

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Ergoterapie



**Anna Kristina Fürstenzellerová**

**Využití kreativních technik v ergoterapii**

The Use of Craft and Creative Arts in Occupational Therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Bc. Jitka Sýkorová

Praha, 2022

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Bc. Jitce Sýkorové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a za zprostředkování odborné praxe na Klinice rehabilitačního lékařství.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

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

V Praze, 2. května 2022

Anna Kristina Fürstenzellerová

Podpis studenta

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

FÜRSTENZELLEROVÁ, Anna Kristina. Využití kreativních technik v ergoterapii. [The Use of Craft and Creative Arts in Occupational Therapy]. Praha, 2022. 134s., 11 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Bc. Jitka Sýkorová.



## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno, příjmení: Anna Kristina Fürstenzellerová**

**Vedoucí práce: Mgr. Bc. Jitka Sýkorová**

**Název bakalářské práce: Využití kreativních technik v ergoterapii**

### **Abstrakt bakalářské práce:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou užívání kreativních technik v ergoterapii. Kreativní techniky jsou s ergoterapií spojeny již od vzniku profese. Umělecké a řemeslné činnosti byly jedny z prvních smysluplných činností, které terapeuti ve své práci využívali. Jednalo se také o první aktivity, u kterých ergoterapeuti začali využívat odbornou analýzu činnosti. S vývojem profese a společnosti se však postavení kreativních technik v ergoterapii proměnilo. Dnes je zařazování tvořivých činností do terapie tématem, které ergoterapeuty rozděluje. Někteří vnímají kreativní techniky pouze jako historickou součást profese a jako zastaralé a přežitě je ve své práci odmítají. Druzí v nich vidí potenciál a hledají způsoby, jak je smysluplně začlenit do rehabilitačního plánu svých pacientů.

Bakalářská práce poskytuje pohled na kreativní techniky jako na terapeutický prostředek. Všímá si zapojení těchto činností v oboru v minulosti, snaží se popsat současnou situaci a pojmenovat problémy, které ergoterapeuti při zařazování těchto činností do terapie vnímají. Cílem práce bylo popsat prevalenci kreativních technik a zjistit, jak často a jakým způsobem ergoterapeuti v České republice tyto techniky využívají. Výzkum byl realizován formou internetového dotazníku, který zodpovědělo 106 respondentů a podle nějž podstatná část 55,66 % kreativní techniky do své práce s pacienty zařazuje.

Práce zkoumala využitelnost kreativních technik v terapii dospělých pacientů po cévní mozkové příhodě, u kterých došlo k rozvoji hemiparézy. Přínos kreativních technik k zapojení parietické horní končetiny a její úchopové funkce byl pacienty hodnocen prostřednictvím zpětnovazebného dotazníku. Součástí příloh je také popis realizované kreativní aktivity prostřednictvím kazuistiky pacientky, analýza tvořivé činnosti a fotodokumentace výrobků.

**Klíčová slova:** kreativní techniky, výtvarné činnosti a tradiční řemesla, ruční práce, kreativní činnosti, rukodělné činnosti nebo výtvarné techniky, ergoterapie, analýza činnosti, získané poškození mozku, cévní mozková příhoda

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno, příjmení:** Anna Kristina Fürstenzellerová

**Vedoucí práce:** Mgr. Bc. Jitka Sýkorová

**Title:** The Use of Craft and Creative Arts in Occupational Therapy

### **Abstract:**

The bachelor thesis addresses the topic of Arts and Crafts in occupational therapy. Arts and Craft are linked with the profession from its beginnings. Craft activities were one of the first meaningful occupations the occupational therapists ever used in their work. These activities were also the first occupations expertly analyzed by occupational therapists. As the society evolved, the role of arts and crafts in occupational therapy changed. Today, the use of Arts and Crafts in therapy is a controversial topic that divides occupational therapists. Some see Arts and Crafts only as a historical part of the profession, outdated and anachronistic, and refuse to use them in their work. Others feel their potential and try to find ways of purposefully including them in their patients' rehabilitation plans.

The bachelor thesis presents a view of Arts and Crafts as a therapeutic tool. It charts the inclusion of these activities in the history of the profession and describes the current situation. It also identifies the problems that occupational therapists face when including these activities in their therapy. The aim of the study was to describe the prevalence, frequency and purpose of the use of creative activities in occupational therapy in the Czech Republic. The research was carried out by an internet based survey that collected responses from 106 respondents, out of whom a majority (55,66 %) includes crafts in their work with patients.

The thesis examines the use of arts and crafts in the therapy of adult patients who suffered a stroke and developed hemiparesis as a result. The integration of these techniques in the treatment of a paretic limb and its grasp function was evaluated by patients in a feedback survey. The annex features the case study of a patient, including a description of the performed creative activity and its pictorial documentation.

**Key words:** Key words: art, creative art, art therapy, creative activities, creative occupations, arts and crafts, crafts, creative crafts, craft activities, occupational therapy, activity analysis, acquired brain injury, stroke

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>3</b>
1.1 Vymezení pojmu ergoterapie, historické pozadí vzniku oboru.....	3
1.2 Moderní definice ergoterapie.....	4
1.3 Historie oboru ergoterapie ve vztahu ke kreativním činnostem.....	4
1.3.1 Vývoj ergoterapie ve světě.....	5
1.3.2 Vývoj ergoterapie na našem území v souvislosti s využíváním kreativních technik.....	10
1.4 Předmět oboru ergoterapie, cíle a prostředky.....	11
1.4.1 Cíle a prostředek ergoterapie.....	12
1.4.2 Pojem zaměstnávání.....	13
1.5 Ergoterapeutický proces.....	14
1.5.1 Analýza činnosti.....	14
1.6 Oblasti ergoterapeutické praxe a skupiny klientů v ergoterapii.....	17
1.6.1 Ergoterapie u osob s neurologickým onemocněním, zejm. u získaných postižení mozku.....	18
1.7 Kreativita, kreativní činnost a kreativní techniky.....	21
1.7.1 Vymezení pojmů.....	21
1.7.2 Vliv kreativity a kreativních činností na lidský mozek.....	26
1.8 Přínos kreativních činností v ergoterapii.....	28
1.8.1 Využití tvořivých činností při nácviku všedních denních činností.....	29
1.8.2 Využití tvořivých činností při nácviku pracovních dovedností.....	30
1.8.3 Využití kreativních technik v rámci hry a trávení volného času.....	30
1.9 Využití kreativních technik v kontextu různých terapeutických přístupů.....	31
1.10 Využití kreativních technik v rámci hodnotících metod.....	33
1.11 Dokumentování tvořivých činností.....	36
1.12 Využití tvořivých činností v rehabilitaci pacientů po CMP.....	38
1.12.1 Kreativní činnosti jako předmět odborných sporů.....	39
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
2.1 Cíle bakalářské práce.....	41



2.2	Metody sběru dat.....	41
2.2.1	Dotazník.....	41
2.2.2	Analýza činnosti.....	45
2.2.3	Realizace terapií s využitím kreativních technik.....	45
2.2.4	Kazuistika.....	46
2.3	Výstupy z praktické části.....	47
2.3.1	Závěry dotazníkového šetření.....	47
2.3.2	Analýza činnosti.....	53
2.3.3	Výstupy zpětnovazebného dotazníku.....	60
<b>3</b>	<b>DISKUSE.....</b>	<b>61</b>
3.1	Diskuse ke zpracování dotazníkového šetření.....	62
3.2	Diskuse k realizovaným skupinovým terapiím.....	66
3.3	Náměty pro další výzkum.....	68
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>69</b>
<b>5</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>72</b>
5.1	Monografie.....	72
5.2	Elektronické zdroje.....	75
5.3	Zdroje obrázků.....	78
<b>6</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>80</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>85</b>
9.1	Příloha č. 1 - Příklady jednotlivých tvořivých činností.....	85
9.2	Příloha č. 2 – Plné znění dotazníku s výsledky jednotlivých otázek.....	94
9.3	Příloha č. 3 - Grafické přílohy dotazníku.....	97
9.4	Příloha č. 4 – Výroba vánočního věnce z vizovického těsta– Analýza podle Reed a Lewin. 102	
9.5	Příloha č. 5 – Výroba vánočního věnce z vizovického těsta – Analýza pomocí myšlenkové mapy Coffey, Lamport a Hersch.....	108
9.6	Příloha č. 6 – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Herch – český překlad.....	109
9.7	Příloha č. 7 – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Herch – původní podoba.....	110

9.8	Příloha č. 8 – Kazuistika.....	111
9.9	Příloha č. 9 – Zpětnovazebný dotazník.....	120
9.10	Příloha č. 10 – Informovaný souhlas.....	121
9.11	Příloha č. 11 - Fotodokumentace skupinových terapií.....	123

## ÚVOD

Základním terapeutickým nástrojem a přirozeným motivačním prvkem v ergoterapii je smysluplná činnost. Kreativní techniky byly v rámci smysluplného zaměstnávání využívány v ergoterapii už od počátků tohoto oboru. Tyto techniky využívají širokou škálu materiálů, například papír, dřevo, přízi, textilní materiály nebo hmotu, a lze jimi rozvíjet jemnou a hrubou motoriku, stimulovat čítí, trénovat koordinaci a spolupráci horních končetin, prostorovou orientaci nebo představivost. Terapie s využitím tvořivých technik je způsobem, jak pacientovi ukázat, že spojováním jednotlivých prvků je možné vytvořit celek. Mohou tak působit jako metafora pro skutečný život – pacient vidí, jak sám svou prací přetváří surový materiál ve finální produkt, a má možnost uvědomit si, že stejným způsobem prostřednictvím snahy, práce, ale i čekání, vedení a naslouchání je možné formovat a žít vlastní život. (Tubbs, Drake, 2017, Drake, 1999)

Pojem kreativní techniky je obtížné exaktně vymezit, většinou jsou definovány prostřednictvím výčtu jednotlivých tvořivých technik. Anglosaská literatura užívá v souvislosti s kreativními technikami výrazy „art, creative art, art therapy, creative activities, creative occupations, arts and crafts, crafts, creative crafts, craft activities”. Česká literatura také není v pojmenování těchto technik jednotná, mezi často používané patří výrazy: „kreativní techniky, výtvarné činnosti a tradiční řemesla, ruční práce, kreativní činnosti, rukodělné činnosti nebo výtvarné techniky”.

Využívání kreativních technik mělo v minulosti v rehabilitaci své opodstatnění – rukodělné činnosti byly zdrojem soběstačnosti, řemeslem, potenciální výtvarnou aktivitou. V souvislosti se společenským vývojem, rozvojem průmyslové výroby a pronikáním technologií do každodenního života se mění podoba a také vnímání tvořivosti. Tvořivé a rukodělné činnosti jsou v moderní, na výkon a výsledky orientované době spíše symbolem volnočasových aktivit než skutečným zaměstnáním. Vědecko-technický pokrok ovlivnil i profesi ergoterapie. Současní ergoterapeuti mají možnost využívat moderní přístroje, programy a techniky, jejichž terapeutický efekt je doložen vědeckým zkoumáním a zařazování kreativních technik do terapie se stává předmětem odborných diskusí.

Pro mnohé terapeuty bylo terapeutické využívání kreativních technik významnou součástí historie jejich profese, ale ve vlastní praxi je odmítají. Účinky zařazení kreativních technik do terapií jsou ale také dále zkoumány. Nové poznatky o fungování lidského mozku dokládají, že zaměstnání tvořivou činností podporuje prostorové a intuitivní schopnosti nedominantní hemisféry a má vliv i na jednotlivé neurologické struktury. Vědeckými argumenty je

doloženo, že vhodně zvolené tvořivé činnosti přispívají k obnově funkčních schopností rychleji a lépe než repetitivní cvičení.

Většina ergoterapeutů se shoduje na tom, že kreativní techniky jsou platnou alternativou ostatních terapeutických technik, mají široké možnosti využití a jejich pozitivní účinky lze pozorovat v různých oblastech pacientova zdraví. Volba vhodné tvořivé činnosti by měla vycházet z pacientových zájmů a respektovat jeho kulturní a společenské prostředí.

Následující bakalářská práce je teoreticko-praktická. Teoretická část bakalářské práce uvádí historický přehled o vývoji profese ergoterapie s důrazem na její provázanost s kreativními technikami. Dále poskytuje základní informace o profesi ergoterapie – charakteristika, předmět, cíle oboru a jeho klientela. Práce blíže popisuje rehabilitaci u pacientů po cévní mozkové příhodě, zmiňuje také možnosti využití kreativních technik u těchto pacientů. Hlavní část práce je věnována kreativním technikám. Tyto techniky jsou zde blíže vymezeny a charakterizovány. Je poukázáno na využití těchto technik v rámci hodnocení pacientova výkonu, nácviku všedních denních činností, pracovních schopností a trávení volného času. Jsou jmenovány možnosti zařazení kreativních technik v rámci terapeutických přístupů a nastíněny možnosti dokumentování terapií s využitím kreativních technik. Práce zmiňuje také problematiku analýzy činnosti, která je při přípravě terapie s využitím kreativních techniky využívána. V kontextu této práce jsou výrazy klient/pacient, kreativní a tvořivé činnosti, kreativní a tvořivé techniky užívány jako synonyma.

Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit, jakým způsobem, jak často a ve kterých oblastech oboru jsou kreativní techniky využívány v České republice. Tento cíl byl realizován prostřednictvím internetového dotazníkového šetření, distribuovaného ergoterapeutům s dokončeným vzděláním podle platné legislativy. Výsledky průzkumu byly porovnány se závěry obdobných zahraničních šetření, která byla inspirací pro sestavení dotazníku.

Dílním cílem práce bylo ověřit využitelnost kreativních technik v rehabilitaci dospělých pacientů se získaným poškozením mozku. Cíl byl realizován prostřednictvím dvou skupinových terapií, které proběhly v ateliéru Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově. Při přípravě na skupinové terapie byla jako nástroj využita analýza činnosti; průběh terapií je prezentován prostřednictvím kazuistiky pacientky se získaným poškozením mozku (viz přílohy). Pacienti hodnotili přínos terapií pomocí dotazníku. Závěry tohoto hodnocení jsou zpracovány v praktické části práce a plné znění dotazníku je součástí příloh.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Vymezení pojmu ergoterapie, historické pozadí vzniku oboru

Výraz „ergoterapie“ je řeckého původu. Vznikl spojením slov „ergon”, což znamená práce, a „therapia” – léčení. Termín je běžný v některých evropských jazycích (němčina, francouzština, španělština, norština, dánština aj.) již od šedesátých let 20. století. V anglosaské literatuře se pro pojmenování profese používá pojem „occupational therapy”, který pochází z anglického výrazu „to occupy“ – být něčím zaměstnán, věnovat se něčemu. (Krivošíková, 2011; Votava, 2003)

Ačkoli bývají výrazy ergon a occupation překládány slovy práce a zaměstnávání, v kontextu ergoterapie zahrnují veškeré činnosti, které mohou vyplnit čas, jejichž provádění považuje konkrétní člověk za důležité a smysluplné. „*Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše.*” (Krivošíková, 2011, str. 13) V České republice až do sedmdesátých let 20. století pojem ergoterapie neexistoval, srovnatelná terapie byla pacientům nabízena v odděleních léčby prací (Klusoňová, 2011).

Výraz ergoterapie poprvé použil architekt George Edward Barton (1871-1923), který bývá proto pokládán za zakladatele oboru. Barton věřil, že existuje-li nemoc způsobená činností, musí existovat i léčba s využitím činnosti. Snažil se tedy pro každou nemoc, zranění nebo dysfunkci nalézt činnost, kterou by bylo možné využít v rámci léčby. V roce 1919 Barton formuloval první souvislou definici ergoterapie jako oboru: „*Occupational therapy is the science of instructing and encouraging the sick in such labors as will involve those energies and activities producing a beneficial therapeutic effect.*” „*Ergoterapie je obor, který se snaží zapojit nemocné do takových činností, ze kterých budou moci těžit a které budou mít pozitivní terapeutický efekt na jejich zdraví.*” (Reed a Sanderson, 1999).

Některé Bartonovy názory byly během let revidovány lidmi, kteří se pokoušeli svými charakteristikami zdůraznit další aspekty, určit podmínky a předpoklady pro úspěšný rozvoj oboru. Všechny rané pokusy o vymezení ergoterapie jako terapeutické disciplíny se shodovaly v tom, že zaměstnávání přispívá ke zlepšení zdraví, zvýšení kvality života a spokojenosti nemocných. (Reed a Sanderson, 1999; Krivošíková, 2011)

## 1.2 Moderní definice ergoterapie

Ergoterapie je různorodý a neustále se vyvíjející nelékařský obor, který je obtížné exaktně vymezit. Takto ergoterapii charakterizuje Rada ergoterapeutů v evropských zemích: *„Ergoterapie je léčba osob s fyzickým a duševním onemocněním nebo disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života. Při výběru zaměstnávání či činnosti ergoterapeut zohledňuje osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby. Současně zohledňuje podmínky prostředí, které vytvářejí životní styl jedince.“* (Krivošíková, 2011)

Světová federace ergoterapeutů pak definuje ergoterapii jako *„Profesi, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince („wellbeing“) prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, v němž činnost probíhá“*. (Krivošíková, 2011, str. 17)

Definice České asociace ergoterapeutů říká, že: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“* (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

Všechny moderní definice ergoterapie zdůrazňují zaměření na klienta a jeho kompetenci změnit svůj zdravotní stav. Shodují se, že ergoterapie svým působením může předcházet vzniku onemocnění a učí klienty novým činnostem a úkonům potřebným ke zvládnutí každodenních osobních či pracovních aktivit. (Krivošíková, 2011)

## 1.3 Historie oboru ergoterapie ve vztahu ke kreativním činnostem

Smysluplné činnosti a tvoření byly v rámci léčby různých skupin pacientů využívány od nepaměti. Dávní učenci byli přesvědčeni o pozitivním vlivu fyzické aktivity, práce, ale také hry na zdravotní stav člověka. Starověké egyptské papyry z doby před 3 000 lety zmiňují

využití činnostní léčby, specifických cvičení a poslechu hudby při léčení některých nemocí. (Vencovský, 1996).

Na úzký vztah mezi fyzickým stavem a duševním zdravím upozorňovali i antičtí filozofové Sókratés nebo Aristotelés. Řecký lékař Hippokrates tvrdil, že zdravotní stav člověka ovlivňuje také okolní prostředí a životospráva. Při léčení zdůrazňoval jednotu těla a mysli a pacientům kromě fyzických cvičení doporučoval i odreagování se při zápasení či jízdě na koni. Řecký lékař Galénos, který většinu života pobýval v Římě, využíval v léčbě práci na zahradě, rybaření, orání a další činnosti, které podněcovaly aktivitu a přispívaly k návratu pacientů do života. Plachtění, cvičení se zbraněmi a kreativní techniky, jako jsou tkaní, šití a výroba keramiky, byly součástí léčby i v době působení významného římského vzdělance a spisovatele Cornelia Celsia. Celsius je autorem knih o lékařství, v nichž reprodukuje názory lékařů Hippokrata a Asklépiada, kteří doporučovali neustálé zaměstnávání nemocných a předepisované činnosti diferencovali podle druhu choroby nebo postižení. (Vencovský, 1996; Krivošíková, 2011)

Metody a postupy starých Řeků a Římanů převzali ve středověku také arabští lékaři. Ibn Jazlah viděl pozitivní přínos na zdraví jedince v pravidelných léčivých koupelích a cvičení. Ve středověku bylo využívání činnosti v léčbě nahrazováno nově vzniklými radikálnějšími léčebnými postupy. (Drake a Tubbs, 2017)

### **1.3.1 Vývoj ergoterapie ve světě**

#### **Počátky ergoterapie jako samostatného oboru**

Vznik ergoterapie jako samostatného oboru podpořily změny, k nimž ve společnosti dochází v období osvícenství. Osvícenci podporovali rozvoj kritického myšlení, věd a umění, zpochybňovali dosavadní vliv církve a vytvořili tak podmínky pro další významné společenské změny, jež doprovázely průmyslovou revoluci. (Schell, 2014)

Počátky ergoterapie jako cílené léčebné metody bývají spojovány s reformou péče o psychicky nemocné pacienty neboli s takzvanou morální léčbou, jejíž principy publikoval francouzský psychiatr Philippe Pinel v roce 1801. Pinel přistupoval k pacientům empaticky, s respektem k jejich důstojnosti. Zavedl pravidelný režim dne, jehož součástí bylo také fyzické cvičení a účast na kreativních a rekreačních činnostech. Pinel vyzoroval, že nedostatek zaměstnávání vede ke zhoršování negativních myšlenek, halucinací a ostatních

příznaků nemoci. V návratu pacienta k jeho původním zájmům pak viděl šanci na uzdravení. (Schell, 2014; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Podobné přístupy u svých pacientů uplatňovali i další odborníci. Ve Spojených státech amerických působil na počátku devatenáctého století Benjamin Rush, který u svých pacientů kromě pouštění žilou zařazoval také pracovní terapii a zaměstnávání prostřednictvím tvořivé činnosti.

Principy morální léčby přinášely v léčbě psychiatrických pacientů viditelné výsledky, ale v jiných oblastech medicíny jsou v této době využívány spíše ojediněle. Zmínky o využití činností a cvičení v léčbě onemocnění svalů, kloubů nebo úrazů můžeme nalézt v díle lékaře Clémenta Josepha Tissota z roku 1780. (Hamáčková, 2006)

V průběhu 19. století začínají v mnohých psychiatrických léčebnách vznikat programy zahrnující léčbu zaměstnáváním a tvořivou činností. V roce 1910 vychází také první kniha o ergoterapii: *Studies in invalid occupation*. Její autorka Susan Tracy v ní obhazuje využití kreativních technik v léčbě. Považuje je za vhodný motivační prvek, který podporuje pacientovo uzdravení, a přesvědčivě dokládá možnosti využití tvořivé činnosti jak k léčbě onemocnění psychických, tak i k rehabilitaci fyzických postižení. (Drake a Tubbs, 2017)

Počátky ergoterapie souvisí i s řadou sociálních hnutí, která měla úzký vztah k umění a tvořivosti – *Arts and Crafts Movement*, *The Settlement House Movement* a *The Mental Hygiene Movement*. *Arts and Crafts Movement* jako hnutí socialistických umělců vzniklo v 19. století v Anglii. Jedná se o společensko-politickou reakci na neutěšenou situaci továrních dělníků a je také oslavou síly a důležitosti uměleckého vyjádření. Jedním z jeho zakladatelů byl malíř a básník John Ruskin. Ruskin byl přesvědčen, že umění má sílu změnit společnost, a považoval ho za vznešené zaměstnání, které propojuje činnosti rukou a mentální procesy. Ruskin podporoval další vizionáře, například Octavii Hill, která vytvořila bytový projekt pro nemajetné a lidi bez domova. Při své práci využívala tvořivé činnosti, o nichž věřila, že pomáhají vytvářet pocit společenství. Hnutí *Arts and Crafts* se rozšířilo i do dalších zemí (Spojené státy americké, Kanada, např.) (Freidland, 2003)

Hnutí *The Settlement House Movement* je spojováno s Toynbee Hall, osadou založenou v Londýně v roce 1884. Zakladatel tohoto hnutí, britský ekonom T. H. Green byl přesvědčen, že industrializace ničí nezávislost a přirozené společenské vztahy. V jeho komunitě měli spolužít a navzájem se ovlivňovat lidé z různých společenských tříd. Aktivita, které komunita zprostředkovávala svým členům, zahrnovaly i vzdělávání a osobní rozvoj prostřednictvím tvořivých činností. Toto hnutí podnítilo vznik podobných osad i v dalších zemích světa. Nejzřejmější propojení hnutí *Arts and Crafts* a vznikající ergoterapie jako



profese využívající k léčbě tvořivou činnost lze nalézt v Hull House v Chicagu. V této osadě byly tvořivé činnosti využívány jako podpora navazování mezilidských vztahů, nabourávání nevhodných stereotypů a začleňování imigrantů. Jejich smyslem bylo také pozvednutí ducha zdejších obyvatel. Využívány byly činnosti jako pletení, hrnčířství a výroba koberců. Osadou Hull House prošla řada budoucích ergoterapeutů, například Jessie Luther nebo Eleanor Clarke Slagle, která zde v roce 1915 založila školu pro vzdělávání ergoterapeutů. (Freidland, 2003)

Hnutí *The Mental Hygiene Movement* vychází z myšlenek morální léčby a zdůrazňuje důležitost aktivizace pacientů s psychickým onemocněním a později také imigrantů. Příznivci tohoto hnutí poukazovali na přínosnost využívání tvořivých činností v rámci jejich zaměstnávání. Upozorňovali na to, že tyto činnosti mírní stres a podporují ozdravné procesy. Účast na tvořivých aktivitách byla podle nich prospěšná při učení se novým dovednostem u dětí, ale i u dospělých, a pomáhala udržovat integritu jedince a snižovala nutnost fyzických omezení. (Freidland, 2003)

### **Vývoj ergoterapie po světových válkách**

Z hlediska vývoje ergoterapie mělo velký význam i období po první světové válce, kdy bylo třeba řešit problematiku válečných veteránů. Péče o veterány zahrnovala trénink sebeobsluhy a soběstačnosti, workshopy a nácviky pracovních činností a dovedností. (Freidland, 2003)

Vznik ergoterapie jako odborné profese je možné vymezit rokem 1917, kdy došlo ve Spojených státech amerických k založení Národní společnosti pro podporu ergoterapie (*National Society for the Promotion of Occupational Therapy*), dnešní Americká ergoterapeutická asociace (*American Occupational Therapy Association*, AOTA). Její zakladatelé architekt Goerge Edward Barton, sociální pracovnice Eleanor Clarke Slagleová a psychiatr William Rush Dunton ml. byli přesvědčeni, že zaměstnávání přispívá ke zlepšení zdraví těla i mysli. Základním nástrojem nového oboru se tak stává využití smysluplné aktivity, tvořivé činnosti a ruční výroba. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

K velkému rozvoji dochází po světových válkách, kdy se ergoterapie začíná uplatňovat i při léčbě pacientů s fyzickým onemocněním. Už během první světové války vznikaly ve Spojených státech amerických programy pro vzdělávání rehabilitačních pracovníků, účastnily se jich především zdravotní sestry. Nově vyškoleným ergoterapeutům se v tomto období přezdívalo „reconstruction aids“ a pečovali o pacienty zotavující se z tuberkulózy nebo válečných zranění. Tehdejší léčebné přístupy zahrnovaly cvičení, posilování a masáže, ergoterapeuti využívali při terapiích ruční výrobu a lidovou tvořivost.

Pozitivní efekty, které měla terapie na celkovou spokojenost a tělesné zdraví válečných veteránů, vedly k tomu, že ergoterapie začala být všeobecně přijímána. (Schell, 2014)

Vývoj světové ergoterapie v období mezi dvěma světovými válkami je spojen především s činností Americké asociace ergoterapeutů AOTA. AOTA podporovala další vývoj profese prostřednictvím pravidelných setkání svých členů a vydáváním odborných textů. Ergoterapie a léčba prostřednictvím zaměstnávání a činností se uplatňovala v péči o pacienty po chirurgických zákrocích, pacienty z oblastí pediatrie, ortopedie, psychiatrie, byla využívána také v sanatoriích pro pacienty s tuberkulózou a poliomyelitidou. Ergoterapeuti si osvojují nové techniky jako goniometrii, začínají využívat speciální pomůcky, zaměřují se na posílení oslabených svalů a zvýšení rozsahu pohybu, to vše v kombinaci s tvořivými činnostmi. (Schell, 2014; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Po druhé světové válce zaznamenala profese řadu změn. Vymezují se dvě oblasti: ergoterapie obecná a ergoterapie speciální. Obecná ergoterapie i nadále využívala prvky tvořivé činnosti. Pacienti v nemocnicích pro veterány se věnovali manuálním tvořivým činnostem – výrobě opasků, práci s kovem nebo výrobě hraček. Cílem bylo zaměstnat pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko, podpořit jejich schopnosti, hledat pro ně nové pracovní uplatnění. Pacienti si během tvoření osvojovali nové dovednosti, smyslem léčby bylo nejenom pacienty rozptýlit, pozvednout jejich náladu, ale také najít pro válečné veterány nové pracovní uplatnění a vytvořit pro takové zaměstnávání vhodné předpoklady. V rámci ergoterapie speciální začali pracovníci v diagnostice využívat nové přístupy vycházející z kineziologie. Je využíváno měření svalové síly nebo rozsahu pohybu. Vzniká potřeba analyzovat nároky jednotlivé činnosti pro správné sestavení terapie. Hodnoceny byly především nároky na rozsahy pohybů a svalovou sílu a výsledkem analýzy byla volba konkrétní činnosti odpovídající pacientovým potřebám. Terapeuti také ve spolupráci s pacienty vytvářeli nové individuálně přizpůsobené pomůcky, které byly používány v průběhu rehabilitace i dále při každodenních činnostech. (Krivošíková, 2011; Perrin, 2001)

Od třicátých let dvacátého století se ergoterapeuti snažili upevnit pozici svého oboru na poli zdravotnických profesí. Využívání tvořivých činností bylo podrobováno zkoumání a řešil se jejich vliv na fyzické faktory, jako je síla, koordinace a rozsahy pohybu, bylo poukazováno také na pozorovatelné změny psychologických aspektů, jako jsou sebevědomí, schopnost rozhodovat se a řešit problémy. Články o tvořivých činnostech zahrnovaly zmínky o analýzách těchto činností a poukazovali na to, pro koho je možné dané aktivity použít. (Thompson, 1998)

V průběhu padesátých let 20. století byla ergoterapie zařazena mezi zdravotnické profese, vyvíjela se pod vlivem medicíny a v její praxi převládá takzvaný biomedicínský model. Začaly vnikat nové metody, založené na vědeckých a medicínských důkazech. Ve čtyřicátých letech 20. století byla ve spolupráci lékaře Hermana Kabata a fyzioterapeutek Margaret Knott a Dorothy Voss vytvořena metoda proprioceptivní neuromuskulární facilitace, původně využívaná při rehabilitaci pacientů s poliomyelitidou. V padesátých letech 20. století vzniká Bobath koncept, přístup zaměřený na vyšetření a terapii pacientů s poruchami centrálního nervového systému. Rozvoj ergoterapie ovlivňují i poznatky o vývoji senzomotoriky. (Schell, 2014)

Z tohoto období pocházejí odborné termíny, které užívá medicína i ergoterapie. V profesi ergoterapie se začíná projevovat i určité odchýlení od původních hodnot a filozofických principů. Člověk je vnímán jako mechanická bytost, zdraví je pak odrazem správné funkce těla a nemoc projevem abnormálního fungování. Při terapiích je pozornost zaměřena především na omezené fyzické funkce, k nimž patří: rozsah pohybu, svalová síla, úchopy. Jsou využívány nové techniky, jejichž cílem je problémové oblasti fyzického zdraví zmírnit nebo kompenzovat. Pod vlivem tohoto medicínského modelu dochází v ergoterapii k odklonu od využívání smysluplné činnosti. Pacientova očekávání i jeho individuální potřeby bývají přehlíženy. Ergoterapeuti ve své práci upřednostňovali fyzická cvičení a smysluplné zaměstnávání prostřednictvím tvořivých činností nebylo zařazováno s konkrétním terapeutickým cílem, tyto aktivity byly realizovány pouze okrajově a věnovali se jim spíše pečovatelé a ošetřovatelé. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, Perrin, 2001)

Období 80. a 90. let charakterizuje potřeba hledání nového teoretického a filozofického základu profese ergoterapie. Doba rozvažování o profesní identitě, roli ergoterapeuta a o dalším vývoji oboru vyústila v návrat k předešlým hodnotám profese. Ergoterapeuti se ve své práci kloní k holistickému přístupu. Na člověka je znovu pohlíženo jako na individuální bytost a celek, jehož jednotlivé části spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. Opět jsou zdůrazňovány pacientovy potřeby. Základním prostředkem pro podporu zdraví jedince se opět stává smysluplná činnost. Terapie se zaměřují na nácvik soběstačnosti, pracovních dovedností, důležitou oblastí se staly také volnočasové aktivity. Vzniká řada nových ergoterapeutických modelů: MOHO (Model lidského zaměstnávání Garyho Kielhofnera), CMOP (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání). (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Současní ergoterapeuti ve své práci pronikají i na pole výzkumu, kde podrobně studují člověka jako pracující bytost. K rozvoji výzkumu na poli ergoterapie přispěl také vznik

vědního oboru *occupational science*, jehož základy byly položeny na univerzitě v Jižní Karolině v roce 1989.

### **1.3.2 Vývoj ergoterapie na našem území v souvislosti s využíváním kreativních technik**

Mezi vývojem profese v České republice a v zahraničí můžeme najít řadu shod. Stejně jako ve světě, byly i u nás počátky ergoterapie spojeny s prostředím psychiatrických nemocnic. Zásluhy na zavádění nových přístupů v psychiatrii bývají připisovány primářům pražského psychiatrického ústavu U Sv. Kateřiny, K. D. Schroffovi a J. B. Riedelovi. Základem terapie v tomto ústavu byl pravidelný režim, vydatná strava a pobyt na čerstvém vzduchu. Pacienti mohli využívat knihovnu, působit v ústavním orchestru nebo hrát společenské hry. Při terapii se využívaly především rukodělné a řemeslné činnosti, oblíbená byla také práce na zahradě. Rozvoj samostatné ergoterapie u nás začal v průběhu 19. století a bývá spojován s osobností psychiatra J. B. Riedela. Riedel byl přesvědčen, že i člověk s duševní chorobou se může začlenit do společnosti, ale aby se mu to podařilo, potřebuje prostor pro duševní a fyzický rozvoj. Z tohoto důvodu zavedl v ústavu školní vyučování, hovorny pro návštěvy, pracovní terapii (práci v ústavních dílnách a na statku), tělocvik a muzikoterapii. Riedel byl přesvědčen, že stejně jako je individuálně volena léčba farmakologická, je třeba pro každého pacienta hledat i vhodnou práci. (Krivošíková, 2011)

S počátky ergoterapie v ČR bývá spojováno jméno Vincence Priessnitze, léčitele a zakladatele prvních vodoléčebných lázní. Priessnitz ve svém ústavu položil základy hydroterapie. Při terapii využíval omývání vodou a zábaly, kladl důraz na procházky na čerstvém vzduchu, pravidelný pitný režim a uplatňoval také léčbu prací (řezání dřeva). (Votava, 1997).

Významným okamžikem pro vývoj ergoterapie v oblasti psychiatrie bylo založení Psychiatrického ústavu v Bohnicích v roce 1903. Součástí komplexu této nemocnice byly venkovní zahrady a statek. Pacienti se v rámci ergoterapie mohli věnovat tradičním rukodělným technikám, zahradničení a péči o hospodářská a domácí zvířata. Byli zapojováni také do chodu nemocnice, pracovali v prádelně nebo v kuchyni. Ergoterapie se uplatňovala i v péči o pacienty s tuberkulózou. (Krivošíková, 2011)

Osobností, která podpořila vývoj ergoterapie na našem území, byl také profesor Rudolf Jedlička. V roce 1913 zavedl ergoterapii ve svém ústavu pro léčbu dětí s tělesným postižením a později také válečných veteránů. Jedlička prosazoval ideu komplexní péče.

