

2

2009

I n f o r m a č n í b u l l e t i n Č A E





Informační Bulletin ČAE

ISSN 1804-1558

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Albertov 7, Praha 2

Tel.: (+420) 733 226 725, (+420) 733 226 724

www.ergoterapie.cz

info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz

Zodpovědný redaktor: Bc. Jitka Štěpánková, DiS.

Redakční rada: Mgr. Jana Jelínková, Mgr. Kristýna Kölblová, Mgr. Monika Brunclíková, PaedDr. Eva Matějčíková

Grafická úprava: Pavel Cíndr

Česká asociace ergoterapeutů vydává 2x ročně informační bulletin, který informuje o novinkách v oboru, uvádí zprávy z jednání výboru ČAE a poskytuje informace o plánovaných i již proběhlých akcích, kurzech a seminářích.

E-mail pro zaslání Vašich příspěvků a připomínek: bulletin.cae@seznam.cz

Termíny uzávěrek v roce 2010:

30. dubna, 30. října a mimořádné číslo s rozšířenými abstrakty z celostátní konference

České asociace ergoterapeutů, 30. června.

Obsah

I. ÚVODNÍ SLOVO	3
II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE	4
III. INFORMACE Z COTEC	5
Výzva k revizi etického kodexu ergoterapeutů	5
Představení pracovní verze politického prohlášení COTEC: „Přispění ergoterapie k aktivnímu stárnutí, zdraví a pohodě seniorů žijících ve vlastní domácnosti“	6
IV. ODBORNÁ ČÁST	7
Ergoterapie a hipoterapie? ano!	7
Alena Hrubá, DiS.	
ABR aneb šance nejen pro děti s DMO	9
PhDr. Marie Koubová	
Středisko handicapovaných sportovců – Český ráj (SHS – ČR)	11
Ladislav Kratina	
První formy léčebné rehabilitace pacientů s těžkým poškozením mozku	14
Doc. MUDr. M. Lippertova–Grünerova PhD	
Slova jsou důležitá, aneb překlad terminologického slovníku	16
Bc. Jana Matochová	
Čtenářům bulletinu České asociace ergoterapeutů – informace o Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	18
Mgr. Jana Mikulková	
Nemoc motýlích křídel	19
Alice Salamonová, Dis	
Performance Assessment Capacity Testing (PACT)	22
Mgr. Tereza Šťastná	
Sebehodnocení pracovních schopností jako součást funkčního hodnocení pracovního potenciálu podle Isernhagen Work Systems	24
Tereza Šťastná	
V. ROZHOVOR: Česká ergoterapeutka v Saudské Arábii	30

I. ÚVODNÍ SLOVO

-

-

-

-

-

-

-

II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE

Zápis ze zasedání výboru ČAE dne 7. 11. 2009

Přítomní: J. Jelínková, T. Štátná, K. Kölblová, Z. Rodová, A. Jersáková

Omluveni: E. Matějčková, J. Štěpánková, L. Šajtarová, M. Kryski, O. Nováková, D. Koubková

Program zasedání:

1. Bulletin – Uzávěrka podzimního čísla Informačního Bulletinu ČAE byla 17. 11. 2009. ČAE se na základě souhlasu členů výkonného a rozšířeného výboru rozhodla nadále pro elektronickou podobu bulletinu. Finanční částku, kterou bychom potřebovali pro tištěné vydávání bulletinu, zatím nemáme k dispozici, práce na vypracovávání grantu pro bulletin byla po dohodě prozatím ukončena. Změní se obsazení v redakční radě. Kristýna Kölblová se rozhodla z pracovních důvodů ukončit své působení v redakční radě. V současné době složení redakční rady je: Jitka Štěpánková, Eva Matějčková, Jana Jelínková a Anna Jersáková.

2. Vzdělávací akce ČAE v roce 2010 – ČAE se bude zaměřovat na 1–2 vzdělávací akce za rok, a jednu celostátní konferenci. Na rok 2010 se bude připravovat kurz COPM. A-ONE (do tematického plánu vzdělávacích akcí na rok 2011 – nutno připravit grant – lektoři, letenky, ubytování, jídlo, tištěné materiály aj.), e-learningové kurzy – ČAE zatím nebude do tohoto projektu investovat.

3. Konference 2010 – Navrhovaný termín pro konání konference je pátek a sobota 4. – 5. 6. 2010. ČAE bude oslovovat zahraniční přednášející. Překlad bude zajištěn. ČAE se bude finančně podílet na pobytu přednášejících, kteří přijmou pozvání. Místo konání bude určeno dle cenových podmínek (FTVS v Praze, popř. opět Pedagogická fakulta UK v Praze). Téma konference zatím nebylo specifikováno. Součástí konference budou volby do výboru a rozšířeného výboru ČAE. Předpokládaná cena konference je 1000,- Kč/ 2 dny, 500,- Kč/ 1 den pro členy, studenty, 1.400,- Kč/ 2 dny, 700,- Kč/ 1 den pro nečleny (pátek odborné příspěvky, v sobotu zatím v plánu semináře či workshopy, závisí na zájmu přednášejících či lektorů semináře odborně zajistit, zatím v jednání). Bude omezený počet účastníků, kvůli plánovaným workshopům/seminářům.

4. Tvorba ergoterapeutických standardů – Téměř všechny nelékařské profese mají své standardy již vydané, MZ ČR o nich je již informováno. Oslovit potenciální odborníky

z praxe, kteří by na přípravě participovali. V jiných asociacích to probíhá formou pracovních skupin. Bylo by dobré je také vytvořit, ale je potřeba oslovit osobu, která bude mít na starosti vedení této skupiny a přípravu konceptu standardu pro rozpracování. Je potřeba, aby za to byli autoři honorováni, jde o poměrně náročnou činnost. Úkol pro stávající výbor ČAE.

5. Revize etického kodexu ČAE – výzva COTEC – ČAE by se měla připojit k revizi COTEC etických kodexů – vytvořit pracovní skupinu, Jana Jelínková se hlásí co by člen této skupiny. Zkusit oslovit i Janu Matochovou. Před časem upozornila na tuto aktivitu i Jitka Štěpánková, vytvořila koncept nového znění etického kodexu. Pracovní skupina, pokud vznikne, bude i s tímto konceptem pracovat. Úkol pro stávající výbor ČAE.

6. Spolupráce se zahraničím – COTEC, WFOT – Jana Jelínková je nucena z rodinných důvodů a četných povinností v ČAE přenechat své působení coby druhého delegáta za ČAE jiné osobě mimo výbor – návrh členů výboru: Bc. Jana Matochová, Bc. Katka Moravčíková. Důvodem je, že ČAE by se měla snažit podpořit svého delegáta a umožnit alespoň 1 osobě jednou za rok se jednání účastnit, čehož není v současné době stávající delegátka schopna. Jana Jelínková bude ráda spolupracovat s delegáty v případě jejich potřeby (např. vyplňování dotazníků pro COTEC apod.). Druhým delegátem za ČAE nadále zůstává Bc. Olga Nováková.

7. Další působení členů výboru a volby 2010 – Kristýna Kölblová rezignovala na funkci 1. viceprezidenta ČAE, zůstane v rozšířeném výboru (bude se podílet na jednotlivých dílčích úkolech). Anna Jersáková – zůstane ve funkci sekretáře, se sídlem mimo ČR. Tereza Štátná bude kandidovat do voleb 2010 – výkonný výbor – finance, pokladník. Stávající členové výkonného výboru svou kandidaturu zvažují.

8. Výroční zpráva za rok 2008 – Bude v nejbližších dnech umístěna na webu ČAE

9. Byla změněna cena reklamy na webu ČAE: měsíčně 500,- Kč, 3 měsíce 1.200,- Kč.

10. Čestní členové ČAE – k 7. 11. 2009 – zůstávají paní Navrátilová Lucia, Doc. Votava Jiří, Prof. Pfeiffer Jan.

Zpracovala Anna Jersáková, 28. 11. 2009



- rozeslat tento návrh k připomínkování všem členům ČAE,
- vzdělávat své členy v oblasti etické klinické úvahy,
- podporovat své členy v řešení etických dilemat.

Úkolem jednotlivých členů ČAE je:

- účastnit se tvorby Etického kodexu ergoterapeuta, poskytnout připomínky v rozeslaném návrhu ČAE,
- rozvíjet dovednosti etické klinické úvahy na základě Etického kodexu ve své každodenní praxi.

Představení pracovní verze politického prohlášení COTEC: „Přispění ergoterapie k aktivnímu stárnutí, zdraví a pohodě seniorů žijících ve vlastní domácnosti“

Současná situace

Všechny evropské země mají zkušenost se stárnutím populace. Struktura společnosti a rodiny se mění a s tím se mění i role osob vyššího věku. Díky většímu pohybu obyvatelstva např. za prací, rostoucímu počtu zaměstnaných žen, snížení porodnosti se stává sociální síť pro seniory více nepředvídatelnou a proto je nutná podpora ze strany komunity.

Individuální práva a antidiskriminační deklarace jsou jednou z vysoce prioritních oblastí zájmu OSN (Organizace spojených národů) a jsou sledovány i v legislativě všech evropských zemích. Zahrnují též práva osob vyššího věku na to vést bezpečný a smysluplný život.

Světová zdravotnická organizace ustavila tři pilíře jako základní potřebu pro aktivní stárnutí a kvalitu života osob vyššího věku:

- Participace: poskytovat vzdělání a příležitosti k celoživotnímu vzdělávání
- Zdraví: bránit a snižovat výskyt disability, chronických onemocnění a předčasné mortality
- Zabezpečení: zajistit ochranu, bezpečí a důstojnost osob vyššího věku adresováním jejich sociálních, ekonomických a fyzických práv a potřeb.

Upřednostňovaná budoucnost

Preferencí pro budoucnost je podporující společnost bez diskriminace osob vyššího věku, kde každý má možnost účastnit se sociálních a kulturních aktivit a má přístup do všech budov, k dopravě i ostatním zařízením a jeho byt je bez architektonických bariér. Cílem je společnost, kde lidé vyššího věku jsou autonomní, činí vlastní rozhodnutí a mají příležitost využívat své zkušenosti, zdroje a kreativitu.

Systém zdravotní péče by měl poskytovat široký výběr služeb osobám vyššího věku a zplnomocňovat je k činění

individuální volby. Zdravotní péče by se měl zaměřit na rehabilitaci a umožnit seniorům setrvat důstojně v jejich domácnostech tak dlouho, jak budou moci. Zdravotní péče se musí zaměřit na prevenci pádů, úrazů, snížení funkčních schopností a výskytu onemocnění.

Jak může ergoterapie přispět k dosažení těchto cílů

Ergoterapeuti pracují společně s osobami nebo skupinami osob, kteří mají poruchu tělesných struktur nebo funkcí z důvodu zdravotního stavu a kteří mají díky tomu sníženou možnost participace. Ergoterapeuti věří, že participaci je možné podpořit nebo naopak omezit vlivem fyzického, sociálního, postojového nebo legislativního prostředí. Proto je možné ergoterapii zaměřit na různé aspekty prostředí pro podporu participace.

Ergoterapeutické metody a strategie pro osoby vyššího věku:

- doporučit a přizpůsobit provádění smysluplných aktivit,
- hodnotit a zlepšovat funkční schopnosti (např. kognitivní funkce),
- udržet a zlepšovat provádění ADL,
- provádět prevenci pádů (např. prostřednictvím domácích návštěv),
- doporučit technické pomůcky, jak tzv. low-tech, tak high-tech (př. hodnotit potřebu vybavení technickými pomůckami a představit je jako část programu prevence),
- plánovat a realizovat bezbariérové bydlení (např. doporučit úpravy domácího prostředí pro snížení fyzických bariér a představit tzv. univerzální design v komunitním plánování),
- podporovat a spolupracovat s příbuznými klientů.

IV. ODBORNÁ ČÁST

Ergoterapie a hipoterapie? Ano!

Alena Hrubá, DiS.

Byla jsem požádána o spolupráci s Českou hiporehabilitační společností při založení klinické zájmové skupiny hipoterapie pro ergoterapeuty. V Čechách je hipoterapie prozatím doménou fyzioterapeutů, kdežto v ostatních zemích je počet fyzioterapeutů a ergoterapeutů vyrovnaný. Je to dáno také jiným náhledem a postavením ergoterapie v rehabilitaci. Proto bych se ráda rozdělila o své vědomosti a zkušenosti s hipoterapií a tak přilákala další kolegy k provozování této metody.

Hipoterapie začíná být stále více využívána jako léčebná rehabilitační metoda. Je všeobecně známo, že terapeut se specializací pro hipoterapii, musí mít zdravotnické vzdělání, rozsáhlé znalosti ve vývojové kineziologii člověka a také zkušenosti s koňmi. V hipoterapii nejčastěji potkáme fyzioterapeuty. Ergoterapeuty a logopedy zřídka. Přesto má ergoterapie i logopedie v hipoterapii své nezapustitelné místo.

A jak se tedy dá spojit **ergoterapie a hipoterapie**? Před tím, než zařadíme do komplexní léčby metodu hipoterapie, musíme klienta podrobně vyšetřit. Kromě poruch motoriky můžeme diagnostikovat poruchy senzomotorické a kognitivní, změněný svalový tonus (hyper/hypo), poruchy komunikace a další poruchy, které spolu souvisí. Ergoterapeut se musí zaměřit na klienta jako na celek, nejen na jeho pohybovou stránku (kterou však též nesmí opomenout). Porozumění sociálním, emočním a fyzickým potřebám a znalost, jak efektivně stimulovat tyto oblasti, zvýší účinnost hipoterapie.

V praxi ET se velice často setkáváme s termínem „poruchy senzomotoriky“. Senzomotorika je důležitá pro vývoj dovedností vyšších funkcí jako je praxe a koordinace. Dítě, polohované na krátkém koni je ovlivňováno rytmickým 3D pohybem, který stimuluje nejen pohyb, ale i pozornost, zrakovou orientaci, balanční reakce, posturální napřímení.

Jako ergoterapeut se dívám na dítě na koni při hipoterapii ještě z jiného úhlu pohledu. Při zmíněných senzomotorických poruchách (např. u DMO, autismu, ale i u syndromu ADHD), mívá dítě poruchy například taktilní, vestibulární, proprioceptivní, vizuální percepce, prostorové orientace a další. Terapie v tělocvičně či v jakékoli místnosti nám poskytuje omezené množství podnětů, kdežto hipoterapie jich nabízí široké spektrum.

