

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Darina Iroušková**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**NAVRÁCENÍ SOBĚSTAČNOSTI U KLIENTŮ SE  
ZÁVISLOSTÍ Z POHLEDU ERGOTERAPIE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji svým nejbližším, kteří mi byli oporou v době vzniku této bakalářské práce. Jmenovitě PhDr. Michaele Šrytové za odborné vedení této práce, poskytování rad a materiálních podkladů.



## Anotace

Příjmení a jméno: Darina Iroušková

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Navrácení soběstačnosti u klientů se závislostí z pohledu ergoterapie

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran: číslované 60 , nečíslované 22

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: závislost – ergoterapie – soběstačnost - modelové činnosti

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch soběstačnosti u drogově závislých klientů s využitím ergoterapeutické intervence v praxi. Práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá popisem psychiatrické diagnózy závislosti, využitelností ergoterapie v psychiatrii a nácvikem soběstačnosti klientů. Praktická část se zabývá navrácením soběstačnosti u klientů se závislostí pomocí využití ergoterapeutických metod (konkrétně modelových činností). Je zde uveden hlavní cíl, dílčí cíle a hypotézy, které jsou následně ověřeny pomocí kazuistického šetření.

## Annotation

Surname and name: Darina Iroušková

Department: Department of physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Returns self-sufficiency for clients with addiction from the perspective of the occupational therapy.

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered 60, unnumbered 22

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 25

Key words: addiction - occupational therapy - self-sufficiency - model activities

### Summary:

This thesis follows up the drug addict client's failure of self – sufficiency issue using Occupational Therapy to its aid. The thesis consists of two parts, theoretical and practical one. The theoretical part describes psychiatric diagnosis of drug dependence and the use of Occupational Therapy in psychiatry with self - sufficiency practicing. The practical part contains the self – sufficiency restoration for clients with drug dependence using metodes of Occupational Therapy (in specific model activities ). The practical part also describes goals and hypotheses, witch were verified by four case reports developed in this theasis

.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
1.1 PSYCHIATRIE .....	11
1.1.1 Závislost .....	11
1.1.2 Druhy psychoaktivních látek .....	11
1.1.3 Etiologie .....	14
1.1.4 Symptomatika .....	14
1.1.5 Medikamentózní léčba .....	15
1.1.6 Terapeutické přístupy .....	16
1.1.7 Terapeutická komunita a občanská sdružení .....	19
1.2 ERGOTERAPIE V PSYCHIATRII .....	21
1.2.1 Historie oboru ergoterapie .....	21
1.2.2 Rámce vztahů využívané v ergoterapii u psychosociálního postižení .....	23
1.2.3 Hodnocení psychosociálních funkcí .....	25
1.2.4 Ergoterapie v psychiatrii .....	27
1.2.5 Využití ergoterapie u psychicky nemocných .....	29
1.3 SOBĚSTAČNOST .....	30
1.3.1 Běžné denní činnosti .....	30
1.3.2 Personální denní činnosti .....	31
1.3.3 Instrumentální běžné denní činnosti .....	31
1.3.4 Metody nácviku běžných denních činností .....	32
1.3.5 Hodnocení běžných denních činností .....	33
1.4. MODELOVÉ ČINNOSTI .....	34
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
2.1 CÍL PRÁCE .....	36
2.1.1 Dílčí cíle .....	36
2.2 HYPOTÉZY .....	36
2.3 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	37
2.4 KAZUISTIKY .....	38
2.4.1 Kazuistika 1 .....	38
2.4.2 Kazuistika 2 .....	44

2.4.3 Kazuistika 3 .....	52
2.4.4 Kazuistika 4 .....	57
2.5 VÝSLEDKY .....	63
2.5.1 Výsledky kazuistiky 1 .....	63
2.5.2 Výsledky kazuistiky 2 .....	64
2.5.3 Výsledky kazuistiky 3 .....	65
2.5.4 Výsledky kazuistiky 4 .....	66
<b>DISKUZE .....</b>	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>75</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>76</b>



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
ADL	Activity of Daily Living
BI	Barthel index
BZP	benzodiazepami
CNS	centrální nervový systém
FAS	fetální alkoholový syndrom
FB	facebook
GIT	gastrointestinální trakt
ID	invalidní důchod
i. v.	intravenózně
LSD	dietylamid kyseliny lysergové
MDMA	methylendioxyamfetamin („extáze“)
PDK	pravá dolní končetina
PL	psychiatrická léčebna
PN	psychiatrická nemocnice
RV	rámce vztahů
STK	socioterapeutický klub
ÚP	úřad práce
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
WHO	World Health Organization

## ÚVOD

Je nezvratným faktem, že počet hospitalizovaných s drogovou závislostí či poruch způsobené užíváním alkoholu a ilegálních drog v ambulantní nebo ústavní léčbě nadále přibývá. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) činí z celkového počtu hospitalizovaných osob v psychiatrických léčebnách 27,8 % klientů s diagnózou F 10 – 19 (viz. Příloha 1, s. 76). Toxikomanie je v současnosti velice rozšířena, bohužel není výjimkou časný začátek konzumace drog, již v období školního věku.

Vlivem konzumace drog dochází k individuálním i společensky nežádoucím důsledkům, které se stávají jedním z nejzávažnějších světových problémů a jejich potlačení vyžaduje naléhavé řešení. (19) Jedná se především o vzrůstající kriminální činnost pod vlivem drog a šíření nebezpečných infekčních chorob.

Drogová závislost je dle WHO definována jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.

Postižení klienta se projevuje především problémy ve zdravotní, sociální, rodinné a finanční oblasti. Toxikomani často vědomě ohrožují své zdraví, mnohdy ztrácí rodinné a pracovní zázemí. Spolu s kognitivními problémy, které jsou v souvislosti s užíváním drog běžné, dochází ke ztrátě soběstačnosti. Zde je důležitá podpora závislého klienta získávat nové či obnovovat staré dobré zájmy, osvojit správné návyky a pravidla života ve společnosti, nabýt zpět smysluplnost a pravidelnost denního režimu.

Do popředí by se také měla dostat následná péče o klienta po propuštění z ústavní léčby. Pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, kontaktu s úřady a poskytnutí chráněného bydlení spolu s komplexem doléčovacích aktivit. (5)

Tato bakalářská práce se zabývá nácvikem soběstačnosti z pohledu ergoterapie. Teoretická část má za úkol nastínit problematiku drogové závislosti a využití ergoterapie v psychiatrických zařízeních se zaměřením na obtíže související se ztrátou soběstačnosti závislého klienta. Praktická část, je zaměřena na představení ergoterapeutické intervence v praxi využitím modelových činností s cílem navrácení maximální možné soběstačnosti klienta.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Psychiatrie

### 1.1.1 Závislost

*„Neboli syndrom závislosti, je skupinou fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy zneužívání psychoaktivní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“* (4, s. 9) Psychoaktivní látka neboli droga původně znamenala látku rostlinného či živočišného původu, která po požití vyvolávala psychické účinky. Dnes se však význam tohoto pojmu rozšířil, jelikož se za drogy považují i látky uměle vytvořené a činnosti vyvolávající závislost jako je např. gamblerství. Možnosti užívání drog jsou různé, od perorálního požití, přes inhalaci, kouření, šňupání po intravenózní užití.

Příznakem tohoto syndromu je silná, nutková touha užít určitou látku, která vychází ze silně zafixovaného návyku na její účinky. Vedle závislosti psychické se zde vyvíjí i závislost somatická, to znamená, že lidé propadlý užíváním drog, jsou nuceni konzumovat drogu z důvodu nepříjemných abstinčních příznaků. *„Odvykací stav vzniká po vysazení či redukcí látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání vedoucí k příznakům, které nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky ani jinou psychickou poruchou chování.“* (11, s. 41)

Takto drogově závislí lidé jsou označováni jako toxikomani. Následky nevyлéčené toxikomanie jsou velmi drastické, fyzické a psychické chátrání, změny morálních hodnot, povahových rysů, společenský úpadek a vysoké riziko smrtelného předávkování drogou. Jelikož drogy nejsou levnou záležitostí, dochází u narkomanů ve vysoké míře ke kriminální činnosti. Diagnóza závislosti se stanoví pokud, došlo v období jednoho roku k: bažení užít látku, zvyšování tolerance k účinku látky, potížím sebekontroly, zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch psychoaktivní látky. (4)

### 1.1.2 Druhy psychoaktivních látek

#### ALKOHOL

Patří společně s tabákem do tzv. legálních drog. Jedná se o nejrozšířenější drogu planety. Chemicky se jedná o etylalkohol. Psychotropní účinek je zprostředkován skrze ovlivnění několika neurotransmiterových systémů. Alkohol se požívá per os, rychle se vstřebává do trávicího traktu, dále pak prochází hematoencefalickou bariérou do mozku.

Účinek alkoholu závisí na jeho množství a dalších faktorech. Zpočátku se dostavuje dobrá nálada, pocit zvýšeného sebevědomí, později uživatel ztrácí zábrany, sebekritičnost a v posledních fázích dochází k útlumu a únavě. Intoxikace alkoholem přináší také mnohé nežádoucí účinky jako např. porucha rovnováhy, nevolnost, vomitus, vertigo, emesis, při závažnějších intoxikacích se může dostavit kvantitativní porucha vědomí až smrt. Patická opilost je méně častá komplikace, po vypití malého množství alkoholu vznikají ve vzácných případech halucinace, bludy, autoagresivita. Tento stav končí spánkem a následnou amnézií.

Dalšími nežádoucími účinky při dlouhodobém užívání alkoholu jsou: poškození gastrointestinálního traktu (GIT) a jater, jaterní cirhózy, nádorová bujení zažívacího traktu, poškození oběhového systému, anémie, poruchy krvetvorby, depresivní stavy, poruchy spánku, organické poškození mozku (psychotická porucha, halucinace, poruchy paměti až stádia demence), poškození endokrinního systému (impotence), u těhotných k závažnému poškození plodu (fetální alkoholový syndrom). (5)

## OPIOIDY A OPIÁTY

Jsou tlumivé látky, s výrazně euforickým efektem. Nejvýznamnějším zástupcem je zde heroin a v Čechách také braun. Bohužel časté zneužíváním opiátů bývá na lékařský předpis. Heroin je celosvětově nejrozšířenější opiátem. U skupiny těchto drog převažuje nitrožilní aplikace, ale existují i další možnosti jako je intranazální inhalace, per os či sublingvální užití.

Nejvýznamnějším účinkem je zde příjemná euforie doprovázena pocitem tepla a analgetický účinek. Dochází k útlumu dechového centra a nervového systému, intoxikovaný se škrábe na celém těle, důsledkem nepříjemného svědění, a to dokonce i během ztráty vědomí. Dlouhodobým účinkem se stává psychická i fyzická závislost, tolerance účinku, dlouhodobý uživatel snese i několikanásobnou dávku, která by měla smrtelný následek pro prvouživatele. Odvykací stav lze přirovnat k těžké chřipce, jen vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. (5)

## KONOPNÉ DROGY

Jsou to přírodní látky vyráběné z konopí. Řadí se mezi látky s halucinogenním účinkem. Jedná se o jednoletou rostlinu s maximálním vzrůstem 2 metry. Nejvýznamnější část z této rostliny jsou samičí květy. Obvyklý způsob užívání je kouření. Účinkem této

drogy je zklidnění, euforie, pocit blaženosti a zostření smyslového vnímání. Nežádoucími účinky je sucho v ústech, hlad, obsedantní myšlenky, zmatenost, prodloužení reakčního času. Denní užívání způsobuje poruchy krátkodobé paměti, zpomalenost, impotenci. Nejnebezpečnější po požití této drogy je provokace latentní duševní poruchy. (5)

## HALUCINOGENY

Látky vyvolávající změny vnímání od rozostření až po halucinace, jsou celosvětově rozšířené. Nejužívanějším zástupce této skupiny je LSD a Psylocybin, obsažen v lysohlávkách, houba snadno dostupná i na našem území. Způsob aplikace halucinogenů je převážně per os, ale je možné i užívání sublingválně, kouřením či injekčně. Účinek drogy závisí na dvou důležitých faktorech, na užití látky a na rozpoložení uživatele. Nežádoucím účinkem užití této drogy je tzv. bad trip, což je nepříjemný průběh intoxikace jako je např. pocit úzkosti, paranoia, pocení bolest hlavy apod. Zde se může vyskytnout již zmiňované nežádoucí psychotické a depresivní stavy. U predisponovaných osob je velké riziko rozvoje deprese, auto či heteroagrese. Halucinogeny převážně nevyvolávají psychickou ani somatickou závislost. (5)

## PSYCHOMOTORICKÁ STIMULANCIA

Tyto látky navozují vyšší duševní i somatický výkon, ovšem se zhoršenou kvalitou. Mechanismem účinku je zvyšující se hladina biogenních aminů (dopaminu, noradrenalinu, serotoninu) na synapsích CNS. U nás je nejrozšířenější látkou této skupiny metamfetamin. Kokain bývá oblíbeným u movitějších uživatelů. Aplikace těchto látek je převážně intravenózní, méně častěji intranazální. Psychostimulancia zrychlují psychickou činnost, myšlení, odstraňují únavu, usnadňují asociaci. Uživatel vnímá pocity síly a energie. Je zde ovšem vysoké riziko vyčerpání organismu a selhání srdce. Člověk po požití látky může pociťovat nepříjemné stavy jako je strach, pocity úzkosti a pronásledování. Po dlouhodobém užívání je u člověka zjevné a velmi nápadné hubnutí, změna osobnosti a hodnot uživatele. Mezi nejznámější zástupce patří pervitin a již zmíněný kokain. (5)

## TĚKAVÉ LÁTKY

Jsou známé svými narkotickými účinky, jedná se o chemické, těkavé látky. Nejprve způsobují excitaci, poté následuje útlum nervového systému. Tato droga, je spíše drogou doplňkovou, chybí-li uživateli primární droga. Užívá se výhradně inhalací, během inhalace

není možné kontrolovat množství vdechnuté látky do těla, což je velmi nebezpečné. Dochází k poruchám vnímání, poté ke spánku. Nebezpečným účinkem může být obrna dechového centra, poleptání dýchacích cest, toxické poškození jater a ledvin nebo organický psychosyndrom, jež se projevuje deteriorací intelektu, labilitou, agresivitou a degradací osobnosti. Odvykací stav je ztížený silným cravingem. (5)

## MDMA A TANEČNÍ DROGY

Tyto syntetické látky bývají spojovány v kontextu užívání na akcích s reprodukovanou elektronickou hudbou. Při požití MDMA neboli extáze dochází k ovlivnění neurotransmiterového systému. V první fázi se objeví zmatenost, která později odezní a nastupuje pocit klidu, pohody. Uživatel se jeví jako komunikativnější s potřebou dotýkat se druhého člověka. Velmi nebezpečné je riziko provokace depresivních či psychotických chorob. Závažnou zdravotní komplikací při užití látky na celonoční párty je vysoká ztráta sodíku, proto je jako prevence důležitý dostatečný příjem vody a minerálů. (5)

### 1.1.3 Etiologie

Závislost není jevem izolovaným, nýbrž existuje v systému vztahů člověka. Na vzniku závislosti se nepochybně podílí celý souhrn etiologických faktorů. Jde o komplexní vzájemné působení bio-psycho-sociálních faktorů. Do těchto faktorů patří látková výměna endorfinů, osobnostní faktory (charakterové rysy užívajícího a jeho reakce na první požití drogy), psychologické faktory, sociální prostředí (přístupnost psychotropních látek a pohled společnosti na užívání drog). Významnou roli hrají také spouštějící podmínky (párové konflikty, osamělost, izolace, somatické obtíže, úzkosti, depresivita, poruchy spánku, pocit prázdnoty). Nemalou účast zde mají genetické faktory a rodinné podmínky. Často se v rodinách alkoholiků setkáváme s nadměrným pitím alkoholu, jež se stalo součástí jejich kultury. (6) „*Je-li dostatečná benevolence ze strany rodičů nebo nedostatečná kontrola prodávajících v obchodech, barech, restauracích apod., je pak i větší počet adolescentů, kteří užívají alkohol.*“ (12, s. 28-29)

### 1.1.4 Symptomatika

Příznaky závislosti je nutné rozlišovat, jedná-li se o akutní intoxikaci, abstinenci syndrom či nevratný stav trvalého užívání. Dále je nutné rozlišovat symptomy dle druhu užívané návykové látky. Toxicitu užívané látky ovlivňují i další faktory, jako

např. koncentrace, cesta vstupu látky do těla jedince, zdravotní stav klienta, věk, pohlaví, dědičné dispozice a vliv prostředí.

Znaky akutní intoxikace jsou hovornost, špatně přizpůsobivé chování, popudlivost až agresivita, snížená schopnost úsudku, dysartrie, ataxie, nystagmus. Dle druhu a množství užívané látky dochází buď k utlumení či nabuzení jedince.

V případě abstinenčního syndromu se jedná o následující příznaky: psychomotorický neklid, vegetativní příznaky, třesavka, tachykardie, bušení srdce, pocení, nevolnost, zvracení, úzkostně-depresivní ladění, poruchy spánku. Závažnou komplikací tohoto syndromu jsou deliria, život ohrožující stavy doprovázené halucinacemi, sníženou orientací, generalizovanými epileptickými záchvaty.

Součástí drogové symptomatiky jsou bohužel nevratné stavy dlouhodobého užívání: poškození vnitřních orgánů (jater, ledvin, slinivky břišní), porucha funkce mozku, amnestické syndromy vedoucí až k demenci, změna morálních hodnot, osobnosti, ztráta etických norem a pocitu zodpovědnosti. (6)

### **1.1.5 Medikamentózní léčba**

Antidota a antagonisté jsou léky rušící účinky návykových látek. Nejběžněji využívané u léčby otrav, některé protijedy působí i dlouhodobě a užívají se tedy k dlouhodobější léčbě závislosti. Při léčbě odvykacích stavů je mnohdy medikamentózní léčba nevyhnutelná.

Alkoholické nebo toxické psychózy jsou poruchy duševního zdraví, jež přetrvávají více než 48 hodin po intoxikaci a jsou spojeny s agresí vůči okolí a mnohdy také s autoagresivitou. V tomto případě bývá nejčastější podávání antipsychotik. U závislých na pervitinu mohou antipsychotika do jisté míry chránit mozek před poškozením drogou.

Závislost se může vytvořit i u člověka, který primárně onemocněl jinou duševní chorobou. V takovém případě je nutné léčit obě choroby najednou. U tělesného onemocnění závislého klienta není automatickou kontraindikací např. užití analgetik. Přesto by měl ošetřující lékař pečlivě zvážit výhody a rizika podání takové léčby. Někdy je lepší využít bezpečnějších prostředků (např. ergoterapie, fyzikální léčby, relaxačních technik apod.).

