



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

19. CELOSTÁTNÍ ODBORNÁ KONFERENCE ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

**Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
7. a 8. 12. 2007**

19. Celostátní odborná konference České asociace ergoterapeutů, 7.-8. 12. 2007, Praha

19. CELOSTÁTNÍ ODBORNÁ KONFERENCE ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

Sborník příspěvků

Praha, 7.-8. 12. 2007

Příspěvky byly předneseny na **19. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze ve dnech 7.-8.12. 2007.

Sborník příspěvků uspořádala Mgr. Jana Jelínková.

Organizační zajištění: Česká asociace ergoterapeutů, Albertov 7, 128 00 Praha 2,
www.ergoterapie.org, info@ergoterapie.org

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Organizační výbor a nakladatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků. Sazba byla provedena ze zaslaných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

Organizační výbor: Mgr. Jana Jelínková, Bc. Tereza Šťastná, Bc. Zuzana Rodová, Bc. Monika Kohoutová, Bc. Olga Nováková, Bc. Veronika Schönová

Program konference

Pátek- 7. 12. 2007

9:00- 9:45	Registrace účastníků konference
9:45- 9:50	Zahájení konference, přivítání účastníků
9:50- 11:45	Odborný program- I. část
9:50- 10:10	Alexandria Graber (USA): Akutní péče u neurologických pacientů
10:10- 10:30	Jiří Votava: Spolupráce společnosti Rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP s ergoterapeuty a ČAE
10:30- 10:50	Ladislava Doudová: Práce ergoterapeuta v „Týmu akutní intervence“ ve Velké Británii
10:50- 11:10	Petra Mikesková: Ergoterapie z pohledu Bobath konceptu
11:10- 11:30	Štěpánka Bartošová, Alice Vostřelová: Ergoterapie u těžkých poškození mozku
11:30- 11:45	Diskuse k předneseným příspěvkům
11:45- 12:15	Přestávka s občerstvením
12:15- 13:30	Odborný program- II. část
12:15- 12:35	Zdena Faltýnková.: Prezentace doporučeného postupu pro udržení funkční ruky tetraplegika
12:35- 12:55	Jitka Týcová: Využití tejpování u neurologických pacientů v rámci ergoterapie
12:55- 13:15	Alena Benešová: Ergoterapie u pacientů s polyradikuloneuritidou
13:15- 13:35	Macková Eva: Ergoterapie v prevenci
13:35- 13:45	Diskuse k předneseným příspěvkům
13:45- 14:45	Přestávka na oběd
14:45- 16:45	Odborný program- III. část
14:45- 15:05	Jitka Suchá: Zkušenosti z denního stacionáře pro seniory s demencí
15:05- 15:25	Soňa Blodigová: Ergoterapie v sociálních službách
15:25- 15:45	Kateřina Hájková: Plánování a průběh služby v Domově pro seniory Malešice (zpracování standardu č. 5 a jeho uvádění do praxe)
15:45- 16:05	Lenka Makovcová, Věra Hampejsová, Alena Čejková: Ergoterapie v denním stacionáři pro mentálně postižené
16:05- 16:25	Lucie Svěráková, Lucie Šmídová: Problematika autismu- využití ergoterapie
16:25- 16:40	Diskuse k předneseným příspěvkům
16:45- 18:00	Zasedání valné hromady ČAE

Sobota- 8. 12. 2007

Dopolední program:

9:00- 10:30 **Odborný program- I. část**

- 9:00- 9:20 Hana Glozová: Vyšetření kognitivních funkcí ergoterapeutem
9:20- 9:40 Jana Jelínková: Představení Kanadského hodnocení výkonu
zaměstnávání
9:40- 10:00 Kateřina Moravčíková: Možnosti využití metody Videotréninku
interakcí v ergoterapii
10:00- 10:20 Zuzana Rodová: 13. setkání ENOTHE Cork 2007 (závěry pro ČR)
10:20- 10:40 Jana Matochová: Práce s příslušníky etnických a kulturních menšin v
ergoterapii - Návrh nového volitelného předmětu v rámci výuky
ergoterapie na 1.LF UK
10:40- 11:00 Diskuse k předneseným příspěvkům

11:00- 11:30 **Přestávka s občerstvením**

11:30- 13:00 **Odborný program- II. část**

- 11:30- 11:50 Monika Brunclíková: Význam dobrovolníků v nemocnici, zkušenosti
v Pardubické krajské nemocnici, a.s.
11:50- 12:10 Tereza Černá, Jindřiška Pulkertová: Definice ergoterapie a její role pro
prezentaci oboru
12:10- 12:30 Vlasta Stupková: Zamyšlení nad etickými aspekty práce v občanském
sdružení Asistence
12:30- 12:50 Margita Kučerová: Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů
12:50- 13:00 Diskuse k předneseným příspěvkům

13:00- 14:00 **Přestávka na oběd**

14:00- 16:00 **Odpolední odborný program**

- 14:00- 14:20 Petra Vláčilová, Markéta Brabencová: Prvky arteterapie v ergoterapii
na psychiatrické klinice
14:20- 14:40 Lenka Pavlová: Ergoterapie u klientů s mentální retardací v Camphill
Community v Anglii
14:40- 15:00 Anna Hrochová: Seznámení s Komunitním centrem v Poděbradech
15:00- 15:20 Martina Vavrochová: Využití psa jako motivačního prostředku při
cílené ergoterapii v Integrovaném centru Zahrada. Kasuistika
15:20- 15:40 Jana Petrová: Ergoterapie u pacienta po spinálním poranění – kazuistika
15:40- 16:00 Diskuse k předneseným příspěvkům

16:00 **Ukončení konference, předání certifikátů**

OBSAH

1. **Bartošová, Š., Vostřelová A.:** Ergoterapie u klientů s těžkým poškozením mozku 2
2. **Benešová, A.:** Ergoterapie u pacientů s polyradikuloneuritidou
3. **Blodigová, S., Hájková, K.:** Ergoterapie v sociálních službách
4. **Brunclíková, M.:** Význam dobrovolníků v nemocnici, zkušenosti v Pardubické krajské nemocnici, a.s.
5. **Černá, T., Pulkertová, J.:** Definice ergoterapie a její role pro prezentaci oboru
6. **Doudová, L.:** Náplň práce ergoterapeuta ve Velké Británii v sektoru "Akutní multidisciplinární intervence "
7. **Faltýnková, Z.:** Prezentace doporučeného postupu pro udržení funkční ruky tetraplegika
8. **Glozová, H.:** Vyšetření kognitivních funkcí ergoterapeutem
9. **Graber, A. (USA):** Akutní péče u neurologických pacientů
10. **Hájková, K.:** Plánování a průběh služby v Domově pro seniory Malešice (zpracování standardu č. 5 a jeho uvádění do praxe)
11. **Hrochová, A.:** Seznámení s Komunitním centrem v Poděbradech
12. **Jelínková, J.:** Představení Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání
13. **Kučerová, M.:** Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů
14. **Macková, E.:** Ergoterapie v prevenci
15. **Makovcová, L., Hampejsová, V., Čejková, A.:** Ergoterapie v denním stacionáři pro mentálně postižené
16. **Matochová, J.:** Práce s příslušníky etnických a kulturních menšin v ergoterapii - Návrh nového volitelného předmětu v rámci výuky ergoterapie na I.LF UK
17. **Mikesková, P.:** Ergoterapie z pohledu Bobath konceptu
18. **Moravčíková, K.:** Možnosti využití metody Videotréninku interakcí v ergoterapii
19. **Pavlová, L.:** Ergoterapie u klientů s mentální retardací v Camphill

Community v Anglii

20. **Petrová, J.:** Ergoterapie u pacienta po spinálním poranění – kazuistika
21. **Rodová, Z.:** 13. setkání ENOTHE Cork 2007 (závěry pro ČR)
22. **Stupková, V.:** Zamyšlení nad etickými aspekty práce v občanském sdružení Asistence
23. **Suchá, J.:** Zkušenosti z denního stacionáře pro seniory s demencí
24. **Svěráková, L., Šmídová L.:** Problematika autismu- využití ergoterapie
25. **Týcová, J.:** Využití tejpování u neurologických pacientů v rámci ergoterapie
26. **Vavrochová, M.:** Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii v Integračním centru Zahrada. Kazuistika
27. **Vláčilová, P., Brabencová, M.:** Prvky arteterapie v ergoterapii na psychiatrické klinice
28. **Votava, J.:** Spolupráce společnosti Rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP s ergoterapeuty a ČAE

Název příspěvku: Ergoterapie u klientů s těžkým poškozením mozku
Autoři: Štěpánka Bartošová, DiS., Alice Vostřelová, DiS.
Pracoviště: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže - Košumberk

Ergoterapie je velmi důležitou součástí ucelené rehabilitační péče., jejíž cílem je dosažení určité je dosažení stupně funkční nezávislosti nejen na chráněných místech jako je nemocnice, rehabilitační ústav apod., ale především doma a ve společnosti.

Ergoterapie je na Diagnostickém a rehabilitačním centru v Hamzově odborné léčebně zajišťována 5 ergoterapeutkami, které využívají širokou škálu ergoterapeutických úkonů, technik a postupů při práci s klienty. K tomuto centru jsou přidruženy 2 neurologické pavilony A a B, kde se léčí **klienti s těžkým poškozením mozku, především po CMP. Jde o překlady z nemocnic – tedy subchronické stavy, opakovaně se zde léčí klienti s následky poškození mozku, ať jde o CMP v chronickém stádiu nebo poúrazové poškození.**

Příznaky hemiparéz se často kombinují. Jde o hybné poruchy pravé nebo levé poloviny těla ve smyslu spastické parézy, poruchy tonusu, ztrátu selektivních pohybů, poruchy normálních posturálních mechanismů, poruchy citlivosti, poruchy propiocepce, fatické, gnostické a někdy i psychické poruchy.

Při prvním setkání s klientem je provedeno podrobné ergoterapeutické vyšetření, při kterém využíváme různé funkční testy (Barthel index, MMSE test, vyšetření funkční schopnosti ruky dle Kapandjiho aj.).

U klientů - překladů z nemocnice z ergoterapeutických postupů využíváme nejvíce polohování postižených končetin, stimulaci a nácvik soběstačnosti, což je velice podstatné pro zlepšení nejen fyzického, ale i psychického stavu klienta. Spadá sem i organizace pokoje. Zpočátku se věnujeme **soběstačnosti v rámci lůžka** na pokoji klientů, vertikalizaci, lokomoci, osobní hygieně, použití WC, oblékání, sebesycení. Tyto aktivity se snažíme s klientem nacvičovat již od rána po probuzení přímo na pokoji. Po zvládnutí základního nácviku soběstačnosti v rámci lůžka terapie probíhá v tzv. zácvikovém bytě, kde se věnujeme dalšímu **nácviku soběstačnosti personálních a instrumentálních ADL**. Součástí bytu je bezbariérová kuchyň, WC, koupelna. Je zde také umístěno lůžko, které dále využíváme na další cvičení s klienty na nácvik přesunů. Zde při nácviku soběstačnosti využíváme různé kompenzační pomůcky. Pro nácvik instrumentálních ADL a pohybu v terénu využíváme venkovních prostor léčebny.

Během pobytu klienta se dále zabýváme otázkou soběstačnosti v domácím prostředí a dalším problémům. Ve spolupráci s lékařem se individuálně zaměřujeme též na vybavení klienta kompenzačními, ortopedickými a jinými pomůckami, jako jsou například mechanické vozíky, pomůcky pro hygienu, různé ortézy a polohovací dlahy. Poskytujeme klientům také návrhy vybavení bezbariérové domácnosti a odstranění architektonických bariér.

Důležitou součástí ergoterapie u nás je **ergoterapie cílená na postiženou funkci** dle postižení klienta. Nejčastěji se jedná o HK, kdy se zaměřujeme na reedukaci motoriky – tedy zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu – kloubní pohyblivosti a funkční výcvik ruky – nácvik úchopové funkce, používání ve správných motorických řadách. K tomu používáme různé manipulační pomůcky pro nácvik úchopu a grafomotoriky, využíváme didaktické pomůcky při práci s afatickým klientem.

V rámci individuální ergoterapie ve spolupráci s logopedem provádíme také **výcvik kognitivních a řečových funkcí** (kognitivní terapie – agnosie, prostorová orientace, apraxie, orientace na tělovém schématu, neglect., nácvik řeči, terapie obličejů).

Další součástí ergoterapie je **ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění**, která je v Hamzově odborné léčebně realizována na ergodiagnostickém pracovišti. Zahrnuje náročná testování, jejichž smyslem je podchycení postiženého klienta v co nejkratší době od vzniku

postižení a ještě v době pracovní neschopnosti začít intenzivní rehabilitaci. Funguje zde velmi dobrá spolupráce s Pracovním úřadem v Chrudimi.

Dále u nás probíhá **kondiční ergoterapie**. Má především psychologický význam. Při terapii se snažíme odpoutat klientovu pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění a udržet jeho dobrou duševní pohodu. Snažíme se vždy řídit jeho zájmy. K tomuto účelu zde klienti využívají textilní, mechanickou a keramickou dílnu. Mají k dispozici i PC. Velmi důležitý je u těchto klientů správný psychologický přístup.

„Navození důvěry mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem je jedním z předpokladů dobré spolupráce.“

Cílem ergoterapie v postakutním stádiu (před propuštěním klienta do domácího prostředí) je tedy:

- Dosáhnout maximálního stupně soběstačnosti, včetně výběru a vybavení vhodnými kompenzačními pomůckami a instruktáže klienta o správném způsobu jejich užití
- Navázat kontakt s rodinnými příslušníky. Snažíme se o aktivní zapojení členů rodiny do rehabilitace, abychom klientovi zajistili adekvátní produktivní pomoc po návratu domů. Pozornost věnujeme ošetrovatelským postupům, způsobu cvičení i postupům při každodenních aktivitách.
- Edukace o úpravě denního režimu
- Pokud je nutno uzpůsobit domácí prostředí – edukace o úpravách bytu.
- Pokud je to možné umožnit klientovi víkendovou propustku domů, kdy si klient vyzkouší běžný denní život tzv. „na nečisto“. Poté má klient možnost problémové aktivity s ergoterapeutkou dále řešit a trénovat.
- Motivace k aktivitě či zájmové činnosti
- Informace o dalších možnostech dostupné rehabilitační péče
- Společně se sociálním pracovníkem se snažíme podávat informace o možnostech sociální pomoci (půjčovny kompenzačních pomůcek, pečovatelské, ošetrovatelské služby, poradenská centra apod.)

Cíl rehabilitace: „Soběstačnost neznamená, že člověk po cévní mozkové příhodě se musí učit dělat všechno sám. Takový člověk musí dostat šanci vrátit se do normálního života, přičemž bude dělat bez pomoci co možná nejvíce věcí, přestože budou přetrvávat některá omezení.“

Ergoterapie je v Hamzově odborné léčebně nedílnou součástí multidisciplinárního týmu.

Zejména práce fyzioterapeutů a ergoterapeutů na sebe vzájemně navazuje, z části se i překrývá a zastupuje. Jedenkrát týdně se schází všichni členové týmu nebo jejich zástupci: vedoucí lékař oddělení, vrchní sestra, staniční sestra, denní sestra, fyzioterapeuté a ergoterapeuté, psycholog, logoped a logopedická sestra, sociální pracovníce. Ergoterapeut se tedy s ostatními členy týmu produktivně podílí na kvalitní péči o klienty. Informuje ostatní členy týmu o své práci a radí se s nimi o dalším jednotném postupu. Problémy klientů řešíme individuálně a snažíme se najít optimální východisko pro zlepšení zdravotního a psychického stavu každého klienta.

