



# **SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ**

**Z 18. CELOSTÁTNÍ KOFERENCE  
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**„ERGOTERAPIE 2006“**

**konané na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze  
dne 1. 12. 2006**

Příspěvky neprošly jazykovou korekturou.

# Program konference

## Dopolední program:

- 9:00- 9:40**            **Registrace účastníků konference**
- 9:40- 9:45**            **Zahájení konference, přivítání účastníků**
- 9:45- 11:15**           **Dopolední odborný program**
- 9:45- 10:00            Marie Čimborová: Ergoterapie u pacientů s poškozením míchy-  
porovnání soběstačnosti při zahájení a ukončení rhb. pobytu
- 10:00- 10:15            Olga Hluchníková, Marie Kubjatková, Michaela Magerová, Jitka  
Varmusová, Markéta Hostašová, Lucie Peštová, Kateřina Pačková:  
Ergoterapie u amputace na dolní končetině
- 10:15- 10:30            Eva Oravová, Petra Bradová: Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u  
klientů oddělení léčebné rehabilitace MN Ostrava
- 10:30- 10:45            Zdena Faltýnková, Veronika Pšajdlová, Alena Kyselová: Základní  
strategie přesunů osob po míšní lézi
- 10:45- 11:00            Vendula Ježková: Možnosti dostupných pomůcek pro úchop a  
grafomotoriku
- 11:00- 11:15            Diskuse k předneseným příspěvkům
- 11:15- 11:45**           **Přestávka s občerstvením**
- 11:45- 13:15**           **Zasedání valné hromady**
- 13:15- 14:00**           **Přestávka na oběd**
- 14:00- 16:00**           **Odpolední odborný program- I. část**
- 14:00- 14:15            Eliška Haškovcová, Veronika Schönová: Možnosti praktického využití  
konceptu SI v ergoterapii u dětských klientů ve FN Motol
- 14:15- 14:30            Soňa Blodigová: Užití konceptu Bazální stimulace ergoterapeutem u  
klientů v Domově důchodců
- 14:30- 14:45            Hana Fišerová: Možnosti a využití muzikoterapie v rehabilitaci

14:45- 15:00	Diskuse k předneseným příspěvkům
15:00- 15:15	Olga Kolembusová, Zuzana Krausová: Účast na 12. setkání ENOTHE- Ankara 2006
15:15- 15:30	Jindřiška Pulkertová, Ladislava Doudová: Ergoterapie v Homerton University Hospital v Londýně
15:30- 15:45	Vlasta Stupková, Jana Blažková, Kristýna Kölblová: Návštěva organizace Cebob – De Link v belgickém Leuvenu v rámci výměny v projektu Leonardo
15:45- 16:00	Diskuse k předneseným příspěvkům
<b>16:00- 16:30</b>	<b>Přestávka s občerstvením</b>
<b>16:30- 18:00</b>	<b>Odpolední odborný program- II. část</b>
16:30- 16:45	Soňa Michálková: Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti
16:45- 17:00	Alena Benešová: Struktura ergoterapeutického pracoviště pavilonu F, Komplexní péče o pacienty s polyradiculoneuritidou
17:00- 17:15	Hana Vlková: Projekt: Aktivizační a vzdělávací centrum v ÚSP pro TPM Kociánku a role ergoterapeuta v tomto projektu
17:15- 17:30	Markéta Brabencová: Happeningové akce ergoterapie na PK FN v Brně- Bohunicích
17:30- 17:45	Ivana Pytlíková, Vláčilová Petra- Ergoterapie v zahradnické dílně PK FN v Brně- Bohunicích
17:45- 18:00	Diskuse k předneseným příspěvkům
<b>18:00</b>	<b>Ukončení konference</b>
<b>18:05</b>	<b>Předávání certifikátů</b>
<b>20:00</b>	<b>Společenský večer</b>

Organizační výbor konference si vyhrazuje provedení změn v programu.

## PŘÍSPĚVKY AUTORŮ, KTERÍ DODALI SVŮJ ABSTRAKT

### OBSAH

<b>1.</b>	<b>Benešová, A.:</b> Struktura ergoterapeutického pracoviště pavilonu F, Komplexní péče o pacienty s polyradiculoneuritidou	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Blodigová, S.:</b> Užití konceptu Bazální stimulace ergoterapeutem u klientů v Domově důchodců	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Brabencová, M., Vláčilová, P.:</b> Happeningové akce ergoterapie na PK FN v Brně- Bohunicích	<b>18</b>
<b>4.</b>	<b>Čimborová, M.:</b> Ergoterapie u pacientů s poškozením míchy – porovnání soběstačnosti při zahájení a ukončení rehabilitačního pobytu	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>Fišerová, H.:</b> Možnosti a využití muzikoterapie v rehabilitaci	<b>26</b>
<b>6.</b>	<b>Haškovcová, E., Schönová, V.:</b> Možnosti praktického využití konceptu SI v ergoterapii u dětských pacientů ve FN Motol	<b>29</b>
<b>7.</b>	<b>Hluchníková, O.:</b> Ergoterapie u amputace na dolní končetině	<b>30</b>
<b>8.</b>	<b>Oravová, E., Bradová, P.:</b> Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u klientů Oddělení léčebné rehabilitace MN Ostrava	<b>31</b>
<b>9.</b>	<b>Pytlíková, I., Vláčilová, P.:</b> Ergoterapie v zahradnické dílně	<b>33</b>
<b>10.</b>	<b>Vlková, H.:</b> Projekt: Aktivizační a vzdělávací centrum v ÚSP pro TPM KOciánka a role ergoterapeuta v tomto projektu	<b>35</b>

**Název příspěvku:** Struktura ergoterapeutického pracoviště pavilonu F, Komplexní péče o pacienty s polyradiculoneuritidou

