

# POHĽAD NA PRACOVNÚ TERAPIU

## VIEW OF WORK THERAPIES

MONIKA MAČKINOVÁ., VLADIMÍR MASARYK., ANNA LESŇÁKOVÁ

### Abstrakt

Efektivita akejkoľvek terapeutickéj práce je predovšetkým záležitosťou ľudského vzťahu. Ide pri nej aj o vzťah medzi klientom a terapeutom, o umenie počúvať druhého a poskytnúť mu podporu. Práca ergoterapeuta si vyžaduje rozmer, ktorý kladie nárok nielen na jeho profesionalitu, ale i na jeho osobnosť. Predpokladom kvality práce v ergoterapeutickom procese nie je iba znalosť a využitie rôznych pracovných techník, ale celkový odborný, profesionálny prístup ku klientovi. Táto práca kladie dôraz tak na zručnosť a kreativitu ergoterapeutov ako aj osvojenie si základných psychoterapeutických vedomostí.

**Kľúčové slová:** terapeut, pracovná rehabilitácia, klient

### Abstract

The effectiveness of any therapeutic work is primarily a matter of human relationship. There is also a relationship between the client and the therapist, the art of listening to the other and providing support. The work of an occupational therapist requires a dimension that demands not only his professionalism but also his personality. The assumption of the quality of work in the ergotherapeutic process is not only the knowledge and use of different working techniques, but overall professional, professional approach to the client. This work emphasizes the skills and creativity of occupational therapists as well as the acquisition of basic psychotherapeutic knowledge.

**Key words:** therapist, ergotherapy, client

### Úvod

Vznik a počiatky ergoterapie majú rovnako ako ostatné terapie svoj príbeh. V podvedomí je zakotvené, že táto terapia je pomerne mladá a nová, ale nie je to celkom pravda. Veľmi dôležitá pre vznik samotnej ergoterapie bola dôvera zakladateľov v pozitívny vplyv činnosti samotnej.

V Grécku Hippokrates (359 p.n.l.) a Galén (200 n. l.) odporúčali chorým fyzické cvičenia ako jeden zo spôsobov zlepšenia fyzického a duševného stavu. Hippokrates zdôrazňoval venovať sa pri liečbe „postihnutia tela a duše“ a ako samostatné liečebné formy uvádzal zápas, či jazdu na koni a práca bola určitou formou cvičenia. Galén odporúčal rybárčenie, stavanie domov, teda takmer akúkoľvek činnosť, pri ktorej by „zručný aj menej obratný človek udržal svoju životaschopnosť“ (Krivošíková, 2011, s. 67).

Podľa Galéna práca najlepšie vylieči náš ľudský charakter a je jednou zo základných pilierov ľudského šťastia. O 500 rokov neskôr sa začal Cornelius Celsus venovať prevencii, do ktorej zahŕňal pracovné cvičenia v rámci zachovania zdravia. Jednalo sa napríklad o cvičenie so zbraňami, beh, chôdzu či plavenie sa na lodi.

Prvý raz v histórii bola ergoterapia ako cielená liečebná metóda použitá francúzskym psychiatrom Dr. Philippom Pinelom. Využíval je predovšetkým pri liečbe osôb s duševnou chorobou a zaslúžil sa tiež o zmenu pohľadu na takto chorého jedinca. Dovtedy sa pozeralo na nich ako na „nebezpečné, neliečiteľné osoby, ktoré majú byť vylúčené zo spoločnosti“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 21). Zaviedol pracovnú liečbu, ktorú popisoval ako manuálne zamestnávanie a fyzické cvičenie, ktoré bolo pacientovi predpísané. Navrhoval tiež využívať túto terapiu v nemocniciach pre duševne chorých, pretože vykonávanie daných činností pod dohľadom zaistia dobrú morálku a disciplínu.. Za konečné uzdravenie považoval návrat pacienta k jeho predchádzajúcemu zamestnaniu a vrátenie sa k jeho pôvodným záujmom.. Postupne sa táto terapia rozširovala po celej Európe (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Samostatná profesia ergoterapia vznikla v roku 1917 v USA a za jej založením stoja mnohí lekári a sestry. Spoločnosť v danej dobe bola veľmi prepojená s dedinským spôsobom života a jeho jednoduchou výrobou. Do využívaných činností môžeme vo veľkej miere zaradiť ručné a výtvarné práce (Votava, 2002 in Krivošíková, 2011). Pomerne rýchlo boli zakladané ergoterapeutické školy a organizácie, ktoré pomáhali vytvárať štandardy, uznávanie kvalifikácie a publikovanie článkov (Krivošíková, 2011).