„Lidé s těžkým údělem handicapu jsou hrdinové, kterým se netleská a zasluhují si hlubokou úctu. Je prospěšné pro každého z nás zastavit se v běhu života a zamyslet se nad smyslem života vlastního i těch kolem nás. Hledejme sílu v lidském společenství, ve vzájemné úctě, v lásce, ve vztahu člověka k člověku.“

(Klein)

Literatura:

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky – WHO, Praha, Grada Publishing, a.s. (2004)

S. Trojan, R. Druga, J. Pfeiffer, J. Votava, Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka, Praha, Grada Publishing, a.s. (2005)

Z. Seidl, J. Obenberger, Neurologie pro studium a praxi, Praha, Grada Publishing, a.s. (2004)

S. Gilbertová, O. Matoušek, Ergonomie, Praha, Grada Publishing, a.s. (2002)

J. Pfeiffer, Ergoterapie II., IDVSZP Brno (1989)

Česká asociace ergoterapeutů, Profil profese ergoterapie (2001)

Česká asociace ergoterapeutů, Koncepce oboru ergoterapie, standardy praxe ČAE, etický kodex ergoterapeuta (2002)

Název příspěvku: Ergoterapie u pacienta s polyradiculoneuritidou
(komplexní terapie v r. 2006 a po roce, tj. v roce 2007)

Autor: Alena Benešová

Název pracoviště: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, pavilon F, Luže - Košumberk

Jedná se o muže, nar. 1976, který byl v pracovní neschopnosti od 5.12.2005 pro chřipkové příznaky. Dne 15.12.2005 byl hospitalizován na neurologickém odd. nem. v Chrudimi, kde došlo ke zhoršení hybnosti a již 17.12.2005 byl přeložen na JIP nem. v Pardubicích, kde byla diagnostikována suspektní polyradiculoneuritida Guillain-Barre a zahájena podpůrná ventilace. V únoru r. 2006 se rozvinula chabá quadruplegie se svalovou atrofií a parézou hlavových nervů – hlavně n.VII. K nám do Hamzovy léčebny v Luži Košumberku byl přeložen 30.3.2006 (pobyt do 7.6.2006).

V rámci léčby mu byla indikována LTV, ergoterapie, perličková lázeň a zábal, bazén, vířivá koupel na HKK, akupresurní vířivka na DKK. Z mechanoterapie – motomed na HKK i DKK, dále vertikalizace, klasická masáž, lymfoven na otoky DKK, z ergodiagnostiky svalový test. V individuálním ergot. plánu jsem začínala se stimulací a aktivizací hlavně horních končetin, prováděla jsem měkké a facilitační techniky, cvičila se bimanuální kooperace, nacvičovaly se úchopové funkce, rozvíjela se taxie, cvičili jsme dle funkčních testů, funkční pohyby ruky se nacvičovali u ergostolu, trénovali jsme písmo, prováděli jsme různé aktivity spojené se stravováním. Zaměřili jsme se i na nácvik lokomoce a zdokonalování soběstačnosti. Nakonec mu byly doporučeny vhodné kompenzační pomůcky.

V 1. a 2. týdnu cvičil v lehu na zádech, aktivizoval kolenní a kyč. klouby, v ET jsme stimulovali hybnost HKK, které ke konci 2. týdne zvedl nad horizontálu, úchopy ještě nebyly kvalitní a při přesunech potřeboval asistenci.

Ve 3. a 4. týdnu začal v LTV s přetáčením, zvládl mírný odpor, otočil se na břicho a aktivoval hýždě. V ergoterapii začal psát s kompenzační pomůckou, později bez ní. Svalová síla HKK byla 3+, sám si dokázal namazat chléb, s dopomocí udržel hrnek v jedné ruce. Do polohy v sedu se dostal jen s dopomocí, sám zvládl sed a přesun.

V 5. a 6. týdnu se začal stavět u žebřin, později trénoval chůzi v bradlech a ve vysokém v chodítku. Samostatně se dostal do polohy na čtyřech, byl samostatnější v rámci lůžka, sám ovládal mechanický vozík. Pod slovním vedením si dokázal připravit jednoduchá jídla (vajíčka, bramborák), došlo i ke zlepšení úchopových funkcí.

V 7. a 8. týdnu se zlepšila obratnost a síla svalová HKK, funkční testy byly kvalitnější, byla posílena výdrž úchopu. Akrální části prstů byly ještě oslabeny do extenze, opozice palce hlavně sin. byla nahrazována flexí, v chodítku již ušel asi 50 m, začal trénovat chůzi s 2 FB, postupně zvládl přesuny do vany. Dokázal si připravit palačinky, udržel a přenesl plný hrneček.

V 9. a 10. týdnu chodil s 2 FB, používal bandáže na kol. kl. a peroneální ortézy, zlepšila se stabilita pánve i celková mobilita. Při přípravě jídla dokázal vypracovat i vyválet těsto a připravit ho k pečení. Síla svalová HKK se zlepšila až na 4 st., funkční testy byly dokonalejší, opozici palce levé ruky stále nahrazoval flexí. Doporučené kompenzační pomůcky – mechanický vozík, 2 FB a zapůjčené dvě 4-bodové hole, sedačka do vany, protiskluzná podložka, bandáže na kolenní klouby a fixační ortézy pro hlez. klouby.

Opakovaný pobyt: 9.2.2007 – 21.3.2007

Oproti r. 2007 nastalo zlepšení, v mezidobí docházel k ambul. RHB do Chrudimi. Při chůzi stále používal peroneální ortézy a 2 FB. Přetrvávala porucha cití od dolní 1/3 lýtek směrem kaudálním. V indikaci RHB byly tentokrát přidány tyto procedury: rotoped a chodník, elektroléčba, ergoterapie skupinová i individuální a hipoterapie.

V ergodiagnostice jsme provedli vyšetření na stabilometrické plošině, pedobarografu, svalový test, z grip testů – výdrž na terči pro HKK, trojflexi a trojextenzi pro DKK.

V ergoterapii jsem prováděla senzomotorickou stimulaci, měkké a facilitační techniky u HKK. Prováděli jsme funkční výcvik HKK, cvičil dle funkčních testů pro ruku, trénoval úchopové funkce, jemnou i hrubou motoriku, posiloval extenzorové skupiny ruky a prstů, nacvičoval opozici palce levé ruky. Využívali jsme různé pomůcky stavebnicového, mozaikového i konstrukčního charakteru, počítač, teraband, hry (karty, puzzle, korálky, předměty denní potřeby, apod.) pro trénink postřehu i obratnosti.

V ergodiagnostice při jednotlivých vyšetřeních na stabilometrické plošině dosahoval kolísavých hodnot. Na pedobarografu byl efekt celkem dobrý, zlepšil se odvin i zatížení DKK. Při grip testu u HKK ani u DKK nebylo dosaženo výraznějších změn.

Ve 2. týdnu se zlepšila opozice palce na levé ruce, dokázal izolovaně extendovat prsty, zlepšena špetka a stisk ve špetce – udržel větší množství karet.

Ve 3. týdnu došlo ke zlepšení cílených pohybů, obratnosti a rychlosti HKK, hrubé úchopy ještě vážly.

Ve 4. týdnu lehce vážla ještě obratnost, taxe a drobné úchopy HKK, trénoval soběstačnost – např. stříhání nehtů ještě samostatně nezvládal.

V 5. týdnu prováděl komplexní pohyby prstů i zápěstí, nadále trénoval obratnost, taxi rychlost i sílu svalovou HKK. Pokračovali jsme v nácviku orientace na mapě a představitosti.

V den propuštění 21.3.2007 – zlepšena síla svalová u HKK i DKK na 4- až 4+ st., supinaci i pronaci předloktí provedl v plném rozsahu, síla svalová u pohybů v zápěstí zlepšena na 4 až 4+ st., u FLX a EXT prstů na 4 st., u ABD a ADD prstů na 3+ st., u palců byla sv. síla nižší.

Došlo ke zlepšení kulových a válcových úchopů, byl jistější při drovných úchopech, lepší byla i obratnost, taxe, postřeh i rychlost při provádění různých aktivit. Nehty již dokázal ostříhat samostatně. Při únavě se však stále objevoval třes prstů. Cití ve všech kvalitách bylo sníženo na DKK od 1/3 – 1/2 bérů kaudálně.

Z předešlého pobytu byl vybaven všemi potřebnými kompenzačními pomůckami, bylo mu doporučeno pokračování v ambulantní RHB a ergoterapii.

Subjektivně se cítil lépe, došlo k posílení oslabenějších svalových skupin, rozvolnění trupového svalstva i svalstva DKK.

Název příspěvku: Ergoterapie v sociální oblasti
Autor: Bc. Soňa Blodigová
Pracoviště: Domov pro seniory Praha- Malešice

Od 1. ledna 2007 vešel v platnost Zákon o sociálních službách č. 108/2007 Sb a Standardy kvality sociálních služeb

Sociální služby pomáhají žít lidem běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, kvality a důstojnosti jejich života. Jsou určeny lidem v nepříznivé sociální situaci. Nejčastějšími příjemci sociálních služeb bývají zejména **senioři**, dále lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí na okraji společnosti.

Nový zákon vymezuje tři základní oblasti služeb: Sociální poradenství
Služby sociální péče
Služby sociální prevence

Služby sociální péče jsou služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka. Mezi služby sociální péče patří **domovy pro seniory**. Standardy kvality sociálních služeb nařizují individuální plán péče pro každého občana (uživatele sociálních služeb).

§ 49

Domovy pro seniory

(h) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,**
- g) aktivizační činnosti,**
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 8

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

§ 9

(1) Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemisťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

(2) Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,

- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

(3) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony podle odstavců 1 a 2.

(4) Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 se úkony podle odstavců 1 a 2 sčítají. Při hodnocení úkonů podle odstavců 1 a 2 se úkony uvedené v jednotlivých písmenech považují za jeden úkon. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů uvedených v odstavcích 1 a 2 jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout.

Název příspěvku: Význam dobrovolníků v nemocnici, zkušenosti v Pardubické krajské nemocnici, a.s.

Autor: Mgr. Monika Brunclíková

Pracoviště: RHB centrum, Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Kontaktní e-mail: brunclikova@nem.pce.cz

Onemocnění nepostihuje jen orgán, část těla, ale zpravidla přináší i změny psychického stavu pacienta a zasahuje do sociální oblasti. Proto nedílnou součástí komplexní péče o nemocného je i psychosociální péče. Na ni se podílí celý tým odborníků a v současné době se do péče o pacienty zapojují i dobrovolníci. Svou činností přispívají ke zlepšení psychosociálních podmínek na lůžkových odděleních nemocnic. Během hospitalizace často pacienti koncentrují své myšlenky na své problémy. U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů hrozí nebezpečí izolace, ztráta kontaktů s okolím, projevující se zhoršením jeho psychického stavu a následně se promítající do tělesné kondice nemocného. Dobrovolník vnáší do nemocničního prostředí kontakt s vnějším zdravým světem, zájem, radost a zábavu. Zpestřením volného času se snaží pacienty oddálit od problémů, ovlivnit tím psychický stav pacienta a výrazně mu pomoci. Dobrovolníkem se může stát kdokoli, neboť každý z nás může druhým lidem něco nabídnout. Dobrovolník je osoba, která ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch druhých lidí.

Ve vztahu k náročnosti se činnost dobrovolníků může dělit na:

a) běžnou (laickou), kdy pro tyto činnosti není třeba speciální přípravy ani speciálního vedení profesionálními pracovníky nemocnice. Vždy platí, že nemá nahrazovat práci odborného personálu. Dobrovolník se stává společníkem u lůžka pacienta, doprovází ho na procházky, na vyšetření, poslouchají spolu hudbu, čtou, malují. Při činnosti dobrovolníků, které nezahrnují práci s pacienty může jít o udržování nástěnek, drobné technické úpravy a údržba, úprava květin a zahrady, organizační pomoc, fundraising a organizační pomoc.

b) částečně odbornou činnost dobrovolníků, kdy jsou dvě možnosti:

ba) běžná činnost dobrovolníků získá pod odborným vedením profesionálních pracovníků léčebně-terapeutický obsah (dobrovolník předvádí pacientům dle návodu fyzioterapeuta, ergoterapeutické aktivity)

bb) dobrovolník sám projde speciálním školením nebo má kvalifikaci, která mu umožní některé snadné úkoly realizovat samostatně (zkušený dobrovolník absolvuje výcvik koordinátora dobrovolníků a stane se asistentem koordinátora)

c) odbornou činnost dobrovolníků, kdy dobrovolník využívá své profesionální dovednosti a zdarma je poskytuje ve prospěch programu (psycholog školí zdarma dobrovolníky v komunikačních technikách nebo dělá supervizora).

V současné době navštěvují dobrovolníci geriatrické oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s. Je jich celkem 7. Účastní se individuálních aktivit - navštěvují konkrétního pacienta, s kterým si povídají, čtou, hrají společenské hry apod. nebo pomáhají při skupinových aktivitách pod vedením ergoterapeuta.

Základem nemocniční péče je odborná, kvalifikovaná a koordinovaná pomoc zdravotnického personálu (lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelek) a dalších odborníků (psychologů, ergoterapeutů, rehabilitačních a sociálních pracovníků aj.). Na průběhu a úspěchu léčby se výrazným způsobem podílí samotný pacient, jehož postoj k nemoci, motivace k uzdravení a duševní pohoda ovlivňuje výsledek léčby. Na udržení dobrých sociálních kontaktů a vztahů má vliv i přítomnost osob přicházejících do nemocnice „zvenku“. Příbuzní, přátelé, dobrovolníci vnášejí do nemocničního prostředí kontakt s vnějším zdravým světem, zájem, radost a zábavu.

Oproti profesionálům mají dobrovolníci velkou výhodu, nepřichází totiž za pacientem, ale za konkrétním člověkem, za „Františkem Novákem“. Toto dobrovolníka nejvíce odlišuje od profesionálů a je to jeho nejcennější přínos.

Literatura:

1. KUREČKOVÁ, A. *Dobrovolníci v nemocnicích*. Ročníková práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2002. 30s.
2. NOVOTNÝ, M. - STARÁ, I. et al. *Dobrovolníci v nemocnicích - metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení*. 2.vyd. Praha: Hestia, 2002. 48s. ISBN 80-238-8697-5.
3. SKOUPÁ, L. *Dobrovolníci ve zdravotních zařízeních*. ročníková práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2003. 71s.
4. TOŠNER, J. - SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodická práce s nimi v organizacích*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 152s. ISBN 80-7178-514-8.
5. Výcvik koordinátorů dobrovolníků ze dne 1.2. - 4.2. 2004, lektoři: Tošner, J., Černá, Z., Stará, I.
6. Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a změně některých zákonů, v platném znění.
7. ZEMANOVÁ, B. KOŘÍNKOVÁ, I., TOŠNER, J. *Praktický průvodce programem Dobrovolníci v nemocnicích*. 1.vyd. Praha: Hestia, 2005.

Název příspěvku: **Definice ergoterapie a její role pro prezentaci oboru**
Autoři: Bc. Tereza Černá, Bc. Jindřiška Pulkertová, DiS.
Pracoviště: MNNP Praha
Kontaktní e-mail: Terka.cerna@seznam.cz, j.pulkertova@seznam.cz

Naším příspěvkem bychom chtěli rozvinout diskuzi o problematice, na kterou jsme narazili při práci s odbornou literaturou. Zjistili jsme, že mnoho autorů již správně považuje ergoterapii za nedílnou součást rehabilitace. Při popisu náplně tohoto oboru často ve svých příspěvcích a dílech citují nyní platnou definici, kterou uvádí Česká asociace ergoterapeutů. Ukazuje se tak, jak důležitá je formulace definice pro prezentaci oboru, pro rozšiřování obecnějšího povědomí o ergoterapii. Chtěli bychom nabídnout k zamyšlení, zda by nebylo možné tuto definici upravit tak, aby odborné veřejnosti i laikům lépe přiblížila náplň ergoterapie.

Proto jsme se rozhodli zjistit, jakým způsobem obor prezentují na svých internetových stránkách jednotlivé mezinárodní ergoterapeutické organizace a profesní organizace v jiných státech. Naším záměrem však není jednotlivé zahraniční definice a popisy oboru vzájemně porovnávat či hodnotit. Pokoušíme se předložit materiály k inspiraci pro práci na vlastní definici a tím i jasnějšího vymezení oboru. Zároveň chceme informacemi rozšířit přehled aktivních ergoterapeutů v ČR o situaci v zahraničí. Doufáme, že reakcí na náš příspěvek bude diskuze napříč celou odbornou ergoterapeutickou veřejností, která nám pomůže odpovědět na námi položenou otázku. Potřebujeme novou definici ergoterapie?

Název příspěvku: **Práce ergoterapeuta v „Týmu akutní intervence“ ve Velké Británii**
Autor: Ladislava Doudová
Pracoviště: Univerzitní nemocnice Homerton, Londýn, Velká Británie
Kontaktní e-mail: ladkad@seznam.cz

Součástí mého profesionálního „kolečka“ jako ergoterapeut ve Velké Británii byla roční práce ve First Response Team.

