

1

2014

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 Svěcená, 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 2014:

31. květen, 30. listopad

Obsah

I. ÚVODNÍ SLOVO	3
II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE	4
Zprávy z výboru ČAE za období leden–květen 2014	4
Prezentace ČAE na 15. ročníku veletrhu neziskovek NGO	6
OT Seeker – Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence	7
III. ODBORNÁ ČÁST	11
Rozhovor s Michaelou Drahoňovskou, majitelkou Žížalice	11
Využití Mirror therapy v ergoterapii. Manuál pro ergoterapeuty	13
Kristýna Hoidekrová	

I. ÚVODNÍ SLOVO

Milé kolegyně a kolegové,

dostává se Vám do rukou další číslo informačního bulletinu České asociace ergoterapeutů, v kterém bychom Vás rádi informovali o realizovaných aktivitách Vaší profesní organizace a také Vás pozvali na akce, které v nadcházejícím období plánujeme.

Doufáme, že i v tomto čísle naleznete pro sebe zajímavé informace a podněty, i když odborná část vzhledem k malému počtu obdržených příspěvků bude poněkud monotematická, o to však obsažnější. Nabízíme Vám k posouzení a inspiraci manuál využití Mirror therapy v ergoterapii, který vytvořila kolegyně Kristýna Hoideková a který jistě stojí za prostudování. Dále představujeme nový výrobek, který je velmi kreativní a ergoterapeuti by si jistě věděli rady, jak jej využít i v terapii. Znáte „žfzalici?“ Pokud ne, určitě si přečtěte rozhovor s paní Drahoňovskou, která Vás s ní seznámí.

V závěru mi dovoluji požádat Vás o spolupráci. Jistě jste zaznamenali, že v letošním roce oslaví České asociace ergoterapeutů 20. výročí od svého založení. Dvacet let je dlouhá doba, která stojí za připomenutí všeho, co pomohlo formovat nejen její současnou podobu, ale především povědomí o oboru ergoterapie v České republice a to nejen u našich pacientů, klientů a kolegů, ale i u kolegů a ergoterapeutických organizací v zahraničí. Velmi si uvědomujeme, že za vším tím stála tvrdá práce, osobní nasazení a obětavost pro obor našich předchůdců, kolegyně, kolegů a přátel, kteří se v minulosti nezapomenutelně zapsali do dějin České asociace ergoterapeutů. Velmi si vážíme všeho, co pro obor udělali a pevně doufáme, že mu zůstanou i nadále nakloněni.

Další číslo Informačního bulletinu České asociace ergoterapeutů plánujeme věnovat právě připomínce těchto 20 let její působnosti. Rádi bychom Vás proto požádali o spolupodílení se na přípravě tohoto čísla. Velmi uvítáme všechny Vaše vzpomínky, osobní sdělení, komentáře týkající se ČAE, ale i zajímavé fotografie, výstřižky z novin či jiné písemnosti, které by dokumentovaly vývoj asociace a zajímavě by připravovanou publikaci doplnily. Pevně doufáme, že nás v tom nenecháte a připojíte se k naší snaze. Už nyní se těšíme na všechny Vaše příspěvky.

Jelikož se blíží léto a čas zasloužených dovolených a prázdnin, dovoluji si Vám popřát krásné a pohodové léto a těšíme se na setkání se všemi na výroční konferenci ČAE v listopadu 2014.

Za redakci Informačního bulletinu ČAE

Jana Jelínková

II. INFORMACE Z VÝBORU ČAE

Zprávy z výboru ČAE za období leden–květen 2014

Zapsala: Jana Jelínková, prezidentka ČAE

A. Legislativní a administrativní aktivity

1. **Vedené běžné agendy související s chodem profesní organizace.** Poskytování informací členům ČAE a dalším tazatelům prostřednictvím telefonických konzultací, webových stránek, elektronické pošty, hospodaření s financemi ČAE apod.
2. **Účast na jednání k přípravě komory zdravotnických pracovníků.** V období leden–květen se uskutečnila dvě jednání přípravného výboru. Úkoly pro ČAE: připomínkování návrhů a zpracování dílčích úkolů vyplývajících z jednotlivých jednání. Jednání přípravného výboru se za ČAE účastní Mgr. Kateřina Šuláková, Mgr. Kateřina Svěcená.
3. **Pokračování v partnerství v projektu „Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti“** s registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/77.00330.
4. **Účast zástupce ČAE na výběrovém řízení za účelem vytvoření nového ergoterapeutického pracoviště:**
Krajský úřad Jihomoravského kraje, Brno, dne 19. 2. 2014 – zastupováním ČAE byla pověřena Bc. Miroslava Čechová, DiS.
5. **Účast na jednání na MZ dne 21. 1. 2014 k problematice odbornosti pracovní terapie a návrhu kvalifikačního kurzu pracovní terapeut.** Obsahem jednání, kterého se účastnili zástupci Odboru ONP MZ Mgr. Šmídová a Mgr. Hladíková, za NCO NZO PhDr. Hofštetrová Knotková, za psychiatrické nemocnice předkladatelé návrhu kvalifikačního kurzu pracovní terapeut MUDr. Holý, ředitel PN Bohnice, PhDr. Červenka, vedoucí CTA PN Bohnice, MUDr. Ing. Příhoda, primář komunitní péče PN Bohnice, MgA. Segert, PN Kosmonosy, Mgr. Knížková, hlavní sestra PN Havlíčkův Brod, za 1. LF UK a VFN v Praze Doc. MUDr. Švestková, přednostka KRL a za ČAE Mgr. Jelínková, bylo projednat odlišné názory na náplň profese pracovní terapeut, jeho zakotvení v platné legislativě a relevantnost obsahu kvalifikačního kurzu k požadavkům zákona č. 96/2004 Sb. a prováděcím vyhláškám.

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. MUDr. Olze Švestkové za podporu stanovisku ČAE a osobní účast na jednání, která byla díky odlišnému názoru na působnost pracovních terapeutů v praxi mezi předkladateli návrhu kurzu a ČAE velmi potřebná.

Výstupem jednání, i přes přednesené připomínky ČAE na nepřesnosti zakotvení profese pracovní terapeut v platné legislativě, bylo pro ČAE předložit do 31. 1. 2014 připomínky k předloženému návrhu kvalifikačního kurzu pracovní terapeut. Pokud bychom tak neučinili, byl by kurz akreditován ve znění, jak byl předložen a který ČAE shledala značně přesahující kompetence pracovního terapeuta a zasahující do kompetencí ergoterapeuta v oblasti psychiatrie. Při posuzování obsahu kvalifikačního kurzu, který byl vytvořen převážně pro oblast psychiatrické péče, ČAE vycházela z platné legislativy, snažila se maximálně ohlídat kompetence ergoterapeuta a to, aby kompetence pracovních terapeutů byly nastaveny reálně a nebyla snaha o navyšování kompetencí pracovních terapeutů na úroveň zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí, kterými ani po absolvování kurzu a 4 týdenní praxi tito pracovníci nebudou. ČAE se snažila upozornit na to, aby byl kurz nastaven především na využití řemeslných činností v rámci léčby pod odborným dohledem či přímým vedením, tak jak je pracovní terapie definována v zákoně č. 96/2004 Sb.

Česká asociace ergoterapeutů v této souvislosti také požádala MZ, aby v rámci legislativních změn zákona o nelékařských povolání (zákon č. 96/2004 Sb.) a příslušných prováděcích vyhlášek bylo pamatováno na stávající terminologické nepřesnosti a byl změněn jak název povolání „pracovní terapeut“, tak aby bylo přesněji vymezeno jeho uplatnění v systému zdravotních služeb.

Současně jsme MZ požádali o to, aby díky tomu, že kvalifikační kurz byl zaměřen cíleně na oblast psychiatrie, se Odbor ONP MZ zasadil o podání věcného návrhu na změny ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. ČAE trvá na tom, že je v rozporu znění vyhlášky č. 99/2012 Sb. v paragrafech, v kterých je uvedena možnost zajištění úvazku ergoterapeuta pracovním terapeutem, a vyhlášky č. 55/2011 Sb. Žádáme, aby ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., v části II – zvláštní požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče, v bodě 1.9. (g), psychiatrie, bylo vypuštěno slovo

„nebo“ (Současné znění: ...ergoterapeut nebo jiný odborný pracovník – pracovní terapeut – dostupnost. Zaměnit za: ...ergoterapeut, jiný odborný pracovník – pracovní terapeut – dostupnost). Dále v bodě 3.4. (e), psychiatrie, sexuologie, aby bylo vypuštěno slovo „nebo“ (Současné znění: ...ergoterapeut bez dohledu nebo jiný odborný pracovník – pracovní terapeut 0,3 úvazku. Zaměnit za: ...ergoterapeut bez dohledu, jiný odborný pracovník – pracovní terapeut 0,3 úvazku). V bodě 3.5.1. (g), rehabilitační a fyzikální medicína, aby bylo zcela vypuštěno znění: „Úvazek ergoterapeuta bez dohledu může být zajištěn jiným odborným pracovníkem – pracovním terapeutem.“ Navrhované znění bodu 3.5.1. (g) fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu 2,5 úvazku, z toho minimálně 1,0 úvazku fyzioterapeut bez dohledu.

ČAE následně obdržela informaci, že předkladatelé návrhu kvalifikačního kurzu naše připomínky zapracovali. Ze strany odboru ONP MZ jsme obdrželi informaci, že zatím nebyl z jejich strany podán věcný návrh na změny v personální vyhlášce (vyhláška č. 99/2012 Sb.) z důvodu jiných priorit. Pevně doufáme, že náš návrh nezapadne, určitě budeme opět MZ kontaktovat s dotazem, jak bylo s naší žádostí naloženo.