V jeho pojetí se jednalo o spojení léčby a odborné výchovy vedoucí k samostatnému a plnohodnotnému životu. Jedličkův ústav byl známý především pro své cvičné dílny. V těch se klienti zdokonalovali v truhlářině, krejčovství, výrobě koberců a šití. Součástí areálu byla také ortopedická dílna, v níž se vyráběly protetické pomůcky. Myšlenky profesora Jedličky sdíleli a dále rozvíjeli jeho spolupracovníci František Bakule a Augustin Bartoš. U dětí aplikovali výchovu manuální prací a zasloužili se o rozšíření dílen Jedličkova ústavu a vytvořili podmínky pro pracovní uplatnění řady svěřenců. (Titzl, 1985)

Velkým milníkem ve vývoji oboru bylo otevření Rehabilitačního ústavu v Kladrubech v roce 1947. V padesátých letech zde dr. Karpin zavádí rehabilitaci pro pacienty po amputacích, paraplegiky, kvadruplegiky a pacienty po polytraumatech a je zde zřízen také úsek léčby prací. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Rok 1948 znamená postupné přerušování kontaktů se zahraničními odborníky. Vládnoucí totalitní režim řešil problémy lidí s postižením spíše jejich segregací do specializovaných ústavů a profese, která by napomáhala jejich integraci do společnosti, se nezdála být důležitá ani potřebná. V padesátých letech 20. století vznikl studijní obor univerzální rehabilitační pracovník, který absolventům nabízel možnost získat atestaci z léčby prací nebo léčebné tělovýchovy. Další rozvoj a osamostatňování ergoterapie probíhalo pomalu, zřejmě i pod vlivem všeobecně rozšířeného přesvědčení, že hodnotná rehabilitace zahrnuje pouze cvičení a fyzikální terapii. Ergoterapie byla vnímána jako méně potřebná aktivita, jejímž hlavním účelem je rozptýlení a zabavení dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Ergoterapie se zúžila na rukodělné a výtvarné činnosti – tkaní, šití či výrobu košíků. Do sedmdesátých let se v naší republice používalo pojmenování „léčba prací“ a obor bylo možné studovat jen jako součást rehabilitace v rámci specializovaného nástavbového studia. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Tvořivé činnosti a jejich využití v rámci terapie pacientů s disabilitou má v České republice velkou tradici, ale v současné době se míra jejich využívání různí. Nabídku činností limituje i materiální a personální vybavení pracovišť. Nejvíce jsou nabízeny v rámci aktivizační činnosti například v centrech denních služeb. Současní ergoterapeuti ve své praxi upřednostňují moderní metody, jejichž výsledky jsou vědecky podloženy. (Krivošíková, 2011; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

## **1.4 Předmět oboru ergoterapie, cíle a prostředky**

Východiskem současné ergoterapeutické praxe jsou teorie zdůrazňující vztah osoba – prostředí – zaměstnávání. Ergoterapie čerpá z lékařských i sociálních věd a objektem jejího zájmu je člověk v interakci s prostředím, ve kterém žije. Ergoterapie se zabývá vlivem nemoci či disability na schopnost provádět konkrétní činnosti a snaží se o vybudování rovnováhy mezi schopnostmi jednotlivce, požadavky konkrétních činností a faktory prostředí. Ergoterapeuti vycházejí z přesvědčení, že lidé jsou aktivní bytosti a základní potřebou každého člověka je mít možnost provádět činnosti, které chce nebo potřebuje vykonávat. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011)

Pasivita a omezené možnosti zapojení mohou u člověka vyústit ve zpomalení vývoje, ztrátu funkčních schopností, zvýšení závislosti na okolí a zhoršení kvality života. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Podstata ergoterapeutické intervence při léčbě nemoci nebo postižení spočívá ve využití specifických činností. Při výběru činnosti je třeba zohlednit jak individuální (sociální, kulturní, ekonomické) potřeby člověka s disability, tak podmínky prostředí. Fyzické ale i sociální prostředí může člověka v jeho činnosti stimulovat, ale také tlumit, proto má v ergoterapii význam i úprava prostředí. Pole působnosti ergoterapie zahrnuje tyto oblasti výkonu: soběstačnost (ADL, *activity of daily living*); práce a produktivní aktivity a volnočasové činnosti. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

### 1.4.1 Cíle a prostředek ergoterapie

Cílem intervence zprostředkované ergoterapií je prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit a zaměstnávání podpořit její samostatnost a maximální funkčnost v aktivitách denního života. Při volbě aktivit a činností je třeba zohledňovat nejenom osobní, kulturní a ekonomické potřeby osoby, ale také podmínky prostředí, které spoluvytváří její životní styl. (Jelínková a Krivošíková, 2007)

Pole působnosti ergoterapie:

- ergoterapie pomáhá osobě s disability provádět činnosti, které pro svůj život považuje za důležité a potřebné;
- svým působením posiluje klienta v aktivním přístupu k uchování si zdraví a celkové kvality života i přes trvalé zdravotní postižení, disability či chronické onemocnění;
- podporuje integraci osob se zdravotním postižením do společnosti formou předpracovní rehabilitace a ve spolupráci se zaměstnavateli přispívá k vytváření pracovních příležitostí pro osoby s postižením;
- osvětově působí v oblastech ergonomie práce a pracovního prostředí;

- vědecko-výzkumná a publikační činnost;
- komunikace s odbornou i laickou veřejností. (Jelínková a Krivošíková, 2007)

### 1.4.2 Pojem zaměstnávání

Zaměstnávání je hlavním předmětem ergoterapie, jak v oblasti praxe, tak v oblasti teoretických studií. Třetí vydání knihy *Occupational Therapy Practise Framework* definuje zaměstnávání jako soubor činností, kterým se jedinec během dne věnuje a které pro něj mají smysl. Abychom činnost mohli označit jako zaměstnávání musí splňovat pět základních kritérií: aktivní účast, smysl, význam, kontext a člověk. (Drake a Tubbs, 2017; Curtin et al., 2010)

**Aktivní účast:** Zaměstnávání je proces, který probíhá v určitém čase a prostoru, vyžaduje aktivní účast jedince formou výdeje energie. Zaměstnávání vyžaduje od jedince aktivní mentální a fyzické zapojení, a to buď izolovaně nebo současně. (Curtin et al., 2010)

**Smysl zaměstnávání:** Zaměstnávání, kterým se jedinec věnuje, jsou smysluplná, pokud vycházejí z jeho potřeb. V ergoterapii se zaměstnávání dělí do tří skupin: aktivity všedního denního života (ADL), práce a produktivní činnost a volnočasové aktivity. Smyslem soběstačných aktivit je postarat se o sebe a vlastní fyziologické potřeby, pracovní činnosti umožňují jedinci být společensky a ekonomicky produktivní, volnočasové aktivity vyplňují volný čas jedince a přinášejí mu radost a pocit potěšení. Wilcock (1993) říká, že účast na zaměstnávání umožňuje člověku využít vlastní kapacitu tak, aby se mohl dál vyvíjet a naplňovat svůj potenciál. (Curtin et al., 2010; Krivošíková 2011)

**Význam zaměstnávání pro jedince:** Zaměstnávání je jedinečná lidská vlastnost. Každý živý organismus se věnuje činnostem, které mu umožňují přežít. Pouze člověk však přisuzuje činnostem význam a zabývá se i aktivitami, které přesahují rámec přežití. Tyto aktivity mu umožňují získávat nové dovednosti a zlepšovat ty stávající. Význam zaměstnávání pro jedince je jak dynamický, tak jedinečný. Jedinečnost významu zaměstnávání vyplývá z toho, že každý člověk přisuzuje zdánlivě podobným událostem ve svém životě vlastní, jedinečnou hodnotu. V průběhu naší existence jsme neustále vystavováni faktorům prostředí. V souladu se změnami prostředí se dynamicky mění i význam, který přisuzujeme jednotlivým zaměstnáváním. Význam, který jedinec zaměstnávání připisuje, bývá motivací k dalším výkonům, ale je také ovlivňován řadou individuálních aspektů. Může se proto stát, že zjevný význam dané činnosti není v souladu s tím, jak jedinec činnost aktuálně vnímá. (Curtin et al., 2010; Krivošíková 2011)

Ergoterapeuti zařazovali kreativní techniky v rámci smysluplného zaměstnávání intuitivně již od dob vzniku profese. K tomu, aby terapeut navrhl efektivní intervenci s využitím zaměstnávání, musí podle Rogerse znát následující:

- musí mít přesnou představu o výkonu konkrétního zaměstnávání;
- musí identifikovat neefektivní způsob výkonu zaměstnávání, který jedinec volí;
- nutná je také znalost terapeutických vlastností zaměstnávání. (Perrin, 2001)

**Kontext:** Člověk ve svém životě existuje vždy v kontextu určitého prostředí, fyzického, sociálního, politického, ekonomického nebo historického. Aby například terapeut porozuměl pacientovu výkonu zaměstnávání, musí znát prostředí, v němž zaměstnávání probíhá. Podstatné je znát také zaměstnání, kterým se jedinec věnoval v minulosti, protože mohou mít vliv na provádění těch současných. Minulá zaměstnání představují zkušenosti, mohou dodávat jistotu a pomáhat při osvojování si dovedností nutných ke zvládnutí nové činnosti. (Drake a Tubbs, 2017)

## 1.5 Ergoterapeutický proces

Při plánování intervence je úkolem ergoterapeuta vybrat vhodné techniky, metody a činnosti. Při jejich výběru uplatňuje své zkušenosti a schopnost klinického uvažování, postupuje podle univerzálního plánu, ergoterapeutického procesu. Ergoterapeutický proces sestává z několika kroků: screening a vyšetření, plánování intervence, realizace intervence, opětovné hodnocení. (Drake a Tubbs, 2017)

Proces začíná seznámením s pacientem, jeho ergoterapeutickým vyšetřením, jehož prostřednictvím terapeut získá informace o pacientově funkčním stavu. Na základě získaných informací stanovují terapeut a pacient společně cíle intervence. Na základě stanovených cílů, sestavuje terapeut plán intervence a volí jednotlivé přístupy a techniky. Při výběru je zohledňován pacientův věk, pohlaví, zájmy, hodnoty a osobní zkušenosti. Do cvičení jsou zařazovány techniky a činnosti, které jsou pro pacienta motivující a které odpovídají jeho potřebám a omezením. K porozumění fyzickým, psychosociálním a kognitivním nárokům činnosti využívá terapeut při výběru podrobnou analýzu činností. (Krivošíková, 2011; Drake a Tubbs, 2017)



### 1.5.1 Analýza činnosti

Analýza činnosti je jedním ze základních ergoterapeutických nástrojů. Pomáhá při výběru aktivity a jejím smysluplném zařazení do terapie. Analýza činnosti slouží k odhalení podstaty činnosti, jejích dílčích kroků, potenciálů a nároků. Identifikuje také problémy, se kterými se pacient setkává při vykonávání každodenních činností. (Krivošíková, 2011; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009) Ačkoli je tento nástroj využíván několik desetiletí, dosud neexistuje jednotný postup analyzování ani jednotná terminologie. Je popsána řada metodik a samotný proces analýzy lze přizpůsobit specializaci terapeuta nebo klientovým problémovým oblastem. (Drake a Tubbs, 2017; Drake, 1999)

Aby byla analýza činnosti na dobré odborné úrovni a obsahovala všechny potřebné náležitosti, je podle Drake (2017) nutné, aby terapeut disponoval dostatečnými znalostmi o způsobu, jakým se aktivita provádí, měl dobrou představu o kontextu prostředí, okolnostech provádějících aktivitu a nezbytných pomůckách. Při analýze tvořivé činnosti je třeba zohlednit kulturní prostředí, z něhož klient pochází, brát v potaz jeho zájmy a samozřejmě i stanovené cíle rehabilitace. Terapeut nesmí zapomínat ani na další faktory, které mohou ovlivnit úspěšné provedení kreativní aktivity. Mezi takové faktory patří kvalita a dostupnost použitého materiálu, jeho textura a vůně, které může klient vnímat jako nepříjemné. Je nezbytné zvážit také časové nároky, které vyžaduje použití určitého materiálu, a ochotu klientů je tolerovat. Některé materiály, například hlína nebo vosk, tolerují větší chybovost a dávají možnost případné chyby lépe napravovat. Je třeba mít na paměti, že někteří klienti mohou vyžadovat přesné instrukce, podrobný postup a jiným naopak vyhovuje při tvoření větší volnost a svoboda. Některé klienty může stresovat a demotivovat také porovnání jejich představy o produktu s nedokonalostí skutečného výrobku. Zařazení kreativních činností do terapie klade nároky i na materiální a technické zázemí ergoterapeuta a jeho vlastní tvořivost. (Drake a Tubbs, 2017)

#### **Hagendornová diferencuje tři základní formy analýzy:**

- základní analýza, která pojmenovává jednotlivé části činnosti, jejich cíl, pořadí jednotlivých kroků, potřebné nástroje, pomůcky a materiál;
- analýza nároků pak popisuje nároky, které činnost klade na člověka;
- aplikovaná analýza, která zohledňuje potenciální léčebný dopad činnosti, tj. propojuje činnost s terapeutickými potřebami pacienta. (Krivošíková, 2011)

#### **Analýza podle Reed a Lewin:**

Autorky Reed a Lewin sestavily rámec vztahů, v němž jsou obsaženy prvky, které lze při analýze terapeutické činnosti využít. Definují následující pojmy: oblasti výkonu, komponenty výkonu, kontext výkonu.

**Oblasti výkonu** – terapeut při analýze zařadí aktivity do jedné (nebo více) z oblastí všední denní činnosti, práce a produktivní aktivity, hra a volnočasové činnosti.

**Komponenty výkonu** jsou definovány jako základní schopnosti, které využíváme při provádění činnosti. Komponenty dělíme do kategorií na: senzomotorické komponenty, kognitivní integrace a kognitivní komponenty, psychosociální a psychologické komponenty.

**Kontext** vysvětlují jako situaci, ve které jedinec danou aktivitu provádí. Je možné rozlišovat: časové hledisko (chronologický věk, vývojové období, fáze onemocnění) a hledisko prostředí (fyzické, sociální, kulturní). (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Činnost je základní léčebný prostředek ergoterapie. Pro úspěšné dokončení jakékoli činnosti jsou třeba určité schopnosti. Provádění činnosti je ovlivněno prostředím, ve kterém probíhá a účelem, za kterým je vykonávána. Adaptace a stupňování jsou terapeutické strategie, které terapeutovi umožňují modifikovat jednotlivé aspekty činnosti. (Krivošíková, 2011)

**Adaptace** je úprava celé činnosti nebo některé její části, úprava prostředí a pomůcek tak, aby byl jedinec schopen při svém stávajícím zdravotním stavu danou aktivitu vykonávat samostatně.

**Stupňování** se provádí za účelem dosažení požadovaného terapeutického cíle. Stupňováním je myšleno postupné zvyšování nároků činnosti za účelem zlepšení pacientových funkcí a zvýšení jeho výkonu. Stupňovat je možné také směrem dolů. V takovém případě je cílem snížit nároky činnosti a předejít tak frustraci a ztrátě motivace. (Krivošíková, 2011; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Stupňování a adaptace jsou voleny na základě pacientových schopností a jeho cílů. Ke stupňování se přistupuje tehdy, když je činnost v terapii využita jako prostředek léčby. Adaptace je volbou v případě, že cílem intervence je samostatné provádění určité činnosti. Adaptace se zpravidla využívá u pacientů, jejichž potenciál ke zlepšení funkčních schopností je menší, nebo u pacientů s trvalým deficitem a také u pacientů, jejichž onemocnění je progresivní a povede ke zhoršování schopností. (Drake a Tubbs, 2017)

Při modifikování využívá terapeut tyto základní úpravy činnosti:

- změna počtu kroků činnosti;
- úprava pracovního prostředí a rozmístění pomůcek;
- změna techniky a pomůcek;
- zkrácení nebo prodloužení doby trvání činnosti, změna počtu opakování;
- změna nároků na fyzické, sensorické, kognitivní a psychosociální funkce;
- dávkování fyzické a slovní dopomoci. (Drake a Tubbs, 2017; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

### **Analýza pomocí myšlenkové mapy podle Coffey, Lamport a Hersch:**

Drake a Tubbs (2017) ve své publikaci doporučují kreativní způsob analýzy pomocí myšlenkové mapy. Při tomto způsobu vedení analýzy vepisuje terapeut informace o potřebných nástrojích, materiálech, instrukcích a pozitivních nebo negativních faktorech do předem připravených rámečků a následně promýšlí nároky dané činnosti a možnosti její adaptace. Podle autorky je tento neformální způsob zpracování analýzy činnosti vhodný především pro studenty, kterým vizualizace pomůže ujasnit si souvislosti. (Drake a Tubbs, 2017) Plné znění myšlenkové mapy v anglickém jazyce i její český překlad jsou součástí příloh bakalářské práce (viz Příloha č. 6 a č. 7)

## **1.6 Oblasti ergoterapeutické praxe a skupiny klientů v ergoterapii**

Ergoterapeuti poskytují svou péči osobám, u kterých došlo v důsledku zdravotního postižení nebo sociálního znevýhodnění k omezení soběstačnosti. Zdravotní postižení jedince může být mentální, sensorické, fyzické nebo psychické, může se jednat o stav akutního zhoršení, o onemocnění krátkodobé, dlouhodobé nebo dokonce chronické. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Klientelu ergoterapeutů tvoří lidé jakéhokoli věku. Terapie vždy vychází ze specifických potřeb věkové skupiny klientů, odpovídá rolím a povinnostem, které v daném období mají zastávat, jejich schopnostem a zájmům. S ohledem na tyto aspekty je v terapii dávkována a stupňována také zátěž. (Klusoňová, 2011)

Oblasti působení se také postupně rozšiřují, ergoterapeuti se nezaměřují pouze na disabilitu, smyslem jejich práce je také podpora duševní, fyzické kondice a prevence potíží. Své uplatnění nachází ergoterapie nejenom v nemocnicích a ošetrovatelských zařízeních, stále

častěji bývá ergoterapie poskytována také v rámci domácí a komunitní péče, ve školství a službách sociální, pracovní a předpracovní rehabilitace. „*Ergoterapeuti označují osoby, s nimiž pracují nejčastěji výrazem „klienti“, „pacienti“ či „uživatelé služeb“.* Každé oslovení je obvykle používáno v konkrétní oblasti praxe.“ (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, str. 74) Služby ergoterapie jsou poskytovány individuálně i skupinově. Ergoterapeutická intervence svým působením pomáhá nejenom klientovi, významná je také podpora rodiny, případně i širšího sociálního prostředí. (Krivošíková, 2011)

## **1.6.1 Ergoterapie u osob s neurologickým onemocněním, zejm. u získaných postižení mozku**

Léčba neurologických onemocnění je náročná a dlouhodobá. Příznaky, které se u pacientů objevují jsou komplexní, zahrnují různorodé oblasti a mohou výrazně omezit jejich soběstačnost. Při léčbě neurologických pacientů je proto nutný komplexní přístup, terapii je třeba orientovat nejenom na obnovu funkčních deficitů, vliv na uzdravení pacienta má také sociální zázemí pacienta. Obnova soběstačnosti závisí na adekvátní lékařské péči a včasném zahájení rehabilitace. (Lippertová-Grünerová, 2005)

### **1.6.1.1 Získaná postižení mozku**

Pro získané poškození mozku se v anglosaské literatuře užívá termín „*acquired brain injury*“ (ABI). Jedná se o poškození mozku, které vznikne z různých příčin, kdykoli v průběhu života. Nepatří sem poškození dědičná, vrozená ani způsobená traumatem během porodu, neřadíme sem ani poškození vzniklá degenerativními procesy. Americká asociace pro poranění mozku dělí získaná poškození mozku podle etiologie na traumatická a netraumatická.

Při traumatickém poškození mozku (TBI) jsou změny mozkových funkcí způsobeny působením vnějších sil. Traumata mozku mohou být otevřená (průnik lebkou do hlavy) nebo uzavřená (následek prudkého nárazu). Příkladem traumatických poranění mozku jsou: komoče, kontuze, komprese mozku, difúzní axonální poranění a různé typy nitrolebního krvácení. Nejčastějšími příčinami netraumatických mozkových poškození jsou mozková hypoxie, anoxie, působení toxických látek, záněty, infekcí, změny metabolismu, nebo změny cévního zásobení. (Brain Injury Association of America, 2022)

### 1.6.1.2 Cévní mozková příhoda

*„Iktus neboli akutní cévní mozková příhoda (dále CMP) je náhle vzniklá mozková porucha, především ložisková (méně často i globální), která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80 %) nebo hemoragií (20 %).“* (Ambler, 2011, str. 140) Symptomy cévní mozkové příhody musí trvat vždy déle než 24 hodin, pokud odeznívají dříve, jedná se o stav tranzitorní ischemické ataky (TIA). (Ambler, 2011)

Z epidemiologického hlediska jsou cévní mozkové příhody třetí nejčastější příčinou úmrtí. Ročně v České republice prodělá mozkovou příhodu 35 000 pacientů. Cévní mozková příhoda je také jednou z nejčastějších příčin těžkého zdravotního postižení. Zhruba jedna čtvrtina pacientů se po náhlém iktu plně zotaví, další čtvrtina žije dál s reziduálními následky, čtvrtina je po onemocnění plně odkázána na péči svého okolí a jedna čtvrtina pacientů umírá. Riziko výskytu cévní mozkové příhody vzrůstá s věkem, dnes se ale stále častěji setkáváme s iktem u pacientů mladších 60 let. (Kolář, 2009, Lippertová-Grünerová, 2015; Ambler, 2011)

CMP bývá často doprovázena ložiskovými příznaky a jedná se o urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. (Ambler, 2011) Z časového hlediska rozeznáváme tři stadia onemocnění: akutní, subchronické a chronické (Kolář, 2009).

Podle vývoje hemiparetického syndromu pak rozlišujeme čtyři stadia: 1. stadium pseudochabé, 2. stadium náznaku pohybu a nástupu lehké, popř. těžší spasticity, 3. stadium relativní úpravy, 4. stadium chronické. (Kaňovský, 2004)

U pacientů s CMP se objevují: senzorycké poruchy, poruchy symbolických a kognitivních funkcí, poruchy hybnosti končetin (centrální parézy), postižení hlavových nervů (především parézy oko-hybných nervů, paréza lícního nervu, postižení postranního smíšeného systému), dále poruchy povrchové i hluboké citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární (Kolář, 2009). Tyto neurologické poruchy ovlivňují psychický stav nemocného, jeho soběstačnost a ztěžují jeho návrat do běžného života. Komplexní rehabilitační program by měl být sestaven tak, aby cíleně ovlivňoval všechny neurologické potíže, které se u pacienta projeví. (Kolář, 2009)

#### 1.6.1.2.1 Úloha ergoterapie v péči o pacienty po CMP

Ergoterapie nachází své uplatnění ve všech fázích komplexní léčby pacientů po CMP. V akutní fázi onemocnění se ergoterapeuti a fyzioterapeuti snaží předcházet poškození kůže a vzniku dekubitů, zkracování měkkých tkání a vzniku kontraktur, které snadno vznikají v důsledku imobilizace pacienta. Ergoterapeut provádí komplexní hodnocení, které mu

pomáhá sestavit adekvátní rehabilitační plán. Cíle, které terapeut spolu s pacientem sestavuje, směřují k dosažení základních dovedností potřebných pro pokračování další rehabilitace a návrat do domácího prostředí. Je nastaven pravidelný program polohování, které zlepšuje prokrvení, snižuje riziko poškození periferních nervů a předchází vzniku pneumonie. Změny polohy přinášejí také nové stimuly, což podporuje obnovu sensorických a motorických funkcí. Součástí cvičení jsou i pravidelné mobilizace, provádění pasivních pohybů, rozvoj základní mobility na lůžku. Ergoterapeuti zahajují časný nácvik ADL v leže na lůžku, což pacientovi dává možnost převzít částečnou kontrolu nad sebou samým i svým okolím. Pacienti jsou vybaveni základními kompenzačními pomůckami, které jim usnadní nácvik soběstačnosti. (Lippertová-Grünerová, 2005; Radomski a Trombly Latham, 2014; Kolář, 2009).

Hlavním úkolem ergoterapeuta v subakutní fázi onemocnění je podpořit pacienta v aktivitě a vykonávání běžných denních činností. Terapeut zařazuje cvičení zaměřená na obnovu poškozených funkcí a nacvičuje s pacientem strategie, jak v rámci aktivit funkční deficit kompenzovat. Aktivity a techniky, které terapeut volí, musí být pro pacienta smysluplné a motivující, měly by směřovat ke zvládnutí běžných denních činností a naplnění pacientových cílů. V rámci udržení mechanických a fyziologických vlastností měkkých tkání a kloubů pokračují terapeuti v pravidelném polohování, mobilizaci a provádění pasivních pohybů. Pacient se učí bezpečně posazovat a stabilně sedět na kraji postele, cvičení směřují k postupné vertikalizaci pacienta a nácviku chůze. Při nácviku volní hybnosti se využívají pohyby asistované, bimanuální vedení pohybů a pohyby aktivní. Terapeut zadává cvičební jednotku, kterou pacient provádí sám v rámci autoterapie. Funkce horních končetin je trénována v rámci izolovaných cvičení na zlepšení rozsahů pohybu, svalové síly a dalších modalit. Ergoterapeuti se v tréninku zaměřují také na nácvik zapojení postižené končetiny do činností. Somatosenzorický deficit postižené končetiny vede ke zhoršení úchopových a manipulačních schopností a ztěžuje zvládnutí ADL. Dochází ke snížení spontánního využívání končetiny takzvanému naučené nepoužívání. Terapeuti proto do intervence zařazují techniky na podporu diskriminace, lokalizace a detekce vjemů. Podporují pacienta v bezpečném zapojení do ADL, učí ho kontrolovat postiženou horní končetinu, aby nedocházelo k poranění. (Lippertová-Grünerová, 2005; Radomski a Trombly Latham, 2014; Kolář, 2009).

Zdravotní stav některých pacientů se pozvolna zlepšuje, jiní pacienti však přecházejí do stadia, ve kterém už k podstatným změnám nedochází. Tito pacienti mají zafixovány patologické posturální a pohybové stereotypy. Terapie se zde zaměřuje na dosahování

maximální míry soběstačnosti a hledání vhodných kompenzačních pomůcek. (Lippertová-Grünnerová, 2005; Radomski a Trombly Latham, 2014; Kolář 2009; Gillen, 2016)

Cévní mozková příhoda s sebou nese i vyšší riziko obtíží psychického rázu. Odhaduje se, že zhruba 30–50 % pacientů po cévní mozkové příhodě má následkem onemocnění psychické problémy, které zahrnují depresi, úzkost, apatii a pocity méněcennosti. Psychiatrické symptomy se vyvíjejí v souvislosti se změnami fyzických funkcí, kterým jedinec čelí, vliv má i cizí, direktivní prostředí nemocnice. Pacient je nucen čelit akutně probíhajícímu onemocnění, které bude mít chronický dopad na jeho další život. To se projevuje pocitem přehlcení, ztrátou kontroly nad vlastním životem, ohrožením vlastní důstojnosti. Rozvoj deprese je u pacientů po prodělání CMP častý, může být důsledkem funkčních a sociálních aspektů disability, ale prokázána je také souvislost se změnami, ke kterým dochází v nervovém systému. Riziko vzniku deprese je u neurologických pacientů vyšší než u ostatních nemocných. Studie ukazují, že zvýšené riziko deprese u pacientů po cévní mozkové příhodě se netýká jen akutní fáze onemocnění, ale trvá zhruba po 10 následujících let. (Amlie-Lefond, 2008; Gillen, 2016; Radomski a Trombly Latham, 2014)

Psychické změny, které se u pacientů po prodělání cévní mozkové příhody objevují mohou výrazně ovlivnit proces rehabilitace, a proto je žádoucí, aby součástí komplexní terapie byla i včasná psychoterapeutická intervence. (Gillen, 2016; Kalvach, 2005)

Většina pacientů žije po prodělání CMP s celoživotními zdravotními následky. Již během hospitalizace by mělo proto docházet k plánování další péče. Pacienti s těžkým postižením, kterým není možné zajistit péči v domácím prostředí, jsou dále hospitalizováni v rehabilitačních ústavech nebo léčebnách dlouhodobě nemocných. Pacienti v příznivém zdravotním stavu jsou přeloženi do domácí péče. Plánování a návrh následné terapie pomáhá pacientovi a jeho rodině zorientovat se v jednotlivých možnostech péče. Ergoterapeut v procesu propouštění pacienta zastává důležitou funkci, spolu s ostatními členy mezioborového týmu provádí výstupní hodnocení. Reviduje doporučené kompenzační pomůcky, provádí hodnocení domácího prostředí a navrhuje vhodné úpravy, učí rodinu, jak pacientovi správně poskytovat potřebnou pomoc. (Gillen, 2016; Radomski a Trombly Latham, 2014)

Většina modelů péče o pacienty po CMP považuje za nejvyšší stupeň uzdravení stav, kdy se pacient po nemoci vrací zpět do placeného zaměstnávání. Podle Tregera se do pracovního procesu navrátí 19–73 % pacientů. Většina pracuje na částečný úvazek z domova, jen malé části pacientů se podaří pracovat na plný úvazek a na původní pozici. Nejvýraznějšími ukazateli ve vztahu k návratu do práce jsou věk, stupeň dosaženého vzdělání,

stupeň soběstačnosti, schopnost chůze, schopnost řeči a nepoškozené kognitivní funkce. (Treger, 2007)

## 1.7 Kreativita, kreativní činnost a kreativní techniky

### 1.7.1 Vymezení pojmů

Z pohledu přírodních věd souvisí kreativita se základními potřebami, s potřebou přežít, získat prostředky pro život, získat a udržet si energii. Snaha o jejich naplnění nutí jedince inovovat vlastní jednání a myšlení. Kreativní chování můžeme najít i u některých druhů živočichů, u ptáků nebo opic. Příkladem jsou opice obývající Japonský ostrov Koshima, které se naučily umývat si sladké brambory, aby se vyhnuly konzumaci písku. (Zaidel, 2010; Zaidel, 2014)

Lidská kreativita jako proces je podmínkou lidského života a vývoje. Všechny úspěchy, které se v lidské historii objevily, jsou jejím produktem a každý jedinec má předpoklady být inovativní a kreativní v určité oblasti. (Perrin, 2001)

*„Kreativita (tvořivost) je schopnost vytvářet nové kulturní, technické, duchovní i materiální hodnoty ve všech oborech lidské činnosti. Tvořivost je aktivita, která přináší dosud neznámé a současně společensky hodnotné výtvořky.“* (Königová, 2007, str. 12)

Carl Rogers je přesvědčen, že kreativitu dokládají činy, a podle něho tak může mít člověk určité nadání, a přesto nebýt kreativní. Rogers poukazuje na dva aspekty kreativity. Jedním je naléhavá potřeba nového a hmotného produktu vzniklého jedinečným působením individua, druhým pak lidé a další okolnosti formující život daného jedince. Předpokladem vzniku kreativity je zájem a potřeba jedince, nikoli vnější tlak. Kreativita vychází z pocitu bezpečí a svobody bez vnějšího hodnocení. Výsledkem kreativity je nápad přetvořený do hmotného produktu. Nemusí se vždy jednat o viditelný produkt, výsledkem kreativity může být i navázání nového vztahu. (Perrin, 2001)

Psychiatr Fromm je přesvědčen, že kreativita předpokládá určitou zvědavost. Člověk, který neprojevuje zvědavost, nemá potřebu ptát se, nepřemýšlí o věcech, takový člověk se v kreativním procesu neuplatní. Druhý předpoklad souvisí s prvním a váže se také ke schopnosti nevyhýbat se řešení životních konfliktů. Třetí předpoklad zahrnuje schopnost plně se soustředit, ponořit se do činnosti. (Perrin, 2001)



Kreativitu lze tedy vnímat jako schopnost být v kontaktu s prostředím, zapojit se do něho a přetvářet ho v něco vlastního. Například někteří pacienti si sami vytvářejí strategie, jak zvládat činnosti bez pomůcek, což je důkazem jejich vlastní kreativity, a takový tvořivý přístup je v terapii žádoucí. Velká míra kreativity je předpokládána také na straně terapeuta, který se prostřednictvím zapojení svých klientů do zaměstnávání snaží probudit schopnosti, které byly zapomenuty nebo se o jejich existenci nevědělo. (Perrin, 2001)

Člověk se může kreativně projevat v jakékoli činnosti, kterou vykonává. Umění a rukodělné tvořivé činnosti jsou jedněmi z mnoha možností.

Jednoznačně vymezit tvořivou činnost není snadné, protože jako produkty tvořivé činnosti jsou vnímány jak dětské kresby, tak předměty prodejní nebo výstavní (Mišurcová a Severová, 1997). *Merriam-Webster's Learner's Dictionary* (2015) definuje tvořivou činnost jako: aktivitu, proces vlastnoručního tvoření předmětů, při kterém člověk využívá vlastní schopnost plánovat, tvořit a konat.

Umělecká tvořivost je schopnost vlastní pouze člověku a k jejímu vzniku vedly evoluční změny, díky nimž se lidé odlišují od zvířat. Umění předpokládá schopnost symbolického a referenčního myšlení, jeho vývoj souvisí s neuroanatomickými a biochemickými změnami mozku a s vývojem řeči. Na vývoj umění měl rozhodující vliv vznik jednotlivých mozkových center a spojů, které zajišťují jejich vzájemné propojení, a také vývoj asymetrické činnosti mozkových hemisfér. Vznik řeči je vázán na vytváření pevných společenských skupin, jejichž členové začali pocítovat potřebu dorozumět se. Vzpřímení postury uvolnilo pravěkým lidem ruce pro tvorbu prvních gest a přineslo také anatomické změny krku, které vytvořily předpoklady pro vznik hlasu. (Zaidel, 2010)

Tvořivost je s člověkem spojena již od počátku vývoje druhu *Homo sapiens*, což přesvědčivě dokládají archeologické nálezy. Umění pravěkých lidí je spojováno se vznikem stálých tlup, v nichž měly výtvořiny a malby na tělo funkci komunikační. Určovaly postavení jedince v tlupě a pomáhaly mu rozpoznat další členy společenství. (Mišurcová a Saverová, 1997; Zaidel, 2010)

### **Kreativní techniky v ergoterapii**

Kreativní techniky patří mezi významné terapeutické prostředky ergoterapie. Kreativní techniky jsou široký pojem, který není snadné striktně vymezit. Nejčastěji je v ergoterapii toto slovní spojení používáno v souvislosti s pojmem smysluplné zaměstnávání a jeho definice se opírají pouze o výčty konkrétních technik (viz Tabulka 1.7.1.1).

V anglosaské literatuře jsou v souvislosti s kreativními činnostmi v ergoterapii užívány pojmy „*art, creative art, art therapy, creative activities, creative occupations, arts and crafts, crafts, creative crafts, craft activities*”. V českém prostředí je nejfrekventovanější pojem “kreativní techniky, odborná literatura užívá i označení „výtvarné činnosti a tradiční řemesla, ruční práce, kreativní činnosti, rukodělné činnosti, výtvarné techniky”. (Hansen, Erlandsson a Leufstadius, 2020; Klusoňová a Špičková, 1988; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011)

Kreativní techniky jsou metody, které podporují generování myšlenek a nápadů, rozvíjejí tvořivost jednotlivce. Při těchto technikách je využívána široká škála materiálů, například papír, dřevo, příze, textilní materiály nebo hmota (sádra, plastelína, modurit, těsto, keramická hlína i terapeutické hmota). Práci s těmito materiály lze rozvíjet jemnou a hrubou motoriku, stimulovat čítí, trénovat koordinaci a spolupráci horních končetin, prostorovou orientaci nebo představivost. Kreativní činnosti by měly představovat nejenom zábavnou formu rozvoje motoriky, pracovních návyků, nácviku ADL a kognice, ale poskytují klientům i možnost sebevyjádření a mají tedy i určitý psychotherapeutický efekt. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, Campbell, 2000, Šicková-Fabrici, 2002).

Definovat pojem kreativní techniky a intervence s využitím kreativních technik (*Creative art intervention*) se ve své práci snaží Hansen, Erlandsson a Leufstadius. Výsledkem jejich zkoumání je spektrum pěti základních podmínek, které by měly aktivity zařazené do Intervence s využitím kreativních technik splňovat:

- Kreativní techniky využívané v intervenci zahrnují práci s vlastním tělem a myslí, většinou obsahují prvky uměleckých a tvořivých činností (práce s barvami, práce s textilem, práce s papírem, práce s hmotou, divadlo a hudba, práce se dřevem).
- Kreativní techniky, které se využívají v intervenci, jsou aktivity smysluplné a provádí se v bezpečném a facilitujícím prostředí.
- Kreativní techniky používané v intervenci podporují kreativní proces, vytvářejí prostor pro nové zkušenosti, příležitosti, sebevyjádření a reflexi.
- Kreativní techniky využívané v intervenci mohou pomoci rozvinout schopnosti, zlepšit výkon zaměstnávání a zvládání každodenního života.
- Kreativní techniky, které jsou součástí intervence, je možné využít individuálně nebo skupinově, je možné je modifikovat v závislosti na terapeutických přístupech za účelem dosažení stanovených cílů. (Hansen, Erlandsson a Leufstadius, 2020)

Pohled na to, jak švédští ergoterapeuti vnímají kreativní techniky, přináší ve svém výzkumu autorky Müllerdorf a Ivarsson (2016). Jedním z cílů jejich dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké činnosti si ergoterapeuti pod pojmem kreativní techniky představí. Nejčastější odpovědi ergoterapeutů nebyly nijak překvapivé, rukodělné techniky a tradiční řemesla (práce s textilem, hmotou nebo kůží) uvedlo ve své odpovědi 90 % respondentů. Často byly zmiňovány i umělecké techniky jako kresba a malba (54,8 %), vaření a pečení (45,9 %). 11 % dotazovaných řadí mezi kreativní techniky také práci na zahradě, hraní stolních her, vyplňování křížovek, práci a hru na počítači, poslech hudby, zpěv, poezii, divadlo, hlasité předčítání a fotografování. Pro 8 % respondentů lze pod pojem kreativní techniky zařadit i návštěvy muzeí a terapie se zvířaty. Respondenti se shodovali v tom, že jakékoli každodenní zaměstnávání, které je pro pacienta významné, lze považovat za kreativní techniku. (Müllersdorf a Ivarsson, 2016; Müllersdorf a Ivarsson, 2012)

Schmid (2005), která definuje kreativitu jako „*Schopnost myslet a konat originálním způsobem, jako schopnost být inovativní, mít představivost a být schopen nacházet nová řešení vlastních problémů a potřeb*“, tvrdí, že kreativita člověka se může projevit ve všech denních činnostech, proto mezi kreativní techniky řadí také pečení a vaření. Kreativní činnosti ovlivňují lidský život, jsou součástí procesů adaptace (Reilly, 1974). Jejich zařazení do terapie předpokládá velkou míru představivosti a neotřelých nápadů na straně ergoterapeuta, a ochotu a zájem na straně klienta. (Greek, 2002)

**Tabulka 1.7.1.1** Kreativní techniky (podle Johnson, 1996; Klusoňová a Špičková, 1998)

Skupiny kreativních technik	Příklady konkrétních technik
Klasické výtvarné techniky	Malování
	Kreslení
	Grafické a netradiční výtvarné techniky
Práce s papírem	Skládání/origami
	Vystřihování
	Kartonáž
	Papírový filigrán
	Výroba ručního papíru
	Papírmaš
Ruční práce	Pletení
	Háčkování
	Vyšívání
	Ruční šití
	Šití na stroji
	Síťování

	Patchwork
<b>Práce s textilem a lidové výtvarné techniky</b>	Výroba kraslic
	Vyvazovaná a vosková batika
	Práce s kůží
	Výroba figurek a ozdob z přírodnin
	Splétání a tvarování přírodních plodin
	Pletení košíků
	Slaměné obrázky
<b>Práce se dřevem</b>	Výroba nástrojů a předmětů
	Řezání, hoblování a rašplování
	Řezbování
	Dřevěná mozaika
	Povrchová úprava dřeva
<b>Práce s kovem</b>	Stříhání, řezání, plování, tepání a ohýbání
	Výroba nástrojů a předmětů
	Výroba drobných předmětů a šperků
<b>Modelování</b>	Práce s modelovací hlinou
	Práce se sádrou
	Práce s moduritem
	Práce s plastelínou
	Práce s těstem
<b>Práce s umělými hmotami (organické sklo, novodur, dentakryl, termoplasty)</b>	Výroba užitkových a ozdobných předmětů
	Výroba plastik a šperků
	Výroba individuálních pomůcek
<b>Výroba reliéfů</b>	
<b>Koláže</b>	
<b>Dekorování textilu</b>	Razítkování
	Aplikace
	Malba na textil
	Prostřihování
<b>Decoupage (ubrousková technika)</b>	

## 1.7.2 Vliv kreativity a kreativních činností na lidský mozek

Kreativita jedince je individuální vlastnost, která souvisí s řadou faktorů: velikost mozku, hladina neurotransmiterů, inteligence a osobní atributy, vliv má také dominance mozkových hemisfér. (Zaidel, 2010; Zaidel, 2014)

Pozorování pacientů, kteří prodělali mozkové trauma, a současné výzkumy lidského mozku s použitím moderních zobrazovacích přístrojů dokládají, že kreativní činnosti mají skutečně pozitivní vliv na funkce lidského mozku (Drake a Tubbs, 2017). Tvořivé činnosti jsou komplexní, zapojují pozornost, zručnost, vytvářejí prostor pro využití představivosti a vyjádření emocí. Dochází při nich k integraci obou mozkových hemisfér, jak pravé, která řídí emoce a intuici, tak té levé, analytické. Jedná se o funkční aktivity, které přirozeně aktivují prostorové funkce nedominantní hemisféry

Při vykonávání činnosti si lidský mozek vytváří paměťové stopy. Pokud terapie využívá jako prostředek intervence smysluplnou aktivitu, kterou jedinec zná, může v jeho mozku dojít k asociaci s předešlou zkušeností. Prostřednictvím činnosti lze ovlivnit dynamické struktury mozku, facilitovat aktivaci příslušných mozkových oblastí a modifikovat kortikální reprezentaci postižené části těla. Důsledkem činnosti je vytvoření percepčních a kognitivních asociací, které se při repetitivním cvičení neobjevují, protože neexistuje žádná předešlá zkušenost. Tvořivé činnosti, jako třeba navlékání náhrdelníku z korálek, jsou člověku známé, pojí se s konkrétními sensorickými stimuly, předešlými vzpomínkami a zkušenostmi, s vizuální představou finálního výrobku. (Drake a Tubbs, 2017; *American Congress of Rehabilitation Medicine*, 2022; Harker Martin, 2020; Zaidel, 2010; Zeki, 1999)

Kreativní techniky ovlivňují pozitivní odpověď nervového systému a jsou schopny navodit stav plného soustředění se – „flow“. „Flow“ neboli plynutí je stav, kdy je člověk hluboce zabrán do určité činnosti, nevnímá tok času, netrpí pocitem úzkosti, je uspokojen danou aktivitou. Při stavu „flow“ se v lidském těle uvolňuje pět základních chemických látek: norepinefrin, dopamin, serotonin, anandamid a endorfiny. Tvořivé činnosti, jako kreslení, pletení, zahradničení, ale i poslech hudby, mají potenciál „flow“ vyvolat. Zážitek „flow“ není možné vyvolat záměrně, předpokládá motivaci k činnosti, pocit účasti a prožitek úspěchu. Pokud se podaří navodit stav „flow“ v rámci terapeutické intervence, má aktivita potenciál snížit pacientovu spotřebu léků proti úzkosti. (Drake a Tubbs, 2017; *American Congress of Rehabilitation Medicine*, 2022; Harker Martin, 2020; Zaidel, 2010; Zeki, 1999)

Tvořivé a umělecké činnosti jsou také užitečným nástrojem pro osvojení si schopnosti „Mindfulness“ – všímavost. „Mindfulness“ je schopnost vnímat vše, co se v našem těle

v daném okamžiku děje, co vnímají naše smysly, protože v lidském mozku jsou aktivována centra, která nemají souvislost s logickým uvažováním. (Zaidel, 2010; Harker Martin, 2020)

Tvořivá činnost má vliv na aktivaci a inhibici neurotransmiterů. Snižuje hladinu kortizolu (stresového hormonu) a zvyšuje hladinu serotoninu. Přispívá tak ke zlepšení koncentrace a ke snížení úzkosti. Výzkumy také ukazují, že když se jedinec věnuje kreativní činnosti, uvolňuje se v jeho těle endorfin, který snižuje úzkost a může přispět ke zmírnění bolesti. (Zaidel, 2010; Harker Martin, 2020)

Kreativní techniky tedy ovlivňují lidský mozek třemi základními způsoby:

- ovlivňují odpověď nervového systému, produkují stav „flow“ a přispívají k relaxaci;
- pomáhají redukovat stres, předcházejí vzniku onemocnění ze stresu;
- stimulují nervová spojení, přispívají k udržení kognitivních funkcí. (Harker Martin, 2020; Zaidel, 2010; Drake a Tubbs, 2017)

Aktivní zaměstnávání se činnostmi spouští proces učení, osvojování si znalostí. Paměťové stopy, které takovým způsobem vznikají, je dále možné využít v komplexní rehabilitaci. Při činnostech získává člověk nové zkušenosti z větší části nevědomě, nezávisle na slovech a takový způsob učení může být efektivní u jedinců, jejichž schopnost učit se je snížena z důvodu nějakého onemocnění nebo disability. (Thompson, 1998)

Zkoumáním umění a jeho využití v rehabilitaci se zabývá nezisková skupina *Art and Neuroscience Networking Group* (ANNG), která vznikla v rámci organizace *American Congress of Rehabilitation Medicine* (ACRM). Skupina se zabývá výzkumem a prací s lidmi po traumatickém poranění mozku. (*American Congress of Rehabilitation Medicine*, 2022)

## **1.8 Přínos kreativních činností v ergoterapii**

Tvořivé činnosti jsou aktivity komplexní, skládají se z jednotlivých kroků, pro jejichž splnění je třeba zapojit fyzické, psychické, sociální a kognitivní schopnosti. Analogické úkoly můžeme najít i v aktivitách běžného života. Jedinec se při tvořivých činnostech zdokonaluje v řešení problémů, v motorických dovednostech, učí se kontrolovat vlastní sílu, pracuje s časem a pozorností. Kreativní techniky jsou pro člověka také alternativním prostředkem k vyjádření myšlenek a emocí. Mohou představovat potřebný útěk od reality, pomáhají člověku zvládat chaos, který do jeho života vnesla disabilita, odvádějí pozornost od bolesti,

jejich prostřednictvím je možné komunikovat s okolním světem. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Drake a Tubbs, 2017)

Prostřednictvím tvoření se člověk zakotvuje v realitě: „Tady a teď jsem“. Tvořivá činnost reflektuje to, že žije a stále má schopnost vytvářet něco, co může ovlivnit okolní svět, a to bez ohledu na nedobrý fyzický nebo psychický stav. (Perrin, 2001)

Pro terapii s využitím tvořivých činností má tedy význam jak vzniklý produkt, tak samotný proces tvoření. Spektrum tvořivých činností je široké (viz Příloha č. 1) a terapeut může podle potřeby volit aktivitu s potřebným zaměřením a nároky, např. činnosti konstruktivní, destruktivní, náročné na čas nebo naopak časově nenáročné, činnosti vyžadující spolupráci s druhou osobou, činnosti, které předpokládají trpělivost, kladou důraz na paměť. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009.)