V päťdesiatych rokoch sa začalo stále viac ergoterapeutov uplatňovať v nemocniciach pri rehabilitáciách. Hlavným cieľom sa stáva sociálna adaptácia pacienta a jeho návrat do prirodzeného prostredia. Sú tu prvé snahy a vytvorenie terapeutického základu.

So šesťdesiatymi rokmi prišli zmeny spôsobené vplyvom humanizmu. Viedli sa diskusie o predefinovaní zmysluplnej činnosti a postavenie ergoterapie v systéme vied.

V častiach Európy, kde rozvoj ergoterapie súvisle pokračoval, môžeme pozorovať prechod od ergoterapie ako prakticky zameranej profesie, ktorá má hlavný cieľ odklonenie pozornosti

pacienta od choroby až k sformovaniu sa ako celkom samostatnej odbornosti v zdravotnej a sociálnej oblasti. Samotné osemdesiate roky sú charakteristické snažením sa o vytvorenie teoretického základu a prehĺbenie teoretického chápania celkovo. Už sa nekladie taký dôraz na ručné práce, ale skôr sa smeruje k tréningu sebestačnosti a zručnosti a k predpracovnej príprave. Väčšia pozornosť je venovaná vonkajším vplyvom, ktoré môžu ovplyvniť zdravie jedinca. Tiež sú tu snahy o rozvoj interdisciplinárnej vedeckej disciplíny, ktorá sa zaoberá predovšetkým štúdiom zamestnávania alebo činnosťami, ale súčasne je venovaná pozornosť oblastiam ovplyvňujúcim funkčný výkon človeka. Najviac je ergoterapia vyvinutá vo Veľkej Británii, Holandsku a Škandinávskych štátoch (Krivošíková, 2011).

### **Smerovanie pracovnej terapie**

Ergoterapia si kladie za cieľ dosiahnuť čo najvyššiu úroveň samostatnosti klienta. Snaží sa, aby dokázal komunikovať s okolím v potrebnej miere, bol k tomu patrične spôsobilý a v neposlednom rade sa snaží udržať kvalitu jeho života. Pokiaľ je to možné, tak sa snaží o zvýšenie tejto kvality na maximálne možnú úroveň. V rámci svojho pôsobenia sa tiež zameriava na začlenenie alebo opätovné začlenenie jedinca do spoločnosti, z ktorej bol nejakou chorobou vytrhnutý a snaží sa obnoviť jeho fyziologické, spoločenské a pracovné funkcie (Vodáková, et al., 2003)

Primárnym cieľom je pomoc osobám k uspokojivému vykonávaniu činností v oblasti starostlivosti o seba, vlastnej produktivity a samozrejme vo využívaní voľného času. Hagedornová (2000) uvádza, že súhrnne je cieľom ergoterapie: „umožniť dosiahnuť osobe kompetentnú úroveň vykonávať akúkoľvek činnosť, aktivity alebo úkony, ktoré sú pre ňu dôležité, zmysluplné alebo nevyhnutné v zodpovedajúcom prostredí, a v rozsahu, ktorý osoba pokladá za uspokojivý za predpokladu splnenia nevyhnutných kultúrnych a sociálnych noriem“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 16-17).

Cieľ, ku ktorému ergoterapia smeruje sa odvíja od individuálnych potrieb, cieľov a výsad jednotlivých klientov. Z tohto dôvodu je možné popísať výstupy ergoterapeutického pôsobenia tým, aký vplyv a prínos pre klienta majú, aký je ich vplyv na pocit naplnenia a ako prispievajú k pocitu spokojnosti.

Za hlavné ciele možno považovať podporu zdravia a duševnej pohody osôb cez zmysluplné aktivity, pomoc pri zlepšovaní schopností, ktoré osoba potrebuje pri vykonávaní základných denných činností a samozrejme trávenie voľného času. Zahŕňa aj umožnenie osobe naplňať jej sociálne role, kompletne zapojenie osoby do sociálnych aktivít v jeho prostredí. Musíme sa snažiť o zachovanie možnosti účasti na každodenných aktivitách všetkým osobám bez ohľadu na ich zdravotné postihnutie alebo znevýhodnenie.