**Autor:** Alena Benešová

1. Klientela úseku F-A-B
2. Rozdělení pracovišť na pav. F
  - ergodiagnostická část, kde se pracuje s počítačovou technikou, do níž se řadí např. MULTI GRIP ANALYSATOR (tzv. DYNAMOMETRIE), který stanovuje sílu stisku, testuje různé svalové skupiny ke vztahu k určitému kloubu
3. Další přístroj je PEDOBAROGRAF, který nám umožňuje vyšetřit těžiště klienta, zatížení klenby nožní, zatížení DDK, stanovuje tlakové profily chodidel, zobrazí odval planty od podložky při chůzi apod.
4. V neposlední řadě se jedná i o POSTUROGRAPH- STABILOGRAFICKOU PLOŠINU, těžiště. Pacient musí být schopen samostatného stoje, měl by částečně udržet rovnováhu s otevřenýma i zavřenýma očima. Je to tedy zařízení pro sledování a rehabilitaci periferních nebo centrálních poruch rovnováhy.
5. Ergodiagnostické centrum dále disponuje posilovacími přístroji a cyklotrenažérem, který umožňuje testování s nastavitelnou zátěží. Dalším zátěžovým testem, který se zde provádí je např. chůze po schodech, chůze na určitou vzdálenost s pomůckou či bez ní. Při tomto vyšetření se vždy měří TF na počátku a na konci testu. Pro potřeby rehabilitace a posuzování soběstačnosti lze provádět i kineziologický rozbor, goniometrie, ST definovaných svalových skupin, funkční index soběstačnosti, posouzení kompenzační pomůcky ke snadnější sebeobsluze apod. Nejsou výjimkou testy pro HM a JM.
6. Ergoterapie je další prováděnou aktivitou na tomto pracovišti, jedná se o nácvik aktivit denního života, o nácvik soběstačnosti, sebesycení, osobní hygieny, oblékání, přizpůsobování bytu, využívání KP apod.
7. Zařazení pacienta do dílen- truhlářská, zámečnická, keramická, šicí nebo pracoviště s PC či kuchyňkou
8. Komplexní péče o pacienta  
IET nebo SET- kondiční a cílená je v kompetenci ergoterapeuta. Komplexní péče o pacienta s diagnózou susp. Polyradiculoneuritida Guillain-Barre, který byl zařazen na IET 3x- 5x týdně, mimo to měl ještě další léčbu na RHB, vodoléčbě, mechanoterapii, elektroterapii. Významná je i ošetrovatelská péče.
  - Anamnéza pacienta
  - Rehabilitace a ergoterapie
    1. týden- proleženiny, cvičí na nafouknutém kruhu, HKK nezvedá, je jen část. hybnost v RKK i lok. Kl., stisk nepatrný, funkční testy pro ruku nezvládne, je krmen.
    2. týden- zlepšena hybnost velkých kloubů, nají se sám, úchop lžice nejistý

3. týden- stabilizace pánve lepší, cvičí bez kruhu, síla svalová v rukou zlepšena, úchopy nekvalitní
4. týden- aktivace hýždí, pasivní hybnost v kolenních kloubech, přesuny s malou dopomocí, sám si lehne na břicho, udrží hrnek s rozděleným uchem, napije se jednou rukou, při jídle dokáže držet lžící normálně, těžší předmět neunes
5. týden- staví se u žebřin s minimální výdrží, bolest kolen, příprava jednoduchého jídla s menší dopomocí, dostane se na čtyři
6. týden- stojí v bradlech, opozice levého palce vážne, u pravého je dobrá, karty drží velmi nejistě, pokus o vaření složitějšího jídla
7. týden- obratnost i sv. síla zlepšena, nesvede stříšku, dokonalejší funkční testy, vaření- příprava palačinek. Chůze v chodítku.
8. týden- přesun do vany, chůze se 4bodovými FB
9. týden- používá bandáže ke stabilizaci kolen. Kl. Používá dvě FB při chůzi, práce s těstem, ST 4, nekvalitní opozice palce L ruky.
10. týden- propuštěn, doporučení kompenzačních pomůcek.

Celá prezentace je zpracována v programu PowerPoint a je proložena tématickými fotografiemi týkajícími se jednotlivých pracovišť a terapie pacienta uvedeného v kasuistice.

**Název příspěvku:** Ergoterapie v geriatрии. Praktické využití a ukázky z Konceptu Bazální stimulace v ergoterapii u seniorů

**Autor:** Soňa Blodigová

Vysvětlení základních pojmů

- **koncept** = otevřený proces do kterého se integrují i jiné postupy a metody
- **metoda** = striktně daný postup
- **bazální** = multisenzorická

### **Cíle – podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo k**

- : podpoře rozvoje vlastní identity
- : umožnění navázání komunikace se svým okolím
- : zvládnutí orientace v prostoru a čase
- : zlepšení funkcí organismu

### **Koncept vychází z myšlenky Piageta : „ Život je možný pouze ve vztahu „ a z těchto principů:**

- 1) Smysly vnímání se utvářejí postupně
- 2) Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální pojetí
- 3) Člověka formulují jeho zkušenosti
- 4) Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá
- 5) Nejasné podněty vedou k snížené schopnosti reagovat

### **Hlavní prvky konceptu :**

- Bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou
- Bazální stimulace se formuje ze vztahu mezi ošetřujícím a klientem
  
- Bazální stimulace pomáhá ošetřujícímu učit se vnímat tak, aby umožnil vnímat klientovi a to pomocí informací, které postrádá a naopak redukcí těch informací, které ho zatěžují
- Bazální stimulace nachází klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne
- Bazální stimulace umožní klientovi 1) cítit hranice svého těla
  
- 2) aby měl zážitek sám ze sebe
- 3) cítit okolní svět
- 4) cítit přítomnost jiného člověka
  - Bazální stimulace umožňuje poznat a akceptovat vlastní hranice
  - Bazální stimulace umožňuje ošetřujícímu rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti

Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímání – začíná již v 9.týdnu těhotenství v oblasti vibrační, dále pak somatické a vestibulární.