Při terapii s využitím tvořivé činnosti probíhá učení v kontextu přirozené situace, kterou vytváříme. Naučené dovednosti jsou díky tomu snadno přenositelné do dalších oblastí života. Využití kreativních technik má největší léčebný vliv, pokud působí jako most vedoucí k zvládnání všednodenních aktivit nebo je jejich přímou součástí. (Drake a Tubbs, 2017)

Kreativní techniky mohou být zařazeny v rámci nácviku soběstačnosti, pracovních dovedností, i v rámci hry a trávení volného času. Aktivitu, která bude v terapii použita, je vždy třeba vhodně vybrat tak, aby měla význam pro konkrétního pacienta. Čím větší individuální smysl činnost má, tím lepších výsledků lze dosáhnout. (Yoder, 1989)

Přínos terapie s využitím zaměstnávání byl v průběhu let podroben řadě výzkumů s cílem zjistit, jaký je skutečný dopad těchto terapií na zdraví a spokojenost jedince. Výsledky ukázaly, že pokud lidem předložíme aktivitu, která se podobá zaměstnávání nebo činnost založenou na repetitivním cvičení, zvolí si většina lidí právě zaměstnávání. (Yoder, 1989) Studie, ve kterých byly porovnávány výsledky repetitivního cvičení s výsledky terapií s využitím zaměstnávání ukazují, že zaměstnávání pacienty více motivuje. Pacienti, kteří se věnovali aktivitě připomínající zaměstnávání dosahovali v rámci cvičení většího množství opakování, lepšího výkonu, vykazovali vyšší toleranci bolesti. Sami referovali, že si terapii užili víc než repetitivní cvičení. (Dekupier, 1993)

Odborníci se shodují v tom, že součástí jak nemocniční, tak následné péče o pacienta by měly být i volnočasové aktivity. Zařazení zájmových aktivit může pomoci předcházet sociální izolaci a rozvoji psychických obtíží. Intervence zahrnující i volnočasové aktivity jsou podstatnou součástí péče o pacienta. Mohou pomoci při přechodu z nemocnice do domácího prostředí, zlepšují kvalitu života, odstraňují bariéry ve výkonu a pomáhají tak snížit náklady na léčbu. (Drake a Tubbs, 2017)

Účast na aktivitách, které jsou individuálně důležité a smysluplné, motivuje jedince ke spolupráci a aktivnímu zapojení do hledání nových strategií, jak danou činnost znovu provádět. (Lippertová-Grünnerová, 2005; Kolář, 2009; Radomski a Trombly Latham, 2014; Gillen, 2016)

### **1.8.1 Využití tvořivých činností při nácviku všedních denních činností**

Mezi všedními denními činnostmi a tvořivými aktivitami je možné najít velkou řadu podobností. Kreativní techniky lze využít při nácviku jednotlivých funkčních schopností (svalová síla, úchopy, rozsah pohybu). Podle Šajtarové (2009) je pacient při tvořivé činnosti přímo konfrontován s prvky aktivit všedního života. Jako příklad autorka uvádí: jízda na mechanickém vozíku, chůze s kompenzační pomůckou, přesun z mechanického vozíku na židli nebo toaletu, otevření dveří, oblečení zástěry nebo jiného pracovního oděvu, očista po činnosti. Z oblasti instrumentálních ADL může pacient při zaměstnávání tvořivou činností pracovat s kuchyňským náčiním a trénovat jednotlivé kroky vaření. Dovednosti potřebné pro plánování činnosti je možné dále využít třeba při nakupování. Úklid pracovního místa po ukončené terapeutické jednotce činnosti pomáhá rozvíjet dovednosti péče o domácnost. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

### **1.8.2 Využití tvořivých činností při nácviku pracovních dovedností**

U řady pacientů mohou být tvořivé činnosti využity v rámci nácviku pracovního chování, komunikačních a sociálních dovedností, zvládnání výkyvů nálad a zvyšování sebevědomí, které jsou nepostradatelné pro budoucí pracovní uplatnění. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Drake a Tubbs, 2017) S využitím kreativních technik v rámci nácviku pracovních dovedností se nejčastěji setkáme v chráněných dílnách pro pacienty s psychiatrickou diagnózou nebo u klientů s mentálním postižením. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

### **1.8.3 Využití kreativních technik v rámci hry a trávení volného času**

Hra bývá definována jako vnitřně motivovaná aktivita, která přináší jedinci radost a slouží k poznávání okolí a získávání nových dovedností. S využitím tvořivých činností v rámci hry se setkáváme především u dětí, pro něž jsou tyto aktivity přirozeně atraktivní. V rámci dětských her jsou tvořivé činnosti využívány jako prostředek k podpoře psychomotorického vývoje. Podle Thompson a Blair jsou právě tvořivé činnosti společensky



přijatelnou formou hry, kterou můžeme využít i při práci s dospělými pacienty. (Thompson, 1998; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Terapeut může tvořivých činností využít jako prostředku ke zlepšení a nápravě pacientových narušených funkcí. Onemocnění a změna funkčních schopností, která spolu s ním přichází ovlivňuje pacientovu soběstačnost. Ve snaze obnovit pacientovu nezávislost se terapeuti zaměřují především na nácvik ADL a pracovních dovedností, volnočasové aktivity zůstávají upozaděny. Dochází k narušení rovnováhy mezi soběstačností, prací a trávením volného času (*occupational balance*). Tvořivé činnosti může terapeut využít ve snaze pomoci pacientovi uvědomit si tuto nerovnováhu, využitelné jsou i jako prostředek k její nápravě. U pacientů, kteří se tvoření věnují ve svém volném čase, může být cílem terapie adaptovat danou kreativní činnost tak, aby se jí pacient mohl znovu věnovat. (Thompson, 1990; Gillen, 2016)

Specht, King, Brown a Foris (2002) ve své studii zkoumali hodnotu volnočasových aktivit v životě lidí s vrozenou disabilitou. Výsledky ukazují, že právě možnost aktivně se věnovat zájmům je většinou participantů vnímána jako zlomový okamžik pro jejich nezávislost. Volnočasové aktivity představují pro respondenty možnost zužitkovat výsledky terapií, jsou prostorem pro setkávání a navazování vztahů. Autoři v publikaci také uvádějí, že volnočasové aktivity neslouží u pacientů pouze k trávení volného času a nácviku dovedností. Mohou se stát budoucím pracovním uplatněním těch pacientů, kteří si nemohou osvojit schopnosti nutné pro uplatnění na své původní pracovní pozici. (Drake a Tubbs, 2017).

Nejčastěji jsou kreativní techniky zařazovány v rámci kondiční ergoterapie, cílem takových terapií je aktivizace pacienta, odpoutání mysli a vyplnění volného času. S kondiční ergoterapií se často setkáme v zařízeních pro seniory, kde má využití tvořivých činností prokazatelně pozitivní přínos. Senioři, kteří svůj čas vyplňují tvořivou činností nebo jinou zájmovou aktivitou, se necítí tolik osaměle, daří se jim udržovat své fyzické i kognitivní schopnosti, snadněji se zbavují stresu a vyrovnávají se s bolestí a ztrátou. (Kirkevold, et al., 2012; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Účast na kreativních technikách vede u nemocných a seniorů k posílení spojení s každodenním životem, skupinové tvoření vytváří příležitost pro seznávání a navazování vztahů. Výrobky, které v rámci aktivizace vznikají, bývají nabízeny prostřednictvím různých trhů a dobročinných akcí a jejich tvůrci tak znovu získávají pocit užitečnosti. Mohou se radovat z toho, že je jejich práce oceněna. (Drake a Tubbs, 2017)

## 1.9 Využití kreativních technik v kontextu různých terapeutických přístupů

**Biomechanický přístup:** Biomechanický přístup využívá terapeutovy znalosti kineziologie, jeho cílem je obnova muskuloskeletárních funkcí pacienta a prevence deformit. Nejčastěji nachází tento přístup využití v ergoterapii u pacientů s fyzickou dysfunkcí. Vyšetření se zaměřuje na anatomické, fyziologické a mechanické aspekty pohybu, předmětem vyšetření je svalová síla, rozsah pohybu, stabilita a výdrž. Terapie se skládá z izolovaných cviků, cvičení probíhá v mezích funkčních limitů pacientových schopností, náročnost se postupně zvyšuje. V rámci tohoto přístupu využívají terapeuti kreativní techniky pouze jako prostředek terapie, jako formu cvičení. Aktivita jsou vybírány na základě důkladné analýzy, podstatnými faktory jsou nároky na rozsah pohybu a svalovou sílu a také možnost opakovaného provádění. Drake doporučuje v rámci biomechanického přístupu zařazovat do terapie drhání, pilování nebo broušení dřeva a tvorbu mozaiky. (Krivošíková, 2011, Drake a Tubbs, 2017)

**Kompenzační přístup:** Cílem kompenzačního přístupu je dosažení maximální úrovně nezávislosti pacienta i při stávajícím deficitu. Terapeut hledá způsoby, jak kompenzovat pacientovo postižení, nápomocné mohou být analýza činnosti, úprava prostředí nebo kompenzační pomůcky. Tvořivé činnosti jsou v rámci tohoto modelu voleny proto, že představují pro pacienta výzvu. Pacienta je možné zapojit do tvoření, jehož výsledkem je zhotovení drobné kompenzační pomůcky. (Krivošíková, 2011, Drake a Tubbs, 2017)

**Neurovývojové přístupy:** Neurovývojové přístupy využívají inhibici abnormálních posturálních reflexních aktivit, a snaží se o facilitaci normálních pohybů a postury. Cvičení probíhá v přesně stanovených polohách, důležitý je správný handling terapeuta. Pozitivní přínos pro terapii mají tvořivé činnosti, které zahrnují přenos váhy, posturální změny, a vyžadují zapojení normálních pohybových vzorců. Řezání pilou, broušení dřeva, válení a práce s hmotou nebo míchání těsta mohou být v rámci těchto přístupů využitelné. (Krivošíková, 2011, Drake a Tubbs, 2017)

**Senzorická integrace:** Tento přístup je využíván při práci s dětmi. Klientelu tvoří žáci s poruchami učení a chování nebo děti s opožděným vývojem, kteří mají potíže se zpracováním a tříděním podnětů. Přístup využívá senzorické podněty různých druhů

a intenzit, ve snaze nastavit normální integraci vstupů a facilitaci adaptivních reakcí. Doplňkové aktivity jako tvořivé činnosti jsou vybírány na základě sensorických příležitostí, které nabízejí. Kreativní techniky jsou v rámci sensorické integrace zařazovány často proto, že poskytují kromě vestibulárních stimulů i další typy podnětů (taktilní, propioceptivní, vizuální). Drake doporučuje v rámci sensorické integrace zařazovat do intervence techniky jako papírmaš, otiskování listů, hnětení a práce s hmotou nebo pískem. (Krivošíková, 2011, Drake a Tubbs, 2017)

**Kognitivní přístupy:** Přístupy, které jsou využívány při rehabilitaci kognitivních funkcí, lze dělit do dvou základních skupin. První skupina přístupů se zaměřuje na obnovu poškozených funkcí. Při terapii jsou využívány specifické tréninkové metody, repetitivní úkoly, cvičení tužka-papír. Získané dovednosti jsou dále převáděny do každodenních aktivit. Druhá skupina přístupů hledá adaptační a kompenzační mechanismy, které pomohou pacientovi zvládat každodenní činnosti i přes kognitivní deficit. Přístupy, které kompenzují poškozené funkce, využívají úpravu prostředí nebo činnosti. Pacientovi mohou pomoci také externí pomůcky (notýsek, upomínky na telefonu, návody). (Krivošíková, 2011, Drake a Tubbs, 2017)

Tvořivé činnosti jsou při terapii kognitivních funkcí voleny tak, aby odpovídaly aktuální kognitivní úrovni pacienta. Měly by představovat výzvu, nesmí však pacienta příliš vystavovat neúspěchu. Je třeba volit jednodušší strukturované aktivity, které vyžadují zapojení paměti, pozornosti a dalších kognitivních funkcí, a je možné je opakovat. Využitelné jsou origami, výroba mozaiky nebo práce se dřevem. V rámci tvoření může terapeut učit pacienta používat kompenzační strategie. V tomto případě se nejčastěji využívají sady pro tvořivé techniky, vaření podle receptu a tvořivé činnosti, při kterých jedinec pracuje s návodem. (Drake a Tubbs, 2017)

## **1.10 Využití kreativních technik v rámci hodnotících metod**

Prostřednictvím tvořivých činností mohou ergoterapeuti hodnotit i pacientovy psychické, kognitivní, fyzické a pracovní dovednosti. Terapeuti se při hodnocení zaměřují buď na finální produkt tvoření, nebo na celý proces výroby. Tvoření a tvořivé činnosti

pomáhají zahájit rozhovor, podporují komunikaci a terapeut při nich může pozorovat funkční schopnosti klienta. Jako příklad testů, které hodnotí schopnosti jedince pomocí kreativních činností, je možné uvést:

**Allen Cognitive Level Screening:** jedná se o screeningový test kognitivních funkcí. Využívá se nejčastěji u seniorů a pacientů se zhoršeným zrakem. Během testu má pacient za úkol prošít perforovanou kůži třemi různými nástroji (tkanička, 2 různé jehly). Pacientův výkon je hodnocen v úrovních 1–6. První a druhá úroveň hodnotí pacientovu odpověď na stimuly. Hladiny 3–5 hodnotí pacientův funkční výkon v zadaném úkolu. Šestá úroveň posuzuje pacientovu univerzální potenciální funkční kapacitu, schopnost plánovat a promyšlené konání. (Drake a Tubbs, 2017)

**Obrázek 1.10.1** Allen Cognitive Level Screening (zdroj: <https://1url.cz/ZKxVx>)



**The Magazine Picture Collage:** Jedná se hodnocení vytvořené k posouzení symptomů psychického onemocnění a dynamické struktury pacientovy osobnosti. Test využívá techniku koláže a pomáhá získat informace o pacientových postojích, jeho myšlení a vyjadřování. Přináší také informace o dovednostech, pracovních návycích, chování a vztazích pacienta k okolí. (Drake a Tubbs, 2017)

**Allen Diagnostic Module:** Jedná se o ergoterapeutický test vytvořený k hodnocení kognitivních funkcí, navazuje na Allenův screeningový nástroj. V rámci tohoto testu má terapeut k dispozici 35 standardizovaných tvořivých projektů, které korelují se screeningovým hodnocením. Projekty zahrnují činnosti jako našívání korálků, tvorba mozaiky, šití, práce se dřevem a kůží. Zvolený projekt musí mít pro pacienta význam. Tyto tvořivé činnosti lze standardizovat a získat pomocí nich nové relevantní informace

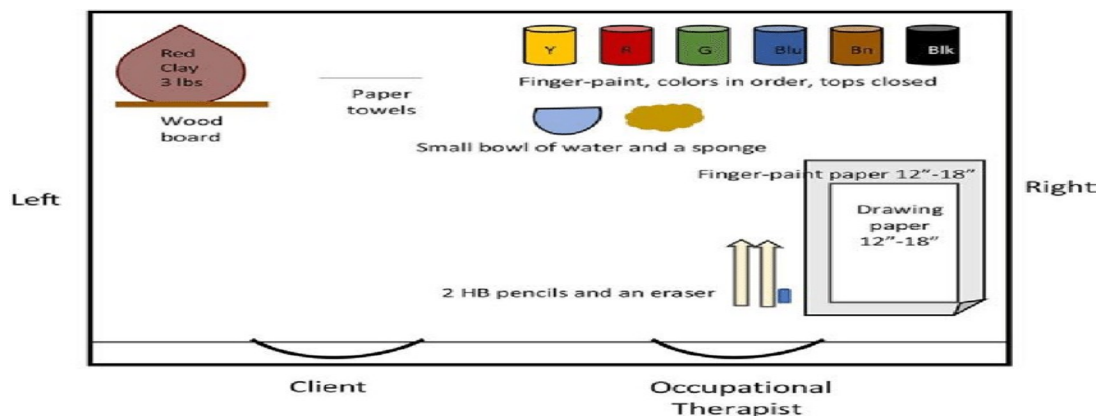
**Obrázek 1.10.2** Allen Diagnostic Module (zdroj: <https://1url.cz/YKxkz>)



o pacientovi. Test obsahuje přidaná hodnotící kritéria, která rozšiřují původní šestistupňové hodnocení. (Allen, 2008)

**Azima Battery:** Jedná se o zřídka využívaný ergoterapeutický hodnotící nástroj. Jedná se o první nástroj využívající k hodnocení expresivní techniky. Byl sestaven kanadskými ergoterapeuty okolo roku 1950 se záměrem facilitovat komunikaci a porozumění u dospělých a adolescentů ohrožených rozvojem psychického onemocněním, nejčastěji schizofrenií. Tvoří jej pět úkolů, které zahrnují tři různá expresivní media. Test má přesné pokyny pro rozmístění pomůcek, řazení úkolů a jejich zadávání. Úkoly zahrnují práci s hnědou modelovací hlinou, prstovými barvami a tužkami. Testovaný má za úkol nakreslit nejprve, co ho první napadne, poté kreslí postavu, a nakonec člověka opačného pohlaví. Následně testovaný pracuje s hlinou, má z ní vytvořit jakýkoli objekt. Poslední úkol je malování prsty. Každý úkol je následován rozhovorem, který je zaměřen na proces tvoření, význam výtvoru. Testující analyzuje zkušenosti a vzpomínky, které se ve výtvorech odrážejí. (Zafran, 2017)

**Obrázek 1.10.3** Azima Battery (zdroj: ZAFRAN, 2017, dostupné z: <https://1url.cz/DKm5x>)



**Diagnostic Test Battery; Fidler Activity Laboratory:** Jde o testy vytvořené ergoterapeutkou Gail S. Fidler. Testy využívají podobné úkoly jako baterie Azima a byly sestaveny pro potřeby pedagogické a diagnostické. Cílem je poznat osobnost jedince prostřednictvím tvořivé činnosti. Activity Laboratory test se skládá z pěti úkolů a využívá několik kreativních technik. Na rozdíl od testu Azima jsou hodnoceny především oblasti motorické, kognitivní a sociální chování. (Drake a Tubbs, 2017)

**Build a City, The Dream Home Assessment:** Je často využívaný nástroj, jehož hodnocení probíhá ve skupině. Klienti dostanou potřebné pomůcky, jsou jim podány následující instrukce: „Postavte společně jako skupina své ideální město. Můžete využít pouze nástroje a materiál, který je na stole. Na splnění úkolu máte 30 minut.” Terapeut po dokončení úkolu hodnotí každého klienta jako jednotlivce, všímá si jeho schopností řešit problémy, pozitivní odpovědi (pomoc ostatním, vyjádření úspěchu) a negativní reakce (vyjadřování nesouhlasu, ústup a antagonistické chování). (Ikuigu, 2007)



**Hodnocení předpracovních dovedností podle Jacobsonové (JPVA):** Je určené pro adolescenty s problémy v učení a jedince s mentálním postižením. Slouží k hodnocení oblastí spojených s prací, test obsahuje 15 úkolů. V těchto úkolech jsou obsaženy i prvky tvořivých činností – spojování dřeva nebo sešívání kůže. (Krivošíková, 2011)

Kreativní techniky se při diagnostice využívají především u pacientů s psychickým onemocněním, vhodné jsou i pro klienty s mentálním postižením a klienty v dětském věku.

**The Routine Task Inventory-Expanded:** Jedná se o semistandardizovaný hodnotící nástroj, určený pro pacienty s kognitivní disabilitou. Skládá se z 25 všedních denních činností. Činnosti jsou hodnoceny pomocí čtyř škál: fyzická škála ADL, společenská škála ADL, komunikační škála ADL, škála pracovní připravenosti. Hodnocení probíhá na šestiúrovňové stupnici podobné screeningovému hodnocení podle Allena. Z kreativních činností jsou v rámci hodnocení zařazeny aktivity jako vaření a šití. (Katz, 2006)

I volnočasové aktivity jsou důležitým prvkem ergoterapeutické intervence, čehož dokladem jsou i standardizované nástroje, které hodnotí pacientův výkon v této oblasti. Jako příklad je možné uvést následující testy: *Idyll Arbor Leisure Battery (IA LB)*; *The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*; *The Leisure Competence Measure*; *Leisure interest Profil For Adults*; *Leisure interest Profil for Seniors*. (Drake a Tubbs, 2017)

## 1.11 Dokumentování tvořivých činností

Objektivně zhodnotit a zaznamenat uskutečněnou terapii je klíčové pro další komunikaci s ostatními pečujícími profesionály, ale také pro sdílení informací s rodinou pacienta. (Goldman, 2015) Hlavním smyslem dokumentace v ergoterapii je podle Gateley a Borcharding (2016):

- komunikace mezi jednotlivými odborníky a koordinace péče o pacienta;
- komunikace s rodinou pacienta, resp. s třetí osobou;
- chronologický záznam vývoje pacientova zdravotního stavu, průběhu léčby a jejích výsledků;
- uchování záznamů pro potřeby výzkumu. (Drake a Tubbs, 2017)

Tvořivé činnosti nemají specifickou strukturu, ale mají předem definovaný výsledek a vyžadují pacientovu aktivní účast, proto se osvědčuje kontinuální záznam jejich průběhu. Při dokumentaci terapie s využitím tvořivých činností postupuje terapeut v zásadě stejně jako při využití jakéhokoli jiného terapeutického prostředku. Podle Drake (2017) je nejjednodušší v dokumentaci tvořivých technik postupovat podle pravidla SOAP.

**S: Subjective** (subjektivní) – subjektivní myšlenky, pocity a zkušenosti klienta, případně jeho blízkých, které se vztahují k dané terapii.

**O: Objective** (objektivní) – měřitelné a objektivně pozorovatelné faktory. Tato položka zahrnuje charakteristiku aktivity a popis jejího smyslu. Popsány jsou měřitelné faktory jako míra asistence, čas nutný na dokončení činnosti, počet náповěd a potřeba verbální dopomoci, správnost dokončení činnosti. Zaznamenává se pouze klientovo chování, bez jakéhokoli hodnocení.

**A: Assessment** (hodnocení) – výsledky dat shromážděných v předchozí kategorii. V této části se hodnotí kvalita klientova výkonu, oblasti zlepšení a přetrvávající problémové oblasti. Tato část může být zohledněna ve vztahu k ADL, bezpečnosti. Vytyčeny jsou oblasti pro další intervenci.

**P: Plan** (plán) – zhotovení plánu pro další terapie. Může zahrnovat specifické formy intervence a způsoby hodnocení použité při práci. (Drake a Tubbs, 2017)

Dokumentování terapie je možné rozšířit o kvantifikaci. Jako nástroj pro zdůraznění změn, ke kterým v pacientových schopnostech došlo, je možné využít procenta. Sheryl Goldman ve své publikaci (Goldman, 2015) uvádí příklady oblastí, kde je procentuální hodnocení využitelné:

- množství potřebné asistence během činnosti;
- množství pomoci, kterou terapeut pacientovi poskytuje při přípravě pomůcek a prostředí;
- úroveň pacientovy nezávislosti;
- čas, který pacient při práci strávil v jednotlivých pozicích;
- hodnocení výkonu pacienta, nebo množství dokončené činnosti v průběhu terapie;
- výdrž ve stoji/vsedě;
- pozice pacientových horních končetin.

Průběžná dokumentace pomáhá terapeutům obhájit využití tvořivých technik v terapii.

## 1.12 Využití tvořivých činností v rehabilitaci pacientů po CMP

V rehabilitaci pacientů po CMP je možné využít řadu uměleckých a tvořivých aktivit, sportů a her. Konkrétní aktivity je třeba systematicky volit a přizpůsobovat konkrétnímu pacientovi. Při volbě techniky jsou zohledňovány pacientovy zájmy, preference, a také předpokládaná délka jeho pobytu v zařízení. Terapeut by měl být na zařazení tvořivých technik do terapie připraven. Je vhodné připravit si zásobník technik, které je možné pacientům předkládat. (Drake a Tubbs, 2017) K identifikaci zájmů u pacientů po CMP lze využít Dotazník zájmů nebo *The Nottingham Leisure Questionnaire*, který jmenuje 38 aktivit od sledování TV, přes tvořivé činnosti až po různé sportovní aktivity. V hodnocení preferovaných aktivit se užívá pětistupňová hodnotící škála. (Radomski, 2014)

Podrobněji se využitím tvořivých technik v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě věnuje ve své publikaci *Crafts & Games in Stroke Rehabilitation* Sheryl Goldman (Goldman, 2015). Autorka sestavila seznam několika technik – macramé, práce s keramikou, práce



s kanavou, práce se dřevem, které uvádí v kontextu konkrétních deficitů, s nimiž se u pacientů po CMP můžeme setkat.

Pro pacienty, kteří mají problémy s integrací jemné a hrubé motoriky, s koordinací pohybu a výdrží, doporučuje autorka využít techniku macramé. Při drhání pracuje pacient s lanky, drží je, pohybuje s nimi, uzluje. Tato činnost klade vysoké nároky na koordinaci jemné a hrubé motoriky a kognitivní schopnosti. Činnost podporuje schopnost pracovat rukama, zatímco lokty svírají pravý úhel.

U pacientů s neglect syndromem nebo hemianopsií, doporučuje autorka vyšívání do plastové kanavy. Aktivita vyžaduje hledání v obou polovinách prostoru. Pacient si při práci zdokonaluje schopnost monitorovat prostor, která je podstatná pro bezpečnost, mobilitu a všední denní činnosti.

Pacienti se zhoršenou citlivostí mívají problém také s úchopy. Při terapii je proto vhodné zařadit práci s keramickou hlinou, která pacientům poskytuje vizuální zpětnou vazbu doteku. Obnova citlivosti se uskutečňuje prostřednictvím vizuálních a sensorických podnětů a také díky získané motorické zkušenosti. Při práci s keramickou hlinou se pacient učí regulovat sílu stisku v úchopech.

U pacientů s poruchami paměti a zhoršením v oblasti dalších kognitivních funkcí, využívá autorka práci se dřevem. Tato činnost vyžaduje přesné sledování psaných pokynů, pozornost, hledání a řešení problémů. Velké nároky jsou při ní kladeny na paměť a správné řazení jednotlivých kroků činnosti. (Goldman, 2015)

### **1.12.1 Kreativní činnosti jako předmět odborných sporů**

Výtvarné a rukodělné činnosti jsou nejstarším terapeutickým prostředkem, který byl využíván při práci s pacienty s psychiatrickým onemocněním a později i pro nácvik funkčních schopností u pacientů s různými typy postižení. Hlavním léčebným nástrojem v ergoterapii byly už od jejího vzniku, avšak v moderní ergoterapii jsou tvořivé činnosti tématem, které odborníky rozdělují. Někteří ergoterapeuti jsou přesvědčeni o jejich využitelnosti a pozitivních přínosech a dále hledají možnosti, jak využití kreativních technik přizpůsobit potřebám a zájmům současných klientů, jiní je jako překonané a málo odborné odmítají. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Počátek tohoto názorového rozkolu lze časově vymezit druhou polovinou 20. století. Drake je přesvědčena, že odklon od využívání tvořivých činností v ergoterapii je přirozeným důsledkem vývoje společnosti. Rukodělné činnosti v našich životech nahradily moderní

technologie, lidé už nejsou závislí na ruční výrobě, pro většinu z nich není ani zdrojem příjmů. Vědeckotechnický pokrok přinesl nové poznatky a technologie do všech odvětví života lidské společnosti a ovlivnil i oblast komprehenzivní rehabilitace. Byly objeveny a vytvářeny nové terapeutické nástroje založené na poznatcích vědy a výtvarné i rukodělné činnosti se ocitly na okraji zájmu. (Drake a Tubbs, 2017)

„Hluboká a stále se prohlubující propast, která existuje mezi komplexností nemoci a jednoduchostí léčebných prostředků, je a vždy bude největší předností a zároveň i slabinou profese ergoterapeutů,“ takto situaci charakterizovala M. Reilly v roce 1962. (Reilly, 1962 in Perrin, 2001)

Při terapii využívající tvořivé činnosti nejsou využívány složité nástroje, naopak, používané pomůcky jsou jednoduché a běžné. A třebaže je efektivnost a smysluplnost takové terapie možné odůvodnit a doložit důkazy, nepůsobí tvořivé činnosti samy o sobě příliš sofistikovaně a odborně. Někteří ergoterapeuti vnímali jako určité stigma, že ostatní zdravotnické profese spojují jejich obor s ručními pracemi, a ve snaze zvýšit prestiž ergoterapie a ukázat její odbornost začali tvořivé činnosti odmítat. Důsledkem takového odmítání podle Perrin je odchýlení se od základních principů ergoterapie, tedy od snahy udržet pacienty aktivní a přispět k obnově jejich funkčních schopností pomocí smysluplného zaměstnání. Tím, že ergoterapeuti opouští tvořivé činnosti, ztrácejí podle ní kontakt s kořeny své profese, ztrácejí schopnost porozumět a ocenit kreativitu, přestávají chápat její význam pro zdraví člověka. (Perrin, 2001)

Odborná literatura zmiňuje i další skutečnosti, kterými ergoterapeuti odůvodňují, proč tvořivé techniky nevyužívají:

- problémy s vykazováním kreativních technik a jejich úhradou pojišťovny;
- nedostatek času, materiálu a prostoru;
- nedostatek odborného vzdělání a zkušeností v této oblasti;
- problémy při volbě vhodné techniky s ohledem na stanovené cíle terapie. (Drake a Tubbs, 2017; Williams, 1987)

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle bakalářské práce**

Praktická část bakalářské práce měla dva cíle. Hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem, jak často a ve kterých oblastech ergoterapie jsou kreativní techniky v ČR využívány. Záměrem bylo identifikovat faktory, které jejich využívání limitují nebo naopak podporují. Informace získané dotazníkovým šetřením byly porovnány se závěry výzkumů publikovaných ve Švédsku, USA a Velké Británii (Müllersdorf a Ivarsson, 2012; Bissell a Mailloux, 1981; Williams a Harrison, 1989).

Vedlejším cílem bakalářské práce bylo ověřit využitelnost kreativních technik v terapii dospělých pacientů se získaným poškozením mozku. Za tímto účelem byly sestaveny konkrétní terapeutické jednotky s využitím tvořivých technik pro pacienty z denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy na Albertově.

### **2.2 Metody sběru dat**

Východiskem pro zpracování praktické části bakalářské práce bylo studium dostupné odborné literatury a publikovaných článků.

Metody sběru dat zahrnují dotazníkové šetření adresované ergoterapeutům, analýzy tvořivých technik pro návrh skupinových terapií a kazuistiku pacientky, která se terapií účastnila.

#### **2.2.1 Dotazník**

Využití kreativních technik v současné ergoterapeutické praxi na území ČR bylo mapováno prostřednictvím internetového dotazníku. Dotazník byl sestaven na internetovém portálu „Vyplň.to“. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jak jsou tvořivé činnosti zastoupeny v práci ergoterapeutů v České republice, které činnosti ergoterapeuti upřednostňují, kdy a u jakých typů pacientů. Byly zjišťovány i osobní postoje oslovených terapeutů k využívání tvořivých činností.

Dotazník byl distribuován ergoterapeutům prostřednictvím e-mailových adres (adresář ergoterapeutických pracovišť na stránkách České asociace ergoterapeutů, seznam míst doporučených pro praxi vydaných vedoucí oboru ergoterapie na 1. LF) a prostřednictvím sociální sítě Facebook (skupina Ergoterapeuti z ČR). S prosbou o distribuci dotazníku byli osloveni také lokální zastupitelé České asociace ergoterapeutů. Návratnost dotazníku, tedy poměr vyplněných dotazníků k počtu zobrazených dotazníků, činila 81,1 %. Jedná se o orientační údaj nezohledňující oslovené respondenty, kteří dotazník ani neotevřeli. Na dotazník bylo možné odpovídat od 23. 5. 2021 do 1. 1. 2022, kdy byl sběr dat ukončen. Během sběru dat byla respondentům cíleně zaslána žádost o vyplnění pouze jednou, bez následujících upomínek, součástí žádosti o vyplnění byla prosba o distribuci dotazníku mezi další kolegy.

Dotazník obsahoval úvod s prosbou o vyplnění dotazníku, dále pak stručné informace o osobě tazatele, náplni a smyslu celého dotazování, včetně jeho odhadované časové náročnosti. V úvodním textu byly definovány techniky, které jsou pro potřeby šetření zařazeny pod pojem kreativní techniky. Jednalo se o: **kreslení, malování, keramiku a práci s hmotou, práci s textilem a přízí, výrobu šperků, předmětů do domácnosti a dekorací, práci se dřevem, výrobu košíků a práce na zahradě.**

Finální verze dotazníku sestávala z 20 otázek (viz Příloha č. 2). Zařazeny byly otázky otevřené i uzavřené. Většina otázek (18) byla uzavřených, respondenti vybírali z nabízených odpovědí, možné bylo také vepsání vlastní odpovědi. Pět otázek vyžadovalo formulaci vlastní odpovědi. Některé otázky fungovaly jako rozcestník a v případě kladné odpovědi následovala odlišná část dotazníku než v případě odpovědi záporné.

Dotazník byl rozdělen do dvou částí. V první části byly zjišťovány základní demografické údaje: pohlaví, stupeň dosaženého vzdělání, délka praxe v oboru, typ pracoviště nebo skupina pacientů, s nimiž dotazovaný pracuje. Další část dotazníku se týkala využívání kreativních technik ve vlastní praxi respondenta. Otázky byly cíleny na důvody, které vedou respondenty k zařazení, či odmítnutí používání kreativních technik, byla zjišťována případná úskalí, která zařazení kreativních technik do terapie provázela. Tázání zjišťovalo, zda se respondenti cítí být dostatečně vzdělaní a kompetentní k využívání kreativních technik a jakým způsobem své vzdělání získali. Otázky byly zaměřeny také na to, v čem respondenti spatřují největší potenciál využívání kreativních technik, co by podle nich přesvědčilo terapeuty k jejich častějšímu zařazování. V neposlední řadě byly předmětem tázání i reakce pacientů, kolegů na terapii s využitím kreativních technik a také to, jaký postoj k využívání tvořivých technik zaujímají sami respondenti.

### **Uzavřené otázky dotazníku**

V úvodní části dotazníku byly respondentům předkládány převážně uzavřené otázky, jejichž cílem bylo získat základní demografické údaje. Zahrnuty byly následující otázky:

1. Pohlaví
2. Stupeň dosaženého vzdělání
3. Máte odborné vzdělání v oboru ergoterapie?
4. Jaké je vaše vzdělání v oboru ergoterapie?
5. Kolik let pracujete jako ergoterapeut?
6. V jakém typu pracoviště pracujete?
7. Kdo je vaším zaměstnavatelem?
8. Jaká je nejčastější cílová skupina pacientů, se kterou se ve své práci setkáváte?

