

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Petra Levorová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Petra Levorová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

Využití poradenství v ergoterapii

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová

PLZEŇ 2011

Prohlášení:

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

V Plzni dne 18.6. 2011

.....
vlastoruční podpis

Děkuji Mgr. Štěpánce Nové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Obsah

ÚVOD.....	10
CÍL PRÁCE.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1. ERGOTERAPIE: MINULOST VERSUS SOUČASNOST	12
1.1. Oblasti působení ergoterapeutů.....	12
1.2. Oblasti ergoterapeutické intervence.....	13
1.3. Specifické úrovně psychiatrické rehabilitace.....	14
1.4. Druhy pracovní rehabilitace.....	15
1.4.1 Podpůrné edukační programy při pracovní rehabilitaci („job-club“).....	16
1.4.2 Podporované vzdělání.....	16
2. ZNEVÝHODNĚNÍ LIDÉ A JEJICH POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI.....	17
2.1. Postavení zdravotně znevýhodněných ve světě.....	17
2.2. Zdravotně znevýhodnění v ČR a české společnosti.....	17
2.3. Terminologie.....	19
2.4. Složky rehabilitačních programů.....	20
3. LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
3.1. Cíle.....	24
3.2. Metody a techniky.....	25
3.2.1 Vnímání mentálně postižených.....	25
3.2.2 Formy zaměstnání.....	25
4. LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	26
5. PSYCHOLOGICKÉ HLEDISKO ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝCH.....	29
5.1. Muzikoterapie.....	31
5.2. Arteterapie.....	32
5.3. Animoterapie.....	32
5.4. Hipoterapie.....	33
5.5. Felinoterapie.....	34
6. VYUŽITÍ DIAGNOSTIKY A ERGODIAGNOSTIKY V PORADENSTVÍ.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
7. FORMULACE PROBLÉMU.....	36
7.1. Cílem a úkolem této práce je:	36
7.2. Stanovení hypotéz.....	36
7.3. Charakteristika sledovaného souboru.....	36
7.4. Metodika.....	37
7.5. Metody.....	37
8. Kazuistika č.1:.....	38
8.1. Terapie.....	39
9. Kazuistika č.2.....	40
9.1. Terapie.....	42
10. Kazuistika č.3.....	44
10.1. Terapie.....	45
11. Kazuistika č.4.....	47
11.1. Terapie.....	49
12. HODNOCENÍ, VÝSLEDKY TESTŮ.....	50
12.1. Kazuistika č.1.....	50

12.2. Kazuistika č.2.....	51
12.3. Kazuistika č.3.....	52
12.4. Kazuistika č.4.....	53
12.5. CÍLE A ÚKOLY.....	54
13. PŘÍKLADY FUNGUJÍCÍCH ORGANIZACÍ	54
13.1. Sdružení Prateta o.s.....	54
13.2. Second-help.....	55
13.3. Kavárna a čajovna Kačaba.....	55
13.4. DISKUSE K PRAKTICKÉ ČÁSTI A VÝSLEDKY KAZUISTIK.....	56
ZÁVĚR.....	58

Anotace

Příjmení a jméno: Levorová Petra
Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie
Název práce: Využití poradenství v ergoterapii
Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová
Počet stran: 61
Počet příloh: 8
Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova:

poradenství v ergoterapii, postižení, terapie, duševní poruchy, mentální retardace, neziskové organizace.

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá poradenstvím v oblasti ergoterapie. Dělí se na teoretickou a praktickou část. V teoretické části zmiňuji různé rehabilitační a terapeutické intervence, poukazuji na metody zkoumání a terapie pomáhající znevýhodněným spoluobčanům k navrácení do společnosti (hlavně výpomoc při hledání vhodného zaměstnání a volnočasových aktivit).

V praktické části zkoumám doporučenými metodami poznatky z teoretické části a ověřuji jejich využití v praxi. Dále ověřuji působení a účinek terapií na danou diagnózu a na konci hodnotím a srovnávám výsledky s jinými autory.

Annotation

Surname and name: Levorová Petra
Department: Physiotherapy and Ergotherapy
Title of thesis: Utilization of consultancy in ergotherapy
Consultant: Mgr. Štěpánka Nová
Number of pages: 61
Number of appendices: 8
Number of literature items used: 24

Key words:

consultancy in ergotherapy, therapy, handicap, mental disorder, mental retardation, nonprofit organizations

Summary:

This thesis is about utilization of consultancy in ergotherapy. It splits to two parts, theoretical and practical. With theoretical background we discuss various rehabilitative a therapeutic intercessions, methods of research and therapy that helps disadvantaged inhabitants to get back to society (especially to find a appropriate job and suitably use the leisure time).

In the practical part we closely look at recommended methods that are mentioned at theoretical part and verify their validity in the practise. Next part verify the incidence and effect of therapy on selected diagnosis. At the end is an evaluation and comparasion with results of other authors.

Seznam zkratk:

zkratka	vysvětlení
ADL	test základních všedních činností (activities of daily living)
VVZP	Vládní výbor pro zdravotně postižené
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová topografie, nebolestivá vyšetřovací metoda
EEG	metoda funkčního vyšetření elek. aktivity centrální nervové soustavy pomocí přístroje elektroencefalografu
DMO	dětská mozková obrna
CC syn.	cervikokraniální syndrom
MMSE	test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam)
FIM	test funkční míry soběstačnosti
ISA	test analýzy struktury inteligence
AMAS	test pro znevýhodněné osoby hledající práci (Activity Matching Ability System)
DK	dolní končetiny
HK	horní končetiny
KEP	krátkodobý ergoterapeutický plán
DEP	dlouhodobý ergoterapeutický plán
FN	Fakultní nemocnice
SH	Second-Help (obchod)
o.s.	občanské sdružení
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
s.r.o.	společnost s ručením omezeným

ÚVOD

Tato bakalářská práce poukazuje na možnosti poradenství v ergoterapii. Poradenství se týká problematiky klientů s lehkou mentální retardací, duševní poruchou schizoidního typu a poúrazových stavů.

První část mojí práce seznamuje s vývojem ergoterapie a současné oblasti působení ergoterapeuta. Dále zmiňuji problematiku znevýhodněných lidí v celosvětovém a domácím měřítku. Poslední část teoretické části ukazuje a srovnává různé pohledy a názory autorů zabývajících se touto problematikou a uvádí nejpoužívanější terapie na tyto diagnózy. Literární zdroje výborně ukazují schodnost většiny autorů nad problematikou, doplňují se nebo se utvrzují v podobném názoru.

Můj první kontakt s lidmi nějakého postižení byl již v dětství, neboť poblíž bydlela dívka s lehkou mentální retardací a o blok dál slečna upoutaná na vozík. Bydlím v Dobrušce, kde se nachází i Psychiatrická léčebna a klienti mívají často vycházky a upozorní na sebe na první pohled. Jako dítěti mně přišli tito lidé zajímaví tím, jak se lišili v chování, oblékání či verbální a neverbální komunikaci. Vzhledem k tomu, že i někteří členové mé rodiny pracovali v Psychiatrické léčebně, měla jsem k nim blízko. Pravda je, že někdy máte i nepříjemný pocit, jak vás pozorují, jak vypadají zanedbaně. Dnes již vím, že skutečně strádají po různých stránkách, takže Vás ve finále přepadne lítost nad jejich bytím. A přemýšlíte jinak nad svým vlastním životem, více si vážíte toho, co máte. Tak to alespoň bylo u mě.

Ráda bych v této práci poukázala na techniky a metody, které mohou pomoci osobám s různým znevýhodněním. Chtěla bych formou poradenství zkusit pracovat s konkrétními diagnózami dle standardů k nim určeným a zkusit také své vlastní vedení a intuici.

Zaměřím se v této práci na možnosti komunikace a osobní přístup ke znevýhodněným lidem. A sice tak, aby se směřovalo k výsledku či pokroku a byla spokojenost jak na mé straně, tak i na straně klienta. Doufám, že Vám dokáži přiblížit pracovní postupy terapeuta v této problematice.

CÍL PRÁCE

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

- 1) Načerpání teoretických znalostí různých zdrojů a využití poradenství v ergoterapii.
- 2) Výběr sledovaných pacientů.
- 3) Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.
- 4) Sestavit terapeutický plán pro klienty (se souborem pravidelně kontrolovaných výsledků, ověřování pomocí testů a pozorování).
- 5) Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce, budou konfrontovány s mými hypotézami.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ERGOTERAPIE: MINULOST VERSUS SOUČASNOST

Historie pracovní terapie započala již v 18. století, r. 1793 ji psychiatr Phillipe Pinel začal uplatňovat při léčbě duševních nemocí tzv. morální léčbu a zaměstnávání. Při léčbě prosazoval Pinel empatii a zachování lidské důstojnosti. Využíval při léčbě četbu, poslech hudby, tělesná cvičení a práci jako způsob léčení emočních stresů a zlepšování schopnosti zvládat každodenní aktivity.

V naší zemi byla tato terapie zavedena prof. Rudolfem Jedličkou na Jedličkově ústavu v Praze. Zde také rozvoj rukodělných dílen (truhlářská, krejčovská, zahradnická atd.). Nutno podotknout, že velký rozvoj této profese zapříčinila I. a II. světová válka (nejvíce Francie, Německo, USA).

Vznik ergoterapie jako profese lze datovat až rokem 1917, kdy byla v USA založena Národní společnost pro podporu ergoterapie.¹

Roku 1952 vzniká World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Cílem této federace je propagovat obor ergoterapie, podporovat spolupráci mezi národními ergoterapeutickými organizacemi i spolupráci ergoterapeutů s dalšími odborníky a taktéž pozvednout úroveň praxe a vzdělávání v ergoterapii. Roku 1963 byla uznána jako nevládní organizace Organizací spojených národů (WFOT, 2008).

V České republice vzniká r. 1994 Česká asociace ergoterapeutů (ČAE) v Ostravě. O osm let později byla ČAE přijata za člena světové federace ergoterapeutů.²

Díky změnám v legislativě a systému vzdělání prochází ergoterapie v ČR neustálým vývojem (Jelínková a kol. 2009, 20-28).

1.1. Oblasti působení ergoterapeutů

Ergoterapie (individuální i skupinová) má velmi široké uplatnění nejen v různých zdravotnických oborech, ale stále častěji i v sociálních službách. Je možné se s ní setkat

1 Dnes se jedná o American Occupational Therapy Association, AOTA.

2 ČAE je dobrovolnou profesní organizací. Byla založena r. 1994 v Ostravě, registrována ministerstvem Vnitra jako nezisková organizace, je též aktivním členem Světové federace ergoterapeutů WFOT a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC).

v nemocnicích, stacionářích, neziskových organizacích i speciálních školách.

V pediatrii se ergoterapie zaměřuje na potřeby dětí do 18 let, důraz se klade na spolupráci s rodinou a poradenství. Ergoterapie probíhá formou hry a usiluje o rovnoměrný vývoj dítěte ve všech oblastech (hrubá, jemná motorika, grafomotorika, sensorické + kognitivní funkce atd.). Ale také na sociálně aktivizační služby pro děti a výuku a asistenci ve Speciálních školách.

V geriatrii je ergoterapeut zaměřen na zachování co největší míry soběstačnosti, výběr kompenzačních pomůcek atd. Působí i v penzionech a domovech pro seniory, ve službách domácí péče a osobní asistence.

U psychiatrických klientů se klade důraz na dosažení největší míry soběstačnosti. Díky terapeutickým dílnám a komunitním programům se klienti lépe adaptují a zlepšují.

U neurologických pacientů se ergoterapeut zaměřuje na nácvik ADL a případné doporučení vhodných kompenzačních pomůcek, výcvik jemné/hrubé motoriky atd. (Kolář 2009, 297).

Ergoterapie se uplatňuje při domácích návštěvách pacientů, kdy ergoterapeut poskytuje poradenství z hlediska úprav bytu a při výběru kompenzačních pomůcek. Podílí se rovněž na před pracovní rehabilitaci, projektech podporující zaměstnávání a ergonomii - na něž se chci v této práci převážně zaměřit.³

1.2. Oblasti ergoterapeutické intervence

Pracovník ergoterapie může provádět vyšetření analýzy činnosti, hodnotí kognitivní funkce, provádí nácvik všedních denních aktivit – ADL, IADL. Dále sestavuje krátkodobé a dlouhodobé plány terapií, poskytuje poradenské služby pro zlepšení kvality života, níže uvádím příklad s kompenzační pomůckou.

Kompenzační pomůcky

- ergoterapeut podporuje především schopnost pacienta provést příslušnou aktivitu samostatně. Pokud pacient takovou schopnost postrádá, je nutné jej vybavit kompenzační pomůckou. Nejprve je třeba s pacientem o pomůcce promluvit, zainstruovat ho a poté navázat kontakt s firmou a určit zaměření pomůcky.

Též se zabývá poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch

³ http://www.ergoterapie.org/Events_List.aspx, 16.3. 2011

a onemocnění, podílí se na ergodiagnostickém vyšetření (analýzy pracovní činnosti a potenciálu) pracovní a předpracovní rehabilitaci (viz níže).

Předpracovní rehabilitace

V předpracovní rehabilitaci ergoterapeut sestavuje plán předpracovní přípravy jedince. Zjišťuje jeho zbytkový pracovní potenciál a schopnosti před případným zařazením do zaměstnání nebo při volbě další formy vzdělání (Kolář 2009, 297).

1.3. Specifické úrovně psychiatrické rehabilitace

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci lze definovat jak z hlediska profesionálního, tak z hlediska psychicky nemocného. Z profesního hlediska je pracovní rehabilitace složena ze všech aktivit, které směřují k úschově a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí rehabilitovaného ve všech pracovních situacích.

- 1) Příprava psychicky nemocného pro práci
- 2) Vyhledání nebo vytvoření přiměřené pracovní činnosti-místa

U pracovní rehabilitace lze rozlišit tyto funkce :

- příprava (různé formy pracovní orientace, před-pracovní trénink)
- adaptace (př. meditace v pracovní rehabilitaci)
- podpora v chráněných pracovních podmínkách
- podpora v běžných pracovních podmínkách

Pracovní začlenění u nehospitalizovaných dlouhodobě duševně nemocných nepřevyšuje 10%, což je méně než u lidí s tělesným handicapem. Přesto 60% lidí s psychickými problémy si přeje pracovat.

Duševně nemocný se může během své pracovní kariéry setkávat s řadou problémů. Potíže nastávají již při výběru zaměstnání. Dalším uzlovým bodem jsou problémy při hledání zaměstnání a udržení si jej. Při udržení si zaměstnání je také důležitý dostatek dovedností v sociální a emoční oblasti. V této souvislosti jsou překážkou deficitní vztahy k nadřazeným či kolegům nebo i prostá neschopnost povídat si o všedních věcech s kolegy (Mužik – Peč – Vadeková In: Kolář 2009, 667).

