

2

2012

INFORMAČNÍ BULLETIN ČAE



ISSN 1804-1558



Informační Bulletin ČAE

ISSN 1804-1558

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

Tel.: (+420) 733 226 724

www.ergoterapie.cz

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

Redakční rada: Mgr. Jana Jelínková, Mgr. Kateřina Svěčená, Bc. Anna Jersáková

Grafická úprava: Pavel Cindr

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 zasílání Vašich příspěvků a připomínek: bulletin.cae@seznam.cz

Termíny uzávěrek v roce 2013:

30. duben, 30. říjen

Obsah

I. ÚVODNÍ SLOVO	3
II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE	4
Zprávy z výboru ČAE za období červen až prosinec 2012	4
Další vývoj České komory zdravotnických pracovníků	6
Soutěž Světové federace ergoterapeutů	6
Ohlédnutí za konferencí ČAE	7
Platnost nových ergoterapeutických výkonů	8
III. ODBORNÁ ČÁST	11
Využití prvků Constrained-Induced Movement Therapy v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě Šulcová, A.	11
Frenchayský test paže (test k vyšetření úchopu a manipulace s předměty) Sádlová, T	14
Využití stolních her v ergoterapii u seniorů a lidí s demencí Suchá, J	16
IV. STUDENTSKÁ SEKCE	19
Stručný průřez využití canisterapie v rehabilitaci Slováková, J.	19
Příběh, který změnil můj život Slováková, J.	20

Příspěvky neprošly jazykovou ani obsahovou korekturou. Redakční rada a vydavatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

I. ÚVODNÍ SLOVO

Vážení čtenáři,

připravili jsme pro Vás, i když s měsíčním zpožděním, za které se omlouváme, druhé číslo Informačního bulletinu ČAE. Budeme rádi, pokud si najdete i v předvánočním čase chvilku k jeho přečtení.

Jako obvykle Vás budeme informovat o aktivitách, které výbor v minulých šesti měsících realizoval, přiblížíme jednání předcházející vzniku komory zdravotnických pracovníků a připomeneme atmosféru 24. celostátní konference ČAE, která se konala 31. května a 1. června v Poslanecké sněmovně v Praze.

Redakční rada vyhlásila v tomto čísle soutěž o hodnotné publikace se zdravotně-sociální tematikou z nakladatelství Triton za tři nejlepší odborné příspěvky. Obdrželi jsme velmi kvalitní články, za které autorkám děkujeme, a jejich aktivitu i ochotu podělit se o své zkušenosti jsme velmi rádi ocenili již zmíněnými knihami z nakladatelství Triton.

V odborné části se můžete seznámit s kasuistikami dvou pacientů, u kterých byla prováděna metoda tzv. constrained-induced movement therapy. S možnostmi využití Frenchayského testu paže v ergoterapii pro vyšetření úchopu a manipulace s předměty i s osobními postřehy z hodnocení se podělí autorka dalšího článku. Mnoho podnětných nápadů a inspirací jistě načerpáte z článku o využití stolních her v ergoterapii u osob s demencí.

Studentskou část v tomto čísle obohatila pouze jedna naše budoucí kolegyně, za to však hned dvěma zajímavými zamyšleními. Vždy nás velmi těší, když můžeme v čísle uveřejnit příspěvky a názory studentů. Mnohdy totiž nabízejí nové pohledy na naši profesi i praxi a podněcují tak naši reflexi. Velmi uvítáme příspěvky i dalších studentů, protože nás zajímají jejich pohledy na současnou podobu ergoterapie. V bulletinu Vám nabízíme prostor pro Vaši oborovou diskusi, výměnu zkušeností a podnětů pro praxi. Budeme rádi, pokud této příležitosti využijete ke svému užitku i v příštím roce.

Naše poděkování patří též sponzorům, nakladatelství Portál a Triton, kteří podpořili vydání tohoto čísla bulletinu a věnovali publikace do soutěže.

Dovolte mi na závěr poděkovat Vám za přízeň v tomto roce a do nového roku Vám popřát hodně zdraví, pohody, rodinného štěstí a uspokojení i ocenění Vaší práce. Na setkání s Vámi na některé z akcí pořádaných profesní organizací ergoterapeutů nebo prostřednictvím bulletinu se v roce 2013 těší výbor ČAE.

Jana Jelínková,
Prezidentka ČAE

II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE

Zprávy z výboru ČAE za období červen až prosinec 2012

Zapsala: Jana Jelínková, prezidentka ČAE

1. Legislativní a administrativní aktivity

- **Zaslání připomínek k úpravě vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.** ČAE na žádost MZ zaslala specifikace odborných činností, které může vykonávat ergoterapeut samostatně po získání odborné způsobilosti a na základě indikace. Dále jsme v návrhu navrhli vymezení činností, které může ergoterapeut provádět bez indikace a činnosti, které by měl provádět ergoterapeut s odbornou způsobilostí pod odborným vedením (v době zpracování).
- **Zaslání odborného stanoviska ČAE na MZ k odbornosti pracovní terapeut.** Po četných jednáních s odborníky z oboru ergoterapie, zástupci výboru Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, prezidia UNIFY a Doc. MUDr. Švestkovou, Ph.D., vyplynulo, že pozice „pracovního terapeuta“ je u odborníků stále nejasná, v praxi není profese postrádána a vytváření kvalifikačního kurzu je proto neopodstatněné. Po konzultacích se zástupci Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, kteří sdílejí naše stanovisko, jsme si ověřili, že ani lékaři rehabilitační a fyzikální medicíny-garanti oboru léčebné rehabilitace, nevnímají z terénu žádný tlak na potřebu těchto pracovníků. Na základě těchto závěrů jsme proto na MZ požadovali, aby „pracovní terapeut“ byl vypuštěn z nového návrhu zákona o podmínkách získávání, přiznávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, porodní asistentky a dalších zdravotnických povolání a povolání jiných odborných pracovníků a s ním souvisejících právních předpisů.
- **Účast na dohodovacím řízení k novele Sazebníku zdravotnických výkonů, k výkonům předložených Gerontologickou společností.** ČAE připomínkovala především návrhy výkonů hodnocení P a IADL lékařem odbornosti geriatric.
- **ČAE zaslala připomínky k pracovní verzi návrhu zákona o koordinované rehabilitaci připravovaném MPSV.**
- **Na MZ zaslány připomínky k předběžnému návrhu zákona o podmínkách získávání, přiznávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání a povolání jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví (zákon o zdravotnických povoláních, dříve zákon č. 96/2004 Sb.).** ČAE připomínkovala především paragrafy týkající se podoby celoživotního vzdělávání (organizaci, rozsah, převedení kontroly ČŽV na zaměstnavatele), registrace a registru zdravotnických pracovníků a kvalifikačních požadavků na odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta.
- **Účast zástupců ČAE na přípravných jednáních ke vzniku komory zdravotnických pracovníků.** Viz samostatný článek.
- **Účast ČAE na změnovém řízení stávajících ergoterapeutických výkonů.** V srpnu ČAE vytvořila návrhy nových i novelizace aktuálních ergoterapeutických výkonů, které podstoupila k posouzení pracovní skupině na MZ. Kódy byly přijaty do dohodovacího řízení. V září jsme se zúčastnili dohodovacího řízení, z kterého vyplynuly úkoly k dopracování předložených výkonů. Po jednání s VZP jsme předložili upravené návrhy do dalšího kola dohodovacího řízení, které proběhlo v říjnu. Na tomto jednání byly naše výkony přijaty a dle sdělení MZ v zápise z jednání budou uveřejněny v aktualizovaném Sazebníku výkonů. Bližší informace o návrzích výkonů a posloupnosti realizovaných aktivit jsou uvedeny v samostatném článku níže.
- **Účast zástupce ČAE na výběrovém řízení za účelem zřízení nového ergoterapeutického pracoviště. Jednání za účasti zástupců pojišťoven, odborníků z praxe a zástupce profesní organizace inicioval Magistrát hl. města Prahy.**
- **Zástupce ČAE byl nominován do nově zřizovaného poradního orgánu ministra MPSV (Pracovní skupina pro pomůcky pro osoby se zdravotním postižením).** V říjnu proběhlo za účasti zástupce ČAE první jednání pracovní skupiny, z kterého vyplynuly první úkoly týkající se zvýšení informovanosti pracovníků úřadů práce podílejících se na posuzování žádostí o příspěvek na zvláštní kompenzační pomůcky.
- **České asociace ergoterapeutů byla požádána MZ o vyjádření se k přiznání způsobilosti k výkonu**

zdravotnického povolání ergoterapeuta v rámci žádosti o odstranění tvrdosti dle § 91b zákona č. 96/2004 Sb. Po podrobném prostudování doložených dokladů a odůvodnění žadatelky se výbor České asociace ergoterapeutů rozhodl nedoporučit vyřízení žádosti kladně a nedoporučil přiznat žadatelce odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta.

- **ČAE je partnerem v projektu „Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti“ financovaného z Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost.**
- **Proběhla Valná hromada ČAE, která byla realizována v rámci 24. Celostátní odborné konference ČAE.** Valná hromada se konala 31. 5. 2012. Členové byli seznámeni se stavem členské základny a finanční situací, s činností pracovní skupiny, která má na starost posuzování žádostí o souhlasné stanovisko vzdělávací akce pro odbornost ergoterapeut. Blíže se diskutovalo o přípravách vzniku komory zdravotnických pracovníků a aktivitě ČAE v přípravných jednáních, aktivitách ČAE za první pololetí 2012. Prezentovány byly výstupy výzvy „Pojďme vymyslet doplňující název pro termín ergoterapie.“
- **Průběžné odpovídání na telefonické a emailové dotazy členů i nečlenů ČAE, vedené běžné administrativy a finančního deníku profesní organizace.**
- **Na webových stránkách www.ergoterapie.cz je uveřejněna anketa s možností hlasování o doplnění názvu ergoterapie. Prosíme, zapojte se.**

2. Vzdělávací akce ČAE

- **V termínu 31. 5. a 1. 6. proběhla v prostorách Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR pod záštitou MUDr. Jitky Chalánkové, místopředsdkyně Výboru pro sociální politiku, 24. celostátní odborná konference ergoterapeutů.** Odbornou garanci nad konferencí přijala Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Program konference byl v letošním roce tematicky zaměřen v souladu s Evropským rokem aktivního stárnutí. Velmi děkujeme všem přednášejícím za velmi kvalitní odborné příspěvky, díky kterým byla konference po odborné stránce hodnocena účastníky na vysoké úrovni. Naše pozvání k účasti na konferenci přijali např. **Prof. Hans Jonsson, Ph.D.** z Karolinska

Institutet, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Švédsko, **MUDr. Alena Štefllová, Ph.D.**, ředitelka Kanceláře WHO v ČR, **Mgr. Mária Wirth, Ph.D.**, certifikovaný Validation @Naomi Feil- Presenter. Slovensko, **PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D.**, Psychologický ústav, Filozofická fakulta MU Brno, Doc. **MUDr. Olga Švestková, Ph.D.**, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, **Zdena Faltýnková**, Česká asociace paraplegiků a **Mgr. Jitka Suchá**, Gerontologické centrum Praha 8.