Představte si příklad dítěte s DMO. Nemluví, nechodí, má změnu svalového napětí, zvládne maximálně sed

bez opory, má poruchu zraku a spoustu dalších včetně senzomotoriky. Při terapii má problémy uchopit hračku z důvodu poruchy senzitivity, přestože motoricky by byl úchop možný. Dále má výraznou salivaci a hlubokou mentální retardaci. V podstatě hned jakmile přijde do stájí, cítí specifickou vůni koní. Jakmile posadíte toto dítě na koně (po prvotním seznámení s prostředím, koněm atd.) dáte mu šanci „chodit“. Poprvé v životě! Upoutáte jeho pozornost, protože se nachází v neznámém prostředí a na něčem co se hýbe a není to člověk! Během jízdy na koni dostává rytmické impulzy, sedí obkročmo, cítí teplotu koně, cyklický pohyb, který plyne a opakuje se, stejně jako lidská chůze...

Rovněž je důležité a dobré umožnit dítěti pohladit koně, dát mu pamlsek, pomoci mu sáhnout na různé části těla koně – hřívá, uši, nozdry, krk, nohy. Dítě tím stimulujeme a ukazujeme mu jaký kůň je, že různé části těla mají jiný dotykový pocit. A zjistíte, že během terapie najednou neupadla ani jedna kapka slin! To se nikde jinde stát nemůže. Díky jízdě na koni dítě dostává konstantní taktilní a proprioceptivní podněty prostřednictvím fyzického kontaktu s koněm.

Děti, které mají problémy sociální, špatně si vytvářejí vztah, pouto k lidem (autismus), nebo poruchy chování, sníženou schopnost sebekontroly a sebeovládání, resp. závažné narušení pozornosti (ADHD), či kombinace těchto potíží, jsou také vhodnými kandidáty pro hipoterapii. I u nich můžeme najít poruchy senzomotoriky. Obtížně zvladatelné a nespolupracující děti během „klasické“ terapie (ergo, fyziio, logo, speciální pedagogika) jsou při hipoterapii jak vyměněné. Ze své praxe si vybavuji dívčinu (kombinované postižení ADHD, znaky autismu, poruchy chůze), která byla při pobytu v nemocnici velmi problematická. Jakmile se však ráno v den hipoterapie probudila, okamžitě spolupracovala a při hipoterapii samotné jsem nevěřila tomu, co mi o ní říkali kolegové. Poslouchala

na slovo, co jsme jí říkali. Jízda na koni se pro ni stala obrovskou motivací pro další práci i terapii, která pokračovala v nemocnici. Hipoterapie zde zafungovala jako hlavní impuls k terapeutické spolupráci.

Všichni máme stejný cíl, kterým je zlepšení celkového stavu klienta/dítěte. Tento cíl lze dále rozdělit do základních tří podskupin: senzorická a kognitivní stimulace a biomechanický cíl. Biomechanickým cílem může být zlepšení rovnováhy nebo snižování svalového tonu na dolních končetinách. Pokud zlepšíme rovnováhu a svalové napětí, může ergoterapeut stanovit další, navazující postupy – nácvik soběstačnosti oblékání/svlékání dolní poloviny těla. Bez rovnováhy a s vysokým svalovým napětím (spasticitou) má klient s touto činností potíže. Proto je náš zájem primárně biomechanický, sekundárně pak můžeme zařadit ADL.

Při hipoterapii je důležitá volba polohy, ve které klient stimulaci přijímá. Základním pravidlem při její volbě je respektování dosaženého vývojového stupně dítěte. Není-li schopno dítě samostatně sedět po směru jízdy, zvolíme polohu obličejem vzad. Může být opřeno o předloktí (se správně zacentrovaným ramenem), nebo se opírat o otevřené dlaně. Stává se, že v tělocvičně je dítě schopno udržet se v poloze na břišku s nataženými horními končetinami, opřenými o dlaně. Na koni (v pohybu a prostoru) je však pro něho tato poloha příliš náročná. Není to žádná pohroma, vrátit se o stupeň zpět a nechat dítě na loktech. I tato poloha dává dítěti potřebný stimul. Postupně dle jeho stavu a zlepšování můžeme zvyšovat nároky. Opačnou pozicí s oporou o dlaně normalizujeme svalové napětí horních končetin, požadujeme jejich protažení a přenesením váhy a opory na dlaně podporujeme jejich funkci, potřebnou při plazení nebo vstávání.

Sedí-li dítě obličejem ve směru jízdy, drží se většinou madel. Při této pozici můžeme (za předpokladu, že dítě má dostatečně vycvičenou rovnováhu a pevné posturální svalstvo) procvičovat horní končetiny a úchopy. Lze se postupně pouštět, nejdříve jednou rukou, pak druhou, zpočátku na krátkou chvíli, pak prodlužujeme čas „bez držení“, poté obě ruce najednou apod. Vzpažit, rozpažit, upažit, chytnout madla. Nejen že se procvičí HKK, ale protáhne se i trupové svalstvo, trup se napřímí, zvýšíte nároky na rovnováhu dítěte.

Tím, že se klient správně drží madel, podporujeme úchopový stereotyp. Jako dozování zátěže můžeme použít podávání míče, kroužků nebo menších předmětů, které dítě podává terapeutovi či asistentovi, nebo je přendává z jedné strany na druhou. Procvičíme úchopy, balanční reakce, stimulujeme plánování činnosti, protáhneme trupové svalstvo a zvýšíme zátěž a nároky na dítě. Využíváme hlazení hřívou. Můžeme upoutat pozornost dítěte různými objekty ve stáji (otáčí hlavu a trup), požádat ho o verbální instrukce o změně směru jízdy apod.

Během nasedání a sesedání u rampy lze napomáhat rozvoji kognitivních funkcí. Pokud je to v možnostech dítěte (fyzický stav, diagnóza), neposazujeme ho na koně pasivně, ale s jeho aktivní spoluprací. Slovně ho vedeme a dle potřeby poskytneme přiměřenou fyzickou podporu. Dítě si musí uvědomit svou tělesnou orientaci, pravo-levou, prostorovou, musí si naplánovat souslednost této činnosti (kde se chytit, která noha půjde dřív atd.). Stejně lze využít i nasazování, zapínání bezpečnostní helmy, atd.

Ze své zkušenosti mohu říci, že hipoterapie má své místo v ergoterapii. Je úžasné vidět a vést „své dítě“ (klienta) během běžné terapeutické hodiny a během hipoterapie. Vzniká úžasná interakce mezi terapeutem a dítětem, v průběhu které ovlivňuje jeden druhého. Dítě vás začne vnímat jinými očima, když jste s ním u koně. Nejste jen ten přísný terapeut, ale jste najednou člověk, který mu ukáže jiný svět, svět koní. Zkušenosti dítěte z hipoterapie často využívám během klasické terapeutické hodiny. Odměnou není jen dosažení stanoveného cíle, ale především úsměv dítěte a jeho nadšení pro koně.

Pokud máte zájem o hipoterapii, doporučuji Vám se stát členem České hiporehabilitační společnosti, kde získáte veškeré aktuální informace hipoterapii, vzdělání a praxi.

Alena Hrubá, DiS.

Diplomovaný Ergoterapeut
registrovaný člen ČAE a AOTA
aluskah@centrum.cz
www.chs.web2001.cz
www.hiporehabilitace-cr.cz

Vzdělání a zkušenosti: Střední zdravotnická škola J. E. Purkyně a Vyšší zdravotnická škola Most (2003), kurz Hipoterapie – SBAHC Rijád, KSA(2008); Paměť, terapie, diagnostika, rehabilitace, Praha (2006); Fyzioterapeutické a ergoterapeutické přístupy a metody využívané na Klinice RHB lékařství (2004)

Praxe: FN Motol, Praha – dospělá klientela (2003–2006), Sultan Bin Abdulaziz Humanitarian City, Rijád, Saudská Arábie (2007–nyní) – lůžkové oddělení dospělí, od září 2008 dětské lůžkové oddělení.

ABR aneb šance nejen pro děti s DMO

PhDr. Marie Koubová

ABR je zkratka anglického termínu Advanced Biomechanical Rehabilitation, což volně přeloženo do češtiny znamená pokročilá biomechanická rehabilitace. Protože se o této metodě v našich končinách mnoho neví a protože jsme měli možnost se na vlastní oči přesvědčit, jak tato rehabilitace vypadá a hlavně účinkuje, rozhodli jsme se vás s ní ve stručnosti seznámit.

Úvod

Většina lidí si myslí, že motorika dítěte s dětskou mozkovou obrnou (DMO) je špatná proto, že jeho mozek je příliš poškozený na to, aby byl schopen řídit normální pohyby. Dítě s DMO se považuje za nevyléčitelné, protože poškození mozku je nezvratné.

Podle ABR ale má i poškozený mozek dostatek plasticity (rezerv) na to, aby umožňoval normální motorické funkce. K aktivizaci těchto rezerv je ovšem nutné zlepšit kvalitu svalokosterního systému dítěte. Pokud se to nepodaří (a stávajícím metodám se to nedaří, i vzhledem k tomu, že to není jejich cílem), má poškozený mozek jen minimum dobré svalokosterní struktury, kterou může využít a nemůže tudíž využívat své rezervy k řízení motorických funkcí. Proto je podle metody ABR nutné zaměřit se nejprve na zlepšení svalokosterního systému.

ABR není technika, která by byla vytvořena v laboratoři. V podstatě imituje způsob, jakým se zcela přirozeně posilují vnitřní dýchací svaly u zdravého dítěte během prvního roku života.

V prvních měsících života, dříve než se začne rozvíjet hrubá motorika, dítě převážně leží buď na zádech nebo na břišku a v podstatě není schopno používat ani ruce ani nohy. Jeho tělo má navíc velmi specifické proporce – velký trup a krátké končetiny – a specifickou strukturu těla: měkkou ohebnou kostru s velkým podílem nezvápenatých chrupavek. Díky těmto proporcím většinu tělesné váhy dítěte musí unést hrudní koš (bez pomoci paží).

Protože kostra je ještě měkká, značnou část nutné opory místo kostry poskytují přímo vnitřní svaly dýchací soustavy. Aktivním dýcháním tak dítě významně tyto svaly posiluje (protože svaly musí pracovat non stop – i při výdechu, překonávat hmotnost těla a proti odporu rozšiřovat hrudník). Jinak řečeno, během prvních 3–4 měsíců musí dítě při dýchání překonávat svoji vlastní hmotnost 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Jen hrubým odhadem tak dojdeme k závěru, že zdravé dítě má zhruba 4–5 tisíc hodin na to, aby se mu správně vyvinuly interní struktury (zejména hladké svalstvo), a získalo tak dostatek síly a stability, aby mohlo ovládat ruce a nohy. Tato schopnost (ovládat ruce a nohy) přichází poté, co je završen správný vývoj základ-

ní struktury a přináší s sebou obrovský rozvoj mobility a motorických dovedností (od 7.–8. měsíce věku).

Dítě s poškozením mozku tuto přirozenou výhodu nemá. Dýchací svaly jsou podstatně slabší než svaly zdravého dítěte a nejsou dostatečně silné na to, aby při dýchání překonávaly hmotnost dítěte. Dítěti s DMO tak zbývá jediné – nadměrně používat bránici a používat tzv. paradoxní dýchání (při vdechu se břicho vydouvá ven a spodní žebra se roztahují do stran), které je typické pro všechny děti s DMO. Následkem toho si dítě s DMO nevytvoří zdravé jádro hladkých svalů v dutině hrudní a břišní a není si pak schopno poradit s rostoucími končetinami. S přibývajícím věkem je nerovnováha mezi slabým trupem a rostoucími končetinami stále výraznější, případně vede k úplné deformaci svalokosterního systému a ke spasticitě, ztuhlosti a zkrácení svalů.

Metoda ABR se proto pokouší napodobit výše uvedený vývoj a posilování hladkých svalů, k jakému normálně dochází u zdravého dítěte – a to bez ohledu na věk nebo vážnost stavu dítěte, a vyvinula si k tomu neobvyklou techniku, o níž se zmíníme dále.

Svalokosterní systém podle ABR

U osob postižených dětskou mozkovou obrnou nebo jiným podobným onemocněním, které ovlivňuje funkci svalokosterního systému, je, jak už bylo řečeno, narušeno mnohem více než jen mobilita končetin. Značně oslaben je rovněž celý systém pojivových tkání, což znamená, že základní části těla jako je trup, šíje nebo břicho mají menší proporce i relativní objem. Slabost těchto základních struktur se pak přímo projevuje nedostatečnou funkcí končetin.

Následkem oslabení vnitřních měkkých tkání dochází ke změně relativního postavení kostí a kloubů. Za normálních okolností by kosti a klouby měly dětem poskytnout vnitřní podporu a strukturu. Pokud ale dojde ke změně jejich postavení, mění se i poloha odpovídajících svalů a nervů ke kostře připojených. Výsledkem jsou nezbytně svaly, které nemohou fungovat tak, jak mají. Výrazná svalová nerovnováha brání vzniku nebo udržení správné stavby těla a centrální nervová soustava nedokáže svaly správně řídit.

Pokud se snažíme učit takto postižené dítě lézt nebo chodit, neposkytuje mu vnitřní pojivová tkáň, která je odpovědná za správné držení těla a postavení jednotlivých částí těla, potřebnou oporu a její úlohu musejí přebírat některé svalové skupiny. Protože ale tyto svalové skupiny nejsou pro tuto úlohu určeny, rychle se unaví a v dlouhodobém výhledu se stávají spastickými

Metoda ABR je založena na objevu, že funkce a struktura svalokosterního systému závisí na formě a struktuře vnitřních orgánů, zejména na tonusu hladkých svalů vnitřních orgánů, které:

- přímo ovlivňují kvalitu celkového metabolismu: regulují správné dýchání, polykání, trávení, vyprazdňování apod. a jsou odpovědné za celkové zdraví dítěte
- ABR nazývá hydraulickou kostrou lidského těla, jež poskytuje nezbytnou „hydraulickou“ oporu povrchovým strukturám „klasického“ svalokosterního systému (svalů, kostí, šlach atd.). ABR tvrdí, že „hydraulická“ kostra určuje proporce a napojení kostry z kostí a kvalitu kosterního svalstva.