1.4. Druhy pracovní rehabilitace

Mezi druhy pracovní rehabilitace většinou zahrnujeme dobrovolnou práci, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání a podpůrná zaměstnávání a podpůrné edukační programy (job-club).

- dobrovolné práce - u dobrovolné práce si pacient může vybrat množství odpracovaných hodin nebo typ činnosti. Dobrovolná práce bývá někdy zařazována na začátku podporovaného zaměstnání.
- chráněné pracovní dílny – v případě chráněných pracovních dílen probíhá práce v chráněném prostředí. Tradiční pracovní dílny jsou často kritizovány pro vytváření závislosti postižených na podpůrném prostředí dílny. Mohou ještě používat i nesmyslné pracovní činnosti a nemusí vždy využít dovedností postiženého. I když existuje málo důkazů z praxe, že tento typ pracovní rehabilitace vede k udržení nebo znovu nabití pracovních dovedností, zůstává pro mnohé duševně nemocné v současnosti jedinou možností.
- přechodné zaměstnání – duševně nemocní v přechodném zaměstnání pracují po omezenou dobu (obvykle šesti měsíců) na běžných pracovních místech na zkrácený úvazek. Není nutná zvláštní pracovní kvalifikace. Jediným kritériem pro zařazení do programu je zájem pracovat, odpadá předchozí vyšetření pracovních funkcí. Za práci je finanční odměna (dle počtu odpracovaných hodin). V případě výpadku rehabilitovaného zaměstnance ho může zastoupit jiný duševně nemocný nebo i sám asistent přechodného zaměstnávání.
- podporované zaměstnávání – podporované zaměstnávání probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory konzultanta či asistenta. Trénink začíná hodnocením pracovních kapacit a zájmů pacienta a individuálním výběru práce. Nemocný se na výběru aktivně účastní. Neprovádí se testový screening pracovních dovedností a také předpracovní trénink. Podporuje se aktivní účast rodiny a příbuzných, komunikace se sociálním prostředím (Mužik – Peč – Vadeková In: Kolář 2009, 667).

1.4.1 Podpůrné edukační programy při pracovní rehabilitaci („job-club“)⁴

Job-club je ucelený, časově omezený edukační program pro osoby, které pro své zdravotní či jiné omezení potřebují pomoc při hledání zaměstnání. Dává konkrétní rady jak obstát v konkrétních situacích související s hledáním zaměstnání (životopis, inzerát, pohovor).⁵

1.4.2 Podporované vzdělání

Podporované vzdělání zahrnuje poskytování trvalé podpory a asistence lidem s duševním onemocněním v oblasti vzdělání a osobního rozvoje. Programy podporovaného vzdělání začaly vznikat asi před 15 lety. Lze u nich rozlišit tři hlavní modely:

- model samostatné třídy (stanovení cíle pracovní kariéry, podpora pro vstup do zaměstnání)
- místní model (podpora pro vstup do zaměstnání nebo studium)
- mobilní model podporovaného vzdělání (využití různých možností vzdělání a kombinováním psychiatrickou rehabilitací) (Mužík – Peč – Vadeková In: Kolář 2009, 668).

4 Job-club je poradenský program, jehož cílem je motivovat a aktivizovat účastníky k uplatnění na trhu práce. Job-club probíhá formou opakovaných skupinových setkání. Původně je určen uchazečům, kterým Úřad práce věnuje zvýšenou péči dle ustanovení §33 zákona o zaměstnanosti, jako jsou osoby se zdravotním postižením a dalším znevýhodněním.

5 <http://www.job-asistent.cz/cs/34-kdo-jsme.aspx>, 30.3. 2011

2. ZNEVÝHODNĚNÍ LIDÉ A JEJICH POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI⁶

2.1. Postavení zdravotně znevýhodněných ve světě

Obecně lze říct, že se během posledních dvou až tří desetiletí situace podstatně změnila. Významnou změnou je, že sami postižení jsi jsou vědomi svých práv a nároků. V rozvojových zemích závisí situace nejen na ekonomice, ale i místních tradicích. Ve většině těchto zemí jsou tradičně znevýhodněny ženy a dvojnásobně ženy se zdravotním postižením. Proto bylo vyvinuto samostatné úsilí o zrovnoprávnění postižených žen. Programy jsou vedeny ženami z USA a dalších rozvinutých zemí.

Mezinárodní akce pro prevenci disability jsou zaměřeny na hlavní příčiny vzniku postižení v dospělosti, prevence autohavárií, pracovních úrazů či genetických onemocnění (Kodymová a kol. 2005, 87).

2.2. Zdravotně znevýhodnění v ČR a české společnosti

I u nás se na vzniku organizací podílejí sami postižení, jejich příbuzní odborníci a dobrovolníci. Krom toho vznikaly organizace vázané na církve (Charita, Diakonie). Podstata existence těchto projektů stojí na různých dotačních zdrojích z nichž je prvotní státní dotace, která je získána z podílu na financování různých typů projektů na něž přispívají rovněž obce. Organizace také hájí zájmy zdravotně postižených a prezentují svou činnost na veřejnosti. Dle Votavy (2003) rozlišujeme tyto:

- *Vládní výbor pro zdravotně postižené (VVZP)*, vznik v roce 1992. Řeší problematiku legislativy a navrhuje řešení.
- *Národní plán (NP)* vznikl také v roce 1992, jeho programy se týkaly všech složek rehabilitace.
- *Střeškové organizace* – reprezentuje všechny organizace navenek. V roce 2000 se sbor na základě dohody transformoval na Národní radu zdravotně postižených, jejímž cílem je koordinovat činnost jednotlivých organizací a reprezentovat se v zahraničí (Votava 2003, 198-200).

Vědomí širší veřejnosti je bezpochyby ovlivňováno informacemi, které dostává formou fakt, ale také seznámením se s jednotlivci s postižením a jejich osudů.

⁶ Tato kapitola je založena především na informacích ze zdroje Kodymové a kol. (2005), pokud není uvedeno jinak.

Zdravotně znevýhodnění jsou náměty spisovatelů, kteří demonstrují i určitý rozdíl v chápání osudu těchto lidí v průběhu dvou století. V novější literatuře jsou tito lidé líčeni jako kladní hrdinové bojující se svou nemocí. Literaturu zpracovávají i sami postižení a také se čím dál častěji objevují ve filmových zpracováních a televizních inscenacích (Votava 2003, 201-202).

Přesné údaje o počtu zdravotně znevýhodněných osob neexistují. Tento fakt je dán několika skutečnostmi: neexistuje systém předávání všech relevantních informací mezi zdravotnictvím a sociálními službami. V dostupných statistikách nejsou evidovány všechny druhy postižení. Závazná evidence je kvůli ochraně osobních dat zavedena pouze u některých onemocnění, a to především u těch, kde se předpokládá jejich epidemiologický charakter.

Statistiky vypracované OSN a Světovou zdravotnickou organizací uvádějí, že na světě žije asi 500 milionů lidí se zdravotním znevýhodněním. Jedná se zhruba o každého desátého člověka. Podle Vysokajové (2000) žije v České republice asi 1,2 milionu občanů se zdravotním znevýhodněním. Více viz následující přehled (dle Kodymová a kol. 2005, 88-89):

Typ postižení	Počet lidí s postižením
zrakové znevýhodnění	60 tisíc (z nich u 17 tisíc velmi těžké postižení)
Sluchové znevýhodnění	300 tisíc (z nich 15 tisíc zcela hluchých)
poruchy řeči	60 tisíc
slepohluchota	1500
mentální znevýhodnění	300 tisíc
vady pohybového ústrojí	300 tisíc
diabetes	480 tisíc (z nich 70 tisíc inzulinovaných)
cévní mozkové příhody	150 tisíc
epilepsie	140 tisíc
duševní nemoc	100 tisíc

Kromě uvedených nejčastěji se vyskytujících postižení existuje ještě značné množství statisticky nepodchycených osob trpících vrozenými vývojovými vadami, onkologickými onemocněními, roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou nemocí, dermatózami, fenilketonurií apod.

Podle provedených výzkumů sami zdravotně znevýhodnění potvrzují, že nestojí o soucit, nechtějí být pouze obsluhováni v sebelepších ústavech a nemocnicích. Chtějí mít stejná práva jako nepostižení, což ve svých důsledcích znamená i přiznání jejich práv na odlišnost (Kodymová a kol. 2005, 89-90).

Definice

Znevýhodnění (Handicap): nevýhoda vyplývající pro daného jedince z jeho vady či postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro toho jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.⁷

2.3. Terminologie

Dále můžeme pojem zdravotního znevýhodnění definovat takto: jedná se o různorodou skupinu lidí s rozdílnými problémy, potřebami a zájmy. Kromě tělesně, zrakově a sluchově postižených patří mezi zdravotně znevýhodněné také mentální postižení a lidé vnitřně nemocní nebo s civilizačními chorobami.⁸

Nyní si vysvětlíme další pojmy, které se v tomto oboru vyskytují:

- postižení (impairment) jsou problémy týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur.
- tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech (activity limitations), na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce.
- mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách (participation restrictions), čímž jsou označovány důsledky širší, sociální.

Druhé a třetí úrovni by odpovídal u nás užívaný pojem handicap. Všechny tři termíny se dají zahrnout pod pojem disability (což je možné překládat i jako znevýhodnění), pokud má být vyjádřeno, že z nějakého hlediska představují problém.

⁷ [Http://www.sons.cz/docs/e-bariery](http://www.sons.cz/docs/e-bariery), 12.5. 2011

⁸ [Http://www.sons.cz/docs/e-bariery](http://www.sons.cz/docs/e-bariery), 12.5. 2011

- *integrace* - znamená účast v sociálních vztazích
- *segregace* - znamená vyčlenění ze společenských vztahů, izolaci, rezignaci na společenské vztahy, podvolení se handicapu.
- *prevence* - znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady (primární prevence) nebo zamezení toho, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení.
- *rehabilitace* - je soubor postupů, jejichž cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou nebo sociální úroveň funkcí a byly v nejvyšší míře nezávislé.

Rehabilitace začíná být v současnosti chápána nikoliv jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogickou-psychologickou péči (Kodymová a kol. 2005, 91-99).

2.4. Složky rehabilitačních programů

Mezi složky rehabilitačních programů dle Kodymové (2005) patří:

- zdravotní léčebná rehabilitace (operační náprava, medikamentózní léčbu, fyzioterapii, ergoterapii).
- psychologická rehabilitace, usiluje o zvládnutí krize spojené se změnou zdravotního stavu, může být individuální i skupinová psychoterapie, arteterapie a jiné.
- pedagogická rehabilitace, patří sem reedukace, kompenzace, individuální vzdělávací plány.
- pracovní rehabilitace, pracovní uplatnění jedince, profesní příprava, průzkum trhu práce, vytváření a ochrana pracovních příležitostí.
- volnočasová rehabilitace, zde je sportovní a kulturní vyžití, sebevzdělání, pedagogika zážitku prostřednictvím zooterapie.
- sociální rehabilitace se zaměřením na ochranu jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, resocializace, zajištění podpory, sociálních služeb atd. (Kodymová a kol. 2005, 93).

Sociální služby jsou kompenzovány formou peněžních příspěvků a sociálních služeb. Ekonomické a další materiální podmínky jsou zabezpečeny přiznáním invalidního důchodu (částečného-plného) a dalších příspěvků⁹.

Problematika seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce je u lidí se zdravotním znevýhodněním daleko obtížnější. Předpokladem její úspěšnosti je správné zhodnocení i rozvinutí těch schopností a dovedností handicapovaného člověka, které nezanikly kvůli defektu, nemoci či úrazu. Ti, kteří se rozhodnou nabídnout pracovní uplatnění a budou tedy investovat do stavebních úprav a s tím věcí spojených jsou podporováni státem a náklady jsou z části hrazeny ze státních či obecných prostředků.

Česká republika přijala v roce 1993 Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a souhlasila s jejich praktickou aplikací. Přesto ve všech společnostech i naší existují překážky, které brání osobám se zdravotním znevýhodněním uplatňovat svá práva a svobody.

V roce 2005 se připravoval zákon o sociálních službách, jehož cílem je zajistit fungování systému sociálních služeb, kde občan není pojímán jako pouhý objekt péče, ale stává se aktivním subjektem, který může mít vliv na podmínky a způsob uspokojování sociálních potřeb, v prostředí v němž žije (Kodymová a kol. 2005, 104-105).

9 Toto se řeší podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a příspěvků dle vyhlášky MPSV ČR 182/1991 Sb., (např. příspěvky na rehabilitační a kompenzační pomůcky). Nejvýznamnějším prostředkem jsou sociální služby poskytované v nejrůznějších formách:

- poskytování technických pomůcek
- služby osobní asistence
- služby
- služby řešící dopravu do škol a zařízení
- pečovatelská služba (pomáhají člověku setrvat v domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl).
- chráněné bydlení, poskytuje podporu soběstačnosti či případný návrat do vlastního domácího prostředí.
- respitní (odlehčovací péči), pomáhá rodinám pečující o dítě s postižením se zvládnutím a zachováním běžných příležitostí pro rodiče (zaměstnání apod.).
- ústavy a domovy sociální péče pro postižené ,tradiční forma komplexního zaopatření-ubytování, strava,ošetřovatelská zdravotní činnost, rehabilitace, společenské aktivity).
- penzióny a domovy pro seniory a občany se zdravotním postižením
- poradenství kde jde převážně o poskytování rad, informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Kontakt s komunitou i rodinou, komunikaci a řešení specifických situací ve svém životě. raná péče je orientována na celou rodinu s dítětem. Do služeb se promítají pedagogická, sociální a zdravotní opatření.

centra denních služeb pro lidi jejichž schopnosti jsou sníženy, kombinace služeb, které jsou podstatou aktivity uživatelů, stabilizace a posílení jejich schopností (Kodymová a kol. 2005, 94-96).

3. LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mentální postižení je souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Definice vytvořená sebeobhájci-dospělými lidmi s mentálním postižením, kteří se tady také snaží prosazovat svoje názory a zájmy, má podobný trend jako citová americká definice: lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. Dále je postižení popsáno oblastmi v nichž mají lidé obtíže a potřebují podporu. Mentální postižení se dále dělí na kategorie hluboké, těžké, střední a lehké (Hrušková – Landischová – Matoušek In: Kodymová 2005, 111).

Tito lidé bývají ve větší míře závislí na společnosti než lidé intaktní, jejich soběstačnost lze rozvíjet nejen v dětství, ale i dospělosti. Jakákoliv zvládnutá činnost uchovává kompetence a dává jejich životu náplň.

Obecným cílem ergoterapie je zlepšení kvality života mentálně postižených, zajištění co největší míry soběstačnosti a integrace do společnosti. Konkrétní cíle a úkoly se liší podle hloubky postižení a věku klientů (Beránek a kol. 2007, 24-25).

Současným trendem je, aby tito lidé mohli využívat běžné zdroje, tedy instituce poskytující služby veřejnosti. Aby žili v místním společenství co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez postižení a co možná největší samostatnosti klientů.

