivé součásti úkolů. Breinesová rozděluje součásti úkolu do tří kategorií: egocentrické, exocentrické a konsensuální. Analýza činnosti nám dovoluje o každé součásti činnosti uvažovat odděleně nebo ve vztahu k dalšímu kroku činnosti či celé aktivitě. Některé součásti jsou snadno identifikovatelné, jiné jsou subjektivní, ale obě je neustále v interakci. Ergoterapeut ve své praxi potřebuje umět analyzovat činnost, která trvá minutu i ucelené zaměstnání.

Učení se analýze činnosti je dovednost, která pomůže studentovi stát se terapeutem. Práce s analýzou činnosti vyžaduje od studenta, aby byl pozorný k detailům. Dále je potřeba, aby si student vyzkoušel velké množství činností, které pak zanalyzuje. Získávání zkušeností skrze vlastní provádění úkolů vede k nabytí vysokých terapeutických kvalit.

Breines uvádí, že analýza činnosti je základem pro mnohá standardizovaná vyšetření, kterým umožňuje identifikovat elementy výkonu, izolovat je či kombinovat podle potřeby. Breines uvádí seznam 30 hodnotících ergoterapeutických nástrojů a zároveň u každého uvádí rukodělnou činnost nebo činnosti, které nástroj obsahuje. V seznamu je kromě jiných

¹¹ Dr. Estelle Breines je profesorka na katedře ergoterapie na New Yorkské univerzitě. Kniha, ze které jsem čerpala E. Breines napsala jako praktický návod pro výuku a zároveň se zde věnuje popisu činnosti jako terapeutické metody.

uvedeno The Jacobs Prevocational Skill Assessment¹², kde uvádí práci s kůží, se dřevem a vaření.

Breines pro teoretické rozřídění elementů výkonu zvolila *Modelu vzniku zaměstnání*¹³, který se skládá z egocentrických, exocentrických a konsenzuálních elementů (z anglického egocentrik, exocentric a consensual elements). Rozdělení je umělé, ve skutečnosti jsou tyto součásti neoddělitelné:

- *Egocentrické* (sobě-středné) elementy: vztahující se k mysli a tělu jedince.
- *Exocentrické* elementy: jsou pro jedince vnější (nonhuman), mají vztah k prostředí a času.
- *Konsenzuální* elementy: týkají se vztahů nebo komunikace s ostatními.

Smysluplné činnosti, které integrují všechny tyto tři složky jsou díky své ucelenosti popisovány jako prospěšné či blahodárné.

Činnosti, které se týkají předmětů vytváří spojení mezi *egocentrickými a exocentrickými* elementy, mezi které např. patří i otáčení hlavou, přetáčení se, plazení se, sezení, úchopy, stání, skákání a další dovednosti. Breines zde popisuje důležitost připravenosti k vykonávání jednotlivých činností (připravenost k provádění, k prozkoumávání okolí a manipulaci s předměty), která je dána i věkem jednice, neboli neurologickou a psychickou vyspělostí. (Lewin a Reed mluví o chronologickém věku a vývojovém cyklu jedince) Činnosti, které zahrnují komunikaci s ostatními navozují spojení egocentrických a konsenzuálních elementů. Ve spojení exocentrických a konsenzuálních elementů poukazuje na to, že jejich vztah je založen na používaných předmětech, které se mohou v jednotlivých kulturách lišit.

¹² *The Jacobs Prevocational Skill Assessment je součástí výuky 2. ročníku oboru ergoterapie na 1. lékařské fakultě, UK v předmětu Ergodiagnostika a předpracovní rehabilitace. Jedná se o vyšetření pracovních dovedností mládeže s mentálním postižením. Vyšetření obsahuje 15 jednoduchých úkolů, výsledkem by mělo být vyhodnocení silných a slabých stránek testovaného ve vztahu k zaměstnání*

¹³ *Model of Occupational genesis, vývoj zaměstnání je definován jako proces vývoje a propojení mezi činnostmi prováděnými v minulosti, přítomnosti a v budoucnosti, Breines 1995, p.6*

Tabulka č. 2

Příklad analýzy činnosti: Výroba hry

Na příkladě rozebrání Výroby hry je možné pozorovat spojení elementů během činnosti.

Činnost	Přirazení elementů
Přemýšlel jsem o výrobě hry a podal jsem si materiál.	Egocentrické
Začal jsem manipulovat s materiálem.	Egocentrické/ exocentrické
Materiál, který ležel na stole měl různou strukturu a barvu.	Exocentrické
Asistentka dává materiál na stůl.	Exocentrické/ konsenzuální
Celý tým navrhoval a sestavoval hru.	Konsenzuální
Všichni členové týmu spolupracují na výrobě hry.	Egocentrické/ konsenzuální
Bylo to zábavné.	Prospěch

Adaptaci definuje jako terapeutický nástroj, který umožňuje zlepšení funkčního výkonu. Popisuje ji ve vztahu k základním elementům. Adaptace egocentrických elementů zahrnuje např. posilování, polohování, učení se a další prvky, které ovlivňují mysl a tělo. Exocentrická adaptace zahrnuje úpravu náradí, modifikace prostředí, upravené tempo a stupňované aktivity, toto vše je ovlivněno délkou trvání a prostorem. Konsenzuální adaptace zahrnuje strukturování skupinových úkolů, instruktáž rodiče nebo přípravu na zaměstnání. Adaptace těchto tří může probíhat v neomezených kombinacích. Např.: pro pacienta s fyzickým handicapem úpravou prostředí můžeme usnadnit či umožnit provádění dovedností jako je oblékání, vaření, vykonávání zaměstnání a placení daní. V případě, že změním fyzické a mentální schopnosti jedince a upravíme prostorové, časové a sociální nároky prostředí, umožníme jedinci, aby přemýšlel o jiném způsobu vykonávání.

Stupňování je druh adaptace, který vhodnou aplikací (uzpůsobením aktivity v určité části) vede ke zvýšení výkonu. Např. při práci na zvyšování svalové síly můžeme zvyšovat potřebný odpor přidáním váhy, času stráveným v aktivitě nebo počtem produktů, které mají být udělány. Stupňování nabízí možnost zvyšování i snižování obtížnosti aktivity.

Stupňování činnosti může podpořit zdravé fungování mysli a těla budováním dovedností v oblasti funkčního výkonu. Cílem je zvýšit kapacitu jedince ve výkonu.

Výsledkem důkladného poznání činnosti díky analýze vede ke zjištění, že jedna činnost vyžaduje mnoho odlišných schopností a mnoho činností může být využito pro trénování jedné a té samé schopnosti, což je dobré pro terapii a zároveň to vysvětluje fakt, proč v ergoterapii není možné mít „kuchařku“ přístupů při provádění terapeutických činností.

5.4 Paradigma výkonu činnosti podle Reed a Lewin

Autorky nepoužívají výrazu analýza aktivit, ale mluví o rámci vztahů, který je souborem principů, pomocí nichž je možné vidět svět. Jde o paradigma výkonu činnosti, které pomáhá ergoterapeutovi poskytovat kvalitní „servis“. Ačkoliv se jmenovitě nejedná o analýzu činností, lze zde pozorovat shodné prvky s ostatními autory. Autorky tuto problematiku popisují v kapitole *The Paradigm of Occupational Therapy: Performance Areas, Components, and Context*. Autorky zde zmiňují i skutečnost, že vychází z jednotné terminologie, která je dána Americkou asociací ergoterapeutů (American Occupational Therapy Association). V knize není používán termín pacient, ale klient¹⁴.

Autor hovoří o Oblastech výkonu (Performance Areas), komponentech výkonu (Performance Components) a Kontextu výkonu (Performance Context)

Oblast výkonu:

Oblast výkonu, stejně jako u Hagedorn analýza zaměstnání zahrnuje tři kategorie: **aktivita všedního dne, práce a produktivní aktivity a hra nebo volnočasové činnosti**. Každou kategorii můžeme dále rozdělit do podkategorií typických činností, kterými se člověk může zabývat. Je možné, že činnost můžeme zařadit do jedné, či dvou nebo všech třech kategorií. Výběr kategorie závisí na významu, který činnosti má pro klienta. Například pro malé dítě patří socializace do kategorie běžných denních aktivit, protože socializace je součástí normálního vývoje dítěte. V protikladu, pro dospělého klienta bude socializace spadat do oblasti hry a volnočasových činností.

¹⁴ V České republice se můžeme setkat s odborníky, kteří preferují používat pro uživatele služeb rehabilitace výraz „pacient“, s odůvodněním, že „klient“ patří do bankovního sektoru. Zastánci výrazu „klient“ tvrdí, že klient lépe vystihuje aktivního příjemce služeb, „pacient“ dle jejich názoru v sobě obsahuje pasivitu.

Komponenty výkonu:

V komponentech výkonu je možné pozorovat analogii s analýzou dovedností. Reed a Lewin definují komponenty výkonu jako základní lidské schopnosti, které každý jedinec používá při provádění činností. Rozdělují se do tří kategorií: *senzomotorické komponenty, kognitivní integrace a kognitivní komponenty, psychosociální a psychologické komponenty*. Položky patřící do jednotlivých kategorií a jejich definice uvádím v tabulce č.3. Definice položek jsem převážně čerpala od Lewin a Reed, ale v některých případech, jsem je pro větší názornost doplnila o poznatky dalších autorů. V tabulce č.1 Hagedorn popisuje komponenty výkonu od tří různých autorů, mezi kterými je i Reed (z roku 1992). Komponenty v tabulce č.3 z roku 1998 se v některých položkách liší.