First Response Team nebo Rapid Response Team by se dalo volně přeložit jako Tým akutní intervence. Tento multidisciplinární tým pracuje s pacienty na pohotovosti, akutních odděleních nemocnice a v komunitě (domácím prostředí).

Cílem týmu je zabránit zbytečnému příjmu pacienta do nemocnice, podpořit brzké propuštění z nemocnice a zajištění maximální bezpečnosti a funkční schopnosti pacienta v domácím prostředí.

Profesionální evidence v oborech ergoterapie a fyzioterapie, a statistika vedena nemocnicí potvrzuje pozitivní vliv týmu na snížení finančních nákladů za pobyt pacienta v nemocnici a na zvýšení funkčních schopností a nezávislosti pacienta v domácím prostředí.

Tato prezentace přiblíží:

- organizaci Týmu akutní intervence
- cíle týmu
- profesionální evidence podporující akutní intervenci
- kritéria pro doporučení pacienta
- typické případy
- náplň práce ergoterapeuta v Týmu akutní intervence
- běžně používané testy

Název příspěvku: **Prezentace doporučeného postupu pro udržení funkční ruky tetraplegika**

Autor: Zdena Faltýnková

Pracoviště: Centrum Paraple

Kontaktní e-mail: faltynkova@paraple.cz

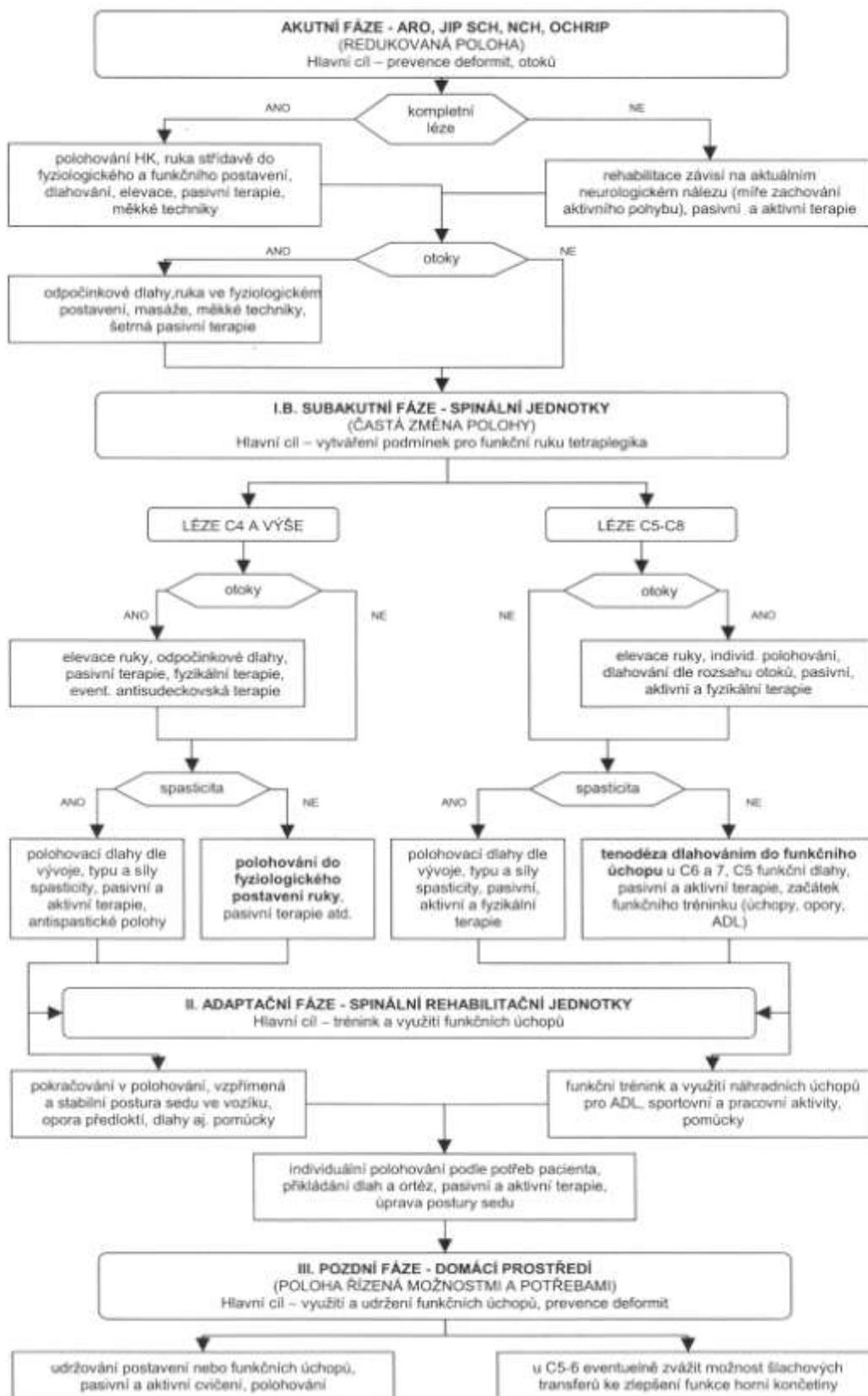
Termín funkční ruka tetraplegika znamená, že je tetraplegik po míšní lézi v krční oblasti schopen náhradním způsobem rozevřít ruku, obemknout předmět prsty, předmět udržet a opět jej pustit. Základem pro tento děj je volní aktivita musculus extenzor carpi radialis, kdy minimální síla extenze zápěstí musí být min. podle 3. stupně svalového testu (od léze C5/6 níže).

Principem aktivní funkční ruky je, že při pasivní volární flexi zápěstí se prsty tahem extenzorů prstů rozevřou včetně palce a při aktivní extenzi zápěstí se prsty pasivně přimknou k dlani a palec k ukazováku.

Možné jsou čtyři typy úchopů – palmární, cylindrický, laterální, meziprstní propletený úchop. U tetraplegiků s lézí C5 je pak možný pasivní funkční úchop, kdy dorzální flexe zápěstí je podpořena funkční dlažkou a tetraplegik využívá k jednotlivým činnostem funkčních ortéz (dlaňová páska). Podmínkou pro praktické využití aktivní i pasivní formy funkčního úchopu jsou aktivně zvládnuté užtkové rozsahy v ramenních kloubech. Mluvíme o dvou funkčních jednotkách, které jsou vzájemně propojené a pracují koordinovaně. Tyto dvě jednotky mohou úspěšně pracovat pouze za předpokladu stabilní polohy trupu. V praxi to znamená optimální nastavení sedadlové jednotky vozíku a seřízení komponent vozíku tak, že zajistí tetraplegikovi stabilní sed a jeho subjektivní vnímání posturální jistoty.

Aby vytvoření a udržení funkční ruky tetraplegika bylo úspěšné, je důležité v každém stadiu vývoje stavu po poškození míchy dodržovat určitá opatření. Po uplynutí více jak jednoho roku po vzniku léze a tehdy, kdy již nedochází k podstatnému zlepšování funkčního stavu, může tetraplegik, za určitých podmínek podstoupit některý ze šlachových transferů. Šlachovým transferem může tetraplegik podstatně zlepšit svou funkční kapacitu včetně zlepšení postury. Výše uvedená problematika je zpracována v Doporučených postupech Paraplegiologického fora a vydané Svazem paraplegiků.

12. Vývojový diagram



Název příspěvku: Vyšetření kognitivních funkcí ergoterapeutem
Autor: Bc. Hana Glozová
Pracoviště: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže- Košumberk

I. Úvod : Základní neurologické poznatky

Kognitivní funkce obsahují myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si a učit se. Mezi kognitivní funkce patří: orientace, pozornost a koncentrace; paměť; prostorové a konstruktivní funkce; řeč; počítání.

Dělení kognitivních funkcí, poruchy:

1. funkce FATICKÉ
 - Afasie expresivní (motorická)
 - perceptivní (senzorická)
 - globální
 - kondukční
 - amnestická
2. funkce GNOSTICKÉ
 - Zraková agnosie
 - Sluchová agnosie
 - Anosognosie
 - Vizuální agnosie
 - Astereognosie
 - Pravo/ levá diskriminace
 - Somatognosie
 - Porucha prostorových vztahů
 - Neglect syndromy
3. funkce PRAKTICKÉ
 - Apraxie motorická
 - Apraxie idiatorní

II. Hlavní část : Možné formy vyšetření

- Pozorování a analýza činnosti
- Standarizované testy
 - MMSE
 - Hodnocení neurobehaviorálních projevů
 - Blesdova škála demence
 - Test kreslení hodin
- Dotazníky
 - Dotazník pro hodnocení řeči

III. Závěr : Mini – Mental State Examination (MMSE)

Ukázka, v praxi často užívaného, vyšetření kognitivních funkcí a jeho hodnocení.

Použitá literatura:

Ambler, Z. ;Neurologie pro studenty lékařské fakulty.;Karolinum 2002

19. Celostátní odborná konference České asociace ergoterapeutů, 7.-8. 12. 2007, Praha

Lippertová- Grúnerová, M.; Neurorehabilitace; Galén 2005

Název příspěvku: Ergoterapie v akutní péči u pacientů s fyzickým postižením
Autor: Alexandria Graber, OTR BS

Profesní zkušenosti

Odborné praxe (9 měsíců):

- Magee Rehab, Philadelphia
- USC Medical Center, CA
- Madison University Hospital

Pracovní zkušenost:

- v roce 1981 ukončení bakalářského studia oboru Ergoterapie na Boston University
- 25 letá praxe v rehabilitaci
- 22 letá praxe v neurorehabilitaci, především práce s klienty s traumatickým poraněním mozku
- výuka studentů a vzdělávání ergoterapeutů v Argentině
- odborný asistent na 2 univerzitách
- aktivní účast na četných konferencích k tématu traumatické poranění mozku
- supervisor na jednotce pro pacienty s traumatickým poraněním mozku
- příprava a rozvoj programu nástupních praxí studentů
- výzkum v sádrování

Členství v nemocničních komisích a výborech:

- Medical Ground Rounds (týmové porady a vizity)
- Peer Review
- zajištění kvality
- JCAH a CARF akreditace
- rozvoj programu TBI

Ve svém příspěvku „Ergoterapie v akutní péči u pacientů s fyzickým postižením“ bude paní Alexandria Graber sdílet své dlouholeté zkušenosti o možnostech propagace ergoterapie, důležitosti klinického výzkumu a ergoterapeutické intervenci v oblasti akutní péče.

Účastníky bude informovat o tom, jak je pro ergoterapeuta důležité umět zhodnotit své dovednosti jak ve zdravotnických, tak sociálních zařízeních i na akademické půdě. Ergoterapeuti se potřebují ve své profesi cítit sebevědomě. K tomu je potřeba, aby předložili důkazy, které budou dokladovat, že ergoterapeutické služby pomáhají lidem s postižením získat schopnosti a dovednosti, které jim umožní vést kvalitní osobní i společenský život.

Klinický výzkum je fantastickým a jednoduchým nástrojem, pomocí kterého je možné dosáhnout tohoto cíle. Každý jej může realizovat. Důležitost ergoterapie v akutní péči je ověřená. V příspěvku budou diskutovány návrhy možných hodnocení a terapeutických přístupů v oblasti akutní péče.

Název příspěvku: **Plánování a průběh služby v Domově pro seniory Malešice**
(zpracování standardu č. 5 a jeho uvádění do praxe)
Autor: Bc. Kateřina Hájková
Pracoviště: Domov pro seniory Praha- Malešice, aktivizační oddělení

Plánování sociální služby zajišťuje multidisciplinární tým. Jako **primární** klient formuluje **přání** (dle standardu osobní cíl), **intervence týmu jsou pak plánovány tak, aby toto přání bylo splněno**. Přání klienta může být konkrétní, dobře realizovatelné v určitém časovém horizontu (např. podívat se ještě do historického centra Prahy), ale častěji bývá obecné, neurčité (např. být zdravý) nebo klient žádné přání neudá. Respektována je každá úroveň informace, při vlastním plánování se pak vychází z dalších částí hodnocení klientových potřeb. Pokud klient není v důsledku nepříznivého funkčního stavu schopen formulovat své přání (např. klienti v pokročilých stádiích demence), multidisciplinární tým tvoří plán na základě výstupů z pozorování klienta během modelových činností a každodenního života v zařízení.

Ošetřovatelské oddělení zajistí zhodnocení a uspokojení bazálních potřeb. Využívá vlastní hodnotící a realizační nástroje pro naplnění tohoto kritéria (např. koncept bazální stimulace, ošetřovatelský proces). Uspokojení bazálních potřeb musí být zajištěno v každém případě.

Hodnocení dalších, vyšších potřeb zajišťují další profese multidisciplinárního týmu – ergoterapeut, psycholog, arteterapeut, sociální pracovník. Hodnocení je prováděno metodou strukturovaného rozhovoru, struktura však není úplně pevná. Klient musí sice zodpovědět všechny dané oblasti hodnocení, může však zabíhat i do jiných oblastí, do minulosti a zároveň podávat relevantní informace o tom, co je pro něj důležité a podstatné. Hodnocení obsahuje tyto oblasti:

- a) zájmy a koníčky (minulé, současné, spokojenost s vyplněním volného času)
- b) způsob organizace volného času (zda klient samostatně vytváří a vyhledává volnočasové činnosti či je nutná podpora ze strany personálu – např. dopomoc v pADL, připomínání, doprovod)
- c) společenský život (zda klient vyhledává společnost, jak je spokojen s vyžitím a úrovní sociálního kontaktu)
- d) bydlení (spokojenost X nespokojenost)

Skutečně individuální plán může být uzavřen i bez naplánování jakékoliv aktivizační či sociálně terapeutické intervence, protože výstup z hodnocení jasně říká, že klient považuje stáří za čas odpočinku a pasivity a nepřeje si být obtěžován aktivitami a hlučnou společností.

Prostřednictvím dobrého zhodnocení potřeb je možné plánovat tak, aby byla naplněna i zdánlivě obecná a nereálná přání. Pokud chce klient například „v klidu dožít“, což senioři často uvádějí, hodnocení nám prozradí, jak dosáhnout jeho spokojenosti – jestli preferuje pasivitu a odpočinek nebo vyhledává aktivitu, jestli pak potřebuje podporu, aby se mohl aktivit účastnit, zda vyhledává společnost nebo je raději sám, jestli je spokojen s bydlením nebo by uvažoval o stěhování.

*„Chtěla bych být zdravá a aby mě to myslelo.“
(klientka domova pro seniory)*

Název příspěvku: Seznámení s Komunitním centrem v Poděbradech
Autor: Bc. Anna Hrochová
Pracoviště: Komunitní centrum v Poděbradech

1. Kdo je naším zřizovatelem?

- LUXOR PODEBRADY – poskytovatel soc. služeb
- centrum bylo zřízeno v rámci projektu Pilotní přeměna klasické rezidenční služby (Luxor Poděbrady) v zařízení poskytující moderní komunitní služby
- centrum bylo otevřeno pro klienty 1.2. 2006 a od 1.7.2006 funguje v rámci udržitelnosti projektu. Udržitelnost projektu je 5 let.

2. Co je naším cílem?

- snažíme se o překonávání bariér v nás i okolo nás a snažíme se umožnit našim klientům život v jejich domácím prostředí.