Možnosti výchovy a socializace v závislosti na hloubce postižení:

- 1.) *Hluboká mentální retardace* - (IQ pod 20), 0-3 roky, možné vytvořit jednoduché návyky sebeobsluhy, těžká mentální subnormalita, nekomunikují, kývavé pohyby a někdy sebepoškozování.
- 2.) *Těžká mentální retardace* – (IQ 20-34), 3-6 let, mají návyky sebeobsluhy, zvládnou jednoduché pracovní činnosti pod stálým dohledem, někdy je možné elementární vzdělání. Často jsou nekoordinovaní a jemná a hrubá motorika je téměř nulová. Ergoterapie se zde zaměřuje na soběstačnost.
- 3.) *Střední mentální retardace* - (IQ 35-49), 6-9 let, klienti zvládají jednoduché pracovní činnosti pod dohledem. Vzdělávání obvykle ve speciálních školách-čtení, psaní, výchova, poté praktická škola v chráněných dílnách. Problémy s jemnou a hrubou motorikou nadále přetrvávají, neobratnost, nejsou schopni řešit různé situace jsou částečně soběstační. Potřebují dopomoc, dohled hlavně v rodině. Vhodné je i chráněné bydlení. Jsou zbaveni právních úkonů.

- 4.) *Lehká mentální retardace* - (IQ 50-69), 9-12 let, pracovní a společenské zapojení klientů. Základní vzdělání ve speciálních školách poté učiliště bez maturity. Mají šanci na samostatný život a samostatnou práci, ale jsou snadno ovlivnitelní - vhodná asistence. Ergoterapie se zaměřuje na pracovní začlenění a zlepšení motoriky (jemná motorika je horší). Soběstačnost je většinou bez pomoci (Beránek a kol. 2007, 25).

Pro srovnání s americkým dělicím konceptem dle Atchisona (2007, 58) uvádím tabulku v příloze.¹⁰

Průběh obtíží klienta může být následující: porucha chování (neukázněnost, výbuchy vzteku, násilí na věcech nebo lidech), nevhodné sexuální chování (odhalování, obtěžování, promiskuita), porucha chování může překrývat duševní nemoc. Mohou vzrůstat potíže u osoby, která o klienta pečuje, pečující osoba stárne je slabší a může nastat psychické vyhoření. Následuje rodinná krize, vede k dekompenzaci zvládnutí situace. Vygradování často končí uzavřením klienta do ústavu sociální péče.

Při vstupní anamnéze si všímáme:

- 1) jak vysoký byl věk matky při otěhotnění, zda není v rodině Downův syndrom či jiné dědičné onemocnění
- 2) prenatální období – nitroděložní infekce (Torch - toxoplazmóza, zarděnky atd.)
- 3) perinatální – traumatický porod, epileptické záchvaty, fenilketonurie, periventrikulární krvácení.
- 4) zda byl opožděný vývoj chůze, řeči, zapomínání již osvojených dovedností, stále nezodpovědné a nerozumné chování (Cohen 2002, 114-115).

Somatická anamnéza může ukázat jiné souvislosti: v dětství prodělané infekce, vážné poranění hlavy, pooperační komplikace, dopravní nehoda, epilepsie, nemoci související s onemocněním kostí, vrozené srdeční abnormality aj.

Dále zkoumáme sociální poměry, užívané léky, vývoj předtím než se poškození objevilo - autismus atd.

U vyšetření týkajícího se duševního stavu nás většinou na první pohled upoutá

¹⁰ Srovnej viz Příloha č. 1.

vzhled: dysmorfismus obličeje, obezita, opičí rýha, deformita hrudníku, abnormální pozice horních+dolních končetin, nízká inteligence. Často se nesmyslně směje nebo zubí, má opakované pohyby. Řeč může scházet, naznačovat nízkou inteligenci být nazální či dysartrická. U kognitivních funkcí si všímáme dezorientace v čase a prostoru, neuvědomuje si vnější události a má omezené množství obecných informací.

Postupy léčby mohou být různé. Po testování a rozboru anamnéz s přihlédnutím věku klient řešíme: bydlení - léčebny, ústavy, chráněná bydlení, bydlení s rodinou či partnerem .

Schopnost sebeobsluhy - samostatný jedinec (to je vzácné), s asistencí, s pomocí rodinných příslušníků.

Dostupnost poradenství kde klient dostává informace jak nakládat s penězi, rady týkající se praktických záležitostí, sexu - jak se chránit (vhodné, nevhodné chování), s tím souvisí hledání vhodného partnera zakládání rodiny atd.

Možnost fyzioterapie - lázeňské léčby v okolí bydliště.

A v neposlední řadě zaměstnání formou chráněných dílen, podporovaného zaměstnávání, ale i denních center, sociálních klubů. Jakákoliv činnost působící klientovy radost a kontakt se společností, okolím je pro něj zkvalitněním života (Cohen 2002, 116-118).

3.1. Cíle

Cílem může být integrace (inkluze) lidí s mentálním postižením do společnosti. První předpoklad je přítomnost těchto lidí v běžném prostředí v MHD, obchodech, restauracích apod. Tyto místa mohou lidé s mentálním postižením nejen navštěvovat, ale i zde pracovat.

Dalším cílem může být, aby tito lidé rozvíjeli svoje schopnosti a dovednosti a díky tomu se mohli na společnosti více zapojit. Učení se navázání kontaktu a komunikace je důležitým prvkem. K učení je třeba vytvořit příležitost. Tu jim poskytuje každý společenský kontakt a tam kde nestačí můžeme nabídnout výukový program.¹¹

Dále je nutno směřovat k postupnému zmenšování podpory, aby stále víc pro sebe dělal klient. Tento cíl je možné uplatňovat bez ohledu na míru postižení. Každý člověk se může v něčem zlepšovat a zvládat některé činnosti či jejich části sám. Ale také má

¹¹ <http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni>, 17.3. 2011

každý člověk právo říci, že se více zlepšovat nechce. Cílem je poskytnout klientovi rozvoj do takové míry do jaké bude ochoten se na tomto procesu podílet.

Prvopočátkem jsou programy rozvíjející základní schopnosti sebeobsluhy a orientace (denní centra, stacionáře), programy orientované na osvojení pracovních návyků a dovedností (chráněné dílny), poté uplatnění klienta v integrovaném pracovním prostředí - podporované zaměstnávání či běžné zaměstnání (Hrušková In: Kodymová 2005, 111-114).

3.2. Metody a techniky

Jednou z metod je bezesporu pracovní a umělecká terapie, která se zaměřuje na rozvoj člověka s mentálním postižením pomocí pracovní činnosti. Spočívá v provádění úkonů, v nichž se uživatelé postupně zlepšují. Důležité je získání pracovních návyků, které budou dále sloužit klientovi v rozvoji a lepšímu uplatnění jako jsou vstávat v určitou dobu, vykonat hygienu, obléknout se přiměřeně roční době, počasí a zaměstnání, odejít na určité místo, vydržet u zadaného úkolu, být po určitou dobu v kolektivu. (Vodáková In: Beránek 2007, 25).

3.2.1 Vnímání mentálně postižených

Vnímání je zpomalené, omezené a nedostatečně diferenciované, tudíž se nedokáží orientovat samostatně v postupu práce, analyzovat podmínky a nacházet vhodná řešení. Omezenost v myšlenkové činnosti znemožňuje zobecňovat zkušenosti a z poznatků pak vycházet při řešení konkrétních situací. Časté problémy mají při srovnávání různých objektů a hledání shody a rozdílů. V podstatě nedokáží odlišit podstatné a nepodstatné znaky pozorovaných objektů. Jednou ze zvláštností těchto lidí jsou poruchy vývoji paměti a logického zapamatování. Převládá u nich paměť mechanická, což v praxi znamená mnohonásobné opakování postupů práce a základních informací, soustavnou kontrolu a maximální pozornost (Vodáková In: Beránek 2007, 26).

3.2.2 Formy zaměstnání

Například v podporovaném zaměstnání, kde se zájemci pomůže najít místo a udržet jej na trhu práce za rovných platových podmínek.

První fáze je hledání a nalezení pracovního místa dle schopností klienta a místních

možností. Dále se trénují dovednosti přímo na pracovišti, setkává se s spolupracovníky. Vzniká tak prostor k navazování vztahů mezi lidmi s postižením a bez něj.

Jinou formou podporovaného zaměstnání je přechod ze školy do zaměstnání, jde o komplex služeb usnadňující mladému člověku s postižením přechod ze školy na pracoviště kde měl během studia praxi.

Další možností jsou chráněná pracoviště a chráněné dílny. Zde uživatelé pracují společně a v případě potřeby jim pomáhá asistent. Jiná pracoviště představují běžnou službu např. prádelna, pekárna. Dobré je usilování pracovníka o přechod na jinou práci a následné zvyšování dovedností (Hrušková In: Beránek 2005, 123-124).

4. LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Na počátku 20. století bylo rozlišováno několik desítek duševních poruch. Roku 1952 jich bylo 192 a měření současnosti uvádí 374. Tento nárůst má několik faktorů: lepší diagnostiku a charakteristiku poruchy a rozhodně hnací faktory životního stylu- dieta, stres, zrychlenost.¹²

Definice

Duševní poruchy: neexistuje žádná definice, která by byla universálně přijímána. Je to pro to, že duševní stavy či projevy, které jsou v jedné kultuře přijímány, mohou být v jiné označeny za nenormální. Tudíž je nesnadné oddělit duševní zdraví od patologie.

Jedna z širokých definic říká, že psychická nemoc je jen absencí duševního zdraví, které můžeme popsat jako stav psychické pohody, rovnováhy a flexibility umožňující jedinci úspěšně pracovat a fungovat, zvládat běžné konflikty a zátěžové situace, které život přináší.¹³

Většina těchto lidí potřebuje cílenou pomoc (poradenství o sociálním zabezpečení, občanského, sociálního a rodinného práva, rodinou intervencí a podobně). Dále pak pomoc od odborných pracovníků-psychotherapeutů, ergoterapeutů atd. Komplexnější péči potřebují lidé s dlouhodobým onemocněním typu organického poškození CNS (které je patrné na neurologickém vyšetření CT či EEG): schizofrenie, depresivní nebo manické poruchy, paranoidní či jiné psychózy. A jiná onemocnění která mohou ovlivnit

¹² <http://naposlady.blob.cz/rubrika/duševní-porucha>, 17.3. 2011

¹³ [Http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/duševní-poruchy](http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/duševní-poruchy), 12.5. 2011

základní aspekty denního života a potřeb.

Předpokladem pro práci s duševně nemocnými je základní znalost symptomatiky a dynamiky (důležité vodítko při rehabilitaci) onemocnění. Dále vliv terapie a medikamentů. Ve zdravotním a sociálním zařízení pak řádu a péče (Probstová In: Kodymová 2005, 133-136).

Onemocnění tohoto typu probíhá v atakách¹⁴, které mohou být provázeny dlouhým obdobím remise¹⁵ s projevy post psychotických defektů, které jsou většinou slučitelné se životem v normální společnosti a pacienti nemusí být izolováni v ústavech, i když dlouhodobý pobyt nelze v některých případech vyloučit. Ataky přicházejí nejčastěji na jaře a na podzim. Psychiatrická zařízení mívají vybudováno oddělení s rozsáhlou ergoterapií a postrehabilitační péčí (Pfeiffert In: Votava 2003, 183).

Jedna z nejčastěji jmenovaných poruch je schizofrenie - je to komplexní porucha nejčastěji rozeznatelná na základě klinických symptomů jako např.:

- formální poruchy myšlení (neuspořádanost procesů myšlení, řeč nedává smysl)
- přesvědčení, že klientovy myšlenky slyší i druzí - vysílá myšlenky
- odmítání myšlenek s podezřením, že mu je někdo vkládá do hlavy (Pfeiffert In: Votava 2003, 185).

Tato přesvědčení se označují bludy a halucinace, které klientovi nevyvracíme, ale můžeme říci, že jeho prožitky uznáváme, ale neshodují se s naším vnímáním. Halucinace se objevují v různé modalitě nejčastěji formou hlasů, citění pachů, zvláštních pocitů v těle, vizích a neobvyklých chuťových vjemech.¹⁶

Po stránce emocionální se objevují poruchy nálad, deprese nebo zmatenosti označujeme bludnou náladou. K výkyvům motivace patří ochromující apatie, při které dělají problém i základní denní činnosti jako vstát, umýt se, obléknout se. Vyžadují příliš mnoho úsilí a mohou dopomoci k brzkému úpadku osobnosti. Patrné je i sociální stažení - dysfunkce, katatoní chování¹⁷. Poruchy, jež přetrvávají déle než jeden měsíc a méně než půl roku, jsou diagnostikovány jako schizofrenní.¹⁸

Vznik této poruchy se připisuje dle pana Adamse (1993) k perinatálnímu vývoji,

14 Časné varovné příznaky - bludy, halucinace. Trvá přibližně 6 měsíců. Toto období zahrnuje pozitivní, negativní a kognitivní příznaky.

15 Trvalé zotavení různě dlouhé, střídá se s obdobím atak.

16 <http://sk.wikipedia.org/wiki/psych> , 23.3. 2011

17 Katatoní chování znamená strnulost, chybění řeči a nevole k jakékoliv činnosti.

18 <http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>, 28.3. 2011

kdy matka onemocněla chřipkou v období druhého trimestru. S tímto tvrzením nesouhlasí pan Crow a Done (1992) mající svou hypotézu, dle níž se u pacientů se schizofrenií vyskytuje malý obvod hlavy při narození, což ukazuje na genetické či nitroděložní problémy před porodem. Zatímco americký vědec Kolff tvrdí, že zmatek kolem této diagnózy je tak velký, že je v různých zemích popsána zcela odlišně. Avšak jedna věc, na které se schodují všichni odborníci je, že nelze stanovit diagnózu jen z chování nemocného (klinický obraz), ale prověřovat ji v průběhu. Za skutečnou schizofrenii je pak považována ta, která končí určitou nezvratnou poruchou (Styx 2003, 95-96). Teorie jsou různé, ale rozhodně zde hraje velkou roli psychika, s níž souvisí celý stav klienta.

Medikamentózní léčba je zastoupena psychotropními léky zejména neuroleptiky. V psychoterapii se konzultuje též s rodinnými příslušníky, učí se jak komunikovat a žít v blízkosti schizofrenika. Při zhoršení stavu se klient hospitalizuje v nemocnici nebo sociálním zařízení po odeznění se vrací zpět domů. Dále se řeší vhodná činnost – náplň dne klienta. Opět dle jeho stavu - chráněné dílny, stacionáře, podporované zaměstnávání (Cohen 2002, 152-159).

Psychiatrická rehabilitace dnes zahrnuje velké množství programů, modelů se snahou pomoci duševně nemocným, aby zvládali život v komunitě. Cílem je zmírnění handicapu a kompenzace způsobilosti stavu snížené aktivity.