- **Příprava plánů vzdělávání na druhé pololetí 2012.** Vyjednávání s lektory, organizace vzdělávací akce, zajištění prostor, administrace přihlášek. ČAE nabídla v druhém pololetí 2012 celkem 5 vzdělávacích akcí. Pro malý zájem nebyly realizovány kurzy Sexualita lidí s mentálním postižením a Sexualita ve stáří a u lidí s demencí.
- **Realizované vzdělávací aktivity:** Kurz cvičení paměti, termín 22. 9. 2012, lektor Mgr. Jitka Suchá. Kurz tejpování HK, termín 26.–27. 10. 2012, lektor Mgr. Richard Jisl. Ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství byl realizován kurz Validace podle Naomi Feil, termín 30. 11. 2012, lektor Mgr. Mária Wirth, Ph.D.
- **Jelikož se nám v letošním roce z organizačních a kapacitních důvodů nepodařilo zorganizovat setkání v příležitosti Světového dne ergoterapie, připravili jsme pro členy předvánoční setkání.** Posezení v Kavárně Pražirna, 4. 12. 2012, se zúčastnilo 13 členů, mezi kterými byl i Doc. MUDr. Votava. V neformální atmosféře jsme diskutovali o ergoterapeutických tématech i přípravách na Vánoce. Proběhla také tombola drobných dáreků.
- **ČAE na žádost Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě, Katedry rehabilitace, převzala záštitu nad workshopem o HK pod vedením E. Panturin, ergoterapeutky z Izraele.** Název kurzu Problematika hemiparetické končetiny z pohledu Bobath konceptu. Termín konání 5. 2.–7. 2. 2013 v Ostravě.
- **Pokračování agendy pracovní skupiny posuzující žádosti o zařazení vzdělávacích akcí do kreditního systému pro odbornost ergoterapeut.**
- **Plán vzdělávacích akcí ČAE na rok 2013.** Z hodnocení kurzů vyplynulo, že členové mají zájem o pokračování kurzu cvičení paměti a kurz tejpování HK. Dále se objevily návrhy na témata ergoterapie

u klientů po CMP, Bazální stimulace, orofaciální stimulace, více prakticky zaměřená ergoterapie u různých diagnóz, tvořivé aktivity, ergoterapie u pacientů s duševním onemocněním, ergonomie, předpracovní rehabilitace. Zajímavá byla témata „Prosazení ergoterapeuta v zaměstnání,“ a „Ergoterapeut jako osobnost v zaměstnání.“ Některá z těchto témat se pokusíme po dohodě s lektory zrealizovat v příštím roce. Včas Vás budeme informovat.

- **Konference 2013:** předběžný termín konference 2013 bude září, místo konání Praha. Uvítáme Vaše návrhy na zaměření konference. Součástí konference bude i valná hromada ČAE, jejíž hlavním programem budou volby do výkonného výboru.

Další vývoj České komory zdravotnických pracovníků

Zapsaly:

- *Mgr. Kateřina Svěcená, vedoucí ergoterapeut Kliniky rehabilitačního lékařství I. LF UK a VFN v Praze, katerina.svecena.lf1@seznam.cz, členka rozšířeného výboru ČAE*
- *Bc. Kateřina Šuláková, ergoterapeut, Nemocnice Na Bulovce, sulakovak@gmail.com, 2. viceprezidentka ČAE*

Na tomto místě bychom Vás rádi informovali o dalším vývoji příprav České komory zdravotnických pracovníků. Na valné hromadě, konané při Ergoterapeutické konferenci 2012, jsme získali od členů ČAE plnou podporu a mandát zastupovat ergoterapeuty v této věci na jednotlivých setkáních.

Pro připomenutí také zopakujeme nejdůležitější události, které byly prezentovány v červnu 2012 na Ergoterapeutické konferenci:

Prosinec 2011

- iniciace ČASu na vzniku komory nelékařů

Únor 2012

- První oficiální zprávy v tisku o tom, že se uvažuje o vzniku komory nelékařů.
- Odsouhlaseno logo komory a její název komory (Česká komora zdravotnických pracovníků).
- ČAE vypracovala spolu s UNIFY návrh na disciplinární řád komory (prozatím zůstává vše u návrhu).
- Volba užšího přípravného výboru.

Září 2012

- vznik Zájmového sdružení s názvem „Přípravný výbor ČKZP“

Zájmové sdružení založilo 17 profesních organizací a sdružuje celkem 26 profesních organizací. Devět organizací nemůže být zakladateli z toho důvodu, že nedostali od členů svých profesních organizací potřebný souhlas. Zájmové sdružení je právnickou osobou registrovanou na Magistrátu hlavního města Prahy. Vzniklo jako předstupeň komory. Cílem sdružení je příprava nezbytných dokumentů, přesná definice struktury a funkce jednotlivých orgánů komory, vytvoření stanov komory. Po dosažení těchto cílů se sdružení překlene v samotnou komoru a samotné zanikne.

Jako zájmové sdružení jsme požádali Ministerstvo zdravotnictví o účast na připomínkových řízeních. Tedy mít možnost vyslovovat se k připravovaným dokumentům týkajících se našich profesí. Této akci bylo vyhověno.

Se členstvím v zájmovém sdružení souvisí i jeho finanční podpora. Všichni účastníci se zavázali k uhrazení členských příspěvků. Hodnota členského příspěvku je pro všechny členy stejná a slouží k pokrytí nezbytných nákladů, např. pro registraci loga komory, pro vytvoření a správu webových stránek komory.

Vznik zájmového sdružení PVČKZP je velkým krokem vpřed. Vyjadřuje kolektivní zájem na vytvoření komory. Bohužel, v tak velkém počtu členů je obtížné najít shodu v diskusi o struktuře a funkci orgánů komory. Což je zároveň dokladem toho, že zájmem každého profesního sdružení je zachovat si svou suverenitu. Aktuálním cílem Sdružení je dohoda na konkrétní podobě struktury komory, a to do konce tohoto roku. Vznik komory je stále plánován k začátku roku 2014.

Zájemci o podrobnější informace mohou nalézt více na webových stránkách přípravného výboru ČKZP na www.ckzp.cz.

Soutěž Světové federace ergoterapeutů

Zapsala: Bc. Kateřina Šuláková, ergoterapeut, Nemocnice Na Bulovce, sulakovak@gmail.com, 2. viceprezidentka ČAE

Ku příležitosti 60. výročí vzniku Světové federace ergoterapeutů WFOT byla vyhlášena fotografická soutěž s tematikou „Vše co se děje ve dnech práce“.

Zkuste zdokumentovat Vaši práci. Vyfoťte, jak pracujete, jak zaměstnáváte klienty, kolegy, podřízené, jak vyučujete studenty nebo jak propagujete Naši profesi. Odměny jsou totiž lákavé – výherce získá odměnu 500\$

a jeho fotka bude propagačním plakátem Světového dne ergoterapie 2013. Finanční odměny jsou připraveny i pro 2. a 3. umístění. Stačí jen Vaši fotku nahrát na webové stránky www.wfotphotos.com, kde najdete i podrobnější informace o soutěži. Soutěž trvá **do 15. května 2013**.

Ohlédnutí za konferencí ČAE

Zapsala: Bc. Kateřina Macků, 1. viceprezidentka ČAE

Milé kolegyně a milí kolegové, ráda bych Vám moc poděkovala za hojnou účast na 24. celostátní odborné ergoterapeutické konferenci konané ve dnech 31. 5. a 1. 6. 2012 v prostorech Poslanecké sněmovny v Praze. Veliké díky patří všem přednášejícím, kteří se zhostili svých příspěvků velmi osobitým způsobem, ale i těm, kteří tvořili vstřícné a zvědavé publikum. V neposlední řadě bych



Na této a další straně: Momentky z 24. celostátní konference ČAE konané v Poslanecké sněmovně v Praze



SPOKOJENOST s konferencí

Počet bodů	S organizací	S programem	S dobou konání	S místem konání	S cenou
10 (MAXIMUM)	40 osob	22 os	29 os	34 os	20 os
9	9 os	11 os	8 os	8 os	5 os
8	3 os	11 os	7 os	7 os	6 os
7	1 os	5 os	4 os	2 os	4 os
6	1 os	1 os	1 os	1 os	2 os
5	-	2 os	2 os	2 os	2 os
4	-	-	-	-	-
3	-	-	1	-	-
2	-	-	-	-	-
1 (MINIMUM)	-	-	-	-	-
NEZODPOVĚDĚL	0 os	2 os	2 os	0 os	15 os



rada poděkovala všem organizátorům, sponzorům i všem pomocníkům z řad studentů za perfektní spolupráci při přípravě i průběhu konference.

Pro vyšší kvalitu příštích ročníků jsme Vás letos požádali prostřednictvím dotazníku o zpětnou vazbu a hodnocení konference z Vašeho pohledu. Tímto děkuji všem, kteří se zúčastnili, a uvádím zde některé z výstupů. Kompletní statistické výsledky najdete na www.ergoterapie.cz v sekci Oznámení.