6. **Prezentace ČAE na 15. ročníku veletrhu neziskovek NGO.** Blíže viz samostatné sdělení.
7. **Pokračování činnosti pracovní skupina ČAE udělující souhlasná stanoviska vzdělávacím akcím.** Členové skupiny: Mgr. Marcela Kryski, Mgr. Ludmila Šajtarová, Bc. Doubravka Koubková
8. **Podání daňového přiznání ČAE za rok 2013, zaplacení členských poplatků WFOT a COTEC za rok 2014.**
9. **Příprava 26. celostátní odborné konference ČAE – vyhledání vhodných prostor, příprava programu, oslovení potenciálních přednášejících.**
10. **Příprava nových propagačních materiálů ČAE, oslovení sponzorů a partnerům ke spolupráci s ČAE.**
11. **Pokračování úprav na zlepšení podoby internetových stránek ČAE.**
12. **Výbor se v tomto období sešel k projednání úkolů třikrát.**

B. Realizované vzdělávací akce ČAE v období leden–květen 2014

1. **Ve spolupráci ČAE s ILA., s.r.o. v rámci projektu „Vývoj metodiky pro evaluaci modifikací domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti“** se pořádal dne 10. 4.

2014 v Emauzském opatství v Praze odborný seminář „Praktické zkušenosti s hodnocením bariér v domácím prostředí“ Seminář lektorovala Cristina Crisóstomo (CRPG Portugalsko), Mónica Correia (CRPG Portugalsko), Mgr. Kateřina Macháčová, Ph.D.

2. **Odborný kurz „Cvičení paměti jako prevence i terapie“**, termín 26. 4. 2014, Praha. Pod lektorským vedením Mgr. Jitky Suché, počet vyučovacích hodin 8.
3. **Odborný kurz „Problematika postury a stability sedu v souvislosti s výběrem a nastavením vozíku“**, termín 28.–29. 3. 2014, pod lektorských vedením paní Zdeny Faltýnkové byl bohužel pro malý počet přihlášených zrušen a bude nabídnut opět v podzimním termínu.

C. Plán vzdělávacích akcí ČAE v druhém pololetí 2014

1. **Ve spolupráci ČAE s ILA., s.r.o. v rámci projektu „Vývoj metodiky pro evaluaci modifikací domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti“** se bude konat dne 19. 6. 2014 od 14:00 do 17:00 hod v Emauzském opatství v Praze seminář „Metodika hodnocení bariér v domácím prostředí“, který se tentokrát bude týkat metodiky, kterou společně vytvořil tým ergoterapeutů a dalších externích spolupracovníků. Kromě podrobného představení zmíněné metodiky Vás seznámíme s výsledky pilotních studií. V průběhu semináře bude rovněž prostor i na Vaše podněty k metodice a návrhy na její vylepšení.
2. **26. celostátní odborná ergoterapeutická konference – listopad 2014**
3. **Odborný kurz „Problematika postury a stability sedu v souvislosti s výběrem a nastavením vozíku“** – lektor Zdena Faltýnková (2 dny, teoretická a praktická část, předpoklad podzim 2014)
4. **Odborný kurz „Strategie/techniky přesunů uživatele vozíku“** – lektor Zdena Faltýnková (2 dny, teoretická a praktická část, předpoklad podzim 2014)
5. **Terapie dysfagie** (dechová cvičení, péče o měkké tkáně, posílení síly dýchacích svalů a tím možnost ovlivnění poruchy polykání) – lektor Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D. (v plánu jednání o možnosti realizace kurzu na podzim 2014, popř. na jaře 2015)

D. Výčet dalších úkolů ČAE na druhé pololetí 2014

1. **Účast na pravidelných jednáních přípravného výboru České komory zdravotnických pracovníků (ČKZP).**

2. **Pokračování činnosti pracovní skupiny vydávající souhlasná stanoviska** vzdělávacím akcím pro odbornost ergoterapeut.
3. **Revize stanov České asociace ergoterapeutů** dle požadavků nového Občanského zákoníku, resp. transformace občanských sdružení na spolky dle nového Občanského zákoníku. Aktualizace strategických dokumentů ČAE, Etického kodexu a Standardů praxe.
4. **Příprava a realizace vzdělávacích akcí** pro ergoterapeuty podle zájmu účastníků a dohody s lektory.
5. **Vydání druhého čísla Informačního bulletinu ČAE** (uzávěrka 2. čísla 30. listopad 2014). **Téma bulletinu: 20. výročí založení ČAE.** Rádi bychom připravili publikaci, která bude mapovat historii profesní organizace i vývoj ergoterapie v České republice. Rádi bychom vás proto požádali o spolupráci. Prosíme o zaslání fotografií z pracovišť, vzdělávacích akcí, setkání apod., dále článků, komentářů či jiných forem sdělení, které by plánovanou publikaci obohatily. Chceme požádat i „pamětníky“ o jejich autentickou výpověď. Bez vaší pomoci by publikace jistě nebyla kompletní. Předem děkujeme všem za spolupráci. **Také uvítáme vaše návrhy, jak by bylo vhodné toto výročí oslavit.**
6. **Dokončení úprav webových stránek ČAE.**
7. **Spolupráce se zahraničními ergoterapeutickými organizacemi (COTEC, WFOT).**

organizace FORUM 2000 za účelem osvěty, prezentace a setkání neziskových organizací všeho druhu jak mezi sebou, tak i se širokou veřejností. V průběhu dne mohli návštěvníci marketu kromě vystavovaných stánků navštívit i doprovodný program plný zajímavých přednášek a seminářů s tematikou prosazení se v rámci neziskového sektoru, nebo se zvládnut u hudebního programu či vychutnat gastronomické pochutiny některých z neziskovek. Každý přichozivší si zde našel to své.

U stánku ČAE se stejně jako v předchozích letech zastavila spousta lidí zaujatá pohledem na kompenzační pomůcky. Nejčastěji se lidé ptali, k čemu tyto pomůcky slouží a co vlastně termín Ergoterapie znamená. Našli se i tací, kteří náš obor znali, jen se chtěli zeptat na konkrétní místa, kde by mohli ergoterapeuta vyhledat se svým zdravotním problémem. Jiní, většinou zástupci neziskových organizací se tážali na možnosti navázání spolupráce s ČAE (ve formě odborných přednášek, kurzů, atp.). Celkově ve mně tato akce zanechala pozitivní dojem. Byl to den strávený ve společnosti angažovaných lidí se zájmem být prospěšný druhým. Povědomí o ergoterapii a ergoterapeutech je především mezi vystavovateli rok o roku na lepší úrovni, pozvolně se tato tendence projevuje i u laiků.

Je na místě abych zde poděkovala studentce 3. ročníku ergoterapie 1. LF UK, slečně Kateřině Rybářové, která byla u stánku ČAE po celý den nápomocna a ochotně

Prezentace ČAE na 15. ročníku veletrhu neziskovek NGO

Zapsala: Kateřina Šuláková, 2. viceprezidentka ČAE

V pátek 25. dubna se konal 15. ročník veletrhu neziskovek NGO. Náš stánek ČAE byl v Technické knihovně k vidění již potřetí. Tuto akci pravidelně pořádá nezisková



a vytrvale podávala zájemcům informace o Ergoterapii. Velké díky patří i pořadatelům veletrhu, smeknutí pomyslného klobouku za organizaci a bezproblémový chod celé akce, i za to, že dávají neziskovým organizacím příležitost se takovýmto způsobem zviditelnit.

Závěrem bych vyzvala Vás Ergoterapeuty – Neváhejte a napište na email info@ergoterapie.cz aktuální údaje o svém pracovišti, abychom je mohli na webu ČAE přidat ev. aktualizovat v seznamu ergoterapeutických pracovišť. Tyto údaje jsou velmi užitečné a mohou přispět ke zlepšení dostupnosti ergoterapeutických služeb.

OT Seeker – Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence

Rádi bychom Vás informovali o volně dostupné databázi, v které můžete vyhledat zajímavé zdroje informací z ergoterapie založené na důkazech, tzv. evidence-based practice. Na nových internetových stránkách www.otseeker.com naleznete abstrakty výzkumných studií a další užitečné informace pro vlastní ergoterapeutické intervence. OT seeker je databáze nabízející rychle a jednoduše dostupný zdroj informací pro širokou ergoterapeutickou praxi. Tvůrci této databáze jsme byli požádáni o publikování jejich informačního sdělení v našem bulettinu, což velmi rádi činíme. Ponecháváme obsah následujících stránek v původním znění, v angličtině, jelikož databáze je také dostupná pouze v anglickém jazyce.





A free bibliographic evidence database for occupational therapists

www.otseeker.com

Have you visited OTseeker recently? The OTseeker database was developed to give rapid access to bibliographic details and abstracts of randomised controlled trials and systematic reviews relevant to occupational therapy. It is now viewed internationally as an important resource for evidence-based practice and research. Since commencing in 2003, OTseeker has been used in over 100 countries and has received well over 2 million visits to its website (www.otseeker.com) which is freely accessible.

OTseeker contains over 10,500 citations and abstracts of research about the effects of interventions relevant to occupational therapy. This includes 2,500 systematic reviews and over 8,000 randomised controlled trials. Almost all of the randomised controlled trials have been rated by 2 independent raters for their internal validity and information about statistical reporting, with ratings displayed on the website. As the amount of relevant research is increasing exponentially, from this year onwards it will not be possible for the OTseeker team to rate all new trials that are entered into the database. However, we will seek to provide enhanced resources for therapists to be able to rate trials themselves and provide ratings for some trials where possible.

Here are just some of the articles you can find more information about in OTseeker:

Cheng, S.T., et al. (2014). Mental and Physical Activities Delay Cognitive Decline in Older Persons With Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 63-74.

Estes, A et al. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 44(2), 353-65.

Hees, H.L., de Vries, G., Koeter, M.W. & Schene, A.H. (2013). Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*, 70(4), 262-260.

Kieckhefer, G.M. (2014). et al. (2014). A randomized clinical trial of the building on family strengths program: An education program for parents of children with chronic health conditions. *Maternal & Child Health Journal*, 18(3), 563-74.