### **Postižení jakýchkoli schopností vede u klienta k :**

- chybné interpretaci reality
- zmatenému jednání, chování
- neschopnosti kvalitně komunikovat se svým okolím
- strachu a neklidu

### **Koncept BS se uplatňuje především v péči o :**

- postižené děti
- klienty v komatozních stavech
- klienty dlouhodobě upoutané na lůžko
- klienty neklidné a dezorientované
- klienty v intenzivní péči
- geriatrické klienty

k získání co možná nejvíce informací o klientovi – BIOGRAFICKÁ anamnéza

### **Bibliografická anamnéza obsahuje :**

- sociální situaci
- kdo může klienta navštěvovat
- jaký je typ (klidný, živý...)
- jak slyší
- jak vidí
- denní rytmus
- pravák či levák
- které má rád doteky a které ne
- jak spí + poloha
- jak si čistí zuby, jak se holí
- co jí rád
- zvuky, které poslouchá rád
- oblíbená vůně
- co dělá, má-li bolesti
- důležitý zážitek

(čerpáno ze skript a semináře Konceptu Bazální stimulace od Mgr.Karolíny Friedlové)

### **Ze své praxe**

– pracuji v domově důchodců hl.města Praha, seminářem konceptu BS nás prošlo zhruba 1/3 ošetrovatelského a 1/3 z rehabilitačního úseku.



– nejvíce se koncept BS používá u geriatrických klientů dlouhodobě upoutaných na lůžku (z jakéhokoliv důvodu či postižení), u klientů po CMP, u klientů neklidných a dezorientovaných (např. Alzheimerova demence)

– **z konceptu BS využívám pro práci ergoterapeuta zejména :**

- : částečnou koupel zklidňující a osvěžující
- : celkově bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha
- : polohování klienta do polohy – mumie a hnízdo
- : orální stimulaci
- : taktilně-haptickou stimulaci

Údaje o klientovi si zjistíme od něho samotného, od jeho rodiny či známých. Vše pečlivě zaznamenáme do biografické anamnézy.

Pro péči o klienta je také rozhodující klidné a nerušené prostředí, které je klientovi známé. Nejúčinnější je také provádění úkonů v době, kdy je aplikoval dříve i sám klient. Klient musí být seznámen s tím, co bude následovat, musí se „účastnit“ a být vtažen do děje – aby nebyl dezorientován!!! Koupele provádí vždy jeden z týmu, klientovi nejprve dáme sáhnout do vody, zda není příliš horká nebo naopak studená.

Koncept BS využívá všech našich smyslů – hmat, čich, sluch, chuť, zrak a vestibulární aparát (= vnímání polohy těla). Ve stáří činnost všech těchto smyslů ochabuje, lidé mají multifunkční onemocnění.

( bude doplněno fotografiemi)

Nejzávažnější problém vidím v nenávaznosti práce ošetrovatelského a rehabilitačního týmu, Také v tom, že nebyli všichni pracovníci účastni na seminářích Konceptu Bazální Stimulace. Nepracujeme s klienty v komatozních stavech či s klienty v komavigile. Naši klienti mají multifunkční onemocnění, která se ale slučují se životem. Naše výsledky práce s klientem nejsou tak viditelné, nejvíce zřejmé a prokazatelné je zlepšení psychického stavu klienta a zlepšení komunikace mezi klientem a personálem. Dále také vidím veliký nedostatek v počtu personálu na počet klientů, nemůžeme se tak zcela individuálně věnovat potřebám klienta a provádět úkony – např. osobní hygienu – právě přesně v době, kdy to dříve klient prováděl.

## *Poloha mumie*

### *Fotografie č.1*

- pro klienty neklidné, zmatené, agresivní a zejména u klientů dlouhodobě upoutaných na lůžku (ztrácejí vnímání hranic vlastního těla)

pomůcky – prostěradlo, deky, perličkové polštáře, žínky, ručníky

Klient leží na zádech, vždy je informován o zamýšlené intervenci. Klienta obložíme srolovanými ručníky, dekami, polštáři a zavineme do prostěradla – jako by byl ve spacáku. Klienta necháváme v této poloze zhruba 20 minut (usne-li, nebudíme jej)





## *Poloha hnízdo*

### *Fotografie č.2*

- pro klienty ve fázi odpočinku, po vyšetřeních, po koupeli, k navození libého pocitu, ke stimulaci vnímání tělesného schématu

pomůcky – polštáře, povlečení, perličkové deky

Cíl – uzpůsobit klientovi co nejkvalitněji jeho odpočinek

Klient leží na zádech (ale může být i vleže na boku či v poloze na břiše. Srolujeme 2 deky a ohraničíme klientovo tělo. Klienta přikryjeme – důležité přikrytí ramen!



## Uvolňování spasticity

### Fotografie č.3

- pro klienty po CMP, DMO, tetraplegiky
- po koupeli, k pasivnímu i aktivnímu cvičení, k stimulaci HK pro oblékání (pADL), pro osobní hygienu, k hygieně obličeje dle Bobatha

Klient sedí na posteli (vozíku či židli). Důležité je mít prostor. Informace o dotecích zjistíme z biografické anamnézy.

Používáme naše ruce + žínky (ty většinou padají – používáme čisté froté ponožky!) Teplotu vody dáme nejprve vyzkoušet klientovi a oznámíme mu, co jej čeká.









**Název příspěvku:** Happeningové akce ergoterapie na PK FN v Brně- Bohunicích

**Autor:** Markéta Brabencová

**Spoluautor:** Petra Vláčilová

Prezentační akce na PK s pracovním názvem „happeningy“ vznikly spontánně před dvěma lety za účelem prezentace a zviditelnění do této doby „neviditelné“ práce ergoterapeutů.

Odborná literatura charakterizuje happeningové akce jako formu určitého projevu, která je autory předem připravená, která oslovuje, aktivuje a vtahuje diváky do děje. Akce, které jsme připravily splňují, jak budu postupně referovat, jednotlivé požadavky.

## **POSTUP/ PŘÍPRAVA/ STRUKTURA AKCE**

Představím vám v bodech jak je možné akce připravovat:

**Nápad-** nápady na happeningy na celý rok (maximálně 4 akce)

Vychází z práce ergoterapeutických dílen, je kreativním posunem nabídky činností, téma nápadu sjednocuje kreativitu pacientů i terapeutů.

**Kdo** bude happening realizovat- ergoterapeutické dílny.

Nápad a jeho téma je krátkodobým programovým cílem ergoterapie a postupuje jednotlivé dílny, ty mezi sebou „nesoutěží“, protože v konečné prezentaci se autorství dílen stírá a celá akce je prezentací dílny jedné a zároveň celé ergoterapie.

**Kdy-**datum konání akce

**Kde-** místo instalace

**Pozvánky-** výroba a rozesílání pozvánek

Zajištění sponzorů pro materiál a občerstvení na happening.