Tabulka č. 3

V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé komponenty výkonu a jejich definice.

Senzomotorické komponenty:		
1. Senzorické:		
<i>sensory awareness</i>	a. smyslové uvědomování si	Přijímání a třídění smyslových stimulů
<i>sensory processing</i>	b. senzorické zpracovávání	Interpretace senzorických stimulů
<i>tactile</i>	taktilní	zaznamenává slabý dotek , tlak, teplotu, bolest, a vibrace skrz kožní receptory
<i>proprioceptive</i>	propriocepce	Interpretace stimulů počínajících ve svalech, kloubech a šlachách, které dávají informace o jednotlivých částech těla v e vztahu k ostatním.
<i>vestibular</i>	vestibulární percepce	Interpretace stimulů z receptorů vnitřního ucha vzhledem k pozici a pohybům hlavy.
<i>visual</i>	visuální percepce	Interpretace stimulů přijímaných očima, včetně periferní visu a ostrosti. Uvědomování si barev a vzorů.
<i>auditory</i>	sluchová percepce	Interpretace a lokalizace zvuků a rozlišování zvuků v pozadí.

1. Senzorické:		
<i>gustatory</i>	chuťová percepce	Interpretace chuti.
<i>olfactory</i>	čichová percepce	Interpretace pachů a vůní.
<i>perceptual processing</i>	c. percepční zpracování	Uspořádávání sensorických vstupů do smysluplných schémat.
<i>stereognosis</i>	stereognozie	Rozpoznávání předmětů díky propriorepci, kognici a taktilnímu čítí.
<i>kinestheesia</i>	kinesthesie	Rozpoznávání rozsahů a směrů kloubních pohybů. Je úzce spojená s propriorepcí (interpretace pozice) a vestibulárním systémem (rovnováha), dohromady umožňují se efektivní pohyb.
<i>pain response</i>	odpověď na bolest	Interpretace bolestivých stimulů
<i>body scheme</i>	tělesné schéma	Získání vnitřního uvědomění si těla a vztahů mezi jeho jednotlivými částmi. (např. dovednost oblékání vyžaduje dobré tělesné schéma)
<i>right – left discrimination</i>	pravolevá diskriminace	Rozlišování jedné strany od druhé.
<i>form constancy</i>	S stálost tvarů	Rozpoznávání tvarů a objektů jako stejné, i když se vyskytují v různém prostředí, pozici a velikosti. (kniha je pořád knihou, ať je veliká nebo malá)
<i>position in space</i>	prostorové uspořádání	Určování prostorových vztahů postav a objektů vzhledem k vlastní osobě a nebo jiným postavám či objektům.(rozumění vztahům: nahoře, dole, přes, pod)
<i>visual-closure</i>	vidění části	Identifikace tvarů a předmětů pouze z částečné „předlohy“ (umožňuje lepší porozumění okolnímu světu)
<i>figure ground</i>	kontrast figury a pozadí	Rozlišování mezi předměty, které jsou v popředí, a které v pozadí (např. řízení auta).

1. Senzorické:		
<i>depth perception</i>	vnímání hloubky	Určování vzdálenosti mezi jednotlivými objekty, osobami nebo hlavními body v prostoru a pozorovatelem. Vnímání změn v naklonění plochy.
<i>spatial relations</i>	prostorové vztahy	Určování pozic a vztahů mezi objekty nebo jedincem (usnadňuje pohyb v prostoru)
<i>topographical orientation</i>	topografická orientace	Rozlišování místa a objektů a cesty k vybranému místu. (Pro nalezení cesty z jednoho místa na druhé si potřebujeme vytvořit „kognitivní“ mapu prostředí; jedná se o přesuny z místnosti do místnosti až po přesuny mezi městy, státy)
2. Neuromuskulo-skeletální		Neuromuskulární komponenty zahrnují biomechanické hledisko pohybu.
<i>reflex</i>	a. reflexy	odpověď svalů (bez vůle) na senzorický vjem
<i>range of motion</i>	b. rozsah pohybů	rozsahy v maximálním rozsahu ve všech možných rovinách
<i>muscle tone</i>	c. svalový tonus	Stupeň napětí nebo ochablosti svalů v klidu a odpověď na protažení.(svalový tonus zajišťuje stabilitu kloubů pro udržení potřebné pozice a hladký kontrolovaný pohyb)
<i>strength</i>	d. síla	Stupeň svalové síly při pohybu proti odporu tvořeným předmětem, osobou nebo gravitací. (svalová síla je potřebná pro provádění a kontrolu pohybu a pro udržení postury)
<i>endurance</i>	e. výdrž	Výdrž zátěže srdečního, plicního a svalového systému po určitou dobu (výdrž nám umožňuje provádět aktivity po prodloužený čas, je úzce spojená se silou)

2. Neuromuskulo-skeletální		Neuromuskulární komponenty zahrnují biomechanické hledisko pohybu.
<i>postural control</i>	f. kontrola postury	Používání rovnovážných a vyrovnávacích prostředků pro udržení rovnováhy během funkčních pohybů (např. pokrčení v kolenou při sbírání předmětu ze země vyžaduje pevnou oporu, která se posouvá během pokrčování a narovnávání se)
<i>postural alignment</i>	g., „posturální nastavení	Udržování biomechanické integrity mezi jednotlivými částmi těla. (Správné uspořádání kloubů je důležité pro udržení dobré postury a mechaniku těla. Při nedostatečném uspořádání kloubů může docházet k nevhodným pozicím, které následně mohou vést k zraněním jako jsou například bolesti zad.)
<i>soft tissue integrity</i>	h. integrita měkkých tkání	Udržování anatomické a fyziologické kondice kůže a intersticiálních tkání. U lidí, kteří se špatně pohybují nebo jsou plně imobilní mohou často dlouhodobým tlakem na kůži vznikat dekubity nebo jiná poranění kůže.
3. Motorika		
<i>gross coordination</i>	a. hrubá motorika	Používání velkých svalových skupin k cílenému, kontrolovanému pohybu. (např. chůze, běhání...)
<i>crossing midline</i>	b. křížení středové osy	Křížení středové osy pohyby končetin a očí.
<i>laterality</i>	c. lateralita	Používání dominantní části těla k aktivitám, které vyžadují značný stupeň dovednosti.
<i>bilateral integration</i>	d. bilaterální integrace	Koordinace obou částí těla při provádění aktivit.

3. Motorika		
<i>motor control</i>	e. motorická kontrola	Používání těla k funkčním a universálním pohybovým vzorcům. (jedná se o dynamický cílený pohyb, který zohledňuje skutečnost, že člověk preferuje pohybové vzorce)
<i>praxis</i>	f. praxie	Představa a plánování novým motorických úkonů, které jsou vyžadovány okolím. (Mentální aktivita, která umožňuje plánování pohybu. Např. pro dovednost česat se, musím vědět, jak držet hřeben, jak s ním pohybovat při pročešávání, jak zvednout paži...)
<i>fine coordination/ dexterity</i>	g. jemná motorika/ dominance	Používání malých svalových skupin v kontrolovaných pohybech. Účast na úchopech.
<i>visual-motor integration</i>	h. visuomotorická integrace	Uspořádávání interakcí z informací získaných zrakem a pohybem těla během aktivity.
<i>oral-motor control</i>	g. orální-motorická kontrola	Koordinace orofaryngeálních struktur při kontrolovaném pohybu (např. hra s bublifukem)
Kognitivní integrace a kognitivní komponenty		Schopnost použít vyšší mozkové funkce pro vykonávání úkolů.
<i>level of arousal</i>	1. úroveň vědomí	Úroveň vědomí odpovídá reakcím na určité stimuly. Vědomí je důležité pro účast ve všech činnostech.
<i>orientation</i>	2. orientace	Určování osob, místa, času a situace.
<i>recognition</i>	3. rozpoznávání	Rozpoznávání tváří členů rodiny, předmětů a dalších dříve známých materiálů.
<i>attention span</i>	4. rozsah pozornosti	Soustředění se na úkol po dobu trvání úkolu. (důležité pro úspěšné ukončení činnosti)
<i>initiation of activity</i>	5. iniciace	Započetí fyzické či mentální aktivity. (se započatím aktivity mají často obtíže klienti s poškozením frontálního laloku a bazálních ganglií)

<i>termination of activity</i>	6. ukončení aktivity	Ukončení aktivity ve správný čas. (u některých klientů dochází k neustálému opakování aktivity – perseveraci- nejsou schopni ukončit aktivitu.)
<i>memory</i>	7. paměť	Vyvolání si informace jak v po krátké, tak i po delší časové periodě od zapamatování si.
<i>sequencing</i>	8. řazení	Třídění informací , pojmů a aktivit podle pravidel (např. pořadí vrstev při oblékání)
<i>categorization</i>	9. kategorizace	Rozpoznávání podobností i přes odlišnosti, které se vyskytují v prostředí (slepice a orel vypadají jinak, ale jsou to stále ptáci....)
<i>concept formation</i>	10. uspořádávání pojmů	Zpracovávání různých informací do zformovaných myšlenek a představ. (např. barvy a tvary jsou různé pojmy, stejně jako naše představy o tom, co je pravda, co je správné a dobré. Díky našemu pojmu o autech a barvách jsme schopni odlišit auto od tahače, ale potom můžeme podskupinu auta dále rozdělit podle barvy nebo tvaru.)
<i>spatial operations</i>	11. Prostorová orientace	Umět si mentálně představit pozici předmětu v různých situacích. (např. důležité při parkování...)
<i>problem solving</i>	12. řešení problémů	Rozpoznání problému, definování problému, nalezení alternativních řešení, selekce řešení, uspořádání kroků v řešení, uskutečnění plánu a hodnocení výsledku.
<i>learning</i>	13. učení se	Získávání nových pojmů a nového chování. (učení se na verbální, motorické rovině, chování a různých postojů)
<i>generalization</i>	14. generalizace	Aplikace dříve naučených pojmů a chování na různé situace.