In the near future OTseeker will be adding a resource that lists the bibliographic details of qualitative evidence reviews (QES). QES combine and analyse evidence from primary qualitative research studies addressing similar research questions- a great addition to our knowledge about client's perspectives.

Have you had a chance to look some of the new resources that have been added to the database in the last few years?

The Implementing Evidence in Practice Resource describes the process of overcoming research practice gaps (sometimes referred to as knowledge translation). It also contains a series of informative podcast interviews with clinicians and researchers about how they implemented research into practice. Access to this resource is via the OTseeker homepage.



OTseeker contains a resource focused on helping users locate research about injury management . The research indexed in the **“Injury Management Resource”** includes not only systematic reviews and randomised controlled trials, but also research about assessments, long term outcomes, clinical guidelines and qualitative research relevant for occupational therapists working in injury management. You can access this resource via the OTseeker homepage.



There are a number of other exciting changes and improvements to the database planned for the near future so please visit OTseeker regularly to see these developments. And while you are there, please like us on our Facebook page www.facebook.com/OTseeker, or follow us on our brand new Twitter account www.Twitter.com/OTseeker.

The OTseeker team would like to thank the Motor Accidents Authority of New South Wales (Australia), Occupational Therapy Australia and the previous Occupational Therapy Registration Board of Queensland, Australia for their generous support of OTseeker.

OTseeker team:

A/Prof Sally Bennett, The University of Queensland, Australia

Dr Annie McCluskey, The University of Sydney, NSW, Australia

A/Prof Tammy Hoffmann, Bond University & The University of Queensland, QLD, Australia

Dr Leigh Tooth, The University of Queensland, QLD, Australia

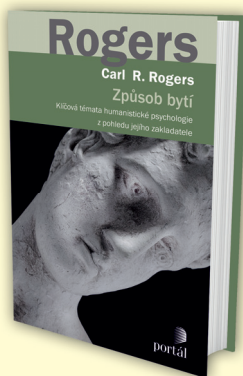
Carl. R. Rogers

Způsob bytí

Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele

Carl R. Rogers založil své životní dílo na víře ve schopnost člověka růst. Tato kniha obsahuje osobní zkušenosti a reflexe, základní pojmy jeho psychotherapeutické metody i poznatky o výchově a vzdělávání. Šíří svých témat a zaměřením na pozitivní profesionální vztah bude tato kniha podnětná pro všechny, kteří působí v pomáhajících profesích.

brož., 344 s., 455 Kč



Jan Soukup

Motivační rozhovory v praxi

Jádrem textu je seznámení s dílčími technikami a s celkovou strategií vedení motivačních rozhovorů. Publikace popisuje procesy změny chování a ukazuje, jak úspěšně pracovat s motivací. Důraz je kladen na základní vztahový přístup charakterizovaný spoluprací, respektem, zájmem a pomocí klientům při hledání vlastní motivace, nápadů a cest ke změně. Témata jsou zpracována s ohledem na praktické využití a ilustrována množstvím příkladů.

brož., 152 s., 289 Kč



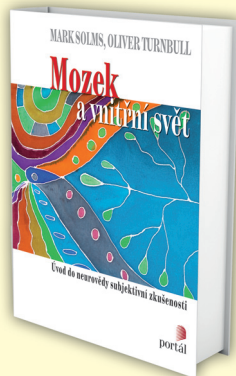
Mark Solms, Oliver Turnbull

Mozek a vnitřní svět

Úvod do neurovědy subjektivní zkušenosti

Autoři ukazují, jak lze dojít k porozumění lidské subjektivní zkušenosti, duševnímu zdraví a duševní nemoci. Poté, co zmapují z pohledu neurovědy oblasti jako emoce, motivace, paměť, fantazie, sny, halucinace... ukazují, co dělá psychotherapie ve svém léčebném přístupu k duševnímu onemocnění, a co vše se musí stát, aby byl tento přístup úspěšný.

brož., 312 s., 539 Kč



Eva Zakouřilová

Speciální techniky sociální terapie rodin

V publikaci je definována sociální terapie a sociální diagnostika, prezentováno je kolem 50 speciálních technik, včetně popsání přínosu a zásad jejich používání. Publikace je doplněna kazuistikami, závěr obsahuje několik příloh - formuláře a pomůcky pro užití popsaných technik, soubor vhodných otázek, kritéria pro dobré fungování střídavé a společné výchovy či vzor uzavřené mimosoudní dohody.

brož., 192 s., 319 Kč



Ludmila Čírtková

Viktimologie pro forenzní praxi

Riziko stát se obětí trestného činu se týká nás všech. V roli oběti reagujeme různě, i banální delikt může člověka vážně emocionálně poškodit. Kniha nabízí prakticky využitelné poznatky ze současné viktimologie, chce rozšířit povědomí o tom, co prožívají oběti kriminálních činů, a přispět k lepšímu pochopení, proč se osoby poškozené zločinem chovají právě tak, jak se chovají.

brož., 160 s., 299 Kč



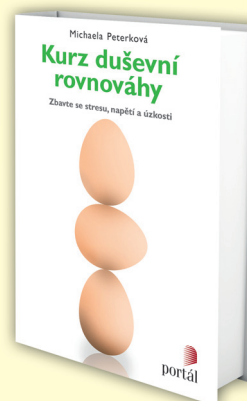
Michaela Peterková

Kurz duševní rovnováhy

Zbavte se stresu, napětí a úzkosti

Kniha seznamuje s užitečnými psychologickými postupy k zvládnutí náročných životních situací. Čtenář je aktivním účastníkem - vyplňuje testy, zaznamenává si myšlenky, definuje cíle, hledá vhodné postupy řešení problémů apod. Kurz je rozdělen do 14 dnů, z nichž každý obsahuje čtyři základní části: část věnovanou sebepoznání, informační část, „terapeutickou“ část a úkolů.

brož., 120 s., 265 Kč



Marie-Chantal Deetjens

Citová závislost

Jak se z ní vymanit

Citová závislost je velkým handicapem. Znamená, že člověk se přestane respektovat, věřit si, mít důvěru ve vztahy a žije jen pohledem toho druhého. Kdo je citově závislý, jak to zjišťovat, co je zdrojem trápení a hlavně, jak se takový člověk může z citové závislosti vymanit, o tom pojednává tato kniha. Autorka nabízí řadu prostředků, které pomohou dotyčným osobám zbavit se utrpení.

brož., 160 s., 245 Kč



Constanze Löffler, Beate Wagner,

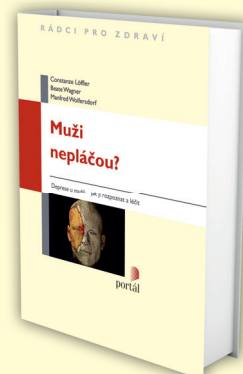
Manfred Wolfersdorf

Muži nepláčou?

Deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit

Kniha je určena pro ty, kdo trpí depresí nebo tuší, že by je mohla přepadnout. Fundovaný přehled je doplněn příběhy lidí se zkušeností deprese i různými tipy, jak depresi zvládnout. Zahrnuta je široká škála různých forem léčby deprese. Součástí knihy je i test, s jehož pomocí může každý muž ohodnotit riziko, že trpí depresí.

brož., 176 s., 279 Kč



III. ODBORNÁ ČÁST

Rozhovor s Michaelou Drahoňovskou, majitelkou Žížalice

*Kontakt: Michaela Drahoňovská,
V Aleji 1000/39, Rudná u Prahy, 252 19*

www.zizalice.cz, zizalice.zizalice@gmail.com

Kde a kdy se zrodil nápad vyrobiť Žížalici?

Prvotní impuls byl od mého velmi dobrého kamaráda, ale až touha po něčem novém v mém profesním životě, který se posledních 10 let motal většinu času okolo dřeva, a vzpomínka na hodně času stráveném s mým malým synkem po různých nemocnicích a lékařských ordinacích, mě postrčil tím správným směrem a Žížalice se „narodila“. Je to vlastně moje 3tí dítě ☺ Žížalice je registrována na Úřadu průmyslového vlastnictví ČR.

Proč zrovna hračka? Není jich všude dost?

S tím se dá určitě souhlasit, ale když bychom se zaměřili na hračky, které opravdu dávají maximální prostor pro fantazii, nejsou z plastu ani elektronické, nejsou omezené věkem a navíc mohou i pomáhat motorice rukou, pak Žížalice prostě nemá konkurenci.

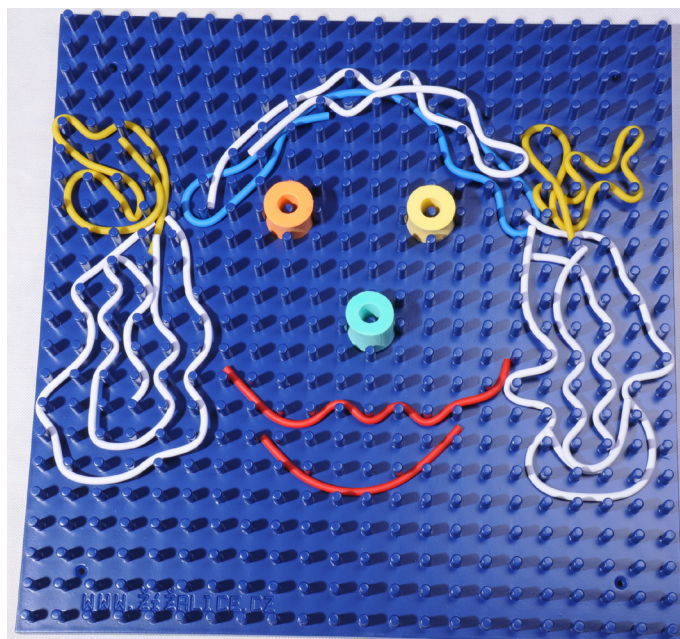
Když se pak dále zaměříme na dětské koutky na úřadech, v nemocnicích, čekárny u dětských lékařů či prostory vyhrazené dětem v restauracích, je situace většinou bohužel srovnatelná. Pokud dříve jmenovaní mají vůbec snahu dětský koutek vytvořit, je většinou cílen na nejmenší děti; složen z plyšáků pochybného původu a čistoty, více či méně polámaných autíček, panenek nebo nesourodých fragmentů různých her. U nově zbudovaných koutků je sice snaha zaměřit se na hezkou, barevnou malbu na zdech, a vytvořit tak jistě důležitou atmosféru, ale hrát si opět není většinou s čím. Žížalice je řešením všech těchto „neduhů“.