3. Pro koho je určeno ?

- centrum určeno pro všechny lidi, kteří mají z různých důvodů sníženou soběstačnost a nemohou vykonávat některou z obyčejných každodenních činností a pro ty, kteří o ně pečují.
 - klienty se smyslovým postižením
 - klienty s tělesným postižením
 - klienty s mentálním postižením
 - klienty s poruchou kognitivních funkcí
 - osoby, které pečují o tyto klienty

4. Kdo u nás pracuje?

- 1 ergoterapeut na 1,0 úvazek
- 2 soc. pracovnice, každá na 0,5 úvazek
- aktivizační pracovník – výuku na PC – 0,2 úvazek
- aktivizační pracovník – nácvik pADL – 0,1 úvazek

5. Jaké služby nabízíme ?

- nácvik denních činností
- nácvik jemné motoriky, koordinace oko - ruka
- poradenství s výběrem kompenzační pomůcky, nácvik používání kompenzačních pomůcek
Popř. možnost zapůjčení kompenzační pomůcky do domácího prostředí
- trénování paměti, orientace, koncentrace, soustředění
- výuku práce na PC
- sociální poradenství
- volnočasové aktivity pro zlepšení či udržení funkční schopností člověka

6. Kdo nás opravdu navštěvuje ?

- klienti po CMP
- klienti po poranění mozku
- klienti s diagnózou celkového selhání organismu

7. Jaké služby od nás klienti žádají?

Individuální terapie

- nácvik jemné motoriky
- nácvik všedních denních činností

- nácvik kognitivních funkcí - krátkodobé a dlouhodobé paměti, koncentrace, soustředění, orientace, ..
- poradenství s kompenzačními pomůckami, nácvik používání komp. pomůcek
- sociální poradenství
- trénink práce na počítači

Skupinová terapie

- tréninky paměti
- kondiční cvičení

8. Kolik klientů nás navštívilo? (1.7.2006 – 30.6.2007)

- v tomto období nás kontaktovalo (osobně, telefonicky) 84 klientů, kterým jsme poskytli 367 individuálních konzultací
- skupinová aktivita – 2x týdně – trénink paměti
 - Klub Parkinson (7 klientů / 35 tréninků)
 - Svaz postižených civilizačními chorobami (17 klientů / 33 tréninků)
- individuální výuka práce na PC – 11 klientů / 252 odučených hodin
- další aktivity komunitního centra – kondiční cvičení – denně / 6-7 klientů
nácvik iADL – vaření – 1x týdně / 5 – 6 klientů

9. S kým spolupracujeme?

- Nemocnice Městec Králové, oddělení lůžek následné péče – ergoterapeutka dojíždí 2x měsíčně – nácvik kognitivních funkcí, nácvik pADL
- Nemocnice Kolín, oddělení rehabilitační – ergoterapeutka dojíždí 2 x měsíčně – nácvik kognitivních funkcí
- Klub Parkinsoniků
- Svaz tělesně postižených
- Svaz postižených civilizačními chorobami
- Sdružení postižených centrální mozkovou příhodou
- MěU Poděbrady
- lékaři

10. Klientova dokumentace

- evidenční list
- souhlas s poskytnutím osobních údajů
- vstupní ergoterapeutické vyšetření
- průběh práce s klientem
- záznamy intervence
- + Kazuistika klienta
- + Kontakty
- + Obrázky (fotografie)

Název příspěvku: **Představení Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání**
Autor: Mgr. Jana Jelínková
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze, t.č. na rodičovské dovolené
Kontaktní e-mail: jelinkova@btinternet.com

I. Úvod

Ve svém příspěvku se zaměřuji na představení Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání (Canadian Occupational Performance Measure- COPM) a na jeho pozitiva i negativa použití v ergoterapeutické praxi.

Česká asociace ergoterapeutů získala oficiální práva od autorů hodnocení k jeho překladu do českého jazyka. Publikace by měla být k dispozici zájemcům v příštím kalendářním roce. Návazně na vydání publikace plánuje Česká asociace ergoterapeutů uspořádat též kurz o administraci hodnocení COPM.

II. Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání

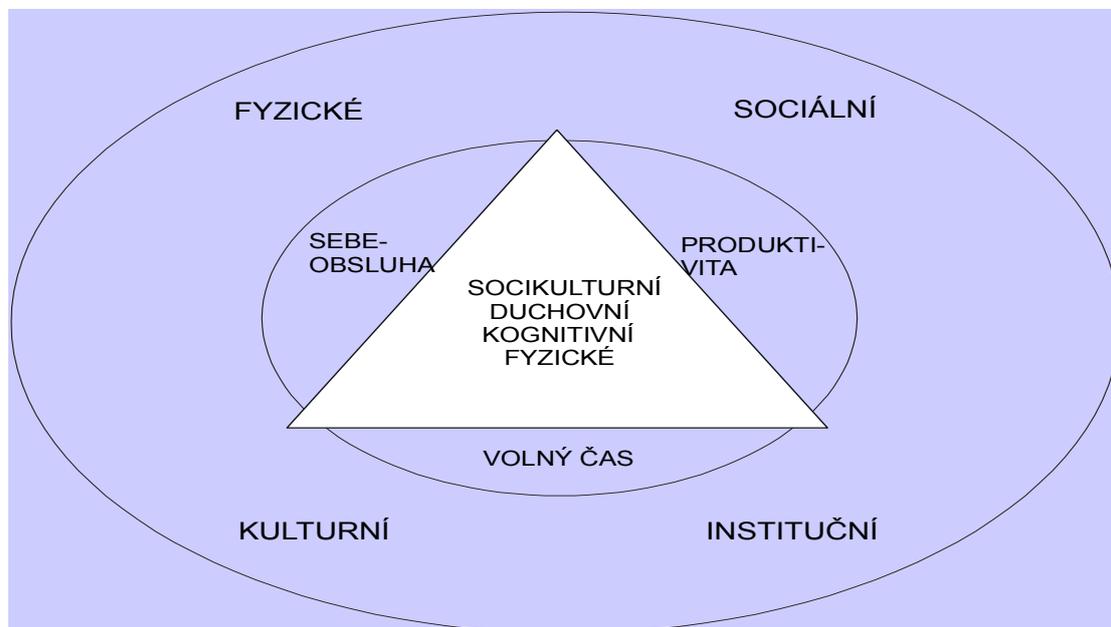
Autoři: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (dále COPM) je ergoterapeutické hodnocení, které bylo navrženo pro zjištění změn, které klient sám vnímá při provádění činností v průběhu času. Prvně bylo hodnocení publikováno v roce 1991 a poslední 4. vydání je z května 2005. Hodnocení je používáno ve více než 35 zemích a bylo již přeloženo do více než 20 jazyků.

Hodnocení není určeno pro konkrétní diagnostickou či věkovou skupinu klientů. Jeho použití je podle výzkumů možné u většiny klientů, s kterými ergoterapeuti pracují, výjimkou mohou být příliš malé děti nebo osoby s vážnými kognitivními poruchami. COPM je standardizované hodnocení s přesně určeným postupem administrace a skórování, které měří výstupy terapie.

COPM přímo vychází z ergoterapeutického modelu výkonu zaměstnávání a posuzuje činnosti v oblasti péče o sebe sama (sebeobsluha), produktivity (práce) a volného času. Výkon zaměstnávání (occupational performance) je výsledkem dynamického vztahu mezi jedincem, prostředím a činností/ zaměstnáním (Hagedorn, 1997). Problémy ve výkonu činností identifikuje při semistrukturovaném rozhovoru vedeném terapeutem sám klient. Klient též určuje oblasti výkonu, s kterými není spokojen a na kterých by chtěl při terapii pracovat. Tím se od počátku ergoterapeutické intervence stává aktivním a spoluzodpovědným za průběh terapeutického procesu. Obecně je možné říci, že důraz v hodnocení je kladen na sociální role a prostředí klienta, které významně předurčují cíle terapie.

KANADSKÝ MODEL VÝKONU ZAMĚSTNÁNÍ (CAOT, 1997)



Pozitiva versus negativa COPM

Pozitiva:

- COPM je vhodné pro vstupní a výstupní hodnocení terapie
- jednoduché skórování, jasný a dobře srozumitelný manuál
- hodnocení je plně založeno na přístupu zaměřeného na klienta
- pomáhá klientům zaměřit se na jejich obtíže
- na základě hodnocení je možné plánovat postup terapie
- opakované hodnocení je jednoduché a zaměřuje se přímo na identifikované oblasti výkonu
- pomáhá terapeutům vyjasnit svou roli ostatním členům týmu

Negativa:

- s některými klienty (př. děti mladší 8 let, klienti s vážnou kognitivní poruchou, klienti s poruchou náhledu na situaci) může být obtížné vést semistrukturovaný rozhovor pro identifikaci problémových oblastí výkonu zaměstnání
- hodnocení je závislé na schopnosti klienta identifikovat problematické oblasti
- k získání odpovědí je nutná aktivní účast klienta na procesu rozhovoru
- výstupy hodnocení se též odvíjejí od schopnosti terapeuta vést s klientem rozhovor

III. Závěr

Z četných rozhovorů s ergoterapeuty v České republice nabývám dojmu, že nám stále chybí jasné diagnostické a terapeutické prostředky, které by byly považována za „čistě ergoterapeutické.“ Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání je jednou z možností, jak v rámci naší profese otevřít diskusi o klíčových konceptech ergoterapie. Domnívám se, že by bylo vhodné toto hodnocení začlenit do ergoterapeutických intervencí v České republice a přispět na základě získaných zkušeností do diskuse, kterou již delší dobu vedou na téma zaměstnávání a přístupu zaměřeného na klienta ergoterapeuti v zahraničí.

Zajímavé reference o COPM:

Atwal, A., Owen, S. & Davies, R. (2003). Struggling for occupational satisfaction: Older people in care homes. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 118-124.

Barclay, L. (2002). Exploring the factors that influence the goal setting process for occupational therapy intervention with an individual with spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49,(1), 3-13.

Bickes, M.B., DeLoache, S.N., Dicer, J.R. & Miller, S.C. (2001). Effectiveness of experiential and verbal occupational therapy groups in a community mental health setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(1), 51-72.

Bowman, J. & Llewellyn, G. (2002). Clinical outcomes research from the occupational therapist's perspective. *Occupational Therapy International*, 9(2), 145-166.

Boyer, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2000). Perceptions of occupational performance and subjective quality of life in person with severe mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15 (2), 1-15.

Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective (rev.)*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Carpenter, L. Baker, G.A. & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 16-22.

Chesworth, C., Duffy, R., Hodnett, J., & Knight, A. (2002). Measuring clinical effectiveness in mental health: Is the Canadian Occupational Performance an appropriate measure? *British Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 30-34.

CORE. (2003). *Why is outcomes research important to the field of occupational therapy?* [online]. Available, <http://www.aotf.org/html/core.html>

Corr, S. & Wilmer, S. (2003). Returning to work after a stroke: An important but neglected area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 186-192.

Cup, E.H., Scholte op Reimer, W.J., Thijssen, M.C., & van Kuyk-Minis, M.A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17,(4), 402-409.

Donnelly, C., & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 84-94.

Drew, J. & Rugg, S. (2001). Activity use in occupational therapy: Occupational therapy students' fieldwork experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(10), 478-486.

Fedden, T., Green, A. & Hill, T. (1999). Out of the woods: the Canadian Occupational Performance Measure, from the manual into practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(7), 318-320.

Fricke, J. & Unsworth, C. (2001). Time use and importance of instrumental activities of daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48, (3), 118-131.

Gaudet, P. (2002). Measuring the impact of Parkinson's disease: An occupational therapy perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 104-113.

Gilbertson, L. & Langhorne, P. (2000). Home-based occupational therapy: Stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(10), 464-468.

Healy, H. & Rigby, P. (1999). Promoting independence for teens and young adults with physical disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 240-249.

Landa-Gonzalez, B. (2001). Multicontextual occupational therapy intervention: A case study of traumatic brain injury. *Occupational Therapy International*, 8(1), 49-62.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (2nd ed. Rev.) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Law, M. & Baum, C. (2001). Measurement and Occupational Therapy, in M. In: Law, C. Baum & W. Dunn (Eds.). *Measuring Occupational Performance*. Thorofare, NJ: Slack Inc.

Law, M., Darrach, J., Pollock, N., King, G., Rosenbaum, P., Russell, D., Palisano, R., Harris, S., Armstrong, R. & Watt, J. (1998) Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy: An emerging practice model. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 83-102.

Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M.A., Carswell, A. & Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 61(4), 191-197.

Liddle, J & McKenna, K. (2000). Quality of Life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 77-85.

McColl, M.A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L. & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67 (1), 22-30.

McGavin, H. (1998). Planning rehabilitation: A comparison of issues for parents and adolescents. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 69-82.

McGrath, W.L., Mueller, M.M., Brown, C.B., Teitelman, J., Watts, J., (2000), Caregivers of persons with Alzheimer's Disease: An exploratory study of occupational performance and respite. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(2), 51-69.

McKinnon, A.L. (2000). Client values and satisfaction with occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 99-106.

Mew, M.M. & Fossey, E. (1996). Client-centred aspects of clinical reasoning during an initial assessment using the Canadian Occupational Performance Measure. *Australian Occupational Therapy Journal*, 43, 155-165.

Mills, T., Holm, M.B., Treffler, E., Schmeler, M., Fitzgerald, S., & Boninger, M. (2002). Development and consumer validation of the Functional Evaluation in a Wheelchair (FEW) instrument. *Disability and Rehabilitation*, 24, 38-46.

Packer, T.L. & Xiaoping, Y. (1997). Needs of people with disabilities used to determine clinical education. *International Journal of Rehabilitation Research*, 20 (3), 303-313.

Packer, T., Paterson, M., Krupa, T., Avtchoukhove, L., Tchegotareva, L. & Krasnova, K., (2000), Client outcomes after student Community fieldwork in Russia. *Occupational Therapy International*, 7(3), 191-197.

Pollock, N.(1992).Client-centered assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(4), 298-301.

Pollock, N., Baptiste, S., Law, M., McColl, M.A., Opzoomer, A., Polatajko, H. (1990). Occupational Performance Measures: A review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 77-81.

Pollock, N. & Stewart, D. (1998) Occupational performance needs of school-aged children with physical disabilities in the community. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 8(1), 55-68.

Reid, D. (2002). Benefits of a virtual play rehabilitation environment for children with cerebral palsy on perceptions of self-efficacy: A pilot study. *Pediatric Rehabilitation*, 5(3), 141-148.

Reinhartz, S. (2002). Use of the COPM in a German mental health facility. *WFOT Bulletin*, 45, 25-27.

Richardson, J., Law, M., Wishart, L. & Guyatt, G. (2000). The use of a simulated environment (Easy Street) to retrain independent living skills in elderly persons: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 55A(10), M578-M584.

Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J. & Tate, R. (2001). A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 247-253.

Robertson, J. (2002). COPM: Use in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 101-102.

Sewell, L., & Singh, S.J. (2001). The Canadian Occupational Performance Measure: Is it a reliable measure in clients with chronic obstructive pulmonary disease? *British Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 305-310.

Simmons, D.C., Crepeau, E.B. & White, B.P. (2000). The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation. *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (5), 471-476.

Steeden, B. (1994) Occupational therapy guidelines for client-centred practice and Canadian Occupational Performance Measure: Book Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 57, 23.

Stewart, S. & Neyerlin-Beale, S. (2000). The impact of community paediatric occupational therapy on children with disabilities and their carers. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 373-379.

Tam, C., Reid, D., Naumann, S & O'Keefe, B. (2002). Perceived benefits of word prediction intervention on written productivity in children with spina bifida and hydrocephalus. *Occupational Therapy International*, 9(3), 237-255.

Toomey, M., Nicholson, D., & Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62 (5), 242-249.

Trombly, C.A., Radomski, M.V. & Davis, E.S. (1998). Achievement of self-identified goals by adults with traumatic brain injury: Phase 1. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(10), 810-818.

Tryssenaar, J., Jones, E.J. & Lee, D. (1999). Occupational performance needs of a shelter population. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66 (4), 188-196.

Van Leit, B. & Crowe, T. (2003). Outcomes of an occupational therapy program for mothers of children with disabilities: Impact on satisfaction with time use and occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 402-410.

van Meeteren, N.L.U., Strato, I.H.M., van Veldhoven, N.H.M.J., de Kleijn, P. van den Berg, H.M. & Helders, J.M. (2000). The utility of the Dutch Impact Measurement Scales 2 for assessing health status in individuals with haemophilia: A pilot study. *Haemophilia*, 6, 664-671.

Ward, G.E., Jagger, C. & Harper, W.M.H. (1996). The Canadian Occupational Performance Measure: What do users consider important? *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 3(8), 448-452.

Warren, A. (2002). An evaluation of the Canadian Model of occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in mental health practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(11), 515-521.

Waters, D. (1995). Recovering from a depressive episode using the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 278-282.

Whalley- Hammell, K.R.H. (1994). Establishing objectives in occupational therapy practice, part 2. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 45-49.

Wilcox, A. (1994). A study of verbal guidance for children with development coordination disorder. Unpublished Master's thesis, University of Western Ontario, London, ON.

Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. & Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79.

Wressle, E., Eeg-Olofsson, A-M., Marcusson, J & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 5-11.

Wressle, E., Samulelsson, K. & Henriksson, C. (1999). Responsiveness of the Swedish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 84-89.

Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 40-48.