Psychosociální dovednosti		Jedná se o interakci mezi jedincem a sociálním prostředím, v kterém žije. Zaměřujeme se hlavně na postoje, motivaci a z toho vyplývající chování jedince. Tyto komponenty jsou velmi individuální, často vychází z kultury, hodnot a přesvědčení jedince.
1. psychologické		Charakteristika jedince nebo skupiny na rovině mentální, motivační a v chování
<i>values</i>	a. hodnoty	Nalezení myšlenek, představ a víry, která je důležitá pro mě i pro ostatní. (naše představy a víra jsou často určovány společností a zázemím)
<i>interests</i>	b. zájmy	Fyzické a mentální aktivity, které jedinec považuje za příjemné, a kterým se věnuje
<i>self-concept</i>	c. sebe-pojetí	Vnímání sebe sama a úspěšnosti při vykonávání různých činností. Rozvoj fyzických a emočních hodnot a hodnot patřících k ženské či mužské identitě.
2. sociální		Sociální komponenty jsou převážně ty, které jsou potřebné pro soužití ve skupině jako je např. organizace, pracovní prostředí....
<i>role performance</i>	a. role vykonávání	Rozpoznání, upevnění a vyváženost v rolích. (např. role studenta, rodiče, kamaráda, věřícího)
<i>social conduct</i>	b. sociální chování	Interakce mezi používáním vhodných způsobů, gest, očních kontaktů, osobního prostoru, aktivního naslouchání, sebevyjádření a prostředí, v kterém se jedinec nalézá. (zahrnuje předvídání sociálních situací a modifikace našeho chování, tak aby bylo vhodné pro danou situaci)
<i>interpersonal skills</i>	c. interpersonální dovednosti	Používání verbální i neverbální komunikace v různých situacích.(zahrnuje intonace, hlasitost, mimiku...)

2. sociální		Sociální komponenty jsou převážně ty, které jsou potřebné pro soužití ve skupině jako je např. organizace, pracovní prostředí....
<i>self-expression</i>	d. sebevyjádření	Používání různých způsobů a dovedností k vyjádření myšlenek , pocitů a potřeb. (zahrnuje schopnost pružně měnit vyjádření se podle momentálních pocitů a myšlenek. V případě, že jsem rozčílený, umět toto vyjádřit, v případě, že potřebuji pomoc, umět si o ni říci)
3. sebeorganizace (self management)		Dovednosti potřebné pro dokončení našich cílů i v případě stresových situací.
<i>coping skills</i>	a. dovednosti pro zvládnutí stresových situací	Schopnost rozeznat a zvládnout stresové situace (přizpůsobit a uspořádat fungování běžného života v situacích jako je nemoc, špatná finanční situace, apod.)
<i>time management</i>	b. časový management	Plánování a účast na tvoření rovnováhy mezi péčí o sebe sama, prací, zábavou a ostatními aktivitami směřujícími k uspokojení a zdraví.
<i>self-control</i>	c. sebekontrola	Schopnost přizpůsobit své chování k požadavkům prostředí. Zvládat sebeovládání, své osobní touhy a zpětnou vazbu od ostatních.

Kontext výkonu:

Kontext výkonu je situace, v které jedinec provádí výkon. Kontext výkonu velmi ovlivňuje kvalitu vlastního výkonu. Může být rozdělen do dvou kategorií: **časové hledisko a hledisko prostředí**. Časový hledisko zahrnuje chronologický věk jedince, vývojový věk a zdravotní situaci. Hledisko prostředí zahrnuje fyzické, sociální a kulturní aspekty.

Časový aspekt zahrnuje :

1. **chronologický věk** – kalendářní věk jedince
2. **vývojový cyklus** – úroveň vospělosti jednice
3. **životní cyklus** – místo v důležitých životních cyklech, jako je péče o někoho, vzdělávání, profese.

4. **stav s handicapem:** fáze ve vývoji disability- akutní fáze poranění, chronická fáze nebo terminální.

Aspekt prostředí:

1. **fyzické prostředí** – vše, s čím se člověk setkává při výkonu činnosti, kromě ostatních lidí (nonhuman). Patří sem přístupnost prostředí, terén, rostliny, zvířata, budovy, předměty, nábytek, nářadí a pomůcky.
2. **Sociální prostředí** - Společnost, ve které jedinec žije ho ovlivňuje v jeho chování a dává jeho chování v určitých rolí normy. To znamená, že od jedince se očekává, že se bude chovat a zastávat své role podle sociálních pravidel. Životními rolemi se rozumí např. být manželem, být rodičem, být kamarádem, být zaměstnancem.... . Společnost ovlivňuje chování jednice v jednotlivých rolích.
3. **Kulturní prostředí** – Zvyky, víra, vzory činností, normy chování a očekávání akceptovaná společností, které je jedinec členem. Zahrnuje politické aspekty, jako jsou právní normy, které ovlivňují získání pomoci a potvrzují práva jedince. Dále sem patří možnosti vzdělání, pracovního uplatnění a ekonomické podpory.

To, jak důležitý vliv má kontext výkonu na to, jak se činnost bude probíhat dokresluje následující příklad. V situaci, kdy plánujete piknik v přírodě a k obědu máte pečené kuře, nejspíš se nezabýváte použitím příboru a jíte rukama tak, jak jste se to naučili jako malé dítě. V případě, že jste pozváni na oficiální oběd, použijete nejspíš vhodné jídelní pomůcky.

5.5 Analýza činnosti podle Grieva

Grieva (1996) se ve své knize „*Neuropsychologie pro ergoterapeuty – vyšetření percepce a kognitivních funkcí*“ zmiňuje o analýze činnosti ve spojení s percepčními a kognitivními funkcemi. Říká, že zjistit pozorováním deficit v percepčních a kognitivních položkách je mnohem těžší, než v položkách motorických, které jsou mnohem zjevnější.

Grieva popisuje tři oblasti kognitivních složek, o kterých se domnívá, že jsou nutné pro každou činnost:

- orientace a plánování na začátku činnosti

- řešení problémů a sledování během činnosti
- zhodnocení splněného úkolu

Na příkladu vysvětluje důležitost umět řadit úkoly činnosti v potřebném pořadí. Jako příklad si vybral rozjíždění auta, kdy jednotlivé úkoly jdou v tomto pořadí: zapálení motoru, zařazení rychlosti, odbrzdění a přidání plynu. Zároveň poukazuje na to, že existuje mnoho činností, kde v řazení jednotlivých fází existuje variabilita. Ta může být dána okolnostmi a nebo předešlými zvyky pacienta.

Cynkin nemluví jen o požadovaném pořadí úkolů, ale zvažuje celý kontext situace, kdy doporučuje zvážit celý sled předcházejících a následujících činností (*antecedent and consequent activities*) k činnosti základní. Za základní činnost považuje tu činnost, kterou jsme si vybrali jako stěžejní pro terapii. Četnost a rozmanitost předcházejících a následujících činností k činnosti základní demonstruje na příkladu vaření v různém domácím prostředí a v nemocničním zařízení (viz příloha č.5). Z příkladu opět vyplývá, že je důležité znát kontext celé situace klienta. V praxi to znamená, že zmiňované činnosti vaření se budeme věnovat u klientky, která zastává aktivní roli matky. S paní v seniorském věku, která má zřízenou donáškovou službu obědů, budeme v terapii upřednostňovat pro ni důležitější cíle, vaření se můžeme věnovat maximálně jako volnočasové aktivitě.

Grieve demonstruje na činnosti „Opékání toastu“ rozdělení do kroků a určení percepčních a kognitivních složek potřebných pro provedení činnosti (tabulka č.4). Analýzu percepčních a kognitivních součástí úkolu považuje za užitečnou přípravu na funkční vyšetření. Je možné porovnat výsledky vyšetření několika různých úkolů, abychom našli přetrvávající chyby, které jsou spojeny s deficitem některé percepční nebo kognitivní funkce.

Tabulka č. 4

Opékání toastu (začátek úkolu)		
Analýza činnosti	Percepční komponenty	Kognitivní komponenty
Nalézt chléb	Prostorové vnímání Figura a pozadí Stálost tvarů	Plánování Paměť Pozornost

	Rozeznávání předmětů	
Otevřít balíček	Prostorové vnímání Konstrukční apraxie Tělní schéma	Pozornost Řešení problémů zhodnocení
Vyndat příslušný počet krajíčků, vložit je do toustru	Taktilní diskriminace Tělní schéma Prostorové vnímání Rozeznávání předmětů	Rozhodování a zhodnocení

6. Praktická ukázka využití analýzy aktivit pro výtvarné činnosti

V této kapitole chci na příkladu výroby papírové koláže demonstrovat využití analýzy činnosti.