Pevně věřím, že i příští konference bude příjemným a obohacujícím společným setkáním!

Platnost nových ergoterapeutických výkonů

Zapsaly:

- *Mgr. Kateřina Svěcená, vedoucí ergoterapeut Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, katerina.svecena.lf1@seznam.cz, členka rozšířeného výboru ČAE*
- *Bc. Kateřina Šuláková, ergoterapeut, Nemocnice Na Bulovce, sulakovak@gmail.com, 2. viceprezidentka ČAE*

Ergoterapeutická veřejnost by měla být seznámena s tím, že pravděpodobně od 1. 1. 2014 vejdu v platnost nové ergoterapeutické kódy/výkony.

Nejspíš ergoterapeutické veřejnosti neunikla ani skutečnost, že v roce 2011 vyzvala prezidentka České

asociace ergoterapeutů prostřednictvím webového rozhraní a pomocí elektronické pošty ergoterapeuty k tomu, aby se zapojili do procesu tvorby nových ergoterapeutických výkonů, které je možné vykazovat na pojišťovnu. Byla vytvořena pracovní skupina, zpracovávající připomínky ke stávajícím kódům a vytvořila hrubý návrh ke kódům novým.

V srpnu 2012 byla ČAE vyzvána k účasti na změnovém řízení stávajících ergoterapeutických výkonů. Prvotním záměrem bylo upravit výkony co nejdříve a uvést je v platnost již od roku 2013. Byla proto vytvořena užší pracovní skupina, která začala okamžitě vypracovávat připomínky a změny, jež byly podány do změnového řízení. Tuto pracovní skupinu tvořily: Mgr. Jana Jelínková, Mgr. Kateřina Svěcená, Bc. Kateřina Šuláková. Ke konci měsíce srpna byly podány návrhy na vznik nových kódů:

Pro nositele S2:

- INSTRUKTÁŽ A ZÁCVIK PACIENTA A JÍM POVĚŘENÝCH OSOB ERGOTERAPEUTEM
- APLIKACE MODELOVÝCH ČINNOSTÍ V ERGOTERAPII
- SKUPINOVÁ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍCH A PERCEPČNÍCH FUNKCÍ
- INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍCH A PERCEPČNÍCH FUNKCÍ VE VZTAHU K PROVÁDĚNÍ ADL
- ZHODNOCENÍ DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ PACIENTA ERGOTERAPEUTEM (ZHODNOCENÍ BYTOVÝCH PROSTOR A ZAŘÍZENÍ ERGOTERAPEUTEM)
- ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ

Pro nositele S3:

- KLASIFIKOVÁNÍ ERGOTERAPEUTEM PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ
- CÍLENÁ ERGOTERAPIE RUKY
- ERGOTERAPEUTICKÉ METODY NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ

Tyto návrhy byly připomínkovány pracovní skupinou na MZ ČR. Mezi připomínkami bylo uvedeno, že některé

náležitosti se dublují s již existujícími ergoterapeutickými výkony a naopak některé chybějící činnosti je možné zapracovat do již existujících kódů. Po několika jednáních s pracovní skupinou na MZ ČR a paní doktorkou Šustkovou na VZP byly schváleny změny u již existujících výkonů a navrženy tyto výkony:

Pro nositele S2, byly nově zařazeny tyto výkony, které by měl být schopen provádět i absolvent oboru ergoterapie:

- VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE
- VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM KONTROLNÍ
- INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ
- INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE S VYUŽITÍM DÍLEN
- NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL
- ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ
- ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ S VYUŽITÍM DÍLEN
- ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ

Pro nositele S3, byly nově zařazeny tyto kódy, které by měl být schopen provádět ergoterapeut po absolvování certifikovaného kurzu nebo po získání příslušné specializace:

- SPECIALIZOVANÉ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE
- SPECIALIZOVANÉ KONTROLNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ
- KLASIFIKOVÁNÍ ERGOTERAPEUTEM PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ
- CÍLENÁ ERGOTERAPIE RUKY (možné vykázat i zvlášť účtovaný materiál na výrobu termoplastické dlahy)
- ERGOTERAPEUTICKÉ METODY NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ

Nově byly zapracovány aktivity ergoterapeuta, jako je zhodnocení a výběr vhodných kompenzačních pomůcek do výkonu Ergoterapeutické vyšetření pro navržení vhodných technologií a produktů, který je možné vykazovat po dobu 20 min a to 2x denně.

Poradenství a intervence rodinným příslušníkům pacienta je možné vykazovat pod výkonem Individuální ergoterapie základní, včetně tréninku kognitivních funkcí. Modelové činnosti byly zapracovány do stávajícího kódu Individuální ergoterapie s využitím dílen.

U výkonů Individuální ergoterapie základní, Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie, Nácvik všedních denních činností a dalších, nebylo uvedeno omezení místem. Což v praxi znamená, že ergoterapeuti mohou tyto

činnosti vykonávat i v domácím prostředí pacienta, tedy během domácí návštěvy. Proto nebylo nutné vytvářet samostatný výkon domácí návštěvy.

Problémem může dále být doprava ergoterapeuta do domácnosti pacienta. To je však záležitost každého zařízení, které má možnost nasmlouvat s pojišťovnou úhradu dopravy zdravotnického pracovníka do domácího prostředí pacienta.

„Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě je vykazována na tiskopisu VZP-36, výkon dopravy 10. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, byla pro rok 2011 stanovena hodnota bodu ve výši 0,90 Kč dle vyhlášky MZ ČR č. 396/2010 Sb.“ (zdroj ze dne 1. 11. 2012 <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/info-servis-05-2011/vykazovani-a-uhrada-zdravotni-dopravy-a-nahrad-cestovnich-nakladu>)

Valná část stávajících výkonů se překlopila pro odbornost S2, což může znamenat nižší příjem financí za úhradu ergoterapeutických služeb pacientům. Naopak jako pozitivum vzniklo více výkonů, které mohou vykazovat odbornosti S3 a tímto se získané finance za úhradu služeb ergoterapeuta danému zařízení mohou vyrovnat a současně je tak zaměstnavatel motivován poskytnout zaměstnanci specializované postgraduální vzdělání.

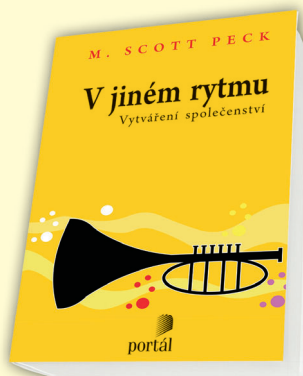
M. Scott Peck

V jiném rytmu

Vytváření společenství

Kniha se za pomoci příkladů věnuje mezilidským vztahům a schopnosti žít ve společenství s druhými. Autor se zabývá fázemi, jimiž podle něj musí každá skupina projít, aby se mohla stát společenstvím. Společenství vyžaduje obtížný skok od zpochybnění vlastních pravd přes „prázdnost“ až k otevření se možnosti, že pravdu mohou mít také ti druzí, což je nedílně spojeno s prohloubením vlastního náhledu.

brož., 352 s., 399 Kč



Carmen Kindl-Beilfuss

Umění ptát se

v koučování, poradenství a systemické terapii

Autorka se snaží přijít na to, jak dobrou otázku formulovat a jak ji využít pro vedení dobrého rozhovoru. Zabývá se technikami dotazování v individuální, párové i rodinné terapii, se zvláštním zaměřením na tzv. biografické interview. Nabízí stovky otázek vhodných pro různá témata a kontexty v koučování, poradenství či systemické terapii. Soubor otázek tvoří samostatnou přílohu knihy.

brož., 272 s., 435 Kč



Tatjana Šišková

Facilitativní mediace

Řešení konfliktu prostřednictvím mediátora

V knize jsou uvedeny informace z historie mediace ve světě a v ČR z pohledu školitele a realizátora rodinné, komunitní a pracovní mediace. Další text se zabývá definicí mediace, jejími specifiky, informacemi o rozdílech mezi mediací facilitativní, evaluativní a transformativní. Definována je role mediátora. Součástí textu jsou cvičení, příklady a ukázky z praxe, slovníček, vzory dohod.

brož., 208 s., 355 Kč



Istifan Maroon

Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků

Teorie, praxe, kazuistiky

Autor hledá příčiny vyhoření a nabízí strategie i modely k jeho prevenci i překonání. Poukazuje na použitelné zásahy a terapeutické metody pro sociální pracovníky v různých etapách profesního vývoje. Hlavní pozornost věnuje potenciálním podpůrným strukturám na pracovišti a v soukromém životě postižených.

brož., 152 s., 265 Kč

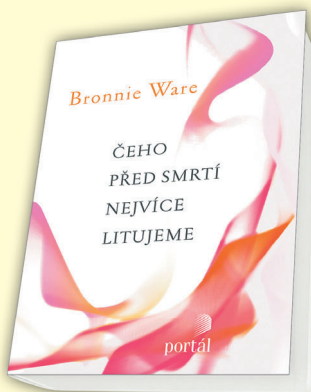


Bronnie Ware

Čeho před smrtí nejvíce litujeme

Příběhy lidí loučících se se životem se prolínají s osobním příběhem autorky, hledající pozitivní smysl prožívání přítomnosti při plném vědomí vlastní konečnosti. Rozhovory s umírajícími naznačily několik hlavních směrů lítosti – kéž bych měl odvahu žít opravdu podle sebe, kéž bych tolik nepracoval, kéž bych měl odvahu vyjádřit své city, kéž bych si udržel vztahy se svými přáteli...

brož., 312 s., 399 Kč



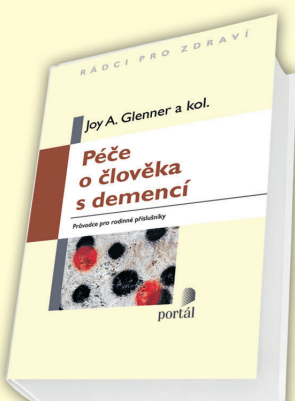
Joy A. Glenner a kol.