Účinky ABR

Metoda ABR umožňuje postupnou regeneraci biomechanického stavu vnitřních orgánů, čímž se současně přebudovává systém pojivových tkání a dochází k restrukturalizaci základních systémů lidského těla. Jak se upravuje hydrostatický tlak těla, rozšiřují se hlavní tělesné dutiny. Dochází k viditelnému rozšíření hrudníku a pánve. Upravují se kloubní pouzdra, normalizuje se postavení končetin a obnovuje se volnost pohybu.

Současně dochází ke zlepšení tělesných funkcí – dýchání, trávení i spaní, následované zlepšením kognitivních schopností, zlepšuje se řeč i motorické funkce a dovednosti.

Při aplikaci metody se nepodávají žádné léky, nepoužívají se žádné elektrické přístroje a neprovádějí se žádné chirurgické zákroky. Je to čistě manuální technika využívající biomechanické principy. Výhodou této metody je, že umožňuje dosahovat plánovaného zlepšování svalokosterního systému a funkcí, které probíhá v předpověditelných fázích. Výsledky lze odvozovat od počtu hodin věnovaných cvičení a změn v postavení, mobilitě, velikosti, tonusu a síle dětského těla, zejména v oblasti hrudníku, břicha a pánve.

Technika ABR

Při aplikaci metody se postupuje směrem od šije k trupu a končetinám se věnuje pozornost až na konci procesu (stejně probíhá normální motorický vývoj u zdravého dítěte). Metoda je založena na opakované aplikaci tlaku, při němž dochází k mírné deformaci stávajících měkkých tkání. Tělo na tento stimul reaguje tím, že oblasti, na něž je tlak vyvíjen, regeneruje a přetváří.

Při cvičení je dítě pouze pasivním příjemcem, samo žádné cvičení neprovádí. Důvod je nasnadě – hladké svaly nelze ovlivnit vůlí a dítě je tedy nemůže cíleně procvičovat. Cvičení proto provádí rodič, tělo dítěte pouze přijímá kinetickou energii, kterou vyvíjí ruka rodiče. Způsob, jakým je tlak vyvíjen, vyvolává automatickou reakci hladkých svalů a postupně je posiluje (je to stejný způsob, jakým hladké svaly posiluje zdravé dítě, když při dýchání překonává hmotnost svého těla).

Tlak, který rodič rukou vyvíjí, se na tělo dítěte přenáší pomocí měkkého vzduchového polštáře. Bez tohoto polštáře by tlak vyvolal pouze pružnou odezvu vnějších svalů a kostí (asi jako když hodíte míčem o zem). Pokud se ale mezi ruku a tělo dítěte umístí „vzduchový polštář“, dochází k přenosu kinetické energie do hlubších vrstev těla. Je-li zvolen správný tvar vzduchového polštáře a tlak je vyvíjen velmi pomalu (je to takzvaný kvazi statický pohyb, který není okem rozpoznatelný), nedochází překvapivě k absorpci kinetické energie, ale k jejímu přenosu do hlubších vrstev vnitřních hladkých svalů, kde napomáhá jejich posilování. Bylo zjištěno, že neefektivnějším tvarem pro tyto účely je tvar „pneumatické čočky – pneumatic lens“ (ostatně tento tvar lidstvo využívá k „zesilování“ v řadě jiných oblastí – vezměte si třeba megafon zesilující zvuk). Kromě správného tvaru je pro úspěch aplikace důležitá i forma a hustota materiálu, z něhož je čočka vytvořena. Po experimentech s nejrůznějšími houbami a pěnovými materiály se ukázal překvapivě jako nejvhodnější materiál měkký froté ručník s hustým dlouhým vlasem. Ručníky rovněž umožňují tvorbu čočky přesně podle rozměrů konkrétního dítěte a oblasti, na niž se působí – viz obr.

Zdroj: www.abr-denmark.com

Pro koho je etoda ABR určena

Největší skupinu pacientů patří děti s DMO a poškozením mozku, kromě toho ji mohou využívat děti i dospělí s Downovým syndromem, Rettovým syndromem, poškozením páteře, osoby po náhlé příhodě mozkové, osoby trpící mikrocefalií, předčasně narozené děti, osoby s poruchami vývoje či pohybovými problémy.

Kromě těchto hlavních oblastí má ABR i širší využití, zejména ke zlepšení celkového zdravotního stavu (dá se použít například k urychlení odeznění zánětů horních cest dýchacích, kašle apod., ke zlepšení funkcí např. dýchací a trávicí soustavy – ostatně to vyplývá i z výše uvedeného popisu). V neposlední řadě je to i metoda, která přináší velice příjemné pocity, uvolnění, relaxaci a rehabilitaci i pro jinak zdravé lidi.

První seminář o metodě ABR v ČR proběhl v polovině září v Telči pod vedením lektorů dánské pobočky ABR,

kteří účastníky seznámili se základními principy metody a technikami, které si během praktické části mohli účastníci také vyzkoušet. Další seminář proběhne pravděpodobně v březnu příštího roku.

Nejbližší diagnostické centrum ABR je pro české a slovenské zájemce v Rakousku. Bližší informace o metodě i nabízených službách najdete na: <http://www.abr-denmark.com>, informace o semináři tamtéž nebo v redakci.

Středisko handicapovaných sportovců – Český ráj (SHS – ČR)

Ladislav Kratina

Napsat článek o sportovním středisku do bulletinu ČAE je výzva. Dovolte, abych vám nejdříve tento projekt představil a teprve na závěr se pokusím vysvětlit proč doufám, že by také vás ergoterapeuty mohl zaujmout i profesně...

O projektu

Záměrem našeho občanského sdružení o.s. „Sportem proti bariérám – Český Ráj“ je vybudování sportovního střediska pro handicapované, denního a školícího centra a zázemí pro další aktivity sdružení. Pozemek střediska, který máme v bezplatném pronájmu s příslibem bezúplatného převodu, je ve sportovní zóně Nové Paky. Z jedné strany tohoto pozemku je rybník, který bude (nyní se odbahňuje) vhodný ke koupání a z druhé strany je fotbalové hřiště, zimní stadion, sjezdovka, tenisové kurty, bowling a atletický stadion.

1. Sportovní středisko pro handicapované

Sportovní středisko bude tvořit sportovní hala a ubytovací a stravovací zázemí. Bude určeno pro pořádání republikových i mezinárodních závodů a k přípravě vrcholových sportovců (tréninky, soustředění,...) z celé České republiky. Dále bude toto středisko sloužit pro sportovně zaměřené pobytové akce (sociálně rehabilitační, rekondiční a rekreační) všem sdružením věnujícím se lidem s handicapem. Vzhledem k umístění střediska (všechna sportoviště jsou v dosahu jednoho kilometru) a faktu, že jsou ostatní sportoviště úplně či téměř (začali jsme již jednat s provozovateli o odstranění i těchto drobných bariér) bezbariérové, bude zde možnost i „nehalových“ sportů. Sportovní jednoty a samotní sportovci se kterými podobu střediska nyní konzultujeme, se orientují na: quadrugby,

basketbal, stolní tenis, bocciu, florbal, závěsný kuželník, lukostřelbu, tenis, bedbinton, atletiku, goalball,...

Sportovní víceúčelová hala

Tato hala bude splňovat potřebné parametry (37x56 m, výška v nejvyšším bodě 12 m) pro všechny halové sporty. Nejen pro jejich trénink, ale též pro možnost pořádání i mezinárodních turnajů. Jednoduchým mechanismem bude možno tuto halu rozdělit do tří samostatných tělocvičen, které budou moci v případě potřeby v jednom okamžiku využívat tři různé organizace.

Ubytovací a stravovací zázemí

Ubytování hotelového typu – přestože je projekt stavebně rozdělen do tří etap, chceme se ho pokusit prosadit vcelku. To znamená, že by naráz vniklo cca 80 dvoulůžkových pokojů s přistýlkou. Každý pokoj by měl své bezbariérové soc. zařízení.

Stravování – bude zabezpečeno výdejem (dováženého) teplého jídla a přípravou studených pokrmů. Jídelna zde bude řešena tak, aby sloužila i k večernímu posezení.

Cílová skupina

Lidé se všemi druhy handicapů (fyzické, smyslové i mentální postižení) a senioři.

Opodstatnění

Takovéto středisko v České republice není. Zájemci o sport musí bojovat se špatným a často i nedůstojným zázemím.

To, že většinou trénují v nevyhovujících podmínkách i termínech, a že těžko shánějí potřebnou asistenci je způsobeno především tím, že jsou často odkázáni do role „prosebníků“. Asistence v částečně bariérovém prostředí je daleko náročnější a tudíž i nákladnější. Pro mnoho handicapovaných lidí je nedostatečná bezbariérovost sportovišť a potřebného zázemí natolik zásadní, že se raději za těchto podmínek sportovních akcí neúčastní. Situace, kdy jsou například nuceni trávit celý den na vozíku (ubytování je na druhé straně města) bez možnosti regenerace na lůžku, v hale s bariérovým soc. zařízením je pro mnohé lidi se zdravotními komplikacemi nepřekonatelný problém.

2. Denní a školící centrum + rehabilitace

Společenská místnost – ústřední místnost denního centra s dostatečným prostorem na skupinová cvičení na žíněnkách a na míčích.

Prostornější cvičná kuchyň – vybavená kompenzačními pomůckami, kde by mohli současně vařit minimálně 3 vozíčkáři + pomocníci.

Ergoterapeutické a chráněné dílny – budou spojené a budou sloužit jak našim zaměstnancům, tak návštěvníkům denního centra, kteří by se zde seznamovali s ručními pracemi.

Odpočinkový pokoj – 2 lůžka, sloužící nejen k odpočinku, ale též k nácvikům soběstačnosti a hygieně na lůžku.

Přednáškový sál – bude sloužit k besedám, školení trenérů, asistentů a dobrovolníků, zaměstnaneckým schůzkám a „workshopům“... Zároveň to bude učebna vybavená PC + kancelářskou technikou pro rekvalifikační i jiné kurzy. Ve večerních hodinách bude též k dispozici ubytovaným sportovcům – přístup na internet.

Rehabilitace

O konečné podobě rehabilitace zatím vedeme diskuse. Nabídka musí být dostatečně atraktivní pro zahraniční zájemce (uvažujeme i o kryokomoře, atd.) o využití střeška, kteří by pomohli jeho větší obsazenosti, přičemž by cena rehabilitace měla být přijatelná pro naše zájemce. Rehabilitace nesmí zatížit provozní náklady celého střeška = musí být finančně soběstačná.

3. Zázemí pro další aktivity sdružení

Kanceláře – soc. poradenství, osobní asistence, dobrovolnictví, sport. aktivity, administrativa, účetnictví, fundraising, personalistika

Sklady – na sportovní a kompenzační pomůcky, výrobky chráněných dílen,

Dílna – výroba, úpravy a oprava sportovních a kompenzačních pomůcek

Ubytování pro zaměstnance – byt pro správce celého objektu.

Závěrem

Motivem k tomu, abych začal pracovat na tomto projektu, nebyl SPORT jako cíl, ale SPORT jako prostředek a cesta k aktivnímu životu. V naší republice nemají handicapovaní zájemci o sport příliš dobré podmínky a mnohé z nás, tyto různé překážky hned na začátku, odradí. Ke sportu se tak dostanou jen ti, kteří mají více štěstí, lepší zázemí, anebo ti, kteří mají silnou vůli a odhodlání.

Bohužel největším handicapem všech lidí je právě jejich vůle. Po mnoha letech práce s vozíčkáři, jsem došel k poznání, že základem k rozvoji každého jedince je především jeho vlastní touha, a největší překážkou pak, její absence. Sport může být, a u mnohých handicapovaných

opravdu je, tou prvotní motivací začít něco dělat. Objevování svých fyzických a mnohdy i psychických možností přirozeně a nenásilně formou hry a soutěžením, pravidelným tréninkem se více a více aktivněji podílet na svém rozvoji – i toto je SPORT.

Handicapovaní lidé mají své specifické potřeby a proto též potřebují speciální přístup a podmínky. Když se podaří jim toto poskytnout, pak se dějí „zázraky“: z očí lidí mizí rezignace a lhostejnost a objevuje se v nich vlastní vůle a zájem. Na tomto projektu, krom dalších ochotných lidí, spolupracujeme čtyři paralympionici: David Drahonínský (zlato – lukostřelba), Honza Vaněk (bronz – atletika), Ladislav Kratina a Radek Procházka (bronz v párech – boccia). Chceme být pro další handicapované příkladem toho, kam až se dá nejen ve sportu, ale též v pracovním,

společenském a osobním životě i přes nepříznivý začátek „dojít“. Chceme vybudovat středisko, kde se i lidé s nejtěžším handicapem budou moci rozvíjet. Chceme v Nové Pace vytvořit malou „kopii olympijské vesničky“, kde jsme byli obklopeni lidmi, kteří nevzbuzovali soucit, ale mohli být pro ostatní příkladem toho, jak aktivně se dá život žít.

Chceme tímto projektem ukázat, že je lepší podporovat snahu o aktivní život, než pasivní přijímání pomoci. Sport je dobrým a velmi silným činitelem nejen ve fyzické, ale též v sociální a společenské rehabilitaci všech jakýmkoliv způsobem handicapovaných lidí.

Více informací o projektu naleznete na www.shs-cr.cz

První formy léčebné rehabilitace pacientů s těžkým poškozením mozku

Doc. MUDr. M. Lippertová-Grünerová PhD.

*Klinika Rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze, Albertov 7, 12800 Praha 2
marcela.lippert-gruener@uk-koeln.de*

Většina neurologických onemocnění zanechává dlouhodobé nebo trvalé následky (disability) různého rozsahu. Pacienti s těžkým, dříve smrtelným poškozením mozku, často přežijí, ale s těžkým funkčním postižením. Z etických a zdravotně-politických důvodů je základním požadavkem, aby tito pacienti dosáhli po ukončení akutní lékařské péče co nejlepší kvalitu života a optimální soběstačnost, která by jim umožnila, dle možností, najít opět svoje místo ve společnosti.