Další skupina uzavřených otázek byla cílena na kreativní techniky a jejich zařazení do vlastní práce respondentů. Terapeuti v otázkách vybírali z předem stanovených odpovědí, měli také možnost vepsat vlastní odpověď. Zařazeny byly otázky:

9. Využívají se na vašem pracovišti kreativní techniky?
10. Kdo je v čele terapií, při kterých jsou zařazovány kreativní techniky?
11. Využíváte při vlastní práci s pacientem kreativní techniky?
12. Kde jste získal/a znalosti, které při práci s kreativními technikami využíváte?
13. Jaký je váš důvod pro zařazení kreativních technik?
14. Jak často využíváte kreativní techniky?
15. Jaký typ kreativních technik v terapii využíváte?
17. Měli jste problém odůvodnit, proč v terapii kreativní techniky využíváte?
18. Komu bylo nejtěžší zdůvodnit využití kreativních technik?
19. Proč v terapii nevyžíváte kreativní techniky?
20. Myslíte si, že využívání kreativních technik může snižovat prestiž profese?

### **Otevřené otázky**

Z důvodu náročnosti následného vyhodnocení otevřených otázek a za účelem minimalizace času nutného na zodpovězení dotazníku byly do průzkumu zařazeny pouze dvě

otevřené otázky. Odpovědi byly v rámci vyhodnocení analyzovány a třízeny do kategorií, které bylo možné graficky znázornit. Jednalo se o otázky:

16. Provázely využívání kreativních technik v terapii nějaké komplikace? Pokud ano, v čem problém spočíval?

21. Co by vás motivovalo k zařazení kreativních technik do terapie?

### **Větvení dotazníku**

Do dotazníku byly zařazeny dvě otázky, které vytvářely strukturu celého dotazníku. Obě otázky byly uzavřené, nabízeli respondentovi volbu odpovědi ANO, NE. Pokud respondent odpověděl ANO, otevřela se mu jiná větev dotazníku než při zaškrtnutí odpovědi NE.

3. Máte odborné vzdělání v oboru ergoterapie?

ANO – Následuje otázka č. 4. Jaké je vaše vzdělání v oboru ergoterapie?

NE – Následuje otázka č. 5. Kolik let pracujete jako ergoterapeut?

11. Využíváte při vlastní práci s pacientem/pacienty kreativní techniky?

ANO – Následuje otázka č. 12. Kde jste získal/a znalosti, které při práci s kreativními technikami využíváte?

NE – Následuje otázka č. 19. Proč v terapii nevyžíváte kreativní techniky?

Cílovou skupinou dotazování byli ergoterapeuti s dokončeným vzděláním v oboru ergoterapie dle platné legislativy (Zákon č. 96/2004 Sb. (verze 15)). Respondenti nebyli omezeni věkem, místem bydliště ani užší specializací. Anonymita všech respondentů byla zachována v průběhu dotazníkového šetření i při následném zpracování dat. Cílem bylo získat minimálně 50 respondentů. Množství respondentů bylo stanoveno tak, aby poměr počtu respondentů k celkovému počtu ergoterapeutů v ČR odpovídal výsledkům zahraničních dotazníkových šetření ve Švédsku, USA, Velká Británie, s nimiž byly výstupy následně porovnány.

### **Analýza výsledků dotazníku**

Celkem na dotazník odpovědělo 106 respondentů. Všichni respondenti byli zařazeni do výsledků dotazníkového šetření. Výsledky dotazníku byly analyzovány pomocí programu Microsoft Excel, ve kterém byly zhotoveny i grafy a tabulky. Grafické znázornění výsledků

dotazníku včetně plného znění všech otázek dotazníku je uvedeno v příloze bakalářské práce (viz Přílohy č. 2 a č. 3.)

### **2.2.2 Analýza činnosti**

Součástí praktické části bakalářské práce bylo ověření využitelnost terapií se zařazením kreativních technik v rámci komplexní rehabilitace pacientů po získaném poškození mozku. Východiskem pro tuto část práce byly studie (Kongkasuwan, 2015; Symons, 2011; Waller, 2006) popisující přínos terapie se zařazením kreativních technik u pacientů s neurologickou diagnózou.

V rámci přípravy na terapii bylo zvoleno pět kreativních technik. Ke každé činnosti byla vytvořena analýza činnosti podle Lewin, Reed a Šajtarové. Z činností byly následně zvoleny dvě techniky, které nejlépe odpovídaly cílové skupině pacientů. U zvolených technik byly sestaveny i analýzy činnosti podle Coffey, Lamport a Hersh (2015). Analýza první tvořivé činnosti je jedním z výstupů praktické části bakalářské práce (viz 2.3.3.1 a 2.3.2.2), analýzy druhé aktivity jsou součástí příloh bakalářské práce (viz Příloha č. 4 a č. 5)

Součástí analýz činnosti jsou stručné informace pro terapeuta o zvolené technice, nárocích na funkční schopnosti pacienta, délce trvání aktivity, materiálu a potřebných pomůckách. Dále jsou uvedeny nároky na fyzické prostředí, převažující pracovní polohu a informace o možných bezpečnostních rizicích. Dále následuje analýza jednotlivých kroků činnosti s důrazem na její senzomotorické, kognitivní a psychosociální komponenty. Uvedeny jsou také možnosti adaptace a stupňování jednotlivých kroků činnosti.

### **2.2.3 Realizace terapií s využitím kreativních technik**

Terapeutické jednotky byly realizovány s pacienty z denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF na Albertově. Cílovou skupinou tvořili dospělí pacienti se získaným poškozením mozku a s rozvojem následné hemiparézy. Kritéria pro výběr pacientů zahrnovala:

- souhlas s účastí (viz Příloha č. 10);
- minimální věk 18 let;
- dostatečná míra verbální komunikace a porozumění;
- minimální skóre 16 bodů v testu MoCA.

Do terapií nebyli zařazeni pacienti nesplňující uvedená kritéria a pacienti s diagnózou jiného onemocnění psychiatrické povahy. Terapií se zúčastnili 4 pacienti, doloženo informovaným souhlasem.

Terapeutické jednotky trvaly vždy dvě hodiny, probíhaly jednou týdně. Terapie se uskutečnily 25.11. 2021 a 2. 12. 2021, byly zaměřeny na zlepšení zapojení paretické horní končetiny do činnosti. Autorka práce využila předvánoční období jako motivační prvek. Pro první terapii byla zvolena výroba přáníčka technikou papírové koláže, pro druhou výroba vánočního svícnu z vizovického těsta.

Terapie probíhaly vždy podle stejného schématu. Na začátku první terapie proběhlo úvodní seznámení, stručný popis toho, co jsou to kreativní techniky, jejich využití a přínos pro rehabilitaci. Pacientům byla představena konkrétní kreativní technika, výklad byl doplněn ukázkou hotových výrobků. Zařazena byla krátká sekvence zaměřená na aktivní hybnost a protažení horních končetin, po které si pacienti připravili a rozebrali potřebné pomůcky a materiál. Hlavní částí terapie bylo samotné tvoření. Pacienti mohli pracovat samostatně nebo mohli využít asistenci studentek ergoterapie. Pro navození příjemné atmosféry byla využita tichá reprodukováná hudba – vánoční koledy. Po dokončení činnosti a drobném úklidu následovala diskuse se zpětnou vazbou od pacientů.

Subjektivní přínos terapií pro pacienty byl po dokončení obou terapeutických jednotek zhodnocen pomocí semistrukturovaného dotazníku. Při tvorbě zpětnovazebného dotazníku bylo čerpáno ze zahraniční literatury, odborného článku. (Symons, 2011).

Cílem dotazníku bylo zhodnotit subjektivní přínos terapií s kreativní technikou každým ze čtyř pacientů, kteří se skupinových terapií účastnili. Pacienti mohli dotazník vyplnit individuálně nebo zodpovědět otázky během skupinového rozhovoru. Tři pacienti chtěli terapie hodnotit při společné diskusi a jejich odpovědi se tak zčásti prolínají. Poslední pacient vyplnil dotazník písemně. Plné znění dotazníku je součástí příloh bakalářské práce (viz Příloha č. 9).

Zpětnovazebný dotazník byl pacientům předložen v tištěné formě. Obsahoval krátké poděkování za jejich zapojení do terapií a šest otázek. Tři otázky byly uzavřené, pacienti měli možnost zvolit jednu nebo více odpovědí. Zbylé tři otázky vyžadovaly vepsání odpovědi vlastními slovy.



## **2.2.4 Kazuistika**

Terapie s využitím kreativních technik ilustruje kazuistika pacientky v příloze praktické části bakalářské práce (viz Příloha č. 6). Pacientka podpisem informovaného souhlasu vyjádřila souhlas s prezentací kazuistiky a výsledků vyšetření v této bakalářské práci.

V kazuistice je představena 46letá pacientka po ischemické cévní mozkové příhodě s reziduální pravostrannou hemiparézou a fatickou poruchou (onemocnění vzniklo v lednu 2020). Součástí kazuistiky jsou obecné informace o pacientčině zdravotním stavu, funkčních schopnostech a soběstačnosti. V kazuistice jsou uvedeny výsledky testů MoCA, Nottinghamské vyšetření čítí, modifikované Frenchaiské škály a testu FIM (Funkční míra nezávislosti), kterými byli testováni všichni pacienti, kteří se skupinových terapií účastnili.

## **2.3 Výstupy z praktické části**

### **2.3.1 Závěry dotazníkového šetření**

Grafy znázorňující odpovědi na dotazník jsou součástí příloh bakalářské práce (viz Příloha č. 3).

#### **Demografické údaje o respondentech**

Do zpracování bylo zařazeno všech 106 respondentů. Většinou se jednalo o ženy (ženy = 104; muži = 2), s bakalářským stupněm vzdělání v oboru ergoterapie (viz Příloha č. 3 – Graf č. 1). Respondentky nejčastěji uváděly, že pracují v oboru již 10 a více let (viz Příloha č. 3 – Graf č. 2).

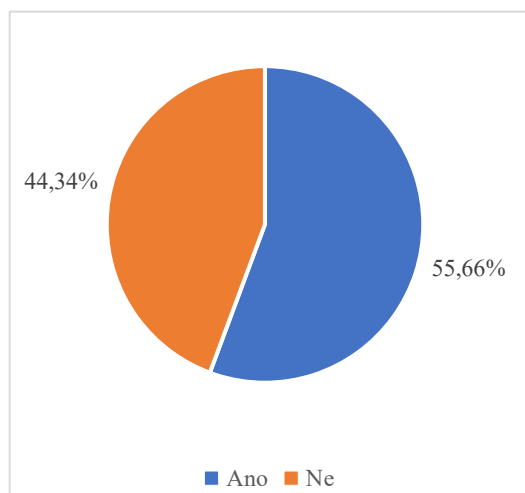
Téměř polovina respondentů udávala, že pracuje ve zdravotnickém zařízení nebo v nemocnici. Respondenti také často uváděli, že jsou zaměstnáni v rehabilitačních ústavech a stacionářích nebo v domovech pro seniory. Respondenti v možnosti vlastní odpovědi opakovaně uváděli, že jsou zaměstnáni v neziskových organizacích, tato možnost byla proto zařazena jako samostatná odpověď. Žádný z respondentů neuvedl jako své zaměstnání denní centrum pro seniory, tato varianta byla z toho důvodu vyřazena. V kolonce „Jiné“ jsou zahrnuty možnosti, které nebylo možné zařadit do vlastních odpovědí: odpověď pracuji v lázních, ergoterapeuti také uváděli, že pracují na více pracovištích. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 3)

Nejčastější cílovou skupinou pacientů, s níž se respondenti při své práci setkávají, jsou pacienti s neurologickým onemocněním (39,62 %), senioři (27,36 %), děti (12,26 %). Respondenti často pracují také s pacienty s ortopedickou a traumatickou diagnózou (9,43 %). Žádný ergoterapeut neodpověděl, že pracuje s klienty se závislostmi, tato možnost byla při zpracování dat vyřazena. Ve skupině „Jiné“ jsou zařazeny odpovědi nespécifické, které nebylo možné začlenit do určité položky, a možnost pracuji s onkologickými pacienty. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 4)

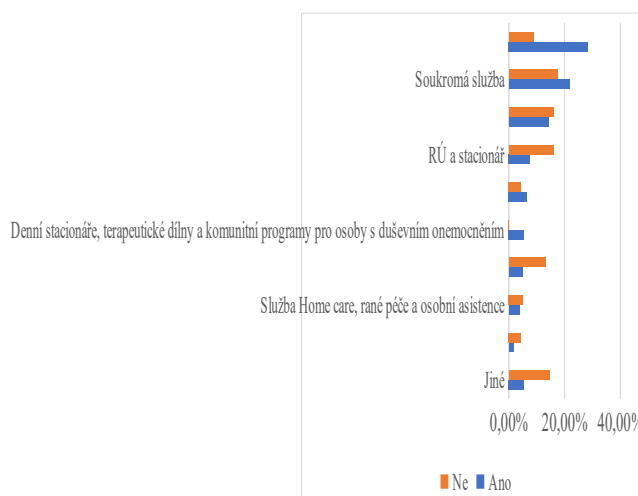
### Kreativní techniky a jejich zařazení ve vlastní práci respondentů

Více než polovina respondentů (55,66 %) uvedla, že při práci s pacienty zařazují do terapií kreativní techniky (viz Graf 2.3.1.1). Z respondentů, kteří kreativní techniky využívají, pracuje 58,62 % v zařízeních, kde jsou kreativní techniky oficiálně zařazovány do léčby pacientů. Z respondentů, kteří odpověděli, že do vlastní práce s pacienty kreativní techniky nezařazují, téměř všichni (87,88 %) pracují v zařízeních, kde kreativní techniky nejsou součástí péče o pacienty. Graf 2.3.1.2 znázorňuje zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů v závislosti na typu pracoviště. Ergoterapeuti pracující v zařízeních pro seniory odpovídali častěji, že ve své práci tvořivé techniky využívají. Odpověď „Kreativní techniky ve své práci využívám“ převažovala i mezi terapeuty v soukromých službách, terapeutických dílnách a speciálních školách. Ergoterapeuti zaměstnaní v nemocnicích nebo rehabilitačních ústavech odpovídali častěji, že kreativní techniky do terapie nezařazují.

**Graf 2.3.1.17** Využití kreativních technik ve vlastní práci ergoterapeutů



**Graf 2.3.1.18** Zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů v závislosti na typu pracoviště



Respondentům, kteří odpověděli, že ve své práci kreativní techniky nevyužívají, byla dále položena otázka: „Proč v terapii nevyužíváte kreativní techniky?“ Na tuto otázku

respondenti nejčastěji odpovídali, že kreativní techniky na pracovišti provádí jiný pracovník. Kreativní techniky podle těchto respondentů nejsou vhodným nástrojem pro jejich klientelu, sami respondenti často neměli ke tvořivým technikám osobní vztah. Terapeuti udávali, že jim vadí nedostatečná vědecká podloženost kreativních technik, a proto se přiklánějí k jiným terapeutickým metodám.

Respondenti, kteří ve své práci s pacienty kreativní techniky využívají nejčastěji uváděli, že znalosti potřebné pro zařazení kreativních technik do práce získali během studia na vysoké škole (52,54 %). Potřebné znalosti získávali ergoterapeuti také prostřednictvím kurzů nebo školení (30,51 %), mezi odpověďmi se objevovala také možnost sebevzdělávání (13,56 %). Náměty hledají někteří ergoterapeuti na internetu (3,39 %) (viz Příloha č. 3 – Graf č. 5).

## **Způsob zařazení kreativních technik do práce ergoterapeutů**

### **Vedení terapií s využitím kreativních technik**

Respondenti nejčastěji odpovídali, že terapie, při kterých jsou kreativní techniky využívány, vede na jejich pracovišti ergoterapeut (61 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že terapie vedou arteterapeuti (9 %). Ve vlastních odpovědích respondentů se často opakovalo, že kreativní techniky na pracovišti vedou aktivizační pracovníci nebo dobrovolníci (7 %). Tato odpověď byla zařazena jako samostatná možnost. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 6)

Z výsledků je zřejmá souvislost mezi tím, v jakém zařízení ergoterapeuti pracují, a tím, kdo vede terapie s využitím kreativních technik. V rehabilitačních ústavech a stacionářích jsou terapie s kreativními technikami vedeny nejčastěji vedoucím výtvarné dílny nebo zdravotní sestrou. Ergoterapeuti z neziskových organizací, nemocnic a soukromých zařízení nejčastěji odpovídali, že kreativní techniky ve své práci nevyužívají. Pokud jsou na těchto pracovištích kreativní techniky využívány, jsou tyto terapie vedeny nejčastěji specializovaným pracovníkem – arteterapeut, muzikoterapeut, v minimu případů je vedl ergoterapeut. Ve speciálních školách využívají kreativní techniky převážně speciální pedagogové. V domovech pro seniory a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nejčastěji kreativní techniky vedou aktivizační pracovníci, ti často pracují také v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 7)

## **Četnost zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů**

Četnost, s jakou respondenti do vlastní práce s pacienty kreativní techniky zařazují, se lišila: 16,04 % odpovědělo, že kreativní techniky používá 3 – 5krát týdně, 13, 21 % využívá kreativní techniky 1 – 2krát týdně, 11,32 % využívá KT jednou za dva týdny, 11,32 % využívá KT jednou měsíčně. Jednou za půl roku využívá kreativní techniky 2,83 % respondentů, 0,94 % respondentů využívá kreativní techniky alespoň jednou ročně. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 8)

Z výsledků je patrný vztah mezi frekvencí zařazování kreativních technik a diagnózou pacienta. Mezi ergoterapeuty pracujícími s pacienty s neurologickým onemocněním převažovala odpověď, že kreativní techniky ve své práci využívají alespoň jednou měsíčně. U neurologických pacientů měla také velké zastoupení odpověď velmi často. Ergoterapeuti pracující s pacienty s ortopedickou a traumatologickou diagnózou nejčastěji odpovídali, že do své práce kreativní techniky nezařazují. Ergoterapeuti specializovaní na dětskou klientelu využívají kreativní techniky často, tedy 1-2krát týdně. Ergoterapeuti pracující s pacienty v seniorském věku, s pacienty s mentálním postižením nebo psychiatrickou diagnózou nejčastěji odpovídali, že do své práce zařazují kreativní techniky alespoň jednou za dva týdny. (viz. Příloha č. 3 – Graf č. 9)

Z výsledků vyplynula zřejmá souvislosti mezi typem zařízení a frekvencí využívání kreativních technik. Nejvíce se různily odpovědi ergoterapeutů pracujících v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. Tito respondenti nejčastěji odpovídali, že kreativní techniky do své práce nezařazují téměř nikdy (alespoň jednou do roka). Ergoterapeuti také často uváděli, že kreativní techniky do své práce v nemocnici zařazují alespoň jednou měsíčně. Ergoterapeuti pracující v neziskových službách odpovídali, že ve své práci využívají kreativní techniky jen velmi zřídka, tedy jednou za půl roku. Velmi často využívají ve své práci kreativní techniky ergoterapeuti v soukromých službách a ergoterapeuti pracující v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Ergoterapeuti pracující v domovech pro seniory a denních stacionářích pro klienty s duševním onemocněním využívají ve své práci kreativní techniky 1 – 2krát týdně nebo 3 – 5krát týdně. Ve speciálních školách ergoterapeuti zařazují do práce se svými klienty kreativní techniky jednou za dva týdny. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 10)

### **Nejčastěji užívané kreativní techniky a důvody pro jejich zařazení do terapie**

Nejčastějším typem kreativních technik, které ergoterapeuti ve své práci používají, jsou: práce na zahradě, výroba šperků a dekorací, práce s textilem a přízí, práce s keramickou

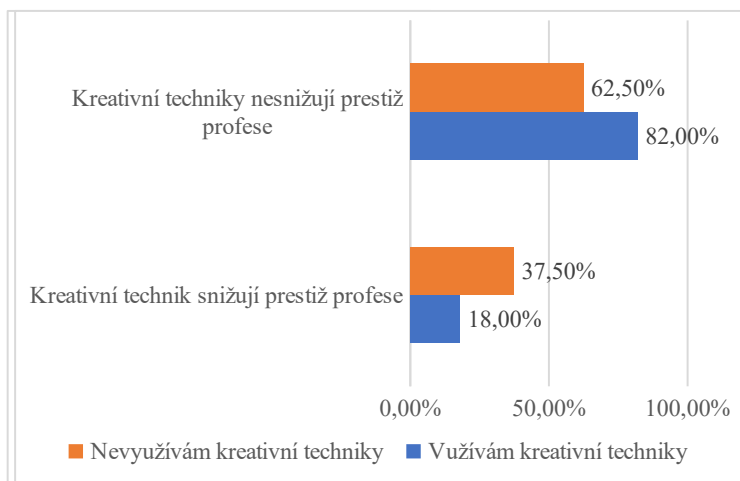
hmotou, kresba a malba. Méně časté jsou práce s papírem, práce s přírodními materiály a pedigem nebo práce se dřevem. V kategorii jiné jsou zahrnuty činnosti jako pečení, vaření, decoupage. (viz Příloha č. 3 – Graf č. 11)

Respondenti uváděli, že kreativní techniky nejčastěji do práce s pacienty zařazují v rámci smysluplného trávení volného času. Využívají tyto aktivity také pro zlepšení schopnosti plánovat a pro zvýšení pacientovy spokojenosti. Častým důvodem pro zařazení kreativních technik do terapie jsou: zlepšení schopnosti plánovat, nácvik pracovních dovedností, trénink sensorických a kognitivních funkcí. Méně často jsou tyto techniky využívány pro zlepšení motorických funkcí a nácvik ADL (viz Příloha č. 3 – Graf č. 12).

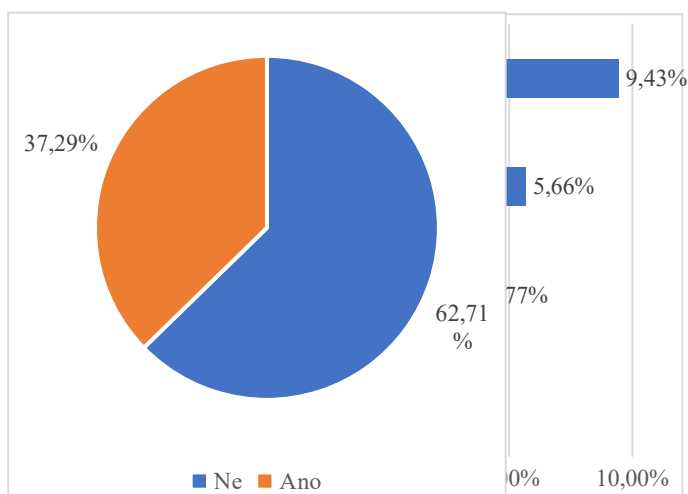
Graf 13 (viz Příloha č. 3) znázorňuje souvislost mezi tím, s jakou skupinou pacientů ergoterapeuti ve své práci pracují, a tím, proč kreativní techniky využívají. U pacientů s neurologickou diagnózou například převládá využívání kreativních technik v rámci smysluplného trávení volného času a zlepšení schopnosti plánovat činnost i řešit problémy. U seniorů jsou kreativní techniky zařazovány v rámci smysluplného trávení volného času a zvýšení pacientovy spokojenosti. U pacientů s psychiatrickou diagnózou převládá využití kreativních technik v rámci smysluplného trávení volného času a prohlubování schopnosti řešit problémy, kreativní techniky jsou využívány také v rámci nácviku pracovních dovedností. U dětských pacientů převládá využití kreativních technik v rámci plánování činnosti, důležitou položkou je také nácvik kognitivních nebo sensorických funkcí.

### **Úskalí, která terapeuta mohou potkat při zařazení kreativních technik do práce s pacienty**

Na otázku, zda provázely využívání kreativních technik v terapii potíže, odpovědělo kladně 37,29 % respondentů (viz Graf 2.3.1.3). Jako nejčastější komplikace tyto respondenti uváděli: nezáměr pacienta, nedostatek finančních prostředků a vhodného materiálu na pracovišti, nepochopení ze strany nadřízených a nedostatek času na terapii (viz Graf 2.3.1.4).



**Graf 2.3.1.19** Provázely využívání kreativních technik ve vaší práci nějaké komplikace? **Graf 2.3.1.20** Nejčastěji uváděné komplikace



Respondenti byli dotazováni, zda se domnívají, že využívání kreativních technik v ergoterapii může snižovat prestiž profese. Na tuto otázku odpovědělo 40,78 % respondentů kladně, nesouhlasilo 59,22 % dotazovaných (viz Graf 2.3.1.5). Z těch ergoterapeutů, kteří se domnívají, že kreativní techniky snižují prestiž profese, je 18 % i přes své přesvědčení využívá. U respondentů, kteří odpověděli, že kreativní techniky nesnižují prestiž profese jsou techniky využívány v 82 %. (viz Graf 2.3.1.6).

**Graf 2.3.1.21** Snižují kreativní techniky prestiž profese?

**Graf 2.3.1.6** Zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů v závislosti na tom, zda si myslí, že kreativní techniky snižují prestiž profese

Ergoterapeuti měli také uvést, co by je motivovalo pro zařazení kreativních technik do vlastní práce s pacienty. Odpovědi v této kategorii se velmi různily. Jako příklad bych chtěla

uvést několik slovních vyjádření respondentů, která ilustrují rozdílné postoje k dané problematice.

*„Je to nesmysl, co degraduje ergoterapii. Např. v Kanadě toto považují za výsměch. V mé soukromé klinice toto považují spíše za práci aktivizačních pracovníků. Ne rehabilitačních pracovníků.“*

*„Myslím, že kreativní techniky mají i v moderní ergoterapii stále své místo, ale je nutné techniku dobře zvolit a musí pacientovi přinášet nějaký přínos, musí v ní vidět smysl.“*

*„V našem zařízení kreativní techniky bývají využívány v rámci terapeutických dílen, které rozhodně mají své opodstatnění a jsou mezi pacienty oblíbené, ale v ergoterapii máme jinou náplň práce.“*

## **2.3.2 Analýza činnosti**

### **2.3.2.1 Výroba papírového přáníčka technikou koláže – Analýza podle**

#### **Reeed a Lewin:**

#### **Informace pro terapeuta**

**Analýza aktivity:** Výroba vánočního přáníčka je aktivita, kterou je možné využít jak v rámci skupinové, tak individuální terapie. Při výrobě vánočního přáníčka lze uplatnit řadu různých technik a postupů. Je možné použít zapouštění barev do navlhčeného papíru nebo techniku koláže. Každý pacient pracuje během terapie sám, tvoří vlastní přáníčko. Vzhled přáníčka je dobré specifikovat, ukázat pacientům vzor hotového výrobku, některý pacient uvítá i možnost použít vlastní představivost a vytvořit svůj unikátní výrobek. Instrukce je možné podat i psanou formou s obrázky – procesuální schéma. Pro větší názornost je možné pacientům demonstrovat postup krok po kroku.

Technika je vhodná pro dospělé pacienty i pro děti. Techniku je možné použít i při práci s pacienty na lůžku.

**Cíl činnosti:** Během tvorby přáníčka možné podpořit výkon pacienta v následujících oblastech:

#### **Motorické komponenty:**

- jemná motorika a pohyby prstů horních končetin;
- koordinace prstů a ruky;
- bilaterální zapojení horních končetin;
- úchopy;
- křížení středové osy;
- svalová síla.

#### **Kognitivní komponenty:**

- pozornost a soustředění;
- schopnost plánování činnosti a řazení jednotlivých kroků činnosti;
- schopnost rozhodovat a řešit problémové situace;
- soustředění;
- pozornost zaměřená na úkol.

#### **Senzorické komponenty:**

- prostorová orientace a uvědomění si vztahů v prostoru;
- koordinace oko-ruka;
- cítí.

#### **Psychosociální komponenty:**

- samostatnost v práci a uvažování;
- sebevědomí;
- navazování vztahů ve skupině;
- sebekontrola;
- schopnost samostatné práce.

**Délka trvání činnosti:** Činnost je plánovaná na 2 hodiny trvající terapeutickou jednotku.

**Jednotlivé kroky činnosti:** seznámení s činností a objasnění jejího významu;  
příprava pomůcek a pracovní plochy;  
trhání nebo stříhání papíru;  
lepení papíru;  
dekorování hotového přáníčka.

**Materiál:** Papír



## Nástroje a pomůcky:

- barevná čtvrtka;
- novinový nebo notový papír;
- lepidlo;
- nůžky;
- fixy a pastelky, třpytky a další dekorace.

**Fyzické prostředí:** Činnost provádíme vsedě, popřípadě ve stoji u výškově nastavitelného stolu. Místnost, ve které činnost provádíme by měla být dobře osvětlená, dostupná pro všechny pacienty. V místnosti by měl být klid, příjemná atmosféra.

**Pracovní poloha:** Převažující poloha při práci je vsedě na židli nejlépe s oběma chodidly pevně opřenými o zem a rovnými zády. Židle by neměla být ani moc daleko ani moc blízko u stolu tak, aby pacientovi poskytovala dostatečnou možnost pohybu a nenutila ho k předklánění. Pacient může pracovat i ve stoji u výškově nastavitelného stolu nebo vleže na lůžku.

**Bezpečnostní rizika:** Nebezpečí pádu při přesunu po místnosti. Lepidlo, které se používá v průběhu celé činnosti, se může dostat na oděv pacienta a ušpinit ho. Je nutné zvážit možnost alergické reakce na lepidlo. V případě potřeby je možné využít gumové rukavice.

## Analýza úkolu:

Skupinová práce: Přáníčko koláž			
<b>Komponenty během celé činnosti:</b>		<b>Senzorické komponenty:</b> Přijímání a třídění smyslových podnětů; Práce se smyslovými stimuly, jejich interpretace; Schopnost udržet svalový tonus – nutný pro správnou posturu při práci; Aktivní hybnost; Čítí na dlaních a prstech horních končetin. <b>Kognitivní komponenty:</b> Bdělost; Pozornost (zaměřená, rozdělená musí pracovat a zároveň vnímat, co dělají ostatní, selektivní pozornost (musí být schopen zaměřit se na důležité aspekty činnosti a ignorovat rušivé vlivy prostředí); Iniclace (po vysvětlení a zadání úkolu činnost zahájí bez pobídek); Paměť (zapamatování si jednotlivých kroků činnosti); Orientace (v situaci – je nutné vědět kde jsem, co mám dělat), Plánování (plánování jednotlivých kroků činnosti a jejich správné řazení). <b>Psychosociální komponenty:</b> Sociální chování a sebekontrola (pacient není při činnosti sám, musí respektovat potřeby a přání ostatních účastníků), motivace k činnosti.	
<b>Kroky činnosti</b>	<b>Senzomotorické komponenty</b>	<b>Kognitivní komponenty</b>	<b>Psychosociální komponenty</b>

<b>Terapeut seznámí členy skupiny s činností</b>	Sluchové a zrakové vnímání	Bdělost; pozornost – přijímání informací; zpracování získaných informací; paměť – zapamatování si kroků činnosti	Sociální chování – nevyrušovat ostatní
<b>Příprava pomůcek</b>	Lokomoce a kontrola postury; hrubá motorika horních končetin – aktivní hybnost; rozsahy pohybu; svalová síla a výdrž; křížení středové osy; bilaterální integrace; úchopy – přiblížení; uchopení předmětu; manipulace s předmětem; odložení předmětu; čítí	Orientace (osoba, místo, čas); plánování činnosti a řazení jednotlivých kroků; řešení problémových situací; kategorizace pomůcek	Interakce s ostatními
<b>Rozložení pomůcek po stole</b>	Jemná motorika; úchopy; hrubá motorika – síla, výdrž, rozsahy pohybu, křížení středové osy	Organizace práce; plánování	Interakce s ostatními
<b>Výběr vhodných částí novin pro koláž</b>	Jemná motorika; zrakové vnímání	Plánování; rozhodování; představivost; kategorizace; ukončení aktivity (souvisí s organizací času a plánováním celé činnosti); prostorová představivost (bude mi vybraný ústřížek zapadat do tématu a jak ho umístím?); generalizace (jsem schopný použít symboly a dvojrozměrné postavy a předměty místo třírozměrných)	Sebevyjádření; interpersonální dovednosti (je dobré konzultovat s ostatními ve skupině); časový management (nesmím se zapomenout při prohlížení časopisů a musím myslet, že na práci mám ohraničený čas)
<b>Stříhání novin, trhání papíru</b>	Jemná motorika; lateralita; praxe	Pozornost; soustředění; orientace v prostoru; schopnost pracovat samostatně	Interakce s ostatními; sociální chování; komunikace (schopnost pokládat otázky); sebevyjádření; představivost
<b>Lepení</b>	Křížení středové osy; lateralita, praxe; koordinace oko-ruka; taktilní čítí	Organizace práce; rozhodování; prostorová orientace a vztahy; paměť; třídění informací; řešení problémů	Interakce s ostatními; sociální chování; sebevyjádření; interpersonální dovednosti
<b>Dokončení činnosti</b>	Oromotorika	Komunikace-exprese	Práce s časem
<b>Úklid pomůcek</b>	Lokomoce; křížení středové osy; bilaterální integrace; úchopy a manipulace s předměty	Paměť (kam věci patří); orientace v prostoru; organizace práce	Interakce s ostatními (dělba práce)
<b>Reflexe</b>	Sluchová percepce; oromotorika	Paměť (pamatovat si, co mi činilo obtíže během práce); kategorizace; komunikace	Sebekontrola; interpersonální dovednosti; sebevyjádření

## ADAPTACE ČINNOSTI:

### 1. Adaptace pro pacienty fyzickým postižením:

Kroky činnosti	Adaptace
Seznámení s činností	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut vysvětlí různé způsoby adaptace činnosti</li> </ul>
Příprava pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví pomůcky sám</li> <li>• Terapeut podá pomůcky z hůře dostupných míst, odstraní bariéry v prostředí</li> <li>• Terapeut navrhne pacientům, aby si pomůcky dali do tašky pro usnadnění přenášení</li> </ul>
Rozložení pomůcek po stole	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomůže s rozložením pomůcek</li> </ul>
Výběr vhodného materiálu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut místo časopisů může zvolit barevné papíry</li> <li>• Terapeut může předem připravit výstřižky a klientům dá jen vybrat</li> </ul>
Vystřížení, vytrhávání kousků	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut může uvolňovat před činností a během činnosti spastické držení horní končetiny</li> <li>• Terapeut připraví pomůcky, které by suplovaly absenci motoriky druhé ruky (např. desky s gumou, za kterou se časopis zasune)</li> <li>• Terapeut doporučí spolupráci klientů tak, aby měli vždy „dvě ruce“</li> <li>• Adaptované nůžky</li> <li>• Terapeut může dopomáhat klientovi (fyzickým guidingem – vede jeho ruku v činnosti, držení papíru, připravením papíru ke stříhání – upevnění papíru, dopomoc při položení postižené ruky na papír, aby ho přidržovala)</li> </ul>
Lepení	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví takové lepidlo, které bude pro klienty snadno použitelné (např.: Herkules v kombinaci se štětcem, tyčinkové lepidlo)</li> <li>• Terapeut doporučí klientům, aby lepidlo nanесли na plochu koláže (to je snazší než nanášet lepidlo na výstřižek)</li> <li>• Papír, na který budou lepit ústřižky, bude přichycen k podložce tak, aby se nehýbal (na protiskluzové podložce, kancelářskou sponkou k novinám či deskám,...)</li> </ul>
Dokončení činnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomůže klientovi nebo celé skupině</li> </ul>
Úklid pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viz. příprava pomůcek</li> </ul>

### 2. Adaptace pro pacienty s kognitivním a psychosociálním deficitem:

Kroky činnosti	
Terapeut seznámí členy skupiny s činností	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut užívá při vysvětlování jednoduché</li> </ul>

	<p>termíny</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut zadává nový úkol až po dokončení toho předchozího</li> <li>• Terapeut zadává činnost s obrázkovým manuálem</li> <li>• Terapeut dá pacientům psaný návod činnosti, ve kterém si každý může odškrtnout splněné kroky</li> <li>• Terapeut napíše kroky činnosti na tabuli, kde je všichni pacienti vidí</li> </ul>
<b>Příprava pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví seznam pomůcek, které jsou pro činnost potřeba – pacienti si mohou škrtnout, co už mají připraveno</li> <li>• Terapeut připraví pomůcky, aby je pacienti nemuseli hledat</li> <li>• Terapeut popíše jednotlivé skříně a šuplíky, aby se pacienti lépe orientovali v místnosti</li> <li>• Terapeut poradí pacientům při hledání pomůcek</li> </ul>
<b>Rozložení pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut poradí pacientům s rozložením pomůcek na stole</li> </ul>
<b>Výběr vhodných částí novin, časopisu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut může místo časopisů zvolit jen barevné papíry (v případě, že by listování časopisy příliš odvádělo pozornost klientů od prováděné činnosti)</li> </ul>
<b>Stříhání, trhání novin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při nejistotě klienta může terapeut poskytovat slovní podporu</li> <li>• Terapeut může pracovat společně s klienty, aby je motivoval při provádění činnosti</li> </ul>
<b>Lepení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stejně jako výše</li> <li>• Terapeut předejde tomu, aby klienti měli ulepené oblečení či další nežádoucí předměty</li> </ul>
<b>Dokončení činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomáhá pacientům v časovém managementu</li> <li>• Terapeut povzbuzuje pacienty v prezentaci práce, dává na výběr možnosti</li> </ul>
<b>Úklid pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut slovně pomáhá a kontroluje činnost</li> <li>• Terapeut označí místa pro konkrétní pomůcky</li> </ul>

## STUPŇOVÁNÍ:

### 1. Stupňování činnosti pro pacienty s fyzickým postižením

<b>Kroky činnosti</b>	
<b>Příprava pomůcek a jejich rozložení po stole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá klienty, aby i sami vybrali a připravili adaptované pomůcky, které budou potřebovat (nůžky, protiskluzová podložka)</li> <li>• Klienti budou muset používat běžné pomůcky, ne ty adaptované</li> </ul>
<b>Vystřížení, vytržení vhodných částí novin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Různě velké kousky, přesnosti obrysů výtržků/výstřížků</li> <li>• Bez možnosti využívat adaptované nůžky</li> </ul>

	(rozšířený úchop)
<b>Lepení a skládání</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá pacienty lepit samostatně bez rady</li> <li>• Terapeut pacienty nechá pracovat s klasickým štětcem, bez adaptace</li> </ul>

## 2. Stupňování činnosti pro pacienty s kognitivním a psychosociálním deficitem

<b>Seznámení s činností</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut vysvětlí postup práce pouze jednomu pacientovi, ten má za úkol vysvětlit činnost ostatním</li> <li>• Terapeut vysvětlí činnost všem pacientům, vybídne je, aby si dělali poznámky a byli tak během práce samostatní</li> </ul>
<b>Příprava pomůcek a jejich rozmístění</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nepomáhá při přípravě pomůcek, klienti postupují podle seznamu</li> </ul>
<b>Výběr vhodných částí novin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá hrát v místnosti rádio (nároky na rozdělenou pozornost)</li> </ul>
<b>Dokončení činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut dá na dokončení činnosti přesný časový limit, pacienti si musí čas sami hlídat</li> <li>• Terapeut může v průběhu činnosti zapnout hudbu, čímž zvýší nároky na pozornost</li> </ul>

### 2.3.2.2 Výroba papírového přáníčka technikou koláže – Analýza pomocí myšlenkové mapy podle Coffey, Lamport a Herch

Graf 2.3.2.2.22 Analýza pomocí myšlenkové mapy – Přáníčko technikou koláže

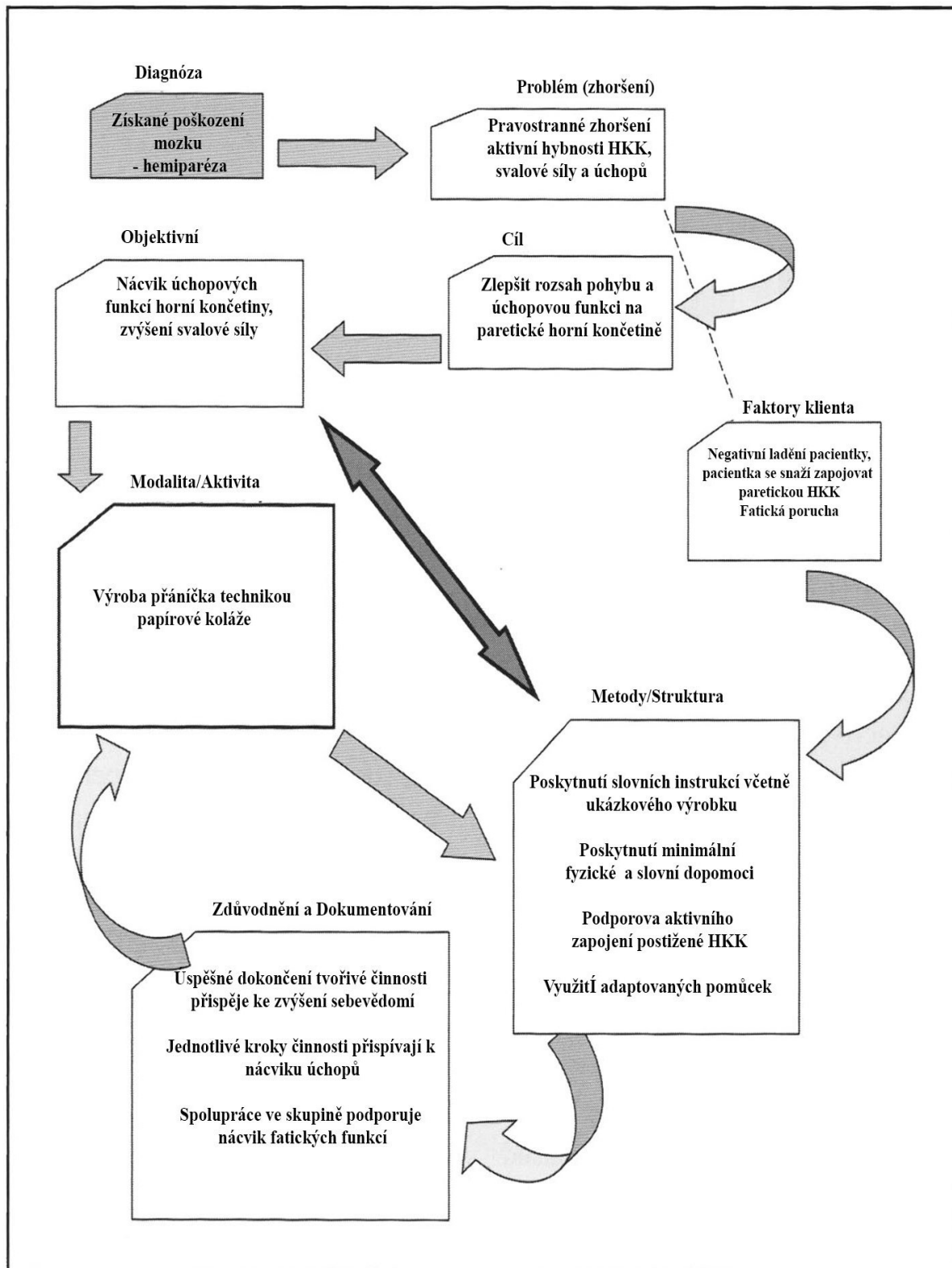


Figure 3-4. Flow chart for structuring an activity.