Péče o člověka s demencí

Průvodce pro rodinné příslušníky

Kniha zkušených odborníků nabízí praktické rady, které se týkají všech oblastí života člověka s demencí a jeho rodiny. Najdeme v ní doporučení, jak nemocnému pomáhat s osobní hygienou, jak zajistit dostatečnou výživu i jak s člověkem s demencí komunikovat. Všechny oblasti péče o člověka s demencí jsou v knize přiblíženy pomocí kazuistik.

brož., 136 s., 229 Kč



III. ODBORNÁ ČÁST

Využití prvků Constrained-Induced Movement Therapy v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě

*Bc. Alice Šulcová, ergoterapeut,
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice*

Alicesulcova@seznam.cz

Cévní mozková příhoda (CMP) je onemocnění postihující v České republice 150–200 obyvatel na 100 000 a je na třetím místě v příčinách smrti po chorobách srdce a různých druzích rakoviny. Mortalita v České republice je čtyřikrát vyšší než v USA a 40 % nemocných umírá do jednoho roku po příhodě. Constraint-induced movement therapy (CIT) metoda je v literatuře popisována jako metoda pro zlepšení jemné a hrubé motoriky, rozsahu pohybu, soběstačnosti v ADL s horní nebo dolní postiženou končetinou.

ÚVOD

Protože je výskyt pacientů po CMP v České republice vysoký a rapidně neklesá, bylo by zajímavé tuto metodu – *constraint-induced movement therapy* (CIT) – začít aplikovat a zaměřit se hlavně na pacienty postižené CMP. Recentní cizojazyčná literatura popisuje CIT metodu jako účinnou a nápomocnou pacientům po CMP (1, 2, 3).

Základní principy této techniky jsou známy již dlouhou dobu, ale širší užití nastává až v současné době (3). CIT se skládá z nové sady rehabilitačních technik, u kterých data z kontrolovaných, randomizovaných studií ukázaly, že může podstatně snížit deficit motoriky u (více) postižené končetiny mnoha pacientů s anamnézou CMP. CIT je založena na omezení používání méně postižené končetiny a zvýšení používání končetiny postižené. Omezení používání méně postižené končetiny vyplývá z prakticky totálního znemožnění úchopů při jednotlivých činnostech, tj. zabandážování méně postižené ruky. Tato metoda je aplikovatelná jak pro horní končetiny, tak pro končetiny dolní.

Constraint-Induced Movement Therapy

Cévní mozková příhoda (CMP) je hlavním důvodem invalidity ve Spojeném státěch (1) a zároveň hlavním důvodem disability dospělých. Velmi často je CMP doprovázena značnou ztrátou motorických funkcí (2). V roce 1993 byl zveřejněn odhad ročních nákladů spojených s CMP, které v USA dosáhly 30 miliard dolarů, z nichž 17 miliard tvořily přímé náklady na lékařskou péči a 13 miliard dolarů tvořily nepřímé náklady způsobené ztrátou produktivity(4).

CIT je založena na omezení používání méně postižené končetiny a zvýšení používání končetiny postižené. Omezení používání méně postižené končetiny vyplývá z prakticky totálního znemožnění úchopů při jednotlivých činnostech, tj. zabandážování méně postižené ruky.

Tato metoda je aplikovatelná jak pro horní končetiny, tak pro končetiny dolní. Kontrolovatelné experimenty ukázaly, že léčba nebo CIT je efektivní při použití postižených končetin v přirozeném prostředí po CMP. Společným terapeutickým faktorem všech technik CIT je koncentrování, opakující se praxe užívání u postižené končetiny. Metoda CIT byla úspěšně aplikována na horní končetinu u pacientů s chronickou a subakutní CMP a u pacientů s chronickým traumatickým poraněním mozku a dolních končetin u pacientů s CMP, nekompletní poranění míchy a zlomené kyčle (1).

Studie v praxi

Současná cizojazyčná literatura popisuje použití této metody jednak ihned po příhodě, ale také i delší dobu od CMP. V této studii byli pacienti zvoleni tak, aby byli časově v mezidobí, tj. 3–5 let od CMP.

Byli vybráni 2 pacienti, kteří docházeli na Kliniku rehabilitačního lékařství (KRL) Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Tyto pacienti byli vybráni zvláště kvůli částečně zachované funkčnosti postižené HK, celkové soběstačnosti, zachovaným kognitivním funkcím a dobou od CMP méně než 5 let. Dalším kritériem výběru bylo také pohlaví, kde byl kladen důraz na zastoupení obou pohlaví.

Pro tuto studii byla zhotovena originální terapeutická pomůcka, kterou v rámci terapie pacienti dostali také do domácího užívání.



Terapeutická pomůcka – rukavice pro CIT metodu.

Terapie byla rozvržena a naplánována na 10 hodinových intervencí v pracovní dny v průběhu dvou týdnů. Dále následovaly 3 měsíce pauzy, kde v tomto období pacienti každý den měli dle pokynů používat terapeutickou pomůcku aspoň jednu hodinu denně při ADL. Po této periodě následovalo znovu období terapie na KRL opět po dobu 10 pracovních dnů v průběhu dvou týdnů.

Před zahájením terapie bylo provedeno vstupní vyšetření. Dále pak bylo součástí hodnocení terapie zúčastněné pozorování a subjektivní zhodnocení samotnými pacienty a po proběhlém cyklu terapie bylo také provedeno výstupní vyšetření.

PRŮBĚH TERAPIE

Pacient 1

Každé terapeutické sezení začalo přípravou pravé HK měkkými technikami, mobilizací ramene na lůžku a uvolnění spasticity. Mezi použité techniky přípravy pravé HK patřilo „míčkování“, „ježkování“, „kartáčování“, myofasciální techniky pravé HK a aproximace kloubů ruky. Mobilizace ramene na lůžku probíhala fixací pletence kloubu ramenního a jeho uvolněním pomalými kruhovými pohyby.

Po této přípravě následovala samotná CIT metoda. Pacientka si nejprve vlastnoručně nasadila terapeutickou pomůcku – rukavici – a začala se věnovat nácviku zvolené činnosti. Mezi zvolené činnosti patřilo krájení potravin, příprava jednoduchých jídel a jejich následná konzumace postiženou HK.

U pacientky byla nutná adaptace pracovního prostředí, k nácviku byl použit ergonomický nůž a prkénko s bodci. Adaptována byla pracovní plocha na nižší polohu, aby mohla pacientka pro ulehčení krájení zapojit horní polovinu těla. Nejprve krájela jednoduché potraviny jako jablko, posléze chléb, který si namazala pomazánkovým máslem. Následně pacientka připravený pokrm konzumovala pomocí klasické vidličky. Stupňování nahoru probíhalo změnou krájených potravin, složitější přípravou a snižováním adaptace prostředí.

Po této periodě (10 hodinových sezení za 14 dní) následovali tři měsíce, při kterých pacientka obdržela rukavici do domácího prostředí, kde měla terapeutickou pomůcku používat minimálně hodinu denně při činnosti v ADL. Pacientka však uvedla, že rukavici používala, v nesouladu s doporučením, jen třikrát týdně 30–60 minut. Po viditelném zlepšení v rámci přípravy a konzumace pokrmů bylo přistoupeno k nácviku k dosažení dalšího cíle, tj. zavazování tkaniček. Při vstupním vyšetření si pacientka nebyla schopná zavázat tkaničky u bot; po rozcvičení a „nuceném“ používání postižené horní končetiny a nácviku zavazování pomocí terapeutické pomůcky – kostky – a své boty s tkaničkami, byla poprvé po CMP pacientka schopna za použití obou dvou HK zavázat pravou i levou botu.

Zlepšení soběstačnosti bylo u této pacientky také pozorováno při domácí návštěvě, kde si samostatně připravila, uvařila a zkonsumovala oběd – přírodní řízek s brambory. Při této návštěvě pacientka nepoužívala terapeutickou pomůcku; návštěva byla koncipována jako kontrola zvýšení používání postižené HK a zlepšení soběstačnosti v ADL.

Výstupní vyšetření

Při výstupním vyšetření byly zjištěny změny v osobní hygieně, u které pacientka uvedla, že čištění zubů zkouší provádět postiženou HK. Obličej si myje již oběma HK, kvůli zlepšení rozevření prstů do extenze.

Při oblékání pacientka dokázala natrénovat zavazání tkaniček u bot, kde bylo doporučeno používání silnějších a delších tkaniček. Dále v personální ADL se pacientka zlepšila v oblasti sebesycení, kde se znovu naučila používat přístroj při konzumaci potravin a při krájení jednoduchých jídel.

V instrumentální ADL konkrétně při přípravě jídla se již pacientka snaží používat obě HK – jak dokázala i domácí návštěva. Při nákupu se pacientka snaží sama zaplatit; postiženou HK drží peněženku a levou HK vydává peníze z peněženky.

Pozorování dokázalo, že pacientka sama po uvolnění HK rozevře při úchopu prsty do extenze, čehož dříve nebyla při kulových a válcových úchopech schopna, předměty

zvedne a sundá do úrovně čela (původně do úrovně úst – zlepšení flexe v ramen. kloubu) a že se jí zlepšila supinace (původně max. ¼, nyní max. ½).

Sebereflexe pacientky

Pacientka uvádí, že terapie byla velmi prospěšná a úspěšná, i když velmi fyzicky náročná. Za největší přínos této metody považuje schopnost zavázat si tkaničky u bot (těší se z toho, že může konečně nosit i jiné boty než pouze nazouvací) a také že zlepšená motorika postižené končetiny jí umožnila fyzický kontakt s jejími kocoury, které do té doby hladila jen levou horní končetinou.

Pacient 2

Stejně jako v případě prvního pacienta každé terapeutické sezení začalo přípravou pravé HK měkkými technikami a mobilizací ramene (v sedě na židli). Mezi použité metody přípravy pravé HK patřilo „míčkování“, „ježkování“, „kartáčování“, myofasciální techniky pravé HK a aproximace kloubů ruky. Mobilizace ramene v sedě na židli probíhala fixací pletence kloubu ramenního a jeho uvolněním pomalými krouživými pohyby.