Kvalita života těchto pacientů závisí po ukončení intenzivní lékařské péče, zejména na rychlém zahájení neurologické rehabilitace, která pacienta s kontinuitou doprovází od fáze akutní hospitalizace, lůžkové a ambulantní rehabilitace (event. denního rehabilitačního stacionáře) až k sociálnímu, rodinnému a pracovnímu (event. zařazení do systému vzdělávání) zařazení. První formy léčebné a ošetrovateľské rehabilitace obsahují vedle medikamentózní léčby správné polohování, rychlou mobilizaci, prevenci kontraktur, pneumonií, dekubitů a trombóz, také terapii inkontinence a poruch polykání.

Úvod

Paleta neurologických deficitů a jejich závažnost je velice široká a vyžaduje velice individuální a komplexní odborný přístup. Včasná neurologická rehabilitace, která by měla začínat již na neurologické nebo neurochirurgické intenzivní stanici (ARO, JIP), je integrovanou součástí terapie a doprovází pacienta již od akutní fáze onemocnění. Cíle jsou podpora a rozvinutí spontánního uzdravení, zmenšení ranných a pozdních komplikací, intenzivní využití schopnosti regenerace a zbývající mozkové plasticity. Terapeutický program se orientuje v první řadě na stávající deficit, s ohledem na možnost aktuální osobní zátěže. První formy léčebné a ošetrovateľské rehabilitace obsahují vedle medikamentózní léčby správné polohování, rychlou mobilizaci, prevenci kontraktur, pneumonií, dekubitů a trombóz, také terapii inkontinence a poruch polykání.

V mnoha případech je započatí této včasné rehabilitační terapie možné již druhý nebo třetí den po akutním onemocnění, zejména s ohledem na normalizaci intrakraniálního mozkového tlaku a alespoň základní stabilizaci kardiopulmonálních funkcí.

Terapeutické polohování

K nejdůležitějším terapeutickým krokům patří v této rané fázi, ve které je pacient ještě v bezvědomí, nebo má těžkou poruchu vědomí, správné polohování, které slouží nejen k omezení vzniku dekubitů a pneumonie, ale též přispívá k normalizaci svalového tonu a tím zamezuje vzniku kontraktur.

U pacientů s těžkým poraněním mozku vyžaduje správné polohování, s ohledem na neurologický deficit, frekvenci každé 3–4 hodiny (obr. 1), u pacientů s transversálním postižením míchy každé 2 hodiny. Správné polohování, je terapie sice zdánlivě jednoduchá, ale při znalosti stavu a zejména deficitu pacienta, patří v této rané fázi k nejvíce efektivním.

Obr. 1: Správné polohování je prováděno s ohledem na neurologický deficit každé 3–4 hodiny.

Zvláště u pacientů se spasticitou patří vznik kontraktur k nejčastějším a nejtěžším komplikacím, které pokud budou přehlédnuty, mají pro další vývoj pacienta osudové následky, jelikož jejich vznik a manifestace v případě

zanedbání mohou proběhnout velice rychle, v mnoha případech již během několika týdnů. Když poté pacient dosáhne zlepšení, celý vývoj rehabilitace se o týdny, někdy i o měsíce, prodlužuje a výslední efekt se zhoršuje.

Pasivní cvičení končetin

Je samozřejmé, že správné polohování musí být v těchto případech doprovázeno fyzioterapií, která spočívá ze začátku hlavně v pasivním cvičení končetin (obr. 2). Častokrát tato terapie potřebuje také podporu antispastické medikamentace (Lioresal, Sirdalud etc.) orální cestou, nebo též lokální aplikaci Botulinumtoxinu, v těžkých případech již i ranou implantaci baclofenové pumpy.

Obr. 2: Pasivní cvičení končetin udržuje fyziologický rozsah pohyblivosti kloubu.

I když se tyto invazivní postupy zdají velmi zatěžující, je jejich účinnost velmi vysoká a pokud budou použity až se zpožděním týdnů nebo měsíců, jejich efekt, po manifestaci kontraktur, nebude uspokojující. V dnešní době, která tuto velmi efektivní antispastickou terapii umožňuje, by klinické obrazy těžkých kontraktur horních i dolních končetin jak jsou ukázané na obrázku 3 a 4 u 46leté pacientky

po těžkém poškození mozku, neměly být již nikdy vidány. V tomto těžkém případě, bylo pro efektivní terapii již pozdě, jelikož spastický tonus přešel v pevné kontraktury. Jedinou pomocí v těchto případech je operativní intervence, která je ale často spojena s těžkými, někdy i vitálními komplikacemi.

Obr. 4: Těžké kontraktury horních končetin

Vertikalizace a mobilizace

Vedle možnosti terapeutického polohování je dalším cílem rané rehabilitace, raná mobilizace pacientů, která je prováděna postupně, pomocí „vertikalizačních lehátek“, ve kterých se nutná vertikalizace provádí postupně pod přísnou kontrolou kardiopulmonálních parametrů. Tato vertikalizace slouží jednak jako kardiiovaskulární trénink, ale také jako prevence před vývojem kontraktur (hlavně v oblasti

Obr. 3: Těžké kontraktury dolních končetin

Obr. 9: Vertikalizace a mobilizace se provádí postupně pod přísnou kontrolou kardiopulmonálních parametrů

dolních končetin) a bronchopneumonie. Právě v případech recidivujících pulmonálních zánětů je vertikalizace v rámci prevence velice účinná. Hlavním důvodem vertikalizace je ale zejména aktivace pacienta s cílem zlepšení poruchy vědomí. Jak je známo je toto zlepšení možné právě přes aktivaci systému ARAS, který se nachází ve formatio reticularis.

Závěr

Zlepšení vědomí je vedle započetí terapie s cílem prevence komplikací (převážně terapii pasivní) vůbec nejdůležitějším terapeutickým krokem, ale také nejtěžším v rámci celé neurologické rehabilitace. Podaří-li se zlepšení vědomí v rámci rehabilitace docílit, můžeme rozvíjet celou komplexní síť terapie, od pasivních forem přes asistenční a nakonec aktivní formy poté co pacient nabyl vědomí a je schopen spolupráce. Pokud se zlepšení vědomí nepodaří docílit, zůstává pacient v takzvaném vegetativním stavu mnoho týdnů, měsíců i roků se stále se zhoršující prognózou. Schopnost rehabilitace těchto pacientů s těžkým omezením vědomí byla po řadu let neustále diskutována a teprve před několika lety prokázána a zavedena. Ještě v osmdesátých letech bylo často o tomto problému hovořeno ve formě, že tito pacienti nejsou rehabilitace schopni a čekalo se s započetím rehabilitace až po nástupu spontánní remise, až poté, kdy pacienti byli schopni spolupráce. Dnes je jasné, že převážná část těchto pacientů bez možnosti rehabilitace, vyžadovanou formu kooperace nikdy nedosáhne. Patří k zásluhám moderní včasné rehabilitace, která dokázala svoji vysokou efektivitu prokázat právě tehdy, pokud začíná ještě během akutní fáze ošetření u pacientů v bezvědomí, kteří nejsou schopni spolupráce.

Literatura:

1. Frowein RA, Terhaag D, auf der Haar K, Richard K-E, Firsching R. *Rehabilitation After Severe Head Injury*. Acta Neurochir 1992; 55: 72-74.
2. Gobiet W. *Frührehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma*. Springer-Verlag, Berlin 1991.
3. Kirchberger S. *Probleme der Rehabilitation Schädel-Hirnverletzter in der BRD*. In: von Wild, K. (Hrsg.): Spektrum der Neurorehabilitation. W. Zuckschwerdt Verlag, München 1993: 91-93.
4. Lippert-Grüner, M., Terhaag, D.. *Multimodal early onset stimulation [MEOS] in rehabilitation after brain injury*. Brain Injury, 14 (6): 585-594, 2000.
5. Satz P, Forney DL, Zaucha K, Asarnow RF, et al.. *Depression, cognition and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury*. Brain Injury 1998; 7: 537-553.
6. Satz P, Zaucha K, Forney DL, Mc Cleary C, Asarnow RF, et al.. *Neuropsychological, psychosocial and vocational correlates of the Glasgow Outcome Scale at 6 months post-injury*. Brain Injury 1998; 7: 555-567.
7. Schönle PW. *Neurologische Frührehabilitation – erste epidemiologische und medizinische Untersuchungsergebnisse*. In: von Wild, K. (Hrsg.): Spektrum der Neurorehabilitation. W. Zuckschwerdt Verlag München 1993: 125-130.
8. Schreiber P, et al.. *Überlegung zur spezifischen Rehabilitation bei Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma*. Rehabilitation 1990; 29: 238-241.
9. Zieger A. *Frührehabilitation komatöser Patienten auf der neurochirurgischen Intensivstation*. Zentralbl. Neurochir. 1992; 53: 92-113.
10. Lancioni GE; Olivetti Belardinelli M; Oliva D; Signorino M; De Tommaso M; Megna G; Singh NN; O'Reilly MF; Sigafos J. *Successful extension of assessment and rehabilitation intervention for an adolescent with postcoma multiple disabilities through a learning setup*. European journal of physical and rehabilitation medicine 2008-12: 44 (4) 449-53.
11. Wilson FC; Harpur J; McConnell N. *Vegetative and minimally conscious state(s) survey: attitudes of clinical neuropsychologists and speech and language therapists*. Disability and rehabilitation 2007-11-30 : 29 (22) 1751-6.

Slova jsou důležitá, aneb překlad terminologického slovníku

Bc. Jana Matochová

Slýcháte také tuto oblíbenou otázku: „Co to ta ergoterapie vlastně je?“ Myslím, že každá ergoterapeutka a každý ergoterapeut v České republice ji důvěrně zná. Jak se vám na ni odpovídá? A jak se vám daří prezentovat ergoterapeutické postoje vůči kolegům „neergoterapeutům“? Používáte s ostatními ergoterapeuty stejnou terminologii? Aktivitu všedního dne, každodenní aktivitu nebo aktivitu denního života? Troufám si tvrdit, že to není úplně snadné a jednoznačné.

Jana Jelínková a Helena Hlochová propojují obtíže v identifikaci s profesní rolí ergoterapeuta s problémem vymezení profese ergoterapie: „Zdá se, že ergoterapeuti trpí slabým pocitem své profesionální identity a chronickou

nejistotou ve své roli, která je zřejmě spojena s obtížemi jednoznačně vymežit svou profesi. J. Creeková identifikovala tři projevy problematického vztahu, který má profese ergoterapie s vlastním vymezením. Je to obtíž definovat

pojem ergoterapie, jelikož neexistuje jednoznačná a všeobecně přijímaná definice, která by byla platná pro všechny oblasti praxe. Dále nepanuje shoda v tom, jak by měly být interpretovány klíčové profesionální koncepty, z nichž ergoterapie vychází.“ (Jelínková, Hlochová, 2008, s.187). Což naznačuje mimo jiné problém s pojmenováním tedy s terminologií a zdá se, že se nejedná pouze o český problém.

Právě Jennifer Creek je jednou z členek terminologické skupiny organizace ENOTHE (The European Network of Occupational Therapy in Higher Education – Evropská síť vysokoškolského a vyšší odborného vzdělávání v ergoterapii, hlavním cílem této organizace je sjednotit evropské vysokoškolské a vyšší odborné vzdělávání v oblasti ergoterapie a podporovat zlepšování kvality tohoto vzdělávání), která si klade za cíl sestavit přehled všeobecně uznávaných definic základních ergoterapeutických pojmů v angličtině a zajistit jejich překlad i do dalších jazyků. Tato skupina začala vyvíjet svou činnost v roce 2001 v rámci projektu Terminologie. Aktivita skupiny jsou reakcí na průzkum z roku 2000, který poukázal na velmi významný problém v ergoterapeutické profesi a to problém jazykové bariéry mezi profesionály z různých zemí a obtíže v dostupnosti a porozumění převážně anglicky psané odborné literatuře u ergoterapeutů s jiným mateřským jazykem než je angličtina. Více o terminologické skupině se můžete dozvědět na stránkách ENOTHE (<http://www.enothe.hva.nl/tq/terminology.htm>), nebo přímo na stránkách databáze ergoterapeutické terminologie (<http://pedit.hio.no/~brian/enothe/terminology/>), kde je k dispozici také aktuální verze terminologického slovníku. Zatím je přeložen do těchto jazyků: angličtina, němčina, španělština, francouzština, holandština a portugalština (Na webových stránkách ENOTHE je uveden pouze ve zkrácené verzi, a navíc také v těchto jazycích: chorvatština, gruzínština a řečtina). Pro překlad do dalších jazyků jsou terminologickou skupinou ENOTHE vytvořeny pokyny doporučeného postupu překladu, tzv. „Protocol for the translation of the consensus definitions“.

Na jaře tohoto roku ČAE navázala s terminologickou skupinou ENOTHE kontakt s cílem zapojit se do aktivit týkajících se překladu do českého jazyka. Za účelem překladu byla utvořena terminologická skupina ČAE, členky

této skupiny jsou Bc. Helena Fuchsová, Bc. Helena Kadlecová, Mária Krivošíková M.Sc., Bc. Jana Matochová, Mgr. Marie Vychytilová. Skupina vyvíjí svou činnost dle „Protocol for the translation of the consensus definitions“. V současné době se připravuje připomínkování snad již finální verze překladu. Zde uvádím pro lepší představu překlad:

CONSENSUS DEFINITIONS – ODSOUHLASENÉ DEFINICE

In English	In Czech
Occupational performance environment	Prostředí výkonu zaměstnávání
External factors that demand and shape occupational performance. These factors are physical, socio-cultural and temporal.	Vnější faktory, které vyžadují a formují výkon zaměstnávání. Jsou to faktory fyzické, sociokulturní a časové.

Během práce na překladu skupina bohužel naráží na obtíže s nedostatkem času a komplikovanou e-mailovou komunikací s ENOTHE. Přesto doufám, a myslím, že mohu mluvit za celou terminologickou skupinu, že se jedná o smysluplnou práci, která podpoří užívání jednotné ergoterapeutické terminologie a přinese užitek českým ergoterapeutům a rozvoji ergoterapie jako samostatné a uznávané profese.