Název příspěvku: Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů
Autoři: Bc. Margita Kučerová
Pracoviště: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,
Brno, Subkatedra fyzioterapie a ergoterapie

Klíčová slova:

celoživotní vzdělávání ergoterapeutů, specializovaná ergoterapie, Zákon č. 96/2004 Sb., a provádějící vyhlášky.

Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů vychází ze:

Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.)

§ 54 Zákona č. 96/2004 Sb., – formy celoživotního vzdělávání jsou:

- a) specializační vzdělávání
- b) certifikované kurzy
- c) inovační kurzy
- d) odborné stáže v akreditovaných zařízeních
- e) účast na školicích akcích , kongresech, konferencích nebo sympoziích
- f) publikační, pedagogická a vědecko výzkumná činnost
- g) samostatné studium odborné literatury

Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů v NCO NZO Brno je připravováno a plánováno:

1) specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné a specializované způsobilosti.

Specializační vzdělávání – §55–§56–§60 Zákon č. 96/2004 Sb.,
Odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta – § 7.

Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. (Obory specializačního vzdělávání).

Vyhláška č. 424/2004 Sb., vymezené činnosti odborných ergoterapeutů se specializovanou způsobilostí:

- § 66 Ergoterapeut pro pediatrii
- § 67 Ergoterapeut pro geriatrii
- § 68 Ergoterapeut pro psychiatrii
- § 69 Ergoterapeut pro neurologii
- § 70 Ergoterapeut pro traumatologii, ortopedii a revmatologii

2) certifikované kurzy:

- Ergoterapie u pacientů se specifickými potřebami

– Bazální stimulace

3) školicí akce na rok 2008:

- “STEPS“ – principy správného sezení a držení těla,
- Fyzioterapeutické a ergoterapeutické přístup při terapii neurologických pacientů,
- Bobath koncept u dětí s DMO,
- Bobath koncept u dospělých,
- Diagnostika a léčba kloubů HK z pohledu ergoterapeuta,
- Diagnostika a léčba kloubů DK z pohledu ergoterapeuta.

Závěr – celoživotní vzdělávání ergoterapeutů je zaměřeno na přípravu a poskytování specifické a specializované ergoterapeutické péče za použití určité metodiky.

Název příspěvku: **Prevence v ergoterapii**
Autor: **Mgr. Macková Eva**
Pracoviště: **ŠKODA AUTO a.s., rehabilitace**

Nestátní zdravotnické zařízení ŠKODA AUTO a. s. zajišťuje pro všechny zaměstnance společnosti pracovní lékařskou péči, první pomoc a rehabilitaci.

Rehabilitace poskytuje komplexní léčebnou i preventivní péči na úsecích tělesné výchovy, fyzikální terapie a vodoléčby, ergoterapie, ergonomie a ergodiagnostiky.

Preventivní péče je poskytována individuální i skupinovou formou. Vzhledem k velikosti firmy je prioritou skupinová preventivní péče o zaměstnance. Skupinové programy jsou určeny pro klienty se shodnými charakteristikami pracovní činnosti a jsou vždy specificky koncipované pro danou skupinu. Individuální péče je využívána u složitějších případů pro stanovení nejvhodnějšího postupu.

Trend preventivní péče postupuje od programů pořádaných na rehabilitaci k programům a projektům konaným přímo na jednotlivých pracovištích firmy ŠKODA AUTO a.s. Toto poskytuje možnost větší motivace zaměstnanců účasti na prevenci ve známém prostředí vlastního pracoviště. Cílem preventivních programů je omezení přetěžování pohybového aparátu a vzniku chronických potíží prostřednictvím praktického nácviku optimálního provádění činností, včetně kompenzačního cvičení. Poptávka po preventivních programech roste geometrickou řadou. Do konce října letošního roku se zúčastnilo preventivních programů 900 zaměstnanců firmy.

Cílem prezentace bude ukázat na modelovém příkladu proces přípravy, realizace a vyhodnocení konkrétního případu řešeného jednak na rehabilitaci, jednak přímo na pracovišti klienta.

Název příspěvku: Ergoterapie v denním stacionáři pro mentálně postižené
Autoři: Lenka Makovcová DiS., Věra Hampejsová DiS., Alena Čejková DiS.
Pracoviště: Městská správa sociálních služeb v Mostě- příspěvková organizace

1. SEZNÁMENÍ S PROVOZEM DENNÍHO STACIONÁŘE

Denní stacionář pro mentálně postižené(dále jen DSMP) je jedním ze zařízení Městské správy sociálních služeb v Mostě. Slouží klientům se střední až těžkou mentální retardací, případně klientům s kombinovaným postižením. Podmínkou přijetí klienta do stacionáře je ukončená školní docházka. Maximální kapacita zařízení je 10 klientů, věková hranice pro přijetí klientů je 15 – 35 let.

Provoz stacionáře byl zahájen 4.10.2006. Stacionář byl vybudován v přízemních prostorách Domova pro seniory Astra (DpS) , Barviřská 495, Most. Stacionář je otevřen v pracovní dny od 7:00 do 16:00 hodin . Sociálně-terapeutickou péči zajišťují 2 pracovníci sociální péče a 1 ergoterapeut. Do stacionáře dochází pravidelně fyzioterapeut a potřebnou zdravotní péči zajišťuje Diplomovaná zdravotní sestra z Domova pro seniory.

V současné době navštěvuje stacionář 9 klientů ve věku od 21 do 29 let. Z těchto 9 klientů jsou 2 klienti upoutáni na invalidní vozík. Každému klientovi je poskytována asistence v základních sebeobslužných úkonech podle stupně jejich postižení.

Cíle služby :

- Podpora v samostatnosti ve zvládnutí základní sebeobsluhy
- Seberealizace posílení sebedůvěry
- Rozvoj a udržení rozumových a motorických schopností
- Zajištění rovnocenné péče
- Smysluplné využití volného času
- Zajištění sociálních služeb
- Aktivní spolupráce s rodinou

Služby nabízené v DSMP:

1. Výchovné, vzdělávací a terapeutické metody.
2. Ergoterapie - vhodně zvolená tělesná nebo duševní činnost, která napomáhá rozvoji osobnosti klienta.
3. Fyzioterapie (masáže, LTV, dechová gymnastika, vodoléčba – dle ordinace lékaře).
4. Sociální rehabilitace zaměřená na upevňování a prohlubování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím - podpora v samostatném jednání a rozhodování.
5. Sociální poradenství.

2. ERGOTERAPIE V DENNÍM STACIONÁŘI PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ

2.1 Úkoly ergoterapeuta v zařízení :

- Plánování a příprava programů,
- Anamnéza klientů, hodnocení a testování
- Stanovení individuálních plánů
- Skupinová a individuální ergoterapie
- ADL
- Spolupráce s rodiči klientů
- Konzultace se speciálním pedagogem
- Vedení agendy denního stacionáře, výkaz docházky
- Výkaz o asistenci u sebeobslužných úkonů
- Zajištění společenských akcí, výletů, hipoterapie, canisterapie atd.

- Spolupráce se sociálně terapeutickým úsekem DpS Astra Most

2.2 Cíle ergoterapie v DSMP

Účinnými ergoterapeutickými metodami se může výrazně a nenásilnou formou posílit sebedůvěra a odpoutání od handicapu. Cílem terapie je dosáhnout maximální možné soběstačnosti a nezávislosti, aktivního začlenění do společnosti, a tím zvýšení kvality jejich života. U našich klientů je ergoterapie zaměřována hlavně na rozvoj motorických schopností, na rozvoj grafomotoriky. Ergoterapie je zaměřena na co největší soběstačnost a samostatnost v běžných denních činnostech (oblékání, obouvání, samostatné zvládnutí osobní hygieny, úklid v domácnosti, pomoc v kuchyni aj).

Každý klient má vypracován individuální program podle svých možností, schopností a priorit.

2.3 Techniky a směry využívané v ergoterapii

Výcvik hrubé, jemné motoriky, koordinace

Arteterapie

Slouží k rozvoji zručnosti, představitivosti, estetického cítění, nácvik pracovních dovedností, práce s různými materiály. Využíváme nejrůznější techniky (keramika, práce s papírem , malba kresba, koláže, mozaiky, kašírování a ostatní techniky)

Nácvik jednoduchých pracovních činností - nákup, vaření, šití, péče o domácnost, práce v dílně a na pozemku

Bazální stimulace

Stimulační techniky (zraková, sluchová, hmatová, vestibulární atd.)

Aromaterapie

Uvolňující a zklidňující relaxační technika využívající rostlinné éterické oleje.

Dramaterapie

Metoda pomáhající použitím dramatických postupů upravit psychické poruchy , sociální vztahy nebo důsledky tělesného nebo mentálního postižení . Rozvíjí slovní i mimoslovní komunikaci, podporuje duševní i fyzickou integraci a podněcuje osobnostní růst.

Muzikoterapie

Metoda sloužící k rozvoji rytmu, hudebního vnímání, hra na hudební nástroje, zpěv.

Pohybová výchova

Relaxace

Canisterapie

Způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních. Cílem je rozvoj citových , rozumových a pohybových schopností.

Hipoterapie

Rehabilitační metoda využívající koně pro léčebné účely Využívá specifický pohyb koně - to je trojí pohyb hřbetu koně (zepředu dozadu, z boku na bok, nahoru dolů). Pohyb koně si vynucuje pohybovou kompenzaci ze strany jezdce. Každé vychýlení hřbetu koně vyvolá celou serii posturálních reflexů, nutných k udržení rovnováhy jezdce. Dochází k facilitaci senzomotorické integrace, koordinaci pohybu, narušování patologických pohybových stereotypů. Pro tělesně postiženého toto představuje vlastní specifickou rehabilitaci.

Spolupráce se seniory (společné zpívánky, sportovní akce aj.)

Návštěvy filmových a divadelních představení, výstav a koncertů

Výlety poznávání přírody a tematické zájezdy

Prezentační akce

3. ZÁVĚR

Ergoterapie je společně s výchovně vzdělávacími a rehabilitačními programy základem kvalitní sociální péče v našem denním stacionáři. Úspěchem je pro nás spokojenost nejen našich klientů, ale především jejich rodičů, kteří využívají našich služeb. V našem zařízení nacházejí pomocníka i partnera, který jim pomáhá zvládat nemalou zátěž, kterou péče o postiženého člověka přináší.

Použitá literatura

VÁGNEROVÁ, M., HAJD-MOUSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha, Karolinum 1997

Budinsky, S.: Pravda o psech. Praha 2002

Název příspěvku: **Práce s příslušníky etnických a kulturních menšin v ergoterapii -
Návrh nového volitelného předmětu v rámci výuky ergoterapie na
1.LF**

Autor: Bc. Jana Matochová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze

Kontaktní e-mail: jana.matochova@vfn.cz

*„Can we reasonably have a dream of a world...where people, whatever their race,
religion, culture, abilities or disabilities...can find a place and reveal their gifts?“*
(Jean Vanier)

Svět 21. století se stává stále více multikulturním a tento trend pocítujeme v posledních letech stále intenzivněji také v České republice. Proto se nabízí otázka – jsme na tuto situaci připraveni? Mají studenti ergoterapeutických škol dostatek příležitostí získat potřebné informace pro svou budoucí práci s klienty různého kulturního a etnického původu? Tyto a další otázky byly impulsem pro vytvoření návrhu nového volitelného předmětu pro studenty Karlovy Univerzity.

Cílem příspěvku je nastínění struktury návrhu volitelného předmětu zaměřeného na práci s příslušníky různých kulturních a etnických menšin – výukové cíle a náplň předmětu (seznámení s důležitými aspekty kultury; s nejvýznamnějšími etnickými a kulturními menšinami žijícími v České republice a zapojením jejich příslušníků do systému rehabilitační péče), výukové prostředky a otázky do diskuze.

Literatura:

- 1) Cox, C.B., Ephross, P. H., (1998): *Ethnicity and social work practise*. Oxford university press, New York.
- 2) Sešity pro sociální politiku (1999): *Romové v České republice*. SOCIOKLUB, Praha.
- 3) Šišková, T. (2001): *Menšiny a migranti v České republice*. Portál, Praha.
- 4) Špirudová, L. et al. (2002): *Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

Název příspěvku: **Ergoterapie z pohledu Bobath konceptu**
Autor: Petra Mikesková, DiS.
Pracoviště: Dětský rehabilitační stacionář při MNO, Ostrava
Kontaktní e-mail: mikes21@centrum.cz

Bobath koncept – někdy se můžeme setkat i termínem neurovývojová terapie (dále NDT) – se objevil po druhé světové válce jako jeden z mnoha přístupů k léčbě pacientů s neurologickými poškozeními. Jeho zakladatelé, manželé Karel a Berta Bobathovi, dokázali využít svých praktických zkušeností. Pediatr-neurolog a fyzioterapeutka českého původu kladli důraz na komplexní přístup k pacientovi, zapojení jeho rodiny i spolupráci všech odborníků, kteří o pacienta pečují. Díky tomu se Bobath koncept rozšířil z The Bobath Centre, které manželé založili po své emigraci v Londýně, do celého světa.

Bobath je metoda určená pacientům s neurologickým poškozením, a to především dětem postiženým dětskou mozkovou obrnou (DMO). DMO je neprogresivní poškození mozku, jehož příčinou je nejčastěji nezralost a asfyxie. Hlavním znakem takového poškození je pak nízké posturální napětí a akrálně distribuovaná spasticita. Vývoj dítěte se tedy odehrává na bázi abnormálního posturálního tonu a dítě tak získává jen patologickou senzomotorickou zkušenost.

Bobath koncept vychází ze znalosti fyziologických a patologických pohybových vzorů. Rozborem patologických pohybů dítěte se určuje, které pohybové vzory je potřeba rozvíjet. Ergoterapeut se snaží přiblížit se co nejvíc fyziologickému pohybu. Pracuje nejen na funkci horních končetin, ale také nad kontrolou hlavy a trupu. Kvalitnějšího provedení pohybu terapeut dosahuje pomocí technik taktilní a propioceptivní stimulace.

Jedná se o terapii dynamickou – pro její úspěšnost je důležité aktivní zapojení nejen pacienta samotného, ale jeho rodičů. V neposlední řadě klade Bobath koncept důraz na úzkou spolupráci mezi odborníky – je důležité, aby v péči o pacienta postupovali podle jednotných principů a byli tak schopni nabídnout mu komplexní péči. Při správném provádění pak přináší terapie viditelný efekt již v krátké době – na ukázkovém videosnímku „Ergoterapie dítěte s DMO“ je možné pozorovat pozitivní změny během jednoho sezení.

Název příspěvku: Možnosti využití metody Videotréninku interakcí v ergoterapii
Autor: Bc. Kateřina Moravčíková
Název pracoviště: Asistence o.s., Praha
Kontaktní e-mail: katka@asistence.org

1. Úvod

Komunikace, umění hovořit jeden s druhým, říkat, co cítíme nebo myslíme, říkat to jasně, naslouchat tomu, co říká ten druhý a ujišťovat se, že jsme slyšeli správně, je podle všech známek dovednost, která je nejdůležitější pro vytvoření a uchování láskyplných vztahů.

L. Buscaglia

Pro ergoterapeuta je vztah s klientem jedním z nejdůležitějších faktorů celé terapie. A není vždy snadné dobře fungující vztah vytvořit. Významný vliv na tento vztah má komunikace. Komunikace je neodmyslitelnou součástí ergoterapie. Verbální i neverbální komunikace je mocným nástrojem terapeuta, který ovlivňuje výsledek celé terapie.

Komunikační dovednosti, které jsou základem úspěšného vztahu, jsou u každého ergoterapeuta různé a schopnost je využívat je odlišná. Téměř každý ergoterapeut potřebuje své komunikační dovednosti rozvíjet, a tím zlepšovat úspěšnost terapie.

A právě metoda videotrénink interakcí (dále jen VTI) může ergoterapeutovi/ce pomoci. VTI umí pracovat s jedinečností a potřebami všech zúčastněných stran, vychází z možností klientů a prostřednictvím podrobné analýzy videozáznamů se snaží rozvíjet úspěšnou komunikaci mezi klientem a terapeutem.

Centrálním tématem VTI je tudíž interakce a komunikace, zaměřuje se na rozvíjení verbálních a neverbálních komunikačních dovedností, jež podporují pozitivní interakci (Beaufortová, Koběrská, 1999).