Po této přípravě pacient pokaždé trénoval jemnou motoriku pomocí skládací hry s velmi malými dřevěnými dílky, které zasouval do stojanu s adekvátním počtem malých děr. Poté následovala samotná CIT metoda. Pacient si nejprve vlastnoručně nasadil terapeutickou pomůcku – rukavici – a začal se věnovat nácviku zvolené činnosti. Mezi zvolené činnosti patřilo krájení potravin, příprava jednoduchých jídel a jejich následná konzumace postiženou HK.

U pacienta byla opět nutná adaptace pracovního prostředí, k nácviku byl použit ergonomický nůž a prkénko s bodci. Adaptována byla pracovní plocha na nižší polohu; pacient pak subjektivně pociťoval lepší kontrolu nástroje a větší sílu při dané činnosti. Nejprve krájel jednoduché potraviny jako jablko, posléze chléb, který si namazal taveným sýrem. Následně pacient připravený pokrm konzumoval pomocí klasické vidličky, popř. horní končetinou. Vzhledem k tomu, že pacientovo přání bylo nacvičovat přípravu masa, stupňování nahoru probíhalo změnou krájených potravin na maso, cibuli, a další, na zacházení, složitější potraviny, přípravou složitějších pokrmů a snižováním adaptace prostředí.

Po této periodě (10 hodinových sezení za 14 dní) následovali tři měsíce, pro které pacient dostal vypůjčenou rukavici do domácího užívání, kde měl terapeutickou pomůcku používat minimálně hodinu denně při činnosti v ADL. Pacient však uvedl, že rukavici používal, v nesouladu s doporučením, jen jednou týdně po dobu dvou hodin při vaření.

Výstupní vyšetření

Pozorováním bylo zjištěno, že si pacient zautomatizoval používání postižené HK. Další zlepšení nastalo v oblasti jemné motoriky a jemnějších úchopů – špetka, u které se zlepšila koordinace prstů – a obratnost manipulace s předměty. Avšak při přípravě pokrmů se pacient mnoho nezlepšil a to při mazání taveného sýra na chléb, ale větší zlepšení nastalo při krájení hlavně masa, je však nutné, aby pacient používal velký ergonomický nůž. Před terapií, pokud se pacient hodně soustředil na pracovní činnost, zapojoval jazyk a pracoval se souhybem ramene, po terapii již tyto patologické pohyby nejsou výrazné, nebo úplně vymizely. Pacient každou hodinu trénoval zasazování kolíčku do dřevěného podstavce, u čehož na konci terapie dosáhl rychlejšího tempa, lepší koordinace prstů a lepšího úchopu kolíku.

Sebereflexe pacienta

Pacient uvádí, že krájení mu jde lépe při používání ergonomického nože. Terapii popisuje jako velmi prospěšnou, sám pozoruje velké zlepšení v činnostech, které dříve vykonával pouze zdravou HK. Uvádí, že si znovu uvědomil, že postiženou končetinu „vůbec“ má, a že ji tedy může používat. Pacientovi zlepšení dodalo velkou vůli, energii a motivaci pro další terapii. Po viditelném zlepšení, které je spojitelné s vykonanou terapií, si sám pacient stanovil každodenní pravidelný trénink psaní.

ZÁVĚR

V případě první pacientky byl zjištěn pokrok v přípravě jídla, krájení potravin a používání přborů při jídle. Patientka začala zapojovat postiženou končetinu více i v ADL, velmi dobře si zautomatizovala její používání. Další oblast, která vykazala zlepšení byla motorika postižené HK, hlavně zlepšení flexe v pletenci ramenním, dále supinace a také extenze prstů. Při úchopech se ve fázích přiblížení a oddálení ukázalo zlepšení plynulosti pohybu, ve fázi uvolnění pacientka při soustředění dokázala bez pomoci levé HK rozevřít prsty do požadované extenze. Bylo vypořádáno, že pacientka již po týdnu aplikace CIT postiženou ruku používala daleko více ve všedních situacích, například otvírání dveří, pro což si znovu zautomatizovala používání pravé (postižené) HK.

Druhý pacient však nevykazoval takové zlepšení – zlepšila se koordinace prstů a rychlost pohybů při jemné motorice. Subjektivně pacient hodnotil, že postiženou končetinu používá více, častěji a automaticky než ji používal před terapií, poprvé od CMP dokázal oloupat brambory a sám si nakrájet maso (před terapií manželka).

Lze se domnívat, že u těchto dvou pacientů CIT metoda posloužila několika různými způsoby. Prvním

bylo „donucení“ pacienta používat postiženou HK, dále pak vlastní zrušení opomíjení postižené končetiny, automatizace jejího používání, zlepšení koordinace, motoriky a obecně pohybu. I když oba pacienti byli delší dobu po CMP, lze předpokládat daleko masivnější zlepšení stavu, pokud by byla CIT metoda aplikována již v první fázi rehabilitačního režimu.

Constraint-induced movement therapy byla shledána jako přínosná terapeutická metoda u pacientů s CMP. Současná cizojazyčná literatura popisuje použití této metody jednak ihned po příhodě, ale také i delší dobu od CMP.

Dle předpokladů bylo zjištěno, že CIT metoda je velmi dobře aplikovatelnou metodou, která je vhodná pro aplikaci u pacientů po CMP, a která u vybraných pacientů vykazala schopnost zlepšení zvolené činnosti. Bylo by, dle mého názoru, velmi vhodné tuto metodu zařadit mezi standardní techniky pro rehabilitaci pacientů s CMP. Pravděpodobně by tato metoda byla nápomocnou i v terapii dalších onemocnění, resp. traumat mozku. Velmi zajímavá by také mohla být aplikace této metody u pediatrických

pacientů s dětskou mozkovou obrnou, popř. s různými úrazovými traumaty hlavy nebo i u dětských onkologických pacientů; u těchto skupin je možná aplikace této metody formou hry.

Literatura:

1. TAUB, E. and USWATTE, G. and PIDIKITI, R. *Constraint-Induced Movement Therapy: A New Family of Techniques with Broad Application to Physical Rehabilitation - A Clinical Review*. J. Rehabil. Res. Dev. 1999, vol. 36, no. 3, p. 237-251.
2. KUNKEL, A. and KOPP, B. and MILLER, G. and VILLRINGER, K. and VILLRINGER, A. and TAUB, E. and FLOR, H. *Constraint-induced movement therapy for motor recovery in chronic stroke patients*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1999, vol. 80, p. 624-628.
3. DROMERICK, A. W. and LANG, C. E. and BIRKENMEIER, R. L. and WAGNER, J. M. and MILLER, J. P. and VIDEEM, T. O. and POWERS, W. J. and WOLF, S. L. and EDWARDS, D. F. *Very Early Constraint-Induced Movement during Stroke Rehabilitation (VECTORS) A single-center RCT*. Neurol. 2009, vol. 73, p. 195-201.
4. DOBKIN, B. H. *The economic impact of stroke*. Neurol 1995; vol. 45, suppl. 1, 6-9.

Frenchayský test paže (test k vyšetření úchopu a manipulace s předměty)

Bc. Tereza Sádlová, ergoterapeutka
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
terezasadlova@centrum.cz

Cílem tohoto příspěvku je seznámit ergoterapeuty s využitím Frenchayského testu paže jako jednoho z možných testů pro vyšetření úchopu u pacientů s pozměněnou úchopovou funkcí horních končetin. Popisují pomůcky, které jsou k testování potřebné, dále popisují jeho jednotlivé testovací úkoly, způsob hodnocení a přikládám několik osobních postřehů, které mne při samotném testování napadly.

ÚVOD

Lidská ruka je vysoce vyvinutý orgán s mnoha funkcemi a širokým využitím, který je zároveň složitě organizován a má nezastupitelné místo v životě každého člověka. Kromě schopností úchopu a manipulace s předměty je ruka také důležitým sensorickým orgánem. Uchopení umožnilo člověku fixování a přidržování předmětů, které je pro člověka velmi důležité nejen při vykonávání všedních denních činností (ADL, z angl. Activities of Daily Living).

Problematika neurologických onemocnění, mezi které patří i traumatické poranění mozku (TBI, z angl. Traumatic

of Brain Injury) a cévní mozkové příhody (CMP) jsou v klinické praxi stále častější a často si s sebou nesou těžké zdravotní postižení. Toto vzniklé zdravotní postižení mimo jiné může výrazně ovlivnit i funkci horní končetiny, zejména její úchopovou funkci. Spastické vzorce, které vznikají na horní končetině (HK), mohou velmi narušovat úchopový stereotyp.

Většina pacientů může a dokáže ruku jako úchopový orgán používat, přestože to tak nedělají. Proto je pro ně z funkčního hlediska důležité vybrat z primárních nebo sekundárních úchopů ty, které by alespoň částečně zvládli.

Abychom ale zjistili, které úchopy tito pacienti zvládnou, je důležité správně jejich úchop vyšetřit. Problematika testování úchopu je v praxi omezena pouze na formu velmi neobjektivní, a to na pozorování pacienta při určité činnosti. Pozorováním jsou však hodnoceny pouze úchopové formy, které testovaný běžně používá, nelze však takto zjistit jakých úchopových forem je objektivně schopen. Je tedy důležité vytvořit nebo začít používat takový úchopový test, který objektivně otestuje nejen úchopové schopnosti pacienta, ale i úchopové možnosti pacienta, které využije v denním životě. Vyšetření úchopu by mělo být doprovázeno podrobným vyšetřením citlivosti jednotlivých kloubů a aktivity jednotlivých svalů. Výsledky pozorování hodnocení úchopů lze kvalitativně popsat ve zdravotnické dokumentaci nebo kvantitativně hodnotit pomocí funkčních testů jemné motoriky nebo jednoduchých několikabodových škál.