Hledání doprovodného programu- kontaktování lidí, kteří ožíví happening krátkým vystoupením.

Instalace artefaktů tvořící happening na plánovaném místě.

### **Krátké úvodní slovo**

Vlastní průběh akce- asi hodina trvání

Fotodokumentace z příprav a průběhu happeningu

Zpětné hodnocení průběhu, přípravy a výsledku happeningu

Zveřejnění a poskytnutí informací o průběhu akce

### **Mobilní prezentace**

## **AKCE V ROCE 2005**

V roce 2005 byly plánovány 4 akce, které byly uskutečněny v 3- měsíčních cyklech. Záměrem happeningů bylo představit jednotlivé dílny. V té době jsme představovali dílnu:

- výtvarnou
- textilní
- dřevařskou
- zahradnickou

Zamýšleli jsme ponechat přípravu artefaktů na pacientech navštěvujících aktuálně tu kterou dílnu, ale do přípravy se hned zapojily všechny dílny a realizace se účastnili všichni pacienti otevřených i uzavřených oddělení, kteří aktuálně do terapie docházeli. Použitý materiál zůstal stejný.

Happenings probíhaly a dosud probíhají na různých místech v parku okolo kliniky.

### **KAŽDÝ MÁ SVOU KOČKU VARIACE NA ODĚV CESTA- MOZAIKA CO DĚLAJÍ STROMY V ZIMĚ**

Jarní akce roku 2005 s názvem- „Každý má svou kočku“- výchozím materiálem pro tvorbu artefaktů- koček byly PET lahve a kaširovaný papír. Výraz, který hotové kočky mají je odrazem duševního rozpoložení mnohdy hned několika spoluautorů. Při kaširování PET lahví se vystřídaly různé skupiny, často jiní pacienti objekty začínali, jiní je dokončovali. Každá kočka je nositelkou samostatného příběhu, vlastního tvůrcům i divákům. Happening probíhal za ještě zimního počasí, barevné kočky se válely ve sněhu a lákaly pacienty, zaměstnance i veřejnost k prohlídce. Tyto artefakty byly ještě prezentovány v aule hlavní budovy FN.

**Nabízíme rozbor akce „Každý má svou kočku“ z pohledu ergoterapie- kroky, činnosti, mapování, supervize**

#### **Použitý materiál**

- odpadový materiál PET lahví různých velikostí
- různé druhy papíru
- tapetové lepidlo
- temperové barvy, remakol barvy atd.

#### **Činnosti vedoucí k výslednému cíli**

- natírání
- povrchová úprava
- kaširování
- malba, osobitá dekorace, tvorba výrazu

Výsledkem je artefakt kočky na pevném podkladu PET lahve odrážející aktuální prožívání pacienta.

**Poznatek o negativní zkušenosti během realizace tohoto happeningu- řada pacientů zažívala nepříjemné pocity při manipulaci se škrobovým lepidlem.**

Následující akce loňského roku byly chronologicky seřazeny takto:

**„Variace na oděv“**- artefakty nabízející netradiční pohled na oděv prezentovaly v létě textilní dílnu. Akce byla náročná na přípravu, během které si pacienti osvojili technologii výroby ručního papíru, zapojili fantazii a kreativitu při práci s tímto netradičním materiálem ve vztahu k běžnému chápání oděvu. Výsledkem byly papírové šaty, klobouky, sukně, boty atd., které poskytovaly informace o fantazii a expresivitě jejich tvůrců. Papírové oděvy našly další uplatnění a jsou stálou expozicí v aule budovy PK.

Podzim 2005 ozvláštnila akce **„Cesta- mozaika“**, která prezentovala dřevařskou dílnu a vycházela z myšlenky cesty životní cesty člověka. Jednalo se o zasazení mozaikových objektů do částí přírodního chodníku v parku PK. Výchozím materiálem byly keramické kachle. Pacienti si sami vytvořili různé velké segmenty, které zpětně zakomponovaly do mozaikových obrazů. Postupně se z barevných, keramických střípků stala napínavá činnost, kdy každému úlomku bylo určeno neměnné místo. Z terapeutického pohledu jsme mohli vidět nerozhodnost, váhání, nespokojenost, lpění na daném rozvržení úlomků až po změny, které přinesly spokojenost- střípky byly nalepeny, práce byla hotová. Mozaikové kachle byly po skončení akce umístěny na jednotlivá oddělení kliniky jako dekorace.

Na sklonku roku 2005 jsme se rozloučili akcí s názvem **„Co dělají stromy v zimě“**- představením dílny zahradnické. Japonské třešně- sakury, které se nacházejí před vchodem na kliniku se proměnily v totemické stromy- poetický, květinový, nostalgický atd. Ze stromů se staly totemy, připomínají sounáležitost s přírodou, dovolující nám zavzpomínat si na dění minulé a odpovědět si na otázku co dělají stromy v zimě.

Prvotní cíl happeningových akcí- zviditelnit ergoterapii jako součást léčebné péče na PK byl splněn a happeniny se staly malým svátkem, na jejichž přípravu i realizaci se těší pacienti, personál nemocnice i veřejnost.

## **NAVAZUJÍCÍ AKCE V LETOŠNÍM ROCE**

V tomto roce – 2006 happeningové akce pokračují. Stále jsou chápány jako prezentace jednotlivých dílen, ale nastal zde velký posun ve spoluúčasti a spolupráci, využívá se ve tvorbě artefaktů různých materiálů vycházejících ze zaměření jednotlivých dílen. Akce v tomto roce byly plánovány jako mobilní- jejich prezentace a výsledné artefakty byly přesunuty do dalších zařízení s cílem seznámení s ergoterapií a se snahou o destigmatizaci psychiatrie.

Dosud proběhly v roce 2006 tyto 3 happeniny:

**Škatule, škatule, hejbejte se**  
**Nehudební nástroje a neznělé tóny**  
**Víly víly věnce**

Na zimní období je plánovaná akce **Létající koberce**

Happeningy tohoto roku jsou mnohem bohatší, ať už množstvím prezentovaných artefaktů, pestrostí variováných materiálů, nebo rozváděním stěžejního tématu, neosu stopy většího uvolnění i odvahy při realizaci. Poslední dvě akce měly i „doprovodný“ program a nelze opominout i sponzorské občerstvení, které s prezentací udělely malé oslavy společného úsilí.

