



# **SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ**

**20. CELOSTÁTNÍ ODBORNÁ KONFERENCE  
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ S MEZINÁRODNÍ  
ÚČASTÍ**

**Pedagogická fakulta UK v Praze  
24.-25.10. 2008**

## **Sborník příspěvků z 20. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí**

**Praha, 24.-25.10. 2008**

Příspěvky byly předneseny na **20. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v prostorách Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze ve dnech 24.-25.10. 2008.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Albertov 7, 128 00 Praha 2,  
[www.ergoterapie.org](http://www.ergoterapie.org), [info@ergoterapie.org](mailto:info@ergoterapie.org)

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.  
Organizační výbor a vydavatel 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. Anna Jersáková, Bc. Kristýna Kölbllová, PaedDr. Eva Matějíčková, Bc. Olga Nováková, Bc. Tereza Šťastná, Bc. Zuzana Rodová.

© Česká asociace ergoterapeutů, 2008

ISBN 978-80-254-3141-2

## Program konference

**Pátek- 24. 10. 2008**

<b>9:00- 9:45</b>	<b>Registrace účastníků konference</b>
<b>9:45</b>	<b>Zahájení konference</b>
<b>9:50- 11:30</b>	<b>Odborný program- I. část</b>
9:50- 10:30	Dejonckheere, F.: Sherborne Developmental Movement: an interdisciplinary approach on the use of movement for children with special needs (Metoda vývojové pohybové teorie dle V. Sherborne: interdisciplinární přístup využívající pohybových aktivit u dětí se speciálními potřebami)
10:30- 10:45	Jančovič R., Kmetyová, E.: Reumatologická rehabilitácia reumatoidnej artritídy
10:45- 11:00	Votava,J.: Vliv mezinárodních kontaktů na rozvoj ergoterapie u nás v průběhu posledních dvaceti let (rekapitulace na základě vlastních vzpomínek)
11:00- 11:15	Marošová, Z.: Ergoterapia a liečebná pedagogika
11:15- 11:30	Diskuse k předneseným příspěvkům
<b>11:30- 12:00</b>	<b>Přestávka s občerstvením</b>
<b>12:00- 13:30</b>	<b>Odborný program- II. část</b>
12:00- 12:15	Faltýnková, Z.: Šlachový transfer - prostředek ke zlepšení kvality života tetraplegiků
12:15- 12:30	Macková, E.: Reflexní ovlivnění svalového napětí
12:30- 12:45	Matějčíková, E.: Atypické polykání
12:45- 13:00	Pulkertová, J.: Význam ergoterapie v rehabilitaci starších osob
13:00- 13:15	Grušová, K.: Ergoterapie v Denním centru Domova Sue Ryder
13:15- 13:30	Diskuse k předneseným příspěvkům
<b>13:30- 14:30</b>	<b>Přestávka na oběd</b>
<b>14:30- 16:00</b>	<b>Odborný program- III. část</b>
14:30- 14:45	Krivošíková, M: Ergoterapeutická cesta od přístupu zaměřeného na klienta ke Kanadskému hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)
14:45- 15:00	Rodová, Z.: Staré versus současné paradigma. Kde se nachází ergoterapie v ČR?
15:00- 15:15	Bubalová, M.: Sonda do procesu identifikace českých ergoterapeutů s vlastní profesí
15:15- 15:30	Nováková, O.: Závěry ze 14. setkání zástupců Evropské sítě ergoterapeutických škol- ENOTHE, Berlín. Aktuální témata ergoterapie v Evropě
15:30- 15:45	Koubková, D.: Mongolsko očima ergoterapeuta
15:45- 16:00	Diskuse k předneseným příspěvkům

**16:00- 17:00 Zasedání valné hromady ČAE**

**Sobota- 25. 10. 2008**

**Dopolední program:**

**9:00- 10:50 Odborný program- I. část**

- 9:00- 9:20 prof. MUDr. Jan Pfeiffer: Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví a její význam v rehabilitaci  
9:20- 9:35 Dudáková, Z.: Kurz kávy aneb zaměstnávání lidí v chráněné dílně  
9:35- 9:50 Brunclíková, M.: Hodnocení pracovního potenciálu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.  
9:50- 10:05 Karnetová, A.: Role ergoterapeuta a jeho spolupráce s ostatními členy týmu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.  
10:05-10:20 Černá, T.: Projekt „Žít naplno“ – ergodiagnostika a zaměstnávání tělesně postižených občanů  
10:20-10:35 Kříhová, N., Stupková, V.: Zpracování zkušeností s pracovní diagnostikou  
10:35- 10:50 Diskuse k předneseným příspěvkům

**10:50- 11:20 Přestávka s občerstvením**

**11:20- 13:00 Odborný program- II. část**

- 11:20- 11:35 Vodičková, R.: Metoda M. JOHNSTONE -VZDUCHOVÉ DLAHY a jejich využití v ergoterapii  
11:35- 11:50 Beníšek, J., Chvátalová, G.: ZDRAVÉ N-EMOCE aneb emoční inteligence v praxi  
11:50- 12:05 Matochová, J.: Snoezelen a jeho využití v ergoterapii  
12:05- 12:20 Břicháčková, P.: Strukturované učení TEACCH u dětí s autismem  
12:20- 12:35 Housarová, B., Dvořáková, Z., Štěpaníková, A., Račická, I., Matušková, K., Kamerová, M.: Inter/multidisciplinární přístup u osob s narušenou komunikační schopností – standard nebo mýtus?  
12:35- 12:50 Ješetová, V.: Ergoterapeutická posuzovací škála změny výkonu u hospitalizovaných psychiatrických pacientů  
12:50- 13:05 Vavrochová, M.: Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii  
13:05- 13:15 Diskuse k předneseným příspěvkům

**13:15- 14:00 Přestávka na oběd**

**14:00- 17:00 Workshop vedený prof. Karen Jacobs  
„Programming and Evaluation in Work Rehabilitation  
(Plánování a hodnocení v pracovní rehabilitaci)“**

**17:00 Ukončení konference, předání certifikátů**

## OBSAH

<b>1.</b>	<b>Beníšek, J., Chvátalová, G.:</b> ZDRAVÉ N-EMOCE aneb emoční inteligence v praxi	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Brunclíková, M.:</b> Hodnocení pracovního potenciálu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Břicháčková, P.:</b> Strukturované učení TEACCH u dětí s autismem	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Bubalová, M.:</b> Sonda do procesu identifikace českých ergoterapeutů s vlastní profesí	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>Černá, T.:</b> Projekt „Žít naplno“ – ergodiagnostika a zaměstnávání tělesně postižených občanů	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Dejonckheere, F.:</b> Sherborne Developmental Movement: an interdisciplinary approach on the use of movement for children with special needs (Metoda vývojové pohybové teorie dle V. Sherborne: interdisciplinární přístup využívající pohybových aktivit u dětí se speciálními potřebami)	<b>17</b>
<b>7.</b>	<b>Faltýnková, Z., Lid'áková, V.:</b> Šlachový transfer- prostředek ke zlepšení kvality života tetraplegiků	<b>21</b>
<b>8.</b>	<b>Grušová, K.:</b> Ergoterapie v Denním centru Domova Sue Ryder	<b>23</b>
<b>9.</b>	<b>Housarová, B., Dvořáková Z., Štěpaníková A., Račanská I., Matušková K., Kameronová, M.:</b> Inter/multidisciplinární přístup u osob s narušenou komunikační schopností – standard nebo mýtus?	<b>26</b>
<b>10.</b>	<b>Ješetová, V.:</b> Ergoterapeutická posuzovací škála změny výkonu u hospitalizovaných psychiatrických pacientů	<b>29</b>
<b>11.</b>	<b>Karnetová, A.:</b> Role ergoterapeuta a jeho spolupráce s ostatními členy týmu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.	<b>31</b>
<b>12.</b>	<b>Koubková, D.:</b> Mongolsko učima ergoterapeuta	<b>32</b>
<b>13.</b>	<b>Krivošíková, M.:</b> Ergoterapeutická cesta od přístupu zaměřeného na klienta ke Kanadskému hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)	<b>34</b>
<b>14.</b>	<b>Kříhová, N., Stupková, V.:</b> Zpracování zkušeností s pracovní diagnostikou	<b>37</b>
<b>15.</b>	<b>Macková, E.:</b> Reflexní ovlivnění svalového napětí	<b>38</b>
<b>16.</b>	<b>Matějčíková, E.:</b> Atypické polykání	<b>39</b>
<b>17.</b>	<b>Matochová, J.:</b> Snoezelen a jeho využití v ergoterapii	<b>41</b>
<b>18.</b>	<b>Marošová, Z.:</b> Ergoterapie a léčebná pedagogika	<b>43</b>
<b>19.</b>	<b>Pulkertová, J.:</b> Význam ergoterapie v rehabilitaci starších osob	<b>49</b>
<b>20.</b>	<b>Rodová, Z.:</b> Staré versus současné paradigma. Kde se nachází ergoterapie v ČR?	<b>50</b>
<b>21.</b>	<b>Vavrochová, M.:</b> Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii. Kasuistika	<b>52</b>
<b>22.</b>	<b>Vodičková, R.:</b> Metoda M. JOHNSTONE -VZDUCHOVÉ DLAHY a jejich využití v ergoterapii	<b>54</b>
<b>23.</b>	<b>Votava, J.:</b> Vliv mezinárodních kontaktů na rozvoj ergoterapie u nás v průběhu posledních dvaceti let (rekapitulace na základě vlastních vzpomínek)	<b>56</b>

**Název příspěvku:** ZDRAVÉ N-EMOCE aneb emoční inteligence v praxi

**Autoři:** Jiří Beníšek, Gabriela Chvátalová

**Pracoviště:** Veva CZ, s.r.o.

**Kontakt:** www.veva.cz, benisek@veva.cz, chvatalova@veva.cz

Emoční inteligence a zdravotnictví mají mnoho společného. Mnoho již bylo napsáno o emoční inteligenci, mnoho slov bylo vyřčeno o tomto fenoménu naší doby, o němž se začíná stále více hovořit jako o klíčovém faktoru ovlivňujícím míru naší úspěšnosti a profesionality. Naším cílem je provést Vás pochopením a uměním jak vnést inteligenci do Vašich emocí.

Všechny emoce jsou ve své podstatě popudy k jednání, okamžité pokyny pro zvládnání životních situací. Každý cit má v našem emočním repertoáru nenahraditelnou úlohu, např. hněv, zlost, strach, radost. Tyto vrozené sklony k jednání se dále formují našimi životními zkušenostmi, kulturou, prostředím. Pokud se člověk nevyzná ve svých pocitech, vnitřních motivech a potřebách, či je jen potlačuje, tak v sobě dává prostor pro růst vnitřní nespokojenosti a nenaplněnosti, což zásadním způsobem ovlivňuje nejen jeho psychickou pohodu a jeho zdraví, ale veškeré partnerské vztahy a v důsledku i všechny jeho pracovní aktivity.

V dnešní době rychlého rozvoje, rychlých rozhodnutí, rychlých služeb, rychlých vztahů ... , kde stále roste počet situací a podnětů, které bombardují naši psychiku a testují naši emoční stabilitu, se stává soustavná práce na vlastním sebepoznání nutností a projevem naší inteligence.

Psycholog a novinář Daniel Goleman je známý zejména díky své publikaci z roku 1995 - Emotional Intelligence, která populární formou shrnula závěry psychologických výzkumů: úspěch v životě a práci závisí spíše na emoční inteligenci, než na IQ či technologických znalostech a dovednostech.

Emoční inteligence je souhrn emočních dovedností, které nám pomáhají dosáhnout toho, co chceme. V pracovním prostředí zažívat naplnění, optimální realizaci svých schopností a dovedností. Zjednodušeně lze říci, že inteligence v tradičním pojetí nám pomáhá při řešení problémů a emoční inteligence nám pomáhá zaujmout vnitřní postoj k situaci, vyrovnat se s ní adaptivním způsobem. Tento postoj se následně odráží i při řešení různých problémů v mezilidských vztazích tj. při komunikaci s kolegy či pacienty, při snaze pochopit jejich chování a vnitřní motivy jednání, efektivně komunikovat a úspěšně jednat. Dispozice k řešení situace je téměř vždy na úrovni emoční zralosti, tj. ve zvládnání svých emocí, důsledek je pak projevem našeho chování a reakcí na vnější situace. Dobrou zprávou pro všechny je, že aktuální výši emoční inteligence lze během života zvyšovat.

Emoční a sociální rozvoj osobnosti – pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách  
V rámci vzdělávacího procesu či přípravy na výkon profese se většinou soustředíme na zvládnutí techniky a dovedností, na informace, poznání, či na získání zkušeností. Neřeší se zde ale důležitá otázka kompetentnosti a kvality schopností jako jsou: schopnost sebe-reflexe, sebe-motivace, schopnost týmové práce, otevřená komunikace, spolupráce, naslouchání a vyjádření svého názoru – to vše jsou základy

emoční a sociální inteligence. Destruktivně může naopak na pracovišti působit kterákoliv varianta z mnoha defektů emoční inteligence, aniž by si toho všiml kdokoliv, koho se to bezprostředně netýká. Právě proto jsme se rozhodli vytvořit a nabídnout seminář „Zdravé N-EMOCE“ speciálně na míru pro pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách.

Obsahová náplň semináře Zdravé N-EMOCE, vychází jak ukazuje praxe, z potřeb zdravotnické veřejnosti, kterou dané téma oslovuje především v souvislosti s požadovanými změnami klimatu ve zdravotnictví.

Problematika emoční a sociální inteligence, je přijímána zdravotnickým personálem jednoznačně kladně, jak vyplývá ze zpětných dotazníků z již uskutečněných (pilotních a předpilotních) seminářů a přednášek, které proběhly v tomto roce v rámci projektu Lektor emočních a sociálních kompetencí - LESK pro sociální a zdravotní sféru.

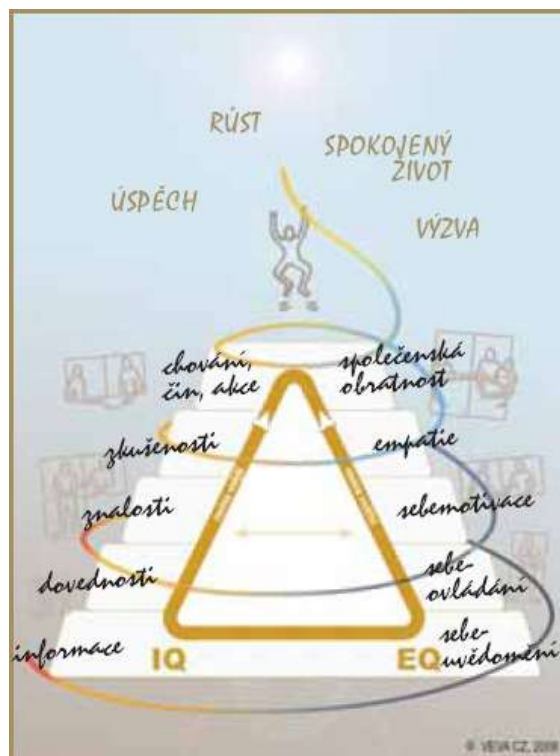
Tématická náplň semináře respektuje stávající i připravované dokumenty MZ ČR, které se týkají vzdělávání na všech typech zdravotnických zařízení. (Souhlasné stanovisko OS ZSP ČR k započítání akce do kreditního systému podle vyhlášky č.423/2004 Sb., č. JO 0546/08, 2 kredity).

Obr.1: Kompetenční model

Cílem je osobnostně a sociálně orientované vzdělávání, které reaguje na potřeby a specifika zdravotnického personálu, pomáhá každému utvářet a rozvíjet klíčové kompetence pro profesní život.

Záměrem semináře je také formou přednášek, krátkých workshopů a následných diskusí dovést účastníky k pochopení základních principů emoční inteligence, chování vlastního i těch druhých. Ukazuje příčiny konfliktů, vznik strachu, zlosti a agrese. Poskytuje přehled o návycích naplňování potřeb, přehled o fungování terénu emocí a současně nabízí postupy, jak se rychleji vyrovnat se svou i cizí zlostí, hněvem i agresivitou, která může být ventilovaná nebo pasivní, tj. uzavřená a destruktivní. Seminář otevírá prostor pro vnímání a vyjadřování Vašich emocí zralým a konstruktivním způsobem. Tzn. vytvářet emoční dovednosti pro pozitivní motivaci, zvládnání agresivity a rozvoj komunikace, kooperace, sebedůvěry zvýšením porozumění zdravotnického personálu v oblasti emocí a chování ve vztahu zaměstnanci/kolegové – pacienti – lékaři – rodinní příslušníci aj. Zaměřuje se na podporu zdravotnické obce a na předání penza technik ke zvýšení vlivu na vnitřní i vnější prostředí.