Kde všude byste tedy ráda viděla Žížalici?

Přání mám a nejsou zrovna skromná; zejména úzké chodby rozlehlých nemocnic, kde vyplývá z logiky věci, že dětský koutek nelze vytvořit, aby u Žížalice malý kluk nebo holka aspoň na chvíli zapomněl na to, že je v nemocnici. Přála bych si také vidět úsměv na tváři u slabozrakých dětí, které si s Žížalicí také pohrají. A pak ve všech restauracích, kde si může máma dát v klidu káfičko nebo obídek, aniž by jí dítě viselo okolo krku. Může si přece hrát s Žížalicí!

Pro kterou věkovou kategorii je Žížalice nejvhodnější?

Pohrají si i větší děti? Tohle je jedna z dalších obrovských předností Žížalice. Věk je opravdu neomezen a přesvědčuji se o tom téměř každý den. Viděla jsem 2 letou holčičku mojí kamarádky– fotografky Lenky Fialové, jak alespoň mařila výtvary svých starších sourozenců, a opravdu jí to bavilo, 3 leté děti musí opravdu namáhat hlavičku i ručičky a je fajn, když jim někdo ukáže cestu, starším dětem není třeba ani napovídat. Viděla jsem ale také překrásného koně „namalovaného“ na 1 desce od 17ti leté studentky. Když ukazují Žížalici dospělým je velmi zajímavé, že většina se dožaduje „návodu ke hře“; obrázky s ukázkami, ale to je velká mýlka. Děti nepotřebují žádný návod. Je jim ihned jasné, jak si se Žížalicí pohrát. Snad mohu prozradit, že připravujeme i další nadstavby Žížalice, ale prvotně bych ráda představila dětem tuto základní verzi.



Nebudou se hadičky „žížaly“ ztrácet?

Věřím, že ne, ale kdyby přece, tak si nemyslím, že by to mělo být ve větší míře, než by si např. dítě odneslo z herny třeba dřevěnou kostičku. Navíc bude dítě ve většině případů odcházet od Žížalice a ponechá svůj výtvarný počín vpletený mezi kolíčky. Žížaly se samozřejmě budou nechat samostatně objednat na našich webových stránkách www.zizalice.cz. Zajímavostí je, že se žížalice dají umýt jednou za čas v myčce.

Kolik je barev desek, lze objednat jinou barvu a která barva desky je podle Vás nejhezčí a očekáváte její největší prodejnost?

To se jen velmi špatně odhaduje, ale sama považuji za základní a nejlepší barvu černou. Barevné hadičky jsou nejlépe na desce vidět a vždy připomínám, že i nejslavnější česká pohádková postavička Krteček je také černý ☺. Ale první ohlasy ukázaly jasně nutnost nabídnout ještě další barevnou škálu. Velmi dobře vypadá stříbrná a zlatá metalická barva, efektní je i bílá; dobrou náhradou za černou bude určitě tmavě modrá. Máme samozřejmě připravenou i 2 krásné růžové a 2 odstíny zelené (pistáciově a lahvově

zelenou); favoritem by se mohla stát světle modrá, která mi natolik připomíná modrou na kopulích střech řeckého ostrova Santorini, že jsme jí začali říkat Santorini Blue.

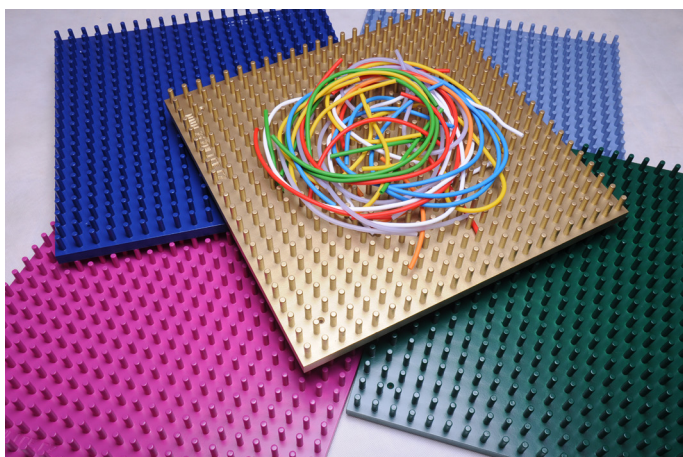
Pokud bude mít někdo zájem o jakoukoliv jinou barvu z RAL škály, není problém takovou Žížalici dodat. Je zde jen podmínkou objednat alespoň 4 kusy v této nové barvě a drobný příplatek.

Kolik stojí Žížalice?

Výroba Žížalice je velmi náročná; pro přesné vrtání a formátování dřevěné desky je zapotřebí počítačem řízené vrtací centrum a pro zatloukání kolíčku naopak šikovný pár rukou (pozn. na 1 desce je 440 ks kolíčků). Jedna deska Žížalice v základní barvě vč. 8,2 m různých barevných a různých dlouhých žížal, bude stát 1890,- Kč včetně DPH. U většího odběru je samozřejmě možno nastavit individuální podmínky.

Jaké jsou dodací lhůty Žížalice?

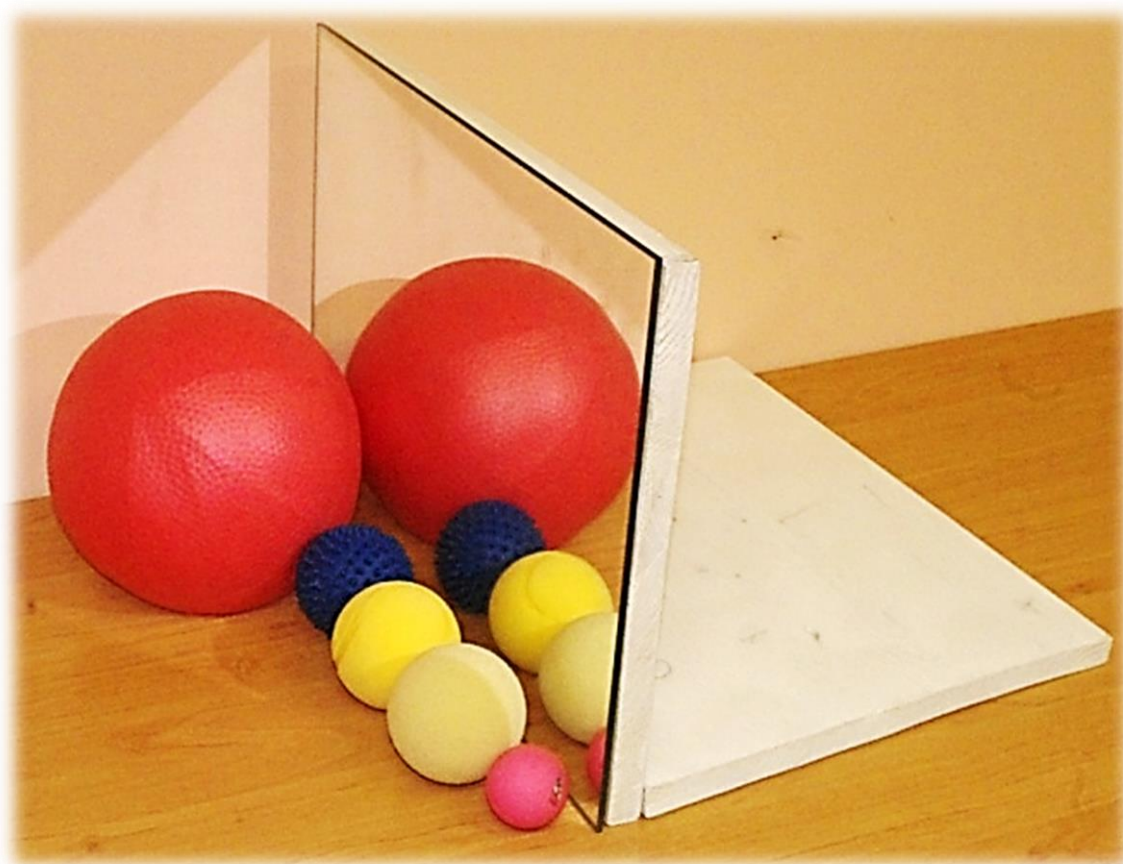
Standardní dodací lhůta je 7–10 dní od závazné objednávky. Žížalice přijde Top Transem až k zákazníkovi.