**Pacienti se podílí na:**

- přípravě materiálu
- výrově artefaktů
- výrobě pozvánek
- instalaci objektů před prezentací
- hodnocení akce

Na klinice pobývají pacienti po dobu 6 až 8 týdnů, nepodílejí se zatím na tématickém plánu akcí.

**Datum konání:** je většinou stanoveno ve chvíli, kdy je dostatečné množství objektů k prezentaci. Na jeho stanovení má vliv chod dílen i oddělení PK.

**Místo konání:** dosud, až na jednu akci, byl místem konání krásný park v okolí PK. Prostor je dostatečně velký a není třeba limitovat návštěvnost a pro některé pacienty je to příležitost vyjít z kliniky...

Jde tedy také o aktivizaci pokud možno všech pacientů:

- opuštění kliniky
- setkání se s větším množstvím lidí
- trénink pozornosti
- zvládnutí společenských kontaktů
- navázání kontaktu
- orientace ve skupině lidí
- orientace v terénu
- zpracování neobvyklé situace

**Pozvánky:** vnitřním informačním systémem nemocnice na všechny zařízení spadající pod FN Brno, osobní pozvánky na vedení kliniky a nemocnice, sponzorům atd.

**Úvodní slovo:** krátký text navozující atmosféru, někdy seznamující s prací a průběhem tvorby...

**Doprovodný program:** něco navíc, dávající akci širší kontext, přinášející nové informace, rozšiřující prožitek

Jsem ráda, že jsme vás mohla seznámit s happeningovými prezentacemi ergoterapie, dvouletá zkušenost ukazuje, že tato forma neběžné náplně ergoterapie má své místo v práci na psychiatrii, neboť všem je znám pozitivní vliv „zhotoveného výrobku“, při přípravě happeningů jsou motivací osloveny další složky osobnosti člověka a jednoznačný význam má širší uznání práce, stejně jako otázky z prezentace vyplývající.

Děkuji za pozornost, ráda zodpovím vaše dotazy a srdečně vás zveme na další naše happeningy.

**Název příspěvku:** Ergoterapie u pacientů s poškozením míchy – porovnání soběstačnosti při zahájení a ukončení rehabilitačního pobytu

**Autor:** Bc. Marie Čimborová

Každý rok v České republice přibývá téměř 200 lidí ochrnutých po poranění míchy. K poškození míchy dochází nejčastěji při úrazu páteře, kdy zlomený obratel míchu stiskne nebo ji zcela přeruší. Mícha však může být poškozena i při zánětlivém, degenerativním nebo nádorovém onemocnění a také vrozeně. Pacienti s poškozením míchy mají mnoho zdravotních i sociálních problémů.

Rehabilitace ochrnutých musí být proto komplexní. Své nezastupitelné místo v rehabilitaci má ergoterapie. Úkolem ergoterapie je znovunabývání nebo vyvažování poškozených funkcí a přijetí sama sebe v nových podmínkách. Cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti v souvislosti s daným typem poškození.

Na vybraných pacientech Spinální rehabilitační jednotky Hamzovy odborné léčebny v Luži – Košumberku bylo provedeno porovnání soběstačnosti pacientů při zahájení a při ukončení rehabilitačního pobytu. Celý zkoumaný soubor, 32 pacientů, představují pacienti, kteří zahájili prvopobyt v roce 2005 a ukončili svůj pobyt do konce března 2006 a jejichž pobyt trval déle než 8 týdnů. Soběstačnost pacientů je odlišná dle výšky míšní léze, proto je základní soubor rozdělen na dva podsoubory - paraplegiky a kvadruplegiky.

Jako výzkumná metoda byla použita analýza dokumentů, technika sekundární analýza dat a obsahová analýza dokumentů. Zdrojem k získání informací o úrovni soběstačnosti byl Test funkční soběstačnosti – FIM.

Test hodnotí 18 činností v 6 kategoriích: osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty. Každou z funkcí hodnotí 7-mi stupňovou škálou, kde 1 znamená plnou pomoc a 7 plnou soběstačnost. Celkové rozpětí skóre je 18 – 126 bodů, kdy fyzické funkce činí 13 – 91 bodů, psychické funkce pak 5 – 35 bodů.

Podle celkového skóre FIM testu, které se získá součtem všech položek pohybové dovednosti a psychických funkcí, se dělí soběstačnost pacientů následovně:

Závislost – celkové skóre je 63 a méně bodů, pacient provede méně než 50% z činností.

Střední pomoc - celkové skóre je 64 – 95 bodů, pacient provede 50 – 75 % z činností.

Minimální pomoc - celkové skóre je 96 – 120 bodů, pacient provede víc než 75 % z činností.

Nezávislost - celkové skóre je 121 – 126 bodů, pacient provede všechny činnosti bez omezení.