### 2.3.3 Výstupy zpětnovazebného dotazníku

Pacienti byli dotazováni, jaký je jejich vztah k tvořivým činnostem. Dva pacienti uvedli, že se výtvarným a tvořivým činnostem věnovali naposled ve škole. Zbylí pacienti se považují za domácí kutily a tvoření se ve svém volném čase věnují pravidelně – jeden pacient připsal komentář, že se tvoření věnoval před onemocněním.

Druhá otázka zjišťovala, jak se pacienti při společném tvoření v prostředí stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství cítili. Jeden z pacientů se při tvoření cítil příjemně, k činnosti přistupoval bez obav. Většina pacientů však uváděla, že měla z tvoření zprvu strach. Pro většinu pacientů byly zvolené techniky nové. Obavy z neúspěchu plynuly, jak pacienti sami uváděli, z pocitu nedostatku výtvarného talentu. Pacienti se také strachovali, že nebudou schopni činnost z důvodů zdravotního omezení dokončit. Strach pociťovali pacienti výrazněji před prvním společným tvořením.

V otázce na to, jestli měli pocit, že tvoření bylo příležitostí procvičit si nemocnou horní končetinu, odpovídali pacienti spíše kladně. Uváděli, že nemocnou horní končetinu využívali při přidržování, procvičili si také některé úchopy.

Další otázka byla zaměřená na kognitivní aspekty zvolených činností. Pacienti se rozcházeli v názoru na to, zda si při činnosti měli možnost procvičit své kognitivní funkce. Dva uvedli, že při tvoření museli používat hlavu, činnosti podle nich byly náročné na pozornost. Zbylí dva pacienti neměli pocit, že by činnosti kladly výrazné nároky na jejich myšlenkové funkce. Všichni pacienti se shodovali ve svých odpovědích na otázku číslo pět: **„Myslíte si, že takové výtvarné činnosti mají svoje místo v rehabilitaci?“** Kreativní techniky podle nich mají stále své místo v rámci komplexní rehabilitace. Poskytují pacientovi možnost naučit se novým dovednostem, pobavit se, rozptýlit se a odpočinout si mezi náročnými terapiemi. Zaměstnání tvořivou činností podle nich může přispět k uzdravení pacienta a obnově jeho funkčních schopností. V závěru dotazníku všichni pacienti uvedli, že by terapii s kreativní technikou doporučili i dalším pacientům.

### 3 DISKUSE

Teoretická část práce shrnuje základní informace o vývoji profese ergoterapie a její provázanosti s kreativními technikami (dále KT). Česká odborná ergoterapeutická literatura poukazuje na dlouholetou tradici využívání těchto technik v terapii lidí s disabilitou. V učebnici pro zdravotníky Ergoterapie I (Klusoňová a Špičková, 1996) autorky předkládají široké spektrum aktivit včetně metodických postupů a postřehů k jejich terapeutické využitelnosti. V odborných bulletinech je možné dočíst se o tom, jak jsou tvořivé činnosti využívány v praxi, existuje také internetový zásobník námětů a pracovních listů (Suchá, 2020, *Nápadník – aktivizace* [online]). V zahraniční literatuře jsou kreativní techniky zmiňovány často, tématu je věnováno několik samostatných knižních publikací a řada odborných článků. V internetovém časopise *Open Journal of Occupational Therapy* je kreativním technikám vyčleněna samostatná sekce „*Occupation and the Artist*“.

V souvislosti se změnami, které přinesl vědeckotechnický pokrok do všech oblastí lidské činnosti, by se však mohlo zdát, že tyto pro ergoterapii tradiční techniky už neodpovídají potřebám doby a lze je nahradit sofistikovanějšími metodami a technikami, jejichž efektivita je doložena empirickými důkazy. Využívání výtvarných a řemeslných činností jako terapeutického prostředku v moderní ergoterapii je tématem, které rezonuje současnou odbornou veřejností. Nemalá část odborníků věří, že tvořivé činnosti mají v rehabilitaci i nadále své místo. Jejich přesvědčení podtrhují výzkumy, které ukazují pozitivní účinky zaměstnání tvořivou činností na fungování našeho mozku. Jiní terapeuti je s odvoláním na nevědeckost takových postupů a malý zájem klientů do své práce nezařazují. V teoretické části práce jsou shrnuty pozitivní účinky kreativních technik na lidské zdraví a také jsou zmíněny důvody, které i přesto vedou ergoterapeuty k tomu, že od jejich využívání v praxi upouštějí. V zahraniční literatuře je tomuto tématu věnována řada článků a studií. Zajímavá zjištění přináší dotazníkové šetření autorů Müllersdorf a Ivarsson (2012), Williams (1987) nebo Bissell a Mailloux (1981).

Praktická část bakalářské práce si kladla za cíl zjistit, jakým způsobem, jak často a ve kterých oblastech ergoterapie jsou v ČR využívány kreativní techniky. Cílem bylo identifikovat faktory, které jejich využívání limitují nebo naopak podporují. Tento cíl byl realizován pomocí dotazníkového šetření, které bylo inspirováno prací výše zmíněných autorek. Vedlejší cílem bakalářské práce bylo formou skupinové terapie ověřit využitelnost



kreativních technik v terapii dospělých pacientů se získaným poškozením mozku. Záznam terapií s využitím kreativních technik je součástí kazuistiky uvedené v příloze (viz Příloha č. 8).

### **3.1 Diskuse ke zpracování dotazníkového šetření**

Sběr dat byl v rámci bakalářské práce realizován prostřednictvím anonymního dotazníku. Dotazník byl určen ergoterapeutům s dokončeným vzděláním podle platné legislativy. Dotazník byl distribuován prostřednictvím e-mailu, s prosbou o jeho rozšíření byli osloveni také lokální zastupitelé České asociace ergoterapeutů. Dotazník byl také prezentován prostřednictvím sociální sítě Facebook. Východiskem pro sestavení dotazníku byly odborné články shrnující výsledky obdobných zahraničních výzkumů (Müllerdorf a Ivarsson, 2012; Müllerdorf a Ivarsson, 2016; Bissell a Mailloux, 1981; Williams a Harrison, 1987).

Finální verze rozesílaného dotazníku sestávala z 21 otázek, zařazeny byly otázky otevřené, uzavřené a uzavřené s možností vlastní odpovědi. Délka dotazníku byla přiměřená, což dokládá i vysoká návratnost dotazníku 81,1 %. Pro ověření funkčnosti byl dotazník distribuován omezenému počtu respondentů a vedoucí bakalářské práce, s cílem odhalit a odstranit případné nedostatky tázání. Při konečném zpracování dotazníku se jako mírně problematické a na vyhodnocení náročné ukázaly uzavřené otázky s možností vlastní odpovědi a otázky otevřené. Odpovědi na takové otázky bylo nutné posuzovat a třídit individuálně.

Ve finální verzi dotazníku byly nesprávně uvedeny možnosti odpovědí k otázce: „Stupeň dosaženého vzdělání“, na tento problém upozornili sami respondenti. Při vyhodnocování odpovědí bylo proto nutné do položky „Vyšší odborné“ sjednotit nesprávně uvedené možnosti „Vyšší odborné“ a „Vysokoškolské DiS“.

#### **Závěry získané dotazníkovým šetřením a jejich porovnání s výsledky obdobných zahraničních výzkumů**

Dotazník vyplnilo 106 respondentů a tento počet poměrně odpovídá počtu respondentů, kteří se zúčastnili obdobných zahraničních výzkumů. Většina respondentů byly ženy (pouze 2 respondenti byli muži) s bakalářským stupněm vzdělání, pracující v oboru 10 a více let. Získané informace kopírují zastoupení mužů a žen v profesi ergoterapeuta v České republice. Výsledky zahraničních dotazníků potvrzují, že zastoupení mužů mezi ergoterapeuty

je v zahraničí vyšší, nicméně i ve švédském (Müllerdorf a Ivarsson, 2012) a americkém (Bissell a Mailloux, 1981) šetření převažovaly mezi respondenty ženy. Zahraniční šetření v tomto kontextu popisují spojitost mezi pohlavím terapeuta a tím, zda do práce s pacienty zařazuje tvořivé činnosti. Takovou souvislost není možné v české době výzkumu sledovat.

Závěry dotazníkového šetření ukazují, že 55, 66 % respondentů zařazuje do své práce s pacienty kreativní techniky. Podobné výsledky zaznamenali také zahraniční výzkumníci. Švédský výzkum autorek Müllerdorf a Ivarsson (2012) zjistil, že 44 % z celkových 1 867 dotázaných ergoterapeutů aktivně zařazuje tvoření do své práce s pacienty. Obdobný výzkum autorek Bissell a Mailloux (1981) ukazuje, že tvořivé a výtvarné techniky jsou častým terapeutickým prostředkem amerických ergoterapeutů, využívá je 72 % z celkových 141 respondentů.

Ukazuje se, že nejčastějším důvodem českých ergoterapeutů pro zařazení kreativních technik do vlastní práce s pacienty jsou: Snaha o smysluplné vyplnění volného času a zvýšení pacientovi spokojenosti, nácvik schopností plánovat. Kreativní techniky jsou často využívány jako prostředek pro nácvik sensorických a kognitivních dovedností, méně časté je jejich využití při nácviku motorických schopností nebo ADL.

Ve způsobu využití kreativních technik můžeme mezi tuzemskými a zahraničními ergoterapeuty najít drobné rozdíly. Američtí terapeuti využívají tvoření především v rámci nácviku jemné motoriky a koordinace, svalové síly a výdrže, nebo nácviku kognitivních a percepčních schopností. Tvořivé techniky slouží terapeutům jako prostředek pro zvýšení motivace pacienta, hodnotu těchto technik vidí terapeuti také v podpoře sociálních dovedností při práci ve skupině. Smysluplné trávení volného času není v odpovědích zahraničních ergoterapeutů nijak zastoupeno. (Bissell a Mailloux, 1981; Müllerdorf a Ivarsson, 2016)

V české ergoterapeutické praxi jsou nejvíce využívány práce na zahradě, výroba šperků a dekorací, práce s textilem a přízí. Často je také zastoupena keramika a práce s hmotou nebo malba a práce s papírem. Zahraniční ergoterapeuti do své práce nejčastěji zařazují práci s textilem a vyrábění z kůže (68 %). Mezi kreativní nebo alternativní techniky radí zahraniční autoři i „mindfulness“, taktilní masáže nebo terapie se zvířaty, tyto techniky nebyly do české doby šetření zařazeny. (Müllerdorf a Ivarsson, 2012; Müllerdorf a Ivarsson, 2016).

Znalosti, které jsou pro zařazení tvořivých technik nezbytné, získávali respondenti nejčastěji během studia na vysoké škole nebo prostřednictvím kurzů a sebevzděláváním, inspiraci často hledají na internetu. Zahraniční odborné články v souvislosti se získáváním

znalostí a hledáním inspirace poukazují na významný vliv sociálních sítí. Jednou ze sociálních sítí, kterou autoři Leenerts a Evetts (2016) vyzdvihují, je volně dostupná stránka Pinterest, kde lidé sdílí své nápady a nechávají se inspirovat tvořivostí ostatních uživatelů. Pinterest vznikl v roce 2010 a už během prvního roku své existence si získal přízeň 70 milionů uživatelů po celém světě. Po zadání hesla „occupational therapy“, ale také českého výrazu „ergoterapie“, se objeví stovky odkazů a tipů na terapeutické aktivity a většinu z nich je možné zařadit mezi kreativní techniky. Některé příspěvky jsou dokonce publikovány na oficiálním účtu Americké asociace ergoterapeutů (AOTA) (Leenerts, Evetts a Miller, 2016).

Četnost, s jakou respondenti do své práce kreativní techniky zařazují, se lišila. Respondenti uváděli, že kreativní techniky zařazují do své práce pravidelně, v rozmezí od 3 – 5krát týdně nebo alespoň jedenkrát měsíčně. Obdobné odpovědi se objevovali i v porovnávaných studiích. Ve Švédsku zařazují terapeuti kreativní techniky nejčastěji jedenkrát týdně (48 %) nebo jednou měsíčně (36 %). (Müllerdorf a Ivarsson, 2012.)

Ukázalo se, že frekvence využívání kreativních technik se liší podle typu zařízení. Velmi často (3 – 5krát týdně) do své práce zařazují tvoření ergoterapeuti pracující v soukromých službách nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Terapeuti zaměstnaní v domovech pro seniory a v denních stacionářích pro klienty s duševním onemocněním zařazují kreativní techniky nejčastěji, 1 – 2krát týdně. V nemocnicích a zdravotnických zařízeních většina ergoterapeutů tvořivé techniky nevyužívá nebo je do své práce zařazuje nanejvýš jednou měsíčně. Podobné výsledky udává také švédský výzkum. Tyto informace je problematické porovnávat, jelikož uspořádání švédského zdravotnictví není zcela srovnatelné s českým. Tvořivé techniky jsou ve Švédsku nejčastěji využívány ergoterapeuty zaměstnanými v oblasti „*regional health care*“ a „*county council*“. Tyto oblasti zajišťují péči o seniory v nemocnicích i zařízeních pro seniory, zprostředkovávají péči o pacienty s fyzickou nebo psychickou disabilitou, starají se o podporu pacientů po dokončení hospitalizace, péči v komunitě a péči ve školách. Méně často jsou kreativní techniky součástí práce ergoterapeutů v oblasti „*primary health care*“ (zdravotnictví na úrovni obvodních klinik) a „*vocational rehabilitation*“ (rehabilitace zaměřená na pracovní uplatnění a prevenci nemocí z povolání). (Müllerdorf a Ivarsson, 2012; Swedish Institute, 2022)

Respondenti dále odpovídali na otázku: „Kdo stojí v čele terapií s využitím kreativních technik?“ Nejčastěji uváděli, že tyto terapie jsou vedeny ergoterapeutem (61 %), arteterapeutem (9 %), aktivizačním pracovníkem nebo dobrovolníkem (7 %). Tyto výsledky se příliš neshodují s výsledky zahraničních výzkumů. V britském výzkumu jsou terapie s využitím kreativní technikou vedeny ergoterapeuty pouze v 5 ze 17 dotázaných pracovišť

(tedy zhruba 29,4 %). Terapie jsou většinou vedeny asistenty ergoterapeuta. Tato profese v České republice oficiálně neexistuje.

Dotazník dále zjišťoval, zda se ergoterapeuti při využití kreativních technik setkávají s nějakými problémy. 37,29 % respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně. Mezi nejčastější komplikace uváděli: nezáměr pacienta, nedostatek finančních prostředků a špatné materiálně-technické vybavení pracoviště, nepochopení ze strany nadřízených a nedostatek času na terapii. Shodné výsledky je možné nalézt i v americkém výzkumu, 37 % kladných odpovědí. Američtí respondenti zmiňují nutnost obhajovat zvolenou techniku před pacienty, nezáměr pacientů a jejich slabou motivaci. (Bissell a Mailloux, 1981)

Ergoterapeutům byla v dotazníku podložena otázka: „Myslíte si, že kreativní techniky mohou snižovat prestiž profese?“ Na tuto otázku odpovědělo kladně 40,87 % respondentů. Autorky Williams a Harrison se svých respondentů dotazovaly v obdobném smyslu, zda se při využití kreativních technik ve své praxi cítili stigmatizováni. Z odpovědí respondentů vyplývá, že je využití tvořivých činností skutečně spojeno s určitými předsudky. Podle zahraničních ergoterapeutů pocházejí tyto názory zejména od ostatních zdravotníků, méně pak ze strany samotných pacientů. Autorky se domnívají, že stigma je důsledkem nedostatečné komunikace a na situaci by mohla mít pozitivní vliv větší informovanost o profesi ergoterapie a o nástrojích, s kterými ergoterapeuti pracují. Respondenti dále uváděli, že právě toto stigma a negativní pohled ostatních pracovníků ve zdravotnictví na ergoterapii a kreativní techniky je důvodem, proč se ve své práci kreativním technikám vyhýbají. (Williams a Harrison, 1887)

Dotazníkové šetření realizované v rámci bakalářské práce se respondentů, kteří uvedli, že kreativní techniky vůbec nevyužívají, dotazovalo i na důvody, které je k takovému postupu vedou. Nejčastěji odpovídali, že kreativní techniky na jejich pracovišti realizuje jiný pracovník. Kreativní techniky podle těchto respondentů nejsou vhodným nástrojem pro jejich klientelu a sami respondenti připouštějí, že k tvořivým činnostem nemají osobně blízko. Za limitující považují také skutečnost, že efektivita kreativních technik není doložena vědeckými důkazy a z těchto důvodů upřednostňují jiné vědecky podložené techniky.

Zajímavé poznatky přináší šetření z Velké Británie, jehož účastníci se shodují v tom, že tvořivé činnosti mají své místo v rehabilitaci lidí s disabilitou, ale neměly by být hlavní náplní práce ergoterapeuta. Podle respondentů by se prestiž profese v očích odborné veřejnosti zvýšila za předpokladu fungující spolupráce mezi ergoterapeuty a jejich asistenty. Ergoterapeut by na základě odborné analýzy tvořivých činností, zvolil vhodnou aktivitu a navrhl terapii pro konkrétního pacienta. Zodpovědnost za realizaci a vedení terapie by

náležela ergoterapeutickému asistentovi. Takový způsob spolupráce je už v některých zemích úspěšně realizován. (Perrin, 2001; Williams a Harrison, 1987). Obdobné názory zaznamenává i dotazníkové šetření mezi českými ergoterapeuty, jak je patrné z odpovědí na otevřenou otázku: „Co by vás motivovalo k zařazení kreativních technik do ergoterapie?“ Dva respondenti také zmiňovali, že podobná spolupráce s asistenty ergoterapeuta nebo s aktivizačními pracovníky funguje v zařízení, kde jsou zaměstnáni.

## **3.2 Diskuse k realizovaným skupinovým terapiím**

### **Příprava terapeutických jednotek**

Teoretické poznatky byly dále aplikovány při práci s pacienty. Při přípravě terapeutických jednotek byla jako nástroj zvolena analýza činnosti, která je ve spojení s využitím kreativních technik v praxi často doporučována. Východiskem byla klasická analýza podle autorek Reed a Lewin. Stejná tvořivá činnost byla analyzována také pomocí myšlenkové mapy autorů Coffey, Lamport a Hersch, kterou ve své publikaci doporučuje Drake (2017). Analýza pomocí myšlenkové mapy se ukázala jako snadný a přehledný přístup, který terapeutovi v praxi ušetří čas. Nástroj obsahuje pouze základní kategorie:

- diagnóza pacienta a jeho problémové oblasti;
- rehabilitační cíl;
- faktory, které mohou ovlivnit průběh terapie (pozitivně i negativně);
- název zvolené činnosti a popis jejích rehabilitačních kvalit;
- základní možnosti adaptace a stupňování činnosti v sekci metody.

Při analyzování činnosti myšlenkovou mapou není nutné vypisovat jednotlivé kroky činnosti a jejich nároky. Tyto údaje jsou zohledněny v kolonce metody/struktura. Grafická podoba myšlenkové mapy je součástí příloh (viz Příloha č. 6 a č. 7).

Praktická část bakalářské práce byla realizována na přelomu listopadu a prosince. Předvánoční atmosféra vytvořila vhodnou kulisu pro kreativní činnosti a příležitost vyrobít drobnou pozornost pro blízkého člověka se ukázala jako dobrý motivační prvek. Sváteční atmosféru v terapeutické místnosti pomáhala utvářet také tichá hudba – vánoční koledy. Byly voleny takové kreativní činnosti, které jsou využitelné u různorodé skupiny dospělých osob, které se ve volném čase běžně tvořivým činnostem aktivně nevěnují. Při výběru činnosti byly zohledněny fyzické schopnosti pacientů. Aktivity byly zaměřeny na nácvik pinzetového úchopu paretickou horní končetinou.

## **Výběr pacientů**

Skupinová terapie byla určena pro dospělé s diagnózou získaného poškození mozku, pacienti Denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově. V době realizace praktické části bakalářské práce docházela do denního stacionáře skupina čtyř pacientů (dva muži a dvě ženy). Pacienti podstoupili kognitivní test MoCa. Cílem testování bylo zjistit, zda splňují stanovené inkluzivní kritérium (minimálně 16 bodů v testu MoCa). Ve skupině se vyskytovali dva pacienti s expresivní fatickou poruchou, pro které nebyl test vhodně zvolený. Pro dokončení testu a možnost jeho orientačního vyhodnocení bylo nutné některé položky testu modifikovat tak, aby pacienty porucha exprese nelimitovala. Po vyhodnocení testu byli do skupinové terapie zařazeni všichni čtyři pacienti. Všichni pacienti splňovali i další kritéria pro zařazení do terapie:

- souhlas s účastí;
- minimální věk 18 let;
- dostatečná míra verbální komunikace a porozumění.

## **Realizace terapeutických jednotek**

Cílem terapeutických jednotek bylo ověřit, že kreativní techniky jsou využitelné v terapeutické práci s dospělými pacienty se získaným poškozením mozku. Terapeutické jednotky byly realizovány s pacienty, kteří po dobu tří týdnů docházeli do denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství. Pacienti v zařízení mimo pravidelné ergoterapie spolupracovali s dalšími odborníky – fyzioterapeuti, lékaři, logopedi, psychologové, speciální pedagogové, muzikoterapeuti. Terapeutické jednotky byly zaměřeny na ovlivnění zapojení paretické horní končetiny do činností, s důrazem na její úchopové funkce (pinzetový úchop). Objektivní výsledky terapií nebylo možné objektivně hodnotit vzhledem k malému počtu realizovaných terapií. Pacientům byla poskytována komplexní péče, proto není možné určit, zda potenciální zlepšení má souvislost se zařazením kreativních technik do jejich rehabilitačního plánu.

Pro závěrečné hodnocení mělo tedy rozhodující význam subjektivní vnímání terapie pacientem. Názory pacientů byly ověřovány prostřednictvím zpětnovazebného dotazníku. Pacientům bylo v dotazníku předloženo šest otázek. Pacienti měli možnost, vybrat si, zda chtějí odpovídat písemně nebo ústní formou během společné diskuse. Tři pacienti se zapojili do společné diskuse, jejich odpovědi se proto v mnohém shodují. Jeden pacient odpověděl písemně.

Pacienti se shodovali v tom, že měli ze společného tvoření zprvu strach. Obávali se, že je v činnosti bude limitovat postižení horní končetiny. S výtvarnými a tvořivými činnostmi se většina z nich setkala naposledy ve škole, z tohoto důvodu také uváděli, že byli před první terapií nervózní. Pacienti přiznávali, že strach a obavy je v průběhu terapií opouštěly. Na dotaz, zda mají pocit, že tvoření bylo příležitostí k procvičování nemocné horní končetiny, odpovídali pacienti spíše kladně. Uváděli, že nemocnou horní končetinu využívali k přidržování, připouštěli, že si procvičili i některé úchopy.

Pacienti byly tázány, zda se domnívají, že při práci měli možnost procvičit si i své myšlenkové funkce. Pro dva pacienty byla aktivita náročná na pozornost a souhlasili, že si procvičili i kognitivní funkce. Ostatní pacienti přesah do nácviku kognitivních funkcí nezaznamenali.

Odpovědi respondentů potvrdily, že i v moderní rehabilitaci dospělých pacientů jsou kreativní techniky stále využitelné. Pacienti vnímali společná sezení s tvořivou činností jako prostor, kde si mohou odpočinout a odreagovat se. Aktivity pro ně představovaly také nový způsob, jak podpořit zapojení paretické končetiny do činnosti. Zaměstnání tvořivou činností podle nich může přispět k úspěšné rehabilitaci a všichni se shodli na tom, že by podobnou terapii doporučili i dalším pacientům. Pacienti se během práce postupně uvolňovali, komunikovali mezi sebou, protože bylo třeba vyměňovat si pomůcky. Chválili si navzájem své výrobky, plánovali, koho výrobkem obdarují. Aktivně kooperovali také s asistujícími studentkami, rozvinula se i debata na téma pečení vánočního cukroví, a to vše pacienti při společném pohovoru hodnotili pozitivně.

### **3.3 Náměty pro další výzkum**

Bakalářská práce nabízí komplexní přehled problematiky využívání kreativních technik v ergoterapii. Dotazníkové šetření realizované v rámci této práce poskytuje obecný pohled na využití kreativních technik v jednotlivých odvětvích ergoterapie (neurologie, sociální služby, psychiatrie atd.). Zastoupení respondentů z jednotlivých oblastí ergoterapeutické praxe však není v rámci publikovaného dotazníku vyrovnané. Z tohoto důvodu není možné přesně zjistit, v jaké oblasti ergoterapie jsou kreativní techniky využívány nejčastěji. Pro větší přesnost a možnost porovnání výsledků, by bylo vhodné realizovat šetření cíleně pro ergoterapeuty z různých oblastí praxe. Realizací takového výzkumu by bylo možné

získat informace o tom, za jakým účelem jsou kreativní techniky voleny v jednotlivých oblastech praxe.

Terapeutické využití kreativních technik předpokládá odborně provedenou analýzu každé tvořivé činnosti. Další výzkum zaměřený na problematiku využívání analýzy tvořivých činností a metodiku přípravy na terapii s využitím kreativních technik v praxi ergoterapeutů by mohl přinést řadu zajímavých a podnětných informací.

## 4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat možnosti využití kreativních technik v kontextu dnešní ergoterapie. V teoretické části práce je definována ergoterapie jako profese, je zde stručně popsán předmět zájmu profese, její cíle a prostředky. Zmíněna je také klientela ergoterapie, důraz je kladen na pacienty s neurologickým onemocněním, konkrétně s cévní mozkovou příhodou, kterým se podrobněji věnuje praktická část práce. Ústředním tématem teoretické části práce jsou kreativní techniky a smysluplná činnost v ergoterapii. Kreativní techniky je obtížné striktně vymezit, definice pojmu nejsou jednotné opírají se zpravidla o výčet jednotlivých výtvarných a rukodělných technik.

Bakalářská práce popisuje vývoj profese ergoterapie, zdůrazňuje historickou provázanost oboru právě s kreativními technikami, které jsou jedním z nejstarších ergoterapeutických prostředků. Nejprve byly využívány v práci s pacienty psychiatrickou diagnózou, později sloužily i jako prostředek pro nácvik funkčních schopností pacientů s fyzickým postižením.

Teoretická část práce zmiňuje využitelnost kreativních technik v různých oblastech ergoterapie – v rámci nácviku soběstačnosti, pracovních dovedností i v rámci hry a trávení volného času. Využití kreativních technik přibližuje také v kontextu konkrétních terapeutických přístupů (např. biomechanický přístup, kompenzační přístup aj.). Jsou zmíněny i možnosti využití kreativních technik v rámci hodnocení. Pacientovy schopnosti při kreativních technikách je možné pozorovat a hodnotit během procesu tvoření, hodnotitelný může být také produkt kreativní činnosti. Práce jmenuje i standardizované testy, jejichž součástí jsou konkrétní kreativní techniky.

Teoretická část práce poskytuje také souhrn informací o analýze činnosti, kterou terapeut využívá při přípravě na terapii s kreativní technikou, součástí práce je i výčet



konkrétních kreativních činností vhodných pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. V přílohách jsou uvedeny nejčastěji používané kreativní techniky.

Bakalářská práce si všímá názorových proudů, které v soudobé ergoterapii ovlivňují postoje ergoterapeutů k využívání tvořivých technik. Někteří kreativní techniky jako překonané a málo odborné odmítají. Shrnuty jsou argumenty odpůrců využívání kreativních technik, ale je poukázáno i na nejnovější poznatky o pozitivním vlivu kreativní činnosti na fungování lidského mozku. Práce uvádí také další argumenty podporující zařazování kreativních technik do terapie pacientů s disabilitou, ale zdůrazňuje nezbytnost přizpůsobovat kreativní činnosti moderní době a potřebám a zájmům pacientů.

Praktická část práce si za hlavní cíl kladla zmapovat, jakým způsobem, jak často a ve kterých oblastech ergoterapie jsou kreativní techniky v ČR využívány. Byly identifikovány faktory, které využívání kreativních technik podporují, anebo limitují. Tento cíl byl realizován metodou dotazníkového šetření, které bylo distribuováno prostřednictvím sociálních sítí ergoterapeutům s dokončeným vzděláním podle aktuální legislativy. Závěry dotazníkového šetření ilustrují postavení kreativních technik v praxi českých ergoterapeutů a v diskusi jsou porovnány s výsledky obdobných zahraničních výzkumů ze Švédska, Spojených států amerických a Velké Británie. Výsledky dotazníkových šetření ukazují, že tuzemští i zahraniční ergoterapeuti ve své práci stále využívají kreativní techniky, poměr využívání kreativních technik je v jednotlivých zemích srovnatelný. Podobně jako čeští ergoterapeuti, i zahraniční terapeuti se cítí stigmatizováni znevažujícími postoji ostatních pracovníků ve zdravotnictví. Míra zařazování kreativních technik i způsob jejich využití se liší v závislosti na klientele a typu pracoviště. Respondenti českého dotazníkového šetření si uvědomovali nezbytnost pozitivní motivace pacienta při zařazení kreativních technik do terapie. Ve vlastních komentářích se tuzemští ergoterapeuti shodovali s těmi zahraničními, opakovaně se objevil názor, že by ke zvýšení prestiže profese i samotných terapií s kreativními technikami přispěla vyšší informovanost veřejnosti o oboru ergoterapie a nástrojích, které používá. Zajímavý byl návrh, navázat při terapiích s využitím kreativních technik užší spolupráci s aktivizačními pracovníky.

Součástí praktické části bakalářské práce jsou analýzy kreativních činností, které poskytly podklady pro přípravu terapeutických jednotek (klasická analýza pomocí Reed a Lewin a analýza pomocí myšlenkové mapy autorů Coffey, Lampion a Herch). Výsledky realizovaných skupinových terapií jsou prezentovány prostřednictvím kazuistiky pacientky se získaným poškozením mozku. Subjektivní přínos terapií hodnotili pacienti ve

zpětnovazebném dotazníku a toto hodnocení je také součástí praktické části práce. Pacienti vnímali společná sezení s tvořivou činností jako prostor, kde si mohou odpočinout a odreagovat se, ale také procvičit si hybnost paretické horní končetiny. Pozorovatelný byl také určitý psychosociální přesah terapií. Pacienti mezi sebou spolupracovali, podávali si pomůcky, rozvinul se i přátelský rozhovor o vánočním pečení. Všichni si navzájem poskytovali podporu a chválili si výrobky. Při závěrečném hodnocení terapií se pacienti shodli, že by podobné cvičení doporučili i dalším pacientům. Jak realizací terapeutických jednotka, tak zpracováním dotazníkového šetření, splnila bakalářská práce cíle, které si stanovila.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### 5.1 Monografie

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Sedmé. USA: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé*. Druhé. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1

COFFEY, Margaret S., Nancy K. LAMPORT a Gayle I. HERSCH. *Creative Engagement in Occupation: Building Professional Skills*. USA: Slack Incorporated, 2015. ISBN 1617110396.

CREEK, Jennifer. *Occupational therapy and mental health*. Třetí. Velká Británie: Churchill Livingstone, 1974. ISBN 9780443064470 0443064474.

CREPAU, Elizabeth Blesedell a et al. *Willard and Spackman's Occupational therapy: eleventh edition*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 978-0-7817-6004-1.

CURTIN, Michael a et al. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction*. Šesté. Velká Británie: Churchil Livingstone, 2010. ISBN 978 0 08 045084 1.

DRAKE, Margaret a Carol Crellin TUBBS. *Crafts and Creative Media in Therapy*. 5. vydání. United States of America: Slack Incorporated, 2017. ISBN 978-1-63091-6.

DRAKE, Margaret. *Crafts in Therapy and Rehabilitation*. Druhé. USA: SLACK Incorporate, 1999. ISBN 1-55642-396-9.

DRAKE, Margaret. *Crafts in Therapy and Rehabilitation: Second edition*. USA: SLACK Incorporate, 1999. ISBN 1-55642-396-9.

GATELEY, Crystal a Sherryl BORCHERDING. *Documentation Manual for Occupational Therapy: Writing Soap Notes*. USA: SLACK Incorporate, 2016. ISBN 9781630912314.

GILLEN, Glen. *Stroke Rehabilitation: A Functional-Based Approach*. Čtvrté. USA: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-17281-3.

IKUIGU, Moses N. *Psychosocial Conceptual Practise Models in Occupational Therapy: Building adaptive capability*. USA: Mosby Elsevier, 2007. ISBN 978-0-323-04182-9.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

JOHNSON, Cynthia a et.al. *Therapeutic Crafts: A practical approach*. USA: SLACK Incorporate, 1996. ISBN 1-55642-279-2.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0548-6.

KAŇOVSKÝ, Petr. *Spasticita-mechanismy, diagnostika a léčba*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-042-9.

KATZ, Noomi. *Routine Task Inventory – Expanded (RTI-E)*. Izrael: The Hebrew University of Jerusalem & Hadassah, 2006.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jiřina ŠPIČKOVÁ. *Ergoterapie I: Učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: AVICENUM, 1996. ISBN 80-201-0030-x.

KOLÁŘ, Pavel a et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. USA: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KÖNIGOVÁ, Marie. *Tvořivost Techniky a cvičení*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1652-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787744.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-225-1.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7.

MIŠURCOVÁ, Věra a Marie SAVEROVÁ. *Děti, Hry a umění*. Praha: ISV-nakladatelství, 1997. ISBN 80-85866-18-8.

MORGAN, Maryanne a Judi EDMANS. *Occupational Therapy and Stroke*. Malajsie: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-1-4051-9266-8.

MYRRIAM-WEBSTER. *Merriam-Webster's Advanced Learner's English Dictionary*. USA: Merriam-Webster ncorporated, 2015. ISBN 978-0877797364.

PFEIFFER, Jan a Olga ŠVESTKOVÁ. *MKF: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 92-4-154542-9.

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0.

RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A TROMBLY LATHAM. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction..* USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 978-1-4511-2746-1.

REED, Kathlyn L. a Sharon Nelson SANDERSON. *Concepts of Occupational Therapy*. 4. vydání. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. ISBN 0-683-30454-2.

REILLY, Mary. *Play as exploratory learning: studies of curiosity behavior*. USA: Sage Publications, 1974. ISBN 0803901593.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium a praxi*. Druhé. Praha: GRADA, 1996. ISBN 978-80-247-5247-1.

SCHELL, Barbara A. Boyt. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. vydání. United States of America: Lippincott Wolliams & Wilkons, 2014. ISBN 978-1-4511-1080-7.

SCHMID, Therese. *Promoting Health Through Creativity: For professionals in health, arts and education*. Velká Británie: John Wiley, 2005. ISBN 978-1-861-56478-8.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0

THOMPSON, Simon B.N. a Maryanne MORGAN. *Occupational Therapy for Stroke Rehabilitation*. Velká Británie: Springer-Science+Business Media, 1990. ISBN 978-0-412-33530-3.