2. Hlavní část

2.1 Krátké představení metody videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí je považován za krátkodobou a intenzivní formu psychosociální pomoci, kde ústředním tématem je podpora a rozvoj komunikace a sociální interakce, popř. jejich obnovení, pokud již došlo k narušení.

VTI je český souhrnný název pro termíny *Video Home Training* a *Video Interaction Guidance*, jež se používají v Nizozemí (Beaufortová, 2002).

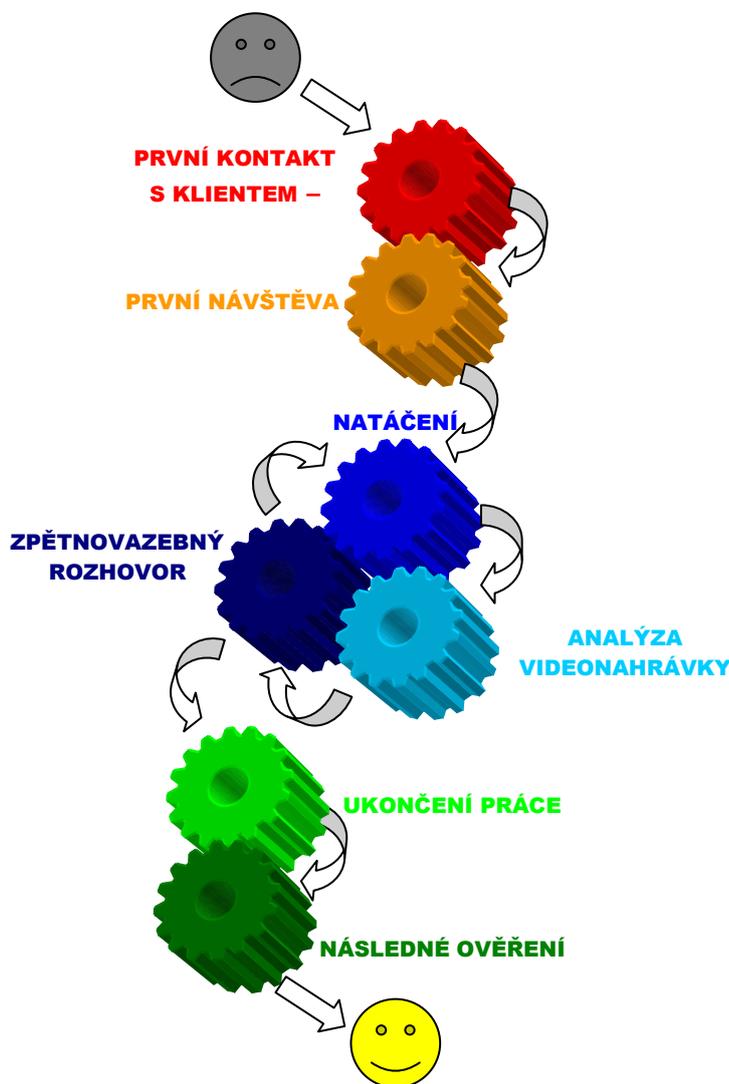
Pomocí videokamery jsou systematicky nahrávány interakce probíhající mezi rodičem a dítětem / ergoterapeutem a jeho klientem / učitelem a žáky apod. Každý asi desetiminutový záznam běžné situace pak trenér VTI rozebírá s klienty (ergoterapeuty). Vybírá klientům (ergoterapeutům) momenty, kdy se **komunikace daří**. Cílem práce s videonahrávkou je ukázat klientům (ergoterapeutům), **které prvky vytvářejí úspěšný kontakt** a naučit je, jak lze tímto způsobem **dosáhnout pozitivnější komunikace** s jejich komunikačními partnery. Slovo training vyjadřuje zjednodušeně způsob práce, který tato metoda používá, klienti (ergoterapeuti) jsou v podstatě „trénování“ v používání a rozšiřování pozitivních interakcí.

Tato metoda, která byla původně orientovaná na rodinu, aktivuje klienty (ergoterapeuty) a není zaměřená na problém, ale snaží se poskytnout klientům (ergoterapeutům) možnost dalšího rozvoje, lepší perspektivu (Beaufortová, 1997).

Obecně se dá říci, že metoda VTI se používá pro zlepšení nebo obnovu interakce mezi aktéry komunikace, zejména při narušení kontaktu rodič - dítě, učitel – žák, pomáhající –

klient nebo jako metoda na podporu úspěšné komunikace v různých kontextech pomáhání i profesionálního rozvoje pomáhajících (www.spin-vti.cz).

Obr. č. 1: Způsob práce pomocí metody VTI (vlastní tvorba autorky)



2.2 Využití VTI v ergoterapii

Ze svých zkušeností a získaných znalostí se domnívám, že využití VTI v ergoterapii je následující:

- podpora a rozvoj silných stránek ergoterapeuta
- zvláště pak podpora a rozvoj komunikačních dovedností ergoterapeuta
- podpora a rozvoj sociálních dovedností ergoterapeuta
- podpora a rozvoj diagnostických dovedností ergoterapeuta
- možnost, jak může ergoterapeut lépe vidět silné stránky klienta a jak je může podporovat a rozvíjet
- ergoterapeut se soustředí na to, co při terapii funguje
- možnost vidět pokroky ergoterapeuta
- možnost vidět pokroky klienta
- možnost, jak může ergoterapeut řešit a odstraňovat problémy (viz. plán pomoci ergoterapeuta), záleží to na jeho zakázce

- ergoterapeut může VTI doporučit v rámci poradenství rodině
- metodu je možné využít i při práci multidisciplinárního týmu (rozvoj komunikace, spolupráce, řízení apod.)

3. Závěr

Tématem využití VTI v ergoterapii jsem se zabývala ve své bakalářské práci, ve které jsem se podrobně zabývala komunikací obecně, popsala podrobně metodu VTI a její využití v ergoterapii. Obsahuje také kazuistiku klienta s adrenoleukodystrofií, s kterým jsem pracovala právě za podpory VTI. Při této příležitosti jsem také vytvořila film „David“, který ilustruje moji spolupráci s tímto klientem s využitím VTI. Ukázkou z tohoto filmu bych ráda pustila na této konferenci.

Doufám, že toto krátké představení povede ergoterapeuty k tomu, že se o metodu VTI budou zajímat více a třeba zkusí svoji práci podpořit a zefektivnit tím, že zkusí pracovat se svými klienty za podpory VTI.

4. Seznam literatury a elektronických zdrojů

BEAUFORTOVÁ, K., KOBĚRSKÁ, P. *Videotrénink interakcí. Manuál k základnímu výcviku VTI trenérů*. Praha: Spin, 1999

BEAUFORTOVÁ, K. *Videotrénink interakcí (VTI). Studijní materiály pro úvodní kursy*. Praha: Spin, 1997.

BEAUFORTOVÁ, K. *Videotrénink interakcí. Základy metody a její využití*. Praha: Spin, 2002

BIDLOVÁ E. *Sociální dovednosti učitele a možnosti jejich rozvíjení*. [Disertační práce]. Praha: Katedra psychologie FFUK, 2005

MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384s. ISBN 80-7178-548-2

SDRUŽENÍ PRO VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ. Dostupné na <http://www.spin-vti.cz>,

[cit. 26-9-2006]

Název příspěvku: Ergoterapie u klientů s mentální retardací v Camphill Community v Anglii
Autor: Lenka Pavlová
Pracoviště: ÚSP- Centrum u Bartoloměje, Masarykova ul., Kutná Hora
Kontaktní e-mail: pavlova.le@seznam.cz

Pracovala jsem 3 měsíce v Camphill Community East Anglia, neboli Camphillské vesničce, v hrabství Norfolk. Je to nedaleko východního pobřeží Anglie. Camphillské komunity jsou v současné době rozšířené po celém světě. V Británii, kde vznikla první, je jich mnoho.

V naší komunitě bylo celkem 45 lidí, z toho polovina klientů s lehčími stupni M.R. (tj. klienti bez plen, samostatní při jídle, oblékání, schopní pracovat, mluvících byla asi polovina, čist uměl 1 klient). Klienti zde byli nazýváni „villagers“, což znamená vesničané. Téměř všichni bydleli a pracovali v komunitě celoročně, pouze 1 klient jezdil občas domů na víkend nebo na prázdniny.

Druhou polovinu obyvatel komunity tvořili tzv. co-workers, neboli dobrovolníci z celého světa. Část z nich bydlela v komunitě celoživotně a zastávali funkci rodičů, zbytek byli převážně studenti, kteří přijížděli na různě dlouhou dobu.

Komunita je rozdělena na 5 domů, každý dům má kolem 9 členů, z toho je vždy 1 otec domu a 1 matka domu, pak několik klientů a několik dobrovolníků. Celý dům funguje jako naprosto normální rodina, nezáleží na tom, že většinou jsou klienti starší, než „rodiče“. Klienti mají k těmto rodičům stejnou důvěru a velmi podobný vztah jako má zdravé dítě ke svým rodičům. Většina klientů nemá žádný kontakt se svou skutečnou rodinou.

Den začíná společnou snídaní, která je ve všech domech ve stejný čas, každý obyvatel komunity má svůj vlastní pokoj a vstává podle toho, jak si sám nastaví svůj budík- podle toho, kolik času potřebuje na svou ranní hygienu. Koupelna a toaleta jsou společné pro celý dům, stejně jako kuchyně.

Po snídani se všichni rozejdou do práce. V komunitě je několik pracovišť a klienti jsou na určité pracoviště přiděleni dlouhodobě, po pečlivém výběru dle jejich schopností. Protože obdobnou činnost vykonávají každý den, jsou v ní obvykle velice zdatní a jsou pyšní na výsledky své práce. Navíc každá činnost je nesmírně důležitá pro chod komunity, což je úžasnou motivací pro klienty.

Buďme nyní konkrétnější. V kuchyni každého domu zůstane po snídani 1 klient (stále ten samý, jehož zaměstnáním je pomocný kuchař) a 1 dobrovolník a pracují na přípravě oběda. V komunitě je pekárna, protože komunita je soběstačná v produkci všech potravin, peče se 2x týdně pečivo, zbytek týdne zůstává uloženo v centrálních mrazácích. Zde pracuje další klient jako pomocník pekaře, pekařkou je 1 z „house mothers“- čili matek domu, která je v komunitě trvale.

V komunitě se nejen peče vlastní pečivo, ale i pěstuje veškerá zelenina a ovoce, a to bez použití jakékoli chemie, tudíž hned několik klientů a dobrovolníků je více než půl roku v roce zaměstnáváno zaléváním, pletím a dalšími činnostmi na polích, patřících komunitě. Přebytek vypěstované zeleniny se prodává lidem z okolí, kteří si zvykli pro ekologicky nezávadné potraviny jezdit. Přes zimu tito klienti pracují v přádelně, tkalcovně nebo hrnčířské dílně.

Další část obyvatel komunity pracuje na farmě, taktéž patřící ke komunitě. Jsou zde chována zvířata s produkcí masa, mléka, vlny a kožešin. Několik klientů pravidelně dojí krávy a kozu. Jsou na svá zvířata nesmírně pyšní a nebojácně si je sami přivedou z pastviny do chléva na dojení. Zvířata jsou na ně taktéž zvyklá, takže se nechají bez problému ve výběhu chytit a neutíkají. Další klienti spolu s dobrovolníky vyvázejí hnůj, nosí vodu, seno a šrot a to po celý rok.

V každém domě je i prádelna, pračku zapíná matka domu, ale pokud je v domě schopnější klient, pomáhá žehlit prádlo. Topení je v komunitě centrální na topný olej, takže pro klienty práce v tomto směru nezbyvá. Zajímavostí je i ekologická čistička odpadních vod.

Tím jsme prošli možnosti pracovního zařazení klientů. Klienti pracují 2 hodiny dopoledne a 3 hodiny odpoledne, pracovní doba je stejná pro každý dům, večer mají osobní volno a mohou se dívat na televizi. Dobrovolníci mají 1 den v týdnu volno, většinou nepravidelný den, aby se prostřídali a nebyl nabourán chod komunity.

Dobrovolníci i klienti jsou v komunitě bez nároku na plat, ale dostávají každý týden kapesné, jeho výše se liší v každé komunitě světa, chudší země kapesné nedávají. V komunitě je centrální „prodejna“, kde si může dobrovolník i klient koupit pod dozorem prodavače (stále tentýž otec domu) věci běžné potřeby- sladkosti, zubní pastu apod.- vše ekologické, bez chemických přísad .

Jedna z matek domů funguje též jako zdravotní sestra a klienti, kteří potřebují léky, jsou soustředěni v jejím domě. Je k dispozici i ostatním členům komunity.

Všichni obyvatelé komunity mají povinnost účastnit se v neděli dopoledne bohoslužby v místním chrámu- je to místnost v podkroví dílen, kazatelem je 1 z otců domu. Tyto bohoslužby i další principy, promítající se do celého chodu komunity, se opírají o náboženský směr, zvaný antroposofie, založený Rudolfem Steinerem. S tím já osobně nesouhlasím.

Zhodnocení z pohledu ergoterapie:

Pobyt v komunitě má na klienty celkově velmi dobrý vliv. Prostředí je velmi domácí a budí pocit bezpečí a pevného zázemí. Pravidla jsou stejná pro všechny a klient se učí je respektovat. Má pevný denní režim, není vystaven změnám, které klient s M. R. obvykle špatně snáší. Jedinou změnou je obměna dobrovolníků, ale vzhledem k tomu, že klientova „matka“ i „otec“ jsou stále titíž, nejsou klienti vystaveni stresu.

Komunita umožňuje klientovi zapojit se do naprosto normálního pracovního života, každý z klientů má své zaměstnání i svůj soukromý pokoj, který si sám uklízí (rodiče provádějí pravidelně kontrolu). Sama vidím jako obrovskou přednost MOTIVACI k práci- př: když klient odmítne pomáhat v kuchyni, nebudou mít ostatní členové domu oběd. Samozřejmě, že se některým klientům nechce pracovat a zkouší se z práce vyvléci a jejich opatrovníci je dlouhodobě a cíleně vychovávají, aby byli schopni žít co nejpodobnější život, jaký žijí jejich zdraví spoluobčané.

Celkově vnímám pobyt klientů v komunitě velmi pozitivně, klienti mají ŽIVOTNÍ SMYSL, členové jejich camphillské rodiny jsou závislí na jejich práci.

Název příspěvku: Ergoterapie u pacienta po spinálním poranění – kazuistika
Autor: Jana Petrová, DiS.
Pracoviště: Krajská nemocnice Liberec, Husova 10, Liberec 46360
Kontaktní e-mail: janape@seznam.cz

Tato přednáška je zaměřena na kazuistiku jednoho z našich klientů. Zde popisují průběh hospitalizace klienta po určité časové období na našem oddělení.

V přednášce se zabýváme vertikalizací pacienta z lůžka na vozík a posléze jeho nácvikem všedních denních činností (ADL), nácvik soběstačnosti v mobilitě a přesunech a je zde i malý výčet užívaných kompenzačních pomůcek. Je to shrnutí pobytu klienta.

V závěru shrnuji pobyt pacienta a jeho odchod do léčebného ústavu s doplněním aktuálních informací o jeho stavu.

Název příspěvku: 13. setkání ENOTHE Cork 2007 (závěry pro ČR)
Autor: Bc. Zuzana Rodová
Název pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze
Kontaktní e-mail: z.rodova@centrum.cz

Společně s kolegyní Bc. Janou Matochovou jsme se v říjnu 2007 zúčastnily mezinárodního setkání ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education = evropská síť vzdělávání v ergoterapii), které se konalo v Corku (Irsko). V současné době má ENOTHE 220 členů, kterými jsou školy, profesní organizace, odborníci z praxe. 1 lékařská fakulta University Karlovy je jedním ze zakládajících členů.

Rok 2007 byl rokem „rovných příležitostí“ (Equal opportunities) a toto bylo i hlavní náplní aktivních příspěvků a workshopů. Většina přednášejících se zmiňovala i o participaci a vztahu ergoterapeutů k IFC (International classification of function disability and health).

Během roku probíhají aktivity pracovních skupin (v rámci ENOTHE), které pak svoji celoroční práci představují během krátkých příspěvků. Činnosti jednotlivých skupin můžete nalézt na webových stránkách ENOTHE (www.enothe.hva.nl). Těmito skupinami jsou Terminology, OT-older ages, ECOTROS, E-learning, Studentská sekce a Tuning.