Využití Mirror therapy v ergoterapii

Manuál pro ergoterapeuty

Kristýna Hoidekrová



Praha 2013

Obsah

Úvod	1
1. Teoretická část	2
1.1. Principy Mirror therapy	2
1.2. Kontraindikace pro aplikaci Mirror therapy	3
1.3. Zásady použití Mirror therapy	4
1.4. Sed a umístění zrcadla	4
1.5. Další zásady Mirror therapy	6
2. Praktická část	8
2.1. Sledy cviků HK	8
2.1.1. Sledy cviků vycházejících z ramenního kloubu	8
2.1.2. Sledy cviků vycházejících z loketního kloubu	8
2.1.2.1. Flexe a extenze	8
2.1.2.2. Pronace a supinace	9
2.1.3. Sled cviků ruky	9
2.1.3.1. Flexe a extenze v akru	9
2.1.3.2. Ulnární a radiální dukce	10
2.1.3.3. Abdukce a addukce II. -IV. prstu	11
2.1.3.4. Flexe a extenze II. -IV. prstu	12
2.1.4. Sled cviků thenaru	14
2.1.4.1. Flexe a extenze thenaru	14
2.1.4.2. Abdukce a addukce thenaru	14
2.1.4.3. Opozice thenaru	15
3. Ergoterapeutické pomůcky v Mirror therapy	16
Závěr	19

Úvod

Ergoterapeutický manuál vznikl v rámci bakalářské práce na téma Využití Mirror therapy v ergoterapii, za účelem rozšířit tento přístup v ergoterapii. V České republice se jedná o téměř vůbec nepoužívanou metodu navzdory výborným výsledkům zahraničních studií. Z pohledu ergoterapeuta se jedná o nenáročný jednoduchý přístup, neboť terapeutova intervence během jednotky by měla být co nejmenší. Nejdůležitější role ergoterapeuta během této terapie spočívá ve správném vysvětlení principu a fungování terapie pacientovi. Mirror therapy se řadí mezi terapeutické přístupy, které lze využívat i v domácím prostředí. Při správné edukaci pacienta šetří nejen čas ergoterapeuta, ale zároveň umožňuje pacientovi rehabilitovat v jeho přirozeném prostředí, což ocení především pacienti, kteří jsou méně mobilní či zcela imobilní.

Teoretická část manuálu je věnována zásadám během Mirror therapy, které je nutné striktně dodržovat. Dále se věnuje správnému sedu, umístění a výběru zrcadla, edukaci pacienta a využití Mirror therapy při nácviku ADL. Praktická část je strukturována dle postupu terapie a obsahuje jednotlivé sledy cviků. V případě, že ergoterapeut stupňuje prvky Mirror therapy, manuál věnuje kapitulu i terapeutickým pomůckám a ADL předmětům, které lze během terapeutické jednotky Mirror therapy využít.

Mezi nejvýznamnější účinky Mirror therapy patří:

- Zlepšení motoriky celé HK nebo pouze samotné ruky
- Snížení bolesti
- Zlepšení čítí a stereognózie
- Vyšší kloubní rozsahy
- Vědomé řízení pohybu
- Urychlení návratu funkcí HK po operačních stavech
- Zlepšení úchopů s vlivem na ADL
- Předjití vyvinutí Fantomova syndromu po amputacích
- Zlepšení psychického a emočního stavu

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. PRINCIP MIRROR THERAPY

Mirror therapy, v překladu terapie zrcadlem, je již několik let široce využívána nejen v evropských zemích, ale i ve Spojených státech amerických. Kořeny tohoto přístupu v rehabilitaci vznikly právě v USA a to na universitě v San Diegu, kde se profesor Ramachandran zabýval zkoumáním tzv. zrcadlových neuronů. Postupem času zjistil, že je možné využít zpětné vizuální vazby, aby mohlo dojít k tzv. oklamání mozku. Tento pojem se v souvislosti s Mirror therapy zcela běžně používá a velice přesně vystihuje principy terapie. Jedná se totiž o umělé poskytování vizuálního vjemu správné funkčnosti postižené HK. Tato informace je vedena aferentními vlákny do mozku, kde dochází k problému. Řídící centrum ať už motorické nebo senzitivní je poškozené, mozek tedy využívá jeho plasticity a opravuje či vytváří nové řídící centrum. Zde je informace vyhodnocena a eferentními vlákny je odpověď vedena do postižené HK. Následkem tohoto procesu vedení, vyhodnocení a odpovědi je zlepšení motorické a senzitivní funkce.

Terapie probíhá tak, že je zrcadlo umístěno mezi HKK pacienta kolmo k sagitální ose těla. Odrazová plocha zrcadla směřuje ke zdravé HK. Pacient tedy pozoruje v zrcadle pohyby zdravé končetiny a to je přesně ten vizuální vjem, který chceme získat. V této souvislosti se můžeme v zahraniční literatuře dočíst o tzv. vizuální iluzi tedy vjemu, kterým oklameme mozek.

Během Mirror therapy lze využít dvou přístupů, unimanuálního či bimanuálního. Jak již z názvu vyplývá, jedná se o přístupy, v nichž je zapojena buď jedna, nebo obě končetiny. Unimanuální přístup ergoterapeut volí v případě, že postižená HK není schopná se motoricky zapojit. Nejčastěji se s tímto přístupem setkáváme u CMP, bezprostředně po operačních stavech, při těžkých kloubních deformitách, silné hypersenzitivitě. Postižená HK je volně uložena za matnou stranou zrcadla a nevykonává žádný pohyb. Terapeut může zaznamenat slabou fascikulaci na postižené HK či náznak provádění pohybu, odpovídajícímu motorické aktivitě zdravé HK (její odraz vidí pacient v zrcadle). Jakmile nastane tato situace, terapeut může přistoupit k bimanuálnímu přístupu.

Některé stavy pacientů jsou natolik dobré, že ergoterapeut může ihned zvolit bimanuální přístup. Ten je prováděn oběma HKK aktivně. Do postižené HK je vkládána stejná pomůcka jako do zdravé a končetiny vykonávají stejný pohyb. I když méně funkční končetina neprovádí pohyb v plném rozsahu nebo zcela funkčně, pacient skrze

vizuální iluzi dostává informace pouze o kvalitním pohybu. Během bimanuálního přístupu dochází i k vědomé kontrole motoriky postižené HK, i když se na ni pacient přímo nedívá.

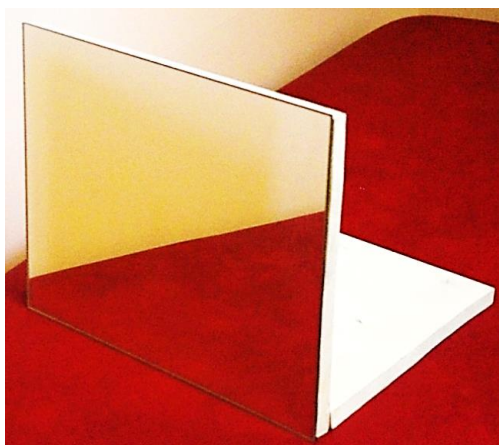
1.2. KONTRAINDIKACE PRO APLIKACI MIRROR THERAPY

Mezi základní kontraindikace se řadí především neurologická postižení. Jedním z nich je poškození zrakové dráhy, ke kterému může dojít na několika místech průběhu. Mezi nejčastější poruchy se řadí různé typy hemianopsií, korová nebo vrozená slepota, vizuální agnózie (porucha pojmenování a rozpoznání), krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, nystagmus, strabismus, zákal. Některé z těchto poruch lze kompenzovat brýlemi, proto se ergoterapeut vždy musí pacienta tázat, zda brýle používá. Především u neurologických pacientů by si měl ergoterapeut vyžádat vyšetření zraku nebo v případě, že má podezření na zhoršení zraku.

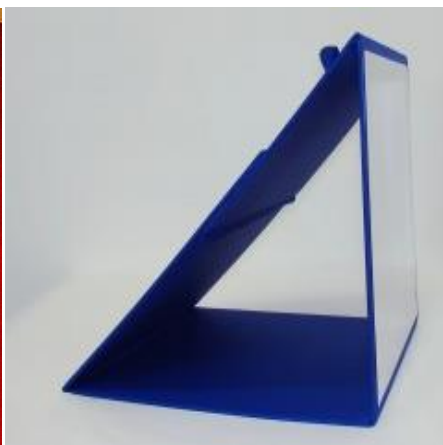
Dalším typem kontraindikací jsou poruchy kognitivních funkcí a řeči. Terapie není vhodná pro pacienty, kteří se nedokáží koncentrovat a pro ty, kteří mají poruchy řeči v rámci porozumění. U pacientů s afázií je nutné vyšetření klinického logopeda či neurologa, kteří mohou potvrdit nepoškozenost porozumění. V případě že je poškozená paměť jak dlouhodobá, tak krátkodobá, lze tuto poruchu vyřešit psanými instrukcemi do domácího prostředí, nastavením alarmu pro připomenutí desetiminutové terapeutické jednotky.

Mezi kontraindikace se také řadí onemocnění, která se projevují na obou HKK. Nelze vytvořit správnou vizuální iluzi a do mozku by byla vedena špatná informace.

1.3. ZÁSADY POUŽITÍ MIRROR THERAPY



Obr. č. 1



Obr. č. 2

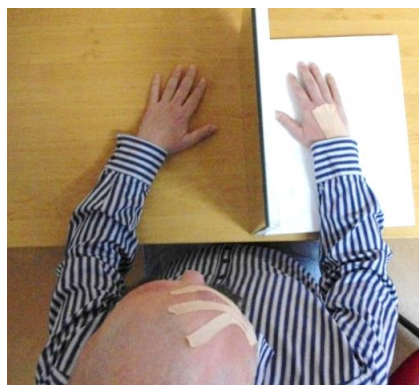
Jak již z názvu terapie vyplývá, je pro její aplikaci nezbytné použití zrcadla. Ergoterapeut si buď může zrcadlo sám vyrobit (obr. č. 1) nebo může použít klasické velké zrcadlo o rozměrech 200x40cm a připevnit jej na vnitřní stranu dveří skříně nebo na stěnu. V případě, že je terapie zaměřena pouze na ruku, lze použít zrcadlo menší o rozměrech 30x40cm. Pro edukaci pacienta v domácnosti je vhodnější využít Mirror box (Obr. č. 2), který je lehký pro manipulaci (přenos) a zároveň může být i skládací. V r. 2013 se ceny Mirror boxu pohybují v rozmezí 1000 – 1300 Kč.

1.4. SED A UMÍSTĚNÍ ZRCADLA

Stejně jako u jiných přístupů je nutné pacienta edukovat ohledně sedu. Pacient musí sedět pohodlně ale zároveň správně. V případě, že pacienta něco tlačí nebo má pocit špatného nastavení židle či stolu, automaticky se začne soustředit na tyto nežádoucí vjemy.