Existují tři hlavní školy moderní psychiatrické rehabilitace (používá se v kombinacích):

- 1) Anglická škola s orientací na přizpůsobení se, akceptaci nezpůsobilosti. Hlavní princip je kompenzace, reedukace a reorientace.
- 2) Losangelská- libermanovská škola klade důraz na trénink sociálních dovedností, používá časté výrazy jako: trenér, nácvik, učení se dovednostem a zvládání konfliktu, komunikaci, asertivitu atd.
- 3) Bostonská škola prosazuje model klinické rehabilitace, která je zaměřena na rozvoj klientových dovedností a podporu okolí. Vychází se z klientových přání a potřeb a je optimistická- věří v posun. Tato škola je nejbližší i České republice (Probstová In Kodymová 2005, 141-142).

Jednou z rehabilitací je také rehabilitace pracovní. Může probíhat v denních centrech, klubových zařízeních, chráněných dílnách, přechodných či podporovaných zaměstnáních.

Mezi specifické a náročnější programy patří právě přechodné a podporované zaměstnání, kde je velký nárok kladen na asistenta, který klienta zaučuje. Je mu oporou a též náhradníkem v pracovním procesu. Dále se stupňuje klientova aktivita a intenzita podpory asistenta klesá. Nadále je důležitá výpomoc a kontinuita kdyby se pracovní asistenti střídali. Tyto programy sebou přináší také řadu organizačních komplikací, ale pro mnohé klienty se ukazují jako jediná možnost jak udržet a získat zaměstnání.

Práce s duševně nemocnými je běh po dlouhé trati. Je důležité měnit tempo a dle potřeby průběžně měnit i cíle, zaregistrovat úspěch jak pracovníka tak klienta. Měl by cítit dobré zázemí v týmu kde pracuje a dostat náležitou odměnu za vykonanou práci a zhodnocení (Probstová In: Kodymová 2005, 148-150).

5. PSYCHOLOGICKÉ HLEDISKO ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝCH

Osobnost se vytváří pod různorodým vlivem, z nichž jeden může být i zdravotní postižení. Záleží na věku - může být již od narození či vzniknout v průběhu života. Asi není nutno zmiňovat, že rodina a blízcí příbuzní zde hrají hlavní roli, mají veliký vliv na vývoj a život postiženého. Řada lidí chápe postižení jako výzvu k mobilizaci všech sil na překonání jeho důsledku. Tato situace může být i výzvou k přehodnocení dosavadního života. Ať již jde o postižení vlastní nebo osoby blízké.

Autor zde uvádí sled reakcí v důsledku náhlého vzniku postižení:

- *Počáteční šok* - důsledkem může být i agrese-proti sobě, ostatním.
- *Deprese* - hluboký smutek, brání rehabilitačnímu procesu
- *Popření reality* - brání se lepším vyhlídkám, nekomunikuje, dochází k izolaci i vůči okolí
- *Regrese* - může nastat role závislého v podstatě role malého dítěte-nechá o sebe pečovat o ničem nerozhoduje.
- „*Smlouvání*“ - pacient začíná přijímat postižení jako realitu (dílčí zlepšení).

- *Přijetí reality* - výzva k překonávání překážek, hledání nových životních cílů a rolí ve společnosti (Krivošíková In: Votava 2003, 145-146).

Pro tyto situace je důležitá intervence a spolupráce multidisciplinárního týmu v čele s psychology, ergoterapeuty-fyzioterapeuty, pedagogy a jiných odborníků. Jejich cílem, jak již vyplývá z údajů, je pomoci pacientovi překonat těžké období náhlého postižení a ovlivnit popisované reakce.

U postižení od časného dětství vzniká rychlejší adaptace a smíření se svým stavem, ale toto dítě nemá přímé zkušenosti běžné populace. Proto je nutno cíleně nahrazovat a doplňovat zkušenosti formou vhodných terapií.

Pro rozvoj osobnosti těchto lidí je důležitá pomoc společnosti bez zbytečné závislosti, motivace a perspektivy reálných cílů (životních studijních, pracovních) především navázání sociálních a citových vazeb (Krivošíková In: Votava 2003, 149-150).

Prostředky působící na emoce a rozvoj osobnosti- jsou příjemné, působí neobvyklé zážitky a zkušenosti, mohou se použít k různým cílům. Významnou složkou jejich působení je vliv emocí na svalové napětí, lepší schopnost učení apod. Jejich účinek je dosti individuální, závisí na osobnostních rysech klienta. Metody jako muzikoterapie, animoterapie, arteterapie, dramaterapie znamenají z medicínského hlediska totéž co léčba.

Také použití jógy a této filosofie jako empirického systému tělesných a duševních cvičení působí na rozvoj osobnosti ve smyslu ovládnutí těla a mysli, jóga tak pomáhá odstraňovat i zdravotní obtíže. Účinek těchto cviků - ásan¹⁹ se projevuje pouze při pravidelném cvičení.

Zde je nastíněný stručný charakter tohoto přístupu: celé cvičení je od počátku příjemné, lepší ovládnutí dechu, tělesná i duševní relaxace, mírným drážděním ovlivňuje funkci vnitřních orgánů, dochází k protahování zkrácených svalů a posilování oslabených svalů, dále se cvičení přizpůsobuje věku klienta, zdravotním obtížím a postižení. Osvojením tohoto systému vzniká hlubší sebepoznání a mění se vztah člověka k okolí. Mezi další systémy zdůrazňující koncentraci a přirozený pohyb patří rovněž tai-čchi (Krivošíková In: Votava 2003, 153-155).

¹⁹ Ásana je jogínský cvičební prvek. Sánkrtský výraz pro tělesnou pozici. Znamená zaujmout na delší dobu určitou polohu a cítit se v ní příjemně.

5.1. Muzikoterapie

Další používaná metoda je již zmiňovaná muzikoterapie, která využívá hudby, rytmu, zvuků, tónu, zpěvu často v návaznosti na pohyb či výtvarnou výchovu.

Podívejme se na definici, jak ji uvádí J. Zeleiová (Zeleiová 2007, 27-39). Podle ní je muzikoterapie pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína stojící v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou, teorií, filosofií a estetikou. Na druhé straně má interdisciplinární charakter ukazující teoretické orientace a výchozí pozice muzikoterapie. Novodobé dějiny této disciplíny začaly po druhé světové válce v USA, kde v roce 1944 otevřeli jako první studijní obor muzikoterapii. Dnes je aplikovaná ve více než čtyřiceti zemích světa, v rozdílném stádiu svého vývoje. Nejobecnějším cílem je posílení, znovunastolení zdraví klientů následné pozitivní působení na celou osobnost.

Její využití v rehabilitaci je velmi široké záleží na typu postižení. Můžeme stimulovat - zlepšovat dýchání pomocí hudebních nástrojů „dechová gymnastika“ (např. pískání na zobcovou flétnu u astmatiků). Posilovat koncentraci, pozornost i paměť (klient se soustředí na jeden konkrétní prvek hudebního úryvku). Pomocí zpěvu zlepšovat řeč u pacientů s afázií, ventilování emocí, nácvik chůze do rytmu. A v neposlední řadě také lepší komunikaci naslouchání druhým.

Muzikoterapie má skupinovou a individuální formu, dále se dělí na aktivní (hraní na nástroje, zpěv, hry) a pasivní (poslech, relaxační formy). Postup je následující:

- 1) navození koncentrace, dle momentální situace provedeme vhodnou skladbou, hrou či dechovým cvičením na vybití agresivity - použijeme bicí nástroj
- 2) pokračujeme tématem lekce, hlavní činnost na které pracujeme
- 3) následuje reflexe ve které hovoříme o dojmech, zážitcích a pocitech
- 4) závěrem je uvolnění a provedení některé formy relaxace²⁰

Co se týče vzdělání hudebního terapeuta může být různé, dle typu a určité psychologické kvalifikace. Většina autorů se však shoduje na požadavku hudebního vzdělání včetně hry na nástroj, osobní zkušenosti s psychoterapií a praxi ve zdravotnictví a školství (Krivošíková In: Votava 2003, 159-160).

²⁰ <http://www.muzickaskola.cz/terap.htm>, 17.3. 2011

5.2. Arteterapie

Arteterapie je psychologické využití výtvarné činnosti, klienti zde mohou vyjádřit malbou, výrobkem své pocity, nálady a ukáží svůj potenciál. Tato terapie patří k nejčtenějším a v současné době též nejoblíbenějším činnostem. Téměř každé speciální zařízení má vybavenou pracovní dílnu těšící se oblibě. Tato terapie poskytuje možnost sebepoznání, nový pohled na věc, na problémovou situaci, umožňuje spontánní odreagování (Šicková-Fabici 2008, 12). Pan Muller se domnívá, že je nutná aplikace behaviorálních psychoterapeutických modelů, díky nimž se zlepšovaly komunikační schopnosti, schopnost zaujetí společenské role a žádoucí vzorce chování. Pan Valenta (2001) má za to, že hlavní cílem u těchto skupin je reedukace, resocializace, integrace osobnosti, projeví se zde kreativita, odblokuje se komunikace a zlepší se vůle.²¹

U tohoto typu terapie je zvlášť důležité dodržování „tří zlatých pravidel“ pro činnost práci s materiály:

- 1) Každá práce musí mít smysluplněji
- 2) Práce musí být rozvržena tak, aby ji klient mohl dokončit
- 3) Práce musí klienta bavit²²

Arteterapie též naskýtá i jistý význam pro širokou veřejnost, například v oblasti sebepoznání. Není třeba výtvarného umu, ke slovu přichází vyjádření pocitů a nálad. Prostřednictvím barvy, hlíny, papíru a dalšího materiálu se tvůrce může ponořit do svého nitra a soustředit se na svůj prožitek.²³

5.3. Animoterapie

Animoterapie je terapie prostřednictvím živých zvířat. Hojně využívaná je Canisterapie - terapie prostřednictvím psa, a to do obecných principů po profesionálně vycvičené psy, poskytující postiženým zvýšení mobility, nezávislost a více psychické pohody. Cvičení psi se dělí do třech kategorií - vodící pes, pes partner a terapeutický pes (Krivošíková In: Votava 2003, 161).

Pojem asistenčního psa se dostal do podvědomí díky vybudovanému zázemí pro odborný výcvik slepeckých psů (zdravotní pojišťovny řadí tyto psy do kategorie

21 <http://alkohol-alkoholismus.cz/ukazky-z-knih>, 20.3. 2011

22 <http://naposledy.blog.cz/0901/ergoterapie-tri-zlata-pravidla>, 21.3. 2011

23 Dvořáková 2009. Arteterapie: pomoc umění. Psychologie dnes 6/2009, s. 46-48

„prostředky zdravotní techniky“. Tak se podařilo přesvědčit hygienickou a veterinární službu v Praze, aby povolila vstup terapeutických psů a zvířat do zdravotnických zařízení.²⁴

V současné době má Česká republika svou speciální školu canisterapie, která organizuje jak různé pobytové kurzy pro školení canisterapeutů, tak i speciálně zaměřené tábory pro znevýhodněné občany, kde si ozkusí péči tohoto čtyřnohého pomocníka na vlastní kůži (Nerandžič 2006, 31-39).

5.4. Hipoterapie

Další terapií je hipoterapie - léčba prostřednictvím živého koně. Zde je nejlepší individuální cílená terapie indikovaná a prováděná malým týmem, kde je přítomen lékař a fyzioterapeut a cvičitel jezdeckví zodpovědný za výběr a vedení koně. Základními principy zde jsou sloučení fyzioterapie a psychoterapie působící na klienta zároveň (Krivošíková In: Votava 2003, 162).

Také zde je výběr vhodného koně složitý, nesmí mít pokřivený charakter, musí být zdravý, bez těžkých vrozených vad. Dále záleží na plemenu a následném výcviku, který má tři fáze (dle Nerandžič 2006, 86-91):

- 1) Základní výcvik zahrnující práci a nácvik základních dovedností, probíhá u mladých koní
- 2) Jízda v terénu, jejímž cílem je uklidnění nervů a odstranění lekavosti koně
- 3) Nácvik klidného čekání a stoje u rampy

Mezi odborníky pracující v této oblasti patří hipolog (absolvuje jezdecký výcvik a trenérský kurz). Následuje speciální pedagog, psycholog, fyzioterapeut a ergoterapeut. V neposlední řadě také lékař indikující hipoterapii a mající alespoň minimální praxi v jízdě na koni. Kůň si totiž člověka přečte v okamžiku prvního setkání a podle toho jej nadále vnímá. Proto spolupráce s koněm musí být vybudována na bázi důvěry nikoliv na základě strachu (Nerandžič 2006, 86-91).

²⁴ Jak upozorňuje Z. Nerandžič (2006, 31-39), výcvik tohoto psa stojí 150 - 200 000 Kč. Pes se vybírá dle konkrétního postižení, výcvik je přizpůsoben jeho potřebám a je velice náročný. Pokud je pes usmrcen, ukraden nebo nějak poškozen, nemá klient na nového psa nárok do uplynutí pěti let.

5.5. Felinoterapie

Určitě stojí za zmínku felinoterapie, což je terapie pomocí živé kočky. Pomáhá zmírnit adaptační stres nově příchozích klientů do domova důchodců, díky tomu dochází k úpravě krevního tlaku, vyrovnaní srdeční frekvence, zmírnění napětí a stresu dokonce se jejím vlivem stimuluje paměťové funkce u starších klientů. Dále bylo vypořádáno, že pomáhá rozvíjet estetické a hudební cítění u zdravých dětí i mentálně postižených. Navíc jim umožňuje zlepšování komunikace a rozvíjení slovní zásoby.

U fyzicky postižených dětí i dospělých se spazmy končetin dochází při hře s kočkou k uvolnění spazmu. Lidem s autistickými rysy se uvolňuje psychika a následně zlepšuje komunikace. U dětí s DMO se motivuje pohyb prostřednictvím mňoukání a jsou tak vtahováni do hry s kočkou.

Hlavní léčba je především v oblasti facilitace ruky při hlazení dochází k dráždění a prohřívání ruky. Úchop může klient procvičovat ošetřováním kočky, držením kartáče-kartáčováním, při krmení uchopuje misku. Jemná motorika se cvičí u zapínání a rozpínání postojů.

Obecně lze doporučit kočky všem klientům, kteří k nim mají pozitivní vztah, mají především psychoterapeutický a teprve potom psychomotorický účinek. S velkým úspěchem jsou kombinováni psi a kočky.

Dále pak mezi prověřená terapeutická zvířata patří lamy, fretky, kozy a další budou jistě přibývat. Léčení prostřednictvím zvířat znamená pro každého klienta obohacení citového života, zlepšení fyzické a psychické zdatnosti, sebeúcty a úcty k druhému (Nerandžič 2006, 64-69).