Činnost budu navrhovat pro skupinu šesti klientů po poškození mozku, kde předpokládám fyzický a kognitivně psychosociální handicap. Pro zjednodušení situace zde nepočítám s handicapem smyslovým (vyjma taktilního čítí). Jedná se již o stabilizované klienty v rozmezí 4 měsíců až 2 let po poškození mozku (trauma, CMP, encefalitida a další).

Dále předpokládám, že činnost bude prováděna ve výtvarném ateliéru, který je přístupný všem klientům.

6.1 Analýza úkolu

Níže uvádím ukázkou „analýzy úkolu“, kde rozdělují činnost do kroků. U každého kroku jsem vypsalala komponenty činnosti, kterými je daný krok charakteristický. Komponenty činnosti jsem převážně použila od Lewin a Reed.

Skupinová práce: papírová koláž			
během celé práce:	<p>senzomotorické komponenty: Přijímání a třídění smyslových stimulů; Interpretace smyslových stimulů, Svalový tonus</p> <p>kognitivní komponenty: bdělost; pozornost (<i>převážně rozdělená – musím pracovat a zároveň vnímat co dělají či říkají ostatní; zaměřená</i>); iniciace (<i>po zadání úkolu nečekám, že mě bude někdo vyzývat k děláni jednotlivých kroků činnosti a sám aktivně činnost začnu</i>); orientace situací (<i>vědět kde jsem, co tu chci dělat a co se ode mne očekává</i>)</p> <p>psychosociální komponenty: sociální chování a sebekontrola (<i>nejsem tady sám, musím respektovat průběh činnosti, přání a potřeby ostatních</i>); zájem o činnost, motivace pro provedení činnosti</p>		
<i>kroky činnosti</i>	<i>senzomotorické komponenty</i>	<i>kognitivní komponenty</i>	<i>psychosociální komponenty</i>
terapeut seznámí členy skupiny s činností (<i>slovní</i>)	sluchové a zrakové vnímání	proces zpracování získaných informací paměť	sociální chování (<i>nevyrušovat ostatní</i>)

<i>instrukce mohou být doprovázeny ukázkami již hotových prací)</i>			
klienti se dohodnou na představě o koláži	sluchové vnímání orální motorická kontrola	iniciace komunikace představivost + plánování	motivace + vůle sebekontrola (<i>dát prostor ostatním, umět přijmout, že můj nápad je v menšině</i>) role, kterou bude zastávat (vůdčí osobnost skupiny, pasivní člen)
příprava pomůcek	hrubá motorika křížení středové osy bilaterální integrace praxie, lokomoce úchopy a manipulace s předmětem (rozsah pohybů, svalový tonus, síla, kontrola postury, výdrž, kinesthesie, stereognosie)	organizace práce + plán činnosti (<i>co přinést jako první, kam to položit,...</i>) řešení problémů (<i>pomůcek může být hodně, něco stojí v cestě,...</i>) kategorizace pomůcek	
rozložení pomůcek po stole	jemná motorika úchopy	organizace práce	
výběr vhodných částí časopisů pro koláž	jemná motorika zrakové vnímání	plánování rozhodování se představivost kategorizace ukončení aktivity stálost tvarů generalizace (<i>jsem schopná použít symboly a dvojrozměrné postavy</i>)	sebevyjádření interpers. dovednosti (<i>je dobré konzultovat s ostatními ve skupině</i>) časový management (<i>např. nesmím se zapomenout při prohlížení časopisů a musím myslet, že na</i>

		<i>a předměty místo třírozměrných)</i>	<i>práci mám ohraničený čas)</i>
vystřihování/ vytrhování	jemná motorika lateralita, praxie	stálost tvarů posouzení bezpečnost	
lepení	křížení středové osy lateralita, praxie koordinace oko ruka taktilní cití	organizace práce rozhodování prostorová představ. stálost tvarů	sebevyjádření
dokončení práce – prezentace svého výrobku	orální motorická kontrola		sebevyjádření verbální a nonverbální komunikace
úklid pomůcek	lokomoce hrubá motorika křížení středové osy bilaterální integrace úchopy a manipulace s předmětem	paměť (<i>odkud jsem pomůcky vzal</i>) organizace práce	
reflexe (terapeuta směrem ke klientům + klienti sami	sluchová percepce orální motorická kontrola	paměť (<i>pamatovat si, co mě činilo obtíže během práce</i>) kategorizace (<i>vědět, že o tomto problému jsme již mluvili</i>)	interpersonální dovednosti sebevyjádření sebe-pojetí (cením si sám sebe, že jsem participoval na výrobě koláže)

6.2 Adaptace činnosti

Pro lepší přehlednost jsem ukázkou adaptací rozdělila do dvou tabulek. v první tabulce popisují adaptace pro klienty s fyzickým handicapem a v druhé pro klienty s kognitivními obtížemi a psychosociálními obtížemi. Při práci s klienty s fyzickým handicapem může být kladen důraz na kognitivní i psychosociální komponenty, protože cílem terapie může být naučení se zvládání svého handicapu. to často vyžaduje analýzu problému a schopnost řešit problémy, respektive vypořádat se se vzniklou situací (coping skills).

Uvedené adaptace jsou jenom návrhy, mohou, ale nemusí být použity. U některých kroků uvádím více možností. Využití adaptace závisí na míře postižení klienta. V kolonce speciální pomůcky mám na mysli pomůcky pro osobu s handicapem. Kroky činnosti, kde žádnou adaptaci nepředpokládám, zde neuvádím.

a) adaptace pro klienty s fyzickými problémy (hemiparézou a plegií)

Skupinová práce: papírová koláž	
Speciální pomůcky	přizpůsobené nůžky, protiskluzové podložky (viz příloha č.9), desky pro uchycení papíru
kroky činnosti	
seznámení s činností	➤ terapeut vysvětluje různé způsoby adaptace činnosti
příprava pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut připraví pomůcky sám ➤ terapeut vyndá pomůcky z hůře dostupných skříní na stůl ➤ terapeut navrhne, aby klienti si dali pomůcky do igelitové tašky, kterou si zavěsí na francouzskou hůl a nebo do tašky, kterou si dají přes rameno.
rozložení pomůcek po stole	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut pomůže s rozložením pomůcek ➤ pod některé pomůcky nebo i papír na kterém se bude tvořit dá terapeut protiskluzovou podložku
výběr vhodných částí časopisů pro koláž	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut místo časopisů může zvolit barevné papíry ➤ terapeut může připravit výstřižky, z kterých dá klientům vybrat
vystřihování/ vytrhování	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut může uvolňovat před činností a během činnosti spasticitu horní končetiny ➤ terapeut připraví pomůcky, které by suplovali absenci motoriky druhé ruky (např. desky s gumičkou, za kterou se časopis zastrčí) ➤ terapeut doporučí spolupráci klientů tak, aby měli vždy „dvě ruce“ ➤ terapeut může dopomáhat klientovi (fyzickým guaidingem – vede jeho ruku v činnosti, držení papíru, přípravě papíru ke stříhání, dopomoc při položení postižené ruky na papír pro jeho přidržování...)

lepení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut připraví takové lepidlo, které bude pro klienty snadno použitelné (<i>např.: použití herkulesu v kombinaci se štětcem</i>) ➤ doporučí klientům, aby lepidlo nanесли na plochu koláže (<i>snazší postup, než nanášet lepidlo na výstřižek</i>) ➤ papír, na který budou lepit ústřižky, bude přichycen k podložce tak, aby se nehýbal (<i>na protiskluzové podložce, přidělán kancelářskou sponkou k novinám či deskám, ...</i>)
úklid pomůcek	stejně jako příprava pomůcek

b) adaptace pro klienti s kognitivními a psychosociálními problémy (např. snížený náhled na svoji situace, snížená iniciace, porucha paměti, pozornosti, afázie apod.)