V medikamentózní léčbě závislosti se také využívá účinku léku zhoršující snášenlivost návykové látky. Takový preparát se nazývá antabus, uplatňující se při léčbě alkoholismu. Cílem této léčby je vyhýbání se alkoholu.

Substituční léčba znamená nahrazení nebezpečné drogy vhodnou látkou stejné skupiny. Substituční léčba se užívá u klientů závislých na heroinu, kde je vytvořena silná fyzická závislost a kde není možná léčba zaměřující se na abstinenci.

Anticravingové léky jsou látky snižující bažení po návykové látce. Tyto léky snižují chuť na drogu, nejsou návykové a při interakci s drogou nejsou nebezpečné. Mohou také přispět k rychlejšímu zastavení recidivy. Možné je také užití antidepresiv v rámci anticravingové léčby. (4)

### **1.1.6 Terapeutické přístupy**

#### **PSYCHOTERAPIE**

Psychoterapie je soubor psychologických prostředků, které přináší změny v psychopatologických symptomech prožívání, chování osobnosti a způsobu fungování v životě. Psychoterapii jako léčebnou metodu provádějí lékaři a psychologové vzdělaní v daném oboru, dále odborníci z jiných profesí, kteří jsou v psychoterapii školeni. (9)

Využívají se zde kromě rozhovoru i další komunikační způsoby jako psaní, malba, nebo komunikace dotekem. Významným faktorem v psychoterapii je obecně terapeutický vztah, sama psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. (5) Probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klientem. (24) Na tomto se shodují terapeuti mnoha různých psychoterapeutických směrů, avšak behaviorální terapie jím připisují relativně nejmenší význam. Důležitou prací terapeuta je nejen navázání vztahu, ale také jeho udržení a následné ukončení. Pokud není terapeut schopen se vztahem zodpovědně zacházet, může dojít k poškození klienta, ztrátě účinnosti léčby a k jejímu předčasnému ukončení.

Na kvalitě terapeutického vztahu se významně podílí určité vklady ze strany terapeuta. Terapeut by měl být pro klienta vzorem zralé dospělosti usnadňující identifikaci se s vyspělou rolí. Terapeut by měl jistými postupy napomáhat k tvarování chování klienta. Empatie a pozitivní vztah by měl být samozřejmostí. Přijetí, porozumění světu závislého a nepředstíraný zájem jsou charakteristiky, kterým nejspíš nelze naučit, klienti je však vnímají a reagují na ně. Úkolem terapeuta je uvést klienta do spontánních mezilidských vztahů či chybějící vztahy dočasně nahradit a pomoci s překonáváním krize.

Významnou složkou této terapie je skupinová psychoterapie, ta následuje po prvním kontaktu a individuálních intervencích. Během léčby se individuální nebo skupinové metody mohou střídat či doplňovat. (5) Přesto řada odborných studií dokazuje,



že skupinová terapie je stejně účinná ne-li účinnější než terapie individuální. Je efektivnější už z důvodu, že se zde léčí větší množství klientů najednou s nižšími náklady. Dále se využívá u rozdílných diagnóz jako např. poruchy nálad, myšlení, nadužívání návykových látek a závislost na nich, nefunkční vztahy a otázky rodičovství. (23)

## RODINNÁ TERAPIE

Je nejužívanější formou skupinového rodinného poradenství s blízkými osobami závislých klientů. Je tedy nutné nesoustředit pozornost pouze na jedince, ale nahlížet na situaci v širším kontextu.

Významnými jsou také rizikové faktory v rodině pro vznik závislosti jako např.: užívání alkoholu či jiných drog u rodičů, asociální výchova, nesprávné vedení rodiči ve smyslu přílišné hyperprotektivity a rozmazlování, či naopak zanedbávání dítěte a emoční chladnost. Je nutné orientovat rodinu na podporu klienta k aktivní léčbě, informovat rodinu o souvislostech s braním drog, léčbou a doléčováním, poskytovat rodinné poradenství, aplikovat intervence u rodinných dysfunkcí. Někdy je nutné upozornit rodiče či blízkého klienta na vlastní specifické problémy a doporučit mu návštěvu odpovídajícího specialisty či terapie.

Do popředí se v rodinné terapii dostává především vyjádření pocitů, postojů, názorů a psychoterapeutická práce na nich, zlepšení interpersonálních vztahů, komunikace v rodině (vyjadřování obav, starostí), vyrovnávání se s úzkostí a strachem, přijetí možného relapsu jako součást léčebného procesu a příprava na něj.

U partnerů je pochopitelné a nutné zvážit, do jaké míry bude partner usilovat o společný vztah v případě pokračování závislosti u svého partnera. Je však nezvratným faktem, že využívání rodinné terapie, zvyšuje schopnost klienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky. Přínosem pro rodinu je překonání pomyslné bariéry mezi závislým a rodinou či partnerem, zvýšení kompetence při zvládání problémů a posílení sounáležitosti. (5)

## ARTETERAPIE

Je poměrně mladým oborem, přesto má hluboké kořeny, již rituální kmenové umění odrazilo emocionální a duchovní život skupiny. Spontánně vytvořené obrazy jsou považovány za odraz psychických procesů v naší mysli. Výtvarná tvorba je významným komunikačním prostředkem. Terapeutická práce s psychicky nemocnými slouží

např. ke sdílení vlastních pocitů, sebepoznání, odhalení stresujících životních momentů, při tvorbě zaměřené na konkrétní úkol nebo společná tvorba slouží k stmelování kolektivu a posílení týmového ducha. Je tedy zřejmé, že arteterapie jednoznačně podporuje sebeuzdravující procesy. (13)

## ANIMOTERAPIE

Jedná se o využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka. *„Miláčkem může být nejen velké zvíře jako kuň, někdy i slon (dle regionálních zvyklostí) nebo běžně se vyskytující domestikovaná zvířata (pes, kočka), ale třeba i hmyz, drobný hlodavec, myš, pták, žába, plaz, miláčkem se může stát rostlina pěstovaná v kořenáči nebo doma u okna.“* (14, s. 16)

Je dokázáno, že lidé chovající zvířata mají lepší zdravotní stav a méně často trpí depresemi nežli lidé nechovající žádné zvíře. Chovaná zvířata mají antidepresivní účinek, jelikož milují člověka bezprostřední láskou. Zvířata také motivují člověka k aktivnímu způsobu života, zlepšují komunikaci s vnějším světem, dále zvíře slouží k navázání a zlepšení vztahů mezi personálem a klienty.

Zvířata mohou být využity i v dalších expresivních technikách jako např. arteterapii a zájmových činnostech jako je fotografování nebo sportování. Na druhou stranu v každém zařízení provádějící animoterapii by měl být pečovateli chránící zvíře před vyčerpáváním nebo zneužíváním, zodpovídající za péči o zvíře a jeho výchovu. (14)

## TERAPIE TANCEM

Je dalším mladým terapeutickým postupem, přestože tanec sám je spojen s historií lidstva. Již od počátku byl tanec spojován např. se smrtí, svatbou či narozením dítěte. Tanec je považován za určitý terapeutický prostředek obohacující a povznášející lidskou duši, redukující úzkost či zprostředkovávající komunikaci. (15)

## MUZIKOTERAPIE

*„Novodobá muzikoterapie se začala po druhé světové válce rozvíjet do podoby dnešní léčebně-, speciálně-, sociálně-pedagogické a psychoterapeutické muzikoterapie.“* (21, s. 27) American Music Therapy Association definuje muzikoterapii jako užití hudby k terapeutickým cílům: znovuoobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. (21)

Roku 1950 vznikla muzikoterapie jako organizovaná profese. V České republice je však nadále chápána jako součást jiných profesí. (18)

### **1.1.7 Terapeutická komunita a občanská sdružení**

Terapeutická komunita pro závislé na návykových látkách je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého věku, pohlaví a vzdělání sdílí po určitou dobu společný domov a snaží se pomocí tohoto malého modelu společnosti řešit své vlastní vztahy k lidem. (5)

Je zde nutností aktivní podílení klientů na léčbě, a tím vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při němž dostává člen komunity zpětnou vazbu o tom, jak působí jeho chování na okolí.

V těchto komunitách bývají jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést k následnému vyloučení klienta z léčby. Ti, kteří jsou v komunitě delší dobu, získávají jisté výhody a také jsou na ně kladeny vyšší nároky, než na nově příchozí členy komunity. Existují tzv. modifikované terapeutické komunity, které pracují ve specifických podmínkách (např. ve vězení) či se specifickými klienty, kteří se kromě závislosti léčí ještě další duševní poruchou.

Klasická terapeutická komunita je využívána k dlouhodobému, zhruba ročnímu pobytu, poté však následuje stadium návratu do společnosti, kdy je klient 13 - 24 měsíců v ambulantní léčbě. Terapeutická komunita se hodí především pro klienty, kteří nemají dostatečné zázemí a kvalitní nerizikové přátele, takže by při kratší době léčby byli ohroženi vysokým rizikem recidivy. (4)

### **Anonymní alkoholici (AA) a sesterské organizace**

AA vznikli v době dlouho před tím, než se objevily terapeutické komunity, i před tím než se v léčbě návykových nemocí začala užívat skupinová terapie.

AA je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti a snaží se vyřešit svůj společný problém. Nejedná se o spojení s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Přestože společenství AA má ve světě dlouhou a bohatou historii, v České republice je to velmi mladé společenství. První otevřený mítink se uskutečnil 5. 5. 1988 v protialkoholické léčebně U Apolináře v Praze. Nebyla to veřejně známá akce, uskutečnila se pod záštitou vedení léčebny, jejímž pozorovatelem byl PhDr. Tomáš Halík. Od roku 1991 začaly vznikat další skupiny AA v České republice: v Ostravě, Karlových Varech, Brně, Pacově atd.

Je důležité zmínit, že setkání AA se mohou zúčastnit i závislí na nealkoholových drogách a patologičtí hráči, což je velkou výhodou především pro malá města, kde často jiná svépomocná organizace nebývá. (10)

### **Socioterapeutické kluby (STK)**

Předpokládáme, že nejstarší STK u vás vznikl v roce 1948 u Apolináře zásluhou docenta Skály. Po tomto vzoru vznikaly i další STK, opět většinou při léčebných zařízeních. Cílem STK je pomoci účastníkům v abstinenci, opětovné začlenění lidí do společnosti a zkvalitnění jejich života. Značnou výhodou socioterapeutického klubu je, že dokáže i dlouhodobě nahradit síť sociálních vztahů u závislých, kteří museli opustit své původní prostředí. (10)

### **Občanské sdružení Fokus**

Je nestátní nezisková organizace fungující od roku 1990. Nabízí péči pro lidi s duševním onemocněním v neústavních podmínkách. Dále poskytuje služby jako např. chráněné bydlení, podpora v samostatném bydlení, krizovou pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené, odborné sociální poradenství, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci.

V rámci zdravotnických služeb poskytují programy denního sanatoria a expresivní terapii. Program denního sanatoria nabízí psychoterapeutické skupiny poskytující kognitivní trénink, nácvik sociálních dovedností, individuální psychoterapii, rodinnou terapii, podpora zdravého životního stylu.

Expresivní terapie je kreativní složkou zdravotních služeb. Hlavním záměrem je podpora a rozvoj tvůrčích schopností klientů. Využívají se zde tyto přístupy: arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, taneční a pohybové terapie. Součástí expresivních terapií je Galerie Altamira, kde se široké veřejnosti představuje bohatá a originální tvorba Občanského sdružení Fokus. Dalším projektem je Cirkus Bombastico Fokus, kde mají klienti i pracovníci Fokusu možnost spolupracovat. Podílí se na letních veřejných vystoupeních, kde nacvičují jednotlivá čísla a pomáhají se stavbou cirkusu, dále žonglují, tančí, zpívají nebo hrají příběhy. (16)

### **Občanské sdružení Green Doors**

Jedná se o občanské sdružení, které se zabývá pracovní a sociální rehabilitací zejména klientů se schizofrenií. Toto sdružení je zaměřeno především na práci s mladými lidmi, u kterých je dobrý předpoklad vrátit se brzy do běžného života. Greendoors podporuje klienty

v oblasti přípravy na budoucí zaměstnání. Dalším záměrem je zvýšit povědomí veřejnosti o problematice duševního onemocnění. Pořádají různé kulturní osvětové akce a projekty, které jsou spojeny se službami pro širokou veřejnost (kavárny, restaurace). (17)

## **1.2 Ergoterapie v psychiatrii**

### **1.2.1 Historie oboru ergoterapie**

Využití činnosti jako prostředku léčby nemocných není v historii medicíny žádným objevem. Z mnohých historických záznamů se můžeme dozvědět o pozitivním vlivu práce, cvičení a hry, zejména u klientů s psychiatrickou diagnózou. Hippokrates (359 před n. l.) zdůrazňuje nutnost zaměřit se při léčení na „postižení těla a mysli“ a doporučuje léčbu pomocí činnosti jako je zápas, jízdu na koni, dále práci jako formu výcviku pro další povolání. Galén (200 n. l.) navrhoval různé činnosti, při nichž by šikovný i méně dovedný člověk udržel svou životaschopnost. Tvrdil, že zaměstnání je nejlepší lékař lidského charakteru a je základem lidského štěstí.

Francouzský psychiatr dr. Philippe Pinel (1745-1825) využil, nejspíše poprvé v naší historii, ergoterapii jako cílenou léčebnou metodu, takto prosazoval zlepšení podmínek klientů v psychiatrických léčebnách. Tuto léčbu zavedl jako první v Bicentre Asylum pro duševně choré poblíž Paříže. Takto bylo využíváno především manuálního zaměstnávání a fyzického cvičení. Doporučoval hojně využívání pracovní léčby pro duševně choré jako prostředku zvyšování pracovní morálky a disciplíny. Návrat klienta do zaměstnání a obnovení původních zájmů považoval Dr. Pinel za dobré znamení konečného uzdravení.

Jako první v Německu, Johann Christian Reil (1759-1813), doporučoval využití výtvarného a divadelního umění v léčbě psychiatrických pacientů. Samuel Tuke zavedl tzv. humánní léčbu pacientů jako lidských bytostí s vlastní kapacitou pro sebeovládání a kázeň. (1)

*„U nás to byl prof. Dr. Karel Schroff spolu se svým nástupcem dr. Riedlem zorganizoval dokonalou psychiatrickou rehabilitaci. Provozoval dílny s různým zaměřením, zahradnictví, zavedl do léčebných programů vzdělávací kursy, tělesnou výchovu, výlety a taneční večírky.“ (2, s. 187)*

Jako léčba tělesně postižených se ergoterapie začíná objevovat až po první a druhé světové válce, díky vysokému výskytu klientů v poúrazových stavech (např. amputace, poranění periferních nervů, kraniotrauma), je tedy nutné takto postižené jedince urychleně

navrátit do společnosti. Ergoterapie se proto uplatňovala především ve vojenských nemocnicích, kde se tělesný stav ovlivňoval především pomocí rukodělné a řemeslné činnosti.

Po druhé polovině 20. století je kladen vysoký důraz na sociální adaptaci nemocného a jeho návrat do rodiny a komunity. Léčba se zaměřuje na koncept „terapeutického využití sebe sama“ (tedy práce se sociálními interakcemi, které pomáhají klientům vyrovnat se s emočními problémy či odstranit případné omezení v jejich sociálním prostředí) a stále více se v ergoterapii využívají různé psychoterapeutické techniky. (1)

*„První ucelená kniha o ergoterapii, pod názvem „Úvod do ergoterapie v psychiatrii“ vychází v roce 1954. Autoři, ergoterapeutka Gail S. Fidlerová a psychiatr Jay W. Fidler, formulují psychodynamický přístup v ergoterapii.“ (1, s. 71) Zdůrazňují především cílené aktivity ve skupinové terapii, projektivní techniky a zvládání emocí klienta.*

Od konce 70. let se ergoterapie odklání od využívání ručních prací v terapii a směřuje k tréninku soběstačnosti a dovedností k předpracovní přípravě. Práce ergoterapeuta se přesunuje z nemocnic spíše do komunit. Cílem je nejen pohybová reedukace ale i sociální integrace a poradenská činnost, dále se ergoterapie současně zaměřuje na sociokulturní prostředí, které může ovlivnit zdraví jedince.

S nastupující průmyslovou výrobou se v Čechách v 18. století začali stavět nové nemocnice, zde se poměry začaly zlepšovat až v období 19. století, kdy se zdokonalovala péče nejen o tělesně nemocné ale i o duševně choré, u nichž byl stále více zdůrazňován význam léčby prací. Vznikaly nové ústavy pro duševně choré, zaváděli se zde pracovní léčby, z nichž první pokusy o moderní rehabilitační péči byly v Ústavu pro choromyslné v Praze 1850, kde se využívalo práce k léčebným účelům. Dr. Reindl viděl možnost vyléčení pacientů pomocí smysluplné činnosti především v případech, kdy ostatní možnosti selhaly. V mnohých zařízeních se shromažďovali klienti k jídlu, učili se sebeobsluze, a tím se resocializovali. (1)

I u nás byla léčba prací prvotně prosazována v psychiatrických zařízeních, jedná se např. o psychiatrickou léčebnu v Brně, kde byla zavedena profesorem Čermákem. Zde pracovali klienti v ústavní zahradě a v přilehlých zemědělských provozech, až později vznikaly dílny s konkrétním zaměřením. Jednalo se o dílny s řemeslnou výrobou, výtvarnické či keramické. Také nově vzniklý psychiatrický ústav v Bohnicích roku 1903

získal kromě budov i rozsáhlý statek, kde byli zapojeni klienti do zahradnictví, zelinářství a zemědělské činnosti. Schopní klienti byli zapojeni i v kuchyni, prádelně, v parku a dílnách. (1)

### **1.2.2 Rámce vztahů využívané v ergoterapii u psychosociálního postižení**

Tyto Rámce vztahů (RV) vycházejí převážně ze znalostí psychologických přístupů a směrů. Psychologické teorie jsou základem pro hodnocení a ovlivňování klienta v intrapersonálních a interpersonálních oblastech. Jedná se především o rámce: behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický a humanistický. Tyto rámce vycházejí z psychologických perspektiv a jsou aplikovatelné v ergoterapii.