Zrcadlo je umístěno přibližně 10cm od sagitální osy těla pacienta, směrem k postižené horní končetině. Odraz v zrcadle by měl plynule navazovat na končetinu umístěnou za zrcadlem. Z tohoto důvodu se ergoterapeut pacienta ptá, jak vnímá svou končetinu, zda odraz dobře vidí.

Obr. č. 3 Ukázka správného umístění zrcadla: je patrné, že se jedná o zrcadlo menších rozměrů, proto je určené především na nácvik ruky a loketního kloubu.



Obr. č. 4 Ukázka špatného umístění zrcadla a postižené HK. Odraz v zrcadle kontinuálně nenavazuje na HK uloženou za zrcadlem.

Každý ergoterapeut zná zásady správného sedu: kyčelní klouby, kolenní klouby, akra dolních končetin svírají 90° a jsou na šířku pánve. Pacient drží vzpřímená záda, lopatky táhne mediokaudálně. Někteří pacienti mohou preferovat při Mirror therapy mírné naklonění páteře vpřed, mají pocit, že tak lépe vidí vizuální odraz v zrcadle. U pacientů na vozíku, seniorů, pacientů s revmatologickou diagnózou můžeme využít i pomůcky na podporu správného sedu u zrcadla. Ergoterapeut může podpořit napřímění zad například terapeutickým polštářem či stočeným hadem.



Obr. č. 5



Obr. č. 6

Na obr. č. 5 lze vidět správný sed během Mirror therapy a na obr. č. 6 sed zcela chybný. Pacient sedí daleko od zrcadla, dolní končetiny vytočené do zevní rotace s úhly většími než 90° a chybí vypodložení páteře.



Obr. č. 7 - U pacientů, kteří mají hypersenzitivitu nebo CRPS (komplexní regionální syndrom bolesti) je vhodné podkládat i horní končetinu, kterou můžeme zároveň polohovat ke cvičení. Znamená to, že pokud zdravá končetina rehabilituje v supinačním, pronačním či středním postavení, postiženou horní končetinu polohujeme do korespondujícího postavení.

1.5. DALŠÍ ZÁSADY MIRROR THERAPY:

- **Ticho** – Tato terapie vyžaduje ze strany pacienta poměrně velkou koncentraci. Je proto zcela nevhodné, aby v jedné místnosti byly prováděny dvě terapeutické jednotky současně. Dalším rušivým elementem je zapnuté rádio či jiný zdroj hudby. Ergoterapeut by neměl zapomenout ani na ruchy z okolí – zavřené okno a dveře.
- **Světlo** – Aby terapeut nabídl co nejkvalitnější vizuální vjem, vhodně přizpůsobí i místnost. Dostatek světla je tedy nezbytným prvkem, avšak nesmí docházet k odrazu v zrcadle tak, aby pacienta rušil či mu znemožňoval pohled do zrcadla.
- **Zrcadlo** – V odrazu by měl pacient vidět pouze svou vlastní ruku/HK. Je tedy nutné vybrat vhodný prostor pro umístění zrcadla. Nejčastěji používaným pozadím je bílá zeď, která je v každé terapeutické místnosti. Odraz oproti bílé zdi je jasný, dobře rozpoznatelný a pacienta nerozptyluje. Absolutně chybné je umístění zrcadla proti oknu či dveřím. Pacient se na ně soustředí a v případě

hluku například z chodby očekává, že někdo vstoupí. Další velkou chybou jsou hodiny v odrazu. Je to velmi rozptylující element a pacient se často upíná více na kontrolu času než na terapii. Každý předmět, který se odráží, má vliv na koncentraci pacienta, avšak tyto dva příklady jsou zcela nejzávažnější.

- **Slovní instrukce** – Ergoterapeut by měl používat krátké jasné pokyny. Rozhodně by neměl v průběhu terapie vést s pacientem rozhovor či ho jakkoli jinak rozptylovat. Ergoterapeut tedy udává jen pokyny pro změnu pohybu, zmírnění tempa opakování či koriguje provádění pohybu.
- **Pozice ergoterapeuta** – Terapeut by neměl stát před zrcadlem ani být viděn v odrazu v zrcadle. Jednou z vhodných možností, kde ergoterapeut může během terapie stát, je na postižené straně pacienta.
- **Kvantita a kvalita cviků** – I přesto, že ergoterapeut do terapie co nejméně zasahuje, stále kontroluje kvalitu a množství opakovaných cviků. Pacient cviky provádí pomalu, do maximálního rozsahu bez souhybu či náhradního mechanismu.
- **Kompenzační pomůcky** – Před zahájením terapie je nutné zjistit, zda pacient nosí brýle či naslouchátko.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. SLED CVIKŮ HK

2.1.1. SLED CVIKŮ VYCHÁZEJÍCÍCH Z RAMENNÍHO KLOUBU

Mirror therapy se ve většině případů neaplikuje přímo na pohyby vycházející z ramenního kloubu. Plyne tak z technických problémů a nemožnosti umístit zrcadlo vhodně k tělu. Jediný možný pohyb, který by případně mohl být nacvičován, je flexe. Nácvik pohybu by i přesto nemohl být prováděn v plném rozsahu.

2.1.2. SLED CVIKŮ VYCHÁZEJÍCÍCH Z LOKETNÍHO KLOUBU

2.1.2.1. Flexe a extenze

Pro nácvik těchto dvou pohybů je vhodné zvolit zrcadlo větších rozměrů. Nácvikem těchto pohybů je snaha aktivovat m. biceps brachii, m. biceps brachialis, m. brachioradialis, m. pronator teres, m. flexor carpi radialis, m. flexor carpi ulnaris, které provádějí flexi v loketním kloubu. Při nácviku extenze se aktivují m. triceps brachii, m. anconeus.

Obecně u bimanuálního tréninku při nácviku flexe jak v loketním kloubu, tak akru platí pravidlo, pokud pacient nemá plnou kontrolu nad tímto pohybem, ergoterapeut nesmí přistoupit k dalšímu pohybu. Především u pacientů se zvýšeným svalovým tonem je kontrola flexe velmi důležitá, protože zvýšený tonus sám přitahuje předloktí k paži. Ergoterapeut se může snadno přesvědčit o pacientově kontrole nad pohybem tak, že vyzve pacienta, aby pohyb zastavil a vydržel v určitém stupni rozsahu.



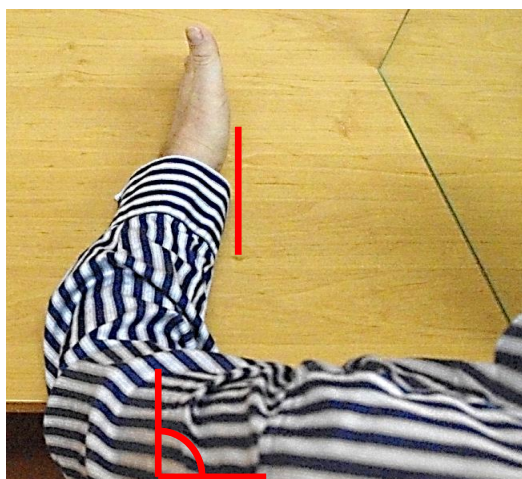
Obr. č. 8 Nácvik supinace a pronace

2.1.2.2. Pronace a supinace

Supinace a pronace (obr. č. 8) je poměrně náročný pohyb. Avšak z pohledu ADL je zcela nezbytný například pro otevření dveří klíčem, použití kliky či roztočení kohoutku v koupelně. Pokud se ergoterapeut rozhodne postoupit k nacvičení toho pohybu, znamená to zaměření se na m. supinator, m. biceps brachii a částečně m. brachioradialis v případě supinace. U pronace se pak jedná m. pronator teres, m. pronator quadratus a částečně m. brachioradialis.

2.1.3. SLED CVIKŮ RUKY

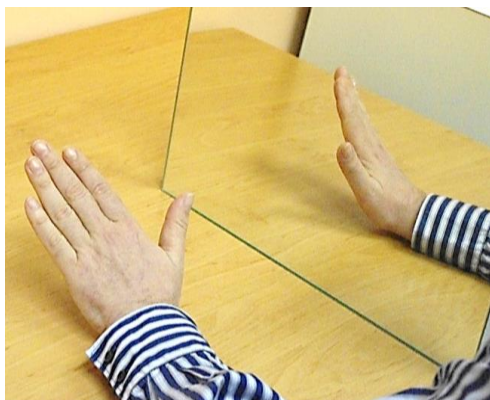
Cviky samotné ruky lze provádět ve většině případů ve třech pozicích předloktí: pronační, supinační pozici nebo ve středním postavení. Pokud se ergoterapeut zaměří na střední postavení, je nutné, aby byly zachovány správné úhly v kloubech. V loketním kloubu 90° a v akru nulové postavení (Obr. č. 9). Je to z důvodu kvalitního zrkovného vjemu.



Obr.č. 9

2.1.3.1. Flexe a extenze v akru

Další sled cviků, který následuje po nácviku pohybů loketního kloubu je sled cviků akra a ruky. Ergoterapeut tedy začíná nácvikem dorsální a palmární flexe. Tyto dva pohyby mohou být nacvičovány se současnou extenzí v MP a IP kloubech nebo s flexí



Obr. č. 10



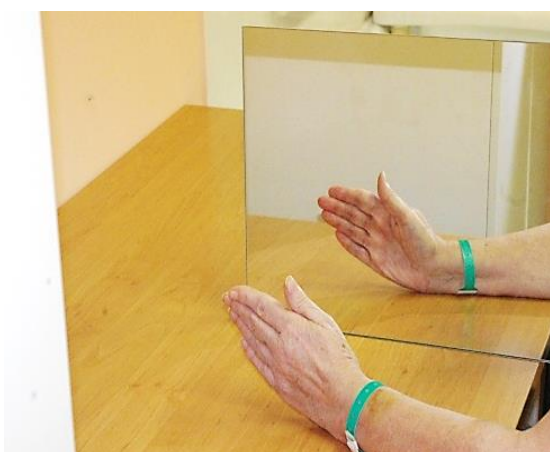
Obr. č. 11

v MP a IP kloubech. Ergoterapeut pacientovi dává pokyn, ať zatne v pěst a ruku ohýbá směrem nahoru a dolů. Pohyby mohou být prováděny v několika polohách, jedná se o supinační, pronační a střední postavení předloktí.