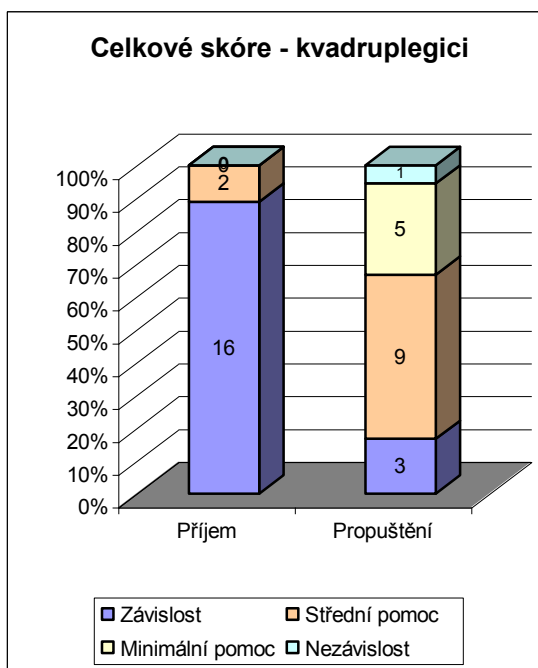
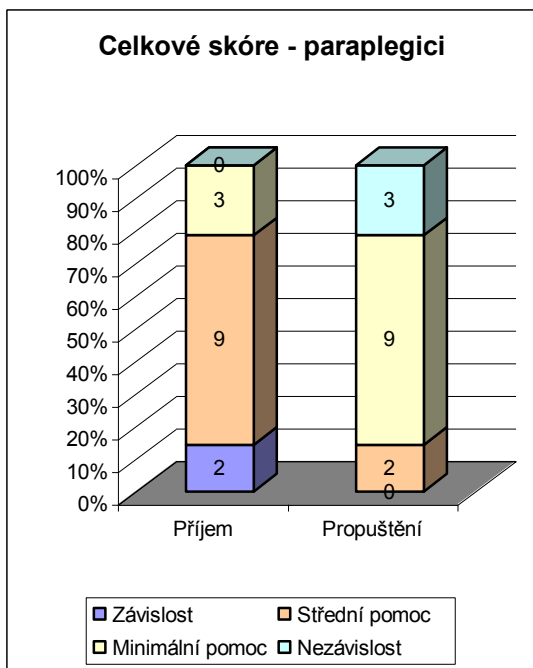
Během pobytu se ze souboru paraplegiků v celkovém skóre zlepšilo všech 14 (100%) pacientů, všichni o 1 stupeň. 3 (21,4%) pacienti byli plně nezávislí na pomoci, 9 (64,3%) potřebovalo minimální pomoc a 2 (14,3%) střední pomoc. Žádný z paraplegiků nebyl plně závislý na pomoci druhé osoby. Potřebná pomoc je nutná zejména v bariérovém prostředí k překonání schodů, ale také při intimní a celkové hygieně, při vyprazdňování moče a stolice, což je velmi psychicky náročné.

Ze souboru kvadruplegiků se v celkovém skóre zlepšilo 15 (83,3%), z toho 10 (55,6%) pacientů o 1 stupeň a 5 (27,8%) o 2 stupně. Při propuštění zůstali 3 (16,7%) pacienti plně závislí, 9 (50%) potřebovalo střední pomoc, 5 (27,8%) minimální pomoc a 1 (5,6%) byl plně nezávislý. Kvadruplegici musí potýkat stejně jako paraplegici s výraznou závislostí v oblasti hygieny, dále pak i v úkonech jako jsou přesuny a oblékání, ale i v činnostech jako je jídlo, čištění zubů ... , které zdravý člověk vykonává bez přemýšlení a automaticky.

Přehled o získaných počtech bodů podává tabulka a grafy.

	Celkové skóre	Paraplegici		Kvadruplegici	
		Příjem	Propuštění	Příjem	Propuštění
Závislost	0 – 63	2 (14,3%)	0 (0%)	16 (88,9%)	3 (16,7%)
Střední pomoc	64 – 95	9 (64,3%)	2 (14,3%)	2 (11,1%)	9 (50%)
Minimální pomoc	96 – 120	3 (21,4%)	9 (64,3%)	0 (0%)	5 (27,8%)
Nezávislost	121 – 126	0 (0%)	3 (21,4%)	0 (0%)	1 (5,6%)





Výzkumem byla potvrzena hypotéza, že u pacientů, kteří mají indikovanou ergoterapii, se zlepší soběstačnost.

## **Název příspěvku:** Možnosti a využití muzikoterapie v rehabilitaci

**Autor:** Hana Fišerová

Potřeba tančit a vyluzovat zvuky zpíváním či hrou na hudební nástroje sahá daleko ke kořenům lidské existence. První svědectví nacházíme již z mladší doby kamenné. Původně se hudba a tanec využívala jako forma komunikace s nadpřirozenými silami při magickém léčení, kde byl hlavní rytmus. Rytmus se měnil intenzitou a tempem např. tlučení hle do dutého kmene či o kámen. Postupem času zjišťovali, že hudba a tanec ovlivňuje lidskou psychiku pozitivní někdy také negativní energií a tyto poznatky zejména využívaly starověké civilizace. Starověcí Egypťané své nemocné plavili po Nilu za doprovodu uklidňující hudby, či v Řecku si filosof Platón všiml stimulačních účinků hudby a popsal je ve své Ústavě. Číňané dokonce spatřovali v hudbě nejen blahodárnou, ale někdy i nebezpečnou moc. V bibli najdeme zmínky o vyléčení krále Saula hrou na harfu z depresivních stavů. U přírodních národů je tanec a hudba součástí kultury, léčení, obřadů z nichž se dále vyvíjely nové hudební směry a hudební nástroje. Lze tedy shrnout, že léčbu hudbou znaly všechny starověké civilizace.

Muzikoterapie si v posledních letech získává své místo na základě nových poznatků. Začleňuje se postupně do oborů lékařských, psychologických, sociálních a speciálně pedagogických.

Definice muzikoterapie: jedná se o léčbu hudbou. Je to léčebná metoda, terapeutická činnost, která pomocí hudby komplexně působí na všechny složky lidské psychiky za pomoci specifických muzikoterapeutických prostředků.

Využívá tyto prostředky:

- bicí a perkusní hudební nástroje
- hudební nástroje s přirozeným laděním (smyčcové, dechové, strunné nástroje)
- vlastní hlas funkci
- poslech reprodukováné hudby (plní funkci komunikativního analyzátoru)

Terapeutické funkce muzikoterapie

- relaxační funkce- lze využívat esoterické hudby nebo přímé prezentace přírodních zvuků, které nemají přesně daný řád a rytmus, ovlivňuje energii, náladu, usnadňuje porozumění ostatním
- rehabilitační funkce- vhodně zvolená hudba může ovlivnit psychomotoriku, zkvalitnit pohybovou činnost, stimulovat kognitivní procesy, facilitovat končetiny, může docházet k postupnému zatěžování posturálního svalstva a uvolňování flexorů, rozvíjení nervosvalové koordinace, může být podpůrnou složkou pro rozvoj poznávacích dovedností např. u mentálně postižených
- edukační funkce- se uplatňuje při léčbě etyliků, toxikomanů
- analgetická, ataraktická funkce zmírňuje bolest, mírní pacientův strach, slouží jako doplněk farmakologické léčby. Odvádí pacienta od bolesti pomocí zvukových předmětů, které působí v ordinaci nevtíravě

Muzikoterapeutické funkce jsou uvedeny ve třech rovinách:

1. myšlení
2. tělesní vnímání
3. pocity, nálady

Jmenované funkce posilují pacientovo já v podobě překonávání a zvládnutí určitého úseku reality.