(Terminology) Terminologická skupina vybrala deset základních termínů, které přeložila do základních evropských jazyků, tento rok se zaměřili na další slova, která začínají zařazovat do jednotlivých tříd.

(OT-older ages) Ergoterapie u seniorů představila závěry ze své několikaleté práce, během které se snažili zhodnotit kvalitu života seniorů.

ECOTROS- cílem této skupiny je zkvalitňování vědy a výzkumu v ergoterapii pomocí vytváření webových stránek a intenzivních kurzů.

E-learning- předávání zkušeností z jednotlivých zemí.

Studentská sekce- během roku si studenti z jednotlivých zemí připravovali projekty v rámci roku rovných příležitostí (např. zhodnocení bezbariérovosti MHD). Tyto projekty prezentovali během workshopů.

Tuning- v rámci skupiny rozvoje ergoterapie jsme s kolegyní Bc. Janou Matochovou měli workshop s názvem Práce s příslušníky etnických a kulturních menšin v ergoterapii - Návrh nového volitelného předmětu v rámci výuky ergoterapie na 1.LF UK. S tímto projektem Vás seznámí během následujícího příspěvku této konference (Ergoterapie 2007).

Název příspěvku: **Zamyšlení nad etickými aspekty práce v občanském sdružení Asistence**

Autor: Mgr. Vlasta Stupková

Pracoviště: Občanské sdružení Asistence, o.s.

V tomto příspěvku se chci zamyslet nad etickými aspekty v našem sdružení, hlavně nad tím, jak se etický přístup a myšlení může projevit v naší práci. Pokládám toto své zamyšlení za jeden z kroků na naší cestě k rozvoji kvality práce našich pracovníků a s tím úzce souvisejícím jejich profesionálním i osobním rozvojem. Na jedné straně této cesty stojí nový zákon o sociálních službách a předtím už i standardy některých profesí a metod, které ukládají povinnost organizacím poskytujícím služby v oblastech pomáhajících profesí naplňovat standardy a také absolvovat audity a inspekce kvality služeb. Na druhé straně z vlastní zkušenosti vidím, že je potřeba se tímto tématem v pomáhajících profesích zabývat.

Kromě obecnějšího, více méně abstraktního zamyšlení, bych chtěla zachytit etické aspekty naší práce tak, jak se projevily při konkrétních příležitostech, se kterými se naši pracovníci setkávají a pokusit se zobecnit vyjádření pracovníků předložených při metodických a supervizních setkáních. Je zřejmé, že etické problémy a dilemata není možné z pomáhajících profesí vůbec, ani z práce v naší organizaci vyloučit. Můžeme se snažit jim částečně předcházet vytvořením určitých pravidel a postupů. Předpokládám, že v naší organizaci dospějeme k tomu, že si vytvoříme naše etické standardy. Myslím že už i samotný proces společného vytváření etických standardů může být velkým přínosem k rozvoji kvality práce, profesionalitě a osobnímu rozvoji pracovníků, stejně tak jako k týmové spolupráci.

Stejně se však nemůžeme vyhnout osobním dilematům pracovníka, která mohou vyvstat například vzhledem k rozdílnému náhledu na konkrétní situace, například je – li zřejmé že uživatel služby zaujímá zcela odlišný postoj, názor a z toho vyplývající záměr k uskutečnění určitého řešení situace, než ke kterému by se přikláněl pracovník na základě svého vzdělání, praxe, zachovávaní etického kodexu a vnitřní metodiky organizace. Tuto myšlenku myslím velmi dobře vystihuje přirovnání Sharlowa (1998) o rybě v horské bystřině, které jsem zvolila jako příklad chápání etiky v souvislostech pomáhajících profesí.

Dalším podnětem k mému zamyšlení jsou naše zkušenosti z kurzu pro asistenty. Impulsem k přípravě a realizaci kurzu byla povinnost daná zákonem, který ustanovuje, že pracovníci v sociálních službách musí absolvovat akreditovaný kurz s ministerstvem předepsanými tématy a počtem hodin teorie a praxe. Vzhledem ke skutečnosti, že počet našich asistentů se se stoupajícím zájmem klientů o osobní asistenci stále zvyšuje, a asistenty přijímáme průběžně, rozhodli jsme se vytvořit vlastní kurz, ve kterém hodiny praxe už budou zároveň hodinami asistence pro naše klienty. Příprava kurzu pro akreditaci byla poměrně náročná, včetně požadavků na lektory. Uspořádali jsme kurz lektorských dovedností, který byl prvním a docela zdařilým praktickým krokem v realizaci kurzu. Naši konzultanti a koordinátoři se seznámili s lektorskými technikami a vyzkoušeli si prezentace. Všechno začínalo dostávat konkrétnější obrysy. Vlastní kurz jsme zahájili koncem září a od října probíhá dvakrát týdně ve večerních hodinách. Hned po prvních setkáních se ukázalo, že zdaleka nepůjde jen o splnění povinnosti, dané zákonem. Začali jsme získávat zajímavé a podnětné zkušenosti z reakcí účastníků kurzu, které nás vedly k novému zamyšlení nad některými aspekty naší práce. Jednalo se hlavně o předávání informací o klientech, instrukcí asistentům, použití a význam terminologie, znalostí ze somatologie, psychologie a podobně.

Nástrojem, se kterým můžeme v oblasti etiky pracovat, jsou metodická a supervizní setkání. Záznamy s těchto setkání jsem použila ke konkrétnímu znázornění některých etických aspektů, provázejících naši práci. Obě tyto možnosti vidím jako významné, právě vzhledem k nevyhnutelnosti problémů a dilemat, mohou představovat způsob jak s nimi pracovat a cestu k rozvoji kvality služeb.

Název příspěvku: Zkušenosti z denního stacionáře pro seniory s demencí
Autor: Mgr. Jitka Suchá
Název pracoviště: Denní stacionář Gerontologického centra v Praze 8 – Kobylisích

Denní stacionář Gerontologického centra v Praze 8 – Kobylisích byl jedním z prvních svého druhu u nás. Byl otevřen v roce 1996 a je specializován na péči o seniory s demencí. Vedle diagnózy demence přijímáme i klienty např. po CMP, seniory trpící depresí plynoucí z osamělosti atd. Maximální počet klientů na den je 16. Pro klienty je organizován celodenní aktivizační program.

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí bývá provázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (Smolík, 2002).

Podle statistických údajů je prevalence demence u 65 letých a starších 5-10 % s tím, že roční incidence činí 1-2 % a tedy 75letí mají prevalenci 15-20 %. U ještě starších lidí dochází ke zvýšení incidence na 2-4 % ročně s tím, že u osob starších 85 let může prevalence demence být 40 i více procent. Riziko stát se demenčním pacientem v průběhu života dosahuje 1:4 (Reban, 2000).

Z celkového počtu je demence Alzheimerova typu zastoupena více než 50 %, vaskulární demence se podílí 10-25 %, smíšená forma asi 10 %. Jiné známé příčiny bývají uváděny mezi 10-15 % a neznámé příčiny v 5-10 %. Mortalita pacientů s demencí je dvojnásobná než u pacientů stejného věku bez demence. Demence Alzheimerova typu přibývá s věkem více než jiných typů demence (Hrdličkovi, 1999).

Demence není vyléčitelná, ale postup choroby můžeme výrazně zpomalit, jednak vhodně indikovanou farmakologickou léčbou, jednak (a zejména) nefarmakologicky – různými způsoby. Jednak je pro osoby s demencí vhodný pravidelný režim, který jim dává pocit stability. Dále jsou to vhodně vybrané aktivizační techniky, pravidelný mikční režim (režim vyprazdňování – příznakem pozdějších stádií bývá často inkontinence), podpora soběstačnosti ve všech činnostech pokud možno po co nejdelší dobu a samozřejmě vlídná a laskavá péče v prostředí, které zachovává klientovu důstojnost. Tím, že klient dochází do denního stacionáře, mu umožňujeme zůstat v domácím prostředí a ve stacionáři pobývá pouze tu dobu, kdy je jeho rodinný pečovatel v zaměstnání, popř. se věnuje jiným činnostem nebo nezbytnému odpočinku.

Mezi aktivizační metody patří např. kognitivní aktivace, kinezioterapie, pet terapie, reminiscenční terapie, využíváme různých kreativních technik, muzikoterapie, atd. Dále využíváme různých přístupů ke klientům s demencí jako např. princip validace, princip orientace v realitě atd.

Při aktivizaci musíme brát ohled na to, že demence má různá specifika, která se při aktivizaci projeví...např. porucha paměti, zejména krátkodobé, porucha řeči, popř. afázie, může být i apraxie z důvodu demence, změny v emoční složce, snížené psychomotorické tempo, porucha

prostorové orientace a prostorového vnímání (i porucha pravolevé orientace) a snížení koncentrace pozornosti.

Jaký je vliv aktivizačního programu a dalších výše uvedených aspektů na klienta s demencí? Jednak by mělo dojít k pozitivnímu ovlivnění poruch chování přidružených k onemocnění demencí (např. neklid a „bezcílné bloudění“, poruchy spánku až úplná spánková inverze, úzkost, depresivní ladění atd.) a tím v důsledku i snížení spotřeby léků proti těmto příznakům, dále by mělo dojít k pozitivnímu ovlivnění některých kognitivních funkcí, zejména koncentrace nebo i dlouhodobé paměti, řeči a slovní zásoby, a v neposlední řadě ke stabilizace emočního stavu klienta a zlepšení jeho verbální i neverbální komunikace. Tím dojde k dlouhodobějšímu udržení celkového stavu klienta a zpomalení postupu choroby.

Literatura:

1. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D.: *Demence a poruchy paměti*. Praha, 1999, Grada publishing. ISBN 80-7169-797-4
2. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha, 2007, EV public relations, spol. s r.o. ISBN 978-80-254-0177-4
3. REBAN, J.: *Demence v ordinaci praktického lékaře*. Praha, 2000, Maxdorf. ISBN 80-85912-28-7
4. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, 2002, Maxdorf Jesenius

Název příspěvku: **Problematika autismu- využití ergoterapie**
Autoři: Lucie Svěráková, DiS., Lucie Šmídová, DiS.

1. ÚVOD

Slovo AUTISMUS (z řeckého "autos" =sám). S diagnózou autismu se dnes setkáváme častěji než dříve a hlavní příčinou je fakt, že v minulosti o nemoci nebylo dostatek informací a problémy ve vývoji dítěte byly přisuzovány sníženému mentálnímu vývoji. Toto téma jsme vybraly proto, že při práci ergoterapeuta se jsme se obě setkaly s autismem a bez informací o tomto syndromu se s autistou dá jen těžko pracovat.

Na úvod jsme také zařadily dva citáty od Jima Sinclaira a MUDr. Růženy Nesnídalové.

2. KDE SE S AUTISTICKÝM DÍTĚTEM MŮŽEME SETKAT?

V České republice žije 15- 20 000 osob s autismem. To znamená, že každý rok se tu narodí okolo 200 dětí s autismem. Vzhledem ke zpřesňující se diagnostice a způsobu života, však počet jedinců s autismem v poslední době neustále narůstá.

Autisty najdeme v speciálních školách, ÚSP, denních stacionářích, psychiatrických léčebnách a dalších zdravotnických zařízeních.

3. VIDEO:

Představení chování autistického dítěte, se zřetelnými známkami autismu. (1,5min)

4. TEORIE: Co je to autismus?

-Je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, která vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu co vidí, slyší a prožívá. Autismus doprovází specifické vzorce chování. Je zařazován mezi takzvané pervazivní vývojové poruchy. Je důležité podotknout, že neexistují žádné typické případy autismu. Každý případ je individuální, a převažují zde spíše rozdíly než podobnosti.

-O autismu hovoříme pouze tehdy, vyskytuje-li se u jedince alespoň 8 příznaků. Pokud jich je méně jde o jedince s autistickými rysy. 1-15 vyjmenovaných příznaků.

-Klasifikace: Dětský autismus, Atypický autismus, Rettův autismus, Aspergerův syndrom.

5. VYUŽITÍ ERGOTERAPIE U AUTISMU

Pokud chce ergoterapeut s autistou něco dokázat musí se řídit pravidly této problematiky. Nejúčinnější léčbou a terapií autismu je výchova a výuka. Ergoterapeut se tak stává učitelem i vychovatelem. Při terapii je nutné spolupracovat se speciálním pedagogem.

Obecné principy práce s lidmi s autismem: individuální přístup, strukturalizace (zavedení pevného řádu, přesné posloupnosti činností a uspořádání prostředí). vizualizace (autista myslí konkrétně- potřebuje vizuální podporu, piktogramy).

Prostory vhodné pro práci s autistou: by měly být prostorné, dobře osvětlené, jednoduše zařízené (minimum nábytku) a měly by obsahovat i místo na pro individuální činnost, pro hraní, odpočinkový kout, vlastní umývárnu i WC, šatnu terapeutické pomůcky. Uspořádání a používání pomůcek by mělo být v určitém sledu, tak aby v zorném poli byly pouze ty, které jsou k dané činnosti nezbytné. Pomůcky vybíráme reálné, běžné, vyhýbáme se imaginárním obrázkům jako jsou např. zvířátka v lidském oblečení. Autisté myslí konkrétně a tímto mohou být zmateni. Ve třídě má být časový plán umístěn na stálém místě v zorném poli dětí. Může být v podobě písemné tabulky, obrázků, předmětů, fotografií stím, že jeho uspořádání by vždy mělo vyjadřovat sled událostí shora dolů a zleva doprava. Je nutné neustále reagovat na požadavky dětí během terapie.

Úkoly ergoterapie : Mezi úkoly ergoterapie patří nácvik sebeobsluhy, dále pak můžeme využít terapii pevného sevření, hry a hračky, muzikoterapie, relaxační techniky a masáže, arteterapii, pohybová terapie, hypoterapie a canisterapie a volný čas (autisté se nenaučí sami si organizovat volný čas.

(Na přednášce podrobnější výklad)

6. ZÁVĚR

Motto: "Vychovávat dítě s autistou je maratón ne sprint"

Eric Schopler

7. PŘEHLED ORGANIZACÍ ZABÝVAJÍCÍCH SE AUTISTY

APLA: www.brno.apla.cz, www.vysočina.apla.cz, www.hk.apla.cz atd.

Rain Man: Ostrava, www.rain-man.cz

Autistik: Praha, www.volny.cz/autistik

Rytmus: Praha, www.rytmus.org

Diakonie ČCE: Merklín, www.radost.diakoniecce.cz

Reet Community: www.rett-cz.com

8. PŘEHLED POUŽITÉ LITERATURY

T. Attwood, **Aspergerův syndrom**. Praha: Portál, 2005.

J. Beyer, L. Gammeltoft, **Autismus a hra**. Praha: Portál, 2006.

Ch. Gillberg, T. Peeters, **Autismus- zdravotní a výchovné aspekty**. Praha: Portál, 1998

M. Haddon, **Podivný případ se psem**. Praha: Argo, 2004.

P. Howlin, **Autismus u dospívajících a dospělých**. Praha: Portál, 2005.

M hrdlička, V. Komárek, **Dětský autismus**. Praha: Portál, 2004.

T. Peeters, **Autismus, od teorie k výchově-vzdělávací intervenci**. Praha: Portál, 1998.

S. Rychman, **Výchova dětí s autismem**. Praha: Portál, 2006.

E. Schopler, **Příběhy dětí s autismem**. Praha: Portál, 1999.

E Schopler, G.B. Mesibov, **Autistické chování**. Praha: Portál, 1997.

E Schopler, G.J. Leichler, M. Lansigová, **Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami**. Praha: Portál, 1998.

K. Thorová, **Poruchy autistického spektra**. Praha: Portál, 2006.

P. Vermeulen, **Autistické myšlení**. Praha: Grada, 2006

Název přednášky: Využití tejpování u neurologických pacientů v rámci ergoterapie

Autor: Jitka Týcová

Pracoviště: VRÚ Slapy nad Vltavou

Kontaktní e-mail: tycovajitka@seznam.cz

Cévní mozková příhoda se vyskytuje od středního věku a její výskyt s věkem logaritmičtě stoupá. U nás je incidence asi 300 na 100 000 obyvatel. Poněkud vyšší výskyt je u mužů než u žen, tento rozdíl se však ve vysokém věku stírá. Statistické údaje nejsou zcela přesné, protože nejlehčí CMP, tranzitorní ischemické ataky, které se do 24 hodin zcela upraví, nejsou vždy sledovány.