Skupinová práce: papírová koláž	
Specielní pomůcky	tabule pro možnost psaní důležitých bodů činnosti
<i>kroky činnosti</i>	
terapeut seznámí členy skupiny s činností	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut zadává jednotlivé úkoly činnosti vždy až po dokončení předchozího úkolu ➤ terapeut zadává úkoly co nejjednodušším slovníkem ➤ terapeut napíše kroky činnosti na tabuli na kterou všichni vidí ➤ terapeut výrazně konkretizuje téma koláže
klienti se dohodnou na představě o koláži	➤ terapeut iniciuje a koordinuje společné dohadování se o tématu
příprava pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut může připravit seznam pomůcek a materiálu, který je pro činnost potřeba ➤ terapeut připraví pomůcky na místo, kde je klienti snadno uvidí a nemusí je hledat ➤ terapeut dá jasné označení na dveře skříněk, s popisem pomůcek, které jsou uvnitř
výběr vhodných částí časopisů pro koláž	➤ terapeut místo časopisů může zvolit jen barevné papíry (<i>v případě, že by časopisy odváděly pozornost klientů od prováděné činnosti</i>)

vystřihování/ vytrhování	<ul style="list-style-type: none"> ➤ při nejistotě klienta může terapeut dávat slovní podporu ➤ terapeut může pracovat společně s klienty, aby je „táhl“ při provádění činnosti
lepení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ stejné jako výše ➤ v případě potřeby terapeut hlídá klienty, aby lepidlo nedávali do úst ➤ terapeut předejde tomu, aby klienti měli ulepené oblečení
dokončení práce	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut pomáhá klientům v hlídání časového managementu (po celou dobu práce)
prezentace výrobku	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut povzbuzuje v prezentaci práce, dává na výběr možnosti
úklid pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut slovně pomáhá a kontroluje činnost
zpětná vazba od terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut může tento krok vynechat ➤ terapeut se omezí jen na chválení klientů ➤ terapeut si vybere jen jeden chybný krok klienta, na který ho upozorní ➤ terapeut dává zpětnou vazbu hned, jak je to potřeba

6.3 Stupňování činnosti

Stupňováním náročnosti činnosti se terapeut snaží u klienta trénovat či testovat komponenty činnosti, které určil (dohodnul se na nich s klientem) v plánu terapie. Každou činnost je možné udělat obtížnější, např. náročností na zvýšenou kvantitu či dodáním rozptylujících prvků. Náročnost činnosti můžeme ovlivnit výběrem místnosti, v které činnost bude probíhat či vymezeným časem. Zvýšit či snížit obtížnost činnosti je také možné vynecháním určitých korekčních kroků či naopak přidáním činností navíc. V tomto případě by se mohlo jednat o přinesení časopisů klienty z domova či provedení nákupu barevných papírů. Dalším úkolem by mohlo být po dokončení koláže její umístění na nástěnku či na zeď zařízení, kde byla činnost prováděna.

Stupňování uvádím stejným způsobem jako adaptace, to, že jednotlivých korekčních kroků je vždy jen návrh. V praxi je možné vymyslet široké spektrum stupňování, které budou vycházet z konkrétní situace klienta a cílů terapie. Kroky, v kterých nenavrhuji žádné stupňování, zde neuvádím.

a) Stupňování pro klienty s fyzickými problémy (hemiparézou a hemiplegií)

I u klientů s fyzickým handicapem je potřeba trénovat složku kognitivní a psychosociální. Klienty můžeme rozdělit nejméně do dvou skupin. U první skupiny předpokládám jen fyzický handicap, ale i přesto je potřeba trénovat schopnost řešit „problémové situace“ („jak zvládnou činnost jednou rukou?“, ...), které by se měli naučit řešit sami a dále učit se požádat si o pomoc (i přes maximální úsilí jsou některé činnosti, které člověk s fyzickým handicapem nezvládne). Někteří klienti mají problém s pasivitou, protože se domnívají, že díky fyzickému handicapu nemohou vykonávat většinu činností.

Skupinová práce: papírová koláž	
kroky činnosti	
terapeut seznámí s činností	➤ terapeut vyzývá klienty, aby sami navrhli, jaké adaptované pomůcky k činnosti potřebují
příprava pomůcek	➤ terapeut nechá celou situaci na klientech a to i v případě, že budou ze začátku tápat (řešení problémů) ➤ klienti budou používat zcela běžné pomůcky
rozložení pomůcek po stole	➤ terapeut nechá na klientech to, jak si uspořádají pracovní prostor
vystříhování/ vytrhování	➤ terapeut dá klientům k dispozici staré kalendáře formátu A3 (náročnější manipulace s větším a tužším papírem)
lepení	➤ nároky na přesnost přilepení a čistotu provedení
úklid pomůcek	➤ terapeut nechá celou situaci na klientech

b) Stupňování pro klienty s kognitivními a psychosociálními problémy (např. snížený náhled na svoji situaci, snížená iniciace, porucha paměti, pozornosti, afázie apod.)

Skupinová práce: papírová koláž	
Pomůcky	tabule, kde budou napsané kroky činnosti

<i>kroky činnosti</i>	
terapeut seznámí členy skupiny s činností	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut vysvětlí jednomu z klientů postup práce a požádá ho, aby on vysvětlil práci svým kolegům ➤ terapeut vybídne klienty, aby si dělali poznámky o průběhu činnosti a tím byli samostatní během provádění činnosti
klienti se dohodnou na představě o koláži	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut nezasahuje do společného dohadování se o tématu ➤ terapeut určí jednoho z klientů, který bude koordinátorem a mluvčím skupiny
příprava pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> ➤ klienti při přípravě pomůcek postupují podle seznamu, který obdrží od terapeuta (terapeut nedává slovní dopomoc)
obstarání časopisů	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut může požadovat přinesení časopisů po klientech z domova (to předpokládá zadání úkolu předešlé sezení, jde o trénink paměti a zodpovědnosti)
výběr vhodných částí časopisů pro koláž	<ul style="list-style-type: none"> ➤ terapeut může nechat hrát v místnosti rádio (nároky na rozdělenou pozornost)

6.4 Cíle činnosti

Cíle činnosti závisí na kontextu situace klienta (kontext situace klienta zahrnuje jeho věk; rodinné zázemí; fázi disability - jiné cíle jsou u klienta v akutní či subakutní fázi a stejně tak jsou jiné u chronického pacienta po 1 roce či 5 roce od začátku nemoci; vzdělání, předešlé zaměstnání; bydliště a další). Proto ve stejné skupině klientů při provádění totožné činnosti může jít o různé cíle. Trénování položek pro dosažení cíle podpoříme vhodným stupňováním či adaptací činnosti. Úspěšnost terapie je možné posuzovat dle toho, jak je klient naučenou dovednost schopen přenést do činností běžného života.

a) Příklady cílů provádění papírové koláže pro klienty s fyzickým handicapem:

- učit se používat postiženou ruku k přidržování (sekundární úchop) předmětů (*v případě středně těžké a těžké parézy*)

- trénovat provádění bimanuálních aktivit, maximální zapojování postižené ruky *(v případě lehké až středně těžké parézy)*
- trénovat provádění činností jednou rukou, zlepšování motoriky používané horní končetiny *(v případě plegie postižené ruky)*
- trénovat přenášení předmětů
- při přesunech se zaměřit na správné vstávání
- učit se od spoluklientů nové dovednosti
- dát možnost klientovi zjistit, co všechno dokáže i přes svůj handicap
- přítomnost ve společnosti lidí – sdílení se, možnost zažít legraci, možnost mluvit o svých problémech, inspirace ostatními... *(někteří klienti si stěžují na výrazné snížení kontaktů s někým mimo rodinu)*
- umět si uspořádat pracovní prostor tak, aby vzhledem k handicapu co nejméně klienta limitoval

b) Příklady cílů provádění papírové koláže pro klienty s kognitivně-psychosociálním handicapem:

- učit se organizovat si práci
- učit se vnímání času, odhadnutí kolik času potřebuji pro konkrétní část činnosti, hlídat si, abych se nezastavil v práci a díky tomu nebyl schopen činnost dokončit (time management)
- učit se spolupráci s ostatními klienty
- komunikovat s ostatními klienty
- učit se uvědomovat si potřeby ostatních klientů
- učit se řešit problémové situace
- uvědomit si, že jsem schopen vytvořit výtvar (sebe-ocenění)
- trénink trpělivosti
- trénink prostorových vztahů

Diskuse

Ve své práci jsem se hlavně zaměřila na teoretické zpracování analýzy činnosti. Analýza činnosti je teorie či paradigma, které by měli využívat všichni ergoterapeuti ve své praxi. Přestože ergoterapeuti vyspělých států považují dovednost analýzy činnosti za velmi důležitou, u českých ergoterapeutů tomu zatím tak není. S analýzou činnosti jsem se po prvé setkala při mém studiu bakalářského oboru ergoterapie na 1. LF UK v Praze v předmětu Terapeutické techniky a činnosti, kde ji vyučovala MUDr. Slámová a MUDr. Zárubová, které měli možnost několika stáží na zahraničních univerzitách s programem výuky ergoterapie (v Glasgow, v Lundu a Amsterdamu). Materiály k analýze činnosti se sestávali z formuláře pro analyzování činnosti a jedné stránky vysvětlujícího textu. Shodou okolností jsem po nějaké době převzala výuku po výše zmiňovaných lékařkách, včetně předmětu Terapeutické činnosti a techniky. Během let mého působení ve výuce ergoterapeutů jsem se snažila získat více informací o analýze činnosti a zároveň propojovat tyto teoretické znalosti studentů s praktickou zkušeností. V české literatuře se mi podařilo nalézt analogii k analýze činnosti v Ergoterapii II od Pfeiffera. Svým způsobem se jedná o „průkopnickou“ knihu, protože jak Pfeiffer v úvodu píše, bylo pro něho těžké navázat na přerušenu tradici. Kapitulu „Rozbor jednotlivých pracovních činností vhodných pro ergoterapii a jejich aplikaci“, která je rozepsána na 31 stran, můžeme považovat za analýzu činnosti. Kromě jiného zde popisuje jednotlivé pohyby na horní končetině, jako je například flexe či extenze palce, uvádí zde svaly, které tento pohyb provádí a činnosti, kde je tento pohyb využíván (viz příloha č.3). O takovéto detailní analýze mluví např. Hagedorn, ale nikdo z autorů, z kterých jsem čerpala, takto detailní rozbor nepopisuje.