Testy obecně mají v základu dvě hodnotící kritéria. Jedná se o hodnotící kritérium **čas a počet dosažených bodů**. Testy, při kterých se měří čas potřebný pro provedení daného testovacího úkolu, mohou být pro některé vyšetřované pacienty stresující a vlivem stresu může dojít k nárůstu spasticity nebo vyvolání asociovaných reakcí, což může mít vliv na výsledek testování a výsledek tím může být zkreslený a nepřesný. Proto níže uvádím test pro vyšetření úchopu, který má bodové hodnotící kritérium a je schopen objektivně vyšetřit úchopové možnosti pacientů.

Frenchayský test paže (Frenchay Arm Test)

Frenchayský test paže byl vyvinut roku 1980 De Souza et al. a umožňuje detailní posouzení funkcí horních končetin. Tento test vyšetřuje postiženou HK a testuje nejen úchop, ale i manipulaci s předměty a koordinaci obou horních končetin. Skládá se z pěti subtestů, které jsou zařazeny se stoupající náročností. Výchozí pozice vyšetřovaného je vždy vsedě s rukama v klíně. Z této pozice vycházejí všechny úkoly.

Pomůcky

Pomůcky potřebné k provedení tohoto testu, jsou běžně využívané předměty a dají se snadno obstarat nebo vlastnoručně vyrobit:

- papír,
- tužka,
- pravítko,
- válec (průměr 1,2 cm, délka 5 cm),
- sklenice na vodu,
- pružinový kolík na prádlo,
- kolík (průměr 1 cm, délka 15 cm),
- čtvercová podložka (hrana 10 cm),
- hřeben na vlasy.



Sada pomůcek Frenchayského testu paže

Testovací úkoly

Pacient je vyzván, aby:

- narýsoval linku pomocí pravítka, které drží paretická ruka (1);
- uchopil paretickou rukou válec, postavil je cca 15-30 cm od okraje stolu, poté ho zvedl do výšky cca 30 cm a znovu jej přemístil, aniž by válec upadl (2);
- paretickou rukou zvedl sklenici, která je do poloviny naplněna vodou, napil se z ní a poté ji opět vrátil na své místo, aniž by se cokoli rozlilo (3);
- sejmul pružinový kolíček z kolíku a přemístil je na čtvercovou podložku, pacient nesmí kolíček upustit ani převrátit kolík (4);
- učesal si paretickou rukou (nebo česání imitoval) vlasy na temeni hlavy, poté směrem dolů po každé straně hlavy (5).

Hodnocení

Za každý splněný úkol dostává vyšetřovaný vždy jeden bod; jestliže chybí nebo nezvládne daný úkol, pak nulový počet bodů. Tzn.: **0 – neprovede, 1 – provede**.

S tímto testem jsem měla možnost pracovat na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, kde jsem pomocí tohoto testu vyšetřovala pacienty po cévní mozkové příhodě. Dle mého názoru se jedná o test jednoduchý, testovací úkoly jsou pro vyšetřované pacienty dobře pochopitelné, test je rychle administrovatelný a nenáročný z hlediska dostupnosti pomůcek k testu. Provedení testu trvá zhruba 5–15 minut. Výsledkem testu je rychlé číslo, které nám napoví stav postižené HK vyšetřovaného. Test v sobě obsahuje více činností, které člověk běžně dělá, má tedy širší záběr. Pro upřesnění skórování je vhodné natáčet samotné vyšetření na kameru, není to ale nutností. Natáčení vyšetření na kameru nám může umožnit srovnání změny provedení úkolu s časovým odstupem. Pokud

si nejsme jisti daným počtem bodů, slouží nám kolonka „Poznámky“ k detailnímu popisu daného úkolu.

Frenchayský test paže je volně přístupný na internetových stránkách a v literatuře, např. Lippert-Grüner (2005) nebo Masur (2004). Pro vyšetřování pomocí tohoto testu nejsou vyžadovány žádné další školicí kurzy. Ve výše uvedených aspektech velmi vyhovuje požadavkům pro využití jako nástroj pro vyšetření úchopu v rámci vstupního ergoterapeutického vyšetření a následné sledování změn úchopu. V následující tabulce shrnuji pro přehlednost jednotlivé výhody a nevýhody Frenchayského testu paže.

FRENCHAYSKÝ TEST PAŽE	
Výhody testu (+)	Nevýhody testu (-)
• hodnotící kritérium (počet bodů)	• chybí rozměry některých pomůcek (sklenice, hřeb, pravítko)
• rychlá administrace testu (5–10 minut)	• neexistuje testovací manuál
• dostupnost pomůcek	• neexistuje standardizace
• velikost pomůcek	• nemá škálu pro hodnocení
• má rozšířenou verzi	• není uvedeno, zda může být vyšetření rozděleno do více dnů

De Souza et al. (1980) uvádí, že pro pacienty je nejtěžší testovací úkol č. 5 – česání vlasů a také testovací úkol č. 3 – simulace pití vody ze sklenice a její přemístění. Tyto poznatky mohou potvrdit, jelikož při mém vlastním

vyšetřování měli pacienti s těmito úkoly problém taktéž. Pro simulaci pití ze sklenice v testovacím úkolu č. 3 doporučuji použít sklenici s menším průměrem (ideální průměr okolo 6 cm), jelikož sklenice s větším průměrem jsou pro pacienty hůře uchopitelné a po naplnění vodou do ½ jsou pro paretickou HK poněkud těžké. Zároveň pro testovací úkol č. 5 doporučuji použít místo klasického hřebenu raději kartáč s válcovou rukojetí pro snadnější manipulaci a uchopení. Simulace česání na temeni a po obou stranách hlavy je pro pacienty poměrně obtížná z hlediska rozsahu pohybů kloubů paretické HK a také kvůli překřížování střední osy těla, což může dělat pacientům s paretickou horní končetinou obtíže.

ZÁVĚR

Frenchayský test paže je jednoduchý test, který je schopen odhalit poruchu úchopu horních končetin. Poskytne nám rychlé výsledné číslo, které nám může napomoci při usuzování stavu úchopových možností paretických horních končetin. Tento test existuje také v rozšířené verzi, která obsahuje 10 testovacích úkolů a má širší rozpětí skórování (hodnocení body 10/5/0).

Použitá literatura:

1. DE SOUZA, LH.; LANGTON-HEWER R.; MILLER S. *Assessment of recovery of arm control in hemiplegic stroke patients. Arm function test*. International Rehabilitation Medicine, 1980, vol. 2, s. 3-9.
2. LIPPERT-GRÜNER, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
3. MASUR, Harald. *Scales and scores in neurology: quantification of neurological deficits in research and practice*. Stuttgart: Thieme, 2004, 448 s. ISBN 3-13-130951-2.

Využití stolních her v ergoterapii u seniorů a lidí s demencí

Mgr. Jitka Suchá

Slovo hra označuje rozsáhlou skupinu činností, do které se řadí stolní hry, hry na něco, pohybové hry, sportovní a dobrodružné hry, hra na hudební nástroj, divadlo, karetní a jiné hazardní hry. V některých hrách jsme aktéři, v jiných diváci nebo posluchači. Každý typ hry zdůrazňuje určité stránky života, dává účastníkům nebo i případným divákům nebo posluchačům příležitost, aby si je procvičili – bez obav z následků a navíc za vhodně idealizovaných podmínek (Sokol in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

I v péči o seniory mají hry své opodstatnění. Zejména pokud chceme pracovat na tom, aby se zlepšila komunikace ve skupině, a zábavným způsobem jsme procvičili paměť a další kognitivní funkce. Přínosem je také možnost mezigeneračního propojení při hrách – senioři mohou hrát hry s vnoučaty nebo pravnoučaty a pro obě skupiny bude mít hra pozitivní efekt, který je navíc umocněn smysplnou komunikací mezi generacemi.

Hry na procvičení kognitivních funkcí u seniorů

K procvičení paměti a dalších kognitivních funkcí lze např. využít klasickou hru **pexeso**. Běžně dostupné varianty hry jsou však zaměřeny primárně na děti, jednak výběrem motivů, ale i velikostí. Pro seniory, u kterých lze počítat se zhoršením zraku, je běžné pexeso příliš malé. Lze vyrobit větší variantu, např. ze dvou stejných stolních nebo i nástěnných kalendářů, kde také můžeme vybrat vhodné motivy seniorům blízké. Obrázky lze pak podlepit tvrdým papírem a zalaminovat, aby byly trvanlivější. Při pexesu procvičujeme zejména krátkodobou paměť, koncentraci pozornosti, koordinaci ruka-oko a další funkce.

Zajímavou variantou může být také číselné pexeso. K němu si potřebujeme vyrobit sadu kartiček (dostatečně velkých) s číslicemi 0–9, každou ve dvojím provedení. Hrajeme tradičním způsobem, jako běžné pexeso. Místo jednociferných čísel můžeme u dobře motivovaných seniorů využít některá dobře zapamatovatelná dvojčíslí nebo trojčíslí (např. 333, 365, 60, 99, 68 a další).

K procvičení slovní zásoby lze výborně využít např. hru **scrabble**. Zde si můžeme také, vzhledem k malé velikosti kostiček s písmenky, vytvořit i svoji vlastní jednodušší variantu. Např. je možno využít krychličky s písmenky z pěnové gumy (na každé ze šesti ploch krychle je jiné písmenko), které se běžně prodávají, k sestavování co největšího počtu slov. Nebo lze využít kartičky, na nichž je z obou stran napsáno jedno (na každé straně jiné) písmeno. Každý z účastníků může dostat např. 7–10 kostiček nebo lístečků a snaží se z nich sestavit slovo o co nejvyšším počtu písmen. Pak se písmena vrátí do krabice a hraje se znovu s jinými písmeny.

Levou mozkovou hemisféru, zejména logické myšlení lze účinně cvičit např. hraním **šachů**, zajímavé hry na logiku prodává také firma Mindok v řadě Smartgames – některé z nich jsou svým provedením vhodné spíše pro děti, jiné, např. Letiště nebo Metro a další lze využít také u seniorů. Jedná se zde o hry pro jednoho hráče.

K procvičení kreativity, fantazie a pravé mozkové hemisféry lze využít např. některé části hry Aktivita, firma Mindok před pár týdny uvedla na trh zajímavé hry Příběhy z kostek nebo Barevný kód, které lze pro tyto účely také výborně využít. Pravou mozkovou hemisféru lze také trénovat skládáním puzzle.