V centru zájmu behaviorálního RV stojí chování, jeho pozorování a analýza vycházející z psychologického směru behaviorismus. Představitel tohoto směru byl především Pavlov, který vycházel z předpokladu, že základním prvkem zkoumání je pozorovatelné a měřitelné chování jedince. Klasický behaviorismus se zabýval jednáním jako takovým, zatímco nebehaviorismus zkoumal vliv jednání na své okolí. Ergoterapeut používá behaviorální RV, pokud chce vytvořit behaviorální cíle nebo naučit klienta novým dovednostem pomocí stupňování náročnosti jednotlivých kroků činnosti.

Behaviorální RV se využívají u osob s mentálním postižením, poraněním mozku nebo u psychiatrických klientů trpících např. obsedantně kompulzivní poruchou, fobií, anxiózními stavy, závislostí a poruchami chování.

Behaviorální RV zohledňuje vlivy okolí, které jsou hlavní v posuzování pozitivních stimulů a omezení člověka v činnosti. Cílem klienta je osvojit si adaptivní chování, proto společně s ergoterapeutem stanoví přesné cíle s měřitelným výstupem a časovým limitem. Dosáhne-li klient žádoucímu chování, je mu poskytnuta pozitivní reakce, proto si ergoterapeut musí zjistit, co je motivačním prvkem pro určité chování klienta.

*„Ergoterapeut při použití behaviorálního rámce vztahů podporuje požadované chování pomocí přesně definovaných cílů, kterých dosahuje pomocí instrukcí, modelování a behaviorálního zpevnování.“* (1, s. 147-148)

V této léčbě se využívá přístup modifikovaného chování, nácvik nových dovedností nebo systematické desenzibilizace. Přístup modifikovaného chování se zaměřuje na operantní chování (tj. osvojení a uchování si druhu chování, který vede k příjemným následkům). Nácvik nových dovedností je založen na teorii učení. Nové chování se klientovi vštěpuje pomocí řetězení jednotlivých kroků a formuje se nové chování pomocí posilování. Příkladem je např. nácvik asertivity, z toho vychází i trénink sociálních

a komunikačních dovedností, nácvik odmítání využívaný převážně u léčby závislosti.

Systematická desenzibilizace je strategie nahrazující nežádoucí chování žádoucím. Tento princip se využívá převážně u negativního chování (např. přejídání, užívání drog, záchvaty vzteku).

Kognitivně-behaviorální RV je založen na předpokladu, že myšlení, chování, motivace, pocity a sociální kontext jsou propojeny a hrají významnou roli v procesu učení. Využívá se u psychiatrických onemocnění, převážně u stavů vyvolaných stresem. Tento RV vychází z teorie sociálního učení, kognitivní terapie, racionálně-emoční terapie.

Teorie sociálního učení je založena na klasickém a operantním podmiňování. Bandura zmiňuje hierarchii v posilování chování. Nejprve se jedná o vnější vlivy (např. veřejné uznání, finanční odměna, jídlo) a postupně se internalizuje (např. vnitřní představa o úspěchu a selhání, sebekontrola nebo vnitřní uspokojení z naučené dovednosti či dosaženého cíle). Bandura zmiňuje tzv. modelování, v ergoterapii se takováto forma učení uplatňuje při demonstraci jednotlivých kroků činnosti nebo při navrhování řešení problému. Ve skupinové ergoterapii se využívá např. při hraní rolí, kdy se modelováním ztvárňují různé obtížné situace. Jako hodnotící nástroje se využívají dotazníky či škály, např. Dotazník rolí, Beckova škála deprese, Dotazník zvládnání stresu nebo Dotazník životní spokojenosti.

Psychodynamický RV vychází z klasické psychoanalýzy založené Sigmundem Freudem. Uvádí, že vnímání lidí, předmětů a vztahů, které se vytváří především v raném dětství má významný vliv na pozdější vztahy a chování. Dle Finlayové neprovádí ergoterapeut psychoanalýzu, ale čerpá z některých myšlenek tohoto směru. Význam je kladen především na interpersonální vztahy, pomocí interakce vznikající během terapie je terapeut schopen pomoci klientovi lépe pochopit sebe sama. Využití kreativních činností podporuje ergoterapeut vyjádření a prozkoumání pocitů nemocného. Využití cílené a smysluplné aktivity je v psychodynamickém RV zásadní, avšak tato aktivita by se měla řídit dle psychických potřeb klienta a nemělo by jít o jakoukoli zájmovou činnost. Reakce klienta na vlastní výtvar pomáhá odhalit skryté emoce.

Humanistický RV jako terapeutický přístup pracuje s konceptem „self“ (sebepojetí „já“), jenž je pro humanistický směr zásadní. Jedinec má být posuzován jako individualita, pro jeho individuální myšlenky, pocity, prožitky, postoje, vzorce chování. Koncept „self“ se utváří v interakci s lidmi a zahrnuje to, jací se domníváme, že jsme, a to jací chceme být.

Sebepojetí je spojeno s potřebou pozitivního vztahu a sebeúcty. Prostřednictvím



hodnocení druhých lidí se posiluje pozitivní nebo negativní obraz o sobě samém. Hlavní metodou jsou subjektivní záznamy (např. terapeut podporuje klienta psát si deník), nedirektivní poradenství a skupinové práce. Tyto činnosti napomáhají klientovi získat vhled do svých pocitů a rozvíjet větší sebeuvědomění.

Podobně jako u analytických směrů i zde je důležité podporovat terapeutický vztah. Již filozofie ergoterapie se ztotožňuje s humanistickými hodnotami a stanovisky (např. holismus, optimismus, autonomie a aktivita jedince). Ergoterapeut napomáhá pomocí určité činnosti naplnit klientův potenciál, stimulovat kreativitu, a zvyšovat sebevědomí prostřednictvím pocitu úspěchu a naplnění. Nevýhodou tohoto přístupu je neurčité stanovení cílů, následné obtížné zhodnocení výsledků a zdlouhavost celého procesu. (1)

### **1.2.3 Hodnocení psychosociálních funkcí**

Jedná se o funkce v psychické a sociální oblasti, které se využívá převážně v hodnocení psychiatrických klientů. Pro ergoterapeuta je hodnocení těchto funkcí náročnější než u senzomotorických nebo kognitivních funkcí.

Psychosociální funkce zachycují symbolickou a emocionální zkušenost člověka a jeho vnímání okolního světa. Pro ergoterapeuta je nejtěžší navázat takový vztah s klientem, aby mohl proniknout do dané problémové oblasti.

Psychické funkce týkající se vnitřních procesů, poskytují člověku vnitřní sílu činnost započnout a nadále jí provádět. Dále představují vědomou potřebu člověka a vnitřní tlak vykonávat jisté činnosti, obsahují vnitřní hodnotící procesy vedoucí k uspokojení či neuspokojení a k přizpůsobení či pokračování v daném chování. Takto mohou být vnitřní procesy dokonce překážkou v další aktivitě. Řadíme sem i motivaci, zájmy, sebehodnocení, sebezpojetí a sebevědomí.

Sociální funkce jsou buď v rovině vědomostní a schopnostní při navazování kontaktu s dalšími lidmi nebo v rovině konstelací sociálních aktivit člověka (např. být členem nějaké skupiny rodiny aj.). Psychické a sociální funkce se sice odlišují, ale zároveň se propojují. Psychické funkce na rozdíl od sociálních nejsou pozorovatelné, vznikají totiž na základě chování, vnitřních procesů a lidských zkušeností, vztahují se k člověku jako takovému, načež sociální funkce odrážejí člověka v kontextu jeho sociálního prostředí.

Terminologický systém ergoterapeutické praxe dělí psychosociální funkce do dvou kategorií. Jedná se o dovednosti výkonu činnosti a vzorce chování. Dovednosti výkonu činnosti jsou schopnosti člověka ovládat své emoce (trvání, kontrola, projevy a používání)

a schopnost sociální interakce (gesta, iniciace komunikace, verbální komunikace, akceptace názoru druhé osoby). Do vzorců chování patří zvyky a role.

### **Hodnocení jedince**

Schopnosti, dovednosti a zájmy - zde se hodnotí schopnost jedince vykonávat běžné denní a pracovní činnosti, dovednosti, osobnostní rysy, očekávání v oblasti zájmů a další možnosti podporující jedince fungovat v běžném životě. Ergoterapeut zde hodnotí klientovu touhu provádět předchozí zájmovou činnost nebo si osvojit novou, ještě nevyzkoušenou činnost. Toto hodnocení není absolutně měřitelné, schopnosti člověka se během života neustále mění vlivem získávání nových sociálních rolí.

Oblast dysfunkce - zde je nutné zhodnotit schopnost klienta před omezením, stanovení problémů, a posouzení možností, kterých je jedinec schopen dosáhnout.

Rovnováha v aktivitách všedního dne - je určována klientem dle jeho vlastních představ. Hodnocení získáváme z informací od klienta, jak vypadá jeho běžný den. Poté společně vyhodnocujeme problémy v nerovnováze činností, tj. prázdná místa či naopak nahromadění zátěžových činností do určité části dne. Dále vyhodnocujeme role, které klient splňuje a jejich vliv na repertoár činností. Je nutné, aby klient nebyl přetěžován množstvím stresových situací, či naopak netrávil ničím nevyplněný čas, který skýtá nebezpečí volby rizikového chování.

Role, činnosti a hlavní změny v návycích v poslední době - zde se hodnotí jak je klient schopen organizovat svůj čas, jeho návyky a popřípadě doporučení jejich změny, která by měla odpovídat současnému stavu a potřebám klienta. Ergoterapeut dále hodnotí naplnění potřeb klienta, schopnost provádět sociální role, a zhodnotit vývoj změn v oblasti prováděných činností.

Potenciál změn - jedná se o subjektivní pocit ergoterapeuta zohledňující osobnost klienta a míru omezení v ohledu choroby, schopnosti zvládnutí problémů a vnější vlivy (cíle rodiny, jejich podpora v léčbě závislého).

Motivace - ergoterapeut hodnotí vnitřní motivaci klienta, zda na něj působí okolí stimulačně či naopak a následné možnosti jeho ovlivňování, dále pak neuspokojené potřeby. Je nutné, aby klient vnímal činnost, kterou provádí jako smysluplnou a užitečnou, v opačném případě by mohla být tato činnost považována za značně demotivující.

## **Hodnocení prostředí**

Hodnotí se, zda klient žije ve stimulujícím či naopak značně protektivním prostředí, takové prostředí může značně omezit jeho rozvoj a navrátit ho do původního režimu, který je krajně nevhodný.

Dále hodnotíme má-li klient dostatečné podmínky pro provádění určitých dovedností (např. fyzické, sociální, hygienické). V případě nevyhovujících podmínek je nutné, aby terapeut navrhl určité změny týkající se např. sociálního prostředí (tzn. změna rolí, oproštění se od partnera či rodiny je-li negativním vlivem při samotné léčbě), ekonomických podmínek (změna zaměstnání, doporučení sociálních dávek), změna bydlení (opustit původní, rizikové prostředí). (1)

### **1.2.4 Ergoterapie v psychiatrii**

Ergoterapie zde probíhá v rámci nácviku denního režimu, k vyplnění času klienta, udržení aktivity, a kondice. Cílená ergoterapie je zaměřena na obnovení ztracených funkcí. Předpracovní ergoterapie je přípravou před nástupem do chráněných dílen a později do pracovního procesu. Nácvik soběstačnosti s ohledem na potřeby člověka má za cíl obnovit samostatný život v oblasti sebepečce, domácnosti, rodiny a sociálních kontaktů. Na sociální rehabilitaci navazuje chráněné bydlení, resocializační komunity, rekondiční pobyty. Edukativní činnost funguje jako vzdělávací aktivita (přednášky, besedy, zájmové kroužky, biblioterapie, muzikoterapie, návštěvy kulturních a sportovních akcí). Jsou to aktivity sloužící k stimulaci intelektuálních schopností, estetického a etického citění, napomáhají jedince resocializovat a adaptovat na společnost zdravých lidí.

Ergoterapeut využívá v rámci expresivních technik pouze některé prvky např. výtvarné techniky pro vyjádření pocitů a vnitřního světa nemocného prostřednictvím arteterapie, tato práce má nejen terapeutický ale i diagnostický význam. Další expresivní technikou je muzikoterapie, kde využíváme tlumivého či stimulačního vlivu hudby, který může být spojen s pohybem, zpěvem či hraním na hudební nástroj. V komplexní léčbě o nemocného nesmí chybět psychoterapie, kde se jako terapeutický účinek hojně využívá psychodrama, v kterém je klientovi umožněno nácviku nových dovedností, zvládnání rizikových situací atd.

Pomocí rekreačních aktivit se odvádí pozornost nemocného od vlastních problémů. Při sportu či tanci dochází k aktivaci pasivních a vybití manických klientů. Dále je nutné zdůraznit společenské akce, jako jsou taneční večery, soutěže, táboračky, kulturní programy

a vystoupení nemocných. Ve výběru formy aktivit je důležité zohlednit charakter skupiny klientů.

Ergoterapie probíhá v interiéru někdy možné i v exteriéru, v každém případě musí být terapeut vysoce obezřetný ve smyslu bezpečnosti. Optimální počet klientů je 7 - 10. Terapeut je významným článkem takové skupiny vytvářející vřelou a příjemnou atmosféru. Klienty přiměřeně a produktivně instruuje a motivuje. Kromě terapeuta je zde kladen význam na vzájemné ovlivňování členů skupiny mezi sebou, které nemůže vždy plynout bez povšimnutí, někdy dochází k nutnosti koordinace situace terapeutem.

Cílem ergoterapie je obnovení ztracených a udržování zbylých funkcí, úprava chování a jednání, obnovení sociálních kontaktů, nácvik soběstačnosti s maximálním zařazením nemocného do společnosti.

Ergoterapeutické programy, jejichž cílem je vést klienta k samostatnosti, soběstačnosti, využívají kognitivních terapií a nacvičování pracovních dovedností. Činnosti by měly být voleny takovým způsobem, aby motivovaly klienta a odpoutávaly ho od patologických myšlenkových obsahů. Ergoterapeut by měl znát aktuální stav klienta i s jeho medikací, aby terapeutické postupy byly přiměřené jeho současným možnostem.

Důležitou roli zde hraje osobnost terapeuta, která může významně ovlivňovat klienta v průběhu léčby a být mu dočasným modelem v sociálním prostředí. Terapeut získává klienty vlídným jednáním, ochotou vyslechnout. Přiměřeně informuje o nemoci a respektuje lidskou důstojnost, někdy je však nutné uplatnit střídme nebo i přísné jednání.

Úzkostní klienti vyžadují klidné prostředí a jednoznačnou komunikaci. U trpících halucinacemi, musí terapeut empaticky projevovat, že tyto potíže chápe, ale nesdílí stejné prožitky. Depresivní klienty je nutno podporovat, motivovat, ale nikdy se nepokoušet o rozveselování. Musíme věnovat dostatečnou pozornost pro sdělení jejich pocitů. Dále také klademe velký důraz na bezpečnost pro riziko hrozícího suicidia. Fyzicky náročná práce či cvičení je vhodné především pro neklidné klienty.

Ergoterapie by měla vždy probíhat v příjemném prostředí (výzdoba, květiny, pořádek), o které se spolupodílí klienti, je nutné dbát na kulturu stolování, osobní hygienu a úpravu zevnějšku, dodržování společenského chování. Léčba v rámci multidisciplinárního týmu vyžaduje týmovou spolupráci lékaře, psychologa, terapeutů, ošetřovatelského personálu, rodiny a samozřejmě klienta. (2)

## 1.2.5 Využití ergoterapie u psychicky nemocných

Zpočátku jde o navázání komunikace s klientem a podnícení jeho zájmu. Dbáme na to, aby klienti neprováděli monotónní práce, naopak snažíme se o rozšíření repertoáru nemocného. Oblíbenou technikou využívanou v psychiatrických zařízeních je teatroterapie, kde se klienti aktivně podílejí na hře a připravují se tímto způsobem na situace, které je mohou v životě potkat, nebo k vyjádření negativních emocí, které blokují klienta k další fázi léčby.

V léčbě psychicky nemocných lidí nejde o vysokou výkonnost klienta, ale o prožitek, radost z činnosti, vytvoření sociálního prostředí, navázání mezilidských vztahů. Je zde možnost hojně využívat ústavní dílny, které slouží jako příprava klienta na další zaměstnání. Člověk pak nabývá pocitů naplnění, užitečnosti a významu jeho života. Jde o aktivizaci fyzickou, psychickou a sociální včetně udržení soběstačnosti a nezávislosti.

Soběstačnost a hygienické návyky zdůrazňujeme především u dlouhodobě hospitalizovaných osob. Jejich potřeby (vaření, nakupování, praní, úklid aj.) obstarává personál v zařízení a klienti mnohdy tyto návyky ztrácejí, proto se i zde začleňují do provozu zařízení např. mytí nádobí, roznášení stravy, příprava samostatných akcí pro ostatní klienty, u nichž je ergoterapeutka pouhým prostředníkem. Po odeznění akutního stavu je nutné zprostředkovávat klientům kontakty nejen mezi sebou, ale i mezi společnostmi mimo zařízení např. výlety, sportovní akce, kulturní vyžití aj.

V psychiatrickém zařízení se často setkáme s pasivitou nemocných, proto je primárně nutností je aktivizovat. Ergoterapeutka by se měla snažit o vytvoření příjemné atmosféry a milého prostředí, které musí být vždy čisté, pěkně vyzdobené a kromě pracovních stolů by zde neměl chybět „kout odpočinku“, kde by měli klienti možnost posedět, popít kávu a zrelaxovat se. Musíme mít stále v povědomí, že nemocný člověk bývá mnohem citlivější než člověk zdravý. Je nutné, aby ergoterapeut pracující s duševně nemocnými byl seznámen s psychiatrickou problematikou. Bohužel je mnohdy známé, že tuto práci nahrazují pracovníci bez odborného vzdělání, byť s kvalifikací k dané činnosti. Pokud je klientovi některá z činností nepříjemná, sami aktivně hledáme jinou, avšak u drogově závislých osob dbáme striktně na dodržování denního režimu i v případě že není v přímém souladu s představami nemocného, přesto musí být disciplinovaně plněn. V takovém případě se můžeme setkávat i s negativními emocemi, to však patří k léčebnému procesu, naší snahou je i s nepříjemnými emocemi pracovat.

Je nutné vnímat zpětnou vazbu, to jak se nemocní na ergoterapii cítí, jejich pozitivní i negativní ohlasy. Toto zjišťujeme formou spontánní nebo řízené debaty. Volnou diskusi necháváme v rukou klientů, pouze jim nasloucháme, popřípadě je podněcujeme v případě, že komunikace již vázne. V řízení diskusi klademe otázky, dále je možnost volit anonymní odpovědi. Zpětná vazba by měla být v každém zařízení samozřejmostí. (3)

## **1.3 Soběstačnost**

### **1.3.1 Běžné denní činnosti**

Jednou z mnoha a neméně významnou intervencí ergoterapeuta je nácvik běžných denních činností (ADL), jelikož ji považujeme za aktivitu významně podílející se na zařazení klienta do společnosti. Mnoho odborníků rehabilitačních profesí posuzují účinnost využití intervence dle schopnosti klienta vykonávat běžné denní činnosti.