„Slova jsou důležitá; jsou nástroji vědecké a akademické komunikace... Přesnost v jazyce je nutná a je pro profesi zásadní disponovat odsouhlaseným slovníkem a vyhybat se užívání žargonu.“ (Hagedorn, s. 13).

Použité zdroje:

Hagedorn, R.: *Occupational Therapy Perspectives and Processes*. New York: Churchill Livingstone, 1995.

Jelínková, J., Hlochová, H.: *Supervize v ergoterapii*. in Havrdová, Z., Hajný, M. a kol.: *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008.

Čtenářům bulletinu České asociace ergoterapeutů – informace o Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Mgr. Jana Mikulková

Z aktuálních informací si dovoluji sdělit, že ve dnech 26.10.–29.10.2009 bylo Certifikačním auditem, dle požadavků normy ISO 9001:2008, úspěšně završeno období postupného zavádění systému managementu kvality v NCO NZO. Certifikační audit byl proveden akreditovanou certifikační společností a v průběhu tříletého revizního cyklu nás čekají dva periodické audity.

Národní centrum ošetrovatelství a d v b

v

at oh

V loňském roce prošlo Centrum rozsáhlou transformací, související se změnou financování. **Naším cílem je být nadále významnou odbornou institucí pro nelékařské zdravotnické pracovníky a poskytovat všem našim klientům kvalitní služby.**

Z Brna srdečně zdravím čtenáře Bulletinu České asociace ergoterapeutů

Mgr. Jana Mikulková

ředitelka Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Nemoc motýlích křídel

Alice Salamonová, Dis.

Kontakty: *alice.salamonova@debra-cz.org, o.s. DebRA ČR, tel.: 773 628 299*

internetový zdroj: www.debra-cz.org

Zdroj: *Výroční zpráva o.s. DebRA ČR za rok 2008*

Epidermolysis bullosa congenita (EB) aneb nemoc Motýlích křídel

EB je velice vzácné genetické onemocnění, kterým trpí v Evropě cca 30 000 pacientů, v ČR je doposud zaregistrováno 120 lidí s touto nemocí. S EB se člověk narodí, a protože se jedná o genetickou vadu (způsobenou mutací asi 13 genů), není možné v současné době EB úspěšně léčit. Uplatňují se proto různé ošetrovací metody a techniky, které mají význam preventivní i terapeutický. EB se dělí do třech základních forem podle místa vzniku puchýře – simplex, junkční, dystrofická. U každé formy je známo ještě několik podtypů (celkem více než 25). Toto onemocnění se projevuje hlavně velmi snadnou tvorbou puchýřů a ran na kůži. Dalším problémem je tvorba puchýřů na sliznicích – v dutině ústní, jícnu, očích apod. U dystrofické formy pacientům mohou srůstat prsty na rukou i na ploškách nohou, což při absenci chirurgického zákroku způsobuje ztrátu funkce ruky a plnou invaliditu již ve velmi mladém věku. Pacienti s EB obecně trpí podvýživou, otázka výživy je obecný problém, se kterým bojují specialisté na celém světě. Tito lidé neznají život bez bolesti. Zákeřným se může stát spinocelulární karcinom, který se u pacientů s EB vyskytuje až 70x častěji, než u běžné populace. Dalším problémem vážícím se k EB může být osteoporóza, porucha růstu, porucha hormonálního vývoje, atd. Lidé s EB nejsou žádným způsobem mentálně postiženi. Jejich rozum a inteligence jsou naprosto normální.

Mimo viditelné a klinické projevy trpí pacienti také po psychické stránce – osamocení, nepochopení a častá bezradnost způsobují sociální vyloučení a mohou vést až k velmi vážným psychickým potížím.

Šíře projevů EB a problémů, které s ním souvisejí, jsou jasnou odpovědí na otázku, proč po celém světě vznikají

klinická EB Centra, kde se tým jednotlivých specialistů pacientům věnuje. Provázanost EB Centra s pomáhající organizací DebRA ČR je tedy logickým východiskem společného úsilí pomoci lidem s EB zvyšovat kvalitu jejich života.

o.s. DebRA ČR

DebRA je název organizace, která vznikla před více než třiceti lety ve Velké Británii, a která se jako první a jediná začala zabývat pomocí lidem se vzácnou vrozenou vadou kůže epidermolysis bullosa congenita (EB) a jejich rodinám. Slovo DebRA znamená Dystrophic epidermolysis bullosa Research Association. Na první pohled by se mohlo zdát, že organizace poskytuje služby pouze pacientům s dystrofickou formou, ale není tomu tak. DebRA ČR nyní sdružuje všechny pacienty s EB z české republiky a název organizace má pouze historický základ.

DebRA ČR vznikla v roce 2004 jako 32. organizace DebRA ve světě a hned po svém vzniku se zařadila do mezinárodního uskupení DebRA International. DebRA ČR je nezisková organizace se sídlem v Brně, avšak nabízí služby všem pacientům s EB a jejich rodinám, kteří žijí v ČR.

Posláním o.s. DebRA ČR je zvyšovat kvalitu života pacientům, kteří trpí vzácnou vrozenou vadou kůže EB a jejich rodinám kde žije takto nemocný člen. Snažíme se zapojovat lidi s touto vrozenou nemocí do plnohodnotného života.

Naše aktivity směřují k tomu, aby lidé a rodiny žijící s EB nebyli ve své obtížné sociální situaci na základě

svého znevýhodnění izolování a dokázali čelit tíživé ekonomické situaci, velkým psychickým a sociálním problémům. Cílem činnosti organizace DebRA ČR je pomoci prosazovat a hájit zájmy pacientů s EB, zabezpečovat jejich informovanost a spolupracovat s vládními a krajskými úřady.

Cílem sociálních služeb v organizaci DebRA ČR je poskytnout, popř. zprostředkovat pomoc lidem s EB a jejich rodinám, kteří se díky svému specifickému onemocnění, ocitli v nepříznivé sociální situaci. DebRA ČR je jedinou organizací v ČR v poli neziskových organizací, která se jako jediná zabývá problematikou EB – nabídkou komplexních služeb pro tuto cílovou skupinu. Lidé s EB využívají tyto námi nabízené služby: odborné sociální poradenství – komplexní poradenství v oblasti příspěvků, mimořádných výhod a dávek sociálního zabezpečení; mapování sociální komunikace a sociální interakce dětí s EB ve školních podmínkách, pomoc při nabytí stipendia a pomůcek ke studiu, pomoc při hledání zaměstnání; zprostředkování kontaktu na další rodiny a osoby s EB; aj..

DebRA ČR úzce spolupracuje také s klinickým EB Centrem, které sídlí při Kožním oddělení Dětské interní kliniky FN Brno. Propojení klinického EB Centra s o.s. DebRA ČR je velmi efektivní pro pacienty s EB..

DebRA ČR spolupracuje s řadou partnerů z řad komerčních firem, odborných společností, jejími sympatizanty je také řada osobností z oblasti zdravotnické i mimo ni. Patronkou organizace a velikou podporu pro ni je herečka Jitka Čvančarová.

Pet'a – 17 let

Petra K. – dystrofická forma EB. Petra je ukázkovou pacientkou, která přes to, že trpí závažnou formou onemocnění EB a prognóza vývoje její nemoci je negativní, je velmi aktivní, činorodá a svým pozitivním přístupem velice ovlivňuje průběh svého onemocnění. Pet'a má to štěstí, že pochází z rodiny, kde je přístup všech velmi optimistický a aktivní. Rodina – otec, matka a bratr od útlého věku Petru směřují k tomu, aby vedla spokojený a samostatný život.

Dovolte mi, abych vám představila, jaké to je žít s nevyléčitelnou nemocí EB.

Ukážu vám život jedné dívky, která je sice velmi vážně nemocná, ale přes všechny trable a omezení, které jí život s EB přináší, žije naplno a snaží se užívat si každý den tak, jak jen je to možné.

Narodila jsem se v roce 1992 v Praze u Apolináře. Hned po mém narození jsem přinášela vrásky nejen svým rodičům, ale i všem doktorům. Nikdo si totiž se mnou nevěděl rady. Druhý den po narození mě tedy převezli do Motola, kde se o mě staral MUDr. Miloš Černý. Až po třech

měsících si mě maminka mohla odvést domů. S pomocí mamčiny kamarádek (zdravotních sestřiček), jsme péči o mě zvládali, neustálé převazy, koupání v řepíku 2x denně. Mamince nebyl nikdo schopen říci jak se má o mě starat, jak ošetřovat nehojící se puchýře a rány, které se na mém tělíčku stále tvořili a nehojili.

Už od malička mě bylo všude plno. Bavila mě obzvláště hudba. Na základní škole jsem začala hrát na flétnu. Bohužel jsem díky srůstání prstů musela tento koníček oželeť. Prodělala jsem tři operace, díky nimž mi byly srůstající prsty na ruce odseparovány, abych aspoň v malé míře mohla prstíky používat. Mým velmi častým partnerem je kolo – jsou to moje druhé nohy. Vzhledem k tomu, že mám od malička problém s puchýři na nohou, doveze mě kolo tam, kam já sama nedojdu. Jako malá jsem sice velmi často bourala a přišla domů s odřeným nosem a koleny. Maminka šla sice do mdlob, ale mě tyto nehody od ježdění na kole neodradily.

Pet'a K. (foto archiv o.s. DebRA ČR)

Mateřskou školu jsem musela oželeť, mamka se o mě hodně bála, proto mě do MŠ raději nedala. Od první do páté třídy jsem chodila do malé školy kousek od nás, potom jsem ale musela přestoupit na větší školu do jiného městečka. Trochu jsem se bála jak mě přijmou spolužáci, jestli si najdu nějaké kamarády. Naštěstí se mé obavy nenaplnily a díky super lidem, a hodné paní učitelce moc ráda na základní školu vzpomínám.

Se školou jsem mohla jezdit i na různé výlety, mamka vždy jela se mnou, aby mi mohla každý den pomoci ošetřit vzniklé puchýře a rány. Starostlivým okem dohlížela na mé dovádění s kamarády. Spolužáci si jí oblíbili, tak se mamka stala partákem nám všem a výlet jsme si užili všichni. Když jsem přišla na střední školu, měli jsme nejdříve adaptační kurz. Tam jsem se představila a řekla něco

o sobě. Pár lidí se mě pak na něco zeptalo, ale všichni mou nemoc vzali v pohodě. Ve škole mi nabídli výhodu mít delší čas při psaní na počítači. Já této výhody nevyužívám, mám totiž 203 úhozů za minutu, tak žádné úlevy nepotřebuji. Využívám pouze výhodu nepřezouvání se a osvobození s tělocviku. Ve třídě mám skvělé kamarády, se kterými si rozumím. Naštěstí tu není nikdo takový, s kým bychom byli „na ostří nože“

Peťa K. (foto archiv o.s. DebRA ČR)

Minulý rok jsem si splnila sen a odjela na dovolenou do Portugalska. Moře mým puchýřům dělá moc dobře. Před sluníčkem jsem se sice schovávala pod deštníkem, ale s mořskou solí se má kůže zkamarádila. Mým dalším snem a plánem je udělat si řidičák a získat nějaké finance na zakoupení auta, které by mi usnadnilo přepravu do školy a na místa, která jsou vzálená.

V patnácti letech jsem začala jezdit za paní primářkou kožního oddělení FN Brno Hanou Bučkovou. Ta se jako jediná v ČR zabývá léčbou EB. Dostali jsme konečně komplexní informace o tom, co mi je, jaká je prognóza mého onemocnění, jak se mám léčit, ošetřovat. Poznali jsme i organizaci DebRA ČR. Od té doby jsme s nimi v kontaktu. Jezdím na různé akce, které DebRA pořádá.

Jak jste se tu mohli dočíst, jsem obyčejná holka, která sice každý den řeší různé zdravotní trable a bolesti, což mi přináší EB. Přes to všechno se snažím žít život normální mladé holky, která má své sny, přání, ale i starosti, jako ostatní.

Mým krédem je, že se EB musí naučit žít se mnou ne já s ním!

Závěr

Peťa se pokusila ve svém příběhu nastínit jaké to je žít s EB. Z Petřina přístupu k tomuto onemocnění je znát, že se Petra rozhodla boj s touto nemocí vyhrát. Nikdo z nás si nedokáže představit, jak těžké je vypořádat se s tímto nevyhlášeným onemocněním. Pro rodinu, kde se narodí takto nemocné dítě je velmi těžké tuto skutečnost přijmout. Rodiče se musí naučit jak s miminkem zacházet, jak jej ošetřovat. S nemocí se zpočátku musí vyrovnat rodina, v pozdější době sám pacient. Lidé s touto nemocí jsou vystaveni každodenní bolesti, kterou jim způsobují puchýře a rány na těle. Bolest a negativní prognóza vývoje léčby tohoto onemocnění není jednou komplikací, kterou rodiny s EB řeší. EB není uvedeno téměř v žádných tabulkách či seznamech pro nárok na sociální příspěvky, dávky a mimořádné výhody. Všichni pacienti s EB mají tudíž obecně problém získat jakékoliv příspěvky, přesto že jejich běžné náklady na živobytí jsou několika násobně vyšší než náklady zdravého člověka (jen náklady na ošetrovací materiál činní od 2 000,- do 10 000,- měsíčně). Rodiče mají mnohdy problém s umístěním malých dětí s touto nemocí do mateřských škol. Problematiky EB je velice široká. Rodiny musejí jezdit na vyšetření a zdravotní konzultace do FN Brno, jelikož jen zde je speciální klinické EB Centrum, jehož specialisté se zabývají EB problematikou. Z těchto důvodů sídlí o.s. DebRA ČR právě ve FN Brno. Naším cílem je poskytovat komplexní služby všem, kteří žijí s EB.