6. VYUŽITÍ DIAGNOSTIKY A ERGODIAGNOSTIKY V PORADENSTVÍ

Právě diagnostika je předpokladem pro volbu účinných metod a vhodných prostředků pro klienta. Kromě rozhovoru s klientem, studiem analýzy, poznáním prostředí ve kterém žije, průběžné pozorování jeho reakcí a činností se využívají různé testy. Tyto testy by měly být:

- validní (hodnotí to, k čemu jsou určeny)

- spolehlivé
- senzitivní (aby citlivě hodnotily sledovaný jev, široká škála často snižuje citlivost uvnitř)
- kvantifikovatelný (získané hodnoty mají své bodování)

Rozdílem mezi testy ergoterapeutickými a psychologickými je časové období. V ergoterapii se test může opakovat, doplňovat záznamy atd., kdežto psychoterapeut provede jen vstupní test a započne léčbu.

Hlavní a nejvíce používané jsou testy motorických funkcí a soběstačnosti (samostatnosti). V ergoterapii testujeme hrubou a jemnou motoriku, schopnost přemísťování, lokomoci. Dále pak ADL²⁵ (test denních činností), hodnotí se Barthel indexem IADL²⁶ (instrumentální denní činnosti) podle Filenbauma, Lantona a Brodyho.

Zatímco ergodiagnostika je více zaměřená na pracovní začlenění klientů, hodnotí převážně z funkčního hlediska (následné začlenění klienta do pracovního procesu). Jedná se o soubor vyšetření lékaře, které provádí školená pracovníce.

Ergodiagnostika je důležitá hlavně pro klienty v pokročilém věku, dlouhodobě či trvale nemocné, postižené kteří musí změnit dosavadní zaměstnání. A určitě také pro mladé lidi s trvalým těžkým tělesným nebo sensorickým postižením, kombinovanými vadami, mentálním postižením po otestování mohou vstoupit na vhodné pracoviště.

Cílem ergodiagnostiky je posoudit, které činnosti jsou pro klienta nejvhodnější díky testování doporučit klientovi pracovní zařazení a vzdělání, na základě toho srovnat profesiogramy a jejich škály. Následně vybrat vhodný rekvalifikační kurz u lidí v produktivním věku případně vybavit pracoviště kompenzačními pomůckami a zohlednit míru asistence jiného člověka.²⁷

Výsledky tohoto vyšetření jsou podkladem pro zpracování krátkodobého a dlouhodobého ergoterapeutického plánu, jsou též podkladem posudkové komise, úřadům práce, zařízením v chráněných dílnách (Votava a kol. 2003, 158-159).²⁸

25 Příloha č. 2

26 Příloha č. 3

27 http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_270.pdf, 15.3. 2011

28 Toto se řídí dle zákona č. 474/2001 Sb., nahrazující zákon č. 1/1991 o zaměstnanosti - došlo ke změnám v právní úpravě zaměstnání občanů se změněnou pracovní schopností

PRAKTICKÁ ČÁST

7. FORMULACE PROBLÉMU

Zařazení do společnosti a zlepšení kvality života znevýhodněných spoluobčanů, formou terapií, nácvikem, tréninkem kognitivních funkcí, příprava na zvládání nečekaných situací (stresy, výbuchy, náladovost aj.) asistence v zaměstnání.

7.1. Cílem a úkolem této práce je:

- přiblížit se klientům, poznat je na veřejnosti i v soukromí.
- uskutečnit a zvládnout zvolené terapie, poté zhodnotit pomocí testů.
- tímto ověřit tvrzení vyložená v teoretické části této práce.
- dopomoci klientům k větší samostatnosti a kvalitnějšímu bytí.

7.2. Stanovení hypotéz

Předpokládám, že :

1. Klienti budou alespoň dostatečně obeznámeni se svou diagnózou, budou se chtít zlepšovat ve svých doposud zvládnutých dovednostech a učit se novým.
2. Programy uvedené jako vhodné terapie pro určité diagnózy budou splňovat svůj účel a klienta zaujmou.
3. Klientům mající za sebou ústavní péči bylo poskytnuto poradenství, jak o sebe pečovat, byly jim sděleny možnosti, jak zlepšovat svůj život.

7.3. Charakteristika sledovaného souboru

Ke zjištění možností poradenství v ergoterapii u znevýhodněných spoluobčanů jsem sledovala vliv pravidelných terapií sestavených dle předem navrženého plánu. Práce probíhala formou kazuistik. Pracovala jsem s omezeným počtem klientů a nelze proto mé záměry shrnout a vztahovat na celou populaci. Sběr dat jsem prováděla převážně na souvislé praxi v obchodě Second-help v Plzni.

7.4. Metodika

Pro výzkum těchto hypotéz jsem zvolila pozorování, kazuistiky a testování v rámci ergoterapie. Výsledky budu hodnotit a diskutovat v závěru této práce.

7.5. Metody

Jako metodu nejčastěji používanou v této práci jsem zvolila metodu Biomechanickou, která zahrnuje postupné zvyšování a snižování nároků při vykonávání činností tak, aby terapeut dosáhl co největšího léčebného efektu. Nejběžnějším příkladem stupňovaných aktivit bylo dózování (množství a hmotnost materiálu, rychlost provedené činnosti, délka doby provedené činnosti, opakování činnosti, umístění potřebných nástrojů k činnosti v prostoru a další)

Tato metoda zahrnuje i přístup ADL (activities of daily living) což je výcvik běžných pro člověka nezbytných dovedností, jejichž zvládnutím si zajišťuje svoji nezávislost na pomoci druhých osob. Při výcviku se ergoterapeut snaží o dosažení maximální soběstačnosti klienta (pomocí výcvikového panelu a taxy, koordinace, jednotlivých typů úchopu). Dále je možný přístup kompenzační, který se snaží co nejlépe využít zbývajících schopností klienta pomocí ortéz, protéz, technických pomůcek nebo adaptací na prostředí. Tento přístup jsem využila minimálně neboť klienti měli lehčí formy postižení byli učenliví a postupně se zlepšovali.

8. KAZUISTIKA Č.1:

Charakteristika klienta:

Jaroslav²⁹ je nyní 28letým mužem pracujícím v obchodě Second-help v Plzni, který je spolufinancován projektem Evropské Unie pro znevýhodněné spoluobčany.

Je zaměstnán jako prodavač-kabinkář. Pracuje každý den čtyři hodiny (dle směn-ranní, odpolední, večerní). Práce ho uspokojuje, neměnil by ji. Nad budoucností své kariéry nepřemýšlí, stejně tak ani nad svým bytím.

Osobní anamnéza a diagnóza:

Dětství nebylo z hlediska diagnózy podstatné. V říjnu 2002 srazilo Jaroslava auto při přecházení vozovky. Byl pět týdnů v kómatu, po probuzení ve FN v Plzni mu byl diagnostikován apatický syndrom (mozek pracuje jinak než tělo) - poškození frontálního laloku, organický psychosyndrom (ztuhlé tělo) a disperzní neurologický nálezn (pravé horní končetiny a levé dolní končetiny).

Stav po mozkové komoci po pěti měsících byl následující - stav zvýšené vznětlivosti a obtížnější zvládnání stresových situací.

Z počátku se nemohl moc hýbat, měl nekoordinované pohyby, byl přepravován na vozíku a následně přeložen do FN Bory v Plzni, kde započala prvotní rehabilitace. Po roce byl poslán do Kladruub na ucelenou rehabilitaci trvající 3,5 měsíce. Zde se učil a trénoval ADL a IADL aktivity, čtení, psaní, počítání. Učil se také chodit, plavat, lépe komunikovat. Kladruuby navštěvoval od roku 2003 pravidelně s délkou pobytu 1,5 – 3,5 měsíce do roku 2008, kdy už kompletně přešel do domácí péče.

Výstupní vyšetření roku 2008:

- CC syndrom³⁰, subakutní lombágo
- kontrola každé tři měsíce u neurologa

Rodinná anamnéza:

- matka, sestra, otec odešel, když bylo Jaroslavovi 13 let - od té doby ho neviděl.

²⁹ Jaroslav viz foto - příloha č. 5

³⁰ Cervikokraniální syndrom- bolesti hlavy, většinou jednostranné, intenzivní záchvaty se střídají s obdobím menších potíží. Palpačně nacházíme blokády v přechodu mezi lebkou a C1 C2 obratlem.

Pracovní anamnéza:

- roku 2001 dokončena SŠ- elektrotechnická
- od roku 2010 Second-help, prodavač

Sociální anamnéza:

- bydlí v panelovém domě s výtahem (čtvrté patro) se spolubydlícím.
- pobírá částečný invalidní důchod.

Medikamenty:

- Aulin 1-2x denně, proti třesu 3x půl tablety denně.

Ergoterapeutický plán:

- úkol č.1 - krátkodobý ergoterapeutický plán (KEP)- zmírnit třes na rukou, lepší kontrola horních i dolních končetin.
- úkol č.2 – dlouhodobý ergoterapeutický plán (DEP)- zlepšit vnímavost a citlivost rukou (Jaroslav nevnímá sílu stisku, doteku ani objetí).

Poradenství:

- zde má práce bude spočívat v nastartování Jaroslavovi motivace - mít cíle do budoucna, přemýšlet o své existenci, umět si určit své priority, rozvíjet pěvecký a hudební talent.

8.1. Terapie

Terapie probíhaly v domácím prostředí od ledna r. 2011 do března r. 2011 (vždy po dobu dvou hodin v intervalu 2x týdně) při hře stolních her (jemné úchopy, koordinace rukou), sledování kognitivních funkcí, nácviku- přivítání (objetí), podání a potřásání rukou a následných diskusích o výhledech do budoucna, ke kterým se Jaroslav zpočátku stavěl skepticky. Lidé s velkým traumatickým zážitkem často žijí pouze přítomností a nezajímá je, „co bude“. Toto je i Jaroslavův případ.

Naše setkání probíhaly po skončení jeho pracovní doby. Zpočátku bylo důležité vytvoření vzájemné důvěry a pocitu sdílení. Trvalo to poměrně dlouho, Jaroslav je introvert a po nehodě se uzavřel ještě více, ale podařilo se. Rozebírali jsme jeho

minulost a postupně i budoucnost. Dětství měl disciplinované - hodně koníčků a povinností. Byl výborným zpěvákem, který sklízel jednu cenu za druhou. Jeho směřování změnila SŠ průmyslová, na kterou chtěl raději, než na konzervatoř. Zpěv zůstal jen koníčkem.

Po nehodě se Jaroslav „znovu narodil“. Terapeuté ho učili vše znovu - tyto věci si prý už moc nevybavuje - trvalo to pár let, než se vrátil zpět a mohl samostatně fungovat.

Ale zůstaly mu ještě zmiňované následky, navíc má přísný zákaz stresových situací, dodržuje klidový a odpočinkový režim, vypadající následovně:

- klidné vstávání, odchod do zaměstnání (čtyřhodinová směna), oběd, cesta domů, spánek, volno-časové aktivity (poslech hudby, jízda na kole, počítač- mailování), včasný spánek trvající 8-9 hodin. Jaroslav dochází dvakrát týdně na sborový zpěv, myšlenky na pěveckou budoucnost jsou, ale v současné době „chybí peníze a známosti“, jak k tomu sám říká.

Nyní mu vše vyhovuje, nechce nic měnit. Stačí mu přátelé, po přítelkyni či životní družce netouží. Ani rodinu neplánuje. Tvrdí, že se nikomu nechce líbit. Domnívám se, že je to následek nehody kdy se k němu jeho přítelkyně (byli spolu dva roky) již neznala. Citová bolest ještě přetrvává, ale myslím, že až se objeví „ta pravá“, změní názor.

Doposud pracuji na jeho motivaci, aby měl lépe ohodnocenou práci a nebál se možností, které se naskytují.

Výrazné zlepšení jsem zaznamenala při podání ruky, je příjemné a v normě oproti našemu prvnímu setkání. Ještě chceme vylepšit citlivost horních a dolních končetin a odolnost proti stresu. Bude to běh na delší trať, ale věříme, že to zvládneme.

9. KAZUISTIKA Č.2

Charakteristika klienta:

Pavla³¹ (32 let), současným bydlištěm v Dobřanech v malé přízemní bytě na sídlišti. Žije sama se svým čtyřnohým přítelem. Díky své nemoci bývá přibližně jednou do roka hospitalizována v tamější Psychiatrické léčebně. V současné době nejvíce touží po příteli a rodinném životě, v minulosti měla dva několikaleté vztahy, které se postupně rozpadly. Sama je tři roky a symptomy nemoci jsou spíše k horšímu, chybí jí

31 Pavla viz foto - příloha č. 6

sdílení a také zájem a péče rodiny.

Osobní anamnéza a diagnóza:

V dětství běžné nemoci, ve 4-5 letech časté bolesti hlavy - následné vyšetření nic nepotvrdilo. Nemoci předcházely vypjaté situace v rodině – stres a šikana ze strany nevlastního otce.

První potíže se objevily mezi 13-14 rokem na jaře, kdy matka odešla od partnera, přestěhovala se s Pavlou k prarodičům a ona se neadaptovala na novou školu a spolužáky. Postupně se uzavírala do svého světa a začala být náměsíčná. Upnula se na M. Jacksona a „slyšela, jak jí prosí o pomoc, volá ji k sobě“.

Zhoršily se i známky ve škole a poté Pavla podstoupila své první psychiatrické vyšetření. Testy však nic neprokázaly, další půl rok proběhl bez potíží, ale na podzim přišel další útlum a následovala půlroční terapie ve FN Lochotín. Zde byla Pavla ze začátku pod dohledem kamer- opět se nic zvláštního neukázalo, ale po ukončení terapie jí nasadili poměrně silné léky. Ty vyměnila teprve nedávno za slabší a hlavně šetrnější. Zhoršení stavu následuje po nějaké náročnější, stresové situaci.

Stanovená diagnóza:

- Maniodepravní psychóza kombinovaná s prvky schizofrenie.

Rodinná anamnéza:

- matka zdravá - několikrát rozvedená, citově odcizená vůči své dceři
- rodiče z matky strany - otec zdravý, matka časté deprese
- otec je původem Maďar, pracuje v Rakousku. Se svou dcerou se nikdy nevidal, komunikují přes telefon, jeho rodina je zdravá.

Pracovní anamnéza:

- roku 1999 dokončen dvouletý kurz ošetrovatelství, poté snaha o maturitní vzdělání 1,5 roku studia na SŠ ekonomické, ale kvůli obtížnosti nedokončila

Sociální anamnéza:

- žije sama se psem v 1. patře obytného domu, od svých osmnácti let pobírá

částečný invalidní důchod a podporu na bydlení

Medikamenty:

- Depakin – 2x denně (proti depresi, mánii)
- Seroquel – 1x na noc (na stimulaci myšlení)

Ergoterapeutický plán:

- úkol č.1: (KEP)- pomoc při hledání vhodného zaměstnání, lepší seberealizace. Testování schopností, použitím nácvikových panelů ověřit dovednosti.
- úkol č.2: (DEP)- pokusit se najít vhodného partner formou inzerátů-seznamek, pomocí rozhovorů zjistit vhodné vlastnosti a požadavky na něj.