Běžné denní činnosti jsou zastřešením aktivit spojených s péčí o vlastní osobu. (2) Dále se jedná o činnosti funkční mobility, komunikace, činnosti spojené s vedením a údržbou domácnosti a aktivity prováděné v širším sociálním prostředí. (1) Tyto činnosti jsou prováděny automaticky a pravidelně s použitím nástrojů k dané činnosti určeným, které se liší dle věku, pohlaví, denního režimu a individuálních návyků. Jedná se o činnosti, které mají úzký vztah také ke kulturnímu prostředí člověka. (2)

Neschopnost klienta zvládat dané úkoly důležité pro jeho nezávislost způsobuje ztrátu sebevědomí a motivace. V takových situacích dochází k narušení funkce rodiny nebo sociálních rolí členů rodiny. (1) V daném případě může např. docházet k poškození vývoje dítěte nemocného člověka, které přebírá péči o rodinu, finanční zabezpečení rodiny atd. (2)

Při nácviku ADL dbáme na individualitu člověka, jeho osobnost, dále pak na domácí prostředí. (1) Pokud klient žije v nevhodném sociálním prostředí, bývá jedinou možností se odloučit od takové společnosti a prostředí, které je pro klienta rizikovým, změnit denní rutinu a zažité stereotypy. V případě, že rodina podporuje nápravu klienta a je sama schopna přizpůsobit se podmínkám vhodným pro další život, je to velkým přínosem v podpoře abstinovat a pomoci zařadit ho do zdravé společnosti. (2)

Kvalitní terapeut naslouchá klientovi a aktivně ho zapojuje do řešení problémových situacích souvisejících s nácvikem ADL. Terapeutický plán nácviku ADL by měl být určen dle schopností klienta a nadále by měl být stupňován. Zpočátku slouží terapeut jako fyzická asistence, později verbální, nebo pouze dohlíží na správnost prováděné činnosti. To

znamená, že postupně snižuje míru asistence, a následně zvyšuje náročnost činnosti a podmínek prostředí. Terapeut využívá během nácviku ADL různé druhy náповěd a pobídek, a to buď verbálně, nonverbálně (gesty), popřípadě fyzické asistence. Vhodné je využití náповěd v prostředí (např. obrázky, plánky, značky). U osob s kognitivním deficitem je vhodné používat jasné, stručné náповědy někdy je nutností i větší fyzické asistence a předvedení činnosti. (1)

### **1.3.2 Personální denní činnosti**

Neboli základní denní činnosti (PADL), jsou součástí života každého jedince. Tyto aktivity začínají ihned ráno po probuzení, doprovází nás celý den a končí po večerním ulehnutí k spánku. Jsou to mnohdy vysoce intimní a individuální činnosti, běžně se opakující v pravidelných intervalech. Tyto činnosti provádíme s ohledem na osobní, sociální a rodinné faktory. (2)

Především vzhled nemocného úzce souvisí s denními činnostmi. Vzhled člověka podává první informace o stavu nemocného a jeho schopnosti pečovat o sebe samého. Oblečením, úpravou vlasů a zevnějšku může člověk dávat najevo svůj souhlas či nesouhlas se společností, nebo neupraveným vzhledem absolutní rezignaci na společnost. Špinavý oděv, zbytky jídla nebo knoflíky pozapínané ve špatném pořadí na psychiatrii signalizují závažné poškození. Vzhled tedy hodně vypovídá o stavu a situaci, ve které se klient nachází. Na druhé straně přisuzovat vzhledu hodnotu zásadní by znamenalo uvíznout na velmi povrchní úsudku. (7)

### **1.3.3 Instrumentální běžné denní činnosti**

Aktivity v širším pojetí soběstačnosti. Jedná se o činnosti komplexnější oproti PADL. Cílem je zajistit vlastní domácnost a sdílet určitý život ve společnosti. K vykonávání těchto činností je nutné mít určité komunikační dovednosti, schopnosti řešit problémy a být v interakci s okolím. Dle Lawtona a Broyové (1969, in Law, Baum, Dunn, 2005) představují instrumentální všední denní činnosti (IADL) soubor úkolů, které jsou nezbytné pro nezávislý život v komunitě. Tito autoři identifikovali osm aktivit. Jedná se o hospodaření s penězi, používání telefonu, užívání léků, cestování/užívání dopravních prostředků, nakupování, přípravu jídla, praní prádla a vedení domácnosti. Jako další jsou do IADL řazeny aktivity související s péčí o druhé a péče o vlastní zdraví.

Při nácviku těchto činností musíme brát v potaz, zda má klient zájem tyto činnosti

provádět, jeho genderové zařazení a další kulturní specifika. Dále myslíme na to, že se jedná o komplexní děj a vícestupňovou aktivitu, proto klientovi k vykonávání nestačí pouze fyzické dispozice, ale mnohdy i určitý psychický potenciál, úsudek, schopnost řešení problémů a sociální dovednosti. Je zde nutná vyšší kompetence než u PADL. Proto se v IADL objeví disabilita jako první. (2)

Samostatnou roli v sebeobsluze tvoří komunikace, která je nutná např. při nákupu, při jízdě veřejným dopravním prostředkem. Ergoterapie má pomoci vytvářet příjemné ovzduší, které současně aktivuje celý organismus jak po stránce tělesné, tak i duševní. Velmi mnoho závisí na přístupu ergoterapeutky a celkové atmosféře prostředí, ve kterém se nemocný člověk vyskytuje. Pokud se klient nachází v ústavní léčbě, většinou povinnost nakupování potravin a obstarávání důležitých věcí odpadá. Z našeho pohledu je to však nevhodné, jelikož předpokládáme návrat klienta do normálního života.

Nákup není pouze mechanické obstarávání potravin, ale i finanční rozvahy, celková tělesná aktivizace, styk s jinými lidmi, možnost konfrontace s nimi. Při návštěvě např. supermarketu řešíme i možná rizika, která by mohla nastat (např. bary, nonstopy, rizikovní lidé vyskytující se poblíž nákupních center). Nákupu předchází rozmyšlení si určitého jídla, na které bude nakupovat suroviny.

Pokud má klient problémy s postupy při vaření, použijeme knihu receptů, popř. jednotlivé recepty přepíšeme na počítači a vytiskneme velkým písmem. Tím pomůžeme oslabené paměti a poskytneme pocit jistoty. Pokud má nemocný kognitivní problémy, je možné namalovat celý postup jednoduchými obrázky. Vyzkoušíme schopnost rozeznávání peněz a jejich zhodnocení při placení u pokladny. Je nutné rozvrhnout si určitou částku dle příjmu nemocného, kterou je možno v daný okamžik utratit. (8)

### **1.3.4 Metody nácviku běžných denních činností**

Použití určité metody a přístupu nácviku ADL závisí na schopnostech klienta, ať už fyzických nebo kognitivních. U klienta bez výraznější kognitivní dysfunkce postačí rychlé předvedení činnosti a verbální instrukce psanou či mluvenou formou. V opačném případě, u klienta s poruchou percepce, paměti a pozornosti, bude potřeba více času pro zacvičení a konkrétnějšího návodu s následným zopakováním.

Je vhodné, aby nácvik probíhal v pravidelnou denní dobu, ve stejné terapeutické místnosti a se stejným terapeutem, kterého klient dobře zná a může mu plně důvěřovat. Terapeut musí být připraven přizpůsobit se dané situaci a zvolit, kdy je vhodné využití fyzické asistence nebo taktilně-kinestetického vedení, které nemusí být klientem vždy



kladně přijato. Pokud klient nezvládne některé kroky činnosti samostatně, je vhodné, aby je provedla druhá osoba. Tento způsob je určitě vhodnější než naprostá neúčast a pasivita nemocného. (1)

### 1.3.5 Hodnocení běžných denních činností

Ergoterapeut zjišťuje limitaci klienta v určité denní činnosti, příčinu obtíží a navrhuje postup ke zlepšení. „*Pro ergoterapeuta jsou ADL hlavní oblastí zájmu pro jejich důležitost v dosažení nezávislosti člověka v jeho osobním i domácím prostoru.*“ (1, s. 231). Na hodnocení soběstačnosti se zaměřují i další profese jako jsou např. zdravotní sestry, fyzioterapeuti nebo sociální pracovníci. Jedná se o činnosti, které jsou prováděné pravidelně a většinou každodenně. (1)

Hodnocení IADL je oproti PADL mnohdy zanedbáváno. Přestože IADL je stěžejní pro plnohodnotný život. Zjišťování úrovně IADL je významným nástrojem pro plánování terapie nejen u osob s tělesnými problémy, ale i u osob s psychickými či s kognitivními obtížemi. Jelikož intervence zaměřená na soběstačnost je součástí především u osob mentálně postižených, psychiatrických nebo u osob s postižením mozku.

Hodnocení soběstačnosti u nás je důležitým parametrem pro uznání příspěvku na péči dle Zákona o sociálních službách. Hodnotí se zde příjem jídla, osobní hygiena a pohyb, dále se hodnotí úkony umožňující účast v sociálním životě např. vaření, uklízení, nakládání s penězi atd. Dle stupně závislosti se určuje výše poskytnutého příspěvku. Pro získání informací je důležité prostudovat zdravotnickou dokumentaci, zhodnotit soběstačnost dle rozhovoru, pozorování a testování. Bohužel i přesto, že je ergoterapeut nejlépe kompetentní pro hodnocení míry závislosti provádí ho sociální pracovníci. (2)

V této bakalářské práci jsou užity dva standardizované testy hodnotící soběstačnost klienta. Jedná se o Barthel index (BI) a test IADL.

BI je nejznámější hodnocení personálních ADL, které mapuje funkční stav klienta. Obsahuje tyto položky: příjem jídla a tekutin, oblékání, přesuny, osobní hygienu, použití WC, koupání, chůze po rovině, chůze do/ze schodů, kontrola močení a stolice, zrak, sluch. Bodování má rozpětí 0 - 100 bodů a třibodovou stupnici (10 – 15 = samostatné provedení, 5 = s pomocí, 0 = neprovede). (1) Pokud klient dosáhne plného počtu bodů, neznamená to, že je schopen samostatného života, jako např. užívání léků, nakupování, není v BI obsaženo. (2) „*Výhodou BI je, že obsahuje základní důležité funkce denního života, dá se lehce naučit a rychle provést. Je využíván v mezinárodních studiích, a proto dovoluje i mezinárodní srovnání.*“ (22, s. 275)

Test IADL hodnotí činnosti probíhající v domácnosti či komunitě je tedy potřebný k doplnění údajů k hodnocení PADL. Test IADL obsahuje 8 položek: telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a zpravování financí. Jde o rychlé jednoduché hodnocení, které pokrývá v podstatě všechny IADL činnosti. (1) Hodnocení má rozpětí 0 - 80 bodů a stejně jako BI používá tříbodovou škálu.

#### **1.4. Modelové činnosti**

Modelové činnosti (MČ) jsou doménou ergoterapeutů a v předpracovní rehabilitaci mají významnou roli, jelikož jsou nástrojem pro trénink pracovních dovedností. Převážně však k zjištění pracovního potenciálu nemocných. Je však možné tyto MČ různým způsobem modifikovat a využít tak i při nácviku ADL aktivit.

MČ obsahují úkoly, materiál a pomůcky identické nebo podobné těm v běžné pracovní činnosti. „*U nás převládá tendence pracovišť si modelové činnosti vytvářet podle svých potřeb, což ovšem výrazně omezuje srovnání výsledků o schopnostech a dovednostech jedince, protože typ, náročnost a vyhodnocení modelových činností se mezi pracovišti liší.*“ (1, s. 249) Klíčovou schopností k tvorbě modelové činnosti je způsobilost analyzovat činnost do jednotlivých kroků a smysluplně je využít v terapii. Cílem analýzy takové činnosti je zjistit co klient zvládne a naopak, určit schopnost učení, možnosti adaptace činnosti a možnosti stupňování náročnosti činnosti. „*Analýza činnosti je vlastně způsob myšlení o činnostech.*“ (1, s. 281) Je to uspořádaný a strukturovaný proces, kde terapeut popisuje a zaznamenává posloupnost, rozděluje činnost na dílčí části. Analýza činnosti v praxi zahrnuje jednotlivé kroky a postupy činnosti, potřebný materiál, pomůcky, fyzické prostředí pro provedení činnosti dále pak instrukce pro terapeuta a klienta, instrukce pro hodnocení, adaptace činnosti či její stupňování, výsledný produkt, jímž může být finální výrobek nebo i simulace určité činnosti kopírující pracovní činnost nebo ADL aktivitu. (1)

„*Analýza zaměstnávání hodnotí zaměstnávání v kontextu konkrétní situace klienta a týká se oblasti práce, volného času a péče o sebe samého (ADL).*“ (25, s. 178) Hodnocení identifikuje podstatu problému, následuje trénink a instruktáž. Snahou je využít při tréninku modelových činností co nejvěrnější a nejpřirozenější prostředí. Disabilitu je nutné řešit přizpůsobením pomůcek, prostředí či osobní asistencí. (25)

Prostřednictvím modelové činnosti lze nacvičovat pracovní činnosti a běžné denní aktivity. Modelové činnosti je možné zaměřit na osobní hygienu, pracovní návyky a jejich

organizaci, strukturu denního režimu jedince. Dále lze ovlivnit zručnost horní končetiny, jemnou motoriku, hrubou motoriku, paměť, koncentraci, myšlení, nácvik samostatnosti a řešení problémových situací. Simulace modelových činností je výhodná již při hodnocení dovedností, kdy se obvykle hodnotí pozorováním při práci.

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této bakalářské práce je navrácení soběstačnosti u klientů se závislostí prostřednictvím odpovídající ergoterapeutické intervence u vybraného souboru klientů.

#### **2.1.1 Dílčí cíle**

- Zvolit vhodné diagnostické metody pro odhalení problémových oblastí v ADL.
- Zjistit v jakých oblastech mají klienti s drogovou závislostí deficit soběstačnosti.

Pro dosažení daného cíle je nutné splnit následující body:

1. Načerpat teoretické znalosti z dostupných zdrojů, které se zabývají drogovou závislostí a dále čerpat ze zdrojů, jež se zabývají ergoterapeutickou intervencí u psychiatrických klientů.
2. Vybrat vhodný soubor klientů, na nichž bude představena ergoterapeutická intervence.
3. Závěrečné zhodnocení výsledků plynoucích ze souboru čtyř klientů, na nichž budou zjištěny účinky terapie. Výsledky analýzy dat budou porovnávány, diskutovány a konfrontovány s danými hypotézami.

### **2.2 Hypotézy**

1. Předpokládám, že drogově závislí budou mít v PADL nejčastější deficit v oblasti osobní hygieny.
2. Předpokládám, že drogově závislí klienti mají výraznější deficit v oblasti IADL oproti PADL.
3. Předpokládám, že využitím modelových činností dojde ke zlepšení soběstačnosti u všech klientů.

## 2.3 Charakteristika sledovaného souboru

Pro výzkumné šetření byl vybrán tento sledovaný soubor. Čtyři těžce závislí muži ve věku 38 až 50 let, kteří byli opakovaně hospitalizováni v psychiatrické léčebně z důvodu drogové a alkoholové závislosti. Terapie s klienty byla individuální a trvala jeden měsíc.

Anamnestické údaje byly získány metodou rozhovoru, případně doplněny a zkontrolovány dle lékařské dokumentace. Data zaměřující se na kognitivní funkce byly odebrány formou rozhovoru a aspekce klienta během terapie. Psychosociální funkce byly získány prostřednictvím volného rozhovoru s klientem po celou dobu terapie.

Data zaměřená na soběstačnost byla shromážděna na základě standardizovaného vyšetření. Byl využit standardizovaný test BI a test IADL. BI mapuje funkční stav klienta k vykonávání personálních denních činností. Test IADL hodnotí běžné denní činnosti v širším kontextu. Terapie byla zaměřena na nácvik práce kolem domu, oblékání, holení, transport, rozvržení financí a nakupování. Tyto ADL aktivity byly nadále zapracovány jako modelové činnosti do kazuistik.

Následně byly všechny shromážděné údaje zaznamenány do kazuistik, zrekapitulovány a uvedeny v tabulkách a grafech.

## 2.4 KAZUISTIKY

### 2.4.1 Kazuistika 1

ÚVOD, základní informace

**Zdroj:** rozhovor s klientem, vlastní pozorování, dokumentace

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 38 let

**Diagnóza:** poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog

**OA:** narozen fyziologicky v termínu, na detaily z dětství si nevzpomíná, psychické obtíže se objevovaly už od dětství, v 6 ti letech byl léčen v PL v Opařanech, velké obtíže nastaly během školní docházky, klient byl přeřazen do zvláštní školy pro špatný prospěch, v dospívání začal experimentovat s drogami, ve 20 - ti letech začal užívat pervitin, 6 let užíval i. v., v roce 2003 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům, opakovaně byl neúspěšně léčen v PL Bohnice a v PL Červený dvůr, klient nadále pravidelně užíval pervitin, marihuanu a příležitostně extázi, kokain, heroin, BZD, subutex, alkohol, nyní je od 31. 10. hospitalizován v PN Dobřany

**RA:** syn je v kontaktu s matkou 1krát měsíčně, s otcem vůbec, ten byl údajně 3 roky nazpět léčen v PL Bohnice, sestře je 38 let, žije v zahraničí, bratrovi je 41 let, byl léčen pro závislost na alkoholu, nevlastní bratr ve věku 20 let žije s matkou, sourozenci nemají zájem se vzájemně kontaktovat, klient je v kontaktu pouze občas s nejmladším nevlastním bratrem, který bydlí s matkou

**SA:** klient bydlí v panelovém domě v Karlových Varech spolu s dvěma partnery

**PA:** vyučen zedníkem, pracoval v Metrostavu, nyní je pomocným pracovníkem ve Fokus Karlovy Vary, kde pracuje s látkami (stříhání látek), má ID 3. Stupeň

**Medikace:**

- Valproát
- Levopromazin

- Chlorprothixen
- Diazepam
- Tisercin 2 amp. i. m. při neklidu

## **VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ**

Provedeno dne: 26. 11. 2013

### **Hodnocení kognitivních funkcí**

- Defektní osobnost
- Vědomí: lucidní
- Orientace: časoprostorová orientace
- Paměť: zhoršená
- Koncentrace: snižena
- Řeč: obtížně srozumitelná
- Intelekt: premorbidně nízký
- Nálada: nadnesená
- Myšlení: zrychlené
- Emotivita: impulzivní, popudlivý
- Psychomotorické tempo: zrychlené

### **Hodnocení psychosociálních funkcí:**

- Motivace: nízká
- Sebehodnocení, sebevědomí: nadměrně zvýšené
- Sociální interakce: zvládá dobře iniciaci kontaktu, má obtíže s akceptací názoru druhé osoby
- Zvyky, návyky, rutina: klient neakceptuje indikaci k pracovní terapii v zahradě a parku, přestože jeho fyzický stav je dobrý a vybití neklidu náročnějších činností by bylo pro klienta prospěšné, přesto zůstává převážně v budově nemocnice, kde nemá žádný zaběhlý denní režim
- Role, zájmy: klient je bezdětný, neplní tedy žádné rodičovské role, není ani ženatý, žije pouze v partnerském vztahu se dvěma dalšími partnery (mužem a ženou), klient nemá žádné trvalé zájmy, volný čas tráví s partnery ve společné domácnosti,

klient udává, že občas rád vaří, pokud má právě náladu, má nápadný zevnějšek a zvýšený zájem o oblékání a vzhled

### **Hodnocení soběstačnosti**

V oblasti PADL je klient plně nezávislý. V testu Barthel index získal plný počet bodů.