Na podporu paměti dlouhodobé můžeme využít např. různé **kvízové hry** (třeba Česko, Svět, Český film a další). Podle mých zkušeností je ale lepší udělat určitý „předvýběr“ otázek – vybrat pouze ty, u kterých předpokládáme, že na ně senioři budou znát odpovědi, abychom se vyhnuli případným neúspěchům, které by mohly negativně ovlivnit náladu seniorů a jejich chuť ke hře.

Strategické myšlení a myšlení v souvislostech můžeme procvičovat třeba prostřednictvím **kostek** nebo různých

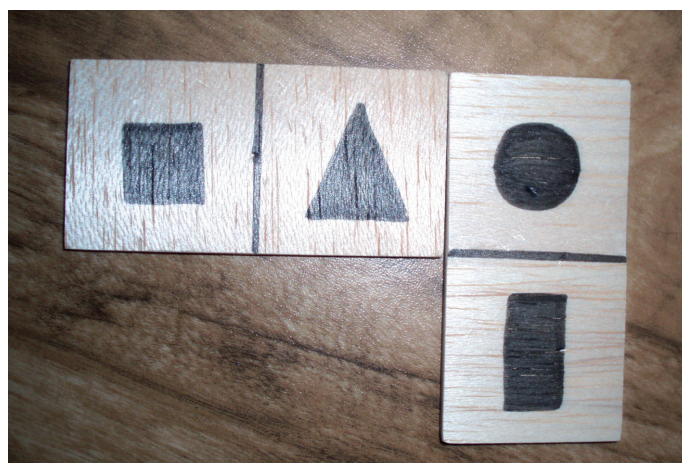
karetních her. Pokud pracujeme např. se hemiparetiky či hemiplegiky, můžeme využít různých kompenzačních pomůcek – držáků či stojánků na karty, neboť takovýto senior nemůže jedinou svou funkční horní končetinou zároveň karty držet a ještě je vykládat na stůl.

Hry na podporu kognitivních funkcí u lidí s demencí v počátečním a středním stádiu

U lidí s demencí je našim cílem zejména dlouhodobé udržení stavu v různých oblastech, tedy i v oblasti kognitivních funkcí, tak, aby se příliš rychle nezhoršoval. I zde nám mohou napomoci různé stolní hry, zejména jednodušší z nich nebo jejich zjednodušené varianty. Ve všech případech je u lidí s demencí nutná přítomnost event. dopomoc terapeuta. Zařazení takovýchto činností je vhodné pro pacienty maximálně do středního stádia onemocnění, v pokročilém stavu již pacient nebývá schopný takového spolupráce a hra by ho mohla spíše stresovat.

I zde můžeme využít **modifikovaného pexesa** ve větší variantě a s menším počtem obrázků, i průběh hry může být modifikovaný. Např. nejprve ukážeme pacientům rozestavení kartiček z lícové strany a pak teprve karty obrátíme lícem dolů. Nebo můžeme hrát rychlejší verzi, kde záleží spíše na náhodě – každý otáčí jen jednu kartu a ta už zůstane otočená lícem nahoru. Tím se vyhneme nezdaru při procvičování krátkodobé paměti – to je funkce, která se vedle prostorové představivosti zhoršuje u demence již na jejím počátku.

U této cílové skupiny můžeme využít také zjednodušené větší **domino**, ať již klasické s puntíky, nebo lépe variantu s obrázky, symboly, barvami...

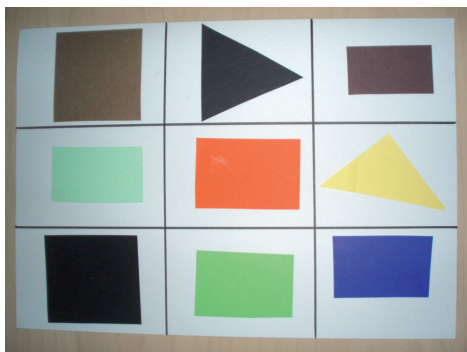


Oblíbené a poměrně dobře zvládnutelné může být i **bingo** nebo **loto**. U lota má každý na své hrací kartě obrázky zcela jiné, u binga se některé symboly opakují u více hráčů, což je asi jediný podstatný rozdíl mezi těmito dvěma hrami. Tyto hry lze i vyrobit, aby byla zajištěna odpovídající velikost kvůli zhoršenému zraku u účastníků,

a také jednoduchá rozpoznatelnost (jednoduché nestylizované obrázky, ale zase ne příliš dětské, nebo ještě lépe kvalitní fotografie).

Na klasické číselné bingo potřebujeme archy A4 s náhodně rozmístěnými čísly v tabulce, tužky na přeškrtnutí tažených čísel a sáček s čísly na losování. Trénujeme zejména koncentraci pozornosti a rozpoznávání.

Lze také vyrobit řadu různých variant binga, např. s tiskacími písmeny abecedy, s barvami nebo barevnými geometrickými tvary či s obrázky (pěkné takovéto obrázkové bingo je součástí příručky V. Frankové a E. Vyškovské Program Mates).



Na podporu kognitivních funkcí se zaměřují také různé farmaceutické firmy. Např. firma Lundbeck podpořila vznik dvou sad na kognitivní trénink. Krabice na kognitivní trénink I., která je v prodeji zhruba od roku 2005 a v současné době se doprodávají poslední kusy, obsahuje např. různé obtížnosti puzzle, modifikovaná domina a pexeso. Nová krabice na kognitivní trénink II. Je objemnější, rozdělená do dvou kufříků a každá hra pak do samostatné krabičky, aby byla lehko přenosná i do terénu. Obsahuje mimo jiné dvě vzpomínková pexesa, barevnou variantu hry člověče, nezlob se, variantu domina, puzzle, lota a další prvky k podpoře kognitivních funkcí v různých stádiích demence. Obě krabice jsou dostupné na www.alzheimer.cz.



Literatura:

Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L.: *Ergoterapie*. Portál, 2009, Praha.

IV. STUDENTSKÁ SEKCE

Stručný průřez využití canisterapie v rehabilitaci

Jana Slováková (studentka ergoterapie)

Janaslovakova@seznam.cz

Pro některé skupiny klientů je velmi těžké najít motivaci, proč by měly cvičit, například při nízkém intelektu při DMO... spastické končetiny bolí a proč se plazit jen tak. Ale takový závod v plazení se psem, to už je něco jiného. Nebo proč cvičit soběstačnost, když mě doma nikdo nečeká? Nemohl by tam být aspoň psí parťák?

Pes komunikuje s člověkem jasným a zřetelným způsobem. Nepoužívá dvojné vazby, kdy by si myslel něco jiného, než co by dal najevo řečí těla a chováním.

Canisterapii můžeme využít ve všech věkových skupinách, u široké škály problémů klientů (mentální, fyzické, duševní, smyslové). Důležité je, aby byl pes pro pacienta motiv. Alergie na srst se dá vyřešit hypoalergeními plemeny, u agrese a kynofobie už to může být problém, ale pokud klient vážně psa nemusí, je zbytečné ho lámat, je možné, že bude reagovat na jiný typ zooterapie, nebo třeba na zvířata vůbec. Arteterapie, dramaterapie a jiné taky nejsou stejně vhodné pro všechny klienty. Základní rozdělení je na aktivity se psem, terapii se psem, vzdělávání pomocí psa a canisterapii v krizové intervenci.

Somatická postižení – používáme techniky – ohraničení a vytvoření hranic těla, prokrvování akrálních částí, uvolňování spasmů, procvičování motoriky hrubé (úkolem canisterapie je snažit se pokračovat ve vývojových stádiích od zvedání hlavy až k chůzi přes překážky, jak jen to stav dovolí) a jemné (podat si pamlsek třeba ze šroubovací láhve – klient se soustředí na psa a láhev odšroubovuje, ačkoliv, když mu zadáme, odšroubovej láhev jen tak, tak to nezvládne). Pes se také skvěle hodí k bazální stimulaci, ale i k náročnému nácviku ADL, kdy můžeme psa obléct, může mít postroj se všemi typy zapínání, v kapsách na hřbetě zapnuté pamlsky... Motivace – vycvičený pes sundá jednu ponožku, klient druhou. (Poznámka: olizování lze někdy využít podobně jako „měkkou techniku“). Dobrá je kombinace metod – „nahřát“ si klienta polohováním a potom s ním cvičit ergoterapeuticky.

Logopedie – oslovení psa – někdy mluví i nemluvíci, radost, že pes splní povel – někdy chceme po klientovi, aby povel vyslovil přesně, protože víme, že na to má, jindy nenápadně dáme pokyn psu neverbálně, aby klient zůstal motivovaný. Fouknout z psího bublifuku bubliny a pes, co je hltá, nebo opačný pohyb nasát brčkem piškot a dát jej psovi do misky brčkem – i strategie pohybu – tuhle hru mám z kurzu z Piafy, ať neberu autorství). Taký může být stimulace pomocí zvukových, pískacích, chrochtajících hraček. Canisterapie bývá v logopedii velmi účinná např. jedna logopedka má psy přímo ve své ambulanci (zájemci najdou její www).

Psychické a psychiatrické stavy – setkání se s živým tvorem, který bezpodmínečně přijímá, pocit užitečnosti při péči a zodpovědnosti za zvíře, návrat do reality, možnost někoho prosadit ve skupině – zvýšit sebevědomí, a někoho příliš se prosazujícího dát až na druhé místo u plnění úkolů se psem, uvolňující techniky, relaxace i akční podlézání, přeskakování překážek v agility... Možnost vyvolat pocit bezpečí (pes chránil obydlí od pravěku), nebo naopak péči o malého tvora, něžné zacházení. U někoho vyvolá na tváři úsměv už jen, že pes vstoupí – změna. Nejdůležitější je ale fakt přijetí, že pes má zájem zrovna o mě. Je mu jedno jaký jsem, jde teď za mnou sám a dobrovolně... A potom samozřejmě terapeuticky já se musím chovat nějak, aby přišel znova. Někdy musí pacient posilovat trpělivost, než se pes nají, nebo dát přednost jinému pacientovi a respektovat jeho chvíli. Jindy se dá stmelovat skupina vědomí my. Existuje přímo metodika canisterapie v krizové intervenci.