TITZL, Boris. *Péče o tělesně postižené dítě*. Praha: Středočeské nakladatelství, 1985.

TRACY, Susan Edith. *A manual for nurses and attendants: Studies in invalid occupation*. USA: Whitcomb Barrows, 1910. ISBN 9333384839.

VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

## 5.2 Elektronické zdroje

ALLEN, Claudia Kay. How to Start Using the Allen Diagnostic Module: A Guide to Introducing Allen's Theories Into Your Practice. *S&S Worldwide* [online]. 2008 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/wKmbI>

AMERICAN CONGRESS OF REHABILITATION AND MEDICINE. How The Brain Is Affected By Art. *American Congress of Rehabilitation and Medicine* [online]. USA, 2022 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/UK7mn>

AMLIE-LEFOND, Catherine a et al. Recent developments in childhood arterial ischaemic stroke. *The Lancet Neurology* [online]. 2008, 7(5) [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/jK6Wg>

ATANELOV, Levan a et al. History of Physical Medicine and Rehabilitation and its Ethical Dimensions. *American Medical Association Journal of Ethics* [online]. 2015, 17(6), 1-7 [cit. 2022-02-06]. ISSN 2376-6980. Dostupné z: <https://1url.cz/kK9ax>

BISSELL, Julie a Zoe MAILLOUX. The Use of Crafts in Occupational Therapy for the Physically Disabled. *The American journal of occupational therapy* [online]. 1981, 6(35) [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/EzcN6>

*Brain injury association of America* [online]. USA, 2022 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/dK6QC>

*Česká asociace ergoterapeutů* [online]. Praha, 2008 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

DEKUPIER, William P. a et al. Materials-Based Occupation versus Imagery-Based Occupation versus Rote Exercise: A Replication and Extension. *OTJR: Occupation, Participation and Health* [online]. 1993, 13(3) [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/aK6ij>

FREIDLAND, Judith. Why crafts? Influences on the development of occupational therapy in Canada from 1890 to 1930. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2003, **4**(70), 204-212 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/4K8sD>

GOLDMAN, Sheryl. Crafts & Games in Stroke Rehabilitation. *S&S Worldwide* [online]. 2015 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/qKmBR>

HAMÁČKOVÁ, Ludmila. *Výtvarné a rukodělné činnosti v ergoterapii* [online]. Praha, 2006 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/hK7mM>. Diplomová práce. Univerzita Karlova Fakulta tělesné výchovy a sportu.

HANSEN, Bodil Winther, Lena-Karin ERLANDSSON a Christel LEUFSTADIUS. A concept analysis of creative activities as intervention in occupational therapy. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY* [online]. 2021, **1**(28), 63-77 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/UKmEf>

HARKER MARTIN, Brittany. Brain research shows the arts promote mental health. *The Conversation* [online]. 2020 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/SK6i1>

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2007, 1-16 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/DKcIq>

KIRKEVOLD, M., et. al Facing the challenge of adapting to life "alone" in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, **69**(2), 394-403 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/2K6iv>

KONGKASUWAN, Ratcharin. Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2015, **30**(10), 1-8 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://1url.cz/IKL7Y>

LARSEN, Lars Thorup. Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences* [online]. 2021, **35**(1), 111-131 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/yK9aU>

MÜLLERSDORF, Maria a Ann Britt IVARSSON. Use of Creative Activities in Occupational Therapy Practice in Sweden. *Occup Ther Int.* [online]. 2012, **3**(19) [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22489029/>

MÜLLERSDORF, Maria a Ann-Britt IVARSSON. What, Why, How – Creative Activities in Occupational Therapy Practice in Sweden. *Occupational Therapy International* [online]. 2016, **4**(23) [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/MKeco>

PERRIN, Tessa. Don't Despise the Fluffy Bunny: a Reflection from Practice. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2001, **64**(3), 1-6 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: 030802260106400304.pdf

ROGERS, Joan C. Why Study Human Occupation?. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1984, **38**(1), 47-49 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/WK6il>

SPECHT, Jacqueline, Gillian KING, Elizabeth BROWN a Carey FORIS. The Importance of Leisure in the Lives of Persons With Congenital Physical Disabilities. *The American journal of occupational therapy*. [online]. 2002, **4**(56) [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/OKmB2>

SUCHÁ, Jitka. Nápadník. *Informační bulletin ČAE* [online]. 2016, **2** [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: doi:1804-1558

SWEDISH INSTITUTE. Healthcare in Sweden. *Sweden Sverige* [online]. Švédsko, 2022 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://sweden.se/life/society/healthcare-in-sweden>

SYMONS, Jane a et.al. Visual Art in Physical Rehabilitation: Experiences of People with Neurological Conditions. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2011, **74**(1), 44-52 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/pKtKn>

THOMPSON, Melanie a et al. Creative arts in occupational therapy: Ancient history or contemporary practise?. *Occupational Therapy International* [online]. 1998, **5**(1), 48-64 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/UK6iW>

TREGER, I a et al. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2007, **29**(17) [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/KK6Wb>

WALLER, Diane, Linda M SHEPPARD a Jennifer M RUSTED. A Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis* [online]. 2006, **39**(4), 517-536 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/pKL7s>

What is the difference between an acquired brain injury and a traumatic brain injury?. *Bain Injury Association of America* [online]. Virginia USA: Bain Injury Association of America, 2022 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/dK6QC>



What is the difference between an acquired brain injury and a traumatic brain injury?. *Bain Injury Association of America* [online]. Virginia USA: Bain Injury Association of America, 2022 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/dK6QC>

WILCOCK, Ann. A theory of the human need for occupation., *Journal of Occupational Science* [online]. 1993, **1**(1), 17-24 [cit. 2022-04-14]. ISSN 1442-7591. Dostupné z: <https://1url.cz/YK7ml>

WILLIAMS, Debbie. Crafts: A Criminal Offence?. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 1987 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/MKmbg>

World Health Organization. *World Health Organization* [online]. Switzerland: WHO Headquarters in Geneva, 1948 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/>

YODER, R M. Added-purpose versus rote exercise in female nursing home residents. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1989, **9**(43) [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2817074/>

ZAFRAN, Hiba. Detecting incipient schizophrenia: a validation of the Azima battery in first episode psychosis. *Psychiatric Quarterly* [online]. 2017, **88**(3), 585-602 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/HK6i5>

ZAIDEL, Dahlia W. Art and brain: insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy* [online]. 2010, **216**(2) [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/1K6W9>

ZAIDEL, Dahlia W. Creativity, brain, and art: biological and neurological considerations. *Frontiers in Human Neuroscience* [online]. 2014 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/7K6WY>

ZEKI, Semir. Art and Brain. *Journal of Consciousness Studies* [online]. 1999, **6**(7), 76-96 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/UK6iW>

### **5.3 Zdroje obrázků**

Allen Diagnostic Module. *S&S Worldwide* [online]. Velká Británie: S&S Worldwide, 2022 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://1url.cz/YKxkz>

The Allen Cognitive Level Screen (ACLS). *Therapro: The Therapy Resource for Families and Professionals for over 30 Years* [online]. USA: Therapro, 2018 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://1url.cz/ZKxVx>

The Dream Home Assessment. *Columbia University* [online]. USA, 2022 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://1url.cz/6Kxk1>

ZAFRAN, Hiba. The Phenomenology of Early Psychosis Elicited in an Occupational Therapy Expressive Evaluation. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2017 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/DKm5x>

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**1.LF** – 1. Lékařská fakulta

**ABI** (Acquired Brain Injury) – Získané poškození mozku

**ACM** – Arteria cerebri media

**ACRM** – American Congress of Rehabilitation Medicine

**ADL** (Activities of Daily Living) – Všední denní činnosti

**ANNG** – Art and Neuroscience Networking Group

**AOTA** (American Occupational Therapy Association) - Americká asociace ergoterapeutů

**Atd.** – A tak dále

**CMOP** (Canadian model of occupational performance and engagement) – Kanadský model výkonu zaměstnání

**CMP** – Cévní mozková příhoda

**COPM** (The Canadian Occupational Performance Measure) - Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání

**ČR** – Česká republika

**dg.** - Diagnóza

**EBP** – (Evidence based practise)- Praxe založená na vědeckých důkazech

**fce.** – Funkce

**FIM** – Funkční míra nezávislosti

**iADL** – Instrumentální všední denní činnosti

**IALB** – Idyll Arbor Leisure Battery

**JPVA** (Jacobs Prevocational Assessment) – Hodnocení předpracovních dovedností podle Jacobsonové

**KT** – Kreativní techniky

**LDN** – Léčebna dlouhodobě nemocných

**LHK** – Levá horní končetina

**MAST cz** – The Mississippi Aphasia Screening Test

**MoCA** – Montrealský kognitivní test

**MOHO** (Model of Human Occupation) – Model lidského zaměstnání

**pADL** – Personální všední denní činnosti

**PHK** – Pravá horní končetina

**RÚ** – Rehabilitační ústav

**TBI** (Traumatic Brain Injury) – Traumatické poranění mozku

**TIA** – Tranzitorní ischemická ataka

**USA** – Spojené státy americké

**získ. post. mozku** – Získané postižení mozku

## **7 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK**

### **Seznam tabulek**

**Tabulka 1.7.1.1** – Kreativní techniky

**Tabulka 1** – Plné znění dotazníku s výsledky

### **Seznam obrázků**

**Obrázek 1.10.1** – Allen Cognitive Level Screening

**Obrázek 1.10.2** – Allen Diagnostic Module

**Obrázek 1.10.3** – Azima Battery

**Obrázek 1.10.4** – The Dream Home Assessment

**Obrázek 2.3.2.2.1** – Analýza pomocí myšlenkové mapy – Přáníčko technikou koláže

**Obrázek 1** – Analýza pomocí myšlenkové mapy-Svícen z vizovického těsta

**Obrázek 2** – Myšlenková mapa – původní podoba (Drake a Tubbs, 2017)

**Obrázek 3** – Myšlenková mapa – vlastní překlad autorky

**Obrázek 4** – Terapie 1 – Přáníčka technikou koláž

**Obrázek 5** – Terapie 2 – Svícen z vizovického těsta

### **Seznam grafů**

**Graf 2.3.1.1** – Využití kreativních technik ve vlastní práci ergoterapeutů

**Graf 2.3.1.2** – Zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů v závislosti na typu pracovitě

**Graf 2.3.1.3** – Provázely využívání kreativních technik ve vaší práci nějaké komplikace

**Graf 2.3.1.4** – Nejčastěji uváděné komplikace

**Graf 2.3.1.5** – Snižují kreativní techniky prestiž profese?

**Graf 2.3.1.6** – Zastoupení kreativních technik v práci ergoterapeutů v závislosti na tom, zda si myslí, že kreativní techniky snižují prestiž

**Graf 1** – Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru

**Graf 2** – Počet let v praxi

**Graf 3** – Typ zařízení, ve kterém jsou ergoterapeuti zaměstnáni ergoterapie

**Graf 4** – Nejčastější cílová skupina pacientů, se kterou ergoterapeuti pracují

**Graf 5** – Kde respondenti získali znalosti potřebné pro využívání kreativních technik

**Graf 6** – Kdo je v čele terapií s kreativními technikami

**Graf 7** – Kdo je v čele terapií s využitím kreativních technik v jednotlivých

**Graf 8** – Jak často ergoterapeuti zařazují kreativní techniky do vlastní práce

**Graf 9** – Jak často ergoterapeuti kreativní techniky využívají v závislosti na tom, jaká je jejich cílová skupina pacientů

**Graf 10** – Jak často ergoterapeuti využívají kreativní techniky, ve vztahu k tomu, v jakém typu zařízení pracují

**Graf 11** – Které kreativní techniky ve své práci ergoterapeuti využívají

**Graf 12** – Důvod pro zařazení kreativních technik do terapie

**Graf 13** – Důvod pro zařazení kreativních technik do terapie u jednotlivých skupin pacientů

**Graf 14** – Co by ergoterapeuty motivovalo k zařazení kreativních technik do své práce s pacienty?

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Příklady jednotlivých tvořivých činností

**Příloha č. 2** – Plné znění dotazníku s výsledky jednotlivých otázek

**Příloha č. 3** – Grafické přílohy dotazníku

**Příloha č. 4** – Výroba vánočního věnce z vizovického pečiva – Analýza podle Reed a Lewin

**Příloha č. 5** – Výroba vánočního věnce z vizovického těsta – Analýza pomocí myšlenkové mapy Coffey, Lamport a Hersch

**Příloha č. 6** – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Hersch český překlad

**Příloha č. 7** – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Hersch v anglickém originále

**Příloha č. 8** – Kazuistika

**Příloha č. 9** – Zpětnovazebný dotazník

**Příloha č. 10** – Informovaný souhlas

**Příloha č. 11** – Fotodokumentace ze skupinových terapií

## 9 PŘÍLOHY

### 9.1 Příloha č. 1 - Příklady jednotlivých tvořivých činností

Zpracováno dle Johnson (1996); Klusoňová a Špičková (1998)

#### Kreslení, malování, grafické a netradiční výtvarné techniky

<b>Motorická složka:</b>	procvičení dominantní ruky; svalová síla, rozsah pohybu; koordinace; taxe; trénink vytrvalosti stoje.
<b>Kognitivní složka:</b>	organizace; plánování a řazení činností; řešení problémů, koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	koordinace oko-ruka; taxe; orientace v prostoru; propriocepce; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.
<b>Emoční složka:</b>	vyjádření pocitů, odreagování se od těch negativních; samostatnost; sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	schopnost přizpůsobit se nové situaci.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: sed, stoj, zvýšená poloha vleže na zádech. Poloha musí být stabilizovaná, aby měl pacient volné horní končetiny. Důraz na správný stoj, sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky, chvilky pro relaxaci ruky její protřepání. možnost opakování pohybů ruky a prstů; lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; vysoká pravděpodobnost úspěchu; lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Pro všechny věkové kategorie; nízká neuropsychologická náročnost při vhodné motivaci; fyzicky nenáročná. Finančně nenáročné: interiér, exteriér. předpokládá dobré osvětlení a dobrý zrak; instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, prostřednictvím ukázky; využitelné individuálně i ve skupině.

#### Práce s papírem – skládání, vystřihovánky, kartonáž, papírový filigrán, výroba ručního papíru, papírmaš

Výroba hraček, figurek, stínidel, obalů na knihy, kornoutů, krabic, záložek, vánočních ozdob, novoročenek, blahopřání

<b>Motorická složka:</b>	jemná motorika; procvičení dominantní ruky; bilaterální užití obou rukou; svalová síla; rozsah pohybu; koordinace ruka/paže; taxe, trénink vytrvalosti stoje.
<b>Kognitivní složka:</b>	organizace; rozhodování; plánování a řazení činností; řešení problémů, koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	koordinace oko-ruka; taxe; orientace v prostoru; propriocepce; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.
<b>Emoční složka:</b>	Vyjádření pocitů; odreagování se od těch negativních; samostatnost, sebevědomí.



<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: sed; stoj; zvýšená poloha vleže na zádech. Poloha musí být stabilizovaná, aby měl pacient volné horní končetiny. Důraz na správný stoj, sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; vysoká pravděpodobnost úspěchu; Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Pro všechny věkové kategorie, fyzicky nenáročná, nízká neuropsychologická zátěž. Finančně méně náročné, na výrobu papíru je třeba speciální rámy a pomůcky; interiér. Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, prostřednictvím ukázky. Některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku.

### **Ruční práce – pletení, háčkování, vyšívání, ruční šití, šití na stroji, sít'ování, patchwork**

<b>Motorická složka:</b>	Jemná motorika; procvičení dominantní ruky; bilaterální užití obou rukou; svalová síla; rozsah pohybu, koordinace; taxe. Hlezenní kloub lze procvičovat například při šlapání na šicím stroji. Většina činností vázaných na práci s textilem vyžaduje flekční postavení ruky, extenze prstů a dorzální flexi zápěstí lze procvičit při šití na stroji a skládání textilií.
<b>Kognitivní složka:</b>	Organizace, plánování a řazení činností; řešení problémů; sledování návodu; koncentrace; trpělivost; vytrvalost.
<b>Percepční složka:</b>	Koordinace oko-ruka, taxe; orientace v prostoru; propriocepce; hmatové vnímání; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.
<b>Emoční složka:</b>	Samostatnost, sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Vhodné pro práci ve skupině; schopnost přizpůsobit se nové situaci a pracovat samostatně
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: sed, stoj, zvýšená poloha vleže na zádech. Poloha musí být stabilizovaná, aby měl pacient volné horní končetiny. Důraz na správný stoj, sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky, bezpečnost při používání pracovního náčiní. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; vysoká pravděpodobnost úspěchu; Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Zahrnuje techniky, které lze využít u všech věkových skupiny, náročnější techniky jsou vhodné pro dospívající a dospělé klienty. Tyto tradiční řemeslné činnosti upřednostňují spíše ženy, i některé muže zaujme manipulace s šicím nebo pletacím strojem Vyšší neuropsychologická zátěž, ale případné chyby lze většinou opravit. Finanční náročnost střední až vyšší: textilie, příze, pletací a šicí náčiní, pletací, tkalcovské a šicí stroje, interiér, dílna. Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, nákresem, prostřednictvím ukázky.

Dobré osvětlení, dobrý zrak nebo vhodná korekce, ale některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku.

**Práce s textilem – tkaní na rámu, tkaní na stavu, síťový obraz - nít'ák, tkaní pomocí kartiček, tkaní do kruhu, koláž z příze nebo textilu, drhání, tapiko**

<b>Motorická složka:</b>	Jemná motorika; procvičení dominantní ruky; bilaterální užití obou rukou; svalová síla; rozsah pohybu, koordinace; taxe. Při tkaní na větších rámech nebo při práci s pletacím strojem je procvičována i oblast ramenních a loketních kloubů, dochází také k posilování svalů pletence ramenního, svalů paže a předloktí, trénink vytrvalosti stoje. Při práci ve stoje dochází k procvičení dolních končetin,
<b>Kognitivní složka:</b>	Organizace; plánování a řazení činností; řešení problémů, koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	Koordinace oko-ruka; taxe; orientace v prostoru; propriocepce; rozvoj hmatu a zvědomování opomíjené strany; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny; konstrukční praxe.
<b>Emoční složka:</b>	Vyjádření pocitů, odreagování se od těch negativních; samostatnost, sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci, pracovat samostatně.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: sed, stoj, zvýšená poloha vleže na zádech, stoj. Poloha musí být stabilizovaná, aby měl pacient volné horní končetiny. Důraz na správný stoj, sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky, uvolnění ruky. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Pro všechny věkové kategorie, fyzicky nenáročná; vyšší nároky na jemnou motoriku při práci s jemným materiálem a drobnými pomůckami. Neuropsychologická zátěž a potřeba soustředění se zvyšuje s náročnějšími vzory. Náročnost závisí na volbě zvolené techniky (nízká až velmi vysoká), používají se ostré nástroje. Využitelné jsou především u žen a dívek, ale některé techniky, mohou zaujmout i muže. Finančně středně náročné: interiér, vybavená dílna, nemocniční pokoj. Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, prostřednictvím ukázky; některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku.

**Práce s přírodními materiály a lidové výtvarné techniky - výroba kraslic; vyvazovaná a vosková batika; práce s kůží. Výroba figurek; ozdob; košíků a prostírání z přírodních plodin; splétání a tvarování přírodních plodin; slaměné obrázky; košíky.**

Mezi práce s přírodními materiály lze zařadit i péči o interiérové květiny. Jedná se o jednoduché činnosti, jejichž využití přináší také estetický požitek. Živé květiny lze pěstovat v hlíně či hydroponicky, je možné je umístit do květináčů nebo aranžovat do rozličných nádob. Ze suchých květin je možné vytvářet aranže, věnce či mozaiky.

<b>Motorická složka:</b>	Jemná motorika; procvičení dominantní ruky; bilaterální užití obou rukou; svalová síla; rozsah pohybu; koordinace; taxe; vytrvalost.
<b>Kognitivní složka:</b>	Organizace, plánování a řazení činností; řešení problémů; sledování návodu koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	Koordinace oko-ruka; taxe; orientace v prostoru; propriocepce; rozvoj hmatu; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny; konstrukční praxe.

<b>Emoční složka:</b>	Vyjádření pocitů, odreagování se od těch negativních; samostatnost, sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci, schopnost pracovat samostatně.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: sed, stoj. Pomocné a přípravné práce vyžadují i přecházení po dílně. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky, uvolnění ruky. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Pro všechny věkové kategorie; fyzicky nenáročná; vyšší nároky na jemnou motoriku při práci s jemným materiálem a drobnými předměty. Materiály jsou nezřídka křehké a manipulace s nimi je náročná na obratnost a jemnost pracovních pohybů. Práce s přírodním materiálem je dobře přijímána muži i ženami, jejich součástí jsou pracovní činnosti, při nichž se může uplatnit i méně obratný pacient (příprava materiálu, čištění, sušení, třídění). Činnosti mohou zahrnovat i práci s ostrými nástroji a elektrickými přístroji. Neuropsychická zátěž je malá. Finančně nenáročná až středně náročná: interiér, vybavená dílna, nemocniční pokoj, sběr plodin při procházkách. Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, nákresem, prostřednictvím ukázky. Nároky na kvalitní osvětlení, dobrý zrak, ale některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku.

### **Práce se dřevem (výroba předmětů a nástrojů – řezání; hoblování; rašplování; řezbování; dřevěná mozaika; povrchová úprava dřeva)**

<b>Motorická složka:</b>	Dochází k posilování svalstva horních končetin, zejména na té dominantní, při některých aktivitách (hoblování) jsou zapojeny obě ruce. Součástí pracovních pohybů jsou i pohyby trupu, přenášení váhy z nohy na nohu. Exkurze pracovních pohybů roste úměrně s velikostí zpracovávaného předmětu.
<b>Kognitivní složka:</b>	Organizace, plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	Koordinace oko-ruka, ruka-paže; taxie; orientace v prostoru; propiocepce; rozvoj hmatu; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny; konstrukční praxe.
<b>Emoční složka:</b>	Odreagování se od negativních pocitů; samostatnost; sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci, skupině; schopnost pracovat samostatně.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: vsedě bez zátěže dolních končetin, vstoje. Pomocné a přípravné práce vyžadují i přecházení po dílně. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky. Vyšší nároky na přesnost, malá možnost výrobek opravit. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, nákresem, prostřednictvím ukázky; využitelné individuálně i ve skupině.

**Obecné informace:** Pro starší děti a dospělé; rozmanité nároky podle zvolené techniky. Některé techniky nejsou náročné fyzicky (vypalování do dřeva), ale kladou vysoké nároky na jemnou motoriku. Jiné činnosti mohou vyžadovat svalovou sílu. Fyzická náročnost se pohybuje od lehké, přes středně těžkou až po těžkou. Nevýhodou je také jednostranná zátěž trupového svalstva.  
Finančně středně náročné až náročné: interiér, vybavená dílna.  
Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, formou procesuálního schématu, předvedením.  
Nároky na kvalitní osvětlení, dobrý zrak, ale některé aktivity lze přizpůsobit klientům s postižením zraku.

### **Práce s kovem (stříhání; řezání; pilování; tepání; ohýbání; výroba nástrojů; drobných předmětů a šperků)**

**Motorická složka:** Dochází k posilování svalstva horních končetin, zejména na té dominantní; při některých aktivitách (hoblování) jsou zapojeny obě ruce. Součástí pracovních pohybů jsou i pohyby trupu, přenášení váhy z nohy na nohu. Exkurze pracovních pohybů roste úměrně s velikostí zpracovávaného předmětu.

**Kognitivní složka:** Organizace, plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.

**Percepční složka:** Koordinace oko-ruka, ruka-paže; taxie; orientace v prostoru; propiocepce; rozvoj hmatu; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny; konstrukční praxe.

**Emoční složka:** Odreagování se od negativních pocitů; samostatnost; sebevědomí.

**Sociální složka:** Schopnost přizpůsobit se nové situaci, skupině; schopnost pracovat samostatně.

**Adaptovatelnost:** Poloha: vsedě bez zátěže dolních končetin; vstoje. Pomocné a přípravné práce vyžadují i přecházení po dílně. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky.  
Možnost opakování pohybů ruky a prstů;  
Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů;  
Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
využitelné individuálně i ve skupině.

**Obecné informace:** Pro starší děti a dospělé; rozmanité nároky podle zvolené techniky. Některé techniky nejsou náročné fyzicky, ale kladou vysoké nároky na jemnou motoriku. Jiné činnosti mohou vyžadovat svalovou sílu. Fyzická náročnost se pohybuje od lehké, přes středně těžkou až po těžkou. Nevýhodou je také jednostranná zátěž trupového svalstva.  
Finančně středně náročné až náročné: interiér, vybavená dílna.  
Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, formou procesuálního schématu, předvedením.  
Nároky na kvalitní osvětlení, dobrý zrak.

### **Modelování (práce s modelovací hlinou; sádrou; moduritem; plastelínou; práce s těstem)**

**Motorická složka:** Práce s hmotou posiluje horní končetiny, je-li realizována ve stoji, dochází i k posilování dolních končetin. Při práci s menším množstvím hmoty dochází k posílení flexorů ruky. Válení hmoty vyžaduje extenzi prstů a dorzální flexi

	zápěstí. Vlastní modelování klade důraz na jemnou motoriku a koordinaci a hmat Odlévání ze sádry a glazování vyžadují větší obratnost, rychlost a přesnost. Modelování zapojuje do pracovních pohybů obě horní končetiny, při řadě úkonů jsou končetiny zapojovány symetricky.
<b>Kognitivní složka:</b>	Zaměření pozornosti; organizace; plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	Při použití hrubých přísad do modelovací hmoty dochází k dráždění dlaňové části a tím i ke stimulaci a rozvoji hmatového vnímání. Zlepšení motorického plánování pohybu ruky a horní končetiny, konstrukční praxe.
<b>Emoční složka:</b>	Odreagování se od negativních pocitů, vyjádření vlastních emocí; samostatnost; sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci, skupině; schopnost pracovat samostatně.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: vsedě na lůžku v podepřeném sedu, běžná poloha je sed a stoj, činnosti zahrnují přecházení a pohyby trupu. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky. Možnost opakování pohybů ruky a prstů. Finančně středně náročné až náročné: dobře vybavená dílna, kuchyně. Hmoty umožňují opravy; nízká neuropsychologická zátěž a velká pravděpodobnost úspěchu; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů; využitelné individuálně i ve skupině.
<b>Obecné informace:</b>	Náročnost je závislá na druhu prováděné činnosti. Finančně středně náročné až náročné: interiér, vybavená dílna, kuchyň. Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, formou procesuálního schématu, předvedením; modelování je vhodné pro pacienty různého věku a s různým postižením.

### **Práce s umělými hmotami (organické sklo; novodur; dentakryl; termoplasty) – výroba užitekových a ozdobných předmětů, plastik reliéfů, individuálních pomůcek**

<b>Motorická složka:</b>	Procvičení dominantní horní končetiny, koordinace pohybů. Při pohybech větších rozsahů dochází k zapojování i svalstva trupu. Nevýhodou je částečně jednostranné pohybové zatížení trupu (řezání, pilování). Pohybové nároky jsou srovnatelné jako při práci s dřevem nebo kovem, činnosti vyžadují menší sílu, pomalejší pohyby. Při odměřování a dávkování jednotlivých surovin je třeba zručnost a rychlost.
<b>Kognitivní složka:</b>	Organizace, plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; sledování návodu; koncentrace.
<b>Percepční složka:</b>	Koordinace oko-ruka, ruka-paže; taxie; orientace v prostoru; propiocepce; rozvoj hmatu; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny; konstrukční praxe.
<b>Emoční složka:</b>	Samostatnost, sebevědomí.
<b>Sociální složka:</b>	Schopnost přizpůsobit se nové situaci, skupině; schopnost pracovat samostatně.
<b>Adaptovatelnost:</b>	Poloha: činnosti předpokládají sed, stoj a přecházení. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed, vhodné je vkládat pohybové přestávky. Vyšší neuropsychologická zátěž, výrobek není možné opravit. Možnost opakování pohybů ruky a prstů; Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů;

**Obecné informace:** Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity; využitelné individuálně i ve skupině.  
Činnosti jsou vhodné pro dospělé klienty. Nezbytná je přesnost při odměřování a dávkování složek, malá tolerance chyby. Jako motivující může být vnímána možnost podílet se na výrobě pomůcky.  
Finančně středně náročné až náročné: dobře vybavená, větraná dílna, dobré osvětlení.  
Instrukce lze podávat verbálně; psanou formou; formou procesuálního schématu; předvedením;  
nároky na kvalitní osvětlení, dobrý zrak.

### **Výroba reliéfů – aktivita na rozvoj dovedností jemné i hrubé motoriky, která je využitelná také pro rozvoj hmatového vnímání a orientace**

**Motorická složka:** Jemná motorika rukou; koordinace ruka-paže; procvičení dominantní horní končetiny i bilaterálních pohybů. Trénink vytrvalosti a svalové síly

**Kognitivní složka:** Organizace; plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.

**Percepční složka:** Koordinace oko-ruka; orientace v prostoru; propiocepce; rozvoj hmatu; zvědomování opomíjené strany; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.

**Emoční složka:** Sebevědomí.

**Sociální složka:** Schopnost pracovat samostatně,

**Adaptovatelnost:** Poloha: činnosti předpokládají sed, stoj a přecházení. Důraz na bezpečnost při užívání pomůcek, na správný sed; vhodné je vkládat pohybové přestávky. Reliéfy lze využít i k nácviku orientace v prostředí. Využitelné u klientů různého věku, malá náročnost.  
Využitelné individuálně i ve skupině  
Vhodné pro klienty se zrakovým postižením

**Obecné informace:** Činnosti jsou vhodné pro klienty jakéhokoli věku.  
Finančně nenáročné: interiér, nemocniční pokoj, dílna.  
Instrukce lze podávat verbálně, psanou formou, předvedením.

**Koláže – plastické dekorace, které využívají různé materiály (textil; papír; barvy; obrázky; předměty a přírodniny). Tato aktivita nabízí tvůrci svobodu ve volbě užitého materiálu i ve finální podobě výrobku.**

**Motorická složka:** Jemná motorika rukou; koordinace ruka-paže; procvičení dominantní horní končetiny i bilaterálních pohybů.

**Kognitivní složka:** Organizace; plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.

**Percepční složka:** Koordinace oko-ruka; vnímání prostorových vztahů a orientace v prostoru; rozvoj hmatového vnímání; konstrukční praxe.

**Emoční složka:** Odreagování se od negativních pocitů; vyjádření vlastních emocí; samostatnost, sebevědomí.

**Sociální složka:** Schopnost pracovat samostatně.

**Adaptovatelnost:** Poloha: činnosti předpokládají sed, pohyby trupu, stoj.  
Možnost opakování pohybů ruky a prstů;  
Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů;  
vysoká pravděpodobnost úspěchu;  
Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;

využitelné individuálně i ve skupině;  
Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
výsledný produkt může zrcadlit individuální kulturní hodnoty.

**Obecné informace:** Činnosti jsou vhodné pro klienty jakéhokoli věku.  
Finančně nenáročné – interiér, nemocniční pokoj, dílna.  
Činnost předpokládá dobrý zrak, korekci brýlemi;  
instrukce lze podávat verbálně, předvedením.

### **Dekorování textilu - razítkování**

Lze použít hotová razítka nebo si je vyrobit nastříháním z houbiček na nádobí.

**Motorická složka:** Jemná motorika ruky; koordinace ruka-paže; procvičení dominantní horní končetiny; vytrvalost.

**Kognitivní složka:** Organizace; plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy, koncentrace.

**Percepční složka:** koordinace oko-ruka; vnímání prostorových vztahů a orientace v prostoru; rozvoj hmatového vnímání, motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.

**Emoční složka:** Odreagování se od negativních pocitů; vyjádření vlastních emocí; samostatnost, sebevědomí.

**Sociální složka:** Schopnost pracovat samostatně.

**Adaptovatelnost:** Poloha: činnosti předpokládají vzpřímený sed, stoj.  
Možnost opakování pohybů ruky a prstů;  
Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů;  
vysoká pravděpodobnost úspěchu;  
Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
využitelné individuálně i ve skupině;  
Lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
výsledný produkt může zrcadlit individuální kulturní hodnoty.

**Obecné informace:** Činnosti jsou vhodné pro klienty jakéhokoli věku.  
Finančně nenáročná a středně náročná: interiér, nemocniční pokoj, dílna;  
Činnosti lze uzpůsobit i pro klienty se zrakovým postižením;  
instrukce lze podávat verbálně, předvedením.

### **Decoupage (ubrousková technika)**

Tato aktivita kombinuje několik výtvarných technik a je realizována v řadě následných kroků.

**Motorická složka:** Jemná motorika ruky; koordinace ruka-paže; procvičení dominantní horní končetiny; vytrvalost. Tato technika využívá silové úchopy a neklade velké nároky na přesnost.

**Kognitivní složka:** Organizace; plánování a řazení činností; schopnost rozhodovat se a řešit problémy; koncentrace.

**Percepční složka:** Koordinace oko-ruka; vnímání prostorových vztahů a orientace v prostoru; motorické plánování pohybu ruky a horní končetiny.

**Emoční složka:** Samostatnost, sebevědomí.

**Sociální složka:** Vhodné jako skupinová aktivita, schopnost pracovat samostatně.

**Adaptovatelnost:** Poloha: činnosti předpokládají vzpřímený sed, stoj.  
Možnost opakování pohybů ruky a prstů;  
Lze využít pro nácvik práce jednou rukou, pro nácvik používání adaptovaných nástrojů;

vysoká pravděpodobnost úspěchu;  
lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
využitelné individuálně i ve skupině;  
lze předložit ve formě strukturované i nestrukturované aktivity;  
výsledný produkt může zrcadlit individuální kulturní hodnoty.

**Obecné informace:** Činnosti jsou vhodné pro klienty jakéhokoli věku;  
Finančně nenáročná a středně náročná: interiér, nemocniční pokoj, dílna.  
Činnost předpokládá dobrý zrak, korekci brýlemi;  
instrukce lze podávat verbálně, předvedením.