Performance Assessment Capacity Testing (PACT)

Mgr. Tereza Štátná

Performance Assessment Capacity Testing je hodnocení, které vytvořil L. Matheson a publikoval ho v roce 1998. Test se používá pro porovnání subjektivního vnímání vlastních schopností s reálnými možnostmi testovaného, nejčastěji se využívá v předpracovním hodnocení. Validita a reliabilita testu PACT byla ověřena na řadě studií, které jsou k nahlédnutí na URL (Epicrehab, 2009). Hodnocení obsahuje 50 karet s vyobrazením různých pracovních činností a s krátkým komentářem. Pak obsahuje záznamový arch, kam klient zaznamenává zda danou činnost může provádět snadno, s obtížemi, značnými obtížemi, s velkými obtížemi, nebo tuto činnost provést nemůže. Vypočítaný výsledek se porovnává s hodnocením celkové fyzické zátěže podle DOT (Dictionary of Occupational Titles,). (Brunclíková, Vávra, aj. 2007)

PACT lze použít samostatně, nebo je součástí Isernhagen Work Systems, doplnila ho tam teprve německá EFL Academie, výrazně tím ale zvýšila vypovídající hodnotu tohoto testu. Výhody PACT testu:

- předpokládá realistický pohled na práci a na život
- je orientovaný na funkci ne na bolest
- uvedené pracovní polohy a zátěže odpovídají struktuře Isernhagen WS
- je založen na obrázcích, není proto závislý na řeči a čtení
- provedení není náročné na čas
- výsledek testu lze porovnat s objektivním vyšetřením, anamnézou a dalšími testy
- lze využít i při plánování léčby a vyhledávání vhodného zaměstnání.

Provedení testu (URL, Epicrehab, 2009):

Testování by mělo probíhat v nerušené místnosti, v sedě u stolu. Před testovaného se položí záznamový arch (tabulka 1), tužka, guma a soubor obrázků (obrázek 1).

Tab. 1. Ukázka záznamového archu.

Mohl byste:	Lze	S obtížemi	Nelze	?
15 Vyložit z kufru auta dvě pětikilové tašky.	1	2 3 4	5	?
23 Uříznout ruční pilou prkno	1	2 3 4	5	?
39 Vydrhnout podlahu.	1	2 3 4	5	?
46 Vztít 50 kg přepravku z ponku a položit ji na zem.	1	2 3 4	5	?

Instrukce:

Toto je test vaší současné pracovní schopnosti. Před vámi je 50 obrázků pracovních činností s jednoduchým popisem. Vaším úkolem je shlédnout obrázek, přečíst si popis a zaznamenat do záznamového archu vaši současnou pracovní schopnost. Převážně se řídíte popisem činnosti, obrázek slouží pro větší názornost.

- **Provedete-li činnost bez problémů zaznamenejte 1 – lze**
- **Nemůžete-li činnost provést zaznamenejte 5 – nelze**
- Provedete-li činnost s obtížemi zaznamenejte 2, 3 nebo 4.
- Provedete-li činnost s lehkou obtíží zaznamenejte 2.
- Je-li provedení pro vás velmi náročné zaznamenejte 4.
- Pokud jste činnost nikdy neprováděl a nedokážete si ji představit zaznamenejte ?

Obr.1: Spinal Function Sort



15: Vyložit z kufru auta dvě pětikilové tašky.



23: Uříznout ruční pilou prkno.



46: Vztít 50 kg přepravku z ponku a položit ji na zem.

Administrace

První dva obrázky vypracováváme s testovaným, dále pracuje testovaný již samostatně. Testující je připraven odpovídat na případné dotazy. Po provedení se vypočítává skóre a porovnává se s normativními daty.

Vyhodnocení testu

Výsledky lze jednoduše spočítat v ruce. Sečtou se zaškrtnuté hodnoty ve sloupcích. Celkové hodnoty se vynásobí daným koeficientem:

Pro sloupec 1 je to 4,
pro sloupec 2 je to 3,
pro sloupec 3 je to 2,
pro sloupec 4 je to 1.

Hodnoty ze sloupců 1 až 5 se sečtou, a vyjde celkový výsledek v hodnotě od 100 do 200.

Dále se sčítají všechny otazníky, výsledek se použije k ověření konzistence úsilí probanda.

Hodnoty celkového výsledku jsou rozděleny do pěti skupin dle klasifikace zátěže DOT (tabulka 2).

Tab. 2. Přepočítání výsledku PACT na kategorie DOT.

Úroveň fyzického zatížení	Může zvedat zřídka za den	PACT skóre
sedavé zaměstnání	5 kg	100–110
lehká	5–10 kg	125–135
střední	10–25 kg	165–175
těžká	25–45 kg	180–190
velmi těžká	> 45 kg	195–200

Dostupnost testu PACT

Test lze objednat pod názvem Spinal Function Sort® na internetové adrese: <http://www.epicrehab.com>. (Obrázek 2) Test stojí \$240, jeho součástí je manuál s instrukcemi,

Obr. 2. Spinal Function Sort®

normativními daty a studií reliability, dále dvě knihy s obrázky, 100 záznamových archů a audiozáznam pro hodnotitele a testovaného. Test byl zatím vydán v anglickém, německém, španělském, francouzském, italském jazyce a v srbochorvatštině. V českém jazyce je neoficiální verze vypracovaná pro účely testování na vybraných pracovištích.

Na uvedených internetových stránkách lze dále nalézt odkazy na další literaturu o hodnocení, tabulky pro výpočet percentilů a další.

Použitá literatura:

Brunclíková, M. – Vávra, A. aj. *Vyšetření pracovního potenciálu podle Isernhagen Work Systems FCE (Popis podle dostupné literatury)*. Rehabilitace a fyzikální lékařství, 2007, vol. 13, č. 2, str. 50 – 59.

URL: <http://www.epicrehab.com/Sorts/sfs_intro.htm> [cit. 2009-04-06]

Sebehodnocení pracovních schopností jako součást funkčního hodnocení pracovního potenciálu podle Isernhagen Work Systems

Tereza Šťastná

Magisterská práce, Praha, 2009

Vedoucí magisterské práce: Mgr. Miroslava Plívová

Abstrakt:

Cílem práce je porovnat vnímání vlastních schopností ve fyzické oblasti s reálnými schopnostmi u lidí se somatickým postižením a zjistit vliv zaměstnání na sebehodnocení. Jedním z nástrojů pro hodnocení fyzického pracovního potenciálu je Isernhagen Work Systems. Tento systém obsahuje modelové činnosti pro manipulaci s břemenem, výdrž ve statické poloze, práce ve vynucené poloze, lokomoci, koordinaci a sílu rukou. Standardně se při tomto testu používá test pro vnímání vlastního výkonu: Performance Assessment Capacity Testing.

Metoda: V práci se porovnávají výsledky testu pro vnímání vlastního výkonu PACT před a po provedení funkčního testu Isernhagen WS u třiceti probandů, za standardních podmínek.

V sledky: Experimentem se nepotvrdila změna vnímání vlastních schopností před a po provedení testu Isernhagen WS, ani vliv zaměstnání na sebehodnocení.

Klíčová slova: Isernhagen Work Systems, funkční hodnocení pracovního potenciálu, sebehodnocení, vnímání vlastního výkonu.

Úvod

Chtěla bych vás seznámit s průběhem a výsledky méj magisterské práce, která byla obhájena v září 2009, na UK Fakultě tělesné výchovy a sportu. Ve svém profesním životě se zabývám ergodiagnostikou, proto i práce byla vedena tímto směrem. Teoretická část je zaměřena na vliv zdravotního postižení na jedince a vliv nezaměstnanosti na jedince se zdravotním postižením. Dále se popisuje, dle možností, vyšetření testem Isernhagen Work System a testem Performance Assessment Capacity Testing. Do magisterské práce je možno nahlédnout v knihovně UK FTVS. Experimentální část vám chci přiblížit v následujícím textu.

Metoda výzkumu

Ve své práci se zabývám výzkumem změny vnímání vlastních schopností, tento výzkum lze považovat za výzkum experimentální, provedený laboratorní technikou na jedné skupině „před a po“. (Chrástka, 2007)

Sběr dat pro tento projekt trval celkem rok. Výběr probandů probíhal kontrolovaným výběrem na třech pracovištích v České republice. (Rehabilitační centrum v Táboře, Rehabilitační centrum v Ústí nad Labem, Rehabilitační centrum v Pardubicích). Výběr byl veden tak, aby

ve vzorku byli stejně zastoupeni muži i ženy, a byl zde i podobný poměr zaměstnaných a nezaměstnaných. Tito lidé prošli klasickým ergodiagnostickým vyšetřením. Bylo tedy u nich provedeno: vyšetření lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem a psychologem. Každý z probandů absolvoval test Isernhagen WS v kompletním provedení, tak jak je popsáno v metodické příručce. Pro můj výzkum byly důležité výsledky testu Performance Assessment Capacity Testing (PACT) a celkové výsledky Isernhagen Work Systems (Isernhagen WS).

V případě první hypotézy, se sleduje změna ve vnímání vlastních schopností před a po provedení fyzického testu Isernhagen WS, porovnávají se výsledky testu PACT před provedením s výsledky testu PACT po provedení. Označeny jsou PACT 1 a PACT 2.

V případě druhé hypotézy, sleduji rozdíl v sebehodnocení u zaměstnaných a nezaměstnaných. K ověření jsou použita data z PACTu 1 a celkové výsledky Isernhagen WS.

Pro ověření hypotézy byly použity statistické metody, které dále popisují.

Metoda sběru dat

Pro výzkum byla použita data, jednak anamnestického původu – věk, pohlaví, zaměstnání. Pak byli použity

výsledky z testu PACT a výsledky testu Isernhagen WS. Pro výzkum byl použit přepočtený celkový výsledek Isernhagen WS dle klasifikace používané v ČR, která je vytvořena na principu celkového energetického výdeje, která je rozdělena do pěti stupňů (1–5). Problém, který nastává je, že Isernhagen WS je vytvořen pro německou klasifikaci normy REFA, která má pouze čtyři stupně, zatímco česká klasifikace má pět. Vzhledem k tomu, že testování probíhá v České republice, bylo potřeba porovnat českou klasifikaci s německou normou REFA, nejlépe i s americkou pěti-stupňovou DOT, která je použita v PACTu. Toto porovnání provádí v Krajské nemocnici v Pardubicích a bylo ověřeno na více než 200 otestovaných. Nevýhodou této adaptace, oproti REFA je její použití v praxi. Zatímco německá klasifikace REFA umožňuje zařadit jedince o kategorii níž, v případě vynucených ztížených podmínek, v české klasifikaci toto možné není.

Metoodnocení dat

Pro zpracování dat budou použity nejprve metody pro určení charakteristiky polohy, tedy míry ústřední tendence a to aritmetický průměr u výsledků PACT, a u výsledků Isernhagen WS pro zastoupení jednotlivých skupin zatížení bude použita tabulka četností.

Dále budou použity metody pro charakteristiku rozptýlení, tedy míry variability a to rozptyl a směrodatná odchylka pro výsledky testů PACT.

Pro ověření hypotéz tedy zjištění existence vztahu budou použity testy významnosti. Jde o testy neparametrické, oboustranné. A to pro ověření hypotézy 1 bude použit Znaménkový test a Wilcoxonův test. Pro ověření hypotézy 2 Test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Pro zjištění stupně závislosti budou použity metody pro hypotézu 1 Spearmanův koeficient pořadové korelace a pro hypotézu 2 Koeficient kontingence.

Popis jednotlivých testů dle Chrástky (2007):

Znaménkový test.

Jde o velmi jednoduchý statistický test významnosti, který umožňuje porovnat výsledky dvou opakovaných měření na stejných objektech. Výsledky měření vždy tvoří pár, pomocí znaménkového testu lze rozhodnout zda je mezi výsledky významný rozdíl či nikoli. Nejprve se přidělí znaménka (+ / -) u páru výsledků, následně se pracuje s méně zastoupeným znaménkem. Podle statistických tabulek se pak určí kolikrát se může v daném souboru znaménko vyskytnout. Nevýhodou tohoto testu je jeho malá citlivost při odhalování malých rozdílů.

Wilcoxonův test.

Jde o podobný test, jako je Znaménkový, je však více citlivý a odhalí i menší rozdíly. Oba testy lze použít u ordinálních dat.

Test nezávislosti χ^2 (chí-kvadrát) pro kontingenční tabulku.

Tímto testem významnosti zjišťujeme souvislost mezi dvěma jevy, které jsou zachyceny v nominálních datech. Spearmanův koeficient pořadové korelace, se využívá při rozhodování, jak těsně spolu souvisí dva sledované jevy, které byly měřeny pomocí ordinálních dat. Tento postup umožňuje kvantitativně stanovit, jak jsou si dvě pořadí podobná a jak těsná je souvislost mezi sledovanými jevy. Koeficient kontingence. Používá se v souvislosti s testem Chí-kvadrát. Výsledky testu Chí-kvadrát nevypovídají o stupni závislosti mezi dvěma sledovanými jevy. Pro zjištění stupně závislosti byla vytvořena řada koeficientů, z nichž jeden je právě Koeficient kontingence.

Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu jsou zařazeni uchazeči o zaměstnání nebo zaměstnaní, kteří mají nějaké zdravotní omezení v somatické oblasti a proto u nich bylo doporučeno ergodiagnostické vyšetření se zaměřením na zjištění fyzického potenciálu. V tomto případě se doporučuje vyšetření testem Isernhagen WS.

V souboru je celkem 30 probandů, ze třech oblastí: Pardubice (12), Ústí nad Labem (8), Tábor (10). Z celého souboru je 14 mužů a 16 žen.

Co se týče pracovního zařazení má 9 probandů zaměstnání, 17 probandů lze považovat za nezaměstnané a 4 probandi jsou uživatelé plného invalidního důchodu. Pro výzkum byla skupina uživatelů PID přiřazena ke skupině nezaměstnaných.

Věkové zastoupení probandů ve sledované skupině je: nejmladšímu je 27 let, nejstaršímu 59 let, věkový průměr je 43 let. Dosažené vzdělání probandů: je zde zastoupeno 24 probandů se středoškolským vzděláním, 5 se základním a 1 s vysokoškolským.

Všichni probandi mají nějaké zdravotní omezení v somatické oblasti, nejčastěji jsou to problémy vertebrogenního původu. Vzhledem k tomu, že jsem čerpala data na dálku, neměla jsem přístup do kompletní zdravotnické dokumentace a ke znění plných diagnóz. V současné době je při ergodiagnostickém vyšetření trend, neřídit se zdravotní diagnózou, nýbrž funkční schopností jedince. Ke zdravotní diagnóze se přihlíží hlavně pro stanovení rizikových faktorů při provádění Isernhagen WS.