Poradenství:

- také zde bude důležité posílení sebevědomí. Rozvoj koníčků a činností, které přinášejí radost. Za použití arteterapie ověřit aktuální naladění klientky a naučit jí zachytit určitou náladu - výkyv do obrázku, a tak uvolnit tlak a psychiku. Pavla na léčení kreslila v rámci ergoterapeutických programů a ráda by do budoucna vystavovala své výtvary.

9.1. Terapie

První terapie probíhala u Pavli doma začátkem února r. 2011 a poslední v dubnu r. 2011 (terapií bylo celkem šest a každá trvala dvě hodiny). Jako prvotní jsem zvolila formu rozhovoru, kde jsem zjišťovala všechny potřebné údaje a nechala jsem klientku sdělit vše, co měla na srdci. Často zmiňovala, že se cítí sama, má velkou potřebu sdílení s okolím. Partnerský život pro ní byl vysvobozením z těchto potíží, vše se minimalizovalo. Ke konci jsme stanovily body naší další terapie:

- 1) popřemýšlet o možnosti vhodného zaměstnání
- 2) poptat se v okolí zda by byla možnost vystavovat svá zhotovená díla.

Druhá terapie se konala po týdnu. Bylo zřejmé, že Pavla pracovala na našem domluveném zadání. Podařilo se jí najít prostory na bezplatnou výstavu v lékárně v Dobřanech, kde její nápad s blížícím se jarem uvítali. Práce pro ni byla těžší, nikdy

nebyla dlouhodoběji zaměstnaná. Navrhla jsem jí možnost zaměstnání v rámci projektu spolufinancovaném EU - podporovaného zaměstnávání - Second-help v Plzni, kam by mohla denně dojíždět vlakem. Zaujalo jí to a slíbila, že se v místě optá na možnosti nabízené práce.

Postupně jsme začaly rozebírat její onemocnění. Zajímalo mě, zda ví, o co se jedná, jestli má přesné informace a také, zda byla v léčebně poučena, jak se sebou pracovat, čemu se vyhýbat atd. Při pobytech v léčebně vyhledávala spíše samotu a pasivní aktivity jako sledování televize, pomalé procházky po areálu. Ke konci pobytu navštívila dílny arteterapie a ergoterapie. Programy a terapie, které nabízela Psychiatrická léčebna v Dobřanech Pavlu neuspokojovaly. Pomoc a rady hledala spíše mimo areál léčebny. Upřímně mohu říci, že na mě Pavla působila zcela normálně a kdyby mi nevyprávěla, co s jí děje, nevěřila bych, že má takto závažné potíže. Nyní zpět k našim otázkám, Pavla měla i brožurku na přesný popis své diagnózy. Poslední dobou začala pociťovat stavy, kdy byla mimo sebe. Má za to, že na vině jsou léky. Rozhodla se, že počká ještě týden a když se stav nezlepší, požádá o změnu léčiv.

Dále jsme rozebíraly její osobní život a nepříjemnou samotu, kterou pociťuje. Kdyby se jí podařilo nastoupit do obchodu Second-help, jezdila by každý den vlakem. V obchodě by obsluhovala zákazníky a měla tak větší možnosti seznamování. Takto jsem jí to vysvětlila a namotivovala - někdy bývá hodně nerozhodná a nedůvěřuje si.

Naše závěrečná terapie se konala po dalších čtrnácti dnech. Pavla mě přivítala s úsměvem. V pokoji hrála taneční hudba, zlepšení nálady a stavu bylo nepřehlédnutelné. Povídala, že nakonec navštívila svojí lékařku a ta jí snížila dávky léků. Má tak více energie i radosti ze života. Začala pilovat angličtinu, plánuje docházet na výuku k rodilému mluvčímu a také každý den cvičí. Rozhodla se na sobě zapracovat, měla jsem z ní radost.

Jen co se týká práce v obchodě Second-help, Pavle se tam nelíbilo, takže se poohlédne ještě jinde. Nyní se pokusí o prodej svých zhotovených obrázků v místní lékárně. Držím jí palce, neboť obrázky jsou vskutku vydařené. Taktéž s ní nadále zůstávám v kontaktu, přičemž ví, že se na mě může kdykoliv obrátit.

10. KAZUISTIKA Č.3

Charakteristika klienta:

Mirka (25 let), narodila se s lehkou mentální retardací. Před nedávnem změnila zaměstnání a v současné době usiluje o pozici pracovnice úpravy a přípravy oblečení na prodej v Second-help projektu v Plzni. Působí bázlivě a stydí se navázat komunikaci s okolím. Proto je pro ni pozice úpravářky oděvů šitá na míru, má svůj klidný koutek, kam zákazníci nechodí, jen vedoucí a ti kontrolují a zadávají úkoly.

Osobní anamnéza a diagnóza:

Mirka má diagnostikovaný lehký stupeň mentální retardace (IQ - 50 až 69). V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Od tří let ji rodiče dávali do speciální školky pro různě znevýhodněné děti poté začala navštěvovat speciální základní školu, kterou dokončila. Následně začala mít komplikace emočního charakteru (strach z lidí - okolí, stresové stavy) a byla umístěna na Psychiatrické ambulanci po dobu tří měsíců. Poté docházela na pravidelné fyzioterapie a ergoterapie. Její stav se zlepšil a další rok nastoupila na Zemědělské učiliště, kde setrvala rok a půl a opět následovala léčebný pobyt v nemocnici kvůli stávajícím stresům. Posledním pokusem o vyučení bylo Speciální učiliště v Křimicích. Zde se podařilo dokončit vyučení a následovalo první zaměstnání.

Rodinná anamnéza:

- matka – hraniční IQ norma (kolem IQ 70) dopomoc rodičů, otec zdrav
- sourozenci – starší sestra zdravá, mladší sestra má středně těžkou mentální retardaci a je na léčení v Jáchymově
- členové širší rodiny jsou zdraví

Pracovní anamnéza:

- po vyučení pracovala Mirka v kavárně Kačaba (2 roky), dále v pizzerii (1 rok) a nyní má zkušební dobu v obchodě s oblečením – Second-help, kde pracuje se žehličkou a třídí oděvy

Sociální anamnéza:

- Mirka žije v chráněném bydlení v Plzni, má pro sebe jeden pokoj a další prostory společné se spolubydlícími. Stará se o dva křečky a dohlíží na ni asistenti, kteří vypomáhají s personálními aktivitami jako je vaření, hospodaření s penězi a dalšími společenskými praktikami. Je zde spokojená více než v rodinném obydlí.
- také pobírá sociální dávky a příspěvek na bydlení

Medikamenty:

- Zloft 1x na noc

Ergoterapeutický plán:

- úkol č.1: (KEP)- zde se zaměřím na zlepšení komunikace klientky, aby se nebála pohlédnout druhému do očí, přehnaně se nestyděla a byla trochu více asertivní (aby uměla říci, co se jí nelíbí, s čím nesouhlasí atd.) KD
- úkol č.2: (DEP)- naučit se soustředit na jeden zadaný úkol, pomocí výcvikových panelů nacvičit činnost požadované pozice v zaměstnání (kvalitní vyžehlení oděvu, očištění, ocenění). DD

Poradenství:

- vzhledem k častým stavům úzkosti a nejistoty zkusit relaxační techniky, na základě pozorování doporučit tu nejvhodnější techniku. Dále využít možnosti stacionáře a navštěvovat výtvarné a muzické kroužky, které se nabízí těmto klientům.

10.1. Terapie

Na začátku jsme si vymezily úkoly a body našich sezení, která probíhala 1x týdně po dobu 1,5 hodiny od března do dubna r. 2011. Následovalo testování dovedností v podobě testu MMS (test kognitivních funkcí), dále Barthel index - test závislosti a test pro Mentální retardaci - soběstačnost i ADL a IADL aktivitách. Testy vyšly poměrně slušně, dopomoc asistenta jen ve složitějších instrumentálních aktivitách - jako práci s

penězi, vaření složitějších jídel apod.

Podrobnější výsledky budou diskutovány v závěru mé práce. Mirku testování bavilo, takže jsme přidaly procvičování kognitivních funkcí v podobě křížovek, hádanek, osmisměrek a lehčích početních úkonů vždy na začátek našeho setkání. Následně jsme hodnotily a komentovaly, kde, co a jak zlepšit. Na odpočinek jsem zvolila relaxaci vedenou slovem, která trvala 10-15 minut a v závěru si Mirka vybrala vybarvování mandal.

Když jsem se ptala na Mirky zdravotní stav - potíže, chvílku vypadala nechápavě a poté pravila, že si moc často hraje s panenkami a rodina s asistenty jí to zakazují. Neuvědomovala si svoji diagnózu.

Při dalším setkání byla Mirka lehce rozpačitá z vedoucích v obchodě, prý byli podráždění a jí se chtělo brečet – toto se nepovedlo zadržet, takže část směny proseděla v šatně a smutnila i doma. Následující den nechtěla jít do práce, asistenti jí přemluvili a šli doprovodit. Zvolila jsem tedy pro začátek krátkou meditaci s relaxační hudbou a po zklidnění jsme navázaly s doplňováním slov do textu písniček. Na Mirky přání to byly hity českých filmů, tato aktivita se jí velice zamlouvala. Byla více motivována na následující den, kdy šla poprvé navštívit hudební kroužek.

Další setkání bylo zaměřeno na Mirky práci v obchodě. Na začátku jsme počítaly různé početní příklady do stovky, větší čísla dělaly potíže. Po chvíli byla unavená, požádala jsem o čaj, bez asistence jej v poklidu vypila a pustily jsme se do nácviku pracovní náplně v obchodě:

- 1) práce s žehličkou
- 2) třídění oblečení
- 3) skládání a věšení na správný věšák

Požádala jsem Mirku, aby mě tyto činnosti naučila tím, že je ukáže a okomentuje. Kupodivu většinu zvládala dobře, bylo vidět, jak to má po pár týdnech naučené. Když jsem přivedla jejího asistenta, aby shlédl Mirky výkon, začala být nespokojená a nenápadně mě požádala, ať odejde. Stále ještě převládala ostych a trochu nejistota. Poradila jsem jí, ať se soustředí více na to, co dělá, než na okolní rozptylování tak, aby zvládla zadanou práci včas. Slíbila, že to v nadcházejících dnech zkusí.

Závěrečné terapie proběhly před Velikonocemi, kdy jsme mimo tréninku kognitivních funkcí a IADL aktivit vyráběly sváteční výzdobu. To byla Mirky

nejoblíbenější zábava, povídala a tvořila. Formou řetězení jsme dokázaly zvládnout poměrně složité výrobky. Líbilo se mi, jak Mirka spolupracovala, nasazení a snahu jsem vždy odměnila sladkostí či oblíbenou činností. Lidé s tímto znevýhodnění bývají šťastní a vděční, když se jim někdo takto věnuje. Potěšil mně i nepatrný pokrok v komunikaci, Mirka je více klidná a méně úzkostná.

11. KAZUISTIKA Č.4

Charakteristika klienta:

Jana (26 let) má rovněž diagnostikovanou lehkou mentální retardaci. Žije nedaleko mého domova, tudíž se s ní často setkávám. Pracuje ve firmě PCC na Borských polích v Plzni jako pomocná síla úklidových prací, denně dojíždí autobusem. Se svou prací je spokojená a její rodina je také ráda, že má nějaké užitečné zaměstnání. Jana je dosti komunikativní (někdy snad až příliš), takže má za sebou různé zkušenosti ve výběrových řízeních do zaměstnávání. Svým vzhledem působí stále jako náctiletá v porovnání s Mirkou, která vypadá o něco starší, než skutečně je. To je příklad toho, že i stejná diagnóza nese rozdílné prvky.

Osobní anamnéza a diagnóza:

Jana má diagnostikovanou lehkou Mentální retardaci (IQ 50-69). Její matka měla v šestém měsíci krvácení a byla hospitalizována v nemocnici v Klatovech, následně musela až do porodu ležet. V devátém měsíci porodila koncem pánevním - možnost přidušení. Jana zaostávala, ve třech měsících začíná zvedat hlavičku, matka s ní cvičí Vojtovu metodu. V testování prokázána opožděná motorika. Ve 2,5 letech nastupuje do speciální školky na Psychiatrické léčebně v Dobřanech, kde setrvává bez kontaktu s rodinou. O půl roku později chodí na víkendy domu.

V dětství prodělala klasické dětské nemoci.

O rok později nastupuje na Speciální základní školu, kterou bez větších problémů dokončila a nastupuje do Zahradnického učení (na tři roky).

Rodinná anamnéza:

- matka i otec jsou zdraví
- sourozenci-starší sestra, která se o Janu nejvíce stará. Rodiče jsou laxní a

nechávají svou dceru osudu.

Pracovní anamnéza:

- po vyučení byla Jana tři roky bez práce, nedařilo se jí najít vhodné uplatnění. Stacionáře odmítala, následovala tedy registrace na Úřadu práce. V roce 2007 nastupuje do výrobní firmy v Plzni na Borských polích jako pomocná úklidová síla, kde setrvává dodnes a je velmi spokojená.

Sociální anamnéza:

- Jana žije u svých rodičů v rodinném domku, má svůj pokoj a sociální zařízení. Bohužel kvůli nevšímavosti rodičů je zde nepořádek, který řeší její sestra při náhodné návštěvě. Nabídku chráněného bydlení odmítla kvůli neochotě zachovávat určitý režim.

Ergoterapeutický plán:

- úkol č.1: (KEP) - mé prvotní zaměření u Jany bude spočívat ve zlepšení schopnosti komunikace, neboť má často nekontrolovatelné zásahy do konverzace druhých a také zasahuje do osobních zón lidí. Zaměříme se na celkovou socializaci.
- úkol č.2: (DEP) - zde se pokusím pomoci řešit problém, který se nejvíce dotýká Janiny sestry mající svou vlastní rodinu. Nemá již tolik času dohlížet na Janu jako dřív a ona se jí svěřila, že má přítele a chce s ním mít i sexuální styk (nechráněný). To by znamenalo, že by se její sestra krom svých dvou dětí brzy starala o další. Pokusím se jí tedy osvětlit následky volnomyšlenkářského chování a popovídám si s ní o vhodné antikoncepci.

Poradenství:

- ukazuje se dopad nevšímavosti rodičů a vytíženost vždy pomáhající setry. Janě schází řád a hodnoty lidského chování. Je chytlavá na návykové látky představující „dospělost“ jako je kouření, alkohol. Potřebovala by dohled a pravidelný režim, např. nějakého kroužku či jednodušší práce - činnosti, která by jí odváděla od tohoto nevhodného chování.