Seminář je hodnotný především proto, že vychází z praktického života, a pro praxi je určen! Jde o to, naučit se emoce vnímat jako energetický zdroj, se kterým se můžete



naučit pracovat tedy vyjádřit je tak, aby to bylo přínosem pro vás i vaše okolí. Protože pokud jdeme do boje, výsledkem jsou zranění, únava, nemoci, vyhoření a beznaděj. Mnoho dospělých si neosvojilo dovednosti sebekontroly a nejsou emočně zralí, proto mají velké potíže jak v práci tak i v osobní rovině. Obyčejně se nejvíce brání práci na sobě a vzdělání v oblasti osobního rozvoje a odvolávají se na svoji předmětovou odbornost.

Komu je seminář určen?

Pracovníkům v nelékařských profesích, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty (všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, rad.asistent, zdrav.-sociální pracovník, klinický psycholog, fyzioterapeut, zdravotnický záchranář)

Odborným garantem a spolupracovníkem je vzdělávací společnost VEVA CZ s.r.o., která pořádá semináře pro veřejnost, firmy i speciální semináře pro rodiče, managery a ředitele a učitele.

### **Literatura**

Goleman, D.: Emoční inteligence, Columbus, 1997

Goleman, D.: Práce s emoční inteligencí, Columbus, 1999

Goleman, T.B.: Emoční alchymie, Columbus

Campbell, R.: Nechte mě být, Návrat, 1998

Křivohlavý, J.: Jak přežít zlost, vztek, agresí, Grada, 2004

Poněšický, J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, Triton, 2001



**Název příspěvku:** Hodnocení pracovního potenciálu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.  
**Autor:** Mgr. Monika Brunclíková  
**Pracoviště:** Pardubická krajská nemocnice, a.s.  
**Kontakt:** monikabrunclikova@seznam.cz

Člověk po prodělané nemoci či úrazu prochází několika fázemi, které do sebe plynule přecházejí. Po zvládnutí akutního stavu prostředky medicíny nastupuje léčebná rehabilitace včetně předpracovní rehabilitace, jejímž cílem je dosažení maximálního možného zlepšení zdravotního stavu. To může být úplná úzdrava nebo dosažení určitého funkčního limitu, nad nějž již podle poznatků lékařské vědy nelze jít. V rámci léčebné rehabilitace má předpracovní rehabilitace za cíl udržet po celou dobu práce neschopnosti u klienta perspektivu jeho návratu do pracovního procesu. K tomu používá nejrůznějších prostředků, mezi něž patří ergoterapie, kontakt se zaměstnavatelem, ergodiagnostika včetně pomoci najít klientovi schopnosti použitelné pro práci. Na to může navazovat pracovní rehabilitace s cílem tyto zachovalé schopnosti pro práci použít. Teprve jsou-li všechny tyto prostředky vyčerpány, lze uvažovat o alokaci sociálních dávek.

V tomto procesu vstupuje diagnostika pracovních schopností do hry na několika místech: již ve fázi léčby, neboť člověk musí znát své možnosti, dále ve fázi pracovní rehabilitace při hledání vhodného uplatnění na původní či jiné profesi a dále před rekvalifikací. Složky diagnostiky pracovního potenciálu jsou tedy zdravotní (omezení X doporučení), profesní (původní obor, příbuzné obory, sklony, zájmy,..) a dále sem patří aktivita (ambice, průbojnost klienta) a na druhé straně pasivita (odevzdanost klienta). K diagnostice pracovních schopností patří i obavy klienta - ze ztráty statusu osoby se zdravotním postižením, ze ztráty invalidního důchodu, neochota ke změně, převzít za svůj stav a situaci odpovědnost, ale i obava z testování a vyšetřování obecně.

V Pardubické krajské nemocnici, a.s. se provádí vyšetření fyzických funkčních schopností dle Američanky Susan J. Isernhagen - Isernhagen Work Systems (IWS). Principem je vyšetření pracovních schopností člověka v činnostech, které autorka se spolupracovníky stanovila jako nejčastěji se vyskytující elementy fyzické práce (zvedání, stoj, chůze atd.). IWS je postaven na principu kinesiofyzickém. Ten spočívá v hodnocení výkonu klienta v předepsaných úkolech školeným pozorovatelem. Dalším principem je bezpečnost klienta po celou dobu testování, bezpečný limit frekvence a pulzu. Test se skládá z 29 úloh, které jsou rozděleny do dvou dnů v určeném pořadí. Pořadí jednotlivých testů by se mělo dodržet. Dle dosažených výsledků se zpracovává závěrečná zpráva, která se projednává s klientem.

Mimo IWS se dále používají finančně a časově jednodušší testy a to: modelové činnosti, test funkční motoriky ruky - Jebsen-Taylor, standardizovaný test jemné motoriky - Purdue Pegboard, hodnocení síly stisku dynamometrem, hodnocení bolesti, soběstačnosti a kognitivních funkcí.

Důležitá je včasnost, komplexnost a aktivní přístup klienta. Častá je situace, kdy klient je v dlouhodobé pracovní neschopnosti, zvykne si na život bez zaměstnání,

ztrácí část pracovních návyků a dovedností, pro návrat k fyzické práci nemá mnohdy fyzickou kondici.

**Literatura:**

1. PFEIFFER,J. Ergoterapie. Základní informace o oboru pro všechny pracovníky rehabilitace. 1.vyd. Praha: Rehalb o.p.s., 2001. 77s.
2. VÁVRA,A. et al. Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2005. 46s.
3. VOTAVA,J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207s. ISBN 80-246-0708-5.
4. Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
5. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění.

**Název příspěvku:** Strukturované učení TEACCH u dětí s autismem  
**Autor:** Bc. Petra Břicháčková  
**Pracoviště:** Městská nemocnice následné péče, Praha 9 - Vysočany  
**Kontakt:** petrabrighackova@seznam.cz

V dnešní době existuje velká škála teorií, metod, rozdílných terapií a přístupů k lidem s poruchou autistického spektra, ale často se zdá, že chybí propojenost s praxí. Rodiče dětí s autismem se tak ocitají v situaci, kdy jsou přinejmenším zmateni, a tak zkouší cokoli, jen aby svému dítěti pomohli. Bludiště diametrálně odlišných terapií, kde v jedné je akceptován určitý přístup a v jiné přístup protichůdný, dokazuje, kolik toho ještě o autismu nevíme.

Teorie, kterou uvádím v tomto příspěvku, má jak vědecký základ, tak své místo v praxi. Zastánci programu TEACCH netvrdí, že autismus vyléčí, ale místo toho uvádí, že hlavním cílem je pomoci dětem maximalizovat jejich autonomii skrze zvětšené komunikační dovednosti, sociální uvědomění a nezávislé schopnosti rozhodování (srovnej [www.asatonline.org](http://www.asatonline.org)). V České republice využíváme metodiku tohoto programu a mluvíme pak o tzv. strukturovaném učení TEACCH.

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, která vzniká na neurobiologickém podkladě. Toto onemocnění je charakterizováno tzv. triádou problémových oblastí, kam řadíme především potíže v sociálním chování, komunikaci a představitosti. Důsledkem poruch v těchto oblastech je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. V souvislosti s autismem se někdy také hovoří o formě jakési „vnitřní slepoty“, která okolní svět mění v chaos a ztěžuje tak orientaci v prostoru, čase i událostech.

Jednou z možností jak usnadnit dětem s autismem orientaci v okolním prostředí je využití strukturovaného učení TEACCH. Pomocí strukturovaného učení TEACCH zajistíme těmto dětem podmínky, ve kterých se mohou samy organizovat, mohou předvídat a reagovat adekvátním způsobem. Vzhledem k deficitu ve schopnosti organizovat, porozumět a ovládat své chování je strukturování základním předpokladem toho, aby se mohly děti s poruchou autistického spektra i přes svůj handicap vyvíjet a následně tak zapojit do společnosti.

Podobně jako program TEACCH, který pracuje se strukturou činností (např. procesuální schéma – zobrazuje jednotlivé kroky činnosti), využívá i ergoterapie struktury, resp. analýzy jednotlivých činností. Analýza činnosti rozebírá jednotlivé kroky aktivity tak, jak po sobě následují a je bezpochybně nezbytnou součástí ergoterapeutické intervence. Program TEACCH pak dává těmto krokům činnosti vizuální podobu.

V případě autismu se musíme smířit s tím, že se jedná o poruchu trvalou, kterou nelze zatím, byť přes veškeré snahy široké řady odborníků, léčit ani jí nijak předcházet. Na druhé straně je potřeba vědět, že jsou již známé metodiky, které pomáhají obtíže autismu zmírnit a využít tak zbylých schopností těchto dětí. Cílem strukturovaného učení je tedy rozvinutí všech potencionálních schopností, zajištění co

nejvyšší možné aktivní účasti na provádění jednotlivých denních činností (ADL) – tedy zvýšení nezávislosti a následně kvality života nejen samotných dětí s autismem, ale i jejich rodin.

Zdá se, že přístupy a cíle ergoterapeutů a zastánců strukturovaného učení TEACCH se shodují. Domnívám se tedy, že vzájemnou kombinací ergoterapie s metodikami programu TEACCH můžeme dosáhnout velmi vysoké efektivity v praxi s autistickými dětmi. Právě zde vidím možnost rozšíření ergoterapie o další pole působnosti a možnost dalšího vývoje programu TEACCH díky dosaženým výsledkům z oblasti ergoterapie.

### **Literatura:**

GILLBERG, CH. Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. 1.vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-201-7.

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (eds.) Dětský autismus. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B. Autistické chování. Praha: Portál, 1977. ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSINGOVÁ, M. Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.

THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

### **Internetové zdroje:**

HÄUSSLER, A. Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH – Ansatzes. Dostupné na: <http://www.autismus-in-berlin.de/Teacch-AnneHaeussler.pdf> (29.9.2008)

TREHIN, P. Some Basic Information about TEACCH. Dostupné na: [http://www.asatonline.org/about\\_autism/autism\\_info14.HTML](http://www.asatonline.org/about_autism/autism_info14.HTML) (8.1.2007)

**Název příspěvku:** Sonda do procesu identifikace českých ergoterapeutů s vlastní profesí  
**Autor:** Mgr. Bc. Marie Bubalová  
**Pracoviště:** Komplexní domácí péče Ezra  
**Kontakt:** ergo.ezra@email.cz, mare.bub@email.cz

Ergoterapie je v našich podmínkách stále chápána jako nová, dynamicky se rozvíjející profese. Její význam a poslání jsou opředeny mýty a předsudky a bývají desinterpretovány. Skladba českých ergoterapeutů je poměrně homogenní, zvláště hovoříme-li o profesních zkušenostech. Nedostatek ergoterapeutů-expertů ještě umocňuje fakt, že ergoterapeuti působí v praxi převážně samostatně, nikoli v týmech. Každodenní učení od „starších“ kolegů či spolupráce se supervizorem též profese není rozhodně v našich podmínkách něčím obvyklým. A navíc, nejen u nás, ale i ve světě, se ergoterapeuté stále potýkají s problémem jednotné základní terminologie a s otázkou definování ergoterapie samotné. Z uvedeného vyplývá, že profesní role ergoterapeuta je rolí, se kterou nemusí být snadné se identifikovat. V rámci bakalářské práce na 1.LF UK byla realizována sonda do problematiky identifikace s profesní rolí ergoterapeuta mapující situaci v České republice.

Cílem výzkumu bylo nastínit, jak ergoterapeuti vnímají svoji profesní roli a jak u nich dochází k osvojování si této role. Výzkum byl zaměřen na to, jak sami ergoterapeuti v praxi popisují, co podle nich ovlivňuje či jim samotným usnadňuje identifikovat se s rolí ergoterapeuta.

Pro účely výzkumu byla použita kvalitativní metodologie, jako technika sběru dat interview, konkrétně ve formě semistrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli vybráni na podkladě účelového výzkumu dle předem stanovených kritérií (dosažené vzdělání, oblast a délka praxe, místní dostupnost). Sonda byla realizována v Praze na přelomu let 2006 a 2007 a její závěry prezentují názory celkem šesti respondentů vyššího či vysokoškolského vzdělání, s různým praktickým zaměřením a rozpětím ergoterapeutické praxe mezi 4 a 7 roky.

Výstupy z výzkumu byly na základě analýzy rozhovorů rozděleny do třech oblastí. První oblast sleduje význam profesní role, tedy co pro české ergoterapeuty znamená „bytí ergoterapeutem“. Druhá se zaměřuje na osobní zkušenost respondentů s procesem identifikace s profesní rolí. Třetí potom představuje pohled ergoterapeutů z praxe na současné postavení ergoterapie v České republice.

Významnými faktory ovlivňujícími identifikaci s profesní rolí se ukázaly být mimo jiné zpětná vazba a reflexe z okolí, vzdělávání v nejširším smyslu slova, sdílení zkušeností, následování vzorů a možnost supervize. Výzkum naznačil, že i přes překážky, které identifikaci s profesní rolí často právě profese sama a priori klade, je pohled samotných českých ergoterapeutů v praxi na profesi, jakožto i vztah k profesi, pozitivní a optimistický. Hrdost vyjadřovaná ve vztahu k vlastní profesi a uspokojení z práce, o kterém ergoterapeuti hovořili, by se, pokud by vedly k aktivitě směřující k rozvoji profese, mohly jevit jako příslib do budoucna. Jako podstatné negativum české ergoterapie se možná poněkud paradoxně vyjevila pasivita samotných ergoterapeutů.

Z výsledků výzkumu byly vyvozeny konkrétní aktivity, které by mohly přispět k rozvoji profese, a tím i nepřímo usnadnit proces identifikace s profesní rolí budoucím kolegům. Jedná se o samostudium, vytváření a pořádání kurzů, aktivní účast na konferencích, vzájemná spolupráce a sdílení zkušeností, navazování a udržování kontaktů se zahraničím, propagace profese a iniciace vzniku periodika.

**Použitá literatura:**

- Alsop, A., Ryan, S. ( 1996). Making the most of fieldwork education – a practical approach. London: Chapman and Hall
- Creek, J, Kloty, I., Cook, S. & Munday, CH. (2005). Valuing occupational therapy as a komplex intervention. BJOT, 68 (6), 281-284
- Creek, J. (1998). Occupational therapy new perspectives. London: Whurr Publishers Ltd.
- Disman, M. (1993). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum
- Hagedorn, R. (1997) Foundation for practice in occupational therapy. New York: Churchill Livingstone Medical Division of Pearson Profesional Limited
- Hinojosa, J. (2003) Therapist or scientist – How do these roles differ? AJOT, 57 (2), 225-226
- Mountain, G. (2001) United we stand; Divided we fall! BJOT, 64 (3), 153-154
- Turner, A., Foster, M., Johnson, S. E.(2002) Occupational therapy and physical dysfunction – principles, skills and practice. 5. vyd. London: Churchille Livingstone

**Název příspěvku:** Projekt „Žít naplno“ – ergodiagnostika a zaměstnávání tělesně postižených občanů

**Autor:** Bc. Tereza Černá

**Kontakt:** RK Malvazinky, Terka.cerna@seznam.cz

Ve svém referátu bych chtěla seznámit s náplní projektu „Žít naplno“, který byl zaměřen na integraci tělesně postižených občanů do společnosti a na trh práce. Blíže bych ráda popsala svou působnost v roli ergoterapeutky projektu a podělila se tak o své zkušenosti v oblasti předpracovní rehabilitace.

Cíle celého projektu byly:

- Motivace tělesně postižených k aktivnímu přístupu na trh práce
- Zvýšení kvalifikace tělesně postižených
- Vyhledávání, informování a osvěta potenciálních zaměstnavatelů
- Vytvoření databáze potenciálních zaměstnavatelů a databáze uchazečů o práci z řad tělesně postižených
- Navázání kontaktů mezi zaměstnavateli a tělesně postiženými uchazeči o zaměstnání

Aktivity projektu se pak dají shrnout takto:

- 1) Motivace a osvěta zdravotně postižených občanů
- 2) Práce se zaměstnavateli
- 3) Vzdělávání klientů
- 4) Poradenská činnost a klientská databáze
- 5) Předpracovní rehabilitace
- 6) Řízení a koordinace projektu

Jakožto ergoterapeutka jsem byla členem multidisciplinárního týmu, jehož úkolem byla tvorba klientské databáze. Po vstupním pohovoru se sociální pracovníci a s lékařkou každý klient absolvoval diskusi a testování s psychologem a prošel testováním ergoterapeutem a fyzioterapeutem zaměřeným na ergodiagnostiku. Výstupem celého procesu pak byla zpráva obsahující odborné informace o schopnostech konkrétního klienta, doplněná doporučením na okruh zaměstnání, která pro konkrétního člověka připadají v úvahu, či doporučení na zaměření dalšího vzdělávání. Hlavním cílem mého příspěvku je předat některé zkušenosti z tvorby testování, z provádění testovací činnosti a ze způsobu spolupráce s ostatními členy týmu.