Podľa Reedovej a Sandersovej (1983) je všeobecným zámerom ergoterapeutickej intervencie umožniť jedincovi dosiahnuť čo najlepšie funkcie a prispôbiť v oblastiach všedných denných činností, práce a voľného času. Ďalej je to snaha o ochranu pred vznikom poškodenia vždy, keď niečo také hrozí a podpora pri vykonávaní jednotlivých činností. Hlavné ciele potom podľa nich sú:

- „Zhodnotenie chovania a pôsobenia jedinca v oblastiach výkonu zamestnávania a v jednotlivých zložkách výkonu zamestnania.
- Maximálne rozvíjať a podporovať zdravie každého jedinca a vychádzať pritom jednak z jeho vlastných potrieb a ďalej z požiadaviek jeho najbližšieho okolia.
- Rozvíjať, zlepšovať, podporovať alebo udržať normálny funkčný výkon jedinca v priebehu celého jeho života.
- Zabrániť vzniku disfunkcie, napravovať alebo minimalizovať jeho disfunkčný výkon v priebehu celého jeho života“ (Krivošíková, 2011, s. 19).

Samotným výsledkom ergoterapeutického pôsobenia je teda schopnosť naučiť skôr zabudnutú či novú činnosť, pomoc jedincom pri plánovaní, organizovaní svojich činností či udržiavanie rovnováhy vo vykonávaní týchto činností a aktivít v bežnom živote. Tiež sem zahrňame využívanie alternatívnych spôsobov vykonávania činností alebo úloh a tým zrejme uľahčujeme vykonávanie činností u osôb s dočasným alebo dokonca chronickým ochorením. Nemôžeme vynechať ani odporúčenie metód a zdrojov pre nácvik jednotlivých činností či aktivít u osôb s rôznym postihnutím alebo u rizikových skupín. Pomocou vlastných vyšetrení by sme sa mali snažiť špecifikovať dané oblasti problému u jedinca a odporučiť mu prípadne technické či kompenzačné pomôcky, ktoré mu umožnia podstatne väčšiu sebestačnosť v základných denných aktivitách (Krivošíková, M., 2011).

Ergoterapia má svoje využitie nielen v medicínskych odboroch, ale nachádza svoje využitie v rôznych zariadeniach pre znevýhodnené osoby. V týchto zariadeniach plní svoju funkciu nielen v oblasti liečebnej, ale môže slúžiť a pomáhať ako istá ochrana či prevencia pred hospitalizačným syndrómom. Môžeme teda povedať, že tu má svoj veľký význam aj v oblasti psychosociálnej.

Samotné ciele ergoterapie sú teda v značnej miere závislé na spolupráci klientov a ich motivácii, ktorá sa do ich výkonov premieta, pretože jedným zo základných cieľov ergoterapie je poskytnúť možnosť vykonávať činnosti, ktoré on sám považuje vo svojom živote za dôležité a potrebné. Veľmi dôležitý je súlad a spolupráca medzi ergoterapeutom a klientom, pretože len v tom prípade spoločne dokážu stanoviť ciele ergoterapie, ktoré budú mať skutočne zmysel.

## **Predmet ergoterapie**

Ergoterapia čerpá z lekárskejších, ale aj sociálnych vied. Zameriava sa na rovnováhu, prirodzenosť, formy a kontext zamestnávania v priebehu života jedinca. Skúma, aký vplyv majú choroby na schopnosť vykonávať jednotlivé činnosti a ako dosiahnuť rovnováhu medzi schopnosťami danej osoby, požiadavkami na jednotlivé činnosti a vplyv prostredia (Greek, 2003 in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Primárnou potrebou jedinca je mať možnosť vykonávať činnosti, ktoré vykonával rád, alebo ktoré potrebuje vykonávať. Zabránenie možnosti zúčastniť sa jednotlivých každodenných aktivít môže mať negatívny vplyv na vývoj daného jedinca a môže prispieť k spomaleniu jeho vývoja a strate funkčných schopností. Narastá jeho závislosť na okolí a celkovo sa zhoršuje aj kvalita jeho života. Už v roku 1922 Meyer uvádza, že „ergoterapia potvrdzuje fakt, že zásadný vplyv na zdravie a pohodu jedinca má činnosť, ktorou sa zamestnáva. Je to práve zamestnávanie, ktoré robí život zmysluplným“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 46)

## **Hlavné oblasti ergoterapie**

Odlíšny cieľ a zdôvodnenie môže mať každá činnosť. Na základe typu používaných činností rozoznávajú pät' oblastí ergoterapie. Rozdelenie vychádza z pôvodnej klasifikácie oblastí ergoterapie podľa Pfeiffera (1997):