V oblasti IADL je klient částečně závislý. V testu IADL získal 65 bodů. Není schopen samostatně vykonávat práce kolem domu. Tuto činnost má klient indikovanou lékařem. Klientovi dělá obtíže pravidelně a samostatně bez upozornění personálu vykonávat práce spojené s údržbou prostoru okolo budovy oddělení č. 25. Dále není schopen udržovat pořádek a čistotu v rámci svého lůžka a skříně s osobními věcmi. Naprosto odmítá podrobovat se úklidovému režimu nemocnice. Klient zvládá samostatně telefonování a cestování dopravním prostředkem. Je schopen samostatně uvařit celé jídlo. Aktivně využívá cvičnou kuchyni nacházející se na centrální ergoterapii v areálu nemocnice. Klient doma samostatně užívá léky, zde jsou mu však přidělovány sestrou. Samostatně nakládá s přidělenými financemi.

**Kompenzační pomůcky:** brýle

### **Závěr vstupního vyšetření**

**Výsledky testů:** Barthel test – 100 bodů; test IADL – 65 bodů

Klientovi činí obtíže IADL aktivity. Udržování čistoty na pokoji a práce kolem domu shledávám jako problémové oblasti klienta. Ergoterapeutický plán byl sestaven na základě vstupního vyšetření.

### **ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN**

- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Plán po dobu jednoho měsíce

- Nácvik IADL (práce kolem domu)
- Edukace ADL (domácí práce, práce kolem domu)
- Nácvik dodržování režimu
- Motivace klienta k podrobení se léčebnému režimu
- Striktní dodržování léčebného režimu



- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**
  - Nácvik soběstačnosti (domácí práce, práce kolem domu)
  - Edukace klienta v rámci nácviku IADL, PADL
  - Striktní dodržování denního režimu
  - Strukturování dne

SLABÉ STRÁNKY: Klient je zvýšeně aktivní, bohužel převážně v negativním slova smyslu, je obtížné ho motivovat.

SILNÉ STRÁNKY: Klient je hodně komunikativní a společenský.

#### PLÁNY DO BUDOUCNA

- Z pohledu klienta
  - Klient nemá žádné plány, ani se jimi nemíní zaobírat, což shledávám za velký problém již v primární léčbě závislosti.
- Z pohledu terapeuta
  - Motivace klienta v podrobení se léčebnému režimu.

#### TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

**Typ terapie:** individuální

**Frekvence:** 3 krát týdně/měsíc

**Cíl TJ:** Nácvik IADL, zvládnout IADL s minimální verbální asistencí a kontrolou

**Náplň:** práce a úklid okolí budovy č. 25

**Modelová činnost:** Práce kolem domu

#### **Stručné kroky činnosti:**

- Příprava pomůcek
- Vyčištění trávníku
- Zametení chodníku
- Vynesení popelníku
- Úklid pomůcek

**Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik IADL), samostatné zvládnutí MČ bez verbální asistence

**Předpokládaný čas pro provedení MČ:** 60 minut

**Stupňování činnosti:**

- Klient provádí MČ za dohledu a verbální asistence terapeuta.
- Klient provádí MČ bez verbální asistence.
- Klient provádí MČ samostatně, následuje pouze kontrola provedené činnosti bez intenzivního dohledu během činnosti.

**Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** exteriér (chodník a trávník před budovou)

**Pomůcky a materiál:** rukavice, koště, lopata, hrábě

**Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut popíše přesné kroky činnosti, které bude po klientovi vyžadovat.
- Verbálně vede klienta při přípravě pomůcek.
- V případě nutnosti instruuje klienta během činností (terapeut se snaží co nejvíce snížit míru asistence).
- Terapeut zhodnotí činnost klienta.

**Instrukce pro klienta:**

- Klient se po ranní komunitě převlékne do pracovního oděvu.
- Obleče si pracovní rukavice.
- Připraví si hrábě, lopatu, koště.
- Shrabe listí na trávniku a očistí ho od odpadků pomocí hrábí.
- Zamete chodník před budovou.
- Zamete cestu vedoucí k budově.
- Vynese popelník.
- Odstraní zbylé nedopalky ze země.
- Uklidí použité nářadí.
- Převlékne se.
- Provede hygienu rukou.

**Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- nezávislost, samostatnost
- vytrvalost
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas, tempo

- o aktivitu

**Výsledný produkt:** čistě upravený trávník v okolí budovy, vynesení popelník, zametený chodník

Referenční rámec	Přístup
Behaviorální	Modifikované chování
Humanistický	Zaměření na klienta
Psychodynamický	Analytická skupinová komunikace

### **Průběžné hodnocení:**

Klient přicházel na terapii s nadnesenou náladou, byl vždy až příliš komunikativní. Pokud mu byly sděleny negativní připomínky, nezvládal je akceptovat. Pokud byl chválen před ostatními klienty, měl největší radost. Klient měl tedy nejraději pochvalu formou veřejného uznání. Na terapii přicházel zpočátku opakovaně pozdě. Udával, že je limitovaný z důvodu silného návyku na kávu a tabáku. Při pozdním příchodu se neustále nesmyslně vylouval ani v průběhu terapie nebyl schopen vydržet 60 minut bez cigarety. Klient chodil na terapii vždy řádně převlečen do pracovního oděvu a bez upozornění byl vždy opět přestrojen k obědu. Klienta bylo nutné verbálně vést během činnosti. Např. připomenout odstranění nedopalků a vynesení popelníku. Zpočátku nepracoval příliš pečlivě, občas určitou činnost jako např. vysypání popelníku zapomněl. Vždy však měl výmluvu, proč danou činnost neprovedl. Mnohdy neuklidil použité nářadí nebo je zapomněl odložené. Klient musel být kontrolován, popřípadě slovně instruován během činnosti. Během terapie se klient příliš nesnažil, o to více komunikoval. Klient není dostatečně pečlivý v jednotlivých krocích modelové činnosti. Často odporuje, pokud jsou mu vytknuty nedostatky provedené práce. V případě, že se řeší problémové oblasti klienta, odvádí komunikaci. Je nutné udržovat klienta v jistých mezích v rámci vztahu terapeut - klient.

**Výstupní vyšetření provedeno dne:** 6. 1. 2014

**Výsledky testů:** Barthel index – 100 bodů; test IADL – 75 bodů

### **Zhodnocení terapie:**

Na konci terapie klient zvládal činnost samostatně, přesto však přetrvávaly pozdní příchody na terapii. Klient musel být motivován pomocí sankcí, které následují

při nedodržování režimu nemocnice. Jednalo se převážně o zákaz sledování TV, který však nebyl pouze pro jednotlivce ale přímo pro celou skupinu, proto byl mnohdy ve střetu i s ostatními klienty.

Klient více dbá na úklid pracovních pomůcek, je schopen provést všechny kroky činnosti správně a pečlivě. Zvládá vykonat činnost během limitu jedné hodiny, poté se přesouvá do terapeutické místnosti, kde probíhají kreativní činnosti, kognitivní trénink, čtení nebo společenské hry.

Cíle krátkodobého plánu byly splněny. Klient pracuje samostatně a bez dohledu.

### **Doporučení:**

Po spolupráci s klientem doporučuji nadále dbát na striktním dodržování režimu. Je nutná pravidelná kontrola, zda je činnost vykonána celá a pečlivě. Klient má potenciál k výkonu dané činnosti, proto by bylo dobré stupňovat nároky a dbát také na úklidu a dodržování čistoty v jeho okolí, konkrétně pravidelné stlaní lůžka a úklid skříně s osobními věcmi. Motivovat klienta k léčbě a řešit vyhlídky do budoucna. Naučit klienta lépe organizovat svůj čas. Dále pracovat na změně zažitých stereotypů.

### **2.4.2 Kazuistika 2**

ÚVOD, základní informace

**Zdroj:** rozhovor s klientem, vlastní pozorování, dokumentace

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 48 let

**Diagnóza:** poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, st. po operaci žaludku pro vředy

**OA:** žádné informace o komplikacích během těhotenství nemá, na dětství si příliš nevzpomíná, žil v rodině, která měla velmi liberální přístup k užívání alkoholu, klient však neudává nadměru užívání v dospívání ani v rané a střední dospělosti, ale až po rozvodu s manželkou, užíval denně cca. 5 piv a 4 panáky tvrdého alkoholu, pro abúzus alkoholu byl opakovaně hospitalizován, udává dvouletý abúzus, klient se rozhodl k dobrovolné hospitalizaci z důvodu zhoršení psychického stavu, momentálně se léčí pro žaludeční vředy a flebotrombózu PDK

**RA:** je rozvedený, má dvě děti, se kterými se nestýká, jeho rodiče jsou již mrtví, má přítelkyni, kterou navštěvuje

**SA:** klient bydlí v domku po rodičích spolu s bratrem, dům je vystaven exekuci

**PA:** má pouze základní vzdělání, pracoval jako pomocný pracovník na stavbách, momentálně je nezaměstnaný

#### **Medikace:**

- Warfarin
- Helicid
- Chlorprothixen při nespavosti
- Tisercin 1 amp. při neklidu

### **VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ**

Provedeno dne: 28. 11. 2013

#### **Mobilita**

Klient je mobilní s dopomocí jedné hole, intermitentní bolestivost PDK, momentálně lýtko klidné bez otoku.

#### **Hodnocení kognitivních funkcí**

- Vědomí: lucidní
- Orientace: porucha časoprostorové orientace
- Paměť: zhoršená
- Koncentrace: snižena
- Řeč: zpomalená
- Intelekt: v normě
- Nálada: náhlé změny nálad
- Náhled: parciální, nekritický ke svému stavu
- Myšlení: dezintegrace myšlenkových procesů
- Psychomotorické tempo: zpomalené

### **Hodnocení psychosociálních funkcí:**

- Motivace: snížená
- Sebehodnocení, sebevědomí: nízké
- Sociální interakce: zvládá dobře změny v sociálních kontaktech, akceptuje názor druhé osoby
- Zvyky, návyky, rutina: klient dochází pravidelně na skupinovou ergoterapii, aktivně se zde zapojuje do dopoledního i odpoledního programu
- Role, zájmy: klient není se svými dospělými dětmi v kontaktu a je rozvedený. Neplní tedy žádné rodičovské ani manželské role. Neudává žádné zájmy. Jeho jedinou aktivitou po rozvodu bylo shánění peněz a pití alkoholu. Občas se setkával se svou dlouholetou přítelkyní, která jako jediná z blízkých klienta není pravidelnou uživatelkou alkoholu.

### **Hodnocení soběstačnosti**

V oblasti PADL je klient částečně závislý. V testu Barthel index získal 90 bodů. Klient ztrácí zájem o sebekvětu a osobní hygienu, konkrétně holení vousů. Další obtíže mu činí adekvátní oblékání ve vztahu k počasí. Klient je často upomínán personálem nemocnice. Jelikož pravidelně vychází kouřit ven v domácích pantoflích nedostatečně oblečen za špatného počasí.

V oblasti IADL je klient částečně závislý. V hodnocení IADL získal 70 bodů. Klient není schopen ze zdravotních důvodů provádět práce kolem domu. Zvládá samostatně vaření, nakupování. Klient využívá cvičnou kuchyni nacházející se na centrální ergoterapii. Dále zvládá samostatně transport, zpravovat finance a drobné domácí práce zaměřené především na úklid osobních věcí.

**Kompenzační pomůcky:** brýle, vycházková hůl

### **Závěr vstupního vyšetření**

**Výsledky testů:** Barthel index – 90 bodů; test IADL – 70 bodů

Klientovi činí obtíže PADL aktivity, jedná se především o osobní hygienu a oblékání.

Má snížený počet bodů v oblasti IADL, jelikož se po klientovi ze zdravotních důvodů nevyžaduje práce kolem domu.

V oblasti mobility není klient výrazně limitován. Je schopen ujít i delší vzdálenost v nižším rychlostním tempu. Více než 50 metrů mu nečítá obtíže.

Ergoterapeutický plán byl sestaven na základě vstupního vyšetření.

## ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Plán po dobu jednoho měsíce

- Nácvik PADL aktivit (oblékání, osobní hygiena - holení)
- Striktní dodržování režimu
- Edukace v rámci PADL aktivit
- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**
- Nácvik PADL (oblékání, osobní hygiena)
- Striktní dodržování režimu nemocnice

**SLABÉ STRÁNKY:** Častá variabilita nálad. Klient má špatné vztahy s ostatními klienty, jelikož se snaží soupeřit o přízeň personálu nemocnice, proto bývá často v konfliktu s ostatními.

**SILNÉ STRÁNKY:** Klient je snaživý. Má zájem změnit své chování.

## PLÁNY DO BUDOUCNA

- Z pohledu klienta

Klient má zájem změnit své chování a zlepšit tak vztahy s ošetřujícím personálem nemocnice.

- Z pohledu terapeuta

Nácvik ADL aktivit a zlepšit tak kvalitu života. Nácvik správného denního režimu v rámci osobní hygieny a sebepečce. Upevnit tyto návyky tak, aby i po skončení doby hospitalizace přetrvávaly.

## TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

**Typ terapie:** individuální

**Cíl TJ:** nácvik PADL, zvládnout osobní hygienu bez verbální a fyzické asistence, zvládnout oblékání bez kontroly a dozoru

**Náplň:** nácvik holení vousů a oblékání

## **Modelová činnost č. 1: Osobní hygiena**

**Frekvence:** jednou týdně/měsíc

### **Stručné kroky činnosti:**

- Napuštění umyvadla
- Navlhčení vousů
- Natření pěnou/gelem
- Oholení vousů
- Omytí a osušení obličeje
- Omytí a úklid pomůcek

**Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik PADL), samostatné zvládnutí MČ bez verbální a fyzické asistence

**Předpokládaný čas pro provedení MČ:** 20 min

### **Stupňování činnosti:**

- Klient nejprve provádí MČ společně s terapeutem, jeho verbální (připomenutí činnosti, příprava pomůcek) a fyzickou asistencí (poslední úprava nedokonalostí) během činnosti.
- Klient provádí MČ za účasti terapeuta spolu s verbální asistencí.
- Klient provádí MČ samostatně, následuje pouze kontrola provedené činnosti, ale bez intenzivního dohledu během činnosti.

**Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (pokoj klienta)

**Pomůcky a materiál:** umyvadlo, žínka, ručník, pěna na holení, jednorázové holítko

### **Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut nejprve zorientuje klienta v čase (kdy konkrétně je činnost prováděna).
- Vysvětlí klientovi průběh prováděné činnosti.
- Verbálně vede klienta v přípravě pomůcek.
- Poté co je klient hotov s holením dokončí zbylé nedokonalosti.
- Instruuje klienta v úklidu pomůcek.
- Zdůrazní klientovi datum a čas následujícího holení.

### **Instrukce pro klienta:**

- Klient si před ranní komunitou připraví pomůcky pro holení.
- Napustí umyvadlo vlažnou vodou.
- Navlhčí vousy pomocí žínky.
- Natře pěnou/gelem na holení.



- Důkladně oholí vousy.
- Omyje a osuší si obličej.
- Omyje a uklidí připravené pomůcky.

**Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- nezávislost, samostatnost
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas, tempo
- aktivitu

**Výsledný produkt:** čistě oholená tvář klienta

**Průběžné hodnocení:**

Klient musel být verbálně veden během přípravy pomůcek a holení. Činnost musela být dokončena terapeutem z důvodu nedostatečné pečlivosti. Klient byl během terapie limitován třesem. Zpočátku měl obtíže se zapamatováním si dne, kdy se provádělo holení. Proto mu byly podány instrukce písemnou formou, a to na nástěnku v terapeutické místnosti. Jednalo se o koláž z novinového papíru s tematikou holení a holicích pomůcek, kde byl uveden den v týdnu, hodina, kdy se holení vykonávalo.

Klientovi nedělá obtíže komunikace, je schopen ji rychle navázat a udržet. Je nápadně srdečný a přehnaně vyjadřuje své pozitivní emoce k personálu nemocnice. Je nutné neustále připomínat klientovi jeho meze ve vztahu terapeut - klient.

**Modelová činnost č. 2:** Oblékání

**Frekvence:** 4-8 krát/denně

**Stručné kroky činnosti:**

- Přezutí z domácí obuvi
- Obléknutí svetru
- Obléknutí bundy
- Nahlášení odchodu terapeutce
- Přezutí do domácí obuvi
- Odložení svršků

- Nahlášení příchodu terapeuta

**Cíl činnosti:** terapeutický (návčik PADL), cílem je zvládnutí MČ bez verbálního upozornění klienta

**Předpokládaný čas pro provedení MČ:** 10 min

**Stupňování činnosti:**

- Klient provádí MČ za dohledu terapeuta.
- Klient provádí činnost samostatně bez neustálé kontroly.
- Není nutné, aby klient přicházel na pravidelné kontroly. Kontrola probíhá nárazově a bez vědomí klienta.

**Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (šatna)

**Pomůcky a materiál:** venkovní obuv, svetr, bunda, popř. čepice

**Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut popíše klientovi jednotlivé kroky činnosti.
- Terapeut dohlíží na správnost prováděné činnosti ve vztahu k aktuálnímu počasí.
- Terapeut dbá na pravidelné kontroly klienta.
- Terapeut kontroluje klienta nenápadně bez jeho vědomí.