Na celém projektu si velice cením atmosféry individuálního přístupu ke klientům, kteří nebyli nuceni plnit obecně stanovené cíle a mohli si tak z projektu odnést to, co sami chtěli a co bylo pro ně důležité. Ukázalo se, že také ergodiagnostické výstupy mohou mít pro klienty různý význam, ať už je to přímo možnost nalezení vhodného zaměstnání nebo určité nasměrování v dalším postupu v předpracovní rehabilitaci a pomoc při nalezení jejich silných stránek v souvislosti s pracovním zařazením.



# Sherborne Developmental Movement

Filip Dejonckheere

Lic Pedagogical and Psychological Sciences, Lecturer Occupational Therapy, University College  
Arteveldehogeschool, Gent - Belgium.



*"Movement experiences are fundamental to the development of all children but are particularly important to children with special needs who often have difficulty in relating to their own bodies and to other people."*

Veronica Sherborne, 1990

The presentation is an introduction of the Sherborne Developmental Movement approach. It gives an overview of the basic principles and the theoretical framework behind this interdisciplinary approach. The presentation is illustrated with video's and photo's of applications with different groups of clients, particular to children with special needs. Special attention goes to the recent research on the evidence of the SDM.

## What is Sherborne Developmental Movement?

This approach is based on the philosophy and theory of human movement created by Rudolf Laban (pioneer and founder of Modern European movement analysis). It was devised by Veronica Sherborne over a period of 30 years, initially in her work with children with severe learning difficulties, but has now been extended to people of all ages and with all types of special needs.

Movement experiences are fundamental to the development of all human beings, but are particularly important to people with special needs. The input or 'feeding in' of movement experiences has to be more concentrated and more continuous for people who are challenged in special ways to realize their full potential.

This method places great importance on the equal development of both physical abilities and positive relationships with others through shared experiences. ([www.sherborne-association.org.uk](http://www.sherborne-association.org.uk))

*"Movement has a quality and it is not its utilitarian or visible aspect, but its feel. One must do movements just as one has to hear sounds, in order to appreciate their full power and their full meaning."*

**'Effort' - Rudolf Laban and F.C. Lawrence (1974)**



### Information about the method of Veronica Sherborne

*"Through my experience of teaching and observing human movement, and of learning through trial and error, I have come to the conclusion that all children have two basic needs; they need to feel at home in their own bodies and so to gain mastery, and they need to be able to form relationships."*

**Veronica Sherborne (1990)**

The development of trust, believe in ourselves and others, and creative self expression are fundamental themes throughout this type of movement.

There are two basic objectives:

#### **Awareness of Self**

This is gained through movement experiences that help the person concentrate so that he becomes aware of what is happening to his body, "listening" via touch and by feeling of inner physical sensations rather than by our usual looking and thinking. This helps lessen self-criticism and allows people to grow in terms of self-esteem and confidence both at a physical and emotional level.

#### **Awareness of Others**

The next step is to begin to learn to move around and interact with others in ways that encourage the further development of trust and the building of positive relationships. These movement experiences enable the person to be appropriately supported while being encouraged to explore their unique creativity through shared movement activities.

*"Through my experience of teaching and observing human movement, and of learning through trial and error, I have come to the conclusion that all children have two basic needs; they need to feel at home in their own bodies and so to gain mastery, and they need to be able to form relationships."*

**Veronica Sherborne (1990)**

**Název příspěvku:** Sherborne Developmental Movement: an interdisciplinary approach on the use of movement for children with special needs (Metoda vývojové pohybové teorie dle V. Sherborne: interdisciplinární přístup využívající pohybových aktivit u dětí se speciálními potřebami)

**Autor:** Filip Dejonckheere

**Pracoviště:** Lic Pedagogical and Psychological Sciences, Lecturer Occupational Therapy, University College Arteveldehogeschool, Gent – Belgie

Český překlad abstraktu:

„Pohybové zkušenosti jsou základem pro vývoj všech dětí, ale jsou zvláště důležité pro děti se speciálními potřebami, kteří mají často obtíže související s jejich vlastním tělem a s kontaktem s ostatními lidmi.“

**Verona Sherborne, 1990**

Příspěvek je představením Metody vývojové pohybové teorie dle V. Sherborne. Poskytuje přehled o základních principech a teoretických rámcích, z kterých tento interdisciplinární přístup vychází. Prezentace je doplněna o videozáznamy a fotodokumentaci aplikace metody u různých skupin klientů, se zvláštním důrazem na děti se speciálními potřebami. Zvláštní pozornost je věnována současnému výzkumu této metody.

### **Co je Metoda vývojové pohybové teorie dle V. Sherborne?**

Tento přístup je založen na filosofii a teorii lidského pohybu, kterou vytvořil Rudolf Laban (průkopník a zakladatel Moderní Evropské pohybové analýzy). Byla navržena Veronikou Sherborne, která ji propracovávala více než 30 let, v počátcích především při práci s dětmi s těžkým mentálním postižením, ale nyní je používána u osob všech věkových skupin a s různým typem potřeb.

Pohybové zkušenosti jsou základem pro vývoj všech lidí, ale jsou zvláště důležité pro osoby se speciálními potřebami. Tato metoda klade velký důraz na rovnoměrný vývoj fyzických schopností a pozitivní vztah s ostatními prostřednictvím sdílení zkušeností ([www.sherborne-association.org.uk](http://www.sherborne-association.org.uk)).

„Pohyb má svou kvalitu a tou není jen praktický či viditelný aspekt, ale je jím pocit. Osoba musí dělat pohyb, jako je potřeba slyšet zvuky, abychom mohli ocenit jejich plnou sílu a jejich celý smysl.“

**'Effort' - Rudolf Laban and F.C. Lawrence (1974)**

### **Informace o metodě Veronica Sherborne**

Vytvoření důvěry, víry v sebe a ostatní, kreativní sebevyjádření jsou základními tématy ve všech typech pohybu. Existují dva základní cíle:

### **Uvědomování si sebe sama**

Toho se dosahuje prostřednictvím pohybové zkušenosti, která pomáhá osobě koncentrovat se a tak si uvědomit, co se odehrává v jejím těle; "nasloucháním" přes dotyk a vnímání vnitřního fyzického pocitu, raději než naším obvyklým pozorováním a přemýšlením. To pomáhá snižovat sebekritiku a umožňuje lidem rozvíjet si sebeúctu a sebedůvěru v rovině fyzické i emoční.

### **Uvědomování si ostatních**

Dalším krokem je začít se učit pohybovat se a reagovat na ostatní způsobem, který povzbuzuje další rozvoj důvěry a vytváření pozitivních vztahů. Tyto pohybové zkušenosti umožňují lidem být vhodně podporováni a zároveň povzbuzováni objevovat jejich jedinečnou kreativitu prostřednictvím sdílení pohybových aktivit.

„Díky své zkušenosti z výuky a pozorování lidských pohybů a učení se z pokusů a omylů, jsem došla k závěru, že všechny děti mají dvě základní potřeby: potřebují se cítit jako doma ve svém těle a umět ho ovládat a potřebují být schopni navazovat vztahy.“

**Veronica Sherborne (1990)**

**Název příspěvku:** Šlachový transfer- prostředek ke zlepšení kvality života tetraplegiků  
**Autoři:** Zdeňka Faltýnková, Bc. Veronika Lidáková  
**Pracoviště:** Centrum Paraple, Praha

V České republice je v současnosti dobře fungující systém akutního a subakutního ošetření po spinálních traumatech prostřednictvím čtyř spinálních jednotek a následnou několikaměsíční péčí v rehabilitačních ústavech. Již čtyři roky je nabízena zvláště tetraplegikům další forma rehabilitace, a to rehabilitace chirurgická. Ta spočívá v operačním zákroku na šlachách horních končetin s cílem zlepšení funkce.

Optimální pohyb horní končetiny je za normálních okolností závislý v návaznosti na vlastní úchopovou funkci ruky nejen na kvalitě funkce muskulatury paže a ramenního pletence, ale i trupu a dolních končetin. Svalstvo trupu, pánve a dolních končetin zajišťuje antigravitační aktivitu (posturální úpravy) těla v různých polohách, umožňující pohyb horních končetin.

Výška a rozsah míšní léze v krčním segmentu způsobí poruchu až ztrátu volní motoriky končetin a trupu, poruchu až ztrátu cití všech kvalit od úrovně léze a poruchu vegetativní regulace. Důsledkem je špatná balance, stabilita i stabilizace pohybových segmentů. Funkční deficit horních končetin má vliv na kvalitu opor a úchopů, na vykonávání ADL. Je nutné tudíž hledat nové posturální strategie vedoucí k maximálnímu využití funkčního potenciálu horních končetin tetraplegika.

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 extensor 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 abdukce a extenze palce a při aktivní extenzi zápěstí se prsty pasivně přimknou k dlani a palec k ukazováku. U tetraplegiků s lézí C5 je pak možný pasivní funkční úchop. Podmínkou pro praktické využití aktivní i pasivní formy funkčního úchopu jsou aktivně zvládnuté užitkové rozsahy v ramenních kloubech. V praxi je nezbytnou podmínkou optimální nastavení 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 klienta po poškození míchy dodržovat určitá opatření, spočívající především v pravidelném cvičení a polohování celé horní končetiny včetně vlastní ruky s cílem funkčního úchopu. 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. Šlachový transfer znamená chirurgickou transpozici šlachy svalu funkčního na 4-5° ST do šlachy svalu paretického. Transfery mohou zlepšit soběstačnost v ADL až u 80% tetraplegiků, zlepšit jejich funkční kapacitu a posturu. Výše uvedená problematika je zpracována v Doporučených postupech Praplegiologického fóra, vydaných Svazem paraplegiků.

Výsledky spolupráce operátora prim. MUDr. Igora Čižmáře, Ph.D. z FN Olomouc s Centrem Paraple ukazují významné zlepšení válcového a laterálního úchopu a extenze loketního kloubu u našich klientů. Z praktických zkušeností navíc vyplývá, že transfery mohou zlepšit postavení ramenního kloubu, stabilizaci lopatky a eliminovat bolest zapříčiněnou decentrací ramen v důsledku vynucených substitucí. Rehabilitační péče je dlouhodobá a na našem pracovišti jsou průběžně sledovány výsledky jak funkční, tak kosmetické.

Přednáška bude doplněna vyhodnocením Dotazníku subjektivního hodnocení míry spokojenosti s výsledky operace a následné rehabilitace klienty, kteří absolvovali rehabilitaci v Centru Paraple. Tomuto dotazníku předcházela pilotní studie.

**Název příspěvku:** Ergoterapie v Denním centru Domova Sue Ryder  
**Autor:** Bc. Kateřina Grušová  
**Pracoviště:** Denní centrum domova Sue Ryder

### **ÚVOD:**

Domov Sue Ryder – krátké seznámení se službami domova

Domov Sue Ryder, o. p. s. nabízí svým klientům - seniorům laskavé a klidné prostředí, ve kterém jim poskytuje komplexní ošetrovatelskou a sociální péči. Péče respektuje jedinečnost každého klienta a napomáhá ke kvalitně prožitému závěru života.

Domov dále seniorům poskytuje pobyty v denním stacionáři, osobní asistenci přímo v místě bydliště klienta a také sociálně – právní poradenství pro seniory i širokou veřejnost. Potřebným seniorům slouží také půjčovna kompenzačních pomůcek. Odborná ošetrovatelská péče, nácvik soběstačnosti a vhodná rehabilitace pomáhají klientům strávit zbytek života aktivně a co nejkvalitněji. V mnohých případech umožní návrat seniorů do domácího prostředí. (1)

Denní centrum Domova Sue Ryder, o.p.s. poskytuje ambulantní sociální služby typu Denního stacionáře.

Hlavním cílem Denního centra je poskytnout pomoc rodinám, které nemohou přes den pečovat o svého rodinného příslušníka. Díky této pomoci mohou klienti zůstat ve svém přirozeném prostředí. Klienti jsou tak zařazováni do sociálního a kulturního prostředí, které s nimi neustále komunikuje. Klienti se mohou aktivně projevovat, být mezi svými vrstevníky a díky aktivitám se stále cítit potřebnými. Daří se tak odpoutávat pozornost klientů od nepříznivého vlivu onemocnění, udržovat duševní pohodu a co nejdéle udržet a rozvíjet soběstačnost v běžných denních činnostech. (2)

### **HLAVNÍ ČÁST:**

Aktivizační program Denního centra z pohledu ergoterapeuta

Denní centrum nabízí kondiční ergoterapii prostřednictvím aktivizačních činností:

Výtvarné techniky a keramika - Procvičuje se hlavně funkce ruky (svalová síla, motorika – jemná a hrubá), je stimulován hmat, koordinace oko – ruka. Podporuje se i koncentrace pozornosti. Dále tyto aktivity mohou rozvíjet estetické cítění a možnost se neverbálně vyjádřit, prostřednictvím tvarů a barev.

Trénování paměti - Tento program je zaměřen na trénink krátkodobé i dlouhodobé paměti, na proces vybavnosti slov, myšlení a expresivní funkce, na udržení koncentrace pozornosti. Dále na sensorickou stimulaci, podporu vzájemné komunikace a začlenění do skupiny a celkovou kognitivní aktivizaci. Cílem tréninků paměti je zpomalení procesu stárnutí a co nejdéle zachování stávajících funkcí. Téma programu je vybíráno tak, aby bylo pro každého něčím přínosné.

Pečení - Tato aktivita vychází ze životních zkušeností a obsahuje činnosti, které mnoho lidí ze svého života dobře zná. Aktivuje se tak dlouhodobá paměť, která bývá

zachována déle než krátkodobá. Kromě toho se trénují kognitivní funkce (tj. koncentrace pozornosti, paměť, proces výbavnosti slov, myšlení + logické myšlení, vyjadřování, řeč, schopnost organizace činnosti a sledu jednotlivých úkolů....) a motorické funkce (tj. rozsahy pohybů, svalová síla, úchop, obratnost a zručnost = jemná motorika)

Kavárna - Cílem tohoto programu je sensorická stimulace prostřednictvím hudby, zpěvu, ale také vůní a chutí moučníků a kávy. Dále společenská aktivizace, zapojení do života v Domově, změna prostředí, zlepšení psychického stavu.

Kulturní odpoledne - Jedná se spíše o pasivnější, ale společenskou aktivizaci. Na programu nejčastěji bývá promítání filmů různých žánrů (pro pamětníky, filmy z 60 – 90 let, o přírodě aj). Další náplní kulturního odpoledne jsou různá divadelní představení, koncerty nebo jiné společenské akce. Cílem je příjemné vyplnění volného času, společenská aktivizace a změna prostředí, příležitost ke kontaktu s okolím.

Práce s knihou - Náplní je čtení, předčítání, rozbor četby, poezie, knihy, diskuze a jiné činnosti související s knihou. Konkrétní náplň tohoto programu vybíráme dle možností a zdravotního stavu zúčastněných klientů.

Úterní klub – Tato aktivita je velmi specifická, zaměřuje se na klienty se střední až těžší formou demence. Cílem aktivity je rozvoj komunikačních schopností klientů, rozvoj kognitivních funkcí. Společenská aktivizace klientů. Zlepšování fyzické, ale převážně psychické kondice. Při této aktivitě se využívají prvky muzikoterapie, taneční terapie, zooterapie, dotekové terapie, bazální stimulace, aromaterapie. Aktivita probíhá v malé skupince klientů, ale s co nejindividuálnějším přístupem.

Další činnosti v Denním centru

Cílem těchto činností je přispění k udržení stávající soběstačnosti, pravidelnosti a řádu dne. Dále vyplnění volného času mezi aktivitami. Patří sem:

Kondiční cvičení – každodenní rozcvička vsedě

Posezení u svačiny - Cílem společných svačin je hlavně udržování stravovacích návyků a samostatnost během sebesycení.