Kognitivní poruchy – zlepšení paměti – už jen jméno psa, nebo jakýkoliv cvik, povel, orientace v čase a místě při pravidelných návštěvách, spojení s příjemnou věcí, rozlišování dotekové – čumák, srst, dráp, dva psi – hrubější srst, delší, srst, špičaté, plandavé uši,... počítání – uši, nohy, drápy, drapy u dvou psů,... Navázání komunikace a její zlepšení, téma o kterém většina lidí něco ví, doplnění

technikami arteterapie (nakresli psa), aroma terapie (jsou to granule?), muzikoterapie (skákal pes), dramaterapie (předved' pejska jak si hraje), stříhání, tvoření puzzle, pexes,... zlepšuje pozornost – jeden jev (pes), který se ale mění v čas. Využití hraček – stimulačních ježkových, uklidňujících plyšových, hledání předmětů, práce ve skupině, i individuální, pohybová (zaved' psa na místo v této místnosti, které vidíš na obrázku – různá obtížnost), zaved' psa v k oknu – např. po CMP – uvědomování si prostoru,... práce s tělem, kde má pes ucho, kde máš ty ucho, jak se říká tomu u psa – čumák a u člověka nos. Tady máš tři misky a vyber, co by pes jedl a řekni, z jak barevné misky by si to dal... zavázané oči – Poznejte které části těla psa se dotýkáte? Pes to snese, jiný pacient by nemusel. Kdo potřebuje konkrétní techniky – tak třeba papírovou boudu a plyšový pes – nad, pod, vpravo, vlevo, za...

Senioři – dlouhodobý pobyt v zařízení, nabízím hlavně mazlení a objímání, protože personál nemůže nabídnout až takový fyzický kontakt. Také pes nejčastěji vyvolává vzpomínky. Většina seniorů měla doma Alíka nebo Puňfu, o kterém se rozpovídají. Na kurzu jsem viděla i překážkovou dráhu pro chodítka, o překážkách výšky nízkého kroku, ale radosti z pohybu i v tomto věku. Na vozíčkách slalom. Pes ale byl největší důvěrník na vyslechnutí a podrbání. Na oddělení LDN v běžné nemocnici, kde běží projekt canisterapie teprve krátkou dobu jsou už i tak výsledky. Na otázku rodiny: Co jste dnes dělala, maminko? Je lepší odpovědět: „Představte si, v nemocnici byl živej pes a dělal tu kousky...“ A rodina se může ptát, jaký byl, jakto, že tu byl,... Lepší než odpověď: „Dneska jsem měla jinou kapačku než včera.“ V domově nebyl pro mužskou část populace pes atraktivní, než začal chodit Německý ovčák. Pravidelně scházející skupina si začala

říkat „vlčí smečka“. Někdy mají senioři pocit, že jsou v domově odloženi jako už nepotřební. Pes má zájem zrovna o toho konkrétního člověka, i když jsou tam další, on si vybral zrovna mě. Senioři také strašně rádi darují. Schovávají láskyplně zbytky i věci nevhodné na jídlo pro psa, ale s láskou mu to podstrkují.

Poruchy autistického spektra – klasické a nové metody, někdy je možné navázat kontakt s člověkem s PAS jen pomocí zvířete. Slyšela jsem o mamince, která na své dítě s PAS mluvila přes psa... Alíku řekni Honzíkovi, ať se posadí. A fungovalo to. Nová metodika byla vyvinuta v Liberci a dokáže plnit konkrétní cíle u konkrétního klienta – například jak s ním bez problému projít z jednoho bodu do druhého bez záchvatů nebo útěků (zájemce odkazují na www).

Další možnosti – nepřeberné množství – obkreslit ležícího psa a vybarvovat, pro děvčata jsme dělali psí kadeřnictví, psi byly na indiánském létu s členkou, na Mikuláše měli červené čepice, vystříhovali jsme obrázky psů z časopisů a dělali z nich koláž. Vytvářeli scénky a příběhy o psech. Hodně i pohybových her – s dětmi ve školce jsme hráli frohlik (pamlsek tvaru malé kružnice jako korálek) byl navlečený na šňůrce a bylo potřeba si ho posílat kolem celého kruhu. Pes předcvičuje a klienti ho napodobují. Přetahování. Taky se navlékaly korále z pamlsků. Oblíbená je hra na piškotování, kde si skupina položí piškoty, kam má odvalu – v sedě, vleže jak každý chce a psi (pes se volně pustí). Může to být závěrečná hra. Malý pes může jet na klíně na vozíku. Fantazie se podobně jako v ergoterapii meze nekladou. Výhodou ale je vztah k přírodě, k zvířatům, ohleduplnost a láska třeba v podobě olíznutí.

Příběh, který změnil můj život

Jana Slovácová (studentka ergoterapie)

Janaslovakova@seznam.cz

(Žena, roztroušená skleróza mozkomíšní, 45 let)

Když jsem se před pěti lety dostala ke klientce jako dobrovolník v domově důchodců, byla již téměř deset let upoutaná na lůžko. V té době jsem studovala třetí ročník Mgr. oboru psychologie. Navzdory jejímu stavu byla stále v dobré náladě. Bylo mi řečeno, že je to patologická

euforie – součást diagnózy. Vzala jsem to jako fakt a nijak zvlášť to neřešila. Velmi brzy jsem zjistila, že vše není tak, jak to vypadá. Po získání důvěry mi klientka přiznala, že se svým stavem zase tak moc smířená není. Že přes den se usmívá, aby neranila a pláče v noci.

Tato paní byla velmi inteligentní, zajímalo ji divadlo, hudba, malířství a v této době ji nezbylo nic jiného, než ten bystrý rozum. Trénovali jsme kognitivní funkce, zvláště paměť měla vážně neuvěřitelnou. Ačkoliv jsem dělala, co jsem mohla, měla jsem pocit, že jsem spíš zábavný společník, který ještě více prohlubuje rozdíl v tom, kdy tam jsem a zbytkem týdne, kdy ležící klienti zůstávají (více či méně) na pospas.

Na supervizi dobrovolníků jsem řešila jinou paní, která byla s klientkou na pokoji a protože ji také nezbylo o mnoho víc než rozum, padl nápad, ať skládá básničky. Tahle paní nechtěla, ale mojí klientce se nápad zalíbil a pustila se do skládání. Její básničky byly plné radosti i smutku, ironie a nadsázky. Měly jedinou chybu: Musela si je pamatovat týden, než je přijdu zapsat. Doma jsem je přepisovala do počítače a tiskla v mini sešitech. „Chtěla bych si je zapisovat sama, abych si to nemusela pamatovat,“ řekla mi takhle jednou... na internetu jsem našla počítač, který se ovládá pohyby očí. Dobré věci se dařily (za přispění spousty dalších lidí) přišel počítač, internet, vydaná knížka, autorské čtení v knihovně,...

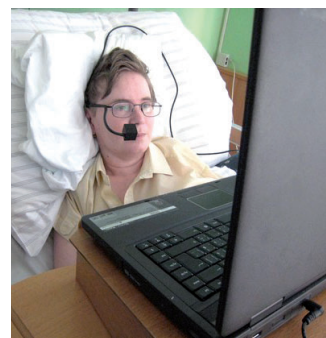
Díky téhle paní jsem podala přihlášku na ergoterapii. Zjistila jsem, že ergo je úžasná věc, která nabízí netušené možnosti. V prvním ročníku jsme byly na prohlídce RÚ Hrabyně... Kdyby tak u nás v domově mohla být klec se závěsy pro dvojkové polohy, jako mají tu. Ale z obyčejného ručníku jsem aspoň vyrobila závěs pro HK. Horní končetinu jsme zavěsily jen tak, aby si odpočinula a ona s ní pohnula. Jen v rameni, ale i tak to byl neuvěřitelný pokrok. Začaly jsme cvičit v odlehčení. Nemám žádné

zbytečné koruny (ona už vůbec ne) a zatím ani žádné zkušenosti, tak jsem ji jen sama vyrobila (z věcí co dům dal) jakože kvadru lžičku a kvadru tužku.

Psychologie je úžasná věc, která je schopna pomoci spoustě lidem. Lidem, kteří nemají žádné problémy v sebeobsluze, ale např. v partnerských vztazích,... těm psychologie dá určitě víc, než ergoterapie. Ale pro mě byl okamžik, kdy poprvé (sice v závěsu, ale i tak) si po deseti letech dokázala klientka vzít sama sousto do úst – nezapomenutelný.

Další splněný cíl byl: „podrbání na nose.“ Od té doby, co jsem byla v prváku, uběhl rok a vymyslely jsme společnými silami spoustu dalších věcí. Malovaly jsme ústy, navštěvují ji se svými psy, vybíraly zvukové knížky a stahovaly filmy (na dobu, když tam nikdo není), utíraly stoleček vlastní rukou, bořily věže z kostek, kutálely míčky (lehké materiály bez, nutnosti větší koordinace),... objevují se první náznaky, že bude moci klientka samostatně podat si hrníček a pít. V dalším plánu máme ovládnout tlačítka postele, která jsme upravili pomocí starých tlačítek z klávesnice, zajít do divadla a vyrazit „na koně“. V 16 letech klientka prý jezdila a dokonce skákala překážky na koni, tak už se hodně těší na jaro, kdy je to domluvené v hiporehabilitačním středisku.

Uvidíme, co bude dál – s ní, se mnou, jestli zvládnu dokončit školu, nebo ne, kde skončím,... ale navždy mi v hlavě zůstane neskutečná radost, když si po deseti letech někdo poprvé vezme vlastní rukou sousto do úst. Ano, ergoterapie dokáže být úžasná.



2
2012

INFORMAČNÍ BULLETIN ČAE

Vydává ČAE ČR, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

e-mail: info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz

IČO: 62348451

č.ú.: 103428915/0300



POKyny PRO AUTORY

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 použijte 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.).