Příznaky CMP závisí na lokalizaci ischemie nebo krvácení, rozsahu postižení a existenci kolaterálního krevního zásobení. Významnou roli hraje pochopitelně i celkový stav člověka a včas zahájená léčba.

Ochrmutí, čili obrna se označuje jako paréza (pokud je částečná), anebo plegie (pokud jde o úplné ochrmutí). Může být způsobena poškozením periferních nervových vláken, pak se označuje jako periferní a podle své povahy chabá, nebo je následkem poruchy mozku či míchy, pak jde o parézu centrální. Centrální paréza se často označuje jako spastická, i když není správné tyto pojmy ztotožňovat: spasticita je jen jedním z příznaků centrální parézy, nevyskytuje se u všech pacientů, v celém časovém průběhu parézy, ani ve všech svalech.

Je definována jako porucha svalového tonu (hypertonie) způsobená zvýšením tonických napínacích reflexů, které je závislé na rychlosti pasivního protažení.

Největším problémem, se kterým se ergoterapeut v praxi u osob po CMP setkává, je ztráta diferencované hybnosti horní končetiny, která patří k typickým projevům centrální poruchy hybnosti a spasticity.

Problém tréninku ruky nespočívá ani tak v principiální složitosti jako spíše v časové náročnosti a soustavnosti. Vyžaduje jednak specializovaného terapeuta, intenzivní terapii, zapojení rodinných příslušníků a ošetřovatelského personálu a samozřejmě motivaci pacienta samotného.

Rehabilitace ruky by měla zahrnovat zejména trénink senzomotorický, propioceptivní, kognitivní, diferencovaný pohybový a trénink pozornosti, zj. u negletu.

Cílem ergoterapie je facilitace normálních pohybových vzorů, rozrušení abnormálních pohybových synergii a patologických souhybů a inhibice hypertonu.

Samotný trénink jako celek, by měl být úkolově orientovaný a přecházet formou i obsahem do běžných denních i pracovních aktivit, čili k umožnění co největší míry nezávislosti v BADL i IADL.

Existuje několik terapeutických přístupů, kterými se do jisté míry, výše uvedené, více či méně daří. Mně osobně se nejvíce osvědčila kombinace metod Bobath – Vojta – Kabath – Perfetti. Zmínila bych se zejména o terapeutickém konceptu Perfettiho, protože v porovnání s ostatními se jedná o nejméně rozšířený přístup.

Perfetti se zabývá terapeutickými koncepty centrálních hybných poruch, jmenovitě

hemiplégií, aktivní pozorností a vnímáním pacienta v souvislosti s cílem nacvičovaného pohybu. V centru jeho zájmu stojí otázky související s organizací pohybu, rolí korových oblastí CNS při řízení pohybu a modalitách motorického učení. Na tomto základě vytvořil terapeutickou strategii, kterou se snaží, aby byl pacient schopen své abnormální reakce a patologické vzorce poznat, kontrolovat, případně kompenzovat.

Ale i v případě Perfettiho narážím na problém v situaci, kdy se setkám s vysokým stupněm spasticity. Pokud se jedná o takového klienta a já se nechci po celý čas určený terapii věnovat pouze pasivnímu uvolňování prstů, popřípadě zápěstí, které jsou staženy spasticitou do flekčního držení, využívám možností tejpovacích pásek.

Taping - tejping je jednou z běžně používaných metod sportovního lékařství. Název je odvozen z anglického pojmenování základního materiálu této metody: páska – tape – tejp.

Jedná se o metodu obvazování tělesných partií, nejčastěji končetin, pomocí pevných a pružných lepicích pásek o různé šířce podle velikosti a umístění tejpové aplikace na tělesné části. Smyslem těchto bandáží je zpevnění končetiny, na kterou je tejp aplikován. Takto ošetřená část těla (například kolenní kloub) je chráněna před destruktivními změnami (např. výronem) a přitom není omezena ve své pohybové funkci. Tejpování je účinné např. i při nápravě propadlé klenby chodidla nebo korekci vybočeného palce.

Tejp však nemá pouze funkci bandáže, stejně dobře ho lze využít v případě spastické ruky, bolestivých hemiparetických ramen, oslabeného mezilopatkového svalstva, či namísto peroneální pásky.

V případě ruky lze tejpování využít i jako obdobu klasické dlahy, jelikož plní totožnou funkci (funkční postavení, inhibice spasticity). Navíc má oproti dlaze tejp tu výhodu, že na rozdíl od ruky v dlaze lze se „zatejповanou“ rukou rehabilitovat, pacientovi nepřekáží dokonce ani při nácviку úchopové funkce ruky (viz. obrázková příloha). Tejpování je na naší ergterapii oblíbené i vzhledem k tomu, že tejpovací páska „nic neváží“, čili dle pacientů odpadá problém s těžkou dlahou, která pacientovi překáží.

Nemyslím si, že lze tejpováním úplně dlahu nahradit, ale jako alternativu to považuji za vhodné.

Jelikož po sejmutí tejpu musí kůže regenerovat, je dobré využívat tejpu například každý druhý den na 6-8 hodin. Za výhodnější však považuji tejpovat jednou či dvakrát denně, vždy po dobu terapie či cvičení.

Cílem příspěvku by mělo být seznámení s možnostmi a druhy tejpování, ukázky terapie a využití tejpu při ergterapii.



obr.č.1: ruka před terapií



obr.č.2: ruka po tejpování



obr.č.3: úchop paretickou rukou bez tejpů



obr.č.4: úchop po tejpování

Název příspěvku: Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii v Integračním centru Zahrada. Kazuistika

Autor: Bc. Martina Vavrochová

Pracoviště: Integrační centrum Zahrada

Jmenuji se Martina Vavrochová a od roku 2006 pracuji jako ergoterapeutka v Integračním centru Zahrada na Praze 3. Svůj příspěvek jsem nazvala „Integrační centrum Zahrada – prezentace pracoviště, Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii“.

V tomto příspěvku bych ráda na úvod představila Integrační centrum Zahrada, jeho činnost, složení klientely, ale také složení multidisciplinárního týmu, který sestavuje pro každého klienta individuální plán.

V další části příspěvku se věnuji oboru canisterapie. V našem zařízení je možnost, aby 2x týdně za klienty docházela canisterapeutka se svým psem. Při intervencích psa s klienty je zřejmé, že pes klienty motivuje k větší aktivitě, což se může pozitivně promítnout i v následné spolupráci s terapeutem. Za pomoci psa se mohu jako ergoterapeutka při práci s klientem zaměřit na trénink manipulačních dovedností (úchop a jeho jednotlivé fáze, zejména uvolňování předmětu), zvětšování rozsahu pohybu, uvolňování spasticity, koordinaci obou horních končetin a koordinaci oko-ruka atd., neboť při účasti psa na terapii je klient více uvolněný, více se na činnosti soustředí, a to díky tomu, že pes funguje jako silný motivační i facilitační prostředek. V této části konkrétně zmiňuji jednotlivé aktivity, které lze prostřednictvím psa realizovat. Při těchto aktivitách popisuji způsoby provedení a ukazatele, které jsou pro mne, jako ergoterapeutku, důležité.

V závěru svého příspěvku přináším kazuistiku 19 letého klienta s kvadruparetickou formou DMO, kombinovanou s pravostrannou hemiparézou, těžkou svalovou dystonií a středně těžkou mentální retardací. S tímto klientem pracuji individuálně 3x týdně po dobu 30 minut. V kazuistice popisuji klienta v rámci základního ergoterapeutického vyšetření z hlediska soběstačnosti, silných a slabých stránek, funkčního vyšetření horních končetin a hodnocení kognitivních funkcí. Klient se však v rámci terapie také účastní individuální canisterapie 1x týdně po dobu 45 minut. Při jeho spolupráci se psem zkusíme např. činnosti, jako je krmení psa pamlskem, rozepínání přezky obojku, navlékání obojku, česání psa kartáčem se zesílenou rukojetí a hlazení psa.

Závěrem bych ráda shrnula, že cílem mé přednášky bylo informovat veřejnost o činnosti Integračního centra Zahrada, o projektu docházení canisterapeutických psů do tohoto zařízení a formou kazuistiky přiblížit klientelu, se kterou jako ergoterapeutka v tomto zařízení pracuji. Osobně vidím v rámci své profese ergoterapeutky sílu v propojování ergoterapie a animoterapie, v tomto případě canisterapie, ve využití zvířete jako motivačního a facilitačního prostředku v terapii, stejně tak působení animoterapie na všechny stránky klienta – fyzickou, psychickou i sociální. Stejný celostní pohled na člověka zastává také ergoterapie.

Použitá literatura:

Interní materiály Integračního centra Zahrada
www.iczahrada.cz

Název příspěvku: Prvky arteterapie v ergoterapii na psychiatrické klinice
Autoři: Mgr. Petra Vláčilová, Mgr. Markéta Brabencová
Název pracoviště: FN Brno, Psychiatrická klinika

Sylabus přednášky

1. Vymezení arteterapie

Arteterapie – terapie uměním

- receptivní
- produktivní

Formy arteterapie:

- skupinová
- individuální

Cíle arteterapie:

- individuální
- sociální
- odraz arteterapie v osobnostních složkách jedince

Cílové skupiny v arteterapii

Terapeutický vztah

2. Specifika ergoterapie na PK

- ergoterapie jako součást léčebného procesu
- skladba ergoterapeutických dílen
- pravidelné happeningové prezentace – jiná forma využití ergoterapie v psychiatrii

3. Prvky arteterapie v ergoterapeutickém procesu na PK

- náhled na finální výrobek z ergoterapeutických dílen jako na artefakt
- shodnost dílčích metod práce v arteterapii a ergoterapii

4. Arteterapeutický pohled na artefakty ergoterapie

Název příspěvku: **Spolupráce společnosti Rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP s ergoterapeuty a ČAE**
Autor: Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze
Kontaktní e-mail: jiri.votava@vfn.cz.

Cílem příspěvku je připomenout některé historické souvislosti rozvoje ergoterapie u nás v souvislosti s historií odborné společnosti (OS). Rehabilitační společnost byla založena v roce 1968 jako součást České lékařské společnosti J.E. Purkyně. Na rozdíl od jiných odborných společností sdružovala kromě lékařů také nelékařské odborníky, pracující v léčebné rehabilitaci. Od poloviny 70. let se aktivně podílela na činnosti “Komise (později sekce) léčby prací”, koncem 70. let “ergoterapie”, když bylo toto označení u nás zavedeno. Předsedkyní této komise byla po řadu let vedoucí ergoterapeutka RÚ Kladruby paní Pěkná. Komise pořádala pravidelně vlastní konference. O rozvoj této komise se zasloužil prof. Pfeiffer, který byl v letech 1964-1970 předsedou OS. Rozvoj ergoterapie v těch letech také významně ovlivnila Lucie Navrátilová, která organizovala v brněnském Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotních pracovníků kurzy a atestace z ergoterapie pro rehabilitační pracovníky, což byl až do r. 1995 jediný způsob, jak získat kvalifikaci v ergoterapii. Lucie Navrátilová byla také po řadu let členem výboru odborné společnosti a zastupovala tam tedy odbornost ergoterapie ještě před vznikem ČAE. Československá ergoterapie, izolovaná od zahraničního vývoje, pěstovala v té době terapeutické techniky (ve smyslu “arts and crafts”) jako významnou část svého programu.

Po r. 1989 byl umožněn rozvoj mezinárodních kontaktů a v tomto smyslu se naši ergoterapeuti setkávali s velkou vstřícností ze strany zahraničních, především evropských kolegů. Výbor OS podporoval rozvoj těchto kontaktů, započatý 1992 účastí skupiny našich ergoterapeutek na Evropské konferenci v Belgii. V roce 1994 nastal v mnoha ohledech zlom – zahájení studia na 1:LF a dalších 2 školách, vznik ČAE a zahájení spolupráce ČAE s evropskou organizací COTEC (zástupkyní jmenována Zuzana Dudáková). V těch dobách lze obtížně odlišit, jak se na podpoře ergoterapie účastnila sama OS, v r. 1995 přejmenovaná na Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny, a jak Klinika rehabilitačního lékařství 1LF, která se na rozvoji spolupráce v rámci mezinárodního projektu v letech 1996-99 významně podílela. Již před tím, v r. 1995, se stala spolu s ostravskou VOŠkou zakládajícím členem evropské organizace ergoterapeutických škol ENOTHE.

Ve výboru OS se po řadu let střetávaly názory, které rozvoj ergoterapie bezvýhradně podporovaly, s názory méně jednoznačnými. Přesto lze připomenout několik kroků OS, které zřetelně demonstrují podporu ergoterapie jako profese i samotné ČAE:

V roce 1998 vznikla při OS “Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace”. Ta sdružuje zástupce Rehabilitačních center, v nichž probíhá ergodiagnostické hodnocení OZP. Při něm hrají ergoterapeuti důležitou roli. Metodické vedení center zajišťuje KRL. Také na seminářích, které tato sekce několikrát za rok v Lékařském domě v Praze organizuje, se ergoterapeuti významně podílejí a pravidelně přednášejí.

V koncepci rehabilitace, kterou vypracovala OS a byla schválena Ministerstvem zdravotnictví v r. 2001, byla zcela převzata definice ergoterapie, schválená před tím ČAE. Bylo navíc zdůrazněno, že ergoterapie je nejen nutnou součástí rehabilitační medicíny, ale v některých případech i hlavním rehabilitačním přístupem. Dále se výbor OS již před 5 lety zabýval návrhem ČAE na rozšíření počtu výkonů, vykazovaných ergoterapeuty, a podpořil jej. Jednání se bohužel táhlo po řadu let a teprve vloni vešla v platnost novela, která tyto výkony

uzákonila. Současně ale odmítly zdravotní pojišťovny tyto nové výkony nasmlouvat. Výbor OS koordinuje své kroky s výborem ČAE a vyzval vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny a zástupce ministerstva zdravotnictví, aby v plné míře uvedli z pohledu ergoterapeutů tuto novelu v platnost.

Připomeňme také, že na pravidelném sjezdu odborné společnosti v Luhačovicích byla v roce 2002 hlavním tématem a Mária Krivošíková tehdy vyzvala řadu svých kolegyň, aby se na programu přednáškami zúčastnily. Příspěvky ergoterapeutů se objevují na sjezdech a konferencích OS pravidelně, opakovaně přednášela např. Marie Vítková z Boskovic. Od roku 2003 byl zařazen do povinné přípravy lékařů k atestaci v oboru “rehabilitační a fyzikální medicína” týdenní kurs “Ergoterapie a ergodiagnostika”, na němž nejvíce příspěvků přednášejí ergoterapeuti. To je dobrým předpokladem pro to, aby odborní lékaři, kteří budou v budoucnu působit jako vedoucí rehabilitačních týmů, pochopili význam ergoterapeutů pro rehabilitaci a znali náplň jejich práce v moderním pojetí.

OS má od roku 2003 své dva zástupce v Sekci fyzikální a rehabilitační medicíny Evropského svazu odborných lékařů. Jako jeden z těchto dvou zástupců zde chci oznámit, že v r. 2006 byla vypracována “Evropská bílá kniha fyzikální a rehabilitační medicíny”. Je v ní zdůrazněna potřeba týmové práce v rehabilitační medicíně a vyzdvižena role ergoterapeutů v tomto týmu. Na druhé straně se touto cestou dozvídáme o určité řevnivosti a kompetenčním boji mezi rehabilitačními lékaři na jedné straně a fyzioterapeuty a zčásti i ergoterapeuty na straně druhé. Jsem rád, že mohu potvrdit, že v ČR takové napětí ve větší míře neexistuje a že lékaři chápou potřebu dalšího rozvoje ergoterapie jako profese a úzkou vzájemnou spolupráci. Ta se projevuje i vzájemnou účastí na odborných akcích, které pořádá ČAE a OS. Stalo se jen následkem řady náhod, že v posledních dvou letech připadla konference ČAE v Praze a konference OS v Jáchymově na stejné datum. Nabízím proto jménem výboru OS České asociaci ergoterapeutů užší spolupráci a vzájemnou koordinaci akcí. Ergoterapeuti kteří mají zájem o členství v OS, jsou i nadále v jejich řadách vítáni.

Česká asociace ergoterapeutů

www.ergoterapie.org

info@ergoterapie.org

2007