Posezení s kávou - Cílem je aktivní vyplnění volného času odpočinkovou a zábavnou formou, dále stmelení kolektivu a zkrácení dlouhé chvíle do další aktivity

Společná zábava volně navazuje na odpolední kávu, většinou se jedná o společný hovor nebo hraní společenských her, ale také různé oslavy narozenin (se souhlasem oslavence a jeho rodiny). V hezkém počasí to bývají procházky nebo pobyt na zahradě.

Úklid po aktivitě je nejpřirozenější činností, které vycházejí z chodu denního centra. Nejčastěji po výtvarných technikách a keramice se klienti dle svých stávajících schopností zapojují do společného úklidu.

Hlavní cíle ergoterapie u klientů Denního centra:

- aktivizace a dostatečný přísun podnětů pro udržování dosavadních funkcí (motorických, kognitivních, gnostických, fatických a sensorických)
- udržování fyzické kondice (svalová síla, hrubá a jemná motorika, lokomoce,



mobilita)

- udržování stávající soběstačnosti v ADL
- udržování dobrého psychického stavu
- zajištění společenského kontaktu (zabránění případnému vyčleňování)
- přísun stimulačních podnětů z okolí
- aktivní a smysluplné vyplnění dne
- zachování cirkadiálního rytmu dne a noci

Mezi hlavní činnosti ergoterapeuta v Denním centru patří:

- ergoterapeutické hodnocení klienta, tvorba individuálních plánů
- aktivizace klientů - přímá práce s klientem během skupinových nebo individuálních činností
- podpora soběstačnosti klientů – nácvik, trénink
- sociální poradenství
- poradenství – kompenzační pomůcky

### **ZÁVĚR:**

Prostřednictvím aktivit Denního centra se klientům dostává množství nejrůznějších stimulů, příležitostí k navázání sociálních kontaktů a dochází tak i k podpoře komunikace mezi klienty. Aktivity plánují a přizpůsobují ergoterapeuté a další zaměstnanci Denního centra s ohledem na individuální a aktuální schopnosti a možnosti klientů.

Literatura:

- 1) Domov Sue Ryder v Praze. [on-line] [cit. 2008-09-20]. Dostupné z <<http://www.sue-ryder.cz>>.
- 2) Výroční zpráva za rok 2007. [on-line] [cit.2008-09-20]. Dostupné z <<http://www.sue-ryder.cz>>.

Domov Sue Ryder, manuály činností pro pracovníky DC

Domov Sue Ryder, pracovní materiály

**Název příspěvku:** Inter/multidisciplinární přístup u osob s narušenou komunikační schopností – standard nebo mýtus ?

**Autoři:** Blanka Housarová\*\*\*, Zuzana Dvořáková\*\*, Alena Štěpaniková\*, Ivana Račinská\*, Klaudia Matušková\*, Michaela Kamerová \*

**Pracoviště:** \*CMS logopedická Don Bosco, Praha 8, \*\* FTVS UK, doktorand, \*\*\* Katedra speciální pedagogiky PedF UK Praha

**Klíčová slova:** osoby s narušenou komunikační schopností, motorické deficity, dítě s vývojovou dysfázií, inter/multidisciplinární přístup

Výchozím momentem se jeví hledání společných zón ergoterapie a logopedie, které jsou stále nedostatečně důrazně a podrobně definovány a charakterizovány. Po potvrzení a vymezení kompetencí zaměřují autoři pozornost na porovnání přítomnosti a dostupnosti ergoterapeutické péče u dospělých a dětských klientů s narušenou komunikační schopností. Podrobný rozbor je věnován dětem s vývojovou dysfázií, jejichž ruce mohou působit jako zdravé, nejeví známky jakéhokoliv postižení a přesto potřebují speciální péči a přístup. Z psychologického hlediska Krejčířová (2006) definuje vývojovou dysfázií jako poruchu osvojování mluvené řeči. „U dětí s vývojovou dysfázií bývá porucha řeči spojena i s dalšími kognitivními deficity. Někdy může být porucha řeči přímým důsledkem základní neuropsychické dysfunkce – např. poruchy sluchové percepce nebo poruchy verbální paměti (v jejímž důsledku vážne učení novým slovům), jindy jde o deficity funkčně relativně nezávislé“ ( Krejčířová, 2006, str. 184 ). Kromě zásadních řečových, jazykových a komunikačních deficitů, se manifestuje u dětí s VD motorická neobratnost celková nebo v jemné motorice ruky nebo poruchy dyspraktické (Housarová, 2003). Někdy může být primárním podkladem poruchy řeči právě orálně motorická dyspraxie. Pro ergoterapeuty budou zajímavé symptomatologie v oblasti pohybových aktivit:

Výše popsané nalézáme v oblasti symptomatologie se zaměřením na motoriku u dětí s VD:

1) Motorické postižení.

- Končetiny používají ve špatných pohybových vzorech, nebo je nepoužívají vůbec a jejich mozek nemá možnost získat informace, ze kterých by se mohl učit, vnímat a reagovat na vnější stimuly.

1) Úchop ruky..

- Nejčastěji jsou prsty v pěsti s palcem v dlani nebo opačně. Při snaze o úchop dítě není schopno ruku dostatečně otevřít a provést kvalitní opozici palce.

2) Koordinace oko – ruka.

- Snahu o uchopení předmětu může komplikovat špatná koordinace očí a rukou. Vypadá to asi tak, že dítě se dívá jiným směrem než je předmět, který se snaží uchopit.

3) Dominance ruky.

- Zpravidla má jedna ruka funkci manipulační a druhá funkci fixační, dlouhou dobu se manifestuje nevyhraněnost.

4) Bilaterální koordinace.

- Schopnosti souhry obou rukou. Například navlékání korálků, odšroubování víčka.

5) Prono-supinační pohyby předloktí.

Přes uvedené potíže dětí s dysfázií, které vyžadují ergoterapeutickou intervenci, je přítomnost ergoterapeutů u těchto dětí zcela minimální, až absentuje. Opírat se pouze o finanční argumenty je příliš úzký pohled na věc. Za vážnější považujeme nedostatek znalosti problematiky právě těchto dětí, komplikace při organizaci meziresortních odborníků, počet a dostupnost ergoterapeutů.

### **Použitá literatura:**

- BRASS, L. M., STYS, P. K. Diferenciální diagnostika v neurologii pro praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 264 s. ISBN 80-7169-080-5.
- HALADOVÁ, E. a NECHVÁTALOVÁ, L. Vyšetřovací metody hybného systému. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-237-X.
- HAMÁČKOVÁ, Ludmila. Ergoterapeutická analýza, adaptace a stupňování činnosti. Ergoterapie. Informační bulletin České asociace ergoterapeutů, 2003, roč. neznámý, č. 3, s. 17-28.
- HOUSAROVÁ, B. ed.: Speciálně pedagogická čítanka. Praha: UK- Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7290-109-5
- HOUSAROVÁ, B.: Rozvíjení motorických dovedností u dětí s vývojovou dysfázií. In Česká logopedie 1998, Praha: Makropulos, 1999 s. 99-104. ISBN 80-86003-31-0
- JIRÁK, R. a kol. Demence. Olomouc: Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-44-6.
- KRUMLOVSKÁ, O. Jóga prstů. Praha : OTTOVO NAKLADATELSTVÍ – CESTY, 2003. ISBN 80-7181-922-0.
- KULIŠŤÁK, P. Neuropsychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- LECHTA, V. a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. a kol. Logopedické repetitorium. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-5349-346-5.
- MONTGOMERY, W., J. Verbal working memory and sentence comprehension in children with specific language impairment. Journal of Speech: University of North Carolina at Chapel Hill, 2000.
- PFEIFFER, J. Ergoterapie II. Praha : AVICENUM, 1990. ISBN 80-201-0004-0
- RŮŽIČKA, E.; ROTH, J. Diagnostický a léčebný standard: Parkinsonova nemoc. Praha : Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.
- SOVÁK, M. Logopedie. Praha: SPN, 1978.
- SVOBODOVÁ, J. Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC. Brno: MU- Pedagogická fakulta, 1987. ISBN 80-210-1495-4.
- TROJAN, S. a kol: Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-85931-17-6
- WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J. B., JACKSON, DON D. Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy. 1. vyd. Hradec Králové: KONFRONTACE. 1999. ISBN 80-86088-04-9

### **Autoři a jejich pracoviště:**

PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D\*\*\*, katedra speciální pedagogiky PedF UK Praha

Mgr. Zuzana Dvořáková\*\* FTVS UK, doktorand

PhD. Alena Štěpaníková\*, ČMŠ logopedická Don Bosco, Praha 8

Bc. Ivana Račinská\*,

Dis. Klaudia Matušková\*,  
Mgr. Michaela Kámerová \*

**Název příspěvku:** Ergoterapeutická posuzovací škála změny výkonu u hospitalizovaných psychiatrických pacientů  
**Autor:** Vendula Ješetová DiS  
**Pracoviště:** PCP (Psychiatrické centrum Praha)  
**Kontakt:** vjes@seznam.cz

Na našem pracovišti PCP (Psychiatrické centrum Praha) jsme se pokusili vytvořit posuzovací škálu. Kde by se odrazil vývoj nebo změny výkonu během hospitalizace při hodnocení jednotlivých ergoterapií.

Hodnotících škál existují spousty, každá je jinak citlivá na hodnocení daného problému. A také je každá jinak časově a administrativně náročná. Jsou posuzovací a hodnotící škály pro soběstačnost, hodnocení kognitivních funkcí. I třeba hodnocení jednotlivých pracovních úkolů. Nenašla jsem ale nic kde by se v rámci skupinové aktivity hodnotil nejen výkon, ale i ostatní složky které skupinovou práci ovlivňují.

V dolní části abstraktu máte jednoduchou tabulku položek, které podle nás bylo důležité zhodnotit. Jak se nám to podařilo, k jakým závěrům jsme došli, zda jsou všechny položky posuzovatelné a přínosné, o tom všem vás chci seznámit ve svém příspěvku. Jako příklad jsem i připravila kasuistiku jedné naší klientky.

Posuzovací škála-tabulka č.1

Jméno:

Škála: ANO - spíše ANO - něco mezi - spíše NE – NE (resp. 1-5, jako ve škole)

Datum							
Zájem	Má zájem o ergoterapeutickou aktivitu samotnou či o dění, které s ní souvisí						
Pozornost	Je schopný/á udržet v průběhu terapie pozornost či zájem o aktivitu samotnou či o dění, které s ní souvisí						
Zdravotní stav	Zdravotní stav se celkově negativně nepromítá do jeho činnosti během ergoterapie						
Komunikace	Dokáže jasně a přímočaře komunikovat s ostatními či ergoterapeutem						
Vztah k ostatním	Motivuje ostatní k práci či k zájmu o aktivitu						
Postavení v kolektivu	Je „napojen/a“ na ostatní, vztahuje se k nim (není nepřiměřený individualista, extrémní samotář)						
Slušnost	K ostatním se chová ohleduplně nebo není neohleduplný						
Struktura	Má ve své činnosti strukturu (1 bod) nebo nejeví dojem chaotičnosti						

Vztah k práci	Je schopen/schopna se k práci postavit (nefláká se, nezašívá se)						
Zacílenost	Jde za svým cílem v rámci ergoterapie (nemění jej, nenechá se odradit)						

**Název příspěvku:** Role ergoterapeuta a jeho spolupráce s ostatními členy týmu v Pardubické krajské nemocnici, a.s.  
**Autor:** Alena Karnetová  
**Pracoviště:** Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Ergoterapeut hraje nezastupitelnou roli v rehabilitačním týmu, spolu s rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, psychologem a sociální pracovnící. Členem týmu může být i speciální pedagog, učitel a vychovatel, klinický logoped, protetik, zaměstnavatel a další osoby. Důležitá je týmová spolupráce všech. **Nejdůležitějším členem týmu je sám klient a jeho rodinní příslušníci.** Členové týmu by se měli pravidelně setkávat na konziliárním zasedání a domlouvat se na cílech rehabilitačního plánu.

V Rehabilitačním centru v Pardubické krajské nemocnici a.s. pracují 2 ergoterapeuté, 16 fyzioterapeutů, 4 lékaři, zdravotní sestry, 1 logoped, 1 pomocný pracovník v dílně a 1 pracovnice v oddělení technické pomoci, které se zabývá kompenzačními pomůckami. Dále spolupracujeme s týmem klinických psychologů, se sociálními sestrami, s Úřadem práce v Pardubicích a s dalšími organizacemi (př. Česká abilympijská asociace,..) **Ergoterapeut** pracuje na základě indikace lékaře. Provádí specifické ergoterapeutické postupy jako např. ergoterapeutické vyšetření, analýzu poškozených funkcí, analýzu zbylých funkcí aj., a to s jednotlivcem nebo ve skupině na základě svých odborných znalostí. Stanovuje krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán v návaznosti na komplexní rehabilitační program. Provádí s klientem cílené praktické činnosti a postupy, které zvyšují svalovou sílu, koordinaci, rozsah pohybu postižené oblasti. Provádí nácvik všedních denních činností, komunikačních schopností a kognitivních funkcí v součinnosti s ostatními odborníky. Navrhuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty i členy rodiny tyto pomůcky používat. Spolupracuje na stanovení plánu předpracovní přípravy klienta, který zjišťuje funkční pracovní potenciál a schopnosti klienta před jeho zařazením do zaměstnání. Klienty máme nejčastěji z lůžkového rehabilitačního oddělení, dále z neurologického oddělení a z geriatrického oddělení, ale docházíme na všechna další oddělení nemocnice. Pro celou nemocnici ergoterapeut zajišťuje výběr a nácvik používání pomůcek. Při tomto počtu ergoterapeutů je nezbytná spolupráce hlavně s fyzioterapeuty a zdravotními sestrami, které pacienty znají déle a lépe. Při výběru pomůcek je úzká spolupráce s Oddělením technické pomoci, které je schopné dané pomůcky objednat, zajistit vyzkoušení od firem, dovoz domů, různé úpravy apod.

Komunikace mezi všemi členy týmu je nezbytná nejen pro vzájemnou spolupráci, ale má vliv i na samotného klienta a na dosahování společných rehabilitačních týmů.

#### **Literatura:**

1. PFEIFFER,J. Ergoterapie. Základní informace o oboru pro všechny pracovníky rehabilitace. 1.vyd. Praha: Rehalb o.p.s., 2001. 77s.
2. VOTAVA,J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207s. ISBN 80-246-0708-5.

**Název příspěvku:** Mongolsko učima ergoterapeuta  
**Autor:** Bc. Doubravka Koubková  
**Pracoviště:** Jedličkův ústav a Základní škola a Střední škola, V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2  
**Kontakt:** kdoubravka@seznam.cz

## 1) Úvod

Práce v zahraničí dnes už není pro obyvatele České Republiky ničím nedosažitelným. Cestu za poznáním podnikáme nejen za účelem rozšíření obzorů a zkušeností v profesionální a osobní oblasti, ale často také za účelem finančního přivýdělku. Zatímco fyzioterapie je běžnou součástí většiny zdravotnických zařízení v ČR, ergoterapie je v povědomí lidí a to bohužel nejen laické veřejnosti zapsána mnohem povrchněji. Proto nejspíš většina ergoterapeutů, kteří prahnou po rozšíření obzorů, směřuje většinou tam kde je ergoterapie samozřejmou a nepostradatelnou součástí rehabilitačního týmu, tedy na západ. Já jsem se vydala za poznáním směrem opačným směrem, směrem kde ergoterapie ještě vůbec neexistuje, vydala jsem se do Mongolska, do země „věčně modrého nebe“.

Obr. 1 – mapa Mongolska



Mongolsko, je vnitrozemský stát ve střední Asii, hraničící na severu s Ruskem a na jihu s Čínskou lidovou republikou. Země zaujímá plochu dvacetkrát více než ČR, ale při pouhých 2,7 milionech obyvatel patří k nejméně osídleným končinám světa. Hlavním městem je Ulánbátar, jehož více než 800 tisíc obyvatel představuje jednu třetinu populace země. Velkou část Mongolska pokrývají stepi s drsným podnebím, kde hlavním zdrojem obživy je kočovné pastevectví. Kromě vývozu vlněných tkanin (například kašmíru) a výrobků z kůže je důležitou složkou hospodářství těžba nerostných surovin.

## 2) Hlavní část příspěvku



Kvalita mongolské zdravotní péče se výrazně liší ve městech a na venkově. Většina budov byla postavena v 50. letech během sovětské okupace, od té doby tyto budovy nebyly renovovány, stejně tak přístroje, které zde používají. Mongolské zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu, přímou platbou pacientů a ze zdravotního pojištění. Pobyt v nemocnici je omezen na 10 dní, v personálu převažují zdravotní sestry, lékařů a dalšího zdravotnického personálu je nedostatek.