## 9.2 Příloha č. 2 – Plné znění dotazníku s výsledky jednotlivých otázek

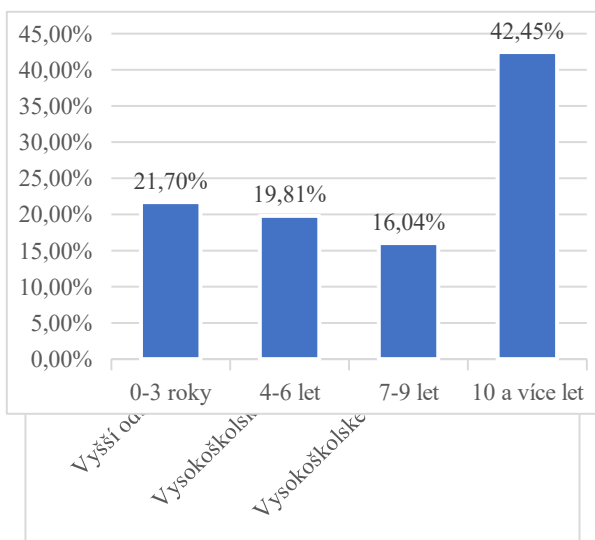
Tabulka 1 Plné znění dotazníku s výsledky

Číslo otázky	Otázka	Možnosti odpovědi	n	Procenta
1.	Pohlaví	Muž	2	1,89
		Žena	104	98,11
4.	Jaké je vaše vzdělání v oboru ergoterapie	Vysokoškolské Bc.	63	60
		Vysokoškolské Mgr.	14	13,33
		Vyšší odborné	25	23,81
		Jiné	3	2,86
5.	Kolik let pracujete jako ergoterapeut?	0-3 roky	23	21,70
		4-6 let	21	19,81
		7-9 let	17	16,04
		10 a více let	45	42,45
6.	V jakém typu pracoviště pracujete?	Zdravotnické zařízení, nemocnice	48	45,28
		Rehabilitační ústav a stacionář	18	16,98
		Léčebna pro dlouhodobě nemocné	3	2,83
		Domov pro seniory	16	15,09
		Denní stacionáře, terapeutické dílny a komunitní programy pro osoby s duševním onemocněním	2	1,89
		Speciální škola	3	2,83
		Služba Homecare, raná péče a osobní asistence	2	1,89
		Soukromá služba	8	7,55
		Nezisková organizace	3	2,83
		Jiné	3	2,83
7.	Kdo je vším zaměstnavatelem?	Státní zdravotnické zařízení	59	55,66
		Soukromé zdravotnické zařízení	19	17,92
		MPSV	8	7,55
		MŠMT	1	0,94
		Spolek, nadace, církevní organizace	4	3,77
		Pečovatelská služba města	1	0,94
		Soukromé zařízení	10	9,43
		Příspěvková organizace města	2	1,89
		Nezaměstnaný	2	1,89
8.	Jaká je nejčastější cílová skupina, se kterou se ve své práci setkáváte?	Děti	13	12,26
		Senioři	29	27,36
		Klienti z oblasti sociálních služeb	1	0,94
		Pacienti s neurologickou diagnózou	42	39,62
		Pacienti s ortopedickou/traumatologickou diagnózou	10	9,43
		Pacienti s psychiatrickou diagnózou	6	5,66
		Klienti s mentálním postižením	2	1,89
Jiné	3	2,83		
9.	Využívají se na vašem pracovišti kreativní techniky?	Ano	69	65,09

		Ne	37	34,91
10.	Kdo je v čele terapií, při kterých jsou zařazovány kreativní techniky?	Ergoterapeut	61	61
		Zdravotní sestra	4	4
		Speciální pedagog	1	1
		Arteterapeut, muzikoterapeut	9	9
		Sociální pracovník	5	5
		Aktivizační pracovník, dobrovolník	7	7
		Vedoucí dílny, výtvarník, řemeslník	4	4
		Kreativní techniky na pracovišti nevyužíváme	9	9
11.	Využíváte při vlastní práci s pacienty kreativní techniky?	Ano	59	55,66
		Ne	47	44,34
12.	Kde jste získal/a znalosti, které při práci s kreativními technikami využíváte?	Během studia na VŠ	31	52,54
		Na kurzu, semináři, školení	18	30,51
		Sebevzdělání, vlastní zájem o kreativní techniky	8	13,56
		Internet	2	3,39
14.	Jak často využíváte kreativní techniky v terapii?	Velmi často (3-5krát týdně)	17	16,04
		Často (1-2krát týdně)	14	13,21
		Občas (jednou za dva týdny)	12	11,32
		Zřídka (jednou měsíčně)	12	11,32
		Velmi zřídka (jednou za půl roku)	3	2,83
		Téměř nikdy (alespoň jednou za rok)	1	0,94
		Nikdy	0	0
16.	Nejčastěji zmiňované komplikace	Nedostatek času	2	1,89
		Nezájem pacienta	10	9,43
		Nepochopení ze strany nadřízených	4	3,77
		Nedostatek financí a materiálu	6	5,66
17.	Měli jste problém odůvodnit, proč v terapii kreativní techniky používáte?	Ano	4	6,78
		Ne	55	93,22
20.	Myslíte, že využívání kreativních technik může snižovat prestiž profese ergoterapie?	Ano	42	40,78
		Ne	61	59,22
21.	Co by vás motivovalo k zařazení kreativních technik do terapie?	Absolvování odborného kurzu, možnost dalšího vzdělání	4	3,77
		Přání pacienta	13	12,26
		Podpora ze strany nadřízených a dalších členů týmu	7	6,60
		Dostupnost financí a materiálu	5	4,72
		Dostatek času na pacienta, možnost pracovat skupinově	7	6,60
		Evidence kreativních technik, možnost	5	4,72

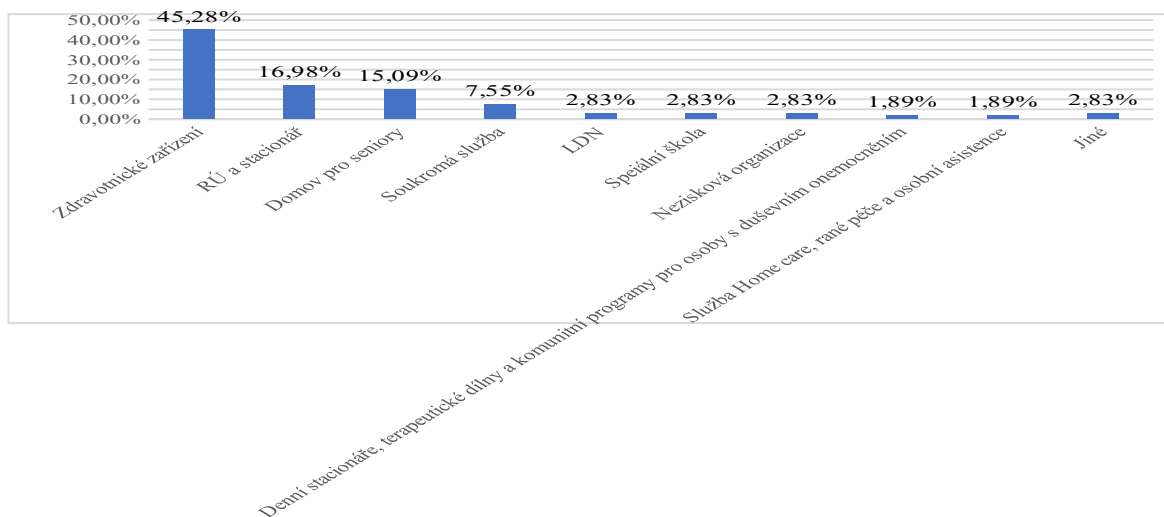
		objektivního měření výsledků		
		Zpestření terapií pro pacienty	5	4,72
		Kreativní techniky již využívám	7	6,60
		Kreativní techniky využívat nebudu, nemám k nim vztah	5	4,72
		Práce s dětmi	2	1,89

### 9.3 Příloha č. 3 - Grafické přílohy dotazníku

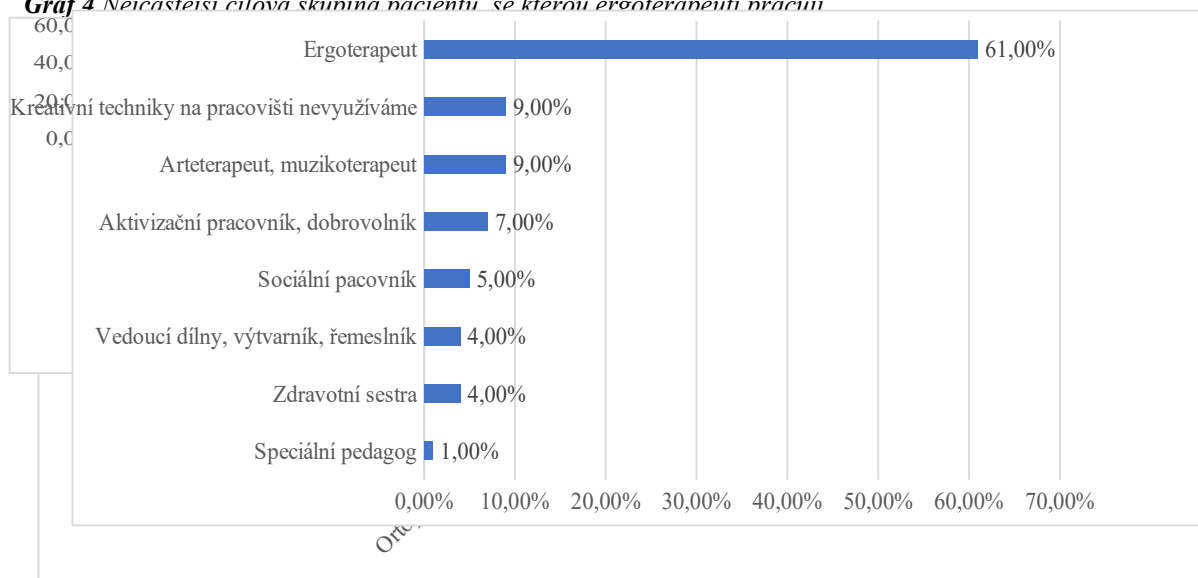


Graf 2 Počet let v praxi

Graf 3 Typ zařízení, ve kterém jsou ergoterapeuti zaměstnáni



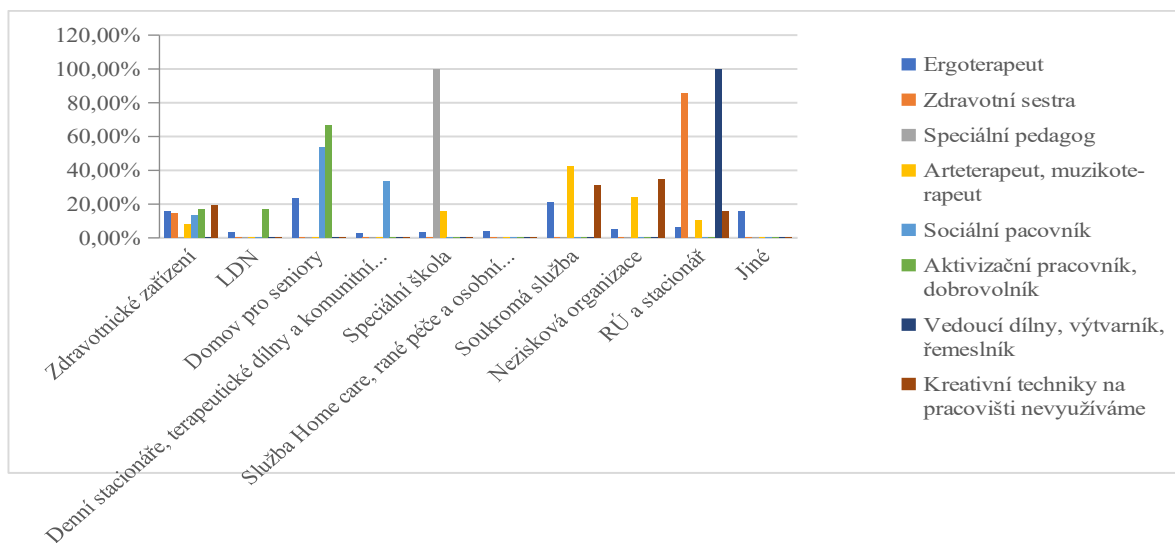
**Graf 4** Neičastější cílová skupina pacientů, se kterou ergoterapeuti pracují



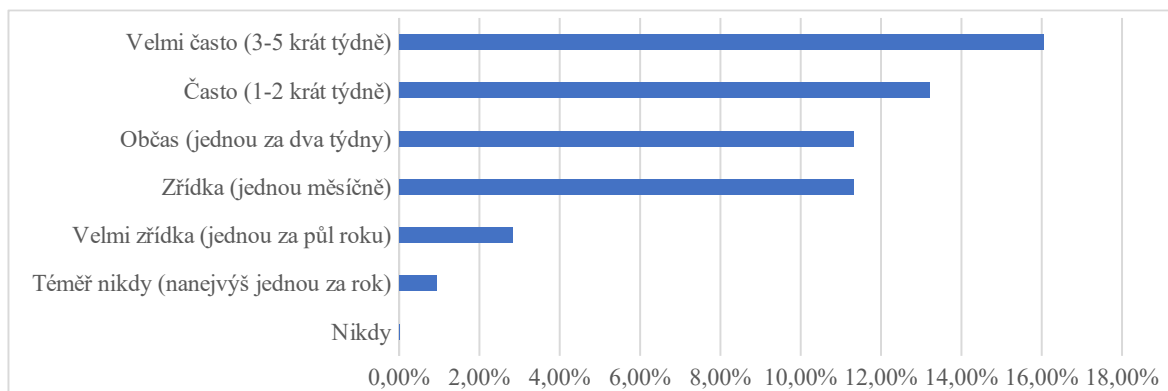
**Graf 5** Kde respondenti získali znalosti potřebné pro využívání kreativních technik

**Graf 6** Kdo je v čele terapií s kreativními technikami

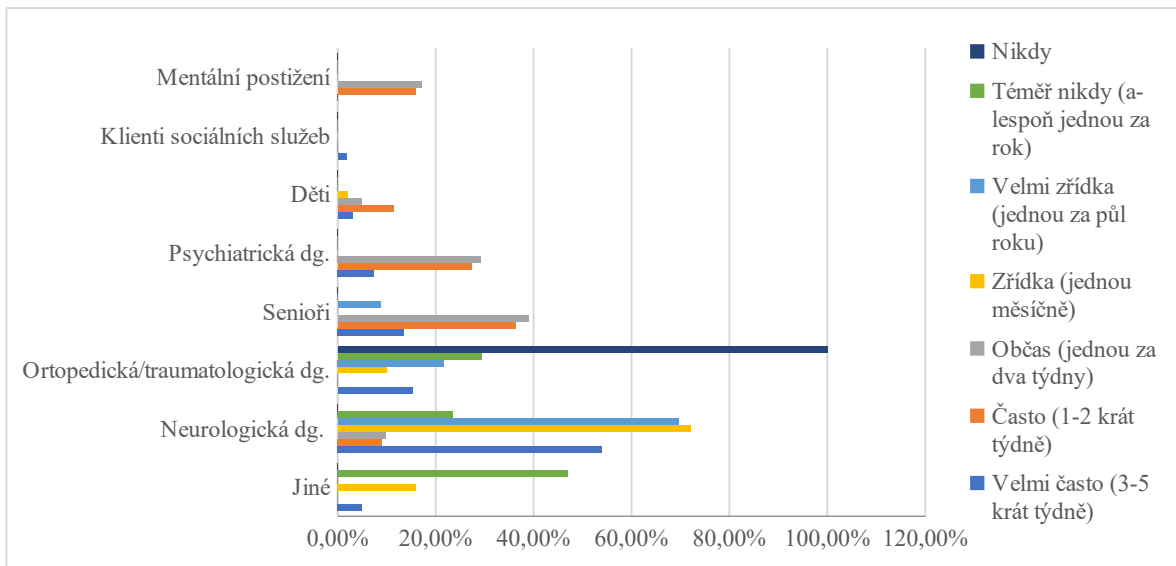
**Graf 7** Kdo je v čele terapií s využitím kreativních technik v jednotlivých typech zařízení

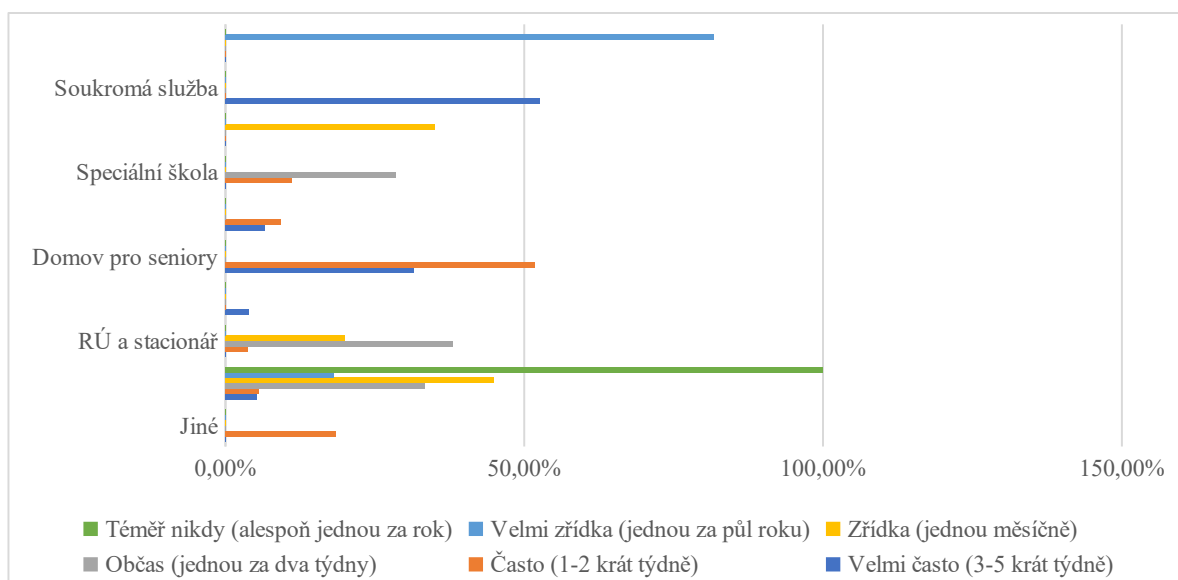
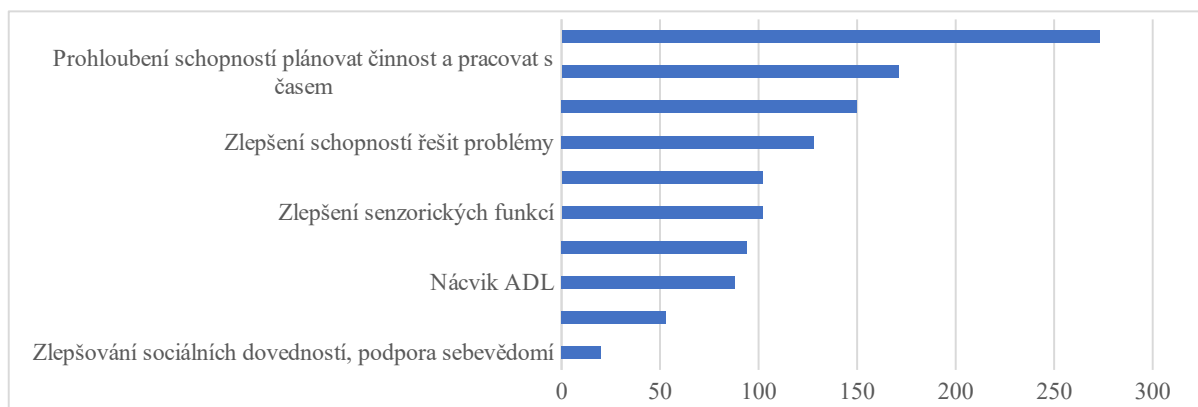


**Graf 8** Jak často ergoterapeuti zařazují kreativní techniky do vlastní práce

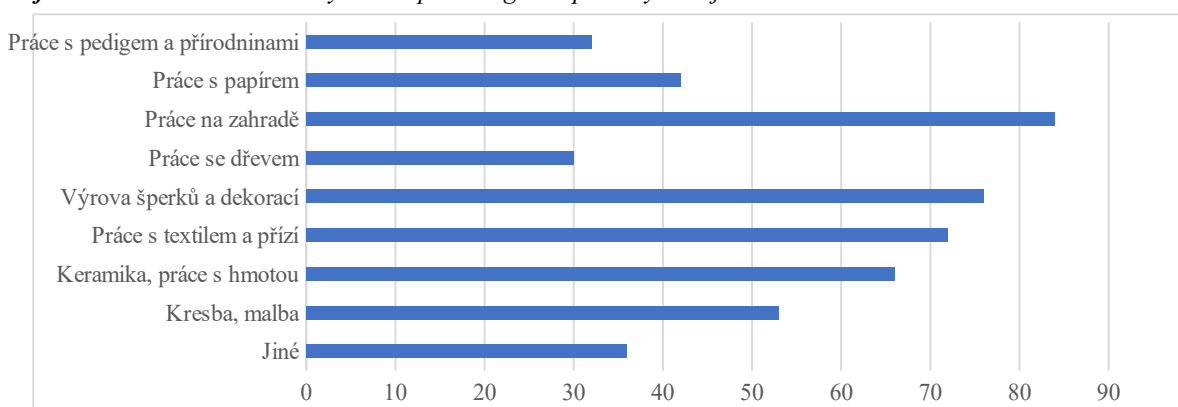


**Graf 9** Jak často ergoterapeuti kreativní techniky využívají v závislosti na tom, jaká je jejich cílová skupina pacientů



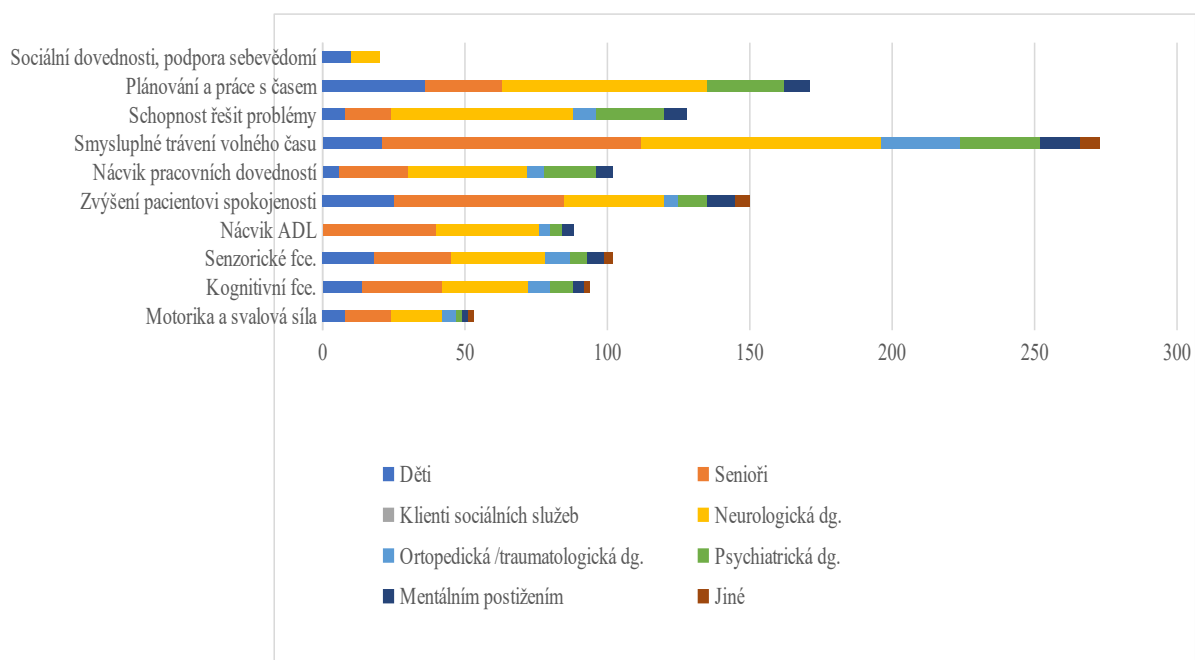


**Graf 11** Které kreativní techniky ve své práci ergoterapeuti využívají

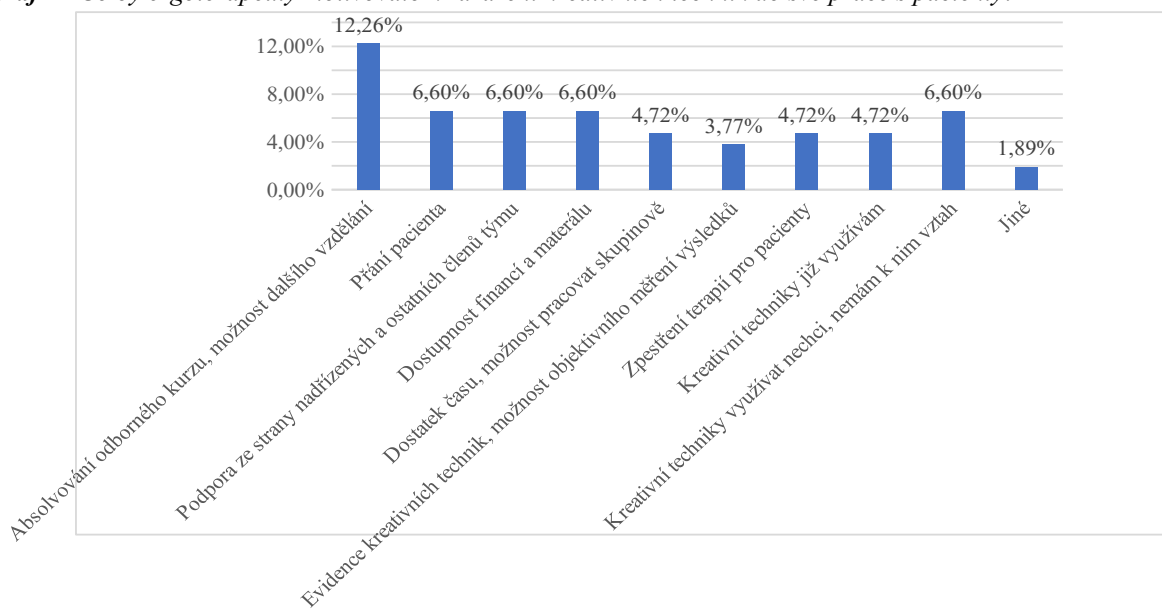


**Graf 12** Důvod pro zařazení kreativních technik do terapie

**Graf 13** Důvod pro zařazení kreativních technik do terapie u jednotlivých skupin pacientů



**Graf 14** Co by ergoterapeuty motivovalo k zařazení kreativních technik do své práce s pacienty?





## 9.4 Příloha č. 4 – Výroba vánočního věnce z vizovického těsta– Analýza podle Reed a Lewin

### Informace pro terapeuta

**Analýza aktivity:** Práce s vizovickým těstem může být využita v rámci individuální i skupinové terapie, v případě skupinové práce je třeba připravit si větší množství hmoty. Každý účastník si vyrobí vlastní výrobek nebo mohou pracovat ve skupině na společném výrobku. Techniku je možné využít při výrobě sošek, dekorací, misek a mnoha dalších výrobků. Projekt může být specifikovaný, všichni pacienti budou vyrábět stejnou věc přesně podle návodu. Pacientům je možné dát v tvoření volnost.

Těsto, které se při práci používá není toxické, nehrozí nebezpečí při jeho pozření. Techniku je tedy možné využít u pacientů různých věkových skupin. Instrukce k vykonávané činnosti je možné podávat verbálně, psanou formou, obrázkovým návodem nebo praktickou ukázkou.

**Cíl činnosti:** Techniku je možné využít při práci s pacienty se zhoršeným zrakem, práce s těstem totiž nabízí zpětnou vazbu ve formě taktilní stimulace. Během práce s vizovickým těstem je možné podpořit výkon pacienta v následujících oblastech:

### Motorické komponenty:

- Hrubá motorika;
- Jemná motorika a pohyby prstů horních končetin;
- Svalová síla;
- Bilaterální zapojení horních končetin;
- Výdrž.

### Kognitivní komponenty:

- Pozornost a soustředění;
- Schopnost plánování činnosti a řazení jednotlivých kroků činnosti;
- Schopnost rozhodovat a řešit problémové situace.

**Senzorické komponenty:**

- Koordinace oko-ruka;
- Čítí.

**Psychosociální komponenty:**

- Samostatnost v práci a uvažování;
- Sebevědomí;
- Uvolnění emocionální zátěže a vyjádření pocitů;
- Navazování vztahů ve skupině, dělba práce;
- Sebekontrola.

**Délka trvání činnosti:** Činnost je plánovaná na 2 hodiny trvající terapeutickou jednotku.

**Jednotlivé kroky činnosti:** Seznámení s činností a objasnění jejího významu;  
příprava pomůcek a pracovní plochy;  
výroba hmoty;  
práce s hmotou a modelování;  
zdobení výrobku kořením;  
sušení a pečení výrobků.

**Materiál:** Vizovické těsto (Vizovické pečivo. *Recepty.cz* [online]. 2019 [cit. 2022-03-27].  
Dostupné z: <https://www.recepty.cz/recept/vizovicke-pecivo-1883>)

**Nástroje a pomůcky:**

- Vykrajovátko na cukroví;
- Nůž;
- Váleček;
- Papírový talířek;
- Pečící papír;
- Koření – kuličky pepře, jalovec, hřebíček.

**Fyzické prostředí:** Činnost provádíme vsedě, popřípadě ve stoji u výškově nastavitelného stolu. Místnost, ve které činnost provádíme by měla být dobře osvětlená, dostupná pro všechny pacienty. V místnosti by měl být klid.

**Pracovní poloha:** Převažující poloha při práci je sed na židli nejlépe s oběma chodidly pevně opřenými o zem a rovnými zády. Židle by neměla být ani moc daleko ani moc blízko u stolu, aby pacientovi dávala dostatečnou možnost pohybu a nenutila ho k předklánění. Pacient může pracovat i ve stoji u výškově nastavitelného stolu nebo u kuchyňské linky.

**Bezpečnostní rizika:** Nebezpečí pádu při přesunu po místnosti. Během činnosti je nutné použít troubu, hrozí tedy nebezpečí popálení (zejména u pacientů se zhoršenou termickou citlivostí). Zvýšenou pozornost je třeba věnovat používání ostrých předmětů, například nožů. Je nutné uvážit možnou alergickou reakci pacienta na mouku a další možné přísady. V případě potřeby je vhodné využít gumové rukavice. Těsto trochu lepí, ale riziko umazání oděvu pacientů je spíš malé.

### Analýza úkolu:

<b>Skupinová práce: Modelování z vizovického těsta</b>			
<b>Komponenty během celé činnosti:</b>		<p><b>Senzorické komponenty:</b> Přijímání a třídění smyslových podnětů; Práce se smyslovými stimuly jejich interpretace; Schopnost udržet svalový tonus – nutný pro správnou posturu při práci; Aktivní hybnost.</p> <p><b>Kognitivní komponenty:</b> Bdělost; Pozornost (zaměřená, rozdělená – musí pracovat a zároveň vnímat, co dělají ostatní, selektivní pozornost – musí být schopen zaměřit se na důležité aspekty činnosti a ignorovat rušivé vlivy prostředí); iniciace (po vysvětlení a zadání úkolu činnost zahájí bez pobídek); paměť (zapamatování si jednotlivých kroků činnosti); orientace (situaci – vědět, kde jsem, co mám dělat), plánování (plánování jednotlivých kroků činnosti a jejich správné řazení).</p> <p><b>Psychosociální komponenty:</b> Sociální chování a sebekontrola (pacient není při činnosti sám, musí respektovat potřeby a přání ostatních účastníků), motivace pro činnost.</p>	
<b>Kroky činnosti</b>	<b>Senzomotorické komponenty</b>	<b>Kognitivní komponenty</b>	<b>Psychosociální komponenty</b>
<b>Terapeut seznámí členy skupiny s činností</b>	Sluchové a zrakové vnímání	Bdělost; pozornost – přijímání informací; zpracování získaných informací; paměť - zapamatování si posloupnosti kroků činnosti	Sociální chování – nevyrušovat ostatní
<b>Příprava pomůcek</b>	Lokomoce a kontrola postury; hrubá motorika horních končetin – aktivní hybnost, rozsahy pohybu, svalová síla a výdrž, křížení středové osy, bilaterální integrace; úchopy – přiblížení,	Orientace (osoba, místo, čas); plánování činnosti a řazení jednotlivých kroků; řešení problémových situací; kategorizace pomůcek	Interakce s ostatními

	uchopení předmětu, manipulace s předmětem, odložení předmětu; čítí		
<b>Rozložení pomůcek po stole</b>	Jemná motorika; úchopy; hrubá motorika – síla, výdrž, rozsahy pohybu, křížení středové osy	Organizace práce, plánování	Interakce s ostatními
<b>Příprava vizovického těsta</b>	Lokomoce a stabilní stoj; výdrž ve stoji; hrubá motorika – svalová síla, aktivní hybnost, rozsahy pohybu; čítí	Plánování činnosti; organizace práce; prostorová orientace; rozhodování a schopnost řešit problémy; paměť; čtení a počítání	Interakce s ostatními; sociální chování
<b>Hnětení hmoty</b>	Hrubá motorika – aktivní hybnost, rozsahy pohybu, svalová síla, úchopy, koordinace oko-ruka, taktilní čítí	Pozornost;	Interakce s ostatními
<b>Modelování</b>	Hrubá motorika – rozsahy pohybu, svalová síla; Jemná motorika; úchopy; praxie; taxe; křížení středové osy; koordinace oko-ruka; taktilní čítí	Organizace práce; rozhodování; plánování; řešení problémů; prostorová orientace; paměť; příjem a třídění informací	Interakce s ostatními; sociální chování; sebevyjádření; interpersonální dovednosti
<b>Dokončení činnosti</b>	Oromotorika	Komunikace-exprese	Práce s časem
<b>Úklid pomůcek</b>	Lokomoce; křížení středové osy; bilaterální integrace; úchopy a manipulace s předměty	Paměť (kam věci patří); orientace v prostoru; organizace práce	Interakce s ostatními (dělba práce)
<b>Reflexe</b>	Sluchová percepce; oromotorika	Paměť (pamatovat si, co mi činilo během práce potíže); kategorizace; komunikace	Sebekontrola; interpersonální dovednosti; sebevyjádření

## Adaptace činnosti:

### 1. Adaptace pro pacienty fyzickým postižením:

Kroky činnosti	Adaptace
<b>Seznámení s činností</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut vysvětlí různé způsoby adaptace činnosti</li> </ul>
<b>Příprava pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví pomůcky sám</li> <li>• Terapeut vyndá pomůcky z hůře dostupných míst, odstraní bariéry v prostředí</li> <li>• Terapeut navrhne pacientům, aby si pomůcky dali do tašky pro usnadnění přenášení</li> </ul>
<b>Rozložení pomůcek po stole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomůže s rozložením pomůcek</li> </ul>
<b>Příprava vizovického těsta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví těsto před terapií</li> <li>• Terapeut pomůže pacientům při přípravě těsta</li> <li>• Terapeut nabídne pacientům speciální pomůcky: protiskuzové desky, rozšířené úchopy kuchyňských předmětů</li> </ul>

<b>Hnětení hmoty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomůže s přemístěním hmoty na pracovní desku</li> <li>• Terapeut může uvolňovat před činností i během ní spastické svaly</li> </ul>
<b>Modelování, vykrajování</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pacientům nabídne pomůcky – rozšířené úchopy na nože, protiskluzové podložky</li> <li>• Terapeut pomůže pacientům vyndat vykrájené tvary ze zbytku hmoty</li> <li>• Terapeut doporučí spolupráci mezi pacienty</li> </ul>
<b>Dokončení činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomůže klientovi nebo celé skupině</li> </ul>
<b>Úklid pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viz. příprava pomůcek</li> </ul>

## 2. Adaptace pro pacienty s kognitivním a psychosociálním deficitem:

<b>Kroky činnosti</b>	<b>Adaptace</b>
<b>Terapeut seznámí členy skupiny s činností</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut užívá při vysvětlování jednoduché termíny</li> <li>• Terapeut zadává nový úkol až po dokončení toho předchozího</li> <li>• Terapeut zadává činnost s obrázkovým manuálem</li> <li>• Terapeut dá pacientům psaný návod činnosti, ve kterém si každý může odškrtnout splněné kroky</li> <li>• Výrobek, na kterém pacienti pracují, má přesné zadání</li> <li>• Terapeut napíše kroky činnosti na tabuli, kde je všichni pacienti vidí</li> </ul>
<b>Příprava pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut připraví seznam pomůcek, které jsou pro činnost potřeba – pacienti si mohou škrtnout, co už mají připraveno</li> <li>• Terapeut připraví pomůcky, aby je pacienti nemuseli hledat</li> <li>• Terapeut popíše jednotlivé skříně a šuplíky, aby se pacienti lépe orientovali v místnosti</li> <li>• Terapeut poradí pacientům při hledání pomůcek</li> </ul>
<b>Rozložení pomůcek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut poradí pacientům s rozložením pomůcek na stole</li> </ul>
<b>Příprava vizovického těsta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut dá pacientům přesný návod, kde si mohou odškrtnout které kroky už splnily</li> <li>• Terapeut poradí pacientům při vážení surovin</li> <li>• Terapeut poskytne pacientům obrázkový návod</li> </ul>
<b>Hnětení hmoty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Modelování, vykrajování</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut poskytuje pacientům při práci slovní podporu</li> <li>• Terapeut může pracovat společně s pacientem, aby ho motivoval</li> </ul>
<b>Dokončení činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut pomáhá pacientům v hlídání časového managementu</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut povzbuzuje pacienty v prezentaci práce, dává na výběr možnosti</li> </ul>
Úklid pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut slovně pomáhá a kontroluje činnost</li> <li>• Terapeut označí místa pro konkrétní pomůcky</li> </ul>

## Stupňování:

### 1. Stupňování činnosti pro pacienty s fyzickým postižením

<b>Kroky činnosti</b>	
<b>Příprava pomůcek a jejich rozložení po stole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá klienty, aby i sami vybrali a připravili adaptované pomůcky, které budou potřebovat</li> <li>• Klienti budou muset používat běžné pomůcky, ne ty adaptované</li> </ul>
<b>Příprava vizovického těsta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá pacienty pracovat samostatně bez rady, pouze s návodem.</li> </ul>
<b>Hnětení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Modelování a vykrajování</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti budou mít k dispozici pouze standardní pomůcky, ne adaptované</li> </ul>

### 2. Stupňování činnosti pro pacienty s kognitivním a psychosociálním deficitem

<b>Seznámení s činností</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut vysvětlí postup práce pouze jednomu pacientovi, ten má za úkol vysvětlit činnost ostatním</li> <li>• Terapeut vysvětlí činnost všem pacientům, vybídne je, aby si dělali poznámky a byli tak během práce samostatní</li> </ul>
<b>Příprava pomůcek a jejich rozmístění</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nepomáhá při přípravě pomůcek, klienti postupují podle seznamu</li> </ul>
<b>Příprava vizovického těsta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nijak nezasahuje do průběhu přípravy těsta, pacienti postupují podle návodu</li> <li>• Terapeut neoznačí suroviny předem, nechá je v původním balení</li> <li>• Terapeut zadá pacientům množství surovin v gramech, při měření nepomáhá</li> </ul>
<b>Hnětení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Modelování a vykrajování Barvení a lakování</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut nechá pacienty pracovat samostatně, problémové situace musí sami vyřešit</li> </ul>
<b>Dokončení činnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeut určí na dokončení činnosti přesný časový limit, pacienti si musí čas sami hlídat</li> <li>• Terapeut může v průběhu činnosti zapnout hudbu, čímž zvýší nároky na pozornost</li> </ul>

## 9.5 Příloha č. 5 – Výroba vánočního věnce z vizovického těsta – Analýza pomocí myšlenkové mapy Coffey, Lamport a Hersch

Obrázek 3 Analýza pomocí myšlenkové mapy-Svícen z vizovického těsta

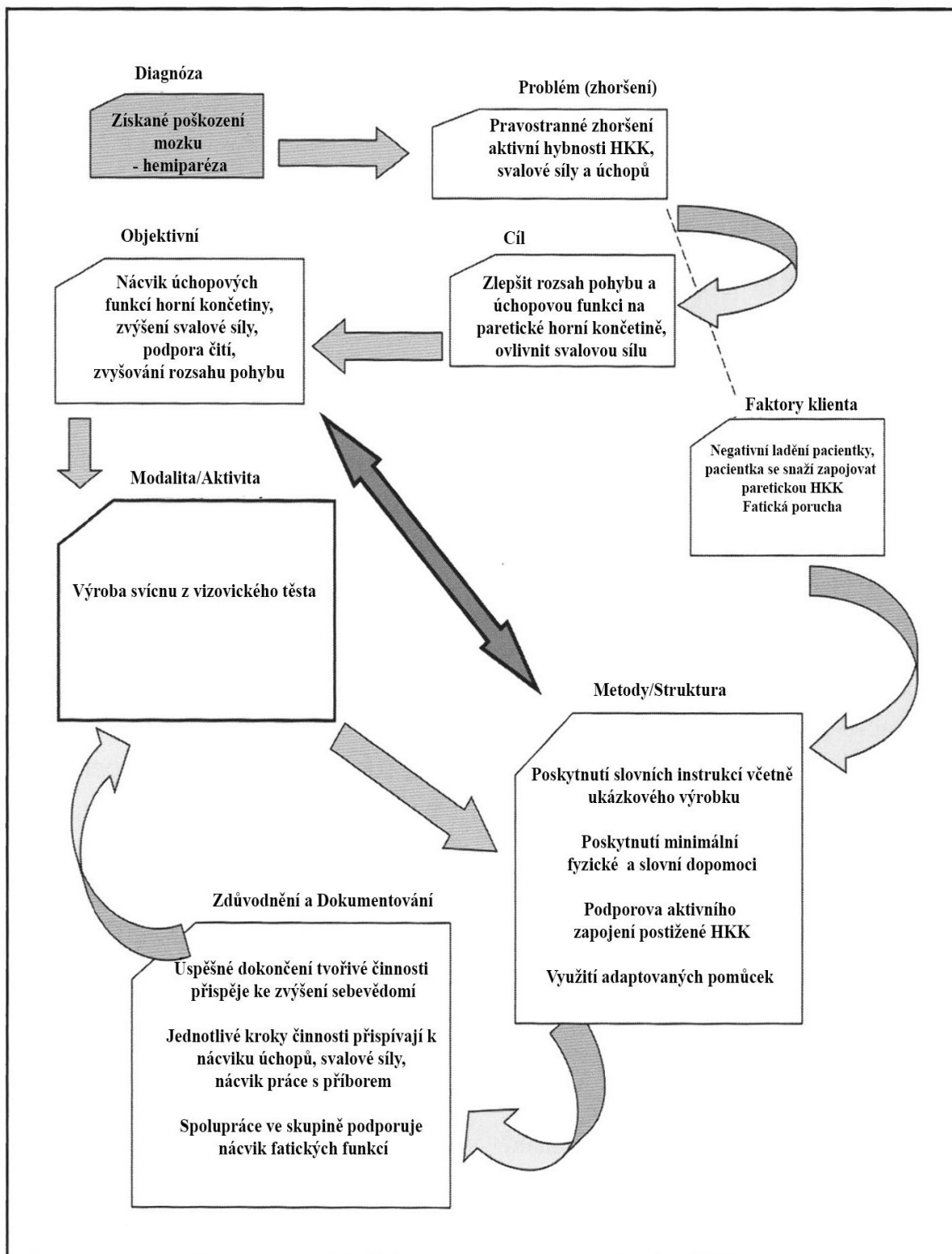


Figure 3-4. Flow chart for structuring an activity.