Hypotéza 1: *Předpokládala jsem, že hlubším studiem teorií o analýze činností různých autorů, zjistím, že základní myšlenka je stejná a odlišnosti jsou převážně jen v taxonomii a šířce pojetí teorie.*

V základu všechny texty, s kterými jsem pracovala chápou analýzu činnosti podobně, rozdíl je v šíři a směru zpracování tématu. U každého autora lze nalézt něco „trochu“ navíc, co ostatní nemají. Všichni autoři se zmiňují o tom, že je potřeba se zvlášť soustředit na analyzování činnosti a analyzování jedince s následným provedením syntézy. Míra, s kterou se věnují popisu analýzy činnosti či jedince je různá. Např. Hagedorn se podrobně

věnuje různým úrovním analýzy zaměřené na činnost, ale již méně analýze zaměřené na jedince. Ve spojení její existenční analýzy a analýzy účasti s časovými aspekty, a aspekty prostředí, které uvádí Lewin a Reed můžeme získat velmi podrobný návod pro analýzu jedince.

Velké rozdíly je možné pozorovat v taxonomii a různých rozdělení komponentů činnosti či typů jednotlivých analýz. Například Breines používá zcela jiné rozdělení komponentů činnosti, neboli elementů, než ostatní zde uvedení autoři. Elementy činnosti rozděluje na egocentrické, exocentrické a konsensuální. Toto rozdělení je méně obvyklé, ale již jsem se s ním při studiu zahraniční literatury setkala. Drobné odlišnosti jednotlivých autorů mě nutily více o celé problematice přemýšlet a získat komplexnější náhled na celou problematiku.

Všichni autoři kromě Hagedorn ve svých textech používají příklady. Domnívám se, že uvedení příkladu je pro pochopení teoretického základu velmi užitečné, což se mi mnohokrát potvrdilo i při práci se studenty.

Další odlišností je samotný název teorie, u některých autorů se můžeme setkat s pojmem nejčastěji s pojmem „Activities analysis“, nebo „Analysis and adaptation of occupation“. V českém jazyce se používá „analýza činnosti“ nebo „analýza aktivit“. Z těchto názvů není patrné, že se kromě analýzy zaměřené na činnost, tato teorie zaměřuje i na jedince.

Hypotéza 2: *Předpokládala jsem, že se mi podaří nalézt k anglickým termínům pro komponenty činnosti adekvátní český výraz.*

Překlad jsem provedla u všech názvů komponentů činnosti, ale v mnohém případě nejsem spokojena. Přestože jsem se snažila nalézt ekvivalent v české literatuře a radila se se svými kolegyněmi, tak některé přeložené termíny dle mého názoru nevystihují to, co se pod nimi skrývá. Tato skutečnost souvisí s faktem, že v České republice zatím není vytvořena ergoterapeutická taxonomie. Vytvoření taxonomie by velmi usnadnilo komunikaci mezi ergoterapeuty a zjednodušilo vytváření překladů z cizojazyčné literatury. Absence celosvětově ucelené ergoterapeutické taxonomie je možné pozorovat u většiny autorů, kteří pro stejnou položku volí různé výrazy. Například Reed používá „performance components“, Breines používá termín „elements“, Hagedorn mluví o „performance skills“. Další odlišnosti je možné pozorovat v řazení jednotlivých komponentů do kategorií či určení samotných kategorií. Například Kielhofner popisuje kategorii *kommunikace a interakce*, kam řadí expresi tělem, jazyk, vztahy a výměnu informací. U Mosey *kommunikaci*

nacházíme jako komponentu, která patří pod Sociální dovednosti, které řadí pod sociální dovednosti. U Lewin a Reed můžeme *komunikaci* nalézt zahrnutou v sociálního chování či vedení (social conduct) a interpersonálních dovednostech. Breines zařazuje *komunikaci* mezi konsensuální elementy. Takovýchto příkladů bych mohla uvést několik. Kromě jiného řazení položek, jsem se setkala s jejich různě podrobnými definicemi. Je běžné, že položky, které uvádí jeden autor, u druhého nenajdeme. Toto rozdílné pojetí je na první pohled matoucí, ale nakonec může vést k prohloubení teoretických znalostí, protože člověk je nucen vidět problematiku z více úhlů.

Hypotéza 3: *Předpokládala jsem, že uvedení výčtu komponentů činnosti a jejich definování, bude sloužit studentům k rychlejšímu zvládnutí analýzy činnosti.*

Tabulku číslo 3 jsem během výuky zimního semestru 2005/06 dala k dispozici studentům prvního ročníku oboru ergoterapie. Vzhledem k tomu, že v sylabu prvního ročníku převládají hlavně preklinické obory, studiu ergoterapeutických teorií se věnují méně. Přesto během praktických cvičení a seminářů jsme zaznamenala postupné osvojování si dovednosti rozdělování činností na komponenty, včetně komponentů, které jsou na identifikaci náročnější.

Hypotéza 4: *Předpokládala jsem, že mnou provedená analýza výtvarné činnosti - výroba papírové koláže bude názornou pomůckou pro studenty oboru ergoterapie pro praktické pochopení analýzy činnosti.*

Činnost zaměřenou na výrobu papírové koláže jsem se snažila rozebrat na jednotlivé kroky, kde jsem se snažila popsat komponenty, které jednotlivé kroky vyžadují. Činnost by bylo možné rozebrat do větších detailů (například jako u Pfeiffera – viz příloha č.3), ale domnívala jsem se, že to v tomto případě takto podrobná analýza není potřeba. Dále jsem se snažila navrhnout adaptace a stupňování pro blíže nespecifikované klienty po poškození mozku s fyzickým, kognitivním či psychosociálním handicapem. Ze zkušenosti z práce se studenty vím, že jim činí obtíže sestavit nároky (komponenty) činnosti a její potenciál pro terapii, když nemají konkrétní příklad klienta. Tato dovednost je nezbytná pro cílené využívání smysluplných činností v terapii. I u studentů vyšších ročníků, kteří neovládali dobře tuto dovednost, jsem se často setkávala s tím, že nevědí, co má být cílem jejich práce

s klientem a nebo neuměli činnost nastavit tak, aby pozorováním zjistili potřebné informace o klientovi, z kterých by vycházeli pro další plánování terapie.

Mnou vytvořený příklad analýzy výše uvedené činnosti jsem poskytla studentům prvního ročníku v tomto školním roce (2005/06), a proto zatím nemohu ověřit, zda jim toto pomohlo v propojení teorie s praxí. Teoretické ovládní analýzy činnosti jsem ale mohla pozorovat při aplikaci na různé výtvarné činnosti, které jsem se studenty během semestru prováděla. Domnívám se, že většina studentů tuto dovednost zvládla dobře (vzhledem k mému ukončení pracovního poměru jako asistenta pro obor ergoterapie ze začátku roku 2006 jsem nemohla nadále sledovat osvojování teoretických znalostí studentů a uplatňování těchto vědomostí při ergoterapeutické praxi).

Závěr

Ve své práci jsem shromáždila podklady pro napsání skript určené studentům oboru ergoterapie. Zejména jsem se zaměřila na oblast analýzy činností a jejího využití v terapii, a to především v terapii pomocí výtvarných a rukodělných činností. Materiály, které jsem o analýze činnosti překládala, mi potvrdili její důležitost. Všichni autoři, z kterých jsem čerpala se shodují v tom, že analýza činnosti, patří mezi základní dovednosti ergoterapeuta. Výklad analýzy činnosti je v těchto pramenech většinou směřován studentům, protože autoři předpokládají, že ergoterapeuti v praxi tuto dovednost již ovládají. Znalost analýzy činnosti u ergoterapeutů v České republice je zatím malá, u některých žádná.

Ze souhrnu poznatků autorů, z kterých jsem pro svou práci čerpala, vnímám analýzu činnosti jako teoretický nástroj, který má pomoci porozumět jakékoli činnosti. To znamená porozumět základním vlastnostem činnosti a možnostem její adaptace a stupňování. Předmětem analýzy činnosti je i jedinec, pro kterého je činnost základním vyjádřením jeho bytí a existenční potřebou. Analýza činnosti zkoumá omezení jedince v podobě narušené možnosti vykonávat některé z komponentů činnosti, dále zkoumá význam konkrétní činnosti pro konkrétního jedince, jeho preference a povinnosti pro vykonávání činností. Vše je potřeba vidět v kontextu fyzického, sociálního, kulturního a časového hlediska. Provedení analýzy činnosti by mělo sloužit k co nejefektivnějšímu využití činnosti pro terapii či navrzení adaptací pro umožnění nebo usnadnění výkonu jedince v činnostech běžného dne či v pracovního prostředí. Nutno ale říci, že analýza činnosti není „samospasitelná“, ale vyžaduje znalosti (nejlépe neustálé prohlubování znalostí) z preklinických a klinických oborů a propojení s dalšími základními teoriemi v ergoterapii. Teoretické znalosti o analýze činnosti, které zde uvádím mohou sloužit jako podklad pro vytvoření strukturovaného pozorování klienta z jakéhokoli zařízení nebo pro analyzování činnosti, která bude následně sloužit jako diagnostický nástroj.