### **Ergoterapia zameraná na nácvik všedných denných činností (ADL)**

Hlavnou úlohou tejto oblasti je zvládnuť sebestačnosť, či nácvik bežných denných úkonov, ako sú napríklad obliekanie, umývanie, používanie toalety. Ochorenie je pre pacienta často situáciou, kedy prestane mať možnosť byť samostatným a značne sa obmedzí jeho nezávislosť. Sú to v podstate denné aktivity, ktoré sa viažu na základné fyzické funkcie a spoludotvárajú každodenný život človeka. Tieto základné činnosti nazývame bazálne a ich typickým spoločným znakom je, že sú vykonávané bezprostredne v domácom prostredí. Ďalej sem môžeme zaradiť inštrumentálne aktivity, ktoré sa odohrávajú v širšom sociálnom prostredí. Býva uplatňovaná predovšetkým metóda aktívneho prístupu pre zlepšenie postihnutej funkcie a pasívny prístup, ktorého zmysel spočíva v úprave prostredia a využívania kompenzačných pomôcok, ktoré slúžia k zlepšeniu sebaobsluhy, písaniu a komunikácii. Významnú úlohu hrá aj samotné prostredie, kde sa odohráva nácvik denných činností. Prirodzené prostredie je nenahraditeľné, ale často musí byť nahradzované ergoterapeutickou miestnosťou. Významná je tiež spolupráca všetkých odborníkov rehabilitačného tímu.

### **Ergoterapia zameraná na nácvik pracovných zručností**

Táto oblasť sa najviac zameriava na osoby v produktívnom veku a dospelujúceho jedinca. Hlavným cieľom je zistenie, či sa daná osoba s postihnutím bude môcť vrátiť k svojmu zamestnaniu, alebo nie. K tomuto zisteniu je potrebná ergodiagnostika. Hlavným zmyslom je skorý začiatok rehabilitácie. U mnohých jedincov nebude postačujúca iba fyzikálna terapia, ale bude nutné využiť aj ergoterapiu samotnú. Aby sme mohli zvoliť vhodné postupy pre daného klienta, je nutné sa informovať o následkoch a aké zostávajú možnosti začlenenia jedinca späť do pôvodného zamestnania, alebo či je tu možnosť rekvalifikácie. Samotné ergoterapeutické činnosti sprostredkovávajú svojim spôsobom pracovnú činnosť a zabraňujú tak odvyknutiu si od základných pracovných návykov. Majú tiež určitý pozitívny vplyv na jedincovu celkovú kondíciu. Najdôležitejšie je začať s terapiou čo najskôr a v čo najkratšom čase od vzniku postihnutia a aby bola začatá ucelená rehabilitácia.

### **Ergoterapia zamestnávaním**

V podvedomí verejnosti je tretia oblasť asi najznámejšia, pretože je historicky najstaršia. Základnou úlohou tejto oblasti je odpútavanie pozornosti od seba samotného a snaha vyhnúť sa nepriaznivým vplyvom daného postihnutia na duševný stav človeka., Cieľom je vykonávať také činnosti, ktoré klienta tešia, baví ho, sú pre neho zmysluplné a prospešné, Z tohto dôvodu je dôležité, aby sme klienta poznali a vedeli, čo má rád a čo ho baví. Tým by sme mali jeho pozornosť zamestnať natoľko, že na pesimistické myšlienky týkajúce sa jeho choroby a obmedzenia tým spôsobené nebude priestor. Samozrejme veľmi dôležitá je správna a dobrá motivácia. Mali by sme sa snažiť zostaviť taký program, ktorý bude v rámci možností daného obmedzenia rozvíjať jeho pohybový aparát nenásilnou formou. Môžeme využiť mnohé ručné práce, pletenie, tkanie, prácu s hlinou a ďalšie činnosti rozvíjajúce motoriku. Tiež sa sem dajú zaradiť rôzne spoločenské hry, ktoré má klient rád. Táto forma ergoterapie je často vykonávaná v skupinách, ale nie je to pravidlo. Stále častejšie sa objavuje spôsob vykonávania tejto činnosti ako práce v rôznych skupinkách s konkrétnym zameraním, napríklad keramické dielne, šitie, varenie.