Rehabilitační péče zahrnuje převážně masáže, prvky fyzikální terapie a běžně také zahrnuje tradiční mongolskou medicínu, ve formě zábalů z bylin a akupunktury. Aktivní cvičení je v Mongolsku v začátcích, kromě rehabilitačních lékařů a sester, jiné rehabilitační profese v této oblasti oficiálně neexistují.

Hlavním cílem mého ročního pobytu v hlavním městě Ulánbátaru, bylo reprezentovat a rozvíjet obor ergoterapie, a ucelenou rehabilitaci jako takovou, v povědomí zdravotnického personálu. Hlavní náplní byly přednášky a praktické workshopy pro zdravotnické pracovníky nejen z Ulánbátaru. Kurzy probíhaly ve Speciální mateřské škole pro děti s kombinovanými vadami, zaštitěné spoluprací s Univerzitou zdravotnických věd v Ulánbátaru.

Kromě vzdělávacích aktivit bylo mou další náplní, práce s neurologickými klienty v 2. ulánbátarské všeobecné fakultní nemocnici.

### **3) Závěr**

Hlavním tématem příspěvku bude zprostředkovat posluchačům zkušenost z rozvojové země v oblasti rehabilitace, nastínit nelehké podmínky, které v zemi panují, dát podněty k zamyšlení a diskusi.

Přednáška bude doplněna obrazovými přílohami pro bližší přiblížení tématu posluchačům.

### **Použité zdroje:**

- a) [http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/hmn\\_mng\\_hisassessment.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/hmn_mng_hisassessment.pdf)
- b) <http://www.mzv.cz/wwwo/mzv/stat.asp?StaID={2B137B47-C39D-4C8B-BDAE-DCF07554F837}>
- c) <http://cs.wikipedia.org/wiki/Mongolsko>

**Název příspěvku:** Ergoterapeutická cesta od přístupu zaměřeného na klienta ke Kanadskému hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)

**Autor:** Mária Krivošíková, M.Sc.

**Pracoviště:** Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN

**Kontakt:** mkriv@lf1.cuni.cz

## Úvod

Posledních 20 let kladou ergoterapeuti ve světě velký význam na aplikaci přístupu zaměřeného na klienta (člověka) ve své klinické praxi. Důvody pro tento vývoj jsou poměrně složité, ale vychází především ze skutečnosti, že osoba - klient je nejdůležitější složkou jakéhokoliv terapeutické intervence. Hnutí „Podpora zdraví“ v 80-tých letech položilo základy pro to, aby byli klienti začleněni do zdravotní péče a do rozhodování o ní. Zároveň hnutí podporovalo myšlenku zodpovědnosti člověka za své zdraví. Tím, že společnost postupně uznala hlavní koncepty programu hnutí „Podpory zdraví“, začali se její hlavní prvky začleňovat do mnoha zdravotních i sociálních programů, které plně zohledňovali hledisko klienta. Větší důraz na dodržování práv pacientů, lidských práv a technologická revoluce urychlili další vývoj praxe zaměřené na klienta (Law, 1998).

Proces vývoje přístupu zaměřeného na klienta se v různých zemích Evropy a světa liší a jeho aplikace v praxi je tudíž na rozdílné úrovni. V České republice je situace v mnoha ohledech podobná. Na rozdíl od některých zemí, kde je ergoterapie značně rozšířená, však u nás chybí výzkumy, které by informovali o používání, výhodách a rizicích tohoto přístupu v ergoterapeutické praxi.

## Hlavní část

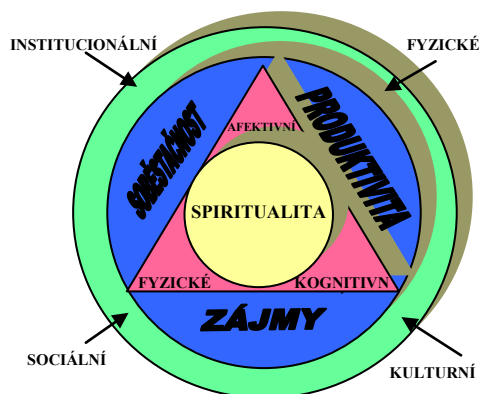
Co je to praxe zaměřená na klienta?

Termín praxe zaměřená na klienta použil poprvé Carl R. Rogers, americký psycholog a jeden ze zakladatelů humanistické psychologie, v roce 1939, když popisoval praxi, která by umožňovala jedinci najít řešení svých problémů nedirektivním způsobem. Rogers v terapii zdůrazňoval empatii, vzájemný respekt, aktivní naslouchání, chápání motivace jedince a vzájemný vztah terapeut-klient (Rogers, 1998). V době dominantního vlivu medicínského modelu nebyly však jeho myšlenky vždy správně pochopeny.

V ergoterapeutické literatuře se přístup zaměřený na klienta objevuje poprvé v dokumentu Kanadské asociace ergoterapeutů (CAOT) v roce 1983: „Pokyny pro praxi zaměřenou na klienta v ergoterapii“. Definice praxe zaměřené na klienta z roku 1997 uvedena v dokumentu Kanadské asociace ergoterapeutů: Kanadská směrnice ergoterapeutické praxe explicitně zahrnuje klienta na různých úrovních: „(praxe zaměřená na klienta je) přístup spolupráce a partnerství, který terapeut využívá při umožnění zaměstnávání klientům, kteří mohou být: jednotlivci, skupiny, agentury, vlády, korporace nebo i další organizace. Ergoterapeut, který využívá praxi zaměřenou na klienta, projevuje ke klientovi respekt, začleňuje ho do rozhodovacího procesu, společně s ním hájí jeho potřeby a po každé stránce uznává jeho zkušenosti a znalosti“. (CAOT, 1991, str. 180)

V roce 1990 Elizabeth Townsend v publikaci „Enabling occupation“ uveřejnila Model zaměřený na klienta (client-centered model), známý pod názvem Kanadský model výkonu zaměstnávání (Canadian Model of Occupational Performance - CMOP). CMOP

přijímá klienta jako podstatu terapeutického procesu a popisuje jeho schopnosti ve třech oblastech výkonu činnosti : (1) soběstačnost (personální a instrumentální ADL, funkční mobilita); (2) produktivita (placená, neplacená práce, vedení domácnosti, vzdělávání, hra); (3) zájmy (rekreace pasivní, aktivní, socializace). Výkon činnosti je ovlivněn rolemi a prostředím, které může být : a) sociální; b) kulturní; c) fyzické; d) institucionální.



Obr. 2 Kanadský model výkonu zaměstnávání  
(Zdroj: Canadian Occupational Therapy Association, 1991)

Charakteristickým rysem tohoto modelu je přístup zaměřený na klienta. To vyžaduje nejen zohlednění individuálních potřeb a přání klienta, ale hlavně aktivní přístup ergoterapeuta při hledání a poskytování struktury klientovi a při výběru možností, které v rámci ergoterapie klientovi nabídne.

Law et al. (1991) se tímto přístupem rovněž inspirovala a vznikl hodnotící nástroj pro ergoterapeuty: Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (Canadian Occupational Performance Measure – COPM). COPM je hodnocení, které formou semi-strukturovaného rozhovoru měří, jak klient vnímá vlastní výkon zaměstnávání v oblastech: sebeobsluhy, produktivity a volného času (Law, 1991). COPM zahrnuje do měření role klienta a jeho očekávání, dále zvažuje prostředí, ve kterém klient žije. Klient hodnotí svůj vlastní výkon ve vybraných oblastech pomocí číselné škály 1-10. Podle autorů COPM, hodnocení není limitováno věkem ani diagnosou. Mnoho studií provedených po celém světě, potvrzují, že COPM je validní (platné) a reliabilní (spolehlivé) hodnocení zaměstnávání v ergoterapii (Law et al, 1994; Chan, CH. a Lee, T., 1997; McColl et. al, 2000; Phipps, S., Richardson, P., 2007).

### Závěr:

Výhodou CMOP je jeho jasná prezentace a aplikace. Může být užíván jak v klinické, tak i komunitní ergoterapeutické praxi. Věnuje se třem základním komponentům: jedinec, zaměstnávání a prostředí. Další velkou výhodou modelu je že začleňuje klienta do vyšetření a léčby ve všech fázích. Poskytuje také vyšetřovací nástroj, přímo vytvořený k tomuto modelu - Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM).

CMOP model věnuje větší pozornost tomu, jak by měl být problém řešen než samotné příčině problému. Diskutabilní je jeho použití u osob s těžkou poruchou kognitivních funkcí, kteří nemají náhled na svou situaci a nejsou tudíž schopní podílet se na plánování léčby.

Přístup zaměřený na klienta je nejen pro české ergoterapeuty velkou výzvou. Je ho možné aplikovat v současných společenských podmínkách? Co by mělo předcházet

jeho plnému používání v ergoterapeutické praxi? Jaké jsou bariéry v jeho používání z hlediska organizace, terapeuta a klienta? Na tyto otázky se pokusím odpovědět ve svém příspěvku.

### **Literatura:**

1. CAOT. (1991). Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice. CAOT publications, Toronto: ACE.
2. TOWNSEND, E. (1990). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. CAOT publications Ottawa: ACE.
3. CHAN,CH.C., LEE, T.M. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International, 1997, 4(3), 229-247.
4. LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL-OPZOOMER, A., MCCOLL, M.A., POLATAJKO, H. POLLOCK, N. (1991). The Canadian Occupational Performance Measure. Toronto:CAOT publications ACE.
5. LAW, M., POLATAJKO, H., POLLOCK,N., MCCOLL, M.A., CARSWELL, A., BAPTISTE, S. (1994). Pilot testing of the COPM: Clinical and Measurement Issues. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61(4), 191-197.
6. LAW, M. (1998). Client-centred occupational therapy. Thorafore, NJ:Slack.
7. McCOOL, M.A.,PATERSON, M., DAVIES, D., DOUBT, L., LAW,M. (2000). Validity and community utility of COPM. Canadian Journal of Occupational Therapy, 67 (2), 22-29.
8. PHIPPS,S., RICHARDSON, P. (2007). Occupational Therapy Outcomes for Clients with TBI and Stroke using the COPM. American Journal of Occupational Therapy, 61(3), 328-334.
9. ROGERS, C.R. (1998). Způsob bytí. Praha: Portál.

**Název příspěvku:** Zpracování zkušeností s pracovní diagnostikou

**Autoři:** Bc. Natálie Kříhová, Mgr. Vlasta Stupková

V roce 2005 jsme na této konferenci prezentovaly Hodnocení dovedností v PZ a jeho využití při tvorbě individuálního plánu s našimi klienty. Nyní bychom se chtěly podělit o naše zkušenosti s tímto nástrojem v Centru pracovní rehabilitace, které jsme zpracovávaly jako jeden z výstupů projektu.

Při zpracování tohoto výstupu jsme vycházeli z toho, že je zapotřebí, abychom se zamysleli nad tím, zda máme k dispozici vhodné nástroje pro zjišťování informací, které jsou pro nás jako pro pracovní konzultanty, kteří pracují s lidmi s postižením specifickým způsobem, dostačující. Vycházíme z toho, že se orientujeme na práci s klienty v reálném prostředí, naše práce s klienty je ve většině případech dlouhodobá a je zaměřená na rozvoj dovedností, které přímo či nepřímo souvisejí s prací. Podnětem pro zpracování našich zkušeností s pracovní diagnostikou je také to, že jsme se chtěli zamyslet nad tím, zda je současné hodnocení dovedností klientů, které je stejné pro všechny agentury pro podporované zaměstnávání, které ale mohou mít jinou cílovou skupinu, efektivní pro naše klienty, kterými jsou lidé s tělesným a kombinovaným postižením. Nejdříve jsme se tedy rozhodli zhodnotit naši práci se současným hodnotícím systémem a upozornit a konkretizovat na nedostatky nebo naopak přednosti, které toto hodnocení má. Dále jsme se zaměřili na ostatní hodnocení pracovních dovedností a pracovního potenciálu, se kterým pracují jiní odborníci z oblasti pracovní rehabilitace. Pokusili jsme se zjistit, zda existuje jednotná pracovní diagnostika v oblasti pracovní rehabilitace. Pokusili jsme se zaznamenat jednotlivé typy hodnocení a ke každému uvést vlastní připomínky. Zkušenosti se stávající diagnostikou jsme sbírali po celou dobu trvání projektu. Informace a zkušenosti jsme sbírali v rámci odborných kurzů, konferencí, přednášek, seminářů, při samotném používání Hodnocení pracovních dovedností při naší práci s klienty.

V první kapitole se věnujeme seznámení s Hodnocením pracovních dovedností, které vypracovala Unie pro podporované zaměstnávání, a s jeho součástí, prvotní pracovní diagnostikou, na základě které mohou být v současné době přijímáni klienti do programu podporované zaměstnávání.

V druhé části se zamýšlíme nad existencí jednotné diagnostiky v pracovní rehabilitaci a zhodnotíme její využitelnost pro účely podporovaného zaměstnání pro naši cílovou skupinu.

Ve třetí části se zaměřujeme na navržení vlastního prvotního hodnocení klientů naší cílové skupiny, které by mělo být zaměřeno na zjišťování míry podpory v konkrétních oblastech.

**Název příspěvku:** Reflexní ovlivnění svalového napětí

**Autor:** Mgr. Eva Macková

Příspěvek uvádí na jedné případové studii vliv reflexní terapie u klienta s neurologickým postižením centrálního nervového systému, která v poměrně krátké době výrazně zlepšila koordinaci pohybu symetrizací svalového napětí.

Při poškození centrálního nervového systému dochází k vyřazení centrálního motoneuronu. Odpadá jeho tlumivý vliv na periferní motoneuron. Důsledkem toho je stálá kontrakce (spasmus) především extenzorových svalů, které mechanismem reciproční inhibice vypojují z činnosti své antagonisty. Tento mechanismus se uplatňuje 24 hodin denně.

Funkčně zdravý pohybový aparát se vyznačuje symetrickým svalovým napětím kolem kloubu a symetrickou kloubní vůlí ve všech směrech pohybu. Funkce kloubů může být narušená funkčními blokádami nebo strukturálními poruchami. Strukturální poruchy mají příčinu v kloubu samotném a významnou roli při jejich vývoji hraje zkrácené vazivo. U funkčních blokád jsou dominantní příčinou změny svalového napětí. Mohou vzniknout v kloubu, ale také se do kloubu zřetězit ze vzdáleného místa. Při poškození centrálního motoneuronu dochází následnými změnami svalového napětí k vývoji extenčních (vývojově starších) patologických řetězců. Projevy těchto „funkčních“ řetězců nalézáme na trupu i na končetinách. Již v časně fázi onemocnění je třeba působit na elasticitu, jinak v časovém horizontu několika týdnů dochází ke strukturálním poruchám kloubů ve smyslu vazivových kontraktur.

Při terapii využíváme manuálních a nervově reflexních postupů. Manuální terapii používáme v první fázi k odstranění strukturálních poruch omezujících celkový rozsah pohybu, aby nestály v cestě působení nervových reflexů. Při následné reflexní terapii vyvoláváme reflexy na úrovni míšního segmentu pomocí tejpovací pásky nebo asymetrické podpatěnky, jejichž působením rušíme patologické extenční řetězce.

Tato reflexní terapie je časově, finančně i fyzicky nenáročná. Dochází při ní k reflexnímu ovlivnění svalového napětí nepřetržitým působením na prorioreceptory a tím ke zvyšování napětí oslabených svalů. Prostřednictvím reciproční inhibice jsou tlumeny spastické svaly. Cílem terapie je symetrizace svalového napětí a tím dosažení funkčně zdravého chování kloubu.

**Název příspěvku:** Atypické polykání

**Autor:** PaedDr. Eva Matějčková

Příspěvek přibližuje fenomén „atypické polykání“, začátek, vývoj a posléze ovlivnění orofaciální regulační terapií. Pojednává o vzorech pohybu provázející polykání s vtaženým dolním rtem, zapojení smyslů, práci dolní čelisti, vztah - nádech, polknutí, výdech.

Chování jedinců během příjmu potravy si zaslouží pozornost z několika důvodů:

- odráží akt nasycení, který je řazen mezi základní potřeby organismu,
- odráží stav a fungování organismu jako celku,
- odráží stav a fungování jednotlivých složek organismu,
- signalizuje jedince ve vývoji ohroženém.

Polykání představuje děj složitý, proměnlivý, zahrnující koordinaci životně důležitých funkcí organismu. Již v raném dětství bývá provázeno řadou komplikací a poruch.