Výtvarné a rukodělné činnosti provází ergoterapii od jejího vzniku, míra využívání těchto činností je byla v průběhu jejího vývoje různá. Domnívám se, že ergoterapie patří mezi profese, které by měli být schopni v co nejkratší době reflektovat požadavky společnosti, které se mění s jejím neustálým vývojem. Požadavek výtvarných činností v terapii trefně vyjádřila Breines v názvu své knihy „Od keramické hlíny k počítačům“ (*Activities From Clay To Computers*). Přesto se domnívám, že využívání výtvarných a rukodělných činností

v ergoterapii má budoucnost. Výtvarné a rukodělné činnosti splňují požadavek komplexnosti a smysluplné činnosti. Využitím analýzy činnosti může ergoterapeut ukázat i „nezasvěcené“ odborné veřejnosti, že ergoterapie není krásné hraní či malování s klienty, ale že se jedná o profesi, která je schopna pro dosažení konkrétních cílů terapie využít právě tak příjemné prostředky jako jsou hra a výtvarné či rukodělné činnosti.

Seznam použité literatury

1. Breines, E.: *Occupational Therapy, Activities From Clay To Computers, Theory And Practise*. 1. vyd. Philadelphia : F.A.Davis Company, 1995. ISBN 0-8036-1145-5
2. Chlumecká, J.: *Diplomová práce : Úloha reflexe v odborném růstu ergoterapeutů*. Praha : Fakulta humanitních studií, UK, 2004
3. Creek, J.: *Occupational therapy : new perspectives*, 1.vydání. London : Whurr Publishers Ltd, 1998. ISBN 1 86156 088 5
4. Cynkin, S., Robinson, AM.: *Occupational therapy and activities health : Toward health through activities*. 4rth edn. Boston; Toronto; London : Little, Brown and Company, 1990. ISBN 0-316-1661 1-1
5. Faktorová, M.: *State of occupational therapy in the czech republic*. 2001 (*interní materiál 1.LF UK - KRL*)
6. Grieve, J.: *Neuropsychology for occupational therapists: assessment for perception and cognition*. 1 st edn. Oxford : Blackwell Science, 1996. ISBN 0-632-03303-7
7. Hagerdorn, R.: *Foundation for practise in occupational therapy*. 2nd edn. New York; Edimburgh; London; Madrid; Melbourne; San Francisco; Tokyo : Curchil Livingstone, 1997. ISBN 0 443 0529 2
8. Kielhofnoer, G.: *A model of human occupation theory and application*. 2nd edn. Baltimore : Williams and Wilkins, 1995. ISBN 0683046012
9. Klusoňová, E., Špičková, J.: *Ergoterapie I*. 2.vyd. Praha : Avicenum,1998, ISBN 80-201-0030

10. Krivošíková, M.: *Historie ergoterapie*. 2005. (interní materiál 1.LF UK - KRL)
11. Kolektiv autorů: *Koncepce oboru ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů, 2002. (interní materiál ČAE)
12. Lewin, J.E., Reed, C.A.: *Creative Problem Solving : Occupational Therapy*. Philadelphia, New . Philadelphia, New York : Lippincott, 1998. ISBN 0-397-55233-5
13. Lippertová-Grünerová, M.: *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN – 80-7262-317-6
14. Mosey, A.: *Psychosocial component of occupational therapy*. New York : Raven Press, 1986. ISBN 0-89004-334-5
15. Neistadt, M.E., Crepeau, E.B.: *Willard [and] Spackman's occupational therapy*. 9th edn. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1998. ISBN 0-397-55192-4
16. Petráčková, V., Kraus, J., a kol.: *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200-0982-5
17. Pfeiffer, J.: *Ergoterapie II*. 1.vyd. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0
18. Pfeiffer, J.: *Ergoterapie: Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. 1.vyd. Praha : Rehalb, 2001
19. Preiss, M., a kol.: *Klinická Neuropsychologie*. 1.vyd. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6
20. Reed, K.L., Sanderson, S.: *Concepts of occupational therapy*. 3rd edn. Baltimore : Williams and Wilkins, 1992. ISBN 0-683-30454-2

21. Reed, KL.: *Quick reference to occupational therapy*. Gaithersburg – Maryland : Aspen Publishers, Inc., 1991. ISBN 0-8342-0237-9
22. Votava, J. a kol.: *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-385-7
23. Votava, J. a kol.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5
24. Wilcock, A.A.: *Reflection on doing, being and becoming*. The Australian Occupational Therapy Journal, 46:1-11
25. Turner, A., Foster, M., Johnson, S.: *Occupational therapy and physical dysfunction: Principles, Skills, Practise*. 5th edn. Edimburg: Churchill Livingstone, 2002. ISBN 0-443-06224-2

Internetové zdroje:

1. Česká asociace ergoterapeutů: Koncepce oboru ergoterapie: dostupné z:
<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>
[cit.: únor 2006]
2. WFOT : What is occupational therapy?: dostupné z:
http://www.wfot.com/WFOT_information/default.cfm [cit.: únor 2006]

Seznam příloh

- Příloha č.1: Definice ergoterapie dle Světové federace ergoterapeutů (WFOT) v originálním znění:
- Příloha č.2: Mezinárodní ergoterapeutické organizace
- Příloha č.3: Ukázka z Hodnocení náročnosti činností na rozsah pohybů a sílu při zapojení jednotlivých svalů podle Pfeiffera
- Příloha č.4: Stručná charakteristika Modelu lidského zaměstnávání a Kanadského modelu výkonu činnosti.
- Příloha č.5: Ukázka předcházejících a následujících činností k činnosti základní dle Cynkin
- Příloha č.6: Komponenty výkonu dle Mosey
- Příloha č.7: Výtvarné činnosti nenáročné na provedení s efektním výsledkem
- Příloha č.8: Ukázka použití výtvarné činnosti pro osobu s fyzickým handicapem
- Příloha č.9: Ukázka pomůcek sloužících k usnadnění činnosti pro jedince s fyzickým handicapem

Příloha č. 1

Definice ergoterapie dle Světové federace ergoterapeutů (WFOT)

v originálním znění:

Occupational therapy is a profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to participate or by modifying the environment to better support participation (WFOT 2005).

Příloha č. 2

Mezinárodní ergoterapeutické organizace

WFOT

V roce 1952 byla založena *Světová federace ergoterapie* (WFOT - World Federation of Occupational Therapy), která pořádá od roku 1954 pravidelně každé čtyři roky mezinárodní kongresy. WFOT dále pravidelně monitoruje a provádí revizi Minimálních standardů vzdělávání ergoterapeutů, které poprvé vyšly v roce 1952 a Etický kodex ergoterapeuta. Má 55 členů. České Asociaci Ergoterapeutů bylo přiděleno přidružené členství v prosinci 2000. Plné členství bylo odsouhlaseno Valnou hromadou WFOT na zasedání v červnu 2002 ve Švédsku díky akceptaci bakalářského studijního programu 1. LF UK v Praze.

COTEC

V rámci Evropy se ergoterapeuti sdružují v *Evropské komisi ergoterapie* (COTEC – Council of Occupational Therapy in European Countries), která vznikla v roce 1986. Hlavním důvodem vzniku byla snaha o lepší koordinaci pohledů a vizí národních asociací. V současnosti COTEC sdružuje 22 států. Mezi hlavní aktivity COTECu patří harmonizace legislativních norem týkajících se ergoterapie, poskytování aktuálních informací o vzdělávacích institucích a zaměstnávání ergoterapeutů v Evropě, organizace evropského kongresu a tvorba dokumentů, které mají doporučující charakter.

ENOTHE

V roce 1995 vznikla *Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání* (ENOTHE – European Network of Occupational Therapy in Higher Education) jako organizace škol, které zajišťují výuku ergoterapie. Ta pořádá každoročně konferenci v různých státech Evropy. (v roce 2003 v Praze)

Příloha č. 3

Ukázka z Hodnocení náročnosti činností na rozsah pohybů a sílu při zapojení jednotlivých svalů podle Pfeiffera:

Následující ukázkou považuji za dobrou prezentaci analýzy dovedností, která využívá anatomické a funkčně anatomické znalosti, včetně znalostí nároků jednotlivých činností.

1. Palec – flexe:

Zapojené svaly: m. flexor pollicis longus, m. flexor pollicis brevis, m. abductor pollicis brevis, m. adductor pollicis a m. opponens pollicis

Použitá činnost

hrnčířství
tiskařství
práce s kladivem
řezání
zahradnictví
tkaní na kartičky
psaní na stroji
hra na klávesový nástroj
tenis
atd.

Žádaný pohyb

uštípování hlíny
uchopování typů písmen
držení násady
držení rukojeti
ohýbání palce při trhání plevele a při držení náradí
obracení kartiček, napínání osnovy a dělání uzlů
úder na mezerník
úder na klávesu
úchop rakety

2. Palec – extenze

Zapojené svaly: m. extensor pollicis longus, m. extensor pollicis brevis

Použitá činnost

házení šipek
hra v kuličky
házení kroužků na tyč
psaní na stroji
stříhání
tkaní na stavu
práce se dřevem

pletení košíků
karty
denní činnosti

Žádaný pohyb

uvolnění šipky
cvrnkání kuliček
hození, otevření ruky
úder palce na mezerník
rozevírání branží nůžek
natahování příze do osnovy, prohazování člunku
broušení smirkovým papírem připevněným na dřevěném špalíčku
úchop materiálu
rozdávání karet
otvírání ruky a uchopování předmětů

Takovýto popis pohybu určitého segmentu ruky s popisem zapojení příslušných svalů v určité činnosti popisuje Pfeiffer v učebnici Ergoterapie II. z roku 1990 od str.43 –52.