### **Ergoterapia funkčná**

V rámci tejto oblasti sa snažíme predovšetkým dosiahnuť čo najlepšie fyzické a psychické funkcie. V prípade trvalého postihnutia nacvičujeme rôzne alternatívne funkcie v rámci postihnutého orgánu, teda kompenzujeme. Návik musí byť individuálne priradený, aby nedošlo k preťaženiu či ďalšiemu poškodeniu. Niektorí autori túto oblasť označujú ako cieľenú, iní ako orgánovú ergoterapiu, ktorá je cielene zameraná na zlepšenie postihnutej časti tela. Jej zameranie sa delí podľa požadovaného účinku na tri základné oblasti:

- Senzomotorickú zložku činnosti (napr. zlepšenie svalovej koordinácie, zlepšenie koordinácie oko – ruka, atď.).
- Kognitívnu zložku (napr. pozornosť, pamäť, orientácia, atď.).
- Tréning psychosociálnej zložky činnosti (napr. ovplyvnenie sociálnej interakcie, sebaovládania, atď.).

Dôležitou zložkou pre uplatnenie tejto formy je dobrá znalosť psychológie človeka, kineziológie a pohybového aparátu.

### **Ergoterapia zameraná na poradenstvo**

Môžeme povedať, že novodobou a stále viac dôležitou predovšetkým v posledných rokoch sa stáva oblasť poradenská. Je to z dôvodu rastúceho obsahu informácií, ktoré majú súvislosť s konkrétnym ochorením, ale tiež môžeme hľadať súvislosť v meniacom sa chápaní rehabilitácie, keď je všetko ponechávané v rukách odborníkov. Najdôležitejším cieľom tejto oblasti je venovať pozornosť rodine a samotným jedincom poskytnúť pomoc pri riešení rôznych neočakávaných a negatívnych situáciách. Môžeme tu hovoriť o preventívnom charaktere, kedy ergoterapeuti poskytujú inštrukcie k rôznym spôsobom života, ktoré môžu viesť k daným poruchám či postihnutiam. Ich hlavnou úlohou je teda zabrániť ich vzniku. Najviac využívané je poradenstvo technické, ktorého hlavnou náplňou je odporúčenie, vyskúšanie a popri prípade úprava kompenzačnej či technickej pomôcky. Môže sa jednať o takmer akúkoľvek pomôcku, ktorú klient využíva. Sociálne poradenstvo môže navrhnúť vhodné aktivizačné programy, ktoré sú poskytované neziskovými organizáciami rôznych typov. V oblasti zdravotného poradenstva sa venuje oblasti prevencie vzniku komplikácií u osôb, ktoré sa samostatne nemôžu pohybovať a osôb s reumatickými problémami. Pri poradenstve je veľmi dôležitá spolupráca odborníkov, a aby každý konal podľa svojich profesijných možností (Krivošíková, 2011).

### **Hodnotenie v pracovnej terapii**

Hodnotenie klienta z rôznych hľadísk je veľmi dôležitou súčasťou komplexného ergoterapeutického procesu. Jednotlivé závery špecifických hodnotení pomáhajú ergoterapeutom zostaviť liečebný plán podľa potrieb konkrétnych klientov tak, aby bol účelný a zameriaval sa na oblasti smerujúce k maximálnemu rozvoju jedinca (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Pre kvalitné hodnotenie je nevyhnutné, aby ergoterapeut spĺňal základné podmienky, ktorými sú potrebné vedomosti týkajúce sa jednotlivých chorôb, podnetoch spôsobujúcich dané choroby, ich priebeh a poznal možné prognózy. Ďalej je dôležité, aby sa ergoterapeut orientoval v jednotlivých metódach určených k zhromažďovaniu informácií a dát a aby bol

schopný ich patrične využiť. Ďalšou dôležitou podmienkou je schopnosť adekvátneho vykonania hodnotenia po jeho dobre zváženom výbere. (Krivošíková, 2011)

Medzi základné dôvody, kvôli ktorým vykonávame jednotlivé hodnotenia, môžeme zahŕňať podľa Krivošíkovej (2009):