Porucha polykání může být způsobena změnami v tělesném schématu, projevující se dysfunkcí v orofaciálním komplexu. Dysfunkce v mnoha případech představuje funkční nutnost zajišťující nasycení jedince a jeho přežití. Jednou z dysfunkcí je i atypický akt polykání (ilustrace v prezentaci) kterého přetrvávání a neodstranění má za následek rozvoj dalšího patologického nálezu v celém tělesném schématu.

Porucha polykání se může jevit jako vrozená záležitost, nebo jako náhla/ pozvolná odchylka od fyziologického vývoje. Náhlá odchylka od fyziologického průběhu příjmu potravy může být signálem akutního onemocnění. Odchylka pozvolna se vyvíjející může být signálem onemocnění trávicího ústrojí, dýchacích cest, nebo avizovat neurologický syndróm vztahující se k poruše koordinace sání, dýchání a polykání.

K poruše polykání se vztahuje i značné pohybové úsilí provázené různou kvalitou svalového napětí ve vztahu k pohybům horních/dolních končetin, trupu, orofaciálních struktur a k navození kompenzačních mechanismů zajišťujících nasycení jedince.

Nemalou pozorost si zasluhuje sledování vývoje přímo v dutině ústní vztahující se k vývoji orálního zdraví. Jakákoliv odchylka ve vývoji přímo v dutině ústní může být zdrojem problémů spojených s polykáním (suchost sliznic, prořezávání a postavení zubů a čelistí). Opožděné prořezávání, atypické (časově a prostorově) má přímý vztah ke struktuře přijímané potravy. Může signalizovat i celkové opoždění ve vývoji.

Proces polykání je ovlivněn i aktivitou smyslů (zraková a explorační aktivita), aktivita sluchová, dále koncentrací pozornosti s dopadem na celkové vnímání a prožívání situací spojených s příjmem potravy. Vnímání a prožívání situací lze spojovat s procesem učení, (vnímání, zapamatování a znovuvybavování poznatků a vjemů provázejících akt příjmu potravy).

Příjem potravy představuje i komunikační a sociální akt navozující interakci jedince s okolím, odehrávající se v sociálním kontextu se spolupůsobením a vzájemným ovlivňováním somatických, mentálních a sociálních potřeb jedince.

### **Literatura:**

1. Matejičková, E.: Podpora sluchového vnímání u dětí s Downovým syndromem. In: Děti a my, 4/2004, r. XXXIV, s. 30 – 31.
2. Matejičková, E.: Uplatnenie Orofaciálnej regulačnej terapie u viacnásobne postihnutých jedincov s dysfunkciami orofaciálneho systému. . In: Rigorózna práca, Univerzita Komenského Bratislava, Pedagogika mentálne postihnutých, 2004.
3. Matejičková, E.: Podpora zrakového vnímání u dětí s Downovým syndromem. In. Děti a my, 1/2005, s. 34 – 35.
4. Pilinová, A., Matejičková, E., Lenčová, E., Foltinová, J., Píša, J.: Orofacial dysfunction, drinking regimen and quality of life - long - term prospective study. In: Central European Journal of Public Health, roč. 14, č. 4, 2006, s. 189-192, I - původní článek ve vědeckém / odborném časopise.



**Název příspěvku:** Snoezelen a jeho využití v ergoterapii

**Autor:** Bc. Jana Matochová

**Kontakt:** jana.matochova@gmail.com

Snoezelen řadíme mezi netradiční formy práce s lidmi s různým postižením. Vznikl z potřeby „řešení trvalého, ale stále aktuálního problému, tzv. volnočasových aktivit pro těžce mentálně retardované jedince ... Cestou, a později zároveň cílem řešení se stala smyslová percepce a smyslové podněty jako takové.“ (Vitásková, 2004, s. 68) a v době svého vzniku (70.léta 20.století) ilustruje zásadní změnu v přístupu k těžce mentálně postiženým. V dnešní době se možnosti využití prostředí Snoezelen místností rozšířily, stejně jako klientela z této formy práce profitující.

Mezinárodní organizace sdružující odborníky a přátele Snoezelenu – International Snoezelen Association (ISNA) definuje Snoezelen jako „speciálně navržené prostředí, kde je blaho zajišťováno kontrolovatelnými multisenzorickými stimuly“ (Mertens, www.isna.de). Jak uvádí Matochová (2007) základní teorie Snoezelenu se, dle článku Ad Verheula (2004), opírá o dva hlavní principy. První princip vyžaduje, aby byl uživatelům Snoezelenu poskytnut vždy dostatek času a prostoru vybrat si nebo naznačit, které stimuly je baví, na co se chtějí déle soustředit nebo naopak čemu se věnovat rozhodně nechtějí. Druhý princip nejlépe vyjadřuje tato věta: „Nic se nemusí, všechno je dovoleno“ (Švarcová, 2003, s.111). Na rozdíl od běžného života, kdy jsou od člověka vyžadovány konkrétní způsoby provádění dané aktivity či způsoby chování, je během pobytu ve Snoezelen místnosti dovoleno, být sám sebou a dělat vše, co by jedinec dělal rád.

Hlavním předmětem zájmu terapie pomocí Snoezelen prostředí je efekt vizuálních, hapticko-somatických, kinestetických, olfaktorických a akustických stimulů, které mohou samostatně nebo v kombinaci poskytnout kýžený efekt - zklidňují a pomáhají klientům uvolnit se. Dále podporují vyvolávání vzpomínek, jejich porovnávání a reorganizaci.

Toto prostředí můžeme pro přehlednost rozdělit do tří kategorií (Liška, 1999):

- relaxační
- poznávací
- interakční.

Vezmeme-li v úvahu teoretické zázemí Snoezelenu a ergoterapie najdeme zásadní styčné body. Zde uvádím, dle mého názoru, nejdůležitější z nich.

- Principy holismu.
- Smysluplné využití volného času jedince.
- Terapeutické využití prostředí obklopující jedince.
- Snaha zvýšit kvalitu života klienta.
- Význam dotyku a komunikace.
- Interakce mezi klientem a terapeutem.
- Zplnomocnění klienta, možnost výběru.

Závěrem bych ráda zdůraznila, že považuji Snoezelen za formu práce, která je pro ergoterapeuta relevantní. Bohužel musím konstatovat, že se jedná o oblast práce, jejíž účinky nejsou doposud dostatečně objektivizovány, přesto si ji dovoluji označit za vhozenou rukavici do „ringu“ české ergoterapie.

#### Literatura:

- 1) Friedlová, K. (2005). Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace.
- 2) Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., Smeddle, M. (2001). The use of 'Snoezelen' as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: a review of the research. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 353 – 372.
- 3) Liška, J. (1999). Snoezelen. *Speciální Pedagogika*, 9 (2), 48-51.
- 4) Long, A. P., Haig, L.(1992). How do Clients Benefit from Snoezelen?An Exploratory study. *British Journal of Occupational Therapy*, 55 (3), 103 – 106.
- 5) Matějovská, L.: Praktické využití Snoezelenu při práci s dětmi s těžším postižením, s dětmi s více vadami, s PAS v SPC Litvínov. – [www.hluchoslepota-deti.cz](http://www.hluchoslepota-deti.cz), 20.11. 2006
- 6) Matochová, J.(2007). Snoezelen očima ergoterpie. Praha: BP-1LF UK.
- 7) Mertens, K.: Sensory stimulation and relaxation in special interior rooms.- [www.isna.de](http://www.isna.de), 17.11. 2005
- 8) Švarcová, I. (2003). Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče. Praha: Portál.
- 9) Thomas, L.: Developing a Snoezelen Assesment Scale for Therapists and Intervenors. 2004 – [www.worldwidesnoezelen.com](http://www.worldwidesnoezelen.com), 15.5. 2005
- 10)Verheul, A.: The development of Snoezelen. 2004 - [www.worldwidesnoezelen.com](http://www.worldwidesnoezelen.com), 15.5. 2005
- 11)Vitásková, K.(2004). Snoezelen včera, dnes a zítra. *Speciální Pedagogika* 14 (1), 68-70.
- 12)[www.rompa.com](http://www.rompa.com) – 23.11. 2006

---

<b>Název příspěvku:</b>	Ergoterapie a léčebná pedagogika
<b>Autor:</b>	Mgr. Zuzana Marošová
<b>Pracoviště:</b>	Domov sociálních služeb pro děti, dospělé a zařízení chráněného bydlení + komunitní centrum GAUDEAMUS, Mokrohájska 3, 844 08 Bratislava
<b>Kontakt:</b>	http://www.mokrohajska.sk e-mail: marosova@mokrohajska.sk

---

### **Anotácia**

Príspevok poukazuje na charakteristiku vedných odborov ergoterapia a liečebná pedagogika, ich vzájomné prepojenie, spoločné rysy, na prvky, ktoré liečebná pedagogika čerpá z odboru ergoterapia, a ktorými sa inšpiruje vo svojom poňatí činnostnej terapie.

*Kľúčové slová:* ergoterapia, liečebná pedagogika, činnostná terapia.

Vedné odbory ergoterapia a liečebná pedagogika sú zaradované medzi tzv. pomáhajúce profesie. Už táto charakteristika dáva tušiť isté prepojenie. Popisovaná blízkosť vytvára predpoklady pre vzájomné obohacovanie, spoluprácu. Zároveň však môže, a neraz i spôsobuje nezrovnalosti pri interpretovaní profesijných hraníc. Práve tento fakt sa však javí ako veľmi dôležitý pre koexistenciu akýchkoľvek príbuzných odborov. Snaha o jasne určené pojmy a kompetencie by mala byť znakom kvality a profesionality.

### **Ergoterapia**

Vzhľadom na zameranie prebiehajúcej konferencie sa domnievame, že špecifikovať podrobne podstatu ergoterapie nie je potrebné, a že postačí, ak poukážeme na základnú definíciu odboru.

Ako sa uvádza v dokumente Koncepcie oboru ergoterapie, ergoterapia je definovaná ako samostatný zdravotnícky odbor, ktorý predstavuje dôležitú súčasť rehabilitácie, a ktorý „prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb akéhokoľvek veku s rôznym typom postihnutia (fyzickým, zmyslovým, psychickým, mentálnym alebo sociálnym znevýhodnením)“ (Jelínková – Krivošíková, 2007, s. 3). Východiskom pre koncepciu pomoci je téza, že „človek môže zlepšiť svoje zdravie a kvalitu života tým, že sa aktívne zapája do zamestnaní, ktoré sú pre neho osobne významné a zmysluplné“ (Jelínková – Krivošíková, 2007, s. 4).

### **Liečebná pedagogika**

Odborná literatúra popisuje liečebnú pedagogiku zvyčajne ako hraničný odbor pedagogiky. Ide v nej o „terapeuticko-výchovné pôsobenie“, pričom „využíva rôzne formy intenzívnej výchovnej pomoci, predovšetkým prostredníctvom činnostných terapií“ (Horňáková, 1999, s. 24). Prijímatelia pomoci nie sú špecifikovaní žiadnou vekovou či diagnostickou skupinou. Môžu sa nimi stať ľudia, „ktorých situácia je natoľko sťažená nepriaznivými okolnosťami (vývinovými, sociálnymi, zdravotnými

a pod.), že nemôžu viesť veku primeraný spôsob života a uplatniť sa adekvátne k svojim schopnostiam“ (Horňáková, 2007, s.10). V praxi sa liečebná pedagogika uplatňuje ako súčasť interdisciplinárneho systému pomoci.

Liečebná pedagogika čerpá z poznatkov pedagogických, psychologických, medicínskych, sociálnych, sociálno-právnych a umeleckých odborov. Ovplyvnili ju najmä humanistické, fenomenologické terapeutické smery, etické a antropologické myšlienky. Človeka vníma v jeho bio-psycho-sociálno-duchovnej jednote ako systém. Považuje ho za jedinečného, hodného úcty, kompetentného žiť svoj život a riešiť problémy, rešpektuje jeho slobodu a jeho utrpenie chápe ako integrálnu súčasť bytia (Speck, 1991). Ďalšia z primárnych téz liečebnej pedagogiky hovorí o význame zmysluplnej ľudskej činnosti a jej plánovitom uplatnení v terapii (Horňáková, 1999).

Podľa Specka (1991) sú všeobecnými úlohami liečebnopedagogickej pomoci prevencia, liečebná výchova, sociálna integrácia, normalizácia, poradenstvo a sprevádzanie. V rámci nich ide o podporu a pomoc pri orientácii, pochopení, hľadaní významu, o prebúdzanie záujmu a aktivity v nachádzaní vlastných možností zlepšenia situácie, o rozvíjanie schopností, rehabilitáciu a kompenzáciu narušených funkcií, podporu pri vytváraní sebaúcty, vzťahov, začleňovaní do spoločnosti, o sprevádzanie (Horňáková, 1999; Horňáková, 2007). S prihliadnutím k týmto úlohám stanovuje Medzinárodná spoločnosť liečebnopedagogických profesijných a odborných organizácií možné pole pracovného pôsobenia liečebného pedagóga takto (IGhB, 2008): sociálno-pediatrické centrá, ambulancie pre predčasne narodené deti, centrá pre včasnú diagnostiku a terapiu detí, liečebnopedagogické, logopedické a psychomotorické pracoviská, špeciálne, liečebnopedagogické, integračné materské školy a predškolské zariadenia, centrá pre rodinu, materské centrá, výchovné, rodinné a školské poradenstvo, základné, špeciálne školy, zariadenia pre náhradnú výchovu a prevýchovu, psychiatrické zariadenia, nemocnice, liečebne, sociálne a rehabilitačné zariadenia pre ľudí s postihnutím, chránené bývanie, chránené dielne, domovy seniorov a opatrovatel'ské domy, súkromné ambulancie (v rámci liečebnopedagogických, pedopsychiatrických, psychologických, psychoterapeutických služieb), alternatívne projekty v oblasti sociálnej pomoci, profesijné zväzy a združenia, štátne a samosprávne orgány (ministerstvá a pod.).

Základné pracovné postupy liečebného pedagóga zahŕňajú metódy diagnostické (pozorovanie, interview, dotazník, anamnéza, kazuistika, rozbor výsledkov činností, škály a testy), metódy liečebnopedagogickej pomoci (činnosťná terapia, arteterapia, dramaterapia, biblioterapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia, terapia hrou, poradenstvo) a metódy výskumné (Horňáková, 2007). Metódy a techniky využívané v liečebnej pedagogike vo veľkej miere vychádzajú z poznatkov blízkych vedných odborov.

Ako píše Horňáková (2007), pojem a odbor liečebná pedagogika je vo svete definovaný nejednotne. S podobnou koncepciou ako na Slovensku sa môžeme stretnúť napr. v Nemecku, Rakúsku, Švajčiarsku (Heilpädagogik), Luxembursku (Heilpädagogik/La pédagogie curative). V Maďarsku (Gyógypedagógiai) sa pod pojmom liečebná pedagogika ukrýva spojenie špeciálnej pedagogiky – školstva

a terapeutické intervencie. Naopak odlišný pojem zastrešuje príbuzný obsah liečebnej pedagogiky v Holandsku (Orthopedagogiek) či Francúzsku (Orthopédagogie). Posledný variant nájdeme v krajinách, kde rozdielny pojem zahŕňa zmysel špeciálnej i liečebnej pedagogiky. Je tomu tak v Anglicku, Amerike, Kanade (special education), a aj v Českej republike (speciální pedagogika). O situácii v Čechách treba podotknúť, že ešte pred niekoľkými rokmi prevažovala v koncepte špeciálnej pedagogiky iba výchovno-vzdelávacia zložka (Müller, 2002). V súčasnosti sa postupne k slovu dostáva i liečebno-terapeutický rozmer pod názvom špeciálnopedagogické terapie (Müller, 2005).

### **Ergoterapia a liečebná pedagogika**

Ako možno z vyššie napísaného postrehnúť, spoločné rysy ergoterapie a liečebnej pedagogiky môžeme nájsť už v ich základnom zameraní, prijímateľov pomoci, východiskách, úlohách či cieľoch. Ďalší rozbor nám ukáže podobnosti aj v niektorých používaných metódach.

Spomedzi liečebnopedagogických metód sa k postupom ergoterapie najviac blíži činnosť terapia. Pojem činnosť terapia sa dá v liečebnej pedagogike vysvetliť dvojako. Keďže sú všetky liečebnopedagogické terapeutické metódy postavené na ľudskej činnosti, odbor ich v širšej rovine nazýva terapiami činnosťmi. V užšej rovine predstavuje činnosť terapia samostatnú liečebnopedagogickú metódu. Pri porovnaní pojmov zistíme, že sú veľmi podobné. V liečebnej pedagogike sa niekedy požívajú obe pomenovania. Práve tento fakt, podľa nášho názoru, napomáha vzniku nezrovnalostí, o ktorých sme písali v úvode.