**Instrukce pro klienta:**

- Klient se před opuštěním budovy přezuje z domácí obuvi.
- Oblékne se adekvátně ke stavu počasí.
- Nahlásí odchod terapeuta.
- Po příchodu se klient přezuje do domácí obuvi
- Odloží svršky.
- Nahlásí příchod terapeuta.

**Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- vytrvalost
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas
- aktivitu

- samostatnost klienta

**Výsledný produkt:** Pravidelné oblékání klienta při opouštění budovy

Referenční rámec	Přístup
Behaviorální	Modifikované chování
Humanistický	Zaměření na klienta
Psychodynamický	Analytická skupinová komunikace

#### **Průběžné hodnocení:**

Oblékání zvládá klient dobře. Pravidelně se hlásí terapeutce při odchodu a příchodu. Je schopen dobře zvládnout a určit adekvátní oblečení ve vztahu k aktuálnímu počasí. Posilování chování probíhalo pomocí vnějších vlivů. Odměnou za vykonanou práci byla pro klienta pochvala a zvýšený zájem terapeutky.

**Výstupní vyšetření provedeno dne:** 8. 1. 2014

**Výsledky testů:** Barthel index – 95 bodů; test IADL – 70 bodů

#### **Zhodnocení terapie:**

Holení vousů klient zvládal bez verbální i fyzické asistence. Zbylé nedokonalosti byl schopen vyladit v případě, že byl upozorněn. Klienta již není nutné upozorňovat na pravidelné holení. Potřebné informace jsou uvedeny na nástěnce v terapeutické místnosti, kde si je v případě nejistoty samostatně ověří. Návčik holení vousů byl úspěšný.

Modelovou činnost oblékání zvládal pouze zpočátku. Později klienta přestávalo bavit být pod kontrolou a i přes výslovný zákaz personálu nadále vycházel z budovy nemocnice pouze v domácí obuvi, přestože edukace v rámci PADL proběhla opakovaně, návčik oblékání s vyloučením dozoru a kontroly není možný. Klient nevnímá tuto činnost jako smysluplnou a užitečnou, proto je pro něj značně demotivující. Nepodařilo se tedy motivovat klienta k striktnímu dodržování režimu nemocnice. Cíle krátkodobého plánu byly splněny pouze částečně.

#### **Doporučení:**

Po spolupráci doporučuji nadále podporovat klienta v soběstačnosti. Je nadále nutná pravidelná kontrola holení již bez fyzické a verbální asistence. Striktně dbát na

dodržování režimu nemocnice i přes klientův nesouhlas. Zvyšovat sebevědomí klienta prostřednictvím pocitu naplnění a pocitu úspěchu.

### 2.4.3 Kazuistika 3

ÚVOD, základní informace

**Zdroj:** rozhovor s klientem, vlastní pozorování, dokumentace

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 43 let

**Diagnóza:** chronický abúzus alkoholu, paranoidní psychóza na podkladě ethyl. etiologie

**OA:** klient neví o žádných obtížích matky během porodu a těhotenství, vyrůstal u svých prarodičů, jelikož měl další tři sourozence a rodiče tížila finanční situace, klient se vyučil slévačem, nikdy neměl dlouhodobější zaměstnání, od dospělosti s mírnými pauzami žil jako bezdomovec, naposledy ho přijala do domu nejmladší sestra, klient však nevycházel s její dcerou, a proto odsud odešel, sám si zavolal policii a nechal se hospitalizovat, jelikož se vystupňovaly jeho obavy, klient udává, že se o něm někdo na FB vyjádřil jako o úchylovi a pedofilovi a údajně byl celý den sledován, opakovaně slyšel jak ho lidi pomlouvají, klient vypije denně 3 - 4 piva, vykouří 20 - 30 cigaret, ostatní drogy neuje

**RA:** bezdětný, svobodný, klient je v kontaktu pouze se sestrou, ta pravidelně telefonuje do nemocnice, má zájem o informace o bratrovi

**SA:** klient žil většinu svého života jako bezdomovec nebo byl hospitalizován v PN (nyní šestá hospitalizace), ani po propuštění z léčby nemá zajištěné stabilní zázemí

**PA:** vyučen slévačem, nárazově pracoval jako hlídač na stavbách, nyní je nezaměstnaný

#### Medikace:

- Dormicum
- Risperdal
- Depakine

- Betaserc
- Serquel

## **VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ**

Provedeno dne: 26. 11. 2013

### **Hodnocení kognitivních funkcí**

- Vědomí: lucidní
- Orientace: porucha prostorové orientace
- Paměť: normální
- Koncentrace: snižená
- Řeč: adekvátní, s občasnou latencí
- Intelekt: orientačně průměrný
- Nálada: pokleslá forie
- Myšlení: bludné myšlení
- Psychomotorické tempo: normální

### **Hodnocení psychosociálních funkcí:**

- Motivace: dobrá
- Sebehodnocení, sebevědomí: nízké
- Sociální interakce: nezvládá změnu v sociálních kontaktech, nezvládá iniciovat komunikaci
- Zvyky, návyky, rutina: omezení těžkým psychickým stavem, klient dochází na skupinovou ergoterapii, zde se aktivně nezapojuje do činností, vyhýbá se sociálním kontaktům
- Role, zájmy: klient nemá partnerku, ani děti, proto není třeba plnit žádné role, klient tráví volný čas nejraději o samotě čtením nebo sledováním historických dokumentů

### **Hodnocení soběstačnosti**

V oblasti PADL je klient nezávislý. V hodnocení Barthel indexu získal plný počet bodů.

V oblasti IADL je klient částečně závislý. V hodnocení IADL získal klient 75 bodů. Velké obtíže mu činí orientace a samostatný přesun po areálu nemocnice. Klient má strach, že se v areálu ztratí. Má pocit, jako by byl neustále sledován a nechce přicházet do kontaktu s lidmi. Klientovi bylo doporučeno personálem nemocnice, aby docházel na centrální ergoterapii. Ta se nachází na druhé straně areálu. Klient toto odmítá, přesto by měl zájem navštěvovat kostel, který je také poměrně vzdálený od budovy č. 25.

**Kompenzační pomůcky:** nemá

### **Závěr vstupního vyšetření**

**Výsledky testů:** Barthel index – 100 bodů; test IADL – 75 bodů

Klientova problémová oblast je především samostatný transport, kterého není schopen, jelikož se neorientuje v komplexu nemocnice a má neadekvátní strach z toho, že zabloudí. Ergoterapeutický plán byl sestaven na základě vstupního vyšetření.

### **ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN**

- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Stanoven po dobu jednoho měsíce.

- Nácvik IADL (transport)
- Nácvik sociální interakce

- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- Nácvik IADL
- Zlepšení sociální interakce

**SLABÉ STRÁNKY:** Klient má velké obavy, které ho limitují v samostatnosti. S personálem nemocnice komunikuje velmi málo, s ostatními klienty nekomunikuje vůbec. Pokud ho osloví, většinou reaguje se strnulou tváří nebo odchází. Klient nemá dostatečný náhled na situaci, v které se nachází.

**SILNÉ STRÁNKY:** Klient je nábožensky motivovaný, má zájem navštívit kostel nacházející se v areálu nemocnice.

### **PLÁNY DO BUDOUCNA**

- Z pohledu klienta

Klient má zájem navštívit kostel a mši svatou.

- Z pohledu terapeuta

Nácvik IADL aktivit a zlepšit tak kvalitu života.

## TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

**Typ terapie:** individuální

**Frekvence:** 3krát týdně/ měsíc

**Cíl TJ:** Nácvik IADL, zvládnout transport bez doprovodu terapeuta

**Náplň:** orientace po areálu nemocnice

**Modelová činnost:** Transport

**Stručné kroky činnosti:**

- Plánování trasy
- Výběr cílového místa
- Transport do cílového místa
- Návrat

**Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik IADL), samostatné zvládnutí transportu po areálu nemocnice

**Předpokládaný čas pro provedení MČ:** 20 min

**Stupňování činnosti:**

- Klient provádí MČ za doprovodu terapeuta.
- Klient provádí MČ bez doprovodu terapeuta.

**Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** exteriér (areál nemocnice)

**Pomůcky a materiál:** orientační plán areálu

**Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut instruuje klienta v jednotlivých krocích činnosti.
- Terapeut zorientuje klienta v orientačním plánu nemocnice.
- Terapeut doprovází klienta během přesunů na centrální ergoterapii (postupně snižuje míru asistence).
- Terapeut kontroluje klienta nenápadně a taktně.

**Instrukce pro klienta:**

- Klient si prostuduje orientačního plán nemocnice.

- Naplánuje trasu.
- Vybere cílové místo.
- Přesune se na cílové místo.
- Vrátí se zpět na oddělení č. 25.

**Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- nezávislost, samostatnost
- vytrvalost
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas, tempo
- aktivitu

**Výsledný produkt:** Samostatný přesun po areálu nemocnice

Referenční rámec	Přístup
Behaviorální	Modifikované chování
Kognitivní	Kognitivní-behaviorální
Humanistický	Zaměření na klienta

**Průběžné hodnocení:**

Klient v doprovodu terapeuta situace zvládá celkem dobře, je klidný. Zlepšuje se tak i jeho komunikace s terapeutem, která zpočátku velmi vážla. Klient zvládá transport na určené místo i návrat zpět na oddělení bez jakékoli verbální asistence. Není nutné klienta vést ani směřovat během nácviku modelové činnosti.

**Výstupní vyšetření provedeno dne:** 3. 1. 2014

**Výsledky testů:** Barthel index – 100 bodů; test IADL – 75 bodů

**Zhodnocení terapie:**

Během terapie nedošlo k žádnému výraznému zlepšení. Přestože má klient velkou motivaci docházet o víkendů samostatně do kostela, zůstává v budově a samostatně ji neopouští. V doprovodu terapeuta zvládá pohyb po areálu nemocnice. Dochází na centrální ergoterapii, která se nachází na druhé straně areálu. Samostatně se orientuje. Klient má nadále obsedantní myšlenky, strach z pronásledování a kontaktu s cizími lidmi.



Cíle krátkodobého plánu byly splněny pouze částečně, klient nadále sám aktivně neopouští budovu, přesto došlo k určitému zlepšení a posunu nemocného především v sociální interakci.

### **Doporučení:**

Po spolupráci s klientem doporučuji alespoň aktivizaci nemocného s doprovodem, což bude určitě efektivnější než absolutní pasivita a neúčast nemocného.

### **2.4.4 Kazuistika 4**

ÚVOD, základní informace

**Zdroj:** rozhovor s klientem, vlastní pozorování, dokumentace

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 50 let

**Diagnóza:** chronický abúzus alkoholu

**OA:** klient neví o žádných obtížích souvisejících s porodem, na dětství má dobré vzpomínky, neuropsychiatrickou zátěž neguje, vyučil se automechanikem, na vojně se cca. po třech měsících pokusil o intoxikaci farmaky za účelem dostat se domů, pracoval jako řidič kamionu, v roce 1998 měl autohavárii, kdy prodělal kraniocerebrální trauma, v roce 2005 proběhl rozvod s manželkou, což považuje za počátek jeho obtíží spojených s pitím alkoholu, denně vypije 7 piv, někdy i celou lahev rumu

**RA:** klient je rozvedený, má dvě dcery, které se o něj údajně nezajímají, od rozvodu s manželkou žádný vztah neměl, je v kontaktu se sestrou, která mu pomáhá řešit finanční obtíže

**SA:** klient bydlí v zahradním domku, kde nemá žádné sociální zázemí

**PA:** pracoval jako řidič kamionu, nyní je evidován na ÚP

### **Medikace:**

- Valproát

- Chlorprothixen
- Helicid

## **VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ**

Provedeno dne: 28. 11. 2013

### **Hodnocení kognitivních funkcí**

- Vědomí: lucidní
- Orientace: porucha časoprostorové orientace
- Paměť: porušení krátkodobé paměti
- Koncentrace: mírně snížená
- Řeč: v pořádku
- Intelekt: orientačně podprůměrný
- Nálada: v normě
- Myšlení: zpomalené
- Psychomotorické tempo: snížené

### **Hodnocení psychosociálních funkcí:**

- Motivace: dobrá
- Sebehodnocení, sebevědomí: zvýšené
- Sociální interakce: zvládá komunikaci iniciovat i udržet, občas komunikuje na úkor druhého
- Zvyky, návyky, rutina: nerovnováha v pracovních činnostech a odpočinku, minimální účast na skupinových aktivitách
- Role, zájmy: klient není v kontaktu se svými ještě nezletilými dcerami, neplatí ani výživné, neplní tedy ani základní rodičovskou povinnost, klient udává, že nejvíce ho momentálně baví pracovat v truhlářské dílně na centrální ergoterapii, jinak žádné ostatní zájmy nemá, jelikož se jeho život točí kolem pití a obstarávání peněz

### **Hodnocení soběstačnosti**

Klient získal v testu Barthel index 100 bodů. Klient je v oblasti PADL plně nezávislý.

V oblasti IADL je klient částečně závislý. V hodnocení testu IADL získal 75 bodů. Klientovi činí největší obtíže manipulovat s financemi a nakupování osobních hygienických pomůcek. Klient byl opakovaně upozorňován personálem nemocnice, aby si zakoupil vlastní hygienické pomůcky (mýdlo, šampón, žiletky), přesto tak opakovaně neučinil. Klient utratí velkou část peněz za cigarety. Na konci týdne většinou již peníze nemá, tuto situaci řeší půjčkami nebo žebráním v areálu nemocnice. Klient udává, že je schopen zvládat telefonování, transport, vaření, domácí práce a práce kolem domu. Klient v ústavní léčbě samostatně neužívá léky, jsou mu přidělovány zdravotnickým personálem, doma však ano.

**Kompenzační pomůcky:** brýle

### **Závěr vstupního vyšetření**

**Výsledky testů:** Barthel test – 100 bodů; test IADL – 70 bodů

Klientova problémová oblast je hospodaření s penězi a nakupování. Ergoterapeutický plán byl sestaven na základě vstupního vyšetření.

### **ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN**

#### **• Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Stanoveno po dobu jednoho měsíce.

- Nácvik IADL (finance, nakupování)
- Nácvik finanční rozvahy
- Edukace klienta v rámci IADL
- Změna zažitých stereotypů

#### **• Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- Nácvik IADL
- Podrobení se léčebnému režimu

**SLABÉ STRÁNKY:** Klient je silný kuřák, proto je výrazně omezen jeho rozpočet.

**SILNÉ STRÁNKY:** Klient je aktivní, komunikativní.

### **PLÁNY DO BUDOUCNA**

- Z pohledu klienta

Klient má zájem o pomoc při řešení jeho finančních obtíží, jelikož má strach, že přijde o pravidelné kapesné a budou mu přiřazeny pouze tzv. balíčky.

- Z pohledu terapeuta

Zvýšit soběstačnost klienta a zlepšit manipulaci s penězi.

## TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

**Typ terapie:** individuální

**Frekvence:** jednou týdně/měsíc

**Cíl TJ:** Nácvik IADL aktivit, zvládnout nakládání s penězi a nakupování bez asistence

**Náplň:** finanční hospodaření a nákup hygienických pomůcek

**Modelová činnost:** Finance, Nakupování

**Stručné kroky činnosti:**

- Soupis seznamu
- Rozvržení financí
- Finanční zhodnocení
- Nákup pomůcek

**Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik IADL), samostatné zvládnání úkolu bez verbální instruktáže

**Předpokládaný čas pro provedení MČ:** 60 min

**Stupňování činnosti:**

- Klient nejprve provádí MČ s fyzickou a verbální asistencí terapeuta.
- Klient provádí MČ samostatně bez asistence.

**Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (terapeutická místnost)/exteriér (prodejna)

**Pomůcky, materiál:** propiska, papír, nákupní taška

**Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut vybízí klienta k psaní nákupního seznamu.
- Pomáhá s oceněním jednotlivých položek seznamu a rozvržením peněžní částky.

**Instrukce pro klienta:**

- Klient si vyzvedne finance pro daný týden.

- Napiše nákupní seznam.
- Provede finanční zhodnocení položek nákupního seznamu.
- Odečte část nutnou pro zakoupení hygienických pomůcek.
- Zbylé finance rozvrhne na každý den.
- Nakoupí položky uvedené na seznamu.

**Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- nezávislost, samostatnost
- vytrvalost
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas, tempo
- aktivitu

**Výsledný produkt:** klient si samostatně hospodaří s přidělenými financemi, nakupuje nutné hygienické pomůcky

Referenční rámec	Přístup
Behaviorální	Modifikované chování
Kognitivní	Kognitivně- behaviorální
Humanistický	Zaměření na klienta
Psychodynamický	Analytická skupinová komunikace

**Průběžné hodnocení:**

Klient byl během terapie aktivní, spolupracoval. Činnost zvládal v limitu jedné hodiny. Měl zájem zlepšit soběstačnost a tím zvýšit spokojenost personálu nemocnice. Potřeboval dopomoc při rozdělování financí na jednotlivé dny. Bylo nutné demonstrovat klientovi danou činnost nebo ho verbálně instruovat. Potřeboval dopomoc při ocenění některých položek nákupního seznamu, přestože je pravidelně kupoval. Dále bylo nutné zredukovat některé položky nákupního seznamu.

**Výstupní vyšetření provedeno dne:** 3. 1. 2014

**Výsledky testů:** Barthel index – 100 bodů; test IADL – 80 bodů

**Zhodnocení terapie:**

Psaní nákupního seznamu se velice osvědčilo, jelikož klient dále nenakupoval zbytečné položky, které ruinovaly jeho rozpočet. Zlepšila se schopnost klienta řešit problémové situace a podařilo se klienta motivovat k plnění povinností, proto shledávám, že cíle krátkodobého plánu byly splněny.

**Doporučení:**

Je nutné nadále klienta motivovat, aby byl schopen tyto nově získané dovednosti uplatnit i v běžném životě. Pokud klient nebude nadále veden k zodpovědnému přístupu k financím, je pravděpodobné, že se vrátí zpět k zažitým stereotypům.

## 2.5 VÝSLEDKY

Zde jsou zrekapitulovány výsledky vstupních a výstupních vyšetření. Výsledky vyšetření jsou uvedeny v tabulkách a zaznamenány v grafech.