- „Ergoterapeutická diagnostika – hodnotením definujeme pôvod a rozsah klinických problémov v jednotlivých oblastiach výkonu zamestnávania (sebestačnosť, pracovné činnosti, hry a záujmové činnosti).
- Identifikácia jednotlivých potrieb – hodnotením zisťujeme súčasnú funkčnú úroveň klienta a teda možný potenciál pre ergoterapiu.
- Ciele a plánovanie – pomocou hodnotenia stanovujeme ciele a priority ergoterapie v liečbe a ďalej stanovujeme ergoterapeutický liečebný plán.
- Porovnávanie údajov – hodnotenie umožňuje porovnávanie získaných údajov zo vstupného hodnotenia s údajmi z priebežného či záverečného hodnotenia. Ďalej umožňuje sledovanie vývoja zdravotného stavu klienta, poprípade tiež stanovenie inej stratégie liečby.
- Sledovanie účinnosti (efektívnosti) ergoterapeutickej liečby alebo použitej therapeutickej metódy“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 142). V ergoterapii sa najčastejšie hodnotí spôsob, ktorým je jedinec schopný zvládať rôzne zamestnávania a to konkrétne schopnosť postarať sa sám o seba, ako dokáže byť produktívny a aké sú jeho záujmy. Ďalej je venovaná pozornosť jeho funkčným schopnostiam, ale aj problémom, ktoré nastávajú pri samotnej práci, či a aký veľký vplyv majú na schopnosť jedinca fungovať v zamestnaní. Pre samotného ergoterapeuta je nevyhnutné, aby mal čo najviac informácií o klientovi vrátane jeho sociálneho prostredia, ktoré zahŕňa návyky v rodine a životný štýl rodiny. Pre plánovanie dlhodobých terapeutických cieľov sú uvádzané údaje veľmi významné.

Hodnotenie prebieha v rôznych fázach liečby. Podľa fázy terapie, v ktorej dané hodnotenie prebieha, môžeme rozlíšiť štyri typy. Prvým a základným typom je vstupné hodnotenie. Hlavným zámerom je zoznámenie sa s potrebnými informáciami pre naplánovanie liečebného programu. Dané informácie nám umožnia zoznámiť sa so schopnosťami jedinca, poprípade s jeho obmedzeniami či nedostatkami a tiež s jeho vlastnými potrebami. Priebežné hodnotenie je vykonávané v priebehu liečby a cieľom je sledovať či dochádza k výrazným zmenám v situácii konkrétneho jedinca, či pozitívnym zmenám v rámci jeho zdravotného stavu. Zhodnotenie liečby po uplynutí jej obdobia či jej úplného ukončenia nazývame záverečné. V rámci tohto hodnotenia môžeme odporučiť nadväzujúce postupy liečby. Uviesť treba tiež kontrolné hodnotenie, ktoré je dôležité v zmysle hodnotenia celkových zmien klienta, ktoré nastali po ukončení liečby (Krivošíková, 2011).



Jednotlivé zámery či účely rozdeľujú hodnotenia na ďalšie tri skupiny. Prediktívne nám svojim spôsobom umožňuje predpovedať možnú úroveň výkonu jedinca, ktorú môže v budúcnosti dosiahnuť. Pre overenie výkonu sa využíva hodnotenie diskriminačné. Toto je používané najmä za účelom porovnania výkonu v rámci diagnostiky. Posledným typom je deskriptívne či formatívne, ktoré nám stanovuje aktuálny funkčný stav jedinca.

V samotnom hodnotení je nutné si uvedomiť, že nie je možné absolútne zmeranie, pretože jedinec sa v priebehu života neustále mení. V rámci oblasti dysfunkcie je dôležité zamerať sa na odhadnutie úrovne, ktorú je jedinec schopný po ochorení opäť dosiahnuť. Takáto schopnosť je často veľmi individuálna a je nutné rozvíjať každú oblasť, v ktorej je vidieť potenciál. Každý deň vykonávame určité činnosti a je nutné, aby sme si ich naplánovali takým spôsobom, ktorý bude pre nás najlepší po všetkých stránkach. V prípade nesprávne zvolených aktivít v jednotlivých častiach dňa to môže narušovať rovnováhu činností. Pri hodnotení by mal ergoterapeut sledovať aj túto oblasť a mal by poskytnúť pomoc pri ich úprave a vyplňovaní voľného času. Naplnenie potrieb jedinca je tiež súčasťou hodnotení, pri ktorých je dôležité hodnotenie návykov a plnenie sociálnych rolí, ktoré sa od neho očakávajú. Tiež nesmieme zabudnúť na jednu z najdôležitejších zložiek a to je samotná motivácia jedinca. Je nutné zhodnotiť, či má dostatok vlastnej motivácie, či sú jeho potreby dostatočne uspokojované a tie, ktoré nie sú, tak do akej miery odpútavajú jeho pozornosť od daných cieľov liečby. Motivácia zodpovedá aj za zhodnotenie jednotlivých činností klienta, či majú pre neho nejaký zmysel a význam (Krivošíková, 2011).