V oblasti dielčích metód a techník intervencie sa vedné odbory dotýkajú len čiastočne. Príbuznosť sa objavuje pri aplikácii hrových zamestnaní, stimulačných cvičení jemnej a hrubej motoriky, vnímania a iných kognitívnych funkcií, pri tréningu samostatnosti v rámci všedných denných a sebaobslužných činností a pri orientácii v životných roliach, pri podporných technikách zameraných na rozvíjanie záujmov, osobnostný rozvoj či sprevádzanie. Tieto metódy pramenia z viacerých teoretických modelov. Činnosť terapia sa prikláňa ku konceptu senzorickej integrácie Jean Ayers, Affolterovej metóde, modelu MOHO (Model of Human Occupation) autorov Gary Kielhofner a Janice Burke. Činnosť terapia sa inšpiruje aj niektorými diagnostickými metódami využívanými v ergoterapii, napr. hodnotením kvality života, výkonu vo všedných denných činnostiach (Barthel index), funkčným hodnotením úchopu a jemnej motoriky, inventarizáciou záujmov. (Horňáková, 2001; Horňáková, 2007; Jelínková – Krivošíková, 2007)

Ergoterapia a činnosť terapia pracujú v rámci intervencie rovnakými prostriedkami. Medzi ne sa zaraďuje zamestnávanie akoukoľvek pre klienta zmysluplnou činnosťou. Často ide o tvorivé manuálne a remeselné činnosti s rôznymi materiálmi (voda, piesok, farby, papier, hlina, sadra, textil, prírodné materiály, drevo, kov, sklo, umelé hmoty), praktické všedné denné a sebaobslužné činnosti, ale i iné, ktoré klient vníma ako významné a baví ho. U detí sa uplatňuje hlavne hra vo svojich rozmanitých podobách.

Činnosťná terapia sa síce s konceptom ergoterapie čiastočne prekrýva, no existujú medzi nimi aj isté rozdiely, ktoré formujú intervenciu každej z nich do konečnej podoby. V ergoterapii ako špecializovanom druhu fyzioterapie prevládajú medicínske prístupy. V činnostnej terapii, ktorá sa v historickom kontexte utvárala ako hraničná veda medicíny, psychológie a sociálnej pedagogiky, sa v súčasnosti vychádza najmä z pedagogických, psychologických a psychoterapeutických prístupov (Müller, 2005).  
Pre lepšiu orientáciu zhrnieme nakoniec spoločné rysy ergoterapie a liečebnej pedagogiky v tabuľke.

Tab. 1: Prehľad spoločných rysov vedných odborov ergoterapia a liečebná pedagogika

PREHĽAD SPOLOČNÝCH RYSOV VEDNÝCH ODBOROV ERGOTERAPIA A LIEČEBNÁ PEDAGOGIKA		
Kategória	Spoločné rysy	
1	Zameranie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory odborne, zámerne, cieľavedome aplikujú metódy a techniky založené na zmyslupnej činnosti v záujme prevencie, terapie a podpory kompetencií klientov zlepšiť svoje zdravie, riešiť problémy a žiť plnohodnotný a zmyslupný život.</li> </ul>
2	Prijímatelia pomoci	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory charakterizujú okruh potencionálnych prijímateľov pomoci širšie, nezameriavajú sa na žiaden špecifický druh postihnutia či ohrozenia, svoju odbornú pomoc poskytujú osobám s telesným, psychickým, zmyslovým či sociálnym znevýhodnením či ohrozením.</li> </ul>
3	Východiská odboru	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory vyzdvihujú význam činnosti a zmyslupného zamestnávania pre zdravie, kvalitu života a zároveň zdôrazňujú, že do konania sa premietajú akékoľvek problémy človeka,</li> <li>▪ oba odbory vychádzajú z chápania klienta ako aktívneho partnera v terapii, akceptujú ho ako plnohodnotného človeka a kladú dôraz na podporu jeho kompetencií žiť svoj život v maximálnej možnej miere, riešiť svoje problémy a byť zodpovedný za svoje rozhodnutia,</li> <li>▪ oba odbory vychádzajú z celostného poňatia života človeka v jeho bio-psycho-sociálnej rovine a pristupujú k pomoci s prihliadnutím na osobnosť klienta, jeho aktuálny zdravotný stav a prostredie, v ktorom klient žije.</li> </ul>
4	Úlohy a ciele	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ v oboch odboroch dominuje podpora, prinavrátanie zdravia, zlepšenie kvality života, rozvíjanie kompetencií potrebných pre zvládanie každodenných činností, pre orientáciu v životných roliach a nezávislosť v maximálnej možnej miere, sociálna integrácia, sprevádzanie.</li> </ul>
5	Metódy techniky a	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory intervenujú pomocou rôznych druhov činnostných terapií,</li> <li>▪ oba odbory využívajú v intervencii stimulačné cvičenia motoriky, kognitívnych funkcií, komunikácie (v rovine podpory</li> </ul>

		<p>vývinu alebo rehabilitácie), tréning denných činností a sebaobsluhy, rozvíjanie záujmov, podporu osobnostného vývinu, sprevádzanie,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory čerpajú v rámci terapie aj z konceptu senzorickej integrácie J. Ayers, Affolterovej metódy, modelu MOHO G. Kielhofnera a J. Burke,</li> <li>▪ oba odbory v diagnostike uplatňujú hodnotenie výkonu vo všedných činnostiach (Barthel index), funkčné hodnotenie úchopu a jemnej motoriky, inventarizáciu záujmov, hodnotenie kvality života.</li> </ul>
6	Prostriedky pomoci	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oba odbory aplikujú svoje metódy pomoci prostredníctvom zmysluplného zamestnávania, ktoré môže mať rozmanitú formu, prvoradým je význam činnosti pre klienta a jeho záujem o ňu,</li> <li>▪ často sa pri realizácii terapeutických metód stretávame s využitím tvorivých či remeselných činností s rôznymi materiálmi, s praktickými všednými dennými a sebaobslužnými, u detí najmä s hrou.</li> </ul>

(Horňáková, 2001; Horňáková, 2007; Jelínková – Krivošíková, 2007)

Ako sme mohli v rámci príspevku postrehnúť, vedné odbory ergoterapia a liečebná pedagogika sa nachádzajú na poli pracovného uplatnenia naozaj blízko seba. Z časti sa stretávajú, z časti žije každá svojim životom. V množstve príbuzných konceptov a vedných odborov nie je podobný prípad výnimkou. Avšak pri korektnom správaní a stanovení špecifika toho ktorého odboru, sa netreba obávať ohrozenia. Veď nie veda je cieľom, lež prostriedkom. A to platí najmä pre pomáhajúce profesie.

### Literatúra

- HORŇÁKOVÁ, Marta. 1999. Liečebná pedagogika. Bratislava : Perfekt, 1999. ISBN 80-8046-126-0.
- HORŇÁKOVÁ, Marta. 2001. Základy činnostnej terapie. Nepochikované prednášky. Bratislava : KLP Pdf UK, 2001.
- HORŇÁKOVÁ, Marta. 2007. Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. 2. preprac. vyd. Bratislava : OZ Sociálna práca, 2007.
- IGhB – Internationale Gesellschaft heilpädagogischer Berufs- und Fachverbände. 2008. Leitlinien zur Professionenentwicklung in der Heilpädagogik. Berlin : Internationale Gesellschaft heilpädagogischer Berufs- und Fachverbände, 2008. [online] [cit. 2008-09-09] Dostupné na: <http://www.europaed.eu/html/2500-leitlinien.shtml>.
- JELÍNKOVÁ, Jana – KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. 2007. Konceptce oboru ergoterapie. Praha : Česká asociace ergoterapeutů, 2007. [online] [cit. 2008-09-10] Dostupné na: <http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=13>.
- MÜLLER, Oldřich. 2002. Léčebná pedagogika v Čechách aneb dobře ukrytý problém. In E-Pedagogium : Nezávislý odborný časopis určený pedagogickým pracovníkům všech typů škol. 2002, č. 2 mimoriad., ISSN 1213-7499. [online] [cit. 2007-01-19]. Dostupné na: <http://epedagog.upol.cz/eped2.2002/mimo/index.htm>.

- MÜLLER, Oldřich. 2005. Terapie ve speciální pedagogice : teorie a metodika. 1. vyd. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- SPECK, O. 1991. System Heilpädagogik : Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München, Basel : Ernst Reinhardt, 1991. Podľa HORŇÁKOVÁ, Marta: Liečebná pedagogika. Bratislava : Perfekt, 1999. ISBN



**Název příspěvku:** Význam ergoterapie v rehabilitaci starších osob

**Autor:** Bc. Jindřiška Pulkertová, DiS.

**Pracoviště:** MNNP Praha 9

Celosvětové stárnutí populace vyžaduje zaměření pozornosti společnosti, politiky i ekonomie na péči o starší osoby. Podle demografických prognóz se v roce 2050 počet lidí ve věku 65 let a více téměř zdvojnásobí. Dnes lidé tohoto věku tvoří v ČR 14,6% obyvatel, v roce 2050 je očekáván nárůst na 31,3%.

Nemoc či poranění ve vyšším věku s sebou přináší řadu specifických problémů jež zasahují všechny složky osobnosti člověka, tj. fyzický a psychický stav, sociální i duchovní oblast. Ovlivnit či zabezpečit všechny tyto oblasti člověka je úkolem rehabilitace. Ergoterapie má bezesporu velmi významnou úlohu v rehabilitaci starších osob.

Výzvy pro ergoterapii v práci se staršími osobami:

- 1, Podpora zdraví
- 2, Multidisciplinární spolupráce
- 3, „Evidence-based practice“ –praxe podložena důkazy

Při terapii seniorů se setkáváme se specifickými zvláštnostmi. Mluvíme o tzv. patologických stavech ve stáří. Jedná se např. o demenci, pády, fraktury, respirační obtíže, cévní mozkové příhody, deprese aj. V terapii těchto stavů je vhodné hodnocení a intervence ergoterapeuta. Cílem příspěvku je postihnout význam ergoterapie v rehabilitaci seniorů, vytyčit nejdůležitější cíle intervence a některé prostředky k jejich dosažení.

**Název příspěvku:** Staré versus současné paradigma. Kde se nachází ergoterapie v ČR?

**Autor:** Bc. Zuzana Rodová

**Pracoviště:** Klinika rehabilitačního lékařství VFN+ LF UK, Praha

**Kontakt:** zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Tento příspěvek jsem vytvořila na základě materiálů, které vznikly jako skupinová práce těchto autorů: Citriny-Hunger, A. (CH), Hafner, M. (D), Kerschbaumer, I. (A), Rodová, Z. (CZ), Möller, M. (CH), Remtula, S. (P), Städler, B. (CH) a Yego, N. (Keňa) 28.8.2008 v rámci European Master of Science in Occupational Therapy.

Paradigmata pomáhají terapeutům porozumět své praxi. Ergoterapeutická (OT) praxe je složena z různých přístupů, metod a hodnot. Tyto součásti paradigmat poskytují profesní identitu (Kielhofner 2004). Praxe v jednotlivých zemích se liší, jelikož jí ovlivňují různé kulturní aspekty. Potřeby klientů v rámci jednotlivých kultur jsou rozdílné. Proto, abychom se jako ergoterapeuti mohli lépe identifikovat se svou profesí, měli bychom více rozumět její filosofii i kulturním aspektům.

Pro fungování profese jako celku je důležité úzké propojení mezi teorií, praxí a ergoterapeutickým výzkumem (OT research) i ergoterapeutickou vědou (OT Science). Tyto složky se mezi sebou ovlivňují a proto se postupně jednotlivá paradigmata mění.

„Staré“ paradigma využívalo mechanistického přístupu, zaměření na poruchu (impairment), využívání pomůcek a prostředků, které nemají vztah k běžnému životu, práce v institucích, terapeut stanovuje cíle terapie a vybírá prostředky, zkušenosti z praxe se předávají ústně mezi terapeuty.

Na rozdíl od toho současné paradigma (contemporary p.) (Kielhofner 2004) využívá holistický přístup ke klientovi, zaměřuje se na provedení činnosti, kvalitu života, wellbeing, smysluplné zaměstnání v kontextu daného prostředí a kultury, přístup Client Centred Practice a praxe založená na důkazech (Evidence- Based Practice-EBP).

Uvedu zde několik myšlenek a nápadů, jak snáze zavést současné paradigma do každodenní praxe:

- vztah terapeut-klient během celého ergoterapeutického procesu, poskytování informací klientovi a jeho rodině ohledně OT profese, zdůvodňování výběrů přístupů na základě EBP
- během celého procesu by ergoterapeut měl přemýšlet o tom jestli využívá EBP (Holm 2000) (Taylor 2007)
- znovuobnovování funkce versus kompenzační strategie
- komunikace a transparentnost ergoterapie vůči ostatním profesím v multidisciplinárním týmu

Na bod, kde přesně se nachází ergoterapie v ČR na lince mezi „starým“ a novým paradigmatickým, se nedá přesně ukázat. Je potřeba ukázat na jednotlivé aspekty. Pokud budeme předpokládat, že všichni ergoterapeuté v ČR pracují přesně podle definice České asociace ergoterapeutů z roku 2008 ([www.ergoterapie.org](http://www.ergoterapie.org)), můžeme hrdě říci, že se nacházíme v rámci současného paradigmatu. Ve své praxi se o to pokouším, ale stále mám pocit, že jsem pouze na cestě někde mezi „starým“ a současným paradigmatickým. Pro terapii částečně využívám pomůcky, které s běžným životem nemají nic moc společného. Na otázku klienta, proč jsem vybrala konkrétní přístup nebo metodu, odpovídám často, že ze svých zkušeností vím, že je to efektivní, ale často tuto informaci nemám podloženou výzkumem/literaturou. Občas jsou odlišné moje priority od těch klientových.

Z výše uvedených důvodů se domnívám, že jsme jako ergoterapeuté v ČR ještě plně do současného paradigmatu neprošli. Nejsme však jediní, většina ergoterapeutů v evropských zemích má podobný pocit, že jsou stále na cestě.

### **Literatura:**

Bowen, R.E. (1996): The Issue is- Should occupational Therapy adopt a consumer-based model of service delivery? American Journal of Occupational Therapy, Volume 50, (899-902)

Fisher, A.G. (1998): Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. 1998 Eleanor Clarke Slagle Lecture. American Journal of Occupational Therapy, Volume 52, Number 7, (509-521)

Kielhofner, G. (2004): Conceptual Foundations of occupational Therapy (3rd edition), Philadelphia, F.A. Davis 64-70

Le Grange, M. (2008): Hanneke van Bruggen. Ein Portrait. Ergoscience 2008, Jahrgang 3, Number 2 (81-83)

Taylor, M.C. (2007): Evidence- Based Practice for Occupational Therapist, Oxford, Blackwell Publishing

<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1> (29.9.2008)

**Název příspěvku:** Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii.  
Kasuistika  
**Autor:** Bc. Martina Vavrochová  
**Pracoviště:** Integrační centrum Zahrada

Jmenuji se Martina Vavrochová a ve svém příspěvku bych vás chtěla seznámit se svými zkušenostmi z Integračního centra Zahrada. Nazvala jsem ho „Integrační centrum Zahrada – prezentace pracoviště, Využití psa jako motivačního prostředku při cílené ergoterapii.“

Ve své přednášce bych 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 Integračním centru je možnost, aby za klienty 2x týdně 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. Prostřednictvím psa se mohou 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 zejména proto, že pes funguje jako silný motivační i facilitační prostředek. V této části konkrétně zmiňuji jednotlivé aktivity, které lze s pomocí psa realizovat. Popisuji způsoby provedení a ukazatele, které jsou pro ergoterapeuta důležité.