## 9.6 Příloha č. 6 – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Herch – český překlad

Obrázek 4 Myšlenková mapa – český překlad (Drake a Tubbs, 2017)

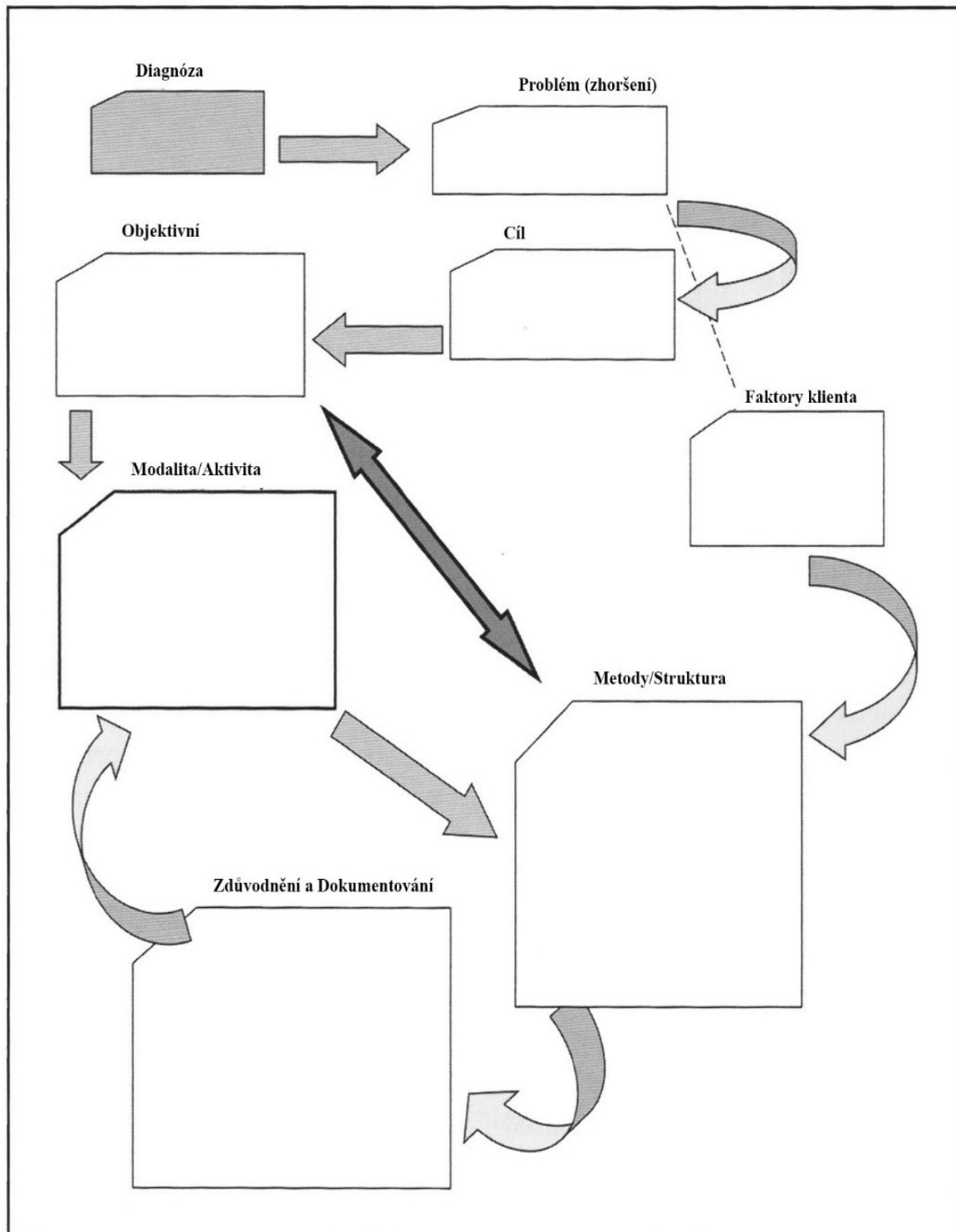


Figure 3-4. Flow chart for structuring an activity.



## 9.7 Příloha č. 7 – Myšlenková mapa podle Coffey, Lamport a Herch – původní podoba

Obrázek 5 Myšlenková mapa – původní podoba (Drake a Tubbs, 2017)

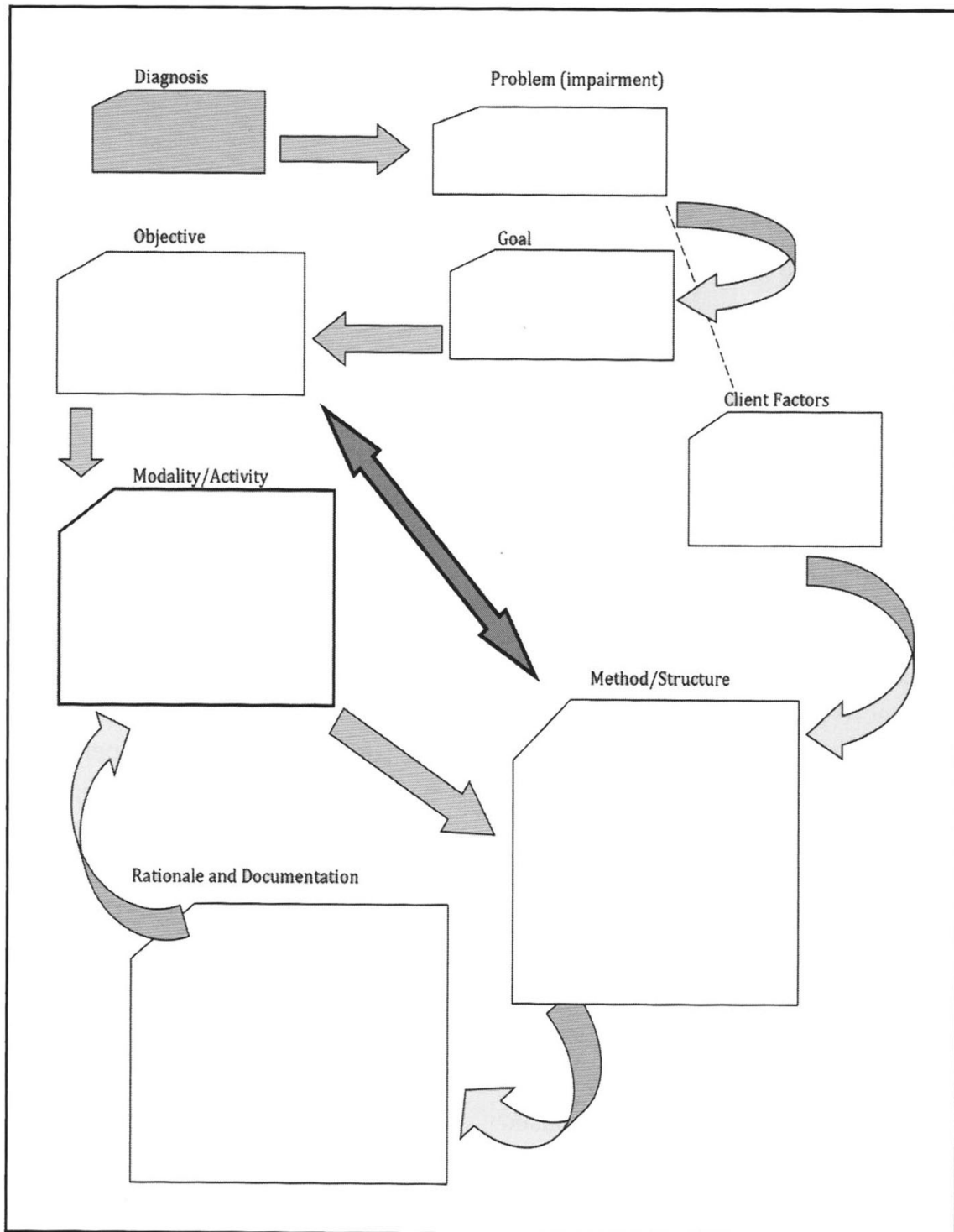


Figure 3-4. Flow chart for structuring an activity.

## 9.8 Příloha č. 8 – Kazuistika

**Věk:** 46 let (ročník 1975)

**Pohlaví:** žena

**Diagnóza:** Ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM s reziduální pravostrannou hemiparézou a těžkou fatickou poruchou.

**Pracoviště:** Klinika rehabilitačního lékařství

**Datum vyšetření:** 24. 11. 2021

**Datum vzniku onemocnění:** prosinec 2020

**Anamnéza** (čerpáno ze zdravotní dokumentace pacientky a doplněno rozhovorem s pacientkou)

**Nynější onemocnění:** Pacientka přijata ke čtyřtýdennímu půldennímu pobytu v denním stacionáři s cílem zlepšení fatických funkcí a senzomotorických schopností. Subarachnoidální krvácení ze 7.12. 2020, zdroj arteria cerebri media (dále ACM) Proveden clipping s reziduem a uzávěrem temporální větve ACM trombem, dekompresní kranioektomie. Následkem se objevuje neurologický deficit, který regreduje z globální afázie, a pravostranná hemiplegie.

### **Osobní anamnéza:**

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, neudává, že by v dětství nadměrně stonala.

Hypertenzní nemoc, polycystické ledviny, difúzní struma, užívá léky na ředění krve.

**Rodinná anamnéza:** Má sestru (55let) a dceru (25 let), obě zdravé, bez chronických nebo infekčních onemocnění, která by byla pro anamnézu relevantní.

**Sociální anamnéza:** Pacientka je vdaná, ve společné domácnosti žije ještě manžel, dcera a pacientčina matka. Pacientka pobírá invalidní důchod 3. stupně.

**Bytová situace:** Pacientka bydlí s manželem, matkou a dcerou v bytě v panelovém domě. Panelový dům se nachází v Praze na sídlišti. Ke vchodu do domu vede nově vybetonovaný chodník. Před vstupem do domu je nutné překonat tři schody. V blízkosti obydlí se nachází autobusová zastávka, supermarket, lékárna a pošta.

V bytě je samostatná koupelna a samostatná toaleta. V koupelně pacientka využívá sprchový kout bez madel a protiskluzových podložek. Madla i protiskluzné pomůcky chybí také na toaletě.

**Pracovní anamnéza:** Dřív byla zaměstnána ve skladu. Pracovala na počítači. Nyní v invalidním důchodu.

**Školní anamnéza:** Základní vzdělání

**Alergologická anamnéza:** negativní

**Farmakologická anamnéza:** controloc, eqilok, pirimil, agen

**Toxikologická anamnéza:** Kuřačka, pacientka kouří cca 10 cigaret za den. Pacientka pije denně 2 kávy.

Abusus alkoholu neguje, alkohol pije pouze příležitostně. Abusus léků neguje.

**Gynekologická anamnéza:** 1 fyziologický porod.

**Epidemiologická anamnéza:** Epidemiologická anamnéza negativní

**Denní režim:** Režim dne pravidelný, spánek pravidelný. Ráno vstane většinou okolo 7 hodiny, bere si léky. Poté provádí ranní hygienu. Snídá okolo 8 hodiny ráno. Po snídani zpravidla odpočívá, věnuje se domácím pracím. Nyní tráví dopoledne v denním stacionáři, kde se účastní individuálních nebo skupinových terapií. Obědvá zpravidla v poledne, v denním stacionáři se oběd podává o něco později, než je zvyklá. Odpoledne tráví čas v domácím prostředí s rodinou a kočkou, věnuje se sledování televize. Večeří okolo osmé hodiny večer, po večeři odpočívá, sleduje televizi a chystá se ke spánku. Chodí spát okolo 11 hodiny, usíná před půlnocí.

**Volnočasové aktivity:** Dříve se věnovala turistice a jízdě na kole. Během skupinových kreativních činností uvádí, že má zkušenosti s rukodělnými technikami. Nyní se ve volném čase věnuje odpočinku.

### **Ergoterapeutické vyšetření**

**Mobilita a lokomoce:** Pacientka se na lůžku zvládá samostatně přetočit na oba boky. Samostatně se posadí. Dopomoc není nutná ani při vstávání. Stoj stabilní, sed stabilní bez nutnosti opory zad.

Chůze v interiéru samostatná, možná i na delší vzdálenosti. Chůze v exteriéru samostatná i na delší vzdálenosti. Pacientka zvládá samostatně chůzi do schodů i ze schodů, přidržuje se zábradlí.

### **Vyšetření horních končetin:**

**Dominance:** pravačka

**Patologie:** pravá horní končetina

**Vzhled:** **PHK:** Bez patologického nálezu. Na horní končetině se nevyskytuje otok, jizvy nejsou přítomny.

**LHK:** Bez patologického nálezu

**Držení:** Pravá horní končetina většinu času spočívá v klidu podél těla, v mírném flexním držení. U pacientky se objevuje protrakce ramen.

### **Rozsah pohybu:**

**Pasivní rozsah pohybu PHK:** Plný rozsah ve všech kloubech obou horních končetin.

**Aktivní rozsah pohybu PHK:** Vyšetřeno orientačně pomocí funkčních rozsahů pohybu obou horních končetin.

Ruka za hlavu – 2, ruka na protilehlé rameno – 1, ruka na stejné rameno – 2, ruka na pusu – 2, ruka na kolena – 2, ruka za zády – 2

Hodnocení funkčního ROM: 0 = neprovede; 1 = provede neúplně; 2 = provede

Po absolvování čtyřtýdenního programu denního stacionáře: Hodnocení orientační, pacientka subjektivně pocítuje zlepšení hybnosti horní končetiny. Končetinu více zapojuje do činnosti, ale stále je nutné pacientce zapojování připomínat.

**Čítí:** Vyšetření bylo komplikováno fatickou poruchou

**Povrchové čítí LHK:** Normostezie všech kvalit povrchového čítí na levé horní končetině ve všech dermatomech.

**Hluboké čítí LKH:** Normostezie všech kvalit hlubokého čítí ve všech dermatomech na levé horní končetině.

**Povrchové čítí PHK:**

- Mírná hypestezie taktilního čítí na dorsální straně předloktí – pacientka dotek cítí, ale není schopna ho správně lokalizovat.
- Normostezie algického čítí ve všech dermatomech pravé horní končetiny.
- Normostezie termického čítí ve všech dermatomech pravé horní končetiny.

**Hluboké čítí PHK:**

- Normostezie polohocitu ve všech dermatomech na pravé horní končetině
- Normostezie pohybecitu ve všech dermatomech na pravé horní končetině
- Normostezie vibračního čítí ve všech dermatomech na pravé horní končetině

Po ukončení denního stacionáře objektivní zhoršení v rozeznávání ostrého a tupého dotyku.

**Svalová síla:** Vyšetřena orientačně stiskem ruky. Na pravé horní končetině svalová síla mírně snížena.

**Hodnocení dle modifikované verze Frenchay arm testu:** Pacientka v testu získala celkem 53 bodů ze 100 možných. Výkon v testu nejvíce limituje narušení jemné motoriky, porucha koordinace a snížená svalová síla stisku.

**Taxe:** Vyšetřena střídavými dotyky nosu se zavřenými očima. Taxe bez patologického nálezu.

**Diadochokinéza:** Diadochokinéza bez patologického nálezu.

**Úchopy:** Vyšetřeno pomocí kulového úchopu; válcového úchopu; tužkového úchopu; pinzetového úchopu; klíčového úchopu; nehtového úchopu a špetkového úchopu. Samostatně zvládá úchop: kulový, válcový a tužkový.

- Při pinzetovém úchopu mince si nejprve minci přisune na okraj stolu, poté ji zvedne s přidržením levou horní končetinou.
- Klíčový, nehtový a špetkový úchop jsou stále nejisté, pacientka předmět uchopí až při opakování pokusu.
- Během skupinového tvoření byl vyzkoušen také dynamický úchop nůžek a stříhání. Pro pacientku byla tato aktivita náročná. Bylo pro ni těžké nastavit pravou horní končetinu do otvorů nůžek. Nepodařilo se vyvinout dostatečnou potřebnou sílu na ustřížení archu papíru.

Při úchopech se pacientka v důsledku hemiparézy naučila využívat častěji levou horní končetinu. Pravou horní končetinu se samostatně snaží zapojovat. Pravá horní končetina se při zapojení do činnosti snadno unaví, pacientka si musí odpočinout, protáhnout si prsty a zápěstí.

**LHK:** Všechny fáze úchopu bez patologického nálezu.

**PHK: Přípravná fáze** – Pacientka správně zhodnotila podmínky, zohlednila hmotnost, rozměry uchopovaného předmětu.

**Přiblížení** – Objevuje se výrazná protrakce ramene. Pohyb při přiblížení k předmětu je koordinovaný a plynulý. Nevyskytuje se výrazné omezení v rozsahu pohybu.

**Fáze úchopu a manipulace** – Síla úchopu není dostatečná. Pacientka má problémy při uchopování papíru, neudrží papír pevně mezi prsty, není schopna jej roztrhnout. Objevuje se mírné zhoršení koordinace prstů.

**Fáze uvolnění** – Fáze rozevření je plynulá, bez patologického nálezu.

**Hodnocení úchopu dle Skóre vizuálního hodnocení funkčního úkolu ruky:** Celkem pacientka získala 17 bodů z celkových 20 bodů.

- a) Reaching: 4/5 dosažení s neadekvátním úchopem
- b) Příprava úchopu a úchop: 4/5 dorzální flexe, otevření dlaně a opozice palce nejsou dostatečné
- c) Manipulace: 4/5 provedena s nejistotou a inkoordinací
- d) Uvolnění: 5/5

**Kognitivní funkce:** Vyšetření kognitivních funkcí ztíženo výraznou expresivní fatickou poruchou.

Během vyšetření bylo pozorováno zhoršení pozornosti. Je ale možné, že bylo důsledkem nepochopení instrukcí. Pacientka je snadněji unavitelná, je třeba cvičení rozdělit na kratší časové úseky, prokládat pauzami. Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou a situací. Orientace hodnocena klasickými otázkami, pacientka při odpovědi vybírá z možností. Kognitivní výkon pacientky se dle psychologického vyšetření pohybuje v pásmu podprůměru, dominuje výrazná porucha fatických funkcí.

Kognitivní funkce hodnoceny pomocí Montrealského kognitivního testu. Pacientka v testu MoCA získala 18 bodů ze 30. Norma pro tento test je  $\geq 26$  bodů, pacientka se tedy nachází v pásmu výrazného podprůměru. Vyšetření je spíše orientační vzhledem k pacientčině expresivní afázii bylo nutné některé položky vyšetření modifikovat (pacientka místo říkání čísel řadila kartičky s čísly atd.)

- Nejvíce bodů získala pacientka v úkolech na zrakovou a konstrukční schopnost. Plný počet bodů získala pacientka v pojmenování zvířat – výběr ze 3 možností. Pacientka nezískala žádné body ve zkoušce paměti, důvodem je porucha exprese. Při výběru ze 3 možností si pacientka vzpomněla na 4 z 5 slov. Řeč ani vybavování slov nebylo možné v rámci testu hodnotit.

**Fatické funkce a porozumění:** Pacientka hovoří nonfluentně, plynulejší řeč se objevuje, pokud pacientka nad obsahem sdělení příliš nepřemýšlí. Pacientka má velké obtíže ve vybavnosti slov a v jejich expresi. Informační hodnota výpovědi je snížena. Pacientka je schopna zopakovat jednotlivá slova, výkon není stabilní. Opakování souvislých vět není možné. Pacientka má strach z komunikace, uvádí, že se do konverzací příliš nezapojuje. Má obavy z toho, že jí ostatní nepochopí.

Porozumění složitým instrukcím není stoprocentní. Pacientka rozumí jednoduchým slovním pokynům a porozumění je narušeno na úrovni vět. Pacientka se při porozumění orientuje podle klíčových slov, porozumění gramatickým strukturám je narušeno. Reakce na instrukce je nekonstantní.

**MAST cz** (převzato z logopedického a psychologického vyšetření):

1. Automatická řeč 2/10
2. Pojmenování 7/10
3. Opakování 6/10
4. Fluence při popisu fotografie 5/10
5. Psaní na diktát 0/10
6. Rozumění alternativním otázkám 18/20
7. Rozumění slovu – identifikace objektu 10/10
8. Rozumění mluvené instrukce 4/10
9. Rozumění čtené instrukce 4/10

**Index slovní produkce:** 20/50 (norma pro ZŠ/SSŠ vzdělání  $\geq 45$ )

**Index porozumění:** 36/50 (norma pro ZŠ/SSŠ vzdělání  $\geq 46$ )

**Celkový jazykový index:** 56/100 (norma pro ZŠ/SSŠ vzdělání  $\geq 93$ )

**Grafie:** Pacientka píše pravou horní končetinou, při psaní využívá nástavec na tužku. Písmo je roztřesené, pacientka používá pouze velká tiskací písmena. Písmo je čitelné. Pacientka napíše bez chyby vlastní jméno. Spontánně píše krátká slova s výraznými chybami, opis bez větších chyb.

**Lexie:** Pacientka čte jednotlivá slova, rozumí jim. Čtení vět neplynulé, nerozumí obsahu čteného textu.

**Psychosociální funkce:** Pacientka má plný náhled na vlastní situaci. Fórie – pacientka je spíše pesimistická, není schopná ocenit vlastní úspěch.

**Smysly, percepční funkce:** Problémy se zrakem korigovány brýlemi. Zhoršení sluchu pacientka neuvádí.

### **Soběstačnost:**

**pADL:** Soběstačnost byla hodnocena testem FIM. Celkem pacientka v testu FIM získala 100 bodů ze 126 možných.

- Celková průměrná hodnota pacientky byla 6 bodů
- Ve fyzických položkách pacientka získávala průměrně 6,5 bodů
- Ve psychosociálních položkách skórovala pacientka průměrně 4,6 bodů

**Příjem jídla:** Pacientka je soběstačná v příjmu potravy. Při jídle používá obě ruce, využívá příbor s rozšířenou rukojetí.

**Osobní hygiena:** Během terapie testováno, jak by se pacientka učesala pravou rukou – pacientka tuto činnost zvládá. Pacientka zvládá většinu úkonů spojených s osobní hygienou, dopomoc je nutná při střihání nehtů. Pacientka se snaží při činnostech z oblasti osobní hygieny zapojovat obě horní končetiny, stále převažuje aktivita levé.

**Koupání:** Koupání probíhá s dohledem manžela. Pacientka při koupání využívá sprchový kout. Dohled je nutný jak při samotném koupání, tak při přesunu do sprchového koutu.

**Oblékání:** Pacientka je samostatná v oblékání horní poloviny těla. Zná způsob, jakým obléknout tričko přes paretickou polovinu těla. Při oblékání dolní poloviny těla se objevují

komplikace. Pacientce dělá problém přetáhnout oblečení přes stehna. Boty a ponožky zvládá pacientka samostatně, zavazování tkaniček nezvládá.

**Použití WC:** Pacientka samostatně využívá toaletu, není nutná žádná dopomoc s očistou.

**Kontinence moči a stolice:** Pacientka je plně kontinentní.

#### **iADL:**

**Příprava jídla:** Pacientka se zapojuje do přípravy jídla. Pomáhá členům rodiny při vaření. Vaří pod dohledem dalších členů rodiny.

**Nakupování:** Pacientka se do nakupování nezapojuje, nákup zařizuje rodina.

**Transport:** Pacientka dříve řídila auto, nyní nemá řidičský průkaz. Pacientku do denního stacionáře vozí dcera nebo manžel. MHD samostatně nezkoušela.

**Komunikace:** Pacientka má mobilní telefon. V ovládání mobilního telefonu je samostatná, užívá ho zejména k telefonování.

**Péče o domácnost:** O domácnost pečuje převážně rodina. Pacientka se začíná zapojovat do drobných domácích prací – zametání.

**Péče o druhé:** Pacientka se postará o kočku – dá jí krmení, uklidí záchod.

**Léky:** Pacientka je plně soběstačná při užívání léků. Zvládne si je připravit a nadávkovat, na užívání léků nezapomíná.

**Finance:** Pacientka se nestará o správu financí.

**Po ukončení denního stacionáře kontrolní vyšetření pomocí testu FIM.** Pacientka získala 104 bodů.

- Celková průměrná hodnota pacientky byla 6,78 bodů
- Ve fyzických položkách pacientka získávala průměrně 6,23 bodů
- V psychosociálních položkách skórovala pacientka průměrně 4,6 bodů

**Kompenzační pomůcky:** Pacientka využívá při psaní nástavec na tužku. Při sebesycení využívá sadu příborů s rozšířenou rukojetí.

**Závěr z vyšetření:** Pacientka 46 let, po ischemické CMP, přijata do denního stacionáře na zkrácený půldenní pobyt. Pacientka přijata s cílem zlepšení fatických a senzomotorických funkcí.

**Soběstačnost:** Soběstačnost hodnocena testem FIM, celkem 100 bodů ze 126. Pacientka je plně soběstačná v několika položkách pADL: příjem potravy, osobní hygiena (dopomoc při stříhání nehtů), užití WC a kontinence. Pacientka je soběstačná v oblékání horní poloviny těla (správně využívá způsob oblékání s paretickou horní končetinou). Při oblékání dolní poloviny těla jí činí problém přetažení kalhot přes stehna, je nutná dopomoc. Pacientka zvládá samostatně obléknout boty a ponožky, nezvládá zavazování tkaniček. Koupání probíhá s dohledem manžela, dohled nutný při koupání i při přesunech. Pacientka využívá sprchový kout.

Pacientka se snaží dle svých možností zapojovat do činností z oblasti iADL, v řadě činností je ale stále nutná dopomoc rodiny. Pacientka je plně soběstačná v užívání léků, ve funkční komunikaci. Pacientka

se zapojuje do přípravy jídla, vaří pod dohledem. Pacientka se začíná zapojovat do péče o domácnost, vykonává drobné práce jako například zametání. Pacientka je samostatná v péči o domácího mazlíčka. Nakupování a správu financí zajišťuje rodina pacientky. Pacientka cestuje do denního stacionáře pomocí MHD s doprovodem člena rodiny, sama cestu nezkoušela.

**Sociální situace a prostředí pacienta:** Pacientka je nyní v invalidním důchodu (3. stupeň invalidního důchod), dříve pracovala ve skladu (práce na počítači). Pacientka je vdaná, sdílí domácnost s manželem, dcerou a svou matkou. Pacientka bydlí v panelovém domě. Před vstupem do domu je nutné překonat tři schody, které pacientka zvládá samostatně. V bytě je samostatná koupelna se sprchovým koutem a WC. V koupelně i na toaletě chybí protiskluzové pomůcky a madla.

**Kognitivní funkce a řeč orientačně:** Pacientka trpí expresivní afázií, hovoří nonfluentně, má velké obtíže s výbavností slov a jejich expresí. Pacientka je schopna zopakovat jednotlivá slova, opakování vět není možné. Pacientka má z komunikace strach, dialog neinicuje, do hovorů se příliš nezapojuje.

Pacientka je plně orientovaná osobou místem, časem i situací. Vyšetření kognitivních funkcí ukázalo zhoršení pozornosti a zvýšenou unavitelnost. Dle psychologického vyšetření se kognitivní výkon pacientky pohybuje v pásmu podprůměru, výsledky potvrdilo vyšetření pomocí MoCA testu, kde pacientka získala 18 bodů.

**Funkční hodnocení horní končetiny:** Patologie je vyjádřena na dominantní pravé horní končetině. Končetina je v mírném flexním držení, s protrakcí ramene. Ve všech kloubech horní končetiny je zachován plný rozsah pasivního pohybu. Aktivní pohyb dle orientačního vyšetření je zachován ve všech funkčních rozsazích. Na paretické horní končetině se vyskytuje normostézie všech kvalit cití, problematická je lokalizace taktilního podnětu. Svalová síla na pravé horní končetině je mírně snižena. V rámci vyšetření byla zařazena modifikovaná verze Frenchayského testu, v níž pacientka získala 53 bodů (limitující jsou porucha jemné motoriky, koordinace a snížená svalová síla). Taxe a diadochokinéza na obou horních končetinách je bez patologického nálezu. Pacientka samostatně zvládá úchop: kulový, válcový a tužkový. Patologie se při úchopu pravou horní končetinou projevuje ve fázi úchopu a manipulace s předmětem (snížená síla stisku, zhoršená koordinace prstů).

**Krátkodobé cíle terapeutické intervence:** Využitím tvořivých technik přispět ke zlepšení úchopových funkcí paretické horní končetiny – pinzetový úchop.

**Krátkodobý plán:** Začlenění dvou terapeutických jednotek s využitím kreativní techniky do rehabilitačního plánu pacientka. V rámci terapeutické intervence budou použity přístupy biomechanický – aktivní hybnost a protažení horních končetin; adaptační přístup – nácvik práce s adaptovanými nástroji, přístup ADL.

**Dlouhodobé cíle terapeutické intervence:** Po dokončení terapií v denním stacionáři pokračovat v komplexní rehabilitaci se zaměřením na nácvik úchopových funkcí paretické horní končetiny a nácviku fatických funkcí.

## **POPIS PRŮBĚHU TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY 1:**

**Datum:** 25. 11. 2021

**Délka trvání terapie:** 120 minut (10:00 – 12:00)

**Název kreativní techniky:** Vánoční přáníčka – technika papírová koláž



**Cíl terapie:** Návčik prstových úchopů – pinzetového úchopu, při trhání papíru. Návčik dynamického úchopu při práci s nůžkami.

**Průběh terapie:**

Pacientka přichází v dobré náladě. Ostatní členové skupiny jsou také dobře naladěni.

Pacientka činnost vykonávala v sedě u stolu, bez možnosti výškového nastavení – sed během terapie stabilní. Tvořivá činnost sestávala ze stříhání tvrdé čtvrtky, přehýbání čtvrtky papíru, trhání nebo stříhání notového papíru, lepení a dekorování.

Pro pacientku byly vzhledem k postižení dominantní horní končetiny během terapie náročné tyto komponenty tvořivé činnosti:

- **Stříhání:** Pacientka měla problém s úchopem nůžek, byla nutná dopomoc zdravé končetiny. Stříhání bylo nejisté, pacientku limitovala snížená svalová síla. Během terapie pacientka vyzkoušela několik druhů adaptovaných nůžek. Nejvíce se osvědčily nůžky se strunou, které vyžadovali při stisku nižší sílu, praktické byly také nůžky pro stříhání ve dvou (limitující byla dětská velikost nůžek).
- **Trhání papíru:** Tento krok činnosti byl pro pacientku náročný z důvodu snížení svalové síly a zhoršené schopnosti pinzetového úchopu. Stisk papíru paretickou končetinou nebyl dostatečný, při trhání pacientce papír z ruky vypadával. V tomto kroku činnosti byla nutná asistence druhé osoby – přidržení papíru.

Pacientka samostatně zvládala následující komponenty činnosti:

- **Lepení**
- **Zdobení - užití raznic na papír**

**Interakce s ostatními členy skupiny:** Pacientka během terapie s ostatními členy skupinky příliš neinteragovala. Komunikovala pouze s asistující terapeutkou.

**Průběh skupinové terapie:** Terapie proběhla klidně bez jakýchkoli komplikací. Pacienti interagovali a komunikovali převážně s terapeutkou. Interakce mezi pacienty vázla pro příští terapii je třeba podpořit atmosféru a komunikaci. Tři pacienti pracovali s asistencí studentek ergoterapie, jeden pacient pracoval v průběhu celé činnosti samostatně. Pacienti se do činnosti zapojili ochotně. Všichni pacienti do činnosti snažili zapojovat i postiženou horní končetinu.

## **TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA 2:**

**Datum:** 2. 12. 2021

**Délka trvání terapie:** 120 minut (10:00 – 12:00)

**Název kreativní techniky:** Svícen z vizovického těsta

**Cíl terapie:** Návčik prstového úchopu – pinzetového úchopu při odtrhávání kousků těsta a splétání copánků. Zvyšování svalové síly při krájení, válení a hnětení těsta.

**Průběh terapie:**

**Subjektivně:** Pacientka přichází v dobré náladě. Ostatní členové skupiny jsou také dobře naladěni.

Pacientka činnost vykonávala v sedě u stolu, bez možnosti výškového nastavení. V průběhu práce pacientka drží stabilní sed není nutná žádná podpora. Tvořivá činnost sestávala z hnětení, utrhávání a válení těsta, pletení copánku, vykrajování. Aktivita zahrnovala práci se štětcem, připojování jednotlivých dílků (lepení), zdobení pomocí koření. Pacienti měli na výběr ze tří různých typů svícňů. Předlohy k jednotlivým svícňům byly k dispozici.

Pacientka práci s vizovickým těstem znala z dětství, uvedla, že už s ním ale dlouho nepracovala. Pro pacientku byla tato kreativní činnost snazší než výroba přáníčka. Hmotu lépe uchopovala, nebyla nutná asistence při odtrhávání kousků těsta ani při práci s nástroji.

Pacientka neměla potíže s oddělováním těsta. Pracovala zapojovala obě horní končetiny. Těsto oddělovala pomocí příborového nože, který držela v paretické horní končetině. Také při válení těsta pacientka užívala obě horní končetiny. Na činnost potřebovala delší časový úsek, bez nutnosti asistence. Pacientka zvládla samostatně zaplést jednoduchý copánek ze dvou válečků, samostatně oba konce copánku spojila. Dopomoc byla nutná při přenášení výrobku na papírový talířek. Pacientka si vybrala svícen s vnitřní křížovou konstrukcí. Asistence byla nutná při připojování konstrukce na hotový věnec. Zdobení pacientka zvládla samostatně, vykrajovala ozdoby pomocí vykrajovátek na perníčky. Dopomoc byla poskytnuta jen při fixování jednotlivých ozdob.

**Interakce s ostatními členy skupiny:** Pacientka více komunikovala s ostatními členy skupiny, podávala jim potřebné nástroje a koření. Zapojovala se do debaty o přípravách na Vánoce a pečení. Pacientku v komunikaci limituje výrazná fatická porucha, pro kterou se hovorům spíše vyhýbá.

**Průběh skupinové terapie:** Terapie proběhla klidně, bez jakýchkoli komplikací. Atmosféru během skupinového tvoření podpořila reprodukováná hudba (vánoční koledy). Pacienti se aktivněji zapojovali do skupinových debat, komunikovali navzájem, podávali si nástroje. Tři pacienti využívali asistencí studentek ergoterapie, jeden pacient pracoval v průběhu celé činnosti samostatně. Pacienti se do činnosti zapojili ochotně, výsledkem tvoření je několik zdařilých výrobků. Všichni pacienti do činnosti zapojovali i postiženou horní končetinu.

Na závěr terapie se pacienti zapojili do subjektivního hodnocení proběhlých terapií. Byla jim předložena možnost odpovídat samostatně písemně, nebo ústně skupinově. Tři pacienti si vybrali ústní skupinovou odpověď, jejich odpovědi se proto velmi podobají. Čtvrtý pacient odpovídal písemně.

## 9.9 Příloha č. 9 – Zpětnovazebný dotazník

Děkuji, že jste se zapojil/a do terapie s využitím tvořivých činností. Ráda bych Vás požádala o jejich stručné hodnocení. Budu ráda, připojíte-li vlastní komentář.

### 1. Jaký je váš vztah k tvořivým činnostem:

- Dobrý, věnuji se jim pravidelně, jsem domácí kutil
- Výtvarné činnosti jsem se naposledy věnoval/a ve škole
- Výtvarnou činnost jsem nikdy neměl/a rád/a, nevěnuji se jí

### 2. Cítil/a jste se příjemně při terapii s využitím tvořivé činnosti?

- Ano, cítil/a jsem se příjemně
- Z tvoření jsem měl/a strach, nakonec mě práce bavila
- Práce mě stresovala, bál/a jsem se neúspěchu
- Nebavilo mě to, nezajímalo mě to
- Terapie pro mě byla nepříjemná

### 3. Máte pocit, že jste měl/a možnost procvičit si nemocnou horní končetinu během vyrábění?

### 4. Máte pocit, že jste měl/a možnost procvičit si při tvoření paměť, pozornost a jiné myšlenkové funkce?

### 5. Myslíte si, že takové výtvarné činnosti mají svá místo v rehabilitaci?

- Ano, člověk se může naučit něco nového
- Člověk se při práci pobaví a rozptýlí
- Je to vhodná vsuvka mezi náročným cvičením
- Myslím si, že takové činnosti mohou přispět k mému uzdravení (zlepšit hybnost ruky, procvičit paměť, zlepšit úchop a koordinaci)
- Ne. Čas, který jsem věnoval tvoření, bych radši věnoval jinému cvičení

### 6. Doporučil/a byste terapii i dalším pacientům?

## 9.10 Příloha č. 10 – Informovaný souhlas

### *Informovaný souhlas pacienta*

**Název bakalářské/diplomové práce (dále jen BP): Možnosti využití kreativních technik v ergoterapii**

#### **Stručná anotace BP:**

Ergoterapie bývá definována jako umění a věda pomáhající lidem prostřednictvím účasti na smysluplném zaměstnání znovu získat schopnost provádět každodenní aktivity, které jsou pro ně, jejich zdraví a spokojenost důležité a smysluplné (Bathje, 2012).

Tato definice zdůrazňuje propojení mezi uměním, tvořivostí a vědecky podloženými technikami v profesi ergoterapeuta.

Tématem mé bakalářské práce jsou kreativní techniky a jejich využití v ergoterapii. Kreativní a rukodělné techniky byly jako součást terapie různých skupin pacientů využívány už v dávné historii a také vznik ergoterapie je s jejich využíváním spojen. V souvislosti s vědeckotechnickým pokrokem a rozvojem průmyslu lze však pozorovat určitý odklon zájmu a výtvarné a pracovní činnosti bývají považovány za součást ergoterapie nespecifické, jejíž význam spočívá především v zaměstnávání mysli, odpoutání od negativních prožitků a myšlenek a v psychické harmonizaci.

Někteří odborníci ale poukazují na to, že prostřednictvím výtvarných činností lze zlepšit výkon pacienta i v jiných oblastech (hybnost horní končetiny, paměť, pozornost, úchopy, hrubá a jemná motorika) a zdůrazňují význam tvoření oproti repetitivnímu tréninku.

Ve své bakalářské práci se prostřednictvím dotazníkového šetření pokouším zmapovat, jak ergoterapeuti využívají ve své praxi výtvarné činnosti a tvoření. Táhá se zde na důvody, které je vedou k zařazení těchto technik nebo k jejich odmítnutí. Součástí praktické části práce je terapeutická jednotka s využitím tvořivých činností, které se můžete zúčastnit. Práce bude probíhat ve skupině a bude trvat 2 hodiny a budou pořizovány fotografie hotových výrobků.

Moje účast v terapii je zcela dobrovolná. Svůj názor na terapii mám možnost vyjádřit vyplněním hodnotícího dotazníku. V bakalářské práci nebudou údaje, podle kterých by bylo možné kohokoli identifikovat.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/podepsaná souhlasím s mou účastí v BP/DP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávní/svépřávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP/DP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP/DP.

- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP/DP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP/DP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP/DP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP/DP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum: 25. 11. 2021

Podpis pacienta:

Podpis autora BP:

## 9.11 Příloha č. 11 - Fotodokumentace skupinových terapií

Obrázek 4 Terapie 1 - Přáníčka technikou koláž



Obrázek 5 Terapie 2 - Svícen z vizovického těsta