Výsledky

Charakteristika dat

1. Charakteristika polohy

Z celkových výsledků testů PACT 1 a PACT 2 byl vypočítán aritmetický průměr, jde o data ordinální (tabulka 1).

Tab. 1. Charakteristika polohy PACT 1, PACT 2.

	PACT 1	PACT 2
Průměrná hodnota	141,8	143,6
Minimální hodnota	60	67
Maximální hodnota	198	197

Z výsledků testu Isernhagen WS se stanoví dle klasifikace celkového energetického výdeje stupeň možného zatížení v rozsahu 1–5. Stanovené hodnoty považují za data nominální, je pro ně sestavena tabulka četností (tabulka 2).

Tab. 2. Tabulka četností pro data z Isernhagen WS.

Stupeň	Charakter práce	Četnost
I.	Sedavá práce	8
II.	Lehká práce	19
III.	Středně těžká práce	3
IV.	Těžká práce	0
V.	Velmi těžká práce	0

2. Míra variability

Předpokládá se normální rozdělení vlastností souboru. Hodnoty (tabulka 3) jsou vypočítané z testů PACT 1 a PACT 2.

Tab. 3. Rozptyl a Směrodatná odchylka.

	PACT 1	PACT 2
Rozptyl	5,196773	5,221544
Směrodatná odchylka	27,00645	27,26452

Existence vztahu, ověřování hypotéz

Byly použity testy významnosti, které jsou neparametrické a oboustranné, jejich stručný popis je výše. Testy budou ověřovány následující hypotézy.

Věcná hypotéza:

H1: Je rozdíl v hodnocení vnímání vlastních schopností před a po provedení fyzického testu Isernhagen WS?

H2: Existuje rozdíl v sebehodnocení vlastních schopností u zaměstnaných a nezaměstnaných?

Statistická hypotéza:

S1: Průměrný výsledek testu PACT se po provedení testu Isernhagen WS statisticky významným způsobem změní.

S2: Průměrný výsledek testu PACT bude u zaměstnaných shodný s hodnocením Isernhagen WS.

Test významnosti:

Pro hypotézu 1: Znaménkový test, Wilcoxonův test

Pro hypotézu 2: Test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Stupeň závislosti:

Pro hypotézu 1: Spearmanův koeficient pořadové korelace

Pro hypotézu 2: Koeficient kontingence

Testování hypotézy 1

Znaménkový test

Vstupní data: celkové výsledky testů PACT 1 a PACT 2

H_0 : Mezi sebehodnocením pracovního potenciálu před provedením testu Isernhagen WS a po provedení testu Isernhagen WS není rozdíl.

H_A : V sebehodnocení před a po provedení testu Isernhagen WS jsou statisticky významné rozdíly.

Kritická hodnota byla zvolena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a pro 30 dvojic činí 9. Testové kritérium je 15+ (změna nastala u 15 probandů ve smyslu získání vyššího počtu bodů) a 15- (změna nastala u 15 probandů ve smyslu získání nižšího počtu bodů). Testové kritérium je tedy vyšší než kritická hodnota, proto **nemohu odmítnout nulovou hypotézu**.

Wilcoxonův test

Vstupní data: celkové výsledky testů PACT 1 a PACT 2

H_0 : Mezi sebehodnocením pracovního potenciálu před provedením testu Isernhagen WS a po provedení testu Isernhagen WS není rozdíl.

H_A : V sebehodnocení před a po provedení testu Isernhagen WS jsou statisticky významné rozdíly.

Kritická hodnota byla zvolena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a pro 30 dvojic činí 137.

Vypočtené testové kritérium $T=190,5$ je vyšší než kritická hodnota a proto **nemohu odmítnout nulovou hypotézu**.

Stupeň závislosti:

Pro hypotézu 1: Spearmanův koeficient pořadové korelace

Vzhledem k tomu, že nebyl prokázán vztah mezi testem PACT 1 a PACT2 není

án

vat eh

Vstupní data: kategorie zatížení z testu PACT 1, kategorie zatížení z testu Isernhagen WS

H_0 : Mezi četností obou zachycených jevů (zaměstnání a odchylka subjektivního a objektivního hodnocení pracovního potenciálu) není závislost.

H_A : Mezi četností obou zachycených jevů (zaměstnání a odchylka subjektivního a objektivního hodnocení pracovního potenciálu) existuje závislost.

Tab. 4. Kontingenční tabulka Chí-kvadrát.

	Subjektivní nadhodnocení	Subjektivní podhodnocení	Stejně hodnocení	Suma
Zaměstnání -	14 (11,9)	0 (0,7)	7 (8,4)	21
Zaměstnání +	3 (5,1)	1 (0,3)	5 (3,6)	9
Suma	17	1	12	30

Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Subjektivní podhodnocení znamená, že proband dosahuje nižších hodnot v subjektivním hodnocení testu PACT 1 než dosáhl v objektivním hodnocení v testu Isernhagen WS. Subjektivní nadhodnocení je opačná situace.

Hodnoty v závorkách ukazují na očekávanou četnost. Testové kritérium X^2 se potom vypočítává jako součet hodnot očekávané četnosti O pro všechny pole kontingenční tabulky. Pro uvedenou tabulku je testové kritérium $X^2=4,344$.

Dále je nutné vypočítat stupně volnosti, které pro uvedenou tabulku jsou $f = 2$.

Ze statistických tabulek zjistíme kritickou hodnotu pro příslušný stupeň volnosti a hladinu významnosti. Tato kritická hodnota je $X^2 0,005 (2) = 5,991$.

Testové kritérium $X^2 = 4,344$ je nižší než kritická hodnota $X^2 0,005 (2) = 5,991$, proto nemohu odmítnout nulovou hypotézu.

Stupeň závislosti:

Pro hypotézu 2: Koeficient kontingence

Vzhledem k tomu, že nebyl prokázán vztah mezi subjektivním hodnocením a zaměstnáním, ustupuji od další analýzy dat.

Diskuse

Ve své práci se zabývám výzkumem vnímání vlastních schopností a jeho porovnáním se skutečným výkonem v oblasti fyzické práce. Na začátku výzkumu jsem vymezila dvě hypotézy:

H1: Je rozdíl v hodnocení vnímání vlastních schopností před a po provedení fyzického testu Isernhagen WS?

H2: Existuje rozdíl v sebehodnocení vlastních schopností u zaměstnaných a nezaměstnaných?

Výzkumem, který byl proveden na třiceti probandech v laboratorních podmínkách, za standardizovaných podmínek se nepodařilo ani jednu hypotézu potvrdit. Pokusím se v následujícím textu zauvažovat, proč tomu tak pravděpodobně je.

Hypotéza 1 se nepotvrdila ani v jednom z testů významnosti, které byli pro tuto hypotézu použity. Znaménkový test je poměrně málo citlivý, ale ani Wilcoxonův test který je citlivější, tuto hypotézu nepotvrdil. Ve Znaménkovém testu nastala 15krát změna ve smyslu plus a 15krát ve smyslu mínus. Mohu tedy konstatovat, že ke změně došlo ve všech případech, ale u poloviny probandů došlo ke zvýšení sebehodnocení a u druhé poloviny došlo ke snížení sebehodnocení. Jak uvádí Chrástka (2007) „Znaménkový test je založen na úvaze, že v případě, že by nebyl mezi oběma měřeními rozdíl, měla by se obě znaménka vyskytovat se stejnou pravděpodobností, tj. měl by jich být stejný počet. Rozdíl se projeví tím, že začnou znaménka jednoho druhu převažovat.“ Nemůže se tedy konstatovat, že po provedení testu Isernhagen WS dojde ke zvýšení či snížení sebehodnocení. Bylo by asi zajímavé, zjistit zda se po provedení testu Isernhagen WS přiblíží sebehodnocení k reálným schopnostem. Pro tuto analýzu bych porovnála PACT 1 s výsledky testu Isernhagen WS a následně porovnat výsledky testu Isernhagen WS s výsledky testu PACT 2. Tato analýza by pak ukázala jakým směrem se sebehodnocení ve sledované skupině posunulo.

Zkušenosti ukazují, že by ke změně sebehodnocení, ve smyslu přiblížení k reálným schopnostem mělo po provedení testu Isernhagen WS dojít. I samotné sestavení systému Isernhagen WS ukazuje na důležitost hodnocení vnímání vlastních schopností, před a po provedení fyzického testu. Erbstöber (2003) poukazuje na to, že porovnání sebehodnocení s hodnocením schopností někým jiným je důležité k tomu, aby se přiblížilo sebehodnocení k reálným schopnostem. Při provádění testu by mělo dojít ke korekci případného nad či podhodnocování probanda. To podle mého názoru ukazuje na to, že by mělo během testování dojít ke změně pohledu na vlastní schopnosti.

Opačný názor zastává Nakonečný (1998), který uvádí že ke změně sebehodnocení nedochází tak snadno. Sebe-pojetí je poměrně hodně zafixovaný stav, který se po jedné zkušenosti nemění. Ke změně může dojít až po několika zkušenostech.

Důvodů proč se hypotéza nepotvrdila, může být mnoho. Skupina kterou jsem vybrala může být příliš malá, aby se v ní nějaká změna projevila. Další chybou může být špatný výběr probandů. Skupina, kterou jsem vybrala je příliš homogenní a nezastupuje vzorek normální populace. Jsou zde všichni s nějakým zdravotním omezením a to v somatické oblasti. Jak uvádí Vágnerová (2004) mají

lidé s nějakým zdravotním omezením horší sebehodnocení, navíc u nich dochází ke změně pohledu na sebe sama až po mnohem delší době než u ostatních. Proto se zde nějaká změna sebehodnocení nemusí po provedení fyzického testu projevit.

Dalším vliv může mít tzv. stabilita v čase. Tímto vlivem jsou ovlivněny všechny experimenty, které jsou prováděny „před a po“ na jedné skupině. Člověk si po určitou dobu pamatuje co v prvním testu odpovídal a v druhém testu odpovídá přibližně stejně (Disman, 2002).

Experimenty, které jsou prováděny před a po na jedné skupině mohou být ještě zatíženy jinou vnější příčinou, která působí v době mezi prvním a druhým měřením (Disman, 2002). V mém případě se mi tento vliv zdá málo pravděpodobný, neboť k měření dochází ve dvou po sobě jdoucích dnech.

Vliv můžou mít i nesledované proměnné, jako je vzdělání, sociální situace a samozřejmě pro mě neznámé proměnné.

Pro ověření hypotézy 2 byl použit Test nezávislosti Chíkvadrát pro kontingenční tabulku. Tento test se dobře hodí pro rozhodnutí o souvislosti mezi dvěma pozorovanými jevy. Jak je z výsledku zřejmé, ani zde nedošlo k potvrzení hypotézy. Opět zde může být několik důvodů.

První důvod který nastává je, že Test nezávislosti Chíkvadrát pro kontingenční tabulku, není pro tento případ vhodný. Chrástka str. 78 (2007): „*Testu nezávislosti chíkvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1.*“ V mém případě jsou ve 33% polí kontingenční tabulky očekávané četnosti menší než 5, a ve dvou polích je očekávaná četnost menší než 1. Bylo by možná proto dobré vybrat jiný test významnosti.

Podle vlastní zkušenosti vím, že člověk který je zaměstnaný má reálnější představu o svých schopnostech, než člověk bez zaměstnání. Zaměstnaný může denně ověřovat svoje schopnosti v reálných situacích a vytvářet si představu o vlastních schopnostech a možnostech. Jak uvádí autoři (Buchtová, 2002), (Vágnerová, 2004), (Mareš, 2002) zabývající se vlivem nezaměstnanosti na člověka, má nezaměstnaný nižší sebehodnocení, nemá reálnou představu o svých možnostech a schopnostech.

Opět může mít vliv špatný výběr vzorku. V této skupině jsou sice zastoupeni jak zaměstnaní tak nezaměstnaní, ale všichni mají nějaké zdravotní omezení. Proto zde nemusí být reálný odhad subjektivních schopností a možností, může zde být i snížené sebehodnocení. Skupina probandů může být pro sledování tohoto jevu příliš malá. Vliv může mít i vzdělání probandů, kdy je ve skupině nejvíce zastoupeno lidí se středoškolským vzděláním. Další vliv může mít i sociální situace.

Vliv může mít i reliabilita měření, která je u „Functional Capacity Evaluation“ testů sporná. Zvláště u testu Isernhagen WS, kde se provádí sice standardizované pozorování, ale můžou se zde odrazit různé zkušenosti a znalosti terapeutů. Testování mé skupiny bylo prováděno na třech pracovištích a počet terapeutů, kteří se podíleli na pozorování je minimálně šest. V hodnocení se může odrazit i malá zkušenost s tímto hodnocením v České republice. Kromě Pardubického rehabilitačního centra, které má otestováno přibližně 250 pacientů, se s testováním v České republice začíná. Není zde kontrolní a vzdělávací centrum jako je v sousedním Německu, a i komunikace s tímto centrem je malá. O vytvoření podobného centra usiluje MUDr. Vávra, jistě by se tak ještě zvýšila kvalita tohoto testování.

V této hypotéze byli porovnávány výsledné hodnoty testů, které byly přepočteny do pěti kategorií dle fyzického zatížení. Toto přepočítání může vést k jisté nepřesnosti a malé citlivosti. Výsledky probandů v jedné kategorii můžou být dost rozdílné. Někdo se může pohybovat u horní hranice bodu, někdo naopak u dolní, přesto je jim přidělena stejná kategorie zatížení. V následné analýze pak pracuji pouze s kategoriemi a již nepřihlížím na individuální rozdíly. Můžou se zde pak ztratit potřebné informace a malé rozdíly pro potvrzení hypotézy.

Dalším problémem je, že jsem zvolila hypotézu, která je postavena na porovnání výsledků dvou naprosto rozdílných testů. I když jsou měřené hodnoty stejné kategorie (Kategorie dle fyzického zatížení), cesta k jejich získání je velmi rozdílná. Interpretace výsledků je v každém testu jinak koncipovaná. Navíc je zde problém s porovnáním kategorií v různých státech: Americká stupnice DOT pro PACT, Německá norma REFA pro Isernhagen WS a pro experiment byla použita česká klasifikace dle energetického výdeje. I když se toto srovnání prověřuje v Pardubickém rehabilitačním centru, může to vést v takovém experimentu k závažné chybě, která vede k zmaření výsledku.