Během dorsální flexe v akru (Obr. č. 10) se ergoterapeut snaží aktivovat m. extensor radialis carpi longus, m. extensor radialis carpi brevis, m. extensor digitorum communis, m. extensor digiti minimi, m. extensor carpi ulnaris.

Palmární flexe (Obr. č. 11) je pak prováděna m. flexor carpi radialis, m. palmaris longus, m. flexor carpi ulnaris, m. flexor digitorum superficialis, m. flexor digitorum profundus, m. flexor pollicis longus.

2.1.3.2. Ulnární a radiální dukce



Obr. č. 12

Dále následuje nácvik radiální a ulnární dukce (Obr. č. 12). Pohyb lze opět nacvičovat ve dvou polohách:

1. předloktí je ve středním postavení
2. v pozici pronace. Tato pozice je jednodušší, pacient posouvá celou dlaň po podložce. Ergoterapeut by měl dohlédnout na to, aby pacient v poloze středního

postavení nezdvihal zároveň i předloktí. Důležité je upozornit na to, že se jedná o pohyby, které nejsou velkého rozsahu, aby bylo zachováno správné provádění.

Mezi zapojené svaly během ulnární dukce se řadí m. flexor carpi ulnaris, m. extensor carpi ulnaris a během radiální dukce m. flexor carpi radialis, m. extensor carpi radialis longus, m. extensor carpi radialis brevis.

Na obrázcích č. 13 a č. 14 je znázorněno správné uložení postižené HK během dukcí, kdy odraz v zrcadle kontinuálně navazuje na končetinu za zrcadlem.



Obr. č. 13



Obr. č. 14

2.1.3.3. Abdukce a addukce II. -IV. prstu

Následuje nácvik pohybů samotných prstů. Ergoterapeut si může vybrat, zda začne flexí a extenzí prstů či abdukci a addukci. Tyto pohyby jsou zcela nezbytné pro vykonání cigaretového úchopu, který se řadí mezi bidigitální.

Addukci a abdukci lze opět provádět ve dvou polohách stejně jako akrální dukci, v pronaci (Obr. č. 15) či ve středním postavení předloktí (Obr. č. 16,17). Stejně jako u předchozího nácviku pohybu, i zde je nutné připomenout jen malý rozsah pohybu, ale zároveň pohyb vykonávat až do maximálního rozsahu. V tomto maximu by měl pacient chvíli vytrvat, aby se zrakový vjem správně zafixoval.

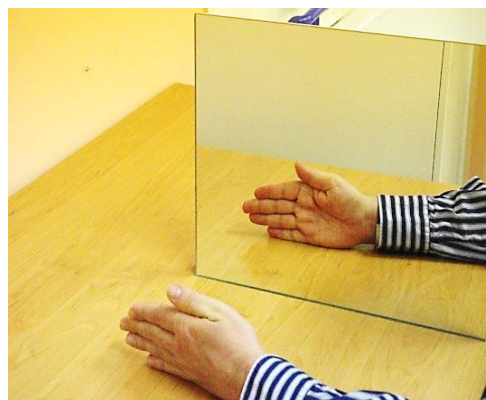
Tento pohyb je důležitý především při nácviku ve středním postavení. Jedná se totiž o nácvik jedné fáze úchopu – rozevření. Z ADL pohledu lze využít například při držení talíře, přenášení oblečení, úklidu, držení volantů v autě.



Obr. č. 15 Ukázka abdukce prstů v pronačním postavení



Obr. č. 16



Obr. č. 17

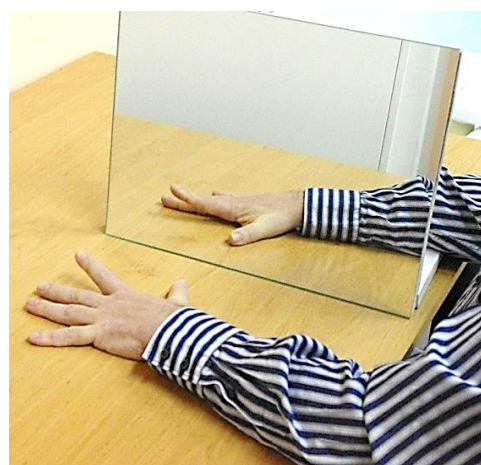
Z pohledu jednotlivých diagnóz se jedná o velmi vhodný pohyb u pacientů po CMP, kteří mají spastické postavení ruky a nelze u nich provést plnou extenzi MP a IP kloubů. U revmatických onemocnění a hypersenzitivitě se Mirror therapy více uplatní ve snížení bolesti, která doprovází tyto pohyby.

Při abdukci dochází k aktivaci mm. interosei dorsales I. -IV., m. abduktor digiti minimi (pouze abdukce 5. prstu), během addukce se zapojují mm. interosei palmares I. - III.

2.1.3.4. Flexe a extenze II. -IV. prstu

Flexe a extenze v MP a IP kloubech lze provádět na všech prstech zároveň či jako izolované pohyby jednotlivých prstů (Obr. č. 18,19). Zaměření na jednotlivé prsty ergoterapeut volí v případě, že pracuje s pacientem po transferu šlach a potřebuje se zaměřit na jednotlivý pohyb nebo při CRPS. Palmární flexe je prováděna ve středním postavení předloktí. Je nutné, aby pohyby prstů byly kontinuální a celý proces byl řízen výhradně pacientem, který se musí silně koncentrovat.

Během flexe prstů se zapojují m. flexor digitorum profundus, m. flexor digitorum superficialis (flexe prostředních článků prstů), m. flexor digiti minimi (flexe 5. prstu), mm. interosei dorsales I. -IV. (flexe proximálního čl.),



Obr. č. 18 ↑



Obr. č. 19 ↑

mm. interosei palmares I. -III., mm. lumbricales I. -IV. (flexe proximálního čl.), a extenze prstů se svaly m. extensor digitorum communis, m. extensor digiti minimi (extenze 5. prstu), m. extensor indicis proprius (extenze 2. prstu)

Z funkčního hlediska jsou tyto dva pohyby nutné pro správné vykonání úchopů. Jedná se především o úchopy: pinzetový, nehtový, klíčový, tyto úchopy se řadí mezi bidigitální úchopy. Dále jsou to úchopy tužkový, špetka a háček, úchopy pluridigitální. Z kategorie palmárních úchopů je flexe a extenze nutná pro vykonání válcového a kulového úchopu.

Flexi a extenzi v MP a IP kloubech lze cvičit také současně, kdy pacient svírá v pěst a palec může schovávat do dlaně nebo jej nechat mimo dlaň (Obr. č. 20,21).



Obr. č. 20



Obr. č. 21

2.1.4. SLED CVIKŮ THENARU

2.1.4.1. Flexe a extenze thenaru

Pohyb thenaru se řadí mezi nejdůležitější pohyby, protože člověku umožňuje úchopy bidigitální: pinzetový, mincový, nehtový, klíčový. Z pluridigitálních jsou to



úchopy tužkový a špetka, a z palmárních úchopů je funkčnost thenaru nezbytná pro válcový a kulový úchop. Proto se během Mirror therapy ergoterapeut věnuje cvikům thenaru samostatně. Během flexe thenaru jsou zapojovány m. flexor pollicis longus, m. flexor pollicis brevis, extenze thenaru je pak prováděna m. extensor pollicis brevis (metakarpophalangový kloub), m. extensor pollicis longus. (Obr. č. 22)

Obr. č. 22

2.1.4.2. Abdukce a addukce thenaru

Abdukci i addukci (Obr. č. 23) je možno nacvičovat současně s abdukcí a addukcí ostatních prstů. Ve většině případů je tento pohyb přirozenější, pokud je vykonáván s ostatními prsty. Při abdukci jsou zapojovány m. abductor pollicis brevis, m. abductor



pollicis longus, m. extensor pollicis brevis, a během addukce m. adductor pollicis, opozice m. opponens pollicis, m. flexor pollicis brevis.

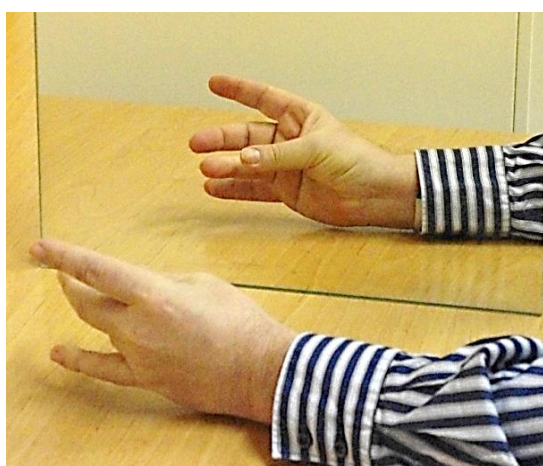
Obr.č. 23

2.1.4.3. Opozice thenaru



Obr.č. 24

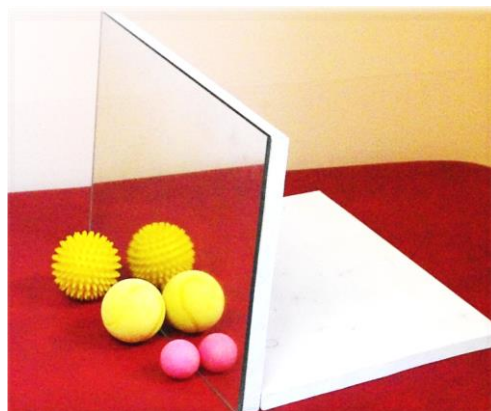
Opozice palce (Obr. 24) je zcela nezbytná pro správný úchop. Opozice je umožněna zapojením m. opponens pollicis a m. flexor pollicis brevis. Ve většině případů se opozice lépe nacvičuje při úchopu reálných předmětů. Může se stát, že pacient ne zcela pochopí rozdíl mezi flexí a opozicí v MP kloubu. Tento pohyb lze nacvičovat spojováním tenaru a jednotlivých prstů (Obr.č. 25).