### **Ergoterapeutický proces**

Ergoterapeutický proces je špecifický plán, ktorý je uskutočňovaný so zámerom cielenej liečby klienta. Vystihuje podstatu práce ergoterapeuta a poskytuje mu akúsi oporu pri jej organizácii. Schopnosť klinického rozhodovania je jedna z nevyhnutných vlastností, ktorú by mal mať každý ergoterapeut. Samotný proces je z veľkej časti postavený na riešení problémov a je teda nevyhnutné byť schopný danú situáciu adekvátne riešiť. Ergoterapeuti, ktorí sú v praxi už dlhšiu dobu, majú túto schopnosť často už zautomatizovanú a priebeh je úplne spontánny. Podľa Krivošíkovej (2011) základnými krokmi ergoterapeutického procesu sú príjem, plánovanie a hodnotenie (zahŕňa skrining aj vyšetrenie). Šebestová (2013) správne uvádza, že ergoterapia je liečebná zložka sociálnej rehabilitácie a predstavuje najmä preventívne, podporné a liečebné fyzioterapeutické postupy a metódy, ako aj farmakoterapeutickú liečbu, liečebnopedagogickú intervenciu a psychosociálnu rehabilitáciu. Liečebné terapie môžu v zariadeniach sociálnych služieb vykonávať iba odborní špecializovaní pracovníci ako napr.: fyzioterapeuti, psychoterapeuti, špeciálni pedagógovia,

liečební pedagógovia, logopédi, maséri a pod. ktorí patria v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti do kategórie zdravotných pracovníkov, alebo kategórie iných zdravotníckych pracovníkov.

Ergoterapia podľa popisu Jelínkovej, Krivošíkovej, Šajtarovej (2009) prebieha nasledovne:

### **1. Úvod – orientácia:**

To, ako skupina začne, môže ovplyvniť celý jej ďalší vývoj. V prvej časti sa ergoterapeut snaží získať o skupine a jednotlivých členoch určitú predstavu. Členovia skupiny sa spolu s ergoterapeutom zamýšľajú nad náplňou práce a nad svojimi očakávaniami. Veľmi prínosná je úzka spolupráca s ostatným personálom. V úvodnej časti je vhodné využiť niektoré formy relaxačných cvičení, alebo cvičení, ktoré posilňujú vzájomnú dôveru, pokiaľ je to potrebné. Skupina by mala byť informovaná o tom, aký program ich čaká, čo je pre nich pripravené, s akým materiálom budeme pracovať, prípadne čo ich čaká v rámci edukácie. Akákoľvek aktivita musí byť realizovaná na báze dobrovoľnosti a vlastného výberu klientov.

### **2. Zahrievacie kolo:**

Táto časť sa čiastočne prekrýva s úvodnou časťou terapie. Ergoterapeuti do tejto fázy vkladajú napr. fyzické cvičenia alebo krátke rozcvičky, ktoré skupine dodajú energiu. Často sa používajú zábavné činnosti, ktoré umožňujú relaxáciu a uvoľnenie s postupným motivovaním k činnosti. Vhodné sú rébusy, tajničky, či rôzne testy.

### **3. Hlavná časť – činnosť:**

Táto časť je spolu s nasledujúcou diskusiou najdôležitejšia, pretože sa v nej naplňajú stanovené ciele – jednak skupinové, jednak individuálne. Hlavnej časti skupinovej terapie treba venovať dostatočné množstvo času. Ergoterapeut by si mal dopredu naplánovať, čo bude so skupinou robiť. Je vhodné, aby bol ergoterapeut schopný svoj plán buď čiastočne, alebo úplne zmeniť. Môže sa stať, že ergoterapeut si pripraví plán, na ktorý nebudú mať klienti v danú chvíľu náladu, alebo sa im nebude páčiť. Je tu preto potrebná vysoká miera kreativity a flexibility. Téma by mala byť členom skupiny zrozumiteľne vysvetlená, súčasne je však potrebné, aby k činnostiam a aktivitám pristupovali osobitne.