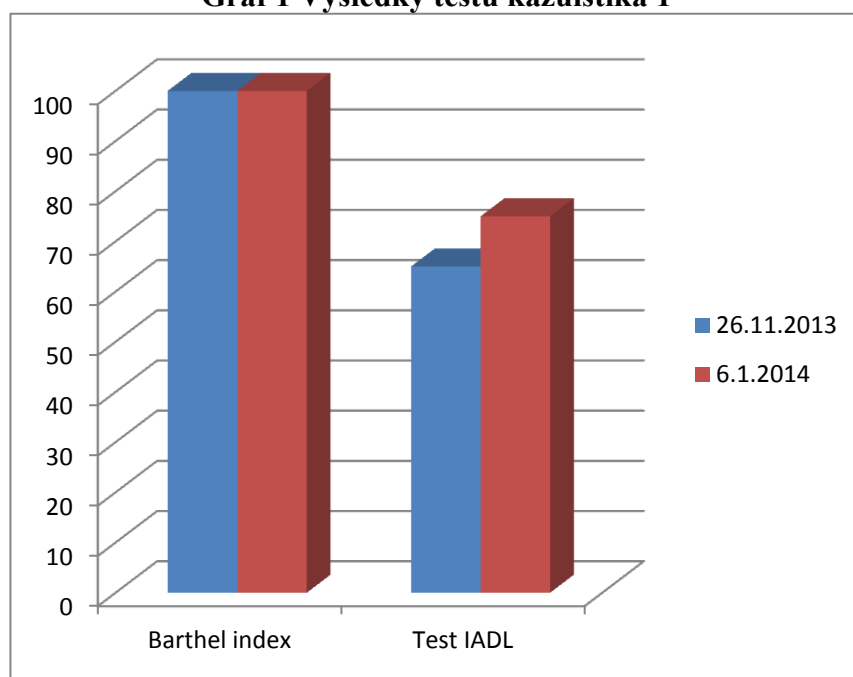
### 2.5.1 Výsledky kazuistiky 1

**Tabulka 1 Výsledky testů kazuistika 1**

	26. 11. 2013	6. 1. 2014
Barthel index	100	100
Test IADL	65	75

Zdroj: vlastní

**Graf 1 Výsledky testů kazuistika 1**



Zdroj: vlastní

Klient č. 1 měl obtíže s nácvikem IADL aktivit, konkrétně práci kolem domu a domácími pracemi. Klient neměl žádné další obtíže s vykonáváním PADL. Hlavním cílem terapie bylo nácvik IADL práce kolem domu, motivovat klienta v podrobení se režimu, zaktivizovat klienta a změnit jeho zažité návyky. Klient převzal odpovědnost za správnost odvedené činnosti, došlo k nastolení určitého denního režimu klienta a vyrovnání nepoměru mezi pracovními a odpočinkovými činnostmi. Prostřednictvím modelové

činnosti se podařilo zvýšit počet bodů v testu IADL. Terapie s využitím modelové činnosti byla úspěšná, což dokazují i výsledky testu.

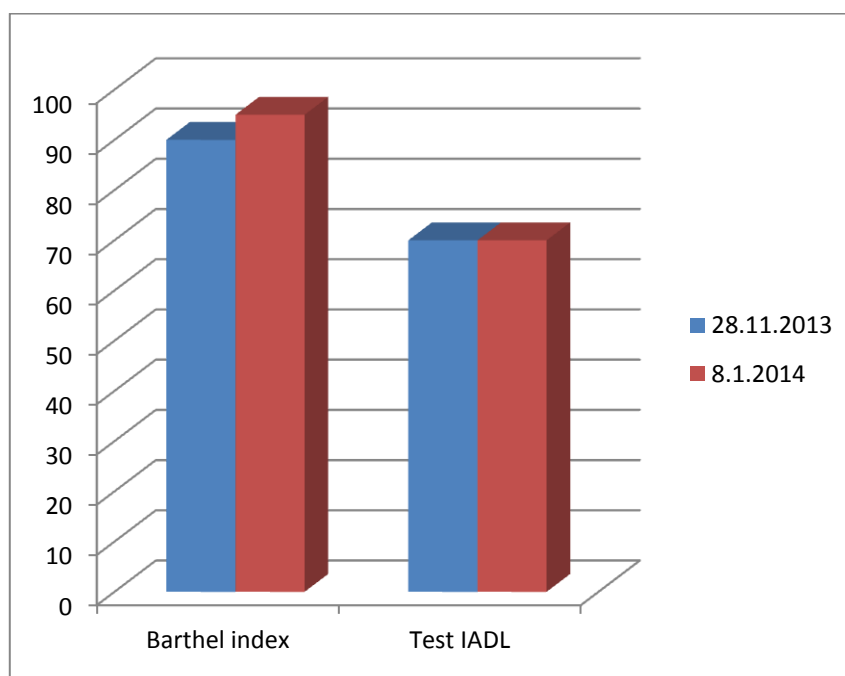
## 2.5.2 Výsledky kazuistiky 2

**Tabulka 2 Výsledky testů kazuistika 2**

	28. 11. 2013	8. 1. 2014
Barthel index	90	95
Test IADL	70	70

Zdroj: vlastní

**Graf 2 Výsledky testů kazuistika 2**



Zdroj: vlastní

Klient č. 2 měl obtíže se zvládnutím PADL aktivit. Jednalo se konkrétně o osobní hygienu - holení, dále pak oblékání. V oblasti IADL měl klient snížený počet bodů. Ze zdravotních důvodů nemohl vykonávat práci kolem domu. Cílem terapie bylo nácvik pravidelného holení bez verbální a fyzické asistence terapeuta. Dále nácvik oblékání při opouštění budovy adekvátně k počasí. V oblasti PADL byla terapie pouze částečně úspěšná. Prostřednictvím modelové činnosti nebylo možné ovlivnit klientův stereotypní návyk, který se vztahoval k oblékání. Úspěšná byla modelová činnost podporující klienta v osobní hygieně, což potvrzují i výsledky Barthel index.



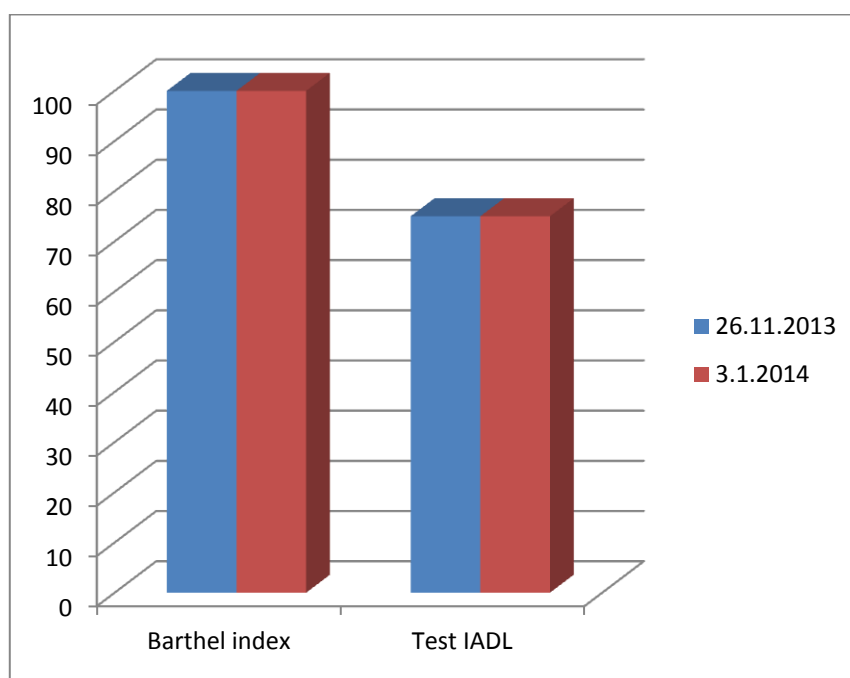
### 2.5.3 Výsledky kazuistiky 3

Tabulka 3 Výsledky testů kazuistika

	26. 11. 2013	3. 1. 2014
Barthel index	100	100
Test IADL	75	75

Zdroj: vlastní

Graf 3 Výsledky testů kazuistika 3



Zdroj: vlastní

Klient č. 3 měl obtíže v oblasti IADL aktivit, konkrétně transportu. Oblast PADL nečinila klientovi žádné obtíže. Cílem terapie byl nácvik samostatných přesunů po areálu nemocnice. Cíl nebyl splněn, jelikož klient nadále vyžaduje doprovod během přesunů. Aktuální psychický stav nadále limituje klienta ve vykonávání IADL. Terapie byla neúspěšná na což poukazuje i výsledek testu, přesto sledávám určité zlepšení v sociální interakci klienta s okolím.

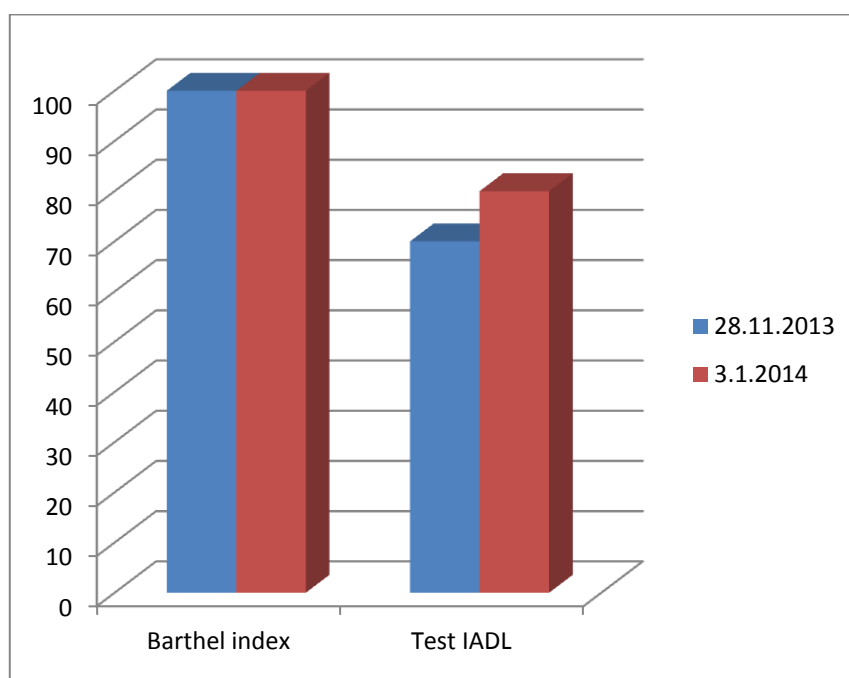
## 2.5.4 Výsledky kazuistiky 4

**Tabulka 4 Výsledky testů kazuistiky 4**

	28. 11. 2013	3. 1. 2014
Barthel index	100	100
Test IADL	70	80

Zdroj: vlastní

**Graf 4 Výsledky testů kazuistika 4**



Zdroj: vlastní

Klient č. 4 měl problémy v oblasti IADL. Jednalo se konkrétně o finance, hospodaření s nimi a nakupování. Cílem terapie byl nácvik finanční rozvahy hospodaření s přidělenými financemi a nákup položek seznamu. Cíl terapie byl splněn, což je zřejmé ve výstupním hodnocení.

## DISKUZE

Využití modelových činností je nedílnou součástí ergoterapeutické intervence v rámci nácviku běžných denních činností. Pomocí modelové činnosti je možné ovlivnit klientův stav, zlepšit jeho soběstačnost a tím urychlit a podpořit jeho resocializaci do běžného života.

Tato bakalářská práce se zabývá využitím modelových činností u klientů se závislostí. Je zaměřena na specifickou oblast, jejíž dysfunkce velmi často ovlivňuje kvalitu života závislého jedince. Brání mu se zpět začlenit do běžného života. Pro kazuistické šetření byli vybráni čtyři drogově závislí klienti. Jejich problémovou oblastí z hlediska ergoterapie byla porucha soběstačnosti.

Jednalo se o práce kolem domu a s tím související deficit v pravidelném vykonávání určité pracovní činnosti. Už z denního režimu závislého člověka je jasná nerovnováha mezi pracovními činnostmi a dalšími aktivitami. Je tedy důležité závislého klienta motivovat k aktivitě a striktně dbát na vykonávání těchto činností, zvýšit tak pravděpodobnost, že si tyto správné návyky přinese do dalšího života, který se mu nabízí po propuštění z ústavní léčby.

Další problémovou oblastí bylo dodržování pravidelné osobní hygieny a oblékání, což je u klientů se závislostí velkým problémem a to dokonce i u těch, kteří mají prostředky i dostatečné sociální zázemí. Závislý člověk ztrácí zájem nejen o okolí, ale i o vlastní osobu a s tím související sebek péči. Je nutné dbát na kulturu závislého a jeho vzhled. Neupravený, nevhledný nebo dokonce nečistý člověk se jen stěží zařadí do běžné společnosti a najde vyhovující pracovní uplatnění v dalším životě.

Třetí modelová činnost byla zaměřena na klienta, kterému činil obtíže samostatný transport, a tím se snižovala kvalita jeho života. Jednalo se konkrétně o přesun po areálu nemocnice. Ne nadarmo se drogová závislost označuje jako tzv. opice nemocí, je tedy neodlučitelná od další chorob, proto mohou u těchto klientů vznikat anxiózní stavy a další psychické poruchy bránící takto nemocnému v kontaktu s lidmi a neúměrnému strachu z okolí a vycházení z domu.

Další závažnou problémovou oblastí vyskytující se u drogově závislých je neschopnost zpravovat finance, logicky se zvyšuje výdej a snižuje finanční příjem závislého, není tedy výjimkou, že takový člověk končí s dluhy, exekucemi nebo dokonce jako bezdomovec.

Dále tyto klienty postihuje nezájem, stagnace, zúžený repertoár činností,

neschopnost zvládat problémové situace nebo nechut' měnit zažité stereotypy.

Cílem této bakalářské práce bylo docílit maximální možné samostatnosti klientů v běžných denních činnostech, zvýšit zájem a motivaci. Práce s klienty probíhala individuálně dle dané problémové oblasti. K nácviku soběstačnosti byly využity modelové činnosti

Před začátkem kazuistického šetření byly stanoveny tři hypotézy, které budou následně konfrontovány s výsledky práce.

### **Hypotéza 1**

- Předpokládám, že drogově závislí budou mít v PADL nejčastější deficit v oblasti osobní hygieny.

Dle výsledků Barthel indexu je patrné, že klient č. 2 měl deficit v oblasti osobní hygieny a oblékání. Nelze tedy říci, že u klientů se závislostí jasně převládá deficit v oblasti osobní hygieny. Proto shledávám, že tato hypotéza se nepotvrdila. Přesto se však někteří autoři zmiňují o problému dodržování osobní hygieny u drogově závislých, jež není zanedbatelnou obtíž. Nakonečný Milan uvádí ve své knize Úvod do psychologie, že notorický alkoholismus vede ke společenské degradaci, piják ztrácí svou důstojnost, je směšný, má zanedbaný zevnějšek atd. Dále Petr Styx uvádí ve své knize Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi zkušenost lékařky z ambulantní protialkoholní léčby, která udávala, že dlouhé vlasy toxikomana jsou jakousi clonou před vnějším světem, zatímco droga vytváří clonu vnitřní. Je zde tedy patrné, že drogově závislí mají deficit v oblasti osobní hygieny, přesto však nemusí mít nutně převahu nad ostatními PADL.

### **Hypotéza 2**

- Předpokládám, že drogově závislí klienti mají výraznější deficit v oblasti IADL oproti PADL.

Dle vyšetření PADL i IADL je patrné, že postižení v instrumentálních všedních denních činnostech je mnohem výraznější než v personálních všedních denních činnostech. To znamená, že tito klienti nejsou schopni úplné nezávislosti a plnohodnotného života v širším kontextu. Jednalo se o tyto položky testu IADL: práce kolem domu, transport, finance. Z PADL se jednalo o oblékání a osobní hygienu. Pouze jeden klient ze čtyř měl mimo dysfunkci IADL i PADL. Zbylí tři klienti byli naprosto soběstační v oblasti PADL.

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. uvádí, že psychicky nemocní, zejména dlouhodobě hospitalizovaní klienti ztrácejí soběstačnost, konkrétně pokud se jedná o přípravu jídla, obstarávání nákupů, praní prádla. Udává, že je nutné zapojit psychicky nemocné do chodu oddělení konkrétně při mytí nádobí a roznášení stravy. Je tedy patrné, že u psychicky nemocných převládá deficit v oblasti IADL, který je zjevný jako první, až po té následuje narušení oblasti PADL, proto shledávám, že druhá hypotéza se potvrdila.

### **Hypotéza 3**

- Předpokládám, že využitím modelových činností dojde ke zlepšení soběstačnosti u všech klientů.

Nácvik soběstačnosti probíhal s využitím modelových činností. Modelová činnost byla použita cíleně dle problémové oblasti klienta, proto byly i jednotlivé terapeutické jednotky různorodé.

Nejprve byli klienti seznámeni s danou činností a jejím postupem s přesným sledem činností. Poté následoval samotný nácvik činností. Všichni klienti měli dysfunkci v oblasti soběstačnosti a u třech z nich bylo možné zlepšit soběstačnost s využitím modelové činnosti, což dokazují i výsledky ergoterapeutického vyšetření, které bylo provedeno na začátku a konci terapie. Prostřednictvím modelové činnosti nebylo tedy možné zlepšit soběstačnost všech klientů. Třetí hypotéza se dle výsledků nepotvrdila. Přesto však jsou modelové činnosti u psychiatrických klientů využívány a přinášejí jisté výsledky.

Ludmila Šajtarová uvádí, že analýza výkonu se zaměřuje na identifikaci problémů v personálních a instrumentálních aktivitách všedního dne nebo v pracovních činnostech. Např. Občanské sdružení Greendoors využívá modelové činnosti v rámci pracovní rehabilitace. Jedná se o projekty, kde je propojena pracovní rehabilitace se službami pro veřejnost (kavárny, restaurace). Modelové činnosti, které jsou zde využívány, mají blízký vztah k IADL činnostem, jelikož se jedná např. o vaření kávy, čaje, příprava jídla atd. Je tedy zřejmé, že modelové činnosti jsou využitelné i při navrácení soběstačnosti a resocializaci klienta do společnosti.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce je představit možnosti využití ergoterapeutické intervence u drogově závislých v ústavní léčbě. Volba vhodných diagnostických metod k odhalení problémových oblastí v rámci soběstačnosti a ovlivnění tohoto deficitu prostřednictvím modelových činností, zlepšení tak soběstačnosti klienta a následné zvýšení kvality jeho života.

Drogově závislí klienti a především ti, kteří přebývají delší čas v ústavní léčbě, jsou ohroženi vysokým rizikem ztráty soběstačnosti s následnou nemožností vrátit se do běžného života. U takových klientů mnohdy dochází k fyzickému i psychickému chátrání, následuje úplná ztráta zájmu, motivace a chuti cokoli ve svém životě změnit. Jak pravil jeden anglický prozaik. „Kulturnost je nátěrem, který lze snadno rozpustit v alkoholu.“ [George Bernard Shaw ].