11.1. Terapie

Vzhledem k tomu, že Jana ráda navštěvuje různé kavárny, zejména Kačabu, kde se seznamuje s lidmi podobného postižení, navrhla jsem první sezení zde (naše setkání probíhala zpočátku v kavárně, později u Jany doma, od ledna r. 2011 do března r. 2011, vždy jednu hodinu v týdnu). Zpočátku jsme mluvily o dění dne, občas jsem musela zopakovat otázku, byla roztěkaná a pokukovala po číšnicích. Tak se probraly alespoň obecné věci a zjistila jsem, co jí baví dělat.

V podstatě je to neustálá komunikace, návštěvy kin, koncertů, divadel a v neposlední řadě venčení psa její sestry.

Druhé sezení se konalo u Jany doma, aby se chvilku dokázala koncentrovat na to, co říkám a následně smysluplněji reagovat. Zvolila jsem testování, jelikož o sobě ráda mluví byla, takže byla ochotná odpovídat. Výsledky budou k nahlédnutí v závěru mé práce. I zde jsem se musela vícekrát dotazovat, bylo těžké udržet její pozornost, zkusila jsem meditaci na zklidnění, ale po té byla Jana ještě živější. Navrhla jsem, že půjdeme vyvenčit Henryho (pes její sestry) a budu při tom pozorovat její chování ke kolemjdoucím a postupně zkoušet Janě radit, jak se v které situaci zachovat - při zdravení, povídání si, komunikaci s prodavačkou při nákupu potravin tak, aby se jí lidé nevyhýbali a brali ji jako příjemného spoluobčana.

Nácviky jsme prováděly v Jany pokoji, sem tam to vypadalo komicky, ale myslím, že se něco podařilo trochu vstítit do povědomí. Zadala jsem úkoly na příští setkání (zkusit si provést každý večer některou z našich nacvičených situací) a připravit si otázky, které by chtěla Jana zodpovědět.

Na začátku našeho třetího setkání byla Jana vyzvána k předvedení našich zadaných úkolů. Nejdříve trochu přemýšlela, ale podařilo se alespoň náznakem se slovním vedením ukázat všechny dané situace. A otázky měla stále stejného zaměření. Točily se kolem kluků, vlastního bydlení a společenských akcí.

Zavedla jsem rozhovor na téma partnerského života, její povědomí bylo samozřejmě jen letmé. Vidí se ve své sestře a chce to co má ona - manžela, děti. Ale k nějakému smýšlení o budoucnosti u Jany vůbec nedochází. Problémem je opět nezáměr rodičů celou situaci nějak řešit a její sestra už nemá tolik času a možností na ni dohlížet.

Navíc je Jana svéprávná, tudíž je třeba i souhlasu z její strany k nějakému

opatření. Pokusila jsem se jí vysvětlit, co je antikoncepce a jak se používá, neboť když dostala informační leták, tak problematiku vůbec nepochopila (nebo jí to spíš nezaujalo). Nejlepším řešením by byl asi trvalý zákrok, ale k tomu je třeba Janin souhlas, který zatím nevyslovila.

V závěru našich sezení jsem poprosila Janu, aby mi zopakovala, co si pamatuje, co se jí líbilo a co ji naopak nebavilo. Obecně mi děkovala za společnost. Její nejoblíbenější činností zůstává poposedávání v kavárně, pozorování okolního dění. Zajímavé jí přišly scénky učící společenskému vystupování. U tématu partnerského soužití jsem musela být opatrná, neboť ji sestra pokaždé moralizuje a Jana už je háklivá na jakékoliv zakazování nebo vyvracení její vize samostatné domácnosti.

Nebude to jednoduché, ale ani zde není třeba ztrácet naději.

12. HODNOCENÍ, VÝSLEDKY TESTŮ

12.1. Kazuistika č.1

S Jaroslavem jsme na začátku naší terapie zkoušeli test ISA (analýza struktury inteligence). Tento test měří základní funkce inteligence u poúrazových stavů. Skládá se z doplňování vět, zapamatování si různých znaků, doplňování čísel a praktické počítání, nachází společné znaky, odhaluje vztah atd. Test ve výsledku ukáže, jaká je koncentrace dotyčného, klade důraz na pozornost, přesnost a soustředěnost.

U selektivní pozornosti je tento test omezený. Je hodnocena přizpůsobivost, tvořivost, empatie a sebeúcta.

Jaroslavovi nejlépe dopadla empatie a sebeúcta. Jelikož pracuje s různě postiženými kolegy nedělá mu problém komukoliv vypomoci či poradit a empatii má větší než před úrazem. Přizpůsobivost mu trvá déle, nové prostředí mapuje někdy i pár týdnů a tvořivost je také omezenější. Dává přednost zadání úkolu a ukázce než vlastní tvorbě a myšlence. Ale v obchodě je nyní jako ryba ve vodě, vedoucí i provozce jej chválí, udávají, že je Jaroslav nejspolehlivějším zaměstnancem. I za mé stáže byl ukázkovým prodejcem, snaha byla evidentní. Chce to jen zapracovat na příjemném výrazu obličeje - pousmání, neboť podle mého názoru Jaroslav vystupuje ve vztahu k zákazníkům poněkud přísným dojmem a s odstupem.

Na tomto jsme zapracovali na našich sezeních. Zpočátku byla náročnější komunikace vzhledem k jeho uzavřenosti, ale po určité době jsme byly v přátelském rozpoložení a vše šlo snáze.

Dále jsem chtěla testovat jemnou a hrubou motoriku rukou, však všech úkonech nebyla patrná žádná disfunkce, a tak jsme přešli na poslední testování AMAS, což je nástroj na hodnocení lidí, kteří hledají práci (znevýhodnění na trhu práce).

Tento test byl vyvinut ve Velké Británii před 25 lety a modernizován r. 2002. Otázky se týkají sluchu, komunikace, zraku- vnímání, pohybu na pracovišti, DK+HK, vlivu prostředí, kognitivních funkcí, schopnosti obsluhy přístrojů a displeje. AMAS poskytuje komplexní pohled na jedince a jeho schopnosti na výkon práce, avšak nehodnotí jeho disabilitu.

Zde byl Jaroslav také poměrně úspěšný, většina schopností byla v normě, jen sem tam komunikace byla náročnější, Jaroslav se musel soustředit na výslovnost, když déle mluvil, aby mu bylo dobře rozumět (zřetelnost).

Obecně mohu říci, že i pro mě byly terapie přínosem. Vždy, když se nám zadaný úkol podařil splnit, byla radost na obou stranách. A následně i větší motivace na další zlepšování.

12.2. Kazuistika č.2

U Pavly jsme testovaly její schopnosti v době atak i remise, kdy v nepříznivém období byl problém i vstát z postele, jít se psem ven či během dne jakkoliv fungovat. Když jsem byla poblíž a pokusila se Pavlu nějak motivovat, dopomocť, šlo více věci snáze (zde byla cítit nevšímavost matky a možná i okolí). Pavle stačí povšimnutí a je na tom hned lépe. V období zlepšení stavu jsme provedly test FIM - funkční míry soběstačnosti, který hodnotí osobní péči, přesuny, lokomoci, komunikaci a sociální aspekty (mezi škálou 1-7, kde je 7 plná soběstačnost). Výsledky byly uspokojivé. Jediné, co vážlo byla komunikace, které se Pavle od svých bližních moc nedostávalo.

O to víc byla patrná má snaha najít jí zaměstnání. Nakonec jsem získala alespoň nějaké kontakty, které snad časem povedou k vytoužené práci, neboť Pavla měla pocit, že je v této době nejlepší pracovat na sobě v soukromí.

Další provedený test byl na funkční schopnosti. Udává se, že nemají být testovány osoby s tetraplegií, demencí nebo těžkou duševní chorobou, kterou Pavla netrpěla. Test

se provádí u jedinců udávajících neschopnost pracovat a užívá se k náhledu, co jedinec může dělat vzhledem ke svému nemocnění - jaké úkoly. Důležité zde je, jak nemoc ovlivňuje schopnosti dotyčného provést zadaný úkol. Hodnotí se dvě skupiny činností, první popisuje fyzické problémy a druhá psychické.

Po fyzické stránce bylo vše v pořádku, psychika byla slabší. Z toho důvodu jsem zvolila ještě test – Bitept - orientační velký test psychických poruch. Zjišťuje možnosti výskytu nejčastějších psychických poruch jako je mánie, deprese, bipolární poduchy, nemoci schizofrenního okruhu, zvýšenou úzkost atd.

Otázky vypadaly např. takto:

- „Ráno mívám nezvladatelně mrzutou náladu – platí pro mě - neplatí pro mě?“
- „Promlouvají ke mně hlasy z mého těla?“

Zde se ukázala inklinace k několika možným nemocem, nejvíce inklinací k bipolárním poruchám. Avšak nutno dodat, že test je veřejně přístupný a tudíž z něj nelze dělat přímé závěry.

Při našich sezeních Pavlu nejvíce uspokojovaly naše rozhovory. To, že s ní někdo chvíli pobyl stačilo na celodenní dobré naladění. Stále upozorňovala na svou samotu a upínala se na letní dovolenou u moře, kde bude mít více možností k seznámení a komunikace s okolím. Snažila jsem se jí přesvědčit, aby se poohlédla po nějaké slušné práci s tím, že by se rázem vyřešilo několik problémů najednou. Pociťovala to trochu jako nátlak, předala jsem jí již zmiňované kontakty, aby mohla časem začít.

Jednou za čas Pavlu navštívím a potěší mě, když vidím nějakou snahu, byť jen malého kalibru. Ale nemusí hned pršet, postačí když kape.

12.3. Kazuistika č.3

S Mirkou jsme otestovaly její soběstačnost ve všech měřítkách, co se nabízely (MMS - test kognitivních funkcí, Barthel index- test závislosti a test instrumentálních všedních činností, test pro mentálně retardované jedince a orientačně FIM- funkční míru soběstačnosti).

U testu MMSE³² vyšla orientace plná, všípivost a paměť téměř norma, počítání a pozornost byly horší, ale řeč a komunikace byly v pořádku. Celkové skóre je 30 bodů, z nichž Mirka dosáhla 21 bodů, tedy cca 70% .

32 Příloha č.4

Barthelův index v ADL a IADL pro Mentálně retardované jedince dopadl následovně: v ADL byla Mirka nezávislá, dosáhla plného počtu bodů a u IADL z plného počtu 80 bodů měla 55 bodů, což znamená částečnou závislost. V Mirky případě je to výpomoc asistenta v chráněném bydlení. U FIM testování obdobné výsledky napovídající lehké MR.

Mirka patří mezi nejschopnější jedince mající tuto diagnózu, snaží se na sobě pracovat, ráda spolupracuje s okolím, zadané úkoly plní s co možná největší přesností jejich dovedností. Také je vděčná za každou chvíli, kdy se jí někdo věnuje, miluje společnost, zábavu a nestydí se vystoupit se sólovým zpěvem ve sboru kam pravidelně dochází. Mé návštěvy a terapie měla Mirka moc ráda a ráda by je i nadále. V terapiích jsme trénovaly samostatnost a nezávislost na okolí. Doufám, že byly užitečné. Každopádně, to ukáže až čas.

12.4. Kazuistika č.4

Také testování bylo u Jany bráno jako zábava, ráda odpovídala na otázky. Mnohdy i rozšířila odpovědi a sklouzla k vyprávění příběhů, nicméně výsledky nám ukázaly toto - u ADL a IADL dovedností byla Jana schopna bez pomoci zvládnout základní všední činnosti.

U instrumentální části vážlo vaření, Jana zvládala jen studenou kuchyni - k vaření složitějších pokrmů byla třeba asistence. Dále k užívání léků také potřebovala kontrolu a s financemi byla naučena zacházet obezřetně, takže si víceméně vydělané peníze spořila a jen výjimečně použila. Testování Janě vyšlo na 70 bodů, což je částečná závislost.

Test kognitivních funkcí vypověděl, že Jany orientace je plná, všípivost také v pořádku, pozornost a počítání trošku zadržovala, řeč a komunikace byly také téměř v normě a nakonec konstrukční schopnosti byly pro Janu nejsložitější a více vážly. Celkový výsledek byl 22 bodů, což svědčí o kognitivní poruše. Spolupráce probíhala v poklidu, opět se mi potvrdilo, jak moc tito lidé prahnou po lásce a společnosti. Za každou chvíli jsou vděční a mnohokrát poděkují.

Jana je milá, avšak nevýhodou jejího chování je také určitá „přilnavost“ na druhé - jednou se na ní usmějete, popovídáte a ona vás bude všude vyhledávat. Určitě bych doporučila jejím nejbližším, aby jí stanovily určitý řád a povinnosti a poskytli také

pozornost po které tak touží. Když porovnáám Janu s Mirkou, rozdíly jsou patrné jak v chování, tak ve znalostech. Přístup a péče rodiny je primární a výsledky citelné. Roli hraje také charakter jedince, druhotně i vedení společnosti, kde se nachází. Oběma přeji jen to nejlepší a věřím, že i jim bude v tomto zrychleném světě věnována chvílka k dobru.

12.5. CÍLE A ÚKOLY

Cíle a úkoly práce byly splněny. Poznala jsem chování těchto lidí na veřejnosti i v soukromí. Pavla a Jarda vystupovali zcela normálně, snažili se být spíše nenápadní a ztratit se v davu. Mirka a Jana to měly opačně, neuvědomovaly si své chování a vystupování na veřejnosti, nevědomky na sebe ztrhávaly pozornost.

Připravené terapie měly též úspěch. Jak jsem již několikrát zmiňovala, hlavní bylo sdílení a komunikace s terapeutem. Následné testování odhalilo nedostatky, které jsme následně zahrnuly do terapeutických plánů a cíleně na nich pracovali. Tím jsem se snažila dopomoci klientům k větší samostatnosti.

13. PŘÍKLADY FUNGUJÍCÍCH ORGANIZACÍ

13.1. Sdružení Prateta o.s.

Sdružení Prateta vzniklo z iniciativy tří neziskových organizací - Ledovec, Diakonie a Možnosti tu jsou o.p.s. (středisko Plzeň). Zaměstnává lidi se zdravotním postižením především ve firmách:

- Pracovní sobota s.r.o
- Přeslička s.r.o
- Second hand - Second-help

Posláním tohoto sdružení je přispívat k integraci osob se zdravotním postižením v oblasti pracovního zařazení a pracovních dovedností.

Cílem je propagovat aktivity vedoucí k motivaci a aktivitě znevýhodněných osob-jejich umístění a udržení na chráněném trhu práce či na otevřeném trhu práce.

Sdružení rovněž nabízí :

- poradenství
- pomoc při vyřizování administrativních záležitostí
- pomoc při vyhledávání vhodných zaměstnanců (z řad zdravotně postižených)

- kvalitní zaučení
- splnění zákonné povinnosti (zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, §81 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)
- mediální zviditelnění firmy atd.

Za zmínku stojí i to, že tento projekt vznikl za finanční podpory Plzeňského Prazdroje, a.s.