Obr. č. 25

3. ERGOTERAPUETICKÉ POMŮCKY V MIRROR THERAPY

Během Mirror therapy lze využít jakékoli ergoterapeutické pomůcky (Obr. č. 26). Mezi nejčastější pomůcky se řadí molitanové nebo gumové míčky o různých velikostech a tvrdostech. Dle velikosti míčku terapeut volí i sled cviků. U pacientů, kteří byli dlouhodobě upoutáni na lůžko nebo jejich svalová síla je snížena, ergoterapeut volí měkký molitanový míček. Terapeut by neměl zapomenout, že aktivně pracuje se zdravou horní končetinou pacienta, proto by rozhodně neměl začínat terapii na nižší úrovni, než které je končetina schopná.



Obr. č. 26

V takové případě ergoterapeut zbytečně nevolí molitanový měkký míček.

Pomůcky jsou velmi důležité k nácviku úchopových fází. V rámci ADL se samozřejmě dají použít i předměty běžných denních činností. V případě, že se ergoterapeut rozhodne použít tyto předměty, měl by se zaměřit na předměty aktivit bimanuálních. V případě, že zvolí například uchopování tužky, pohyb již nebude identický, neboť je to aktivita, kterou vykonává pouze dominantní končetina, stejně tak jako držení kartáčku na zuby. Tyto předměty by ergoterapeut neměl vůbec použít. Naopak z ADL pomůcek lze využít talíř, hrnek, mísu, mýdlo, telefon, toaletní papír, tričko, pastu na zuby, valchu.

Pro nácvik drobných svalů ruky ergoterapeut zvolí malý gumový či molitanový míček. Pacient může míček volně mačkat a střídát jednotlivé prsty. Ostatní prsty mohou být buď v extenzi, nebo ve flexi, jak lze vidět na obrázku (Obr. č. 27). Tento cvik je vhodný především pro pacienty, kteří jsou po transferu šlach a

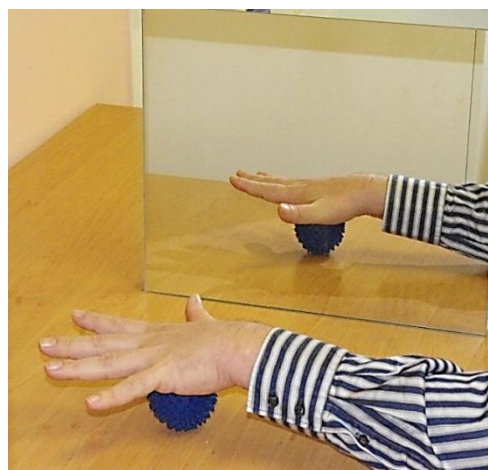


Obr. č. 27

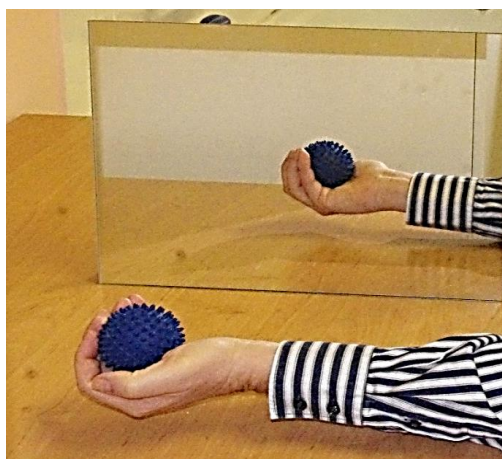
ergoterapeut se chce zaměřit na nácvik izolovaných pohybů prstů. Další využití je u deformit MP a IP kloubů, které jsou často doprovázeny nepříjemnou bolestí. Ergoterapeut se tedy zaměřuje na ovlivnění nociceptorů.

Ježek má využití především při zacílení terapie na palmární stranu ruky. Pacient může shora vyvíjet tlak na míček, tento cvik je velmi vhodný pro pacienty po amputaci trpící Fantomovým syndromem. Výrazné výstupky na míčku pacientovi mohou nahradit pocit poškrábání při svědění. Mezi další cviky lze zařadit posouvání palmy po míčku směrem dopředu, dozadu a do stran. Tento cvik je velmi dobrý pro stimulaci palmy a uvědomění si hranice ruky.

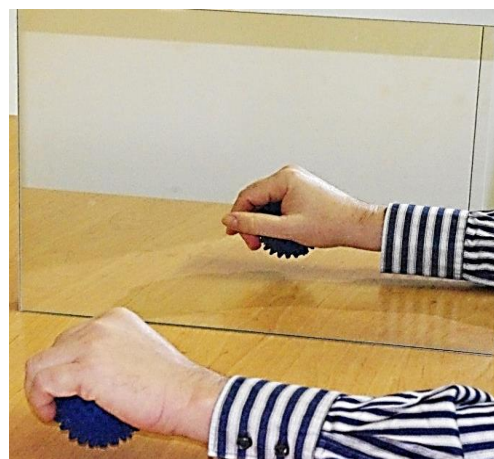
Další cvik, který následuje je svírání míčku v ruce. Zde jsou dvě možnosti postavení prstů a thenaru. Ten může mít opoziční postavení k prstům, nebo jak lze vidět na obrázku (Obr. č. 28) abdukční postavení s flexí. Použití tohoto typu míčku se doporučuje hlavně u pacientů, kteří mají postiženou končetinu velmi imobilní či zcela amputovanou. Zdravá končetina pak musí vykonávat všechny iADL i pADL. Současně má míček i masážní účinky. Je nutné pacienta upozornit, že se nejedná o trénink svalové síly, ale správný průběh pohybu. Proto pacient pomalu svírá i rozevívá prsty.



Obr.č. 28 ↑



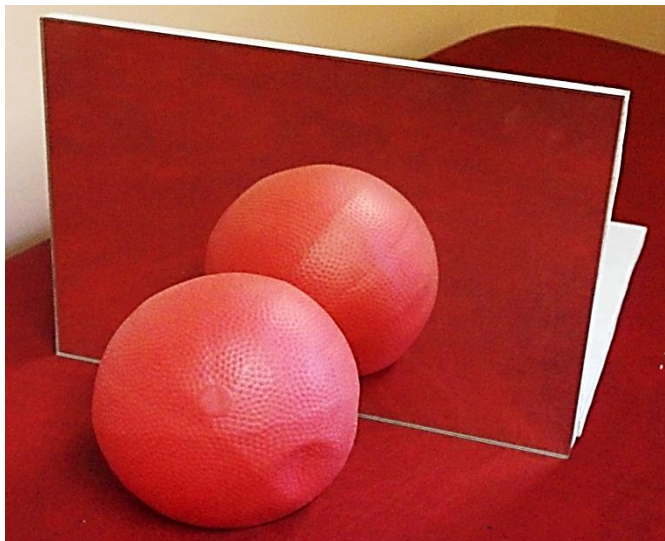
Obr. č. 29



Obr. č. 30

Je možný i nácvik pronace a supinace za stálého svírání míčku (Obr. č. 29,30). Tento cvik je velmi důležitý pro ADL, kdy se jedná například o přenášení předmětů, jejich podání či uložení.

Mezi další vhodné pomůcky patří overbally (Obr. č. 31), ježci oválného tvaru, terapeutická hmota, gumičky na prsty. Všechny tyto jmenované pomůcky vyžadují vysokou koncentraci pacienta a schopnost ergoterapeuta pacienta správně za instruovat.



Obr. č. 31

Závěr

Rehabilitace u řady pacientů probíhá i několik let po CMP, po operačních stavech, stále přetrvávajících poruchách senzitivity, bolestivých syndromech nebo jiných onemocněních. Mirror therapy ve většině případů zmírní potíže a pomůže tam, kde jiné ergoterapeutické metody již nedosahují očekávatelných efektů. Většina těchto pacientů po dlouhodobém rehabilitačním procesu zná mnohé přístupy v ergoterapii a může se u nich tedy vyvinout jistý automatismus provádění cviků. Je proto vhodné, když se terapeutická jednotka oživí novou technikou, se kterou se pacienti dosud nemohli setkat. Tato změna motivuje pacienty v další rehabilitaci a pozitivně ovlivňuje i jejich psychickou a emoční stránku.

Mirror therapy lze velmi snadno zapojit do rehabilitačního konceptu, naopak je často velmi kvalitním doplňkem. Praxe potvrdila, že se dobře kombinuje například s Bobath konceptem, PNF, fyzikální terapií nebo PIR. Při správném plnění celého konceptu, může dojít ke zlepšení zdravotního stavu v mnoha ohledech.

Mirror therapy se stále vyvíjí a kreativě se meze nekladou. Během terapie lze využít samozřejmě i další pomůcky, které v manuálu nejsou uvedeny. Je pouze potřeba dbát na to, aby se jednalo o předměty, se kterými je manipulováno bimanuálně. Doufám, že tento manuál přispěje k rozvoji Mirror therapy v České republice nejen mezi ergoterapeuty, ale bude přínosem i pro autorehabilitace v domácím prostředí.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat ergoterapeutce Bc. Pavle Říhové, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na pracovišti RK Malvazinky, kde byla pořízena fotodokumentace do toho manuálu.

Poděkování patří také ergoterapeutkám ze Švédského království, které mi poskytly velmi cenné informace i praktické znalosti v problematice Mirror therapy, Kerstin Stihl, vedoucí Handkirurgiska kliniken Stockholm a PhD. Åsa Skjutar, Södertälje Sjukhus Stockholm.

Dále bych ráda poděkovala pacientům z RK Malvazinky za spolupráci při vytvoření tohoto manuálu.

2
2013

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 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.).