Je tedy nutné pomoci klientovi obnovit zájmy, kontakty, zprostředkovat sociální interakci s okolím, nastolit určitý vyvážený denní režim i přes častý nesouhlas a odpor striktně dbát na dodržování tohoto režimu.

Ergoterapeut má za úkol zvyšovat soběstačnost a tím i sebejistotu a sebevědomí, dopomoci k maximální možné soběstačnosti, navrátit tak klienta do společnosti a zlepšit kvalitu jeho života.

Myslím, že ergoterapeutická intervence u psychiatricky nemocných, konkrétně drogově závislých klientů je nedílnou součástí léčby. Proto věřím, že ergoterapie má v léčbě psychicky nemocných velký význam a měla by zde mít i své pevné místo.

Doufám že, tato bakalářská práce bude pro čtenáře přínosná a pomůže nahlédnout do problematiky drogově závislých, uvědomění si významu a podstaty ergoterapie u takto nemocných klientů.

## SEZNAM LITERATURY

1. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
2. KLUSOŇOVÁ, Eva. Ergoterapie v praxi. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
3. PFEIFFER, Jan. Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 169 s. ISBN 80-201-0004-0.
4. NEŠPOR. Návykové chování a závislost. ISBN 978-80-7367-908-8.
5. KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.
6. TRESS, Wolfgang. Psychosomatische Grundversorgung. Berlin: Springer-Verlag, 2003. ISBN 3-540-42918-2.)
7. STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-722-6828-7.
8. PFEIFFER, Jan. Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy. 1. vyd. Praha: Avicenum, 2003, 178 s. ISBN 80-201-0004-0.
9. TIMULÁK, Ladislav. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 181 s. ISBN 80-736-7106-9.
10. Anonymní alkoholici [online]. 2011 - 2014. 4. 2. 2014 [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/>
11. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-717-8700-0.
12. PETEJOVÁ, Sylvie. Užívání alkoholu v období adolescence. Sestra, odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. s. 2
13. CAMPBELL, Jean. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8428-1.
14. NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 159 s. Albatros Plus, 59. ISBN 80-000-1809-8
15. DOSEDLOVÁ, Jaroslava. Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii. Praha, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4737-119.
16. Občanské sdružení Fokus [online]. 5.2.2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/index.php>

17. O.s. Greendoors [online]. [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>
18. Muzikoterapie[online].[cit.2014-02-23].  
Dostupné z:[http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky\\_lexikon/M/Muzikoterapie](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/M/Muzikoterapie)
19. NAKONEČNÝ, Milan. Úvod do psychologie. 1. vyd. Praha, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
20. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast\\_1-1-2013.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf)
21. ZELEIOVÁ, Jaroslava. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-379.
22. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Neurorehabilitace. 1. vyd. Praha, 2005, 350 s. ISBN 80-726-2317-6.
23. Aktivity pro skupinovou psychoterapii. Vyd. 1. Editor Dawn Viers. Překlad Klára Borovičková. Praha, 2011, 261 s. ISBN 978-807-3677-909.
24. VYMĚTAL, Jan. Obecná psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, 295 s. Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 6. ISBN 80-861-2302-2.
25. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-807-3675-837.



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Výsledky testů kazuistika 1 .....	63
Tabulka 2 Výsledky testů kazuistika 2 .....	64
Tabulka 3 Výsledky testů kazuistika .....	65
Tabulka 4 Výsledky testů kazuistiky 4.....	66

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Výsledky testů kazuistika 1 .....	63
Graf 2 Výsledky testů kazuistika 2.....	64
Graf 3 Výsledky testů kazuistika.....	65
Graf 4 Výsledky testů kazuistiky 4 .....	66

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Přehled diagnóz MKN - 10 .....	76
Příloha 2 MČ 1 .....	77
Příloha 3 MČ 2 .....	80
Příloha 4 MČ 3 .....	85
Příloha 5 MČ 4 .....	86
Příloha 6 MČ 5 .....	89

## PŘÍLOHY

### Příloha 1 – Přehled diagnóz MKN - 10

F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
F11	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
F12	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
F13	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
F14	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
F15	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií včetně kofeinu
F16	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
F17	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
F18	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Zdroj: upraveno podle ÚZIS (20)

## **Modelová činnost 1**

**1. Název činnosti:** Práce kolem domu

**2. Stručné kroky činnosti:**

- Příprava pomůcek
- Vyčištění trávníku
- Zametení chodníku
- Vynesení popelníku
- Úklid pomůcek

**3. Cíl činnosti:** terapeutický (návik IADL), samostatné zvládnutí MČ bez verbální asistence a intenzivního dohledu

**4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti:** 60 min

**5. Stupňování činnosti:**

- Klient nejprve provádí MČ s terapeutem a jeho verbální asistencí (připomenutí činnosti, příprava pomůcek, upozornění na zbylé nedokonalosti) během činnosti.
- Klient provádí MČ bez verbální asistence.
- Klient provádí činnost samostatně, následuje pouze kontrola provedené činnosti, ale bez intenzivního dohledu během činnosti.

**6. Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** exteriér (chodník, cesta a trávník před budovou č. 25)

**7. Pomůcky a materiál:** rukavice, lopata, hrábě, koště

**8. Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut popíše klientovi přesné kroky činnosti, které bude vyžadovat.
- Verbálně vede klienta při přípravě pomůcek.
- V případě nutnosti instruuje klienta během činností (terapeut se snaží co nejvíce snížit míru asistence).
- Terapeut zhodnotí činnost klienta.

**9. Instrukce pro klienta:**

- Klient se po ranní komunitě převlékne do pracovního oděvu.
- Obleče si pracovní rukavice.
- Připraví si hrábě, lopatu, koště.
- Shrabe listí na trávníku a očistí ho od odpadků pomocí hrábí.
- Zamete chodník před budovou.
- Zamete cestu vedoucí k budově.
- Vynese popelník.
- Odstraní zbylé nedopalky ze země.
- Uklidí použité nářadí.
- Převlékne se.

- Proveďte hygienu.

**10. Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

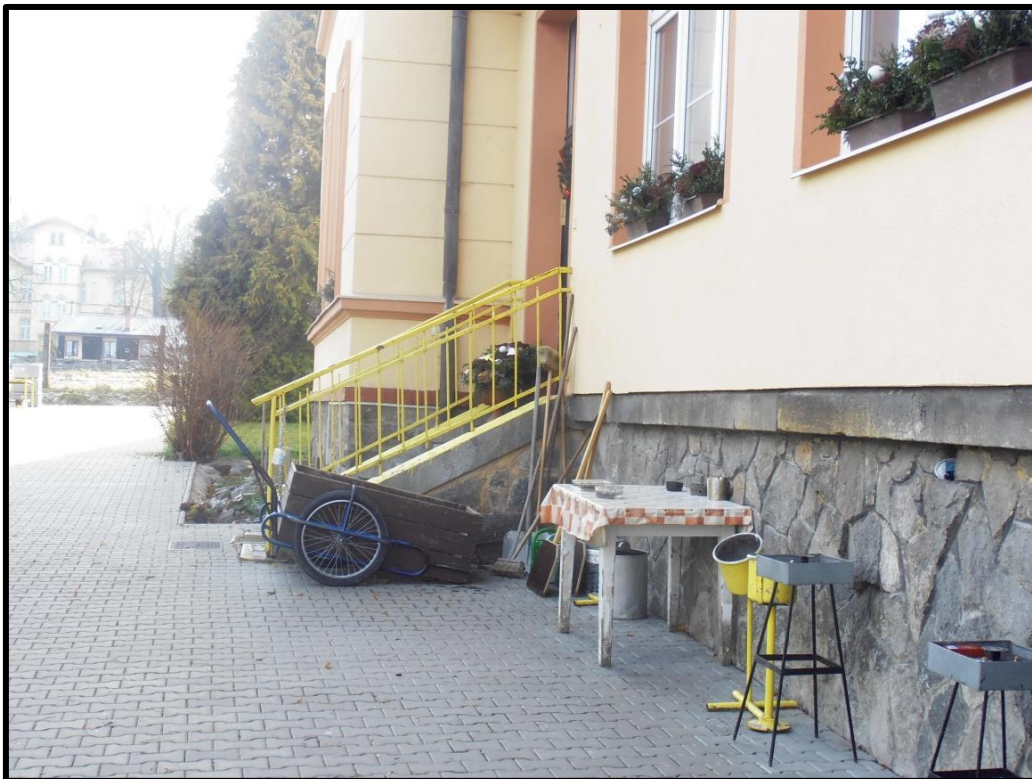
- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas, tempo
- aktivitu
- vytrvalost
- samostatnost klienta

**12. Výsledný produkt:** čistě upravený trávník v okolí budovy, vyneseny popelník, zametený chodník

**13. Fotodokumentace**

Z důvodu neposkytnutí souhlasu s fotografováním některých klientů PN v Dobřanech, byly využity náhradní modely. Souhlasy s fotografováním všech zúčastněných jsou uloženy u autora práce.

**MČ příprava pomůcek**



Zdroj: vlastní

## MČ zametání chodníku



**Zdroj:** vlastní

### Modelová činnost 2

**1. Název činnosti:** Holení vousů

**2. Stručné kroky činnosti:**

- Napuštění umyvadla
- Navlhčení vousů
- Natření pěnou/gelem
- Oholení vousů
- Omytí a osušení obličeje
- Omytí a úklid pomůcek

**3. Cíl činnosti:** terapeutický (návik PADL), cílem je samostatné zvládnutí úkolu bez fyzické a verbální asistence

**4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti:** 20 min

**5. Stupňování činnosti:**

- Klient nejprve provádí MČ společně s terapeutem, jeho verbální (upozornění na nutnost provedení činnosti, příprava pomůcek) a fyzickou asistencí (poslední úprava nedokonalostí) během činnosti.
- Klient provádí MČ za účasti terapeuta spolu s verbální asistencí.
- Klient provádí MČ samostatně, následuje pouze kontrola provedené činnosti, ale bez intenzivního dohledu během činnosti.

**6. Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (pokoj klienta)

**7. Pomůcky a materiál:** umyvadlo, vlažná voda, žínka, ručník, pěna na holení, jednorázové holítko

**8. Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut nejprve zorientuje klienta v čase (kdy konkrétně je činnost prováděna).
- Vysvětlí klientovi průběh prováděné činnosti.
- Verbálně vede klienta v přípravě pomůcek.
- Poté co je klient hotov s holení dokončí zbylé nedokonalosti.
- Instruuje klienta v úklidu pomůcek.
- Zdůrazní klientovi datum a čas následujícího holení.

**9. Instrukce pro klienta:**

- Klient si před ranní komunitou připraví pomůcky pro holení.
- Napustí umyvadlo vlažnou vodou.
- Navlhčí vousy pomocí žínky.
- Natře pěnou/gelem na holení.
- Důkladně oholí vousy.
- Omyje a osuší si obličej.
- Omyje a uklidí připravené pomůcky.

**10. Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas
- aktivitu
- samostatnost klienta

**11. Výsledný produkt:** čistě oholená tvář klienta



## 12. Fotodokumentace

### Příprava pomůcek



Zdroj: vlastní

### Natření pěnou na holení



Zdroj: vlastní

## Holení vousů



Zdroj: vlastní

## Dokončení holení



Zdroj: vlastní

## Omytí žínkou



Zdroj: vlastní

## Osušení ručníkem



Zdroj: vlastní

## Úklid pomůcek



Zdroj: vlastní

### Modelová činnost 3

**1. Název činnosti:** Oblékání

**2. Stručné kroky činnosti:**

- Přezutí z domácí obuvi
- Obléknutí svetru
- Obléknutí bundy
- Nahlášení odchodu terapeutce
- Přezutí do domácí obuvi
- Odložení svršků
- Nahlášení příchodu terapeutce

**3. Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik PADL), cílem je zvládnutí MČ bez verbálního upozornění klienta

**4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti:** 10 min

**5. Stupňování činnosti:**

- Klient provádí MČ za dohledu terapeuta
- Klient provádí činnost samostatně bez neustálé kontroly

- Není nutné, aby klient přicházel na pravidelné kontroly. Kontrola probíhá nárazově a bez vědomí klienta.

**6. Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (šatna)

**7. Pomůcky a materiál:** venkovní obuv, svetr, bunda, popř. čepice

**8. Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut popíše klientovi jednotlivé kroky činnosti.
- Terapeut dohlíží na správnost prováděné činnosti ve vztahu k aktuálnímu počasí.
- Terapeut dbá na pravidelné kontroly klienta.
- Terapeut kontroluje klienta nenápadně bez jeho vědomí.

**9. Instrukce pro klienta:**

- Klient se před opuštěním budovy přezuje z domácí obuvi.
- Oblékne se adekvátně ke stavu počasí.
- Nahlásí odchod terapeutce.
- Po příchodu se klient přezuje do domácí obuvi
- Odloží svršky.
- Nahlásí příchod terapeutce.

**10. Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas
- aktivitu
- samostatnost klienta

**11. Výsledný produkt:** Pravidelné oblékání klienta při opuštění budovy

## 12. Fotodokumentace

### Oblékání bundy



Zdroj: vlastní

### Obutí bot



Zdroj: vlastní

## **Modelová činnost 4**

**1. Název činnosti:** Transport

**2. Stručné kroky činnosti:**

- Plánování trasy
- Výběr cílového místa
- Transport do cílového místa
- Návrat

**3. Cíl činnosti:** terapeutický (nácvik IADL), samostatné zvládnutí transportu po areálu nemocnice

**4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti:** 20 min

**5. Stupňování činnosti:**

- Klient provádí MČ za doprovodu terapeuta.
- Klient provádí MČ bez doprovodu terapeuta.

**6. Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** exteriér (areál nemocnice)

**7. Pomůcky a materiál:** orientační plán nemocnice

**8. Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut instruuje klienta v jednotlivých krocích činnosti.
- Terapeut zorientuje klienta v orientačním plánu nemocnice.
- Terapeut doprovází klienta během přesunů na centrální ergoterapii (postupně snižuje míru asistence).
- Terapeut kontroluje klienta nenápadně a taktně.

**9. Instrukce pro klienta:**

- Klient si prostuduje orientačního plán nemocnice.
- Naplánuje trasu.
- Vybere cílové místo.
- Přesune se na cílové místo.
- Vrátí se zpět na oddělení č. 25.

**10. Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

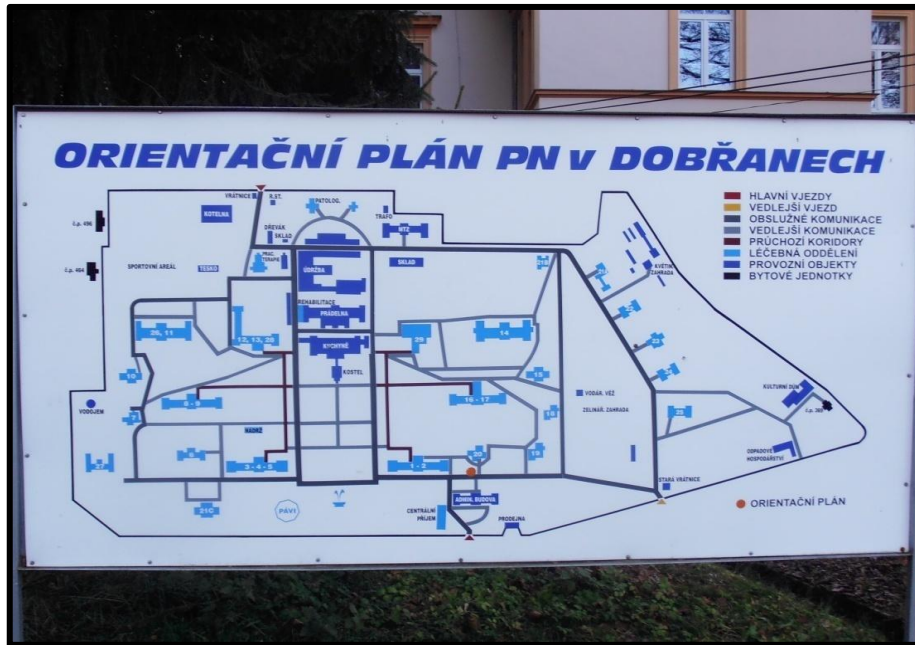
- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas

- aktivitu
- samostatnost klienta

**11. Výsledný produkt:** Samostatný přesun po areálu nemocnice

**12. Fotodokumentace**

### Orientační plán PN Dobřany



Zdroj: vlastní

### MČ Orientace po areálu (kostel)



Zdroj: vlastní



### **MČ Orientace po areálu (centrální ergoterapie)**



Zdroj: vlastní

### **MČ orientace po areálu (oddělení č. 25)**



Zdroj: vlastní

## **Modelová činnost 5**

**1. Název činnosti:** Finance, Nakupování

**2. Stručné kroky činnosti:**

- Soupis seznamu
- Rozvržení financí
- Finanční zhodnocení
- Nákup pomůcek

**3. Cíl činnosti:** terapeutický (návčik IADL), samostatné zvládnání úkolu bez verbální instruktáže

**4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti:** 60 min

**5. Stupňování činnosti:**

- Klient nejprve provádí aktivitu s fyzickou a verbální asistencí terapeuta
- Klient provádí aktivitu samostatně bez asistence

**6. Fyzické prostředí pro provedení činnosti:** interiér (terapeutická místnost)/exteriér (prodejna)

**7. Pomůcky a materiál:** propiska, papír, nákupní taška

**8. Instrukce pro terapeuta:**

- Terapeut vybízí klienta k psaní nákupního seznamu
- Pomáhá s oceněním jednotlivých položek seznamu a rozvržením peněžní částky

**9. Instrukce pro klienta:**

- Klient si vyzvedne finance pro daný týden.
- Napíše nákupní seznam.
- Provede finanční zhodnocení položek nákupního seznamu.
- Odečte část nutnou pro zakoupení hygienických pomůcek.
- Zbylé finance rozvrhne na každý den.
- Nakoupí položky uvedené na seznamu.

**10. Instrukce pro hodnocení:** terapeut hodnotí

- motivaci klienta k dané činnosti
- jeho předpoklady, daný potenciál k činnosti
- míru a druh asistence
- komplikace
- čas
- aktivitu

- samostatnost klienta

**11. Výsledný produkt:** Klient si samostatně hospodaří s přidělenými financemi, nakupuje nutné hygienické pomůcky

**12. Fotodokumentace**

**MČ Soupis nákupního seznamu**



Zdroj: vlastní

**MČ Nakupování**



Zdroj: vlastní