Terapeutické cíle muzikoterapie:

- posiluje důvěru ve vlastní síly pacienta
- akceptace vlastního těla, poznávání vlastního těla
- vést pacienta ke ztrátě pocitu osamělosti, pocitu neupotřebitelnosti
- otevírá prostor pro neverbální komunikaci
- různorodost hudebního doprovodu, tanečních témat vedou ke spontánnímu používání nálad a umožňuje jejich ovlivňování
- rozvíjí sociální dovednosti, důvěru, citlivost, spolupráci s ostatními pacienty
- navození pocitu úspěchu
- zahrnuje pohybové vzorce např. pomáhající při koordinaci chůze
- probouzejí rezervy pro emoce a imaginaci

Již při prvních tónech dochází ke zvýšení pozornosti, tělo nevědomě začíná reagovat. Hudba nám pomáhá navodit rytmus, osvědčuje se středně rychlý rytmus. Protože hudba vyvolává v nervovém systému stavy podráždění a útlumu pomalé tempo přílišně uspává, nemotivuje naopak velmi rychlá hudba může u některých pacientů vyvolat neklid. Melodie, intenzita, barva, dynamika tedy ovlivňuje vegetativní systém: např. krevní tlak, látkovou výměnu, dýchání, srdeční činnost). Při výběru vhodné hudby sledujeme tep, motoriku, mimiku, které nám pomohou stanovit nejvhodnější intenzitu a druh aplikované hudby. Zde využíváme techniku jemného držení fronto occipitálních bodů na čele a zátylku, popř. ruky sledujeme tep a reakci pacienta.

Muzikoterapie může probíhat individuálně či skupinově. Vždy je nutné pozitivní přijímání pacientem. Hudební terapie má smysl pouze tehdy, pokud o ni má pacient zájem a pokud v něm tato činnost vzbuzuje příjemné pocity. Umožňuje navázání nového psychického a fyzického kontaktu s jiným člověkem, dostatek taktilních podnětů z okolí a po delší době působení i navození pocitu bezpečí, který je umocněn uspořádáním skupiny do kruhu jako základního prostorového útvaru. Mohou v kruhu napodobovat terapeuta, mohou se navzájem pozorovat, vzájemně se dotýkat, držet se za ruce.

Při zahájení terapie je nutné dobře znát jejich zdravotní stav, jejich fyzické omezení.

- rozehřátí muzikoterapeutické rozcvičky, hry na tělo, rozpoznání jednotlivých částí těla a svalových skupin
- příprava na určitou pohybovou činnost, skupinové témata napodobující určitou činnost, aktivita s otevřenými očima (aktivita vztahuje ke skutečné osobě nebo předmětu, členové skupiny si pohyby vytvářejí sami)
- muzikomalba
- zklidnění

Terapie by měla probíhat minimálně 1. týdně v průměru půl hodiny, zařazujeme přestávky pro oddech.

Muzikoterapie tedy představuje škálu muzikoterapeutických technik, které pomáhají nastolit psychosomatickou rovnováhu, ovlivnit motoriku, navázat nové sociální kontakty. Působí na osobnost člověka a tímto je možno dosáhnout pozitivních změn v jejich životě.

**Název příspěvku:** Možnosti praktického využití konceptu SI v ergoterapii u dětských pacientů ve FN Motol

**Autor:** Eliška Haškovcová

**Spoluautor:** Veronika Schönová

Přístup senzoričké integrace podle J. Ayers vychází z předpokladu, že existuje vzájemná závislost senzoričkého vstupu a motorického výstupu. To tedy znamená, že senzoričká porucha může ovlivnit motorické funkce, vnímání vlastního těla a pozornost.

Tento přístup klade velký důraz na schopnost jedince přijímat informace. Terapie je většinou individuální, vyžaduje aktivní účast dítěte a využívá se stupňování (postupné přivýkání dítěte „novému vnímání“ světa) v těchto oblastech: intenzita podnětů, frekvence podnětů, rytmus a délka terapie.

V teoretické části našeho příspěvku představujeme v krátkosti koncept SI v souvislostech k ergoterapii v pediatrii. V praktické části se pak zabýváme konkrétními kasuistikami a postřehy z naší praxe na dětské rehabilitaci ve FN Motol ve vztahu ke konceptu SI.

**Název příspěvku:** Ergoterapie u amputace na dolní končetině

**Autor:** Olga Hluchníková, Rehabilitační ústav Chuchelná

Záměrem přednášky je potřeba přiblížit celou metodiku ergoterapeutického přístupu u amputovaného jedince v období před a po oprotézování.

Rámcové úkoly ve stádiu po amputaci zaujímají následující cíle terapeuta: "

- adaptaci klienta na změnu kvality života
- schopnosti horizontální a vertikální sebeobsluhy
- lokomoční výcvik
- kompenzační terapie
- resocializace

Jednotlivé ukázky preferují formu individuální ergoterapie, postupně doplněnou vertikálním pracovním výcvikem v modelu pracovních situací.

*Ergoterapie po vybavení protézou:*

Filmové zpracování zachycuje průběh výcviku od začátku, tj. převzetí protézy, do doby propuštění našeho klienta.

Uvidíte snímky vertikalizace s protézou, nácvik stabilního stoje, stojné a švihové fáze dolních končetin, přechod na prostorovou lokomoci, prvky „školy chůze“ v bezbariérových i bariérových podmínkách.

Průběh filmu naznačuje kvalitativní změny v posílení extenzorového aparátu, kvality krokového mechanismu protézy, plynulost a obratnost chůze v podmínkách interiéru i exteriéru.

Prezentaci je možno pojmout jako kasuistiku pacienta v seniorském věku, jehož trauma po amputaci končí ve fázi vybavení protetickou pomůckou. Vzhledem a aktivnímu způsobu života se v průběhu terapie podařilo naplnit předpokládaný záměr- usnadnit základní sebeobsluhu a všední denní činnosti.

Videozáznam, průběh ergoterapie amputovaného jedince je pro svou komplexnost a specifikou velmi vhodným prostředkem výukového programu studentů ergoterapie.