Příloha č. 4

Stručná charakteristika Modelu lidského zaměstnávání a Kanadského modelu výkonu činnosti

Model lidského zaměstnávání (The Model of Human Occupation, MOHO)

Společně se svými kolegy ho v roce 1985 vytvořil Gary Kielhofner, popsal ve své knize *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (Kielhofner, 1985). Kielhofner zkoumal organizující vliv času a zaměstnávání na cykly aktivity. V Modelu lidského zaměstnávání je člověk chápán jako celek, který je v neustálé interakci s prostředím. Prostřednictvím této interakce formuje své chování a vytváří si svou vlastní identitu. Dále říká, že člověk je tvořen třemi hierarchicky uspořádanými subsystemy: vůle, zvyklosti a výkon založený na spolupráci mysli – mozku – těla. Tyto subsystemy jsou na sobě závislé a navíc jsou ovlivňované prostředím. Jednotlivé subsystemy dále rozpracoval a na jejich základě vzniklo několik hodnotících nástrojů.

Kanadský model výkonu činnosti (Canadian Model of Occupational Performance, CMOP)

Kanadská asociace ergoterapeutů ve spolupráci s jinými organizacemi (Health and Welfare Canada), vyvinula v roce 1997 *Kanadský model výkonu činnosti (Canadian Model of Occupational Performance, CMOP)*. Dále ho rozpracoval ve své knize *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* kanadská ergoterapeutka Elizabeth Townsend. Tento model respektuje zásady přístupu zaměřeného na klienta jako podstatu terapeutického procesu a popisuje schopnosti klienta ve třech oblastech výkonu činnosti: soběstačnost (p ADL, I ADL, funkční mobilita), produktivita (placená, neplacená práce, vedení domácnosti, škola, hry), zájmy (rekreace pasivní, aktivní). Výkon činnosti klienta závisí na jeho schopnostech v těchto oblastech: fyzické, kognitivní, sociální a spirituální. Výkon činnosti je dále ovlivněn rolemi a prostředím, které může být sociální, fyzické, kulturní nebo institucionální.

Příloha č. 5

Ukázka předcházejících a následujících činností k činnosti základní

Cynking uvádí příklad činnosti vaření jídla v 7 různých domácnostech či zdravotních zařízeních. Na tomto příkladu demonstruje, jak proměnlivě závisí činnosti předcházející a následující vaření, na různém prostředí (kontextu).

	dělník, svobodný 24 let	manželé pracující žena 33 muž 37	matka v domácnosti	Klinika A Geriarická skupina	Klinika B Denní centrum psychiatr, skupina
10h	Výdělečná	výdělečná	nakupování a	vaření	dělání rozpočtu
11h	činnost	činnost	plánování		nakupování
12h			denního menu	plánování	vaření
13h				menu na příští sezení	jedení mytí nádobí
14h					
15h					
16h			vaření		
17h					
18h	nakupování polotovarů	žena plánuje přípravu jídla během jízdy z práce	uklizení kuchyně servírování jídla		
19h	Ohřátí polotovaru	zjišťuje domácí suroviny vaří	jedení mytí nádobí		
20h	jedení při sledování TV	žena servíruje jídlo, jedení			
21h	vaření instantní kávy	muž myje nádobí			
22h	mytí nádobí				

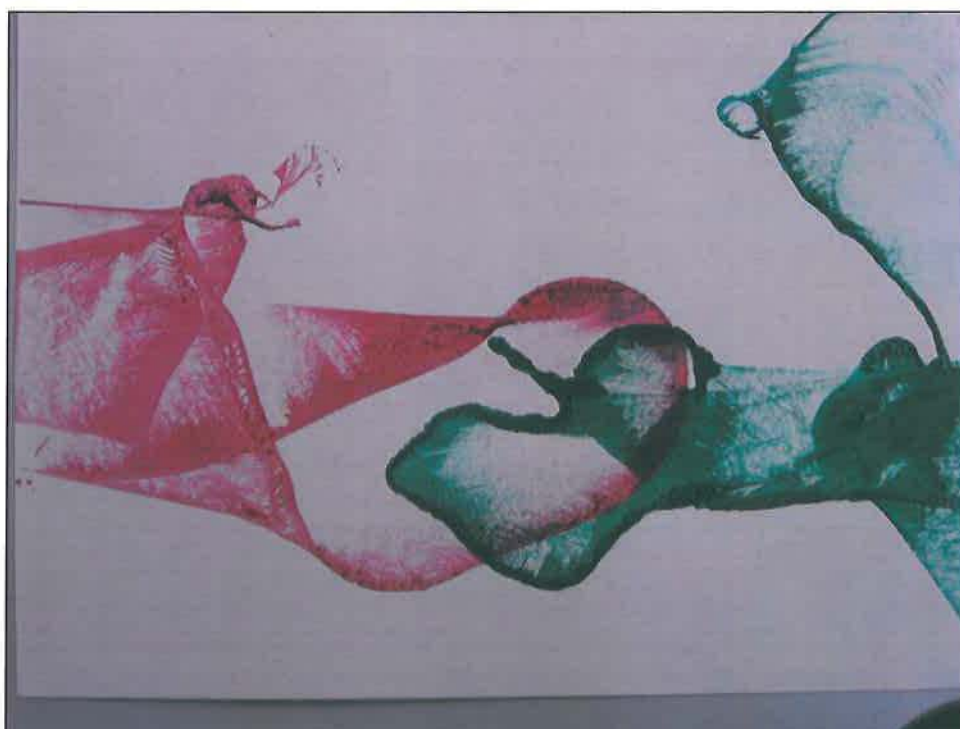
- hodnoty
 - zájmy
 - motivace
2. intrapsychická dynamika
- vědomá – nevědomá kontinuita
 - psychodynamika
 - obrané mechanismy
3. zkoušení reality
4. vhled/ pochopení
5. vztah k předmětům
6. sebe-pojetí
- identita
 - identita s pohlavím
 - představa o těle
 - znalost vlastních kladů a omezení
 - sebe-úcta (sebe-ocenění)
7. sebe-disciplína
- vůle
 - sebekontrola
 - vlastní zodpovědnost a sebe- řízení
 - vypořádání se s nepřízní osudu

Příloha č. 7

Výtvarné činnosti nenáročné na provedení s efektním výsledkem



Kresba do klovatiny



Kresba pomocí nitě



Akvarel



Obtiskávání skvrn

Návody pro provedení činnosti neuvádím, protože se domnívám, že se jedná o výtvarné činnosti, které jsou většině lidí známy již ze základní školy.

Příloha č. 8

Pacientka s těžkou parézou se pokouší využít PHK pro úchop tuby s temperou.



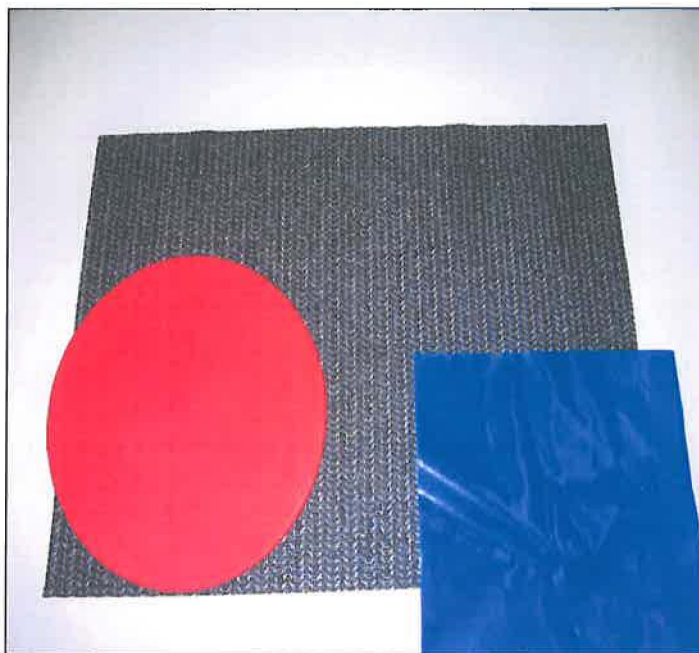
Při malování prsty se pacientka snaží zapojit i prsty paretické ruky. Paréza PHK je tak těžká, že si musí dopomáhat LHK.

Přestože PHK není schopna provádět činnost samostatně, dochází zde k taktilní stimulaci, dochází k aproximaci v kloubech prstů, kterými „maluje“. Klientka je nucena zpracovávat i vizuální informace, kde vidí, že PHK je zapojena do činnosti (v běžném denním programu aktrum ruky není schopna využít).

Příloha č. 9

Ukázka pomůcek sloužících k usnadnění činnosti pro jedince s fyzickým handicapem

Protiskluzové podložky – zabraňují pohybu předmětu pro pracovní desce. Červená podložka je produktem firmy zabývající se výrobou a prodejem kompenzačních pomůcek. Tato podložka je poměrně drahá, pojišťovna ji nehradí. Zbylé dvě podložky je možné zakoupit v běžných obchodech a jejich cena je poměrně nízká. (černá podložka je prodejcem určena do kufrů a na palubní desky aut, modrá podložka je zamýšlena pro přenos předmětů na tácu, či pro jiné využití v kuchyni).



Upravené **nůžky**, kde je usnadněno rozvírání (snížené až nulové nároky na extenzi prstů), velikost rukojeti nůžek umožňuje pro jejich stisk využít všechny prsty.