Závěr

Ve své práci se zabývám vlivem zdravotního postižení a nezaměstnanosti na osobnost jedince a funkčním hodnocením pro účely zaměstnanosti. Zaměřuji se zvláště na míru sebehodnocení a představu o vlastních schopnostech a možnostech v porovnání s reálnými schopnostmi. K hodnocení jsem využila test Isernhagen WS a test vnímání vlastních schopností PACT.

Při delší pracovní neschopnosti, či dlouhodobé nezaměstnanosti se může změnit pohled na vlastní schopnosti a odhad vlastních možností. Pomocí těchto dvou testů

pacient či nezaměstnaný zažije své reálné možnosti a může je porovnat s vlastním sebehodnocením. Tak se může jeho sebehodnocení přiblížit reálným schopnostem. Sebehodnocení je jednou z důležitých klíčových kompetencí pro návrat do práce a provádění zaměstnání. Reálná představa svých schopností je důležitá při výběru zaměstnání, sníží se množství neúspěšných pokusů v nových zaměstnáních a tím se sníží náklady pracovním úřadům. Tento vedlejší vliv Isernhagen WS je nezávislý na kvantitativním výsledku a kritériích testu.

Měla jsem možnost si vyzkoušet jak se provádí kvantitativní výzkum, použila jsem řadu výzkumných metod pro charakteristiku dat a ověření hypotéz. Vše pro mě bylo nové a zpočátku záhadné, zpětně však mohu říci, že mě kvantitativní výzkum zaujal. Po této zkušenosti musím konstatovat, že bych výzkum nyní vedla asi jiným způsobem. Vybrala bych například jiný vzorek populace, snažila bych se vyhnout nepřesnostem jako je přepočítávání výsledků do kategorií zatížení a chtěla bych alespoň část vzorku otestovat sama.

Přínos mojí práce vidím především ve vlastní zkušenosti s kvantitativním výzkumem. Díky této práci jsem poznala, že je důležité pracovat s přesnými daty, dodržet validitu a reliabilitu měření, výzkum správně realizovat a statisticky zpracovat. Přínosem může být i přehledné a ucelené zpracování teoretické části, zvláště kapitol o Isernhagen WS. K tomuto testu zatím v české literatuře není příliš informací.

Literatura

Buchtová, B. *Nezaměstnanost, psychologický, ekonomický a sociální problém.*

1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.

Chrástka, M. *Metody pedagogického výzkumu.* 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

Erbstößer, S. – Nellessen, G. – Schuntermann, M. *FCE – Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit : Abschlussbericht.* Frankfurt: 2003.

Mareš, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém.* 3.vyd. Praha: Slon, 2002. ISBN 80-86429-08-3.

Nakonečný, M. *Základy psychologie.* 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Navazující odkazy pro další studium:

Brunclíková, M. – Vávra, A. aj. *Vyšetření pracovního potenciálu podle Isernhagen Work Systems FCE (Popis podle dostupné literatury).* Rehabilitace a fyzikální lékařství, 2007, vol. 13, č. 2, str. 50 – 59.

Šťastná, T. *Hodnocení pracovního potenciálu u osob se zdravotním postižením v kompetenci ergoterapeuta.* Praha, 2007. Diplomová práce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. Vedoucí diplomové práce PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D.

URL:<<http://www.eft-akademie.de>>[cit. 2009-02-01]

URL:<http://www.epicrehab.com/Sorts/sfs_intro.htm>[cit. 2009-04-06]

Vávra, A. – Brunclíková, M. *Funkční diagnostika v rehabilitaci pro účely zaměstnanosti.* Rehabilitace a fyzikální lékařství, 2007, vol. 13, č. 2, str. 45 – 49.

Jen krátce bych tedy zmínila, že slečna Alena vystudovala Střední zdravotnickou školu a Vyšší zdravotnickou školu v Mostě, absolvovala kurz Hipoterapie v Rijádu, má kurz „Paměť, terapie, diagnostika, rehabilitace“ a „Fyzioterapeutické a ergoterapeutické přístupy a metody využívané na Klinice RHB lékařství“. V letech 2003-2006 pracovala jako ergoterapeut ve FN Motole. V současné době je registrovaným ergoterapeutem pracujícím v SA. Další zajímavosti se dozvíte z našeho rozhovoru.



Slečno Aleno, odkud vlastně vzešel první impuls pracovat v SA?

Vzešel z mé hlavy, kdy jsem cítila určitou pracovní stagnaci a též jsem chtěla prostě změnit pracovní prostředí. Druhým důvodem byla změna v osobním životě. V té době jsem našla inzerát v časopise Florence, kde bylo více nabídek na práci v zahraničí, především v Evropě. Většina ale byla pro zdravotní sestry. Jen jediná agentura nabízela práci v zahraničí pro ergo i fyzio. Tak jsem tam prostě zavolala ☺ Původně jsem KSA vůbec nechtěla.



Máte i jinou zahraniční zkušenost?

Nemám, toto je má první v ergoterapii.



Jak dlouho již pracujete v SA?

Pracuji zde od ledna 2007. Nyní svůj kontrakt ukončím k lednu 2010, takže celkově 3 roky v království. A plány? Prozatím se vrátit do rodné vlasti a pokusit se zúročit své nabitě znalosti a najít práci v oboru, i když se trochu obávám, zda práci u nás najdu, uvidíme.

Pokud by to bylo moc složité uvažuji opět o cestě do zahraničí, ještě nejsem rozhodnuta kam.



Je nějaký zásadní rozdíl mezi ergoterapií u nás a v SA?

Řekla bych že ano. Všichni ergoterapeuté jsou totiž cizinci. Každý si tudíž přinese něco ze své země, svůj styl. V KSA totiž přebírají veškerý management z USA jakožto vzájemní spojenci. Ne nadarmo se říká Království „Amerika Východu“. Trošku mi zde vadí styl práce a lá „běžící pás“. Ač pracuji na lůžkovém oddělení, připadám

si jak na ambulanci. Jeden pacient za druhým. Máte přesně vyhraněný čas na jednoho pacienta a sotva skončíte, už vám za zády stojí další. Také musíte dát všem stejně jinak si budou stěžovat. Myslím tím rodiče (pracuji na dětském). Také se zde provádí terapie (ať fyzio či ergo) u pacientů, u kterých by v ČR již všichni zlomili hůl. Na druhou stranu je to dobré, protože nikdy nevíte, co ještě z člověka dostanete. A ze své zkušenosti mohu říci, že pokaždé něčeho dosáhnete. Také je tu obrovský rozdíl v počtu fyzio, ergo, logo a speciálního pedagoga na unit. 4–5 fyzio, 4 ergo, 1 logoped a 1 speciální pedagog na každé oddělení. Myslím, že toto by mohl být velice dobrý příklad pro nás. Ergoterapeuté jsou tu na stejné úrovni jako ostatní členové multidisciplinárního týmu. Též se klade důraz na plán péče (tzv. Plan of Care), který musí vyplnit všichni při příjmu pacienta. Také náplň ergo práce je trochu odlišná vzhledem k jazykové bariéře. Já jako nearabsky mluvící jen stěží můžu trénovat či vyšetřovat kognitivní funkce. To ale stejně dělá tady psycholog. Jako ergoterapeuté se více zaměřujeme na ADL a funkce fyzické, zejména je nám přikládán důraz na HKK. Což já osobně tolik nepreferuji, raději беру pacienta jako celek.

Myslím, že by se dalo pokračovat, ale bylo by to na dlouho ☺

Šlo hned z počátku vše hladce, nebo jste se potýkala s nějakými problémy?

Nějaké závažné problémy nebyly. Na počátku samozřejmě především jazyková bariéra. Získání práce bylo velice snadné, jelikož jsem jediná česká ergoterapeutka, tudíž mě chtěli ihned, což je příjemné ☺. Bydlení poskytuje vždy zaměstnavatel. Jako svobodná žena nemůžete bydlet kde se vám líbí. Proto existují tzv. compoundy, kde máte opravdu pěkné bydlení a místní lidé nemají šanci se tam dostat. Je tam volnost ač i tak omezená. Nezapomeňte, že je to hodně striktní země co se týče alkoholu atp. Ale Češi si vždy najdou cestu jak žít lépe ;)

Jak by jste charakterizovala své současné pracoviště?

Kolegové jsou různých národností a tudíž přinášejí vždy

trochu něco nového, lehce jinačího do praxe. Někdy to může být plodné, jindy kámen úrazu. Dosud ale spolu vycházíme dobře.

Pracoviště mi ale někdy připomíná manufakturu, jeden pacient za druhým. Což trochu blokuje kreativitu terapeutů. V podstatě i to je dobré pro praxi. Hodně záleží na managerovi oddělení. Mám odsud zkušenosti s dospělou klientelou, kde bohužel kreativita není tolik žádaná. Zde jde více o rychlý návrat do „normy“. Naopak na dětském je kreativita důležitá, i když těžko pochopitelná pro rodiče. Ale i tak zde máme programy jako Hipoterapie (které jsem vedoucím), aquaterapie, feeding groups, fine motor groups, každou středu vzdělávací programy pro rodiče, především v domácích cvičebních programech, kde si prakticky sami zkoušejí např. masáž, cvičení pro rozsahy pohybů končetin nebo handling. Taktéž mají teorie v různých tématech zaměřené na děti s nevýhodněním, jak se s tím vypořádat po psychické stránce, jaký je rozdíl mezi zdravým a handicapovaným děckem, o hře a hračkách atp.

Jaké je v SA nutné vzdělání pro výkon profese a vůbec jak vypadá tamější školství v rámci ergoterapie?

V této zemi neexistuje žádné ergoterapeutické vzdělání proto jsou všichni ergoterapeuté cizinci.

Máte tedy vůbec možnost účastnit se nějakých vzdělávacích kurzů, seminářů ve svém oboru?

Pro nás jako zaměstnance v jediné nemocnici v zemi zaměřené pouze na rehabilitaci je bohužel těchto nabídek poskrovnu. Většinou existují tzv. in-servisy, kde přednášejícím semináře je některý ze zaměstnanců.



Jaké má povědomí o ergoterapii v SA laická veřejnost a jaká je dostupnost ergoterapie pro pacienty?

Tato otázka souvisí se vzděláním. Nejsou školy, povědomí je minimální. Často se s ergoterapií poprvé setkávají u nás v nemocnici, ale i tak si spousta rodičů myslí, že si s dětmi „jen hrajeme“ a bez účelově. Proto jsou naše střední programy, aby to správně pochopili, včetně fyzioterapie a dalších disciplín.

Dostupnost, pokud vím, je též minimální. Je jen málo center, kde vedle fyzioterapie je i ergoterapie, logopedie, sociálního pracovníka, psychologa dostupná. S hrdostí tudíž mohu říci, že jsme jediné centrum v zemi s takto široce rozvinutým multidisciplinárním týmem a různými doplňujícími programy.



Zmínila jste, že svůj kontrakt budete v lednu končit. Co Vás čeká dále?

Mé přání je vrátit se nyní domů, jelikož jsem zde již dlouho ☺ Na druhou stranu i přes všechny překážky či restrikce mi toto místo bude chybět. Rozhodně svého rozhodnutí nelituji, ač mě spousta lidí před touto cestou zrazovalo. Není se čeho obávat! Zkušenost v cizině je k nezaplacení. Proto bych všem odvážným a dobrodruhům doporučila nechat pohodlnost doma a alespoň na chvíli vyrazit. I do takto striktní země. Práce je to jediný způsob jak se sem dostat. Získáte nejen pracovní zkušenosti, ale i jazykové a trochu více penízek do peněženky ☺

Rozhovor vedla a zaznamenala Jitka Štěpánková

Příspěvky můžete posílat v elektronické formě (textový editor MS Word) na adresu: bulletin.cae@seznam.cz. Redakce si vyhrazuje právo na krácení či úpravy textů, o nichž bude autory informovat.

Články, kazuistiky

- Ideální rozsah článku je v rozmezí 70 – 140 řádků, v případě kazuistiky 70 – 210 řádků.
- U textu musí být uvedeno celé jméno autora, elektronické případně poštovní a telefonické spojení, název pracoviště.
- V textu nepoužívejte zkratky– ke zvýraznění používejte pouze tučné písmo či kurzívu.
- Struktura většího článku nebo kazuistiky (pouze u textů nad 140 řádků):
 - Název práce
 - Celé jméno autora, pracoviště
 - Souhrn (do 15 řádků)
 - Text článku, strukturovaný do celků oddělených mezititulkami; u kazuistiky popis případu, diskuse, závěr.
 - Seznam použité literatury
- Seznam použité literatury:

Časopis: Příjmení a iniciály jmen všech autorů. Název práce v jazyce originálu. Název časopisu a rok vydání; ročník: stránky.

Kniha: Příjmení a iniciály jmen všech autorů. Název knihy. Místo vydání: nakladatelství, rok vydání: počet stránek.

Internetový zdroj: adresa webu (případně datum citace)

Obrazová dokumentace

- Obrazovou dokumentaci zasílejte v samostatných souborech. Rastrové obrázky (tj. např. fotografie a veškeré scany) ve formátech **jpg** nebo **tif**, příp. **bmp** v nejvyšší možné (dostupné/původní) kvalitě (optimální je 300 dpi při velikosti 1:1), nikoli v dokumentech *word* nebo *excel*. Vektorové (křivkové) obrázky (schemata, loga ap.) zasílejte optimálně ve vektorové podobě ve formátu **ai** nebo **eps**.
- V textu uveďte, kam umístit obrázek. Ke každému obrázku (ale i grafu, tabulce) je třeba připojit číslo a přesný popis. Na konec textu pak připojte očíslovaný seznam všech obrazových příloh včetně popisků. U fotografií připojte také celé jméno jejich autora nebo uveďte, odkud pochází (archiv autora, zdravotnického zařízení ap.).

2
2009 **Informační
bulletin ČAE**

Vydává ČAE ČR, Albertov 7, Praha 2
e-mail: info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz
IČO: 62348451
č.ú.: 103428915/0300