**Název příspěvku:** Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u klientů Oddělení léčebné rehabilitace MN Ostrava

**Autor:** Eva Oravová

**Spoluautor:** Petra Bradová

V současnosti se umělé náhrady kloubů dolní končetiny staly běžnou operací prováděnou ortopedy MN v Ostravě. Jednou z nejčastějších je TEP kyčle. Od roku 1998 se tak pacienti s tímto druhem umělé náhrady kloubu stali trvale klienty lůžkové části Oddělení léčebné rehabilitace MN v Ostravě.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu byla do klinické praxe uvedena v 60. letech 20. století. Od té doby došlo k nezbytnému vývoji.

Rozdělení:

- cementované /1.- 3. generace/
- necementované /fixace do kosti
- hybridní /fixace komponent rozdílnou technikou/

Dobré funkční výsledky po TEP kyčle závisí na kvalitě fixace náhrady do kosti a na její stabilitě v sagitální a laterální rovině.

Tři stádia fixace:

- primární- do 3 měsíců po implantaci
- sekundární- do 5 let po implantaci
- terciární- od 5 do 10 let po implantaci

Stabilitu kloubu zajišťují pelvifemorální svalové skupiny. Koaktivace agonistů a antagonistů by měla vést k centraci hlavice do jamky kyčelního kloubu. Nedostatečná fixace vede k luxaci.

Mechanismus vzniku luxace:

- spontánní luxace
- páčení krčku femorální komponenty o okraj náhrady acetabula
- páčení kostěného lemuru o kostní prominenci pánve

Režimová opatření a způsob terapie musí respektovat biomechanické zákonitosti a provedení operativního zákroku.

Při stojné fázi kroku působí na hlavici femuru minimálně 3. násobek hmotnosti těla, při dynamickém zatížení narůstá mechanická zátěž kyčle i 20. násobně. Anterolaterální přístup při operaci vylučuje zevní rotaci, posterolaterální naopak vnitřní rotaci v kyčelním kloubu.

Ergoterapie při obnově funkčních schopností klienta využívá výše zmíněné poznatky. Vyšetření sebeobslužných dovedností klienta je zaměřeno na způsob a schopnost provedení přesunů, mobility/ rovina, terén, schody, svah/ oblékání a obouvání, kvalitu hygieny, manipulace s předměty denní potřeby za použití opěrných pomůcek a také schopnost přípravy jídla a úklidu.

Vlastní terapie je pak zaměřena na nácvik jednotlivých dovedností způsobem respektujícím omezení, která vyplývají z režimových opatření. Ergoterapeut pomáhá klientovi během léčebného pobytu na rehabilitačním oddělení nejen na nová omezení, ale především na získané možnosti. S pacientem jsou také konzultovány možnosti bezbariérové úpravy domácího a pracovního prostředí a doporučeny způsoby kompenzace.



**Název příspěvku:** Ergoterapie v zahradnické dílně

**Autor:** Ivana Pytlíková

## STRUKTURA KLINIKY

**Krizové centrum-** koedukované oddělení

Poskytuje krátkodobou psychoterapii pro klienty v situacích životních krizí, u reaktivních psychických poruch.

**Oddělení 24-** koedukované otevřené oddělení

Psychoterapeuticky orientované oddělení, zaměřující se zejména na léčbu neurotických a somatoformních poruch.

**Oddělení 23-** uzavřené mužské oddělení

Oddělení pro léčbu psychotických poruch u mužů.

**Oddělení 22-** uzavřené ženské oddělení

Oddělení pro léčbu psychotických poruch u žen.

**Oddělení 21-** dětské oddělení

Oddělení pro léčbu dětí od 3 let věku pro dorost.

## STRUKTURA ERGOTERAPIE

### Ergoterapeutické dílny

- Dřevodílna
- Kreativní dílna
- Textilní dílna
- Výtvarná dílna
- Zahradnická dílna

## ZAHÁJENÍ TERAPIE V ZAHRADNICKÉ DÍLNĚ

- Vstupní rozhovor s pacientem

## ROZDĚLENÍ PRÁCE V ZAHRADNICKÉ DÍLNĚ

- Práce v interiéru
- Práce v exteriéru

## PRŮBĚH TERAPIE V INTERIÉRU

- Rozdělení činností v dílně
- Nabídka činností pacientům
- Motivace pacienta

## POUŽÍVANÉ MATERIÁLY

## ROZDĚLENÍ ČINNOSTÍ DLE OBTÍŽNOSTI

### OBLAST NADSTANDARDNÍ PÉČE

- Vycházky do okolí
- Návštěvy tematicky zaměřených výstav

Prezentace je doplněna bohatým fotografickým materiálem.  
Délka přednášky přibližně 15-20 minut.

**Název příspěvku:** Projekt: Aktivizační a vzdělávací centrum v ÚSP pro TPM Kociánka a role ergoterapeuta v tomto projektu

**Autor:** Hana Vlková

Tento projekt byl zahájen u nás v zařízení roku 2005 ve spolupráci s katedrou speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně podporován Evropským sociálním fondem.

Globálním cílem je partnerství, v kterém se bude řešit problematika zkvalitňování vzdělávání na speciálních středních školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a možnost rozvíjet zlepšování přístupu a návrat na trh práce osobám s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Aktivizační a vzdělávací centrum zajišťuje ve složení psycholog, speciální pedagog, profesionální poradce komplexní diagnostické služby ve spolupráci s ergodiagnostickým centrem v ÚSP Kociánka.

Projekt je určen pro absolventy speciálních základních a středních škol. Klient je zařazen do aktivizačního modelového zácviku na základě vyšetření lékaře- neurologa, psychologa a ergoterapeuta, kteří dají doporučení na základě schopností klienta.

Ergoterapeut si udělá základní vyšetření- MMSE, test kreslení hodin, vyšetření praktických funkcí, funkční test ruky a sleduje u klienta polohu těla, lokomoci, schopnost přijímání informací, komplexní fyzické znaky, klíčovou kvalifikaci.

Na základě poznatků o klientovi vytvoří zprávu a doporučení. A jaká je úspěšnost projektu? Vyšetřením prošlo 20 klientů a každý prochází nějakým aktivizačním modelovým zácvikem.