### **4. Diskusia a spätná väzba:**

Diskusie je veľmi dôležitá nielen na začiatku (diskutovanie o priebehu aktivít ergoterapie), ale aj počas samotnej realizácie aktivít (diskutovanie o postupe práce, o alternatívach, komunikácia v rámci skupiny a pod.), či po ukončení ergoterapie. Ergoterapeut by však nemal nikoho nútiť, aby o svojej práci, či pocitoch hovoril. Táto časť musí byť opäť založená na báze dobrovoľnosti. Spätná väzba je dôležitá nielen pre účastníka ergoterapie, ale aj pre samotného ergoterapeuta. Na jej základe môže svoju prácu vhodne korigovať, meniť,

rovnako, ako aj seba a svoj prístup ku klientovi. V rámci tejto fázy je dôležité vystaviť na viditeľné miesto všetky práce, nesmie chýbať pochvala, uznanie a poďakovanie za spoluprácu. Vtedy sa u mnohých prejaví prirodzená radosť z vykonanej aktivity.

### **5. Zakončenie a záver:**

Ukončenie je rovnako dôležité ako začiatok. V každej skupine sa vytvorí určitá atmosféra, panuje v nej určitá dynamika skupiny, so všetkým je potrebné vhodne pracovať a zároveň vhodne ukončiť terapiu. Môžu sa tiež využiť rôzne relaxačné cvičenia. Na záver je vhodné oboznámiť klientov, čo ich čaká nasledujúci deň. Snahou je pôsobiť motivačne, aby sa tešili na ďalšie stretnutie.

Vychádzajúc z Maslowovej teórie potrieb, je možné uviesť štyri základné dôvody motivujúce ľudí k práci:

- Utilitárne dôvody – napr. zarobiť si peniaze, zabezpečiť rodinu, vlastná existencia, úspech a pod.,
- Práca je potešením – práca sa stáva potešením pre prácu samotnú. Človek vníma prácu ako zábavu, nie je dôležitá odmena, plat,
- Sociálna interakcia – práca ako prostriedok na stretávanie ľudí. Ak dominuje tento dôvod, práca uspokojuje predovšetkým sociálne potreby, potreby kontaktu s druhými. Dokonca pre niektorých jedincov môže byť práca hlavným zdrojom interakcie,
- Realizácia človeka – človek nehľadá len potešenie v práci, ale i svoju vlastnú realizáciu. Oveľa viac premýšľajú o tom „prečo“, vnímajú prácu v súvislostiach svojho života, chcú vydať zo seba to najlepšie, chcú byť užitoční. (Pirohová, 2006, s. 42-43).

Predpokladom úspešnosti ergoterapie je podchytenie a plánované rozvinutie tých daností a schopností človeka, ktoré nie sú obmedzené a deformované. Je empiricky dokázané, že zdravotne postihnutí jedinci sú v individuálnej miere vybavení výraznými vlohami pre špecifické činnosti. Napríklad ľudia s mentálnym postihnutím sú manuálne zruční a esteticky citiaci (Floreková, 2009).

### **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

FLOREKOVÁ, S. 2009. *Sociálna integrácia mentálne postihnutých do spoločnosti*. Prešov, 2009. 102 s. Diplomová práca ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove, VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. Bratislava na katedre sociálnej práce. Školiteľ diplomovej práce Mária Kovárová.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., a L. ŠAJTAROVÁ., 2009. *Ergoterapie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

PFEIFFER, J., 1989. *Ergoterapie II*. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1989, 196 s. ISBN 80-7013-020-2.

PFEIFFER, J., 1990. *Ergoterapie II*. Učebnice pro zdravotnické školy, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 172 s. ISBN 80-201-0004-0.

PIROHOVÁ, I. a V. FRK., 2006. The professionalization of educators for further Professional training of adults. In: SZEMPRUCH, J. (Ed.): *Edukacja wobec wyzwań i zadań współczesności i przyszłości*. Rzeszów : Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006, s. 513 – 519. In: PIROHOVÁ, I., 2006. *Diagnostika v teorii a praxi edukácie dospelých*. Prešov : Akcent Print, 2006.

ŠEBESTOVÁ, P. 2013. *Sociálna rehabilitácia v kontexte zákona o sociálnych službách..* In *Aktívne a zdravé starnutie – dôstojný život seniorov v 21. storočí: zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Nemšová, 2013. Trnava: UCM FSV, 232 s. ISBN 978-80-8105-455-6

VODÁKOVÁ, J., et al. 2003. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie: Pro studenty pedagogických fakult*, 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003, 90 s. ISBN 80-7290-113-3.

## **KONTAKT**

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Katedra sociálnej práce Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Email. mackinova@fedu.uniba.sk

MUDr. Vladimír Masaryk, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej Univerzity v Ružomberku

prof. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej Univerzity v Ružomberku