V závěru svého příspěvku předkládám kazuistiku 19 letého klienta s kvadruparetickou formou DMO, kombinovanou s pravostrannou hemiparézou, těžkou svalovou dystonií a středně těžkou mentální retardací. S tímto klientem jsem pracovala 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 v rámci terapie účastnil také individuální canisterapie 1x týdně po dobu 45 minut. Při jeho spolupráci se psem jsme zkoušeli 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 je informovat veřejnost o činnosti Integračního centra Zahrada, o projektu docházení canisterapeutických psů do tohoto zařízení a formou kazuistiky přiblížit klientelu, se kterou ergoterapeut v tomto zařízení pracuje. Osobně považuji za přínosné 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](http://www.iczahrada.cz)

**Název příspěvku:** Metoda M. JOHNSTONE -VZDUCHOVÉ DLAHY a jejich využití  
v ergoterapii

**Autor:** Renata Vodičková, DiS.

V rámci svého dlouholetého působení (od 50.let) v rehabilitaci ochrnutých pacientů vyvinula skotská fyzioterapeutka Margaret Johnstone novou léčebnou metodu s nafukovacími dlahami. Její obrovský přínos pro neurorehabilitaci byl oceněn v roce 1990 vyznamenáním UK Chartered Society of Physiotherapy a je dodnes prakticky oceňován stovkami terapeutických týmů v západní Evropě a v Americe, kam se během 80. let metoda rozšířila. Po smrti zakladelky M.J. v roce 2006 byla její metoda aktualizována dle nejnovějších neurovědeckých poznatků, přepracována a přejmenována do podoby konceptu PANat (Update 2007). Využití nafukovacích dlah a rehabilitační metoda M.Johnstone se přesunulo už za jejího života také do oblasti ergoterapie, kde se v kombinaci s ergoterapeutickými pomůckami osvědčilo především v léčbě pacientů s těžkým ochrnutím jako např. CMP, DMO, roztroušená skleróza, hydrocefalus a další vývojové či pouřazové mozkové hybné poruchy. Pakliže se u těchto pacientů přidají k motorickým dysfunkcím ještě perceptivně kognitivní omezení nebo poruchy chování, musí být vyvíjeny individuální léčebné strategie, které umožní účinný senzomotorický trénink s trvalými výsledky. To vše se dá zvládnout v ergoterapii pomocí nafukovacích dlah komplexněji a snadněji. **Základní myšlenkou M. Johnstone bylo:** pracovat s výše uvedenými pacienty ve smyslu proaktivního opatření ke stabilizaci paretických končetin během nácviku nových manuálních dovedností, dále k výcviku síly nebo k prevenci kontraktur. **Využití dlah** je možné rozdělit na 3 základní funkce: 1. Polohování, 2. Zlepšení pasivní hybnosti a 3. Nácvik aktivní motoriky. Fixace celé končetiny nebo její části v dlaze, popř. ve více dlahách současně umožní navodit její fyziologické držení, které by terapeut sám nezvládl srovnat a při pohybu udržet. Protaháním zkrácených svalů, fascií, kloubních pouzder a šlach se navozuje přes jejich proprioceptory snížení dráždivosti = snížení excitace v příslušné oblasti CNS. Nová situace neuronální sítě se projeví inhibicí všech zúčastněných myofasciálních řetězců. Tím se pacientovi zásadně zlehčí pohyb kořenových kloubů bez patologické reakce zbývající části končetiny, dosáhne lépe kontroly nad svou paretickou končetinou. V takto fixované fyziologické pozici končetiny lze např. získat oporu nebo vyvinout sílu. Cíleně se tak můžeme zaměřit např. na posilování a fyziologickou hybnost ramenního a kyčelního pletence bez rizika zvýšit touto aktivitou napídací reflexy, svalový tonus či poškodit klouby. Pro terapeuta je práce s paretickou končetinou snadnější a efektivnější. Různé formy a velikosti dlah slouží k účelově zaměřené pozici končetiny pro konkrétní ergoterapeutický nácvik nové motorické dovednosti.

Dlouhodobým působením měkkého teplého materiálu, jemným a difusním tlakem dlahy dochází při cvičení a částečně i při polohování: a) k pozitivnímu ovlivnění mikrocirkulace v postižených tkáních, b) ke korekci svalového tonu a plasticity fascií, c) k uvolnění desmogeních struktur, d) k centralizaci příslušných kloubů, e) k tlumení patologické práce CNS (např. napídací reflex) f) k normalizaci proprioceptivních reakcí.

Metoda Margaret Johnstone s nafukovacími dlahami plní hned několik **funkcí:**

1. zmírňování a předcházení rozvoje kontraktur končetin
2. udržování končetin ve fyziologické pozici nebo v pozici blízké se fyziologickému držení mění přes proprioceptory nastavení v CNS

3. fixují dosažené výsledky rehabilitace, jak fyzioterapie, tak i manuální terapie (např. Synergetické reflexní terapie dle Dr. Paffenrota)
4. pomáhají při nácviku pasivního i aktivního pohybu nacvičovat a prožívat fyziologické postavení či funkci končetin, usnadňují práci terapeuta
5. usnadní ošetřujícímu personálu (např. v LDN) polohovací práci pacienta
6. u pacientů s kombinovaným zrakovým postižením zesilují smyslové vnímání a působí psychicky velmi pozitivně.

Výcvik ergoterapeutů v metodě M. Johnston s nafukovacími dlahami povedu pravidelně v 6 denních kurzech s cílem: nacvičovat pomocí nafukovacích dlah v kombinaci s různými ergoterapeutickými pomůckami manuální dovednosti pacientů, celkovou tělesnou obratnost a sílu vždy podle jejich praktických potřeb každodenního života; pomáhat jim tak získat větší soběstačnost a možnost přirozeného pohybu.

**Název příspěvku:** Vliv mezinárodních kontaktů na rozvoj ergoterapie u nás v průběhu posledních dvaceti let (rekapitulace na základě vlastních vzpomínek)  
**Autor:** Doc. MUDr Jiří Votava  
**Kontakt:** jiri.votava@volny.cz

To, že se dnešní česká ergoterapie zásadně liší od stavu dejme tomu před dvaceti lety, je z velké míry způsobeno mezinárodními vlivy a tedy i kontakty, které jsme v průběhu let rozvíjeli. Ve svém příspěvku bych chtěl především těm mladším připomenout vývoj, který v této době proběhl. Určitým podnětem pro jeho napsání bylo i to, že jsem měl letos možnost se účastnit jak Evropského kongresu COTEC v květnu v Hamburgu, tak i shromáždění ENOTHE v září v Berlíně, obojí díky podpoře ze strany University J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Tyto zážitky mi daly možnost srovnávat se staršími zkušenostmi. Na základě toho bych zde nabídl některé své názory na toto téma.

Vlastně některé pro ergoterapii důležité kontakty jsem navázal i prostřednictvím celosvětové organizace Rehabilitation International, jejímž programem je již řadu desetiletí ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Právě před 20 lety se v rámci 16. světového kongresu v Tokiu setkal s paní Maud Mallick z Pittsburgu v USA, známé autorky knih o termoplastickém dlahování. Již ona byla velmi vstřícná a projevila snahu rozvoji naší ergoterapie pomoci. A před 10 lety jsem se na azijské konferenci Rehabilitation International v Hong Kongu (kde jsme propagovali chystanou pražskou Mezinárodní Abilympiádu) setkal poprvé s paní Karen Jacobs a tento kontakt nakonec vedl k nynějšímu workshopu.

Ale především bych se chtěl zmínit o Evropských ergoterapeutických kongresech (dříve konferencích). Ty se konají každé 4 roky pod patronací COTECu, čili Rady Ergoterapeutů v Evropských Zemích. Začátek české spolupráce s evropskými ergoterapeutkami a jejich organizacemi je spojen s naší účastí na 4. Evropské konferenci v Ostende v Belgii v r. 1992 Z toho lze usoudit, že první konference se konala v roce 1980 a českoslovenští zástupci se jí zřejmě neúčastnili. Od roku 1992 byla až dosud česká účast pravidelná: 5. kongres 1996 v Madridu (Z. Dudáková), 6. 2000 v Paříži a 7. 2004 v Athénách (účast M. Krivošíková). Účastníků mohlo být možná více, letos na 8. kongresu v Hamburgu se kromě mne účastnily aktivně i Marie Vítková a Katka Moravčíková. Příští kongres je plánován na rok 2012, a to do Stockholmu.

Termíny pro Evropské kongresy jsou vybrány tak, aby byly v mezidobí mezi celosvětovými kongresy WFOT (World Federation of Occupational Therapy). Ty byly v roce 1990 v Austrálii, 1994 v Londýně, 1998 v Montrealu, 2002 ve Stockholmu, 2002 v Sydney znovu v Austrálii a na rok 2010 se chystá kongres v Santiagu v Chile. Logická úvaha mě vede k tomu, že další kongres WFOT se bude v roce 2014 v Evropě.

Jak jsem se zmínil již ve svém loňském příspěvku, v roce 1992 jsme se zúčastnili v Ostende (kromě mne paní Kolesová, Navrátilová, Mgr Pitřmanová a Špičková) jako jediní zástupci bývalých komunistických zemí a byli jsme velmi srdečně přivítáni.



O dva roky později na kongresu WFOT v Londýně, kde byla třeba i Zdena Faltýnková, jsme své kontakty upevnili a byli jsme pozváni spolu se Slovinci jako pozorovatelé do COTECu, tedy hlavní evropské ergoterapeutické organizace. Naší zástupkyní (tedy zástupkyní ČAE) se tam stala Zuzana Dudáková, čímž hlavní mezinárodní kontakt přešel do řad ergoterapeutů. COTEC v té době také cesty Zuzany Dudákové finančně podporovala.

Dalším krokem pak byla naše účast na založení ENOTHE, tedy Evropské organizace ergoterapeutických škol. Hanneke van Bruggen, jejíž jméno by si měli zapamatovat i ti z vás, kdo jej ještě neslyšeli, byla tehdy prezidentkou COTECu. Z této funkce iniciovala vznik ENOTHE, k čemuž došlo v Aalborgu, v Dánsku na podzim 1995. Hanneke mě tam pozvala jako zástupce 1. lékařské fakult, kde už tehdy výuka ergoterapie probíhala. Současně tam dorazily autem tři zástupkyně ostravské VOŠky, která je tedy také zakládajícím členem ENOTHE. Před shromážděním ENOTHE se konala schůzka COTECu, které se účastnila i Mária, tehdy Faktorová, a to jako zástupkyně Slovenska. Lze říci, že od roku 1995 se zástupci naší fakulty každoročních shromáždění a konferencí ENOTHE pravidelně účastnili, a to (pokud si vzpomenu) 1996 v Madridu, 1997 v Düsseldorfu v Německu, 1998 v Yorku v Anglii, 1999 v Ljubljani, 2000 v Athénách, 2001 nevím, 2002 v Estorialu v Portugalsku, 2003 bylo úspěšné shromáždění v Praze, 2004 pak v Paříži, 2005 ve Vídni bez naší účasti, 2006 v Ankaře v Turecku, 2007 v Corku v Irsku. Z tohoto přehledu je patrné, že se až dosud při evropských kongresech konalo ve stejném místě i shromáždění ENOTHE. Letos se tedy tato tradice porušila.

Bohužel Ostravská škola ani žádná další česká škola se těchto shromáždění ENOTHE neúčastnila a členem ENOTHE není. Problémem pochopitelně může být hrazení cestovních výdajů i samotný členský poplatek, přesto však by měly školy tyto mezinárodní kontakty udržovat a já se snažím podnítit ke školství školu v Teplicích (dříve Ústí). Během let se také v rámci ENOTHE vytvořila a zaktivizovala studentská sekce. Naši studenti se velmi aktivně, jako organizátoři, účastnili shromáždění v Praze a už před tím byli pozváni do Portugalska. Od té doby se však zdá, že je účast českých studentů i z Prahy je nad naše možnosti. Přitom letos v Berlíně se účastnilo 250 studentů a jenom 225 pedagogů a studenti měli, jako už i dříve, vlastní sekce, v nichž vypracovávali samostatné projekty.

Hanneke iniciovala, hned v návaznosti na založení ENOTHE, mezinárodní Tempus projekt k zdokonalení studia ergoterapie na 1.LF v Praze. Byl jsem jeho navrhovatel a podařilo se nám získat za partnery krom Nizozemců i Skoty a Švédy.

Schválení tohoto projektu pak umožnilo organizovat v průběhu jeho trvání (1996-1999) v Praze semináře zahraničními lektory - ergoterapeutů, kterých se účastnili, jak si někteří vzpomínáte, nejen účastníci z řady českých pracovišť, ale také propagátoři ET z řady zemí ze střední a východní Evropy. Na konci projektu, v r. 1999, zorganizovala Hanneke van Bruggen v Praze setkání zástupců těchto zemí, další rok pak podobné setkání i Polsku, kterého se účastnila Mária Faktorová. Vše jsem pozoroval z jisté vzdálenosti a s odstupem více než 10 let mohu vyjádřit své ocenění toho, jaké úsilí podpoře rozvoje ergoterapie v „nových státech“ Hanneke a další

věnovali a jaké úspěchy či neúspěchy lze během let při tomto úsilí pozorovat. Vyslovuji zde svoje názory a budu rád, pokud mě někdo doplní či zkoriguje.

Mezi nejaktivnějšími byli od počátku Slovinci, kteří představovali vlajkovou loď ergoterapie v bývalé Jugoslávii. Poměrně značného vývoje dosáhli v posledním desetiletí i Chorvati a Srbové, jsou členy obou evropských organizací a aktivně vystupovali v Hamburgu. Oproti tomu Bosna a Hercegovina, kde byli po občanské válce OT ze západních zemí, vlastní školu zřejmě nemá.

Z baltských zemí jsou nejaktivnější Lotyšci, kteří měli při rozvoji vysokoškolské výuky podporu především ze Švédska, ovšem také Litevci a Estonci již mají vlastní ergoterapii. Anglicky komunikují se západními zeměmi, ale byl jsem přítomen Baltské ergoterapeutické konferenci, kde se dorozumívali se rusky. Rusové mají nějaký program v Petrohradě a Archangelsku, Bělorusové se účastnili schůzek před 10 lety, ale v současnosti o nich slyšet není, na probuzení čekají i Ukrajinci. Od r. 2003 rozvinula Hanneke projekt vzdělání pro Gruzince a Armény s dobrými výsledky. Zájem o rozvoj ergoterapie měli také Uzbeki, jejich zástupkyně byla v Praze v roce 2003, bohužel však krátce na to zemřela a iniciativa pohasla..

Rumuni a Poláci se účastnili již první schůzky v Praze, ale zdá se, že rozvoj ergoterapeutického vzdělání u nich probíhá jen pomalu a nedokonale, což je škoda vzhledem k velikosti a významu těchto zemí. Maďaři se dlouho k rozvoji ergoterapeutické školy chystali, nyní snad působí v Péči, na mezinárodním fóru se neprojeví. Naši přátelé na Slovensku uvažovali o zavedení výuky třeba při Trnavské univerzitě či v návaznosti na Rehabilitační centrum v Kováčové, zatím bez efektu.

Překvapivý zvrát nastal v Bulharsku, kde řadu let nebylo nic nebo jen neúspěšné snahy. Nyní existuje studium v Russe a představitelka této školy Liliya Todorova byla v Berlíně podruhé zvolena do výboru ENOTHE, kde je viceprezidentkou a vystupuje velmi aktivně.

Na Evropském kongresu COTEC v Hamburgu měli zástupci řady zemí střední a východní Evropy aktivní účast. Z aktivní účasti vyplynula i výhoda neplacení registračního poplatku. V Berlíně na shromáždění ENOTHE byla účast těchto zemí podstatně menší, ani Lotyšsko či Slovinsko neměly zastoupení. Důvodem mohla být i nutnost platit registrační poplatek či vůbec nesnadnější získávání financí na zahraniční cesty.

Ze všech uvedených faktů mi vyplynulo několik úvah:

Rozvoj ergoterapie v zemích střední a východní Evropy je významný a velmi pozitivní proces s řadou úspěchů, ale i nezdarů. Čeští ergoterapeuti na jedné straně mohou být vděční za podporu, kterou v nedávné minulosti ze zahraničí získali, na druhé straně pak mají v současné době dobré předpoklady se v určité míře tohoto procesu sami aktivně účastnit jako přednášející z těchto důvodů:

- 1) Již dostatečné trvání praktické zkušenosti kvalifikovaných ergoterapeutů (více než 10 let u prvních absolventů).
- 2) Větší podobnost situace u nás a v jiných „nových“ zemích ve srovnání se zkušeností v zemích západních.

- 3) Poměrně slušné jazykové znalosti angličtiny, často na základě pobytu v západních zemích.
- 4) V některých případech i jazyková blízkost s místními jazyky.

Předpokladem takové účasti by jistě byly finanční zdroje, které lze získat v některých případech ze schválených grantů.

**Česká asociace ergoterapeutů**

[www.ergoterapie.org](http://www.ergoterapie.org)

[info@ergoterapie.org](mailto:info@ergoterapie.org)