13.2. Second-help³³

Charakteristika Second-help: strukturovaný obchod s použitým značkovým zbožím, dovozem z Anglie a Španělska. Část obchodu nově vybavena nepoužitým zbožím z minulé sezóny tzv. outletem. Pracují zde tři směny po cca čtyřech lidech na pozicích – pokladní (bývá pod dohledem asistentů), pracovník připravující oděvy (praní, žehlení, čištění, oceňování- taktéž s pomocí asistentů), kabinkář a prodávající. Pracovníci jsou po celou směnu pod částečným dohledem asistentů. Mají po dvou hodinách přestávku na občerstvení a vcelku poklidný průběh pracovní doby.

Strávila jsem zde část své praxe a upřímně mohu říci, že se mi moc líbilo a obdivuji, jak asistenty, tak snažící se zaměstnance.

13.3. Kavárna a čajovna Kačaba

Pilotní projekt „Kavárna a čajovna Kačaba“ je chráněná pracovní dílna zajišťující pracovní rehabilitaci a podpůrné aktivity, které pracovníkům se zdravotním postižením mohou zlepšit pracovní a sociální dovednosti a tím zvýšit šanci na získání a udržení místa na trhu práce. Kačaba je projektem především pro osoby s mentálním postižením, spolufinancována Evropskou unií a Plzeňským krajem v rámci společného regionálního operačního programu - grantové schéma „Podpora sociální integrace v Plzeňském kraji“.

Zřizovatelem Kačaby je obecně prospěšná společnost „Možnosti tu jsou“.

³³ Foto viz příloha č. 7 a 8

13.4. DISKUSE K PRAKTICKÉ ČÁSTI A VÝSLEDKY KAZUISTIK

Dle výsledku zkoumání a testování jsem zjistila, že klienti mající psychické poruchy o svém zdravotním stavu vědí stejně tak, jako i lidé s pourazovými následky. Někteří si i detailně zjišťují, co která lékařská zkratka znamená a nečiní jim problém o tom pohovořit. Někdy mi připadalo, že se i za svůj zdravotní stav „schovávají“ a od společnosti očekávají lepší podmínky i chování vůči nim. Naopak někteří mně potěšili se snahou na sobě pracovat a nepřipouštěli si žádné omezení – to pak bylo hned jiné nasazení a radost z odvedené práce na obou stranách.

U mentálních retardací bylo povědomí o zdravotním stavu téměř nulové, maximálně si klienti vzpomněli, zda měli nějaký větší úraz v dětství, ale o nějakém odlišení od druhých neměli ani potuchy. Těžko říct, zda si to uvědomují nebo se vidí v úplně jiném světle a nechápou ty, kteří se od nich odlišují.

Terapie mající plnit svůj účel byly v pořádku, nejčastější a oblíbená byla animoterapie - téměř každý z klientů měl svého mazlíčka a láskyplně o něj pečoval.

Dle M. Krivošíkové (In: Votava 2003) jde o nejpřirozenější terapii vůbec, nejčastěji využívaná je bez pochyby canisterapie. Další společnou a oblíbenou aktivitou byla verbální komunikace. Bylo vidět, jak je všem primární potřebou společně se sdílením běžného dne. Každý z těchto lidí by rád pokračoval v našich sezeních. Motivovala jsem je, aby docházeli do práce, kroužků, dělali nějaký sport. Doufám, že i toto bude mít nějakou odezvu.

Co se týče informovanosti klientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnici, ambulanci či ústavním léčení, základní poučení si většinou odnesli. Nejvíce vychvalované byly nemocnice s rehabilitačními centry, méně pak psychiatrická léčebna. Ambulance informovaly víceméně jen o současném stavu.

Trochu mě překvapila přímo psychiatrická léčebna, kde bych očekávala největší nasazení a poradenství na vyšší úrovni než kde jinde, avšak právě Pavla (každoročně hospitalizovaná na pár týdnů v takovém zařízení) mě utvrdila v tom, že tomu tak není.

Jarda si velice chválil Kladruby (rehabilitační péči), kde ho „dávali dohromady“ po odeznění akutního stavu po autonehodě, přístup a péče byli výtečné. Dojížděl tam několik let po sobě a pokrok byl vždy značný. U Mirky a Jany se nejvíce osvědčily

speciální školy a stacionáře s milým, osobitým přístupem. Naopak ústavní péče jim byla oběma nepříjemná. Aklimatizují se ve svých zaměstnáních a snaží se vytvořit jisté zázemí a někdy i zlepšování svých schopností s pomocí asistentů a terapeutů.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se snažím přiblížit problematiku poradenství ergoterapie a terapie jako takové. Je to dozajista velice široké téma, které alespoň z části popisují v této práci a snažím se rozvinout náhled na možnosti a způsoby, které se mi osobně osvědčily a díky pozorování a testování také potvrdily.

Problematika znevýhodněných lidí s určitým postižením existuje tak dlouho, jako lidstvo samo. Středověké a starověké přístupy k těmto jedincům jsou již naštěstí jen historickým konceptem a nová éra humanismu dovolila nastolit liberálnější přístup, jenž se postupem času rozvinul do dnešní podoby.

Tito lidé jsou společnostmi více přijímáni, bere se na ně větší ohled. Nicméně jako vše, i toto má svůj rub a líc. Setkala jsem se kupříkladu s tím, že někteří jedinci využívají solidarity ve svůj prospěch, vsugerují si nemoc nebo si úmyslně neléčí zranění, aby jim byla přiznána nějaká podpora a oni byli společnostmi viděni jako nemohoucí a nemocní, tudíž chráněni před jakoukoliv zátěží a profitovali z toho.

S těmito lidmi byla terapie značně náročná, bylo to vlastně dosti protichůdné. Týkalo se to převážně psychických „onemocnění“ - různé depresivní stavy, mánie atd. S tím vším se dá pracovat, když má dotyčný zájem. A pak také poúrazové stavy. Pokud to není opravdu s vážnými trvalými následky a dotyčný může nadále fungovat (buď s nějakým lehkým omezením), nevidím důvod, proč by měl pobírat invalidní důchod v plné výši a vykazovat se jako práce neschopný. I na toto jsem bohužel občas narazila.

Samozřejmě, že záleží hodně na člověku - jaký je, jaký má přístup k životu, motivaci atd. Nerada bych jen kritizovala, ale cítila jsem, že by i toto mělo zaznít v mé práci. Následně musím zmínit také to, jak lidé s mentální retardací spíše lehkého stupně svoji pracovitostí předejdou i zdravého člověka, mají opravdu nasazení i snahu stále se něčemu přiučovat. Převážnou většinu z nich můžu označit jako velice poctivé pracanty, kteří neodejdou dřív, než dokončí zadaný úkol či svou práci. Navíc jsou vděční za každou radu, ukázkou a výpomoc. Myslím, že by si jich měli jejich zaměstnavatelé více vážit a nepodceňovat jejich um, protože většina z nich je opravdu zručná. Zaměstnavatelé by se je neměli bát zaměstnávat na různé pro ně zvládnutelné pozice. Někdy podají skutečně lepší výkon než zdravý člověk. Doporučuji je všem větším

firmám (alespoň si je zkusit zaměstnat).

Na závěr musím říci, že mě tato kategorie poradenství opravdu zaujala a v budoucnu se nebráním jejímu širšímu a podrobnějšímu využití. Ergoterapie má dalekosáhlé možnosti uplatnění a je ji třeba brát na vědomí ve stejném měřítku jako například fyzioterapii. Je jen otázkou času, kdy si lidé ergoterapii jako takovou uvědomí a budou ji tak více uznávat a hodnotit.

LITERATURA A PRAMENY

Knižní zdroje:

Atchison, B.J., Dirette, D.K. (2007). *Conditions in occupational therapy*. Philadelphia: Point.

Beránek, V., Cettlová, M., Dytrtová, R., Vodáková, J. (2007). *Speciální pracovní výchova a Ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Cohen, R.M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.

Jelínková a kol. (2009). *Ergoterapie*. Praha: Portál.

Kodymová, P. a kol. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.

Kolář, P. a kol. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.

Nerandžič, Z. (2006). *Animoterapie*. Praha: Albatros.

Styx, P. (2003). *Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Praha: Computer Press.

Šicková- Fabrici, J. (2008). *Arteterapie s mentálně postiženými*. Praha: Portál.

Votava, J. a kol. (2003). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Zelesiová, J. (2007). *Muziloterapie*. Praha: Portál.

Periodika:

Dvořáková, H. (2009). *Arteterapie: pomoc umění*. Psychologie dnes 6/2009, s. 46-48, ISSN 1212-9607.

Internetové zdroje:

<http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni>, 17.3. 2011

<http://www.muzickaskola.cz/terap.htm>, 17.3. 2011

<http://alkohol-alkoholismus.cz/ukazky-z-knih/zaklady-arteterapie-sickova-fabrice-jaroslava-ukazka-z-knihy-arteterapie-s-mentalne-postizenymi>, 20.3. 2011

<http://naposledy.blog.cz/0901/ergoterapie-tri-zlata-pravidla>, 21.3. 2011

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>, 28.3. 2011

<http://naposledy.blog.cz/rubrika/dusevni-porucha>, 17.3. 2011

<http://sk.wikipedia.org/wiki/Psych>, 23.3. 2011

http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_270.pdf, 15.3. 2011

http://www.ergoterapie.org/Events_List.aspx, 16.3. 2011

<http://www.job-asistent.cz/cs/34-kdo-jsme.aspx>, 30.3. 2011

<http://www.sons.cz/docs/e-bariery>, 12.5. 2011

<http://www.boifedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy>, 12.5. 2011

Seznam příloh:

Příloha č. 1:	Levels of Retardation
Příloha č. 2:	ADL
Příloha č. 3:	IADL
Příloha č. 4:	MMSE
Příloha č. 5:	Foto 1
Příloha č. 6:	Foto 2
Příloha č. 7:	Foto 3
Příloha č. 8:	Foto 4

Přílohy:

Příloha č.1:

Table 4.3 LEVELS OF RETARDATION

Classification	IQ Range	When Identified	Adaptive Behavior As Adult
Profound	Less than 20/25	Infancy	<p>Independent functioning</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Requires total supervision ■ Dependent upon others for personal care <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Very minimal language ■ Occupation ■ Minimal participation
Severe	20/25–35/40	Early childhood	<p>Independent functioning</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Can contribute partially to self-care with total supervision <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Care engage in simple conversation ■ Recognizes signs and selected words <p>Occupation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ May prepare simple foods, can help with simple household tasks, e.g., bed making, vacuuming, setting and clearing table ■ Requires much supervision
Moderate	35/40–50/55	Early childhood	<p>Independent functioning</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Feeds, bathes, and dresses self; prepares simple foods for self and others; able to care for own hair (wash and comb) ■ May function semi-independently in supervised living situation <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Carries on simple conversation, uses complex sentences; recognizes words, reads sentences, ads, and signs with comprehension <p>Occupation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ May do simple routine household chores (dusting, garbage, dishwashing); prepares food requiring mixing ■ May function in supported employment or sheltered workshop setting ■ Can learn some functional living skills: shopping, using post office, laundry
Mild	50/55–70/75	Elementary school	<p>Independent functioning</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Exercises care for personal grooming, feeding, bathing and toileting; may need health or personal care reminders; may need guidance and assistance when under unusual social or economic stress <p>Occupation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prepares meals, perform everyday household tasks ■ Can hold semi/skilled or simple skilled job

Příloha č.2:

Jméno klienta: Datum vyšetření:

Barthelův test základních všedních činností – ADL
(activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
2. oblékání	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
3. koupání	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
4. osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí	5
	b) neprovede	0
5. kontinence stolice	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	a) plně kontinentní	10
	b) občas inkontinentní	5
	c) trvale inkontinentní	0
7. použití WC	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	a) samostatně bez pomoci	15
	b) s malou pomocí	10
	c) vydrží sedět	5
	d) neprovede	0
9. chůze po rovině	a) samostatně nad 50 m	15
	b) s pomocí 50 m	10
	c) na vozíku 50 m	5
	d) neprovede	0
10. chůze po schodech	a) samostatně bez pomoci	10
	b) s pomocí	5
	c) neprovede	0
12. sluch	a) slyší dobře běžnou řeč	10
	b) dobře hlasitou řeč nebo odezírá	5
	c) špatně hlasitou řeč, nebo neslyší	0
13. zrak	a) vidí dobře (včetně brýlí)	10
	b) dobře na 1 oko nebo na obě oči vzdálenost větší než 1m	5
	c) nevidí ani do 1 metru (maximálně počítá prsty před očima)	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů: vysoce závislý
- 45 – 60 bodů: závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů: lehká závislost
- 100 bodů: nezávislý

Příloha č.3:

**Jméno
klienta:**

**Datum
vyšetření:**

Test instrumentálních všedních činností IADL

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. telefonování	a) vyhledá samostatně číslo, vytočí je b) zná několik čísel, odpovídá na zavolání c) nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	a) cestuje samostatně dopravním prostředkem b) cestuje, je-li doprovázen c) vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	a) dojde samostatně nakoupit b) nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby c) neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	a) uvaří samostatně celé jídlo b) jídlo ohřeje c) jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
5. domácí práce	a) udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací b) provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu c) potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	a) provádí samostatně a pravidelně b) provede pod dohledem c) vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	a) samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty c) léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
8. finance	a) spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje b) zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi c) neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

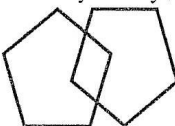
- 0 – 40 bodů: závislý v IADL
- 45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL
- 80 bodů: nezávislý v IADL

Příloha č.4:

Jméno
klienta:

Datum
vyšetření:

Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte klientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <p>a) Který je teď rok? b) Které je roční období? c) Můžete mi říci dnešní datum? d) Který je den v týdnu? e) Který je teď měsíc? f) Ve kterém jsme státě? g) Ve které jsme zemi? h) Ve kterém jsme městě? i) Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? j) Ve kterém jsme poschodí?</p>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Všípivost Vyzvěte klienta, aby opakovl 3 předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakovl. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Vyzvěte klienta, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93 – 86 – 79 – 72 – 65). Skončete po 5 odečtech. Každou správnou odpověď hodnoťte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách.</p>	5
<p>4. Výbavnost Vyzvěte klienta, aby opakovl 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <p>a) Ukažte klientovi dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu. b) Vyzvěte klienta, aby po Vás opakovl „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnoťte jedním bodem. c) Dejte klientovi třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod. d) Dejte klientovi přečíst kartu s nápísem „Zavřete oči“. Započítejte 1 bod za zavření očí. e) Vyzvěte klienta, aby napsal smysluplnou větu. 1 bod za větu obsahující podmět a přísudek, která dává smysl. f) Vyzvěte klienta, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
	
Celkové skóre	Max. 30 bodů
<p>Hodnocení: Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu (delirium nebo demenci). Test má senzitivitu 87 % a specifitu 82 %.</p>	

Příloha č.5:



Příloha č.6:



Příloha č.7:



Příloha č.8:

