



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**21. CELOSTÁTNÍ ODBORNÁ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

TÉMA „KREATIVITA A INOVACE“

**Pedagogická fakulta UK v Praze
29.-30.5. 2009**

Sborník příspěvků z 21. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů

Praha, 29.-30.5. 2009

Příspěvky byly předneseny na **21. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v prostorách Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze ve dnech 29.-30.5. 2009.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Albertov 7, 128 00 Praha 2,
www.ergoterapie.cz, www.ergoterapie.org, 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 konference: Mgr. Jana Jelínková, Bc. Anna Jersáková, Bc. Kristýna Kölbllová, PaedDr. Eva Matějčíková, Bc. Olga Nováková, Bc. Tereza Šťastná, Bc. Zuzana Rodová, Bc. Marcela Kryski, Mgr. Ludmila Šajtarová, Jitka Štěpánková, DiS.

© Česká asociace ergoterapeutů, 2009

ISBN 978-80-254-4521-1

Program konference

Pátek-29. 5. 2009

9:30-10:15 Registrace účastníků konference

10:25 Zahájení konference

10:30-12:30 Odborný program- I. část

10:30-11:00 Švestková, O.: Zákon o rehabilitaci v ČR a praktická aplikace ICF

11:00-11:30 Kulišťák, P.: Využití počítačových programu v kognitivní rehabilitaci

11:30-12:00 Vyskotová, J.: Využití Testu manipulačních funkcí s použitím stavebnice Ministav v ergoterapii

12:00-12:30 Kazmarová, L.: Horní končetina z pohledu Spirální dynamiky

12:30-12:45 Diskuze k předneseným příspěvkům

12:45-13:45 Přestávka na oběd

13:45-15:30 Odborný program- II. část

13:45-14:30 Baptie, J. a P.: Handle přístup

14:30-15:15 Svobodová, J.: Role ergoterapeuta v cílené přípravě dítěte s postižením na školu

15:15- 15:30 Diskuze k předneseným příspěvkům

15:30-16:00 Přestávka s občerstvením

16:00-17:00 Odborný program- III. část

16:00-16:25 Brčka, J., Čábelková, V.: Doma zhotovené pomůcky na míru za pár korun

16:25-16:50 Steinová, D.: Trénování paměti jako efektivní nástroj ke zvýšení sebevědomí seniorů

16:50-17:00 Diskuze k předneseným příspěvkům

17:10-18:00 Zasedání valné hromady ČAE

Sobota-30. 5. 2009

Dopolední program:

9:00-10:30 Odborný program- I. část

- 9:00-9:25 Moravčíková, K.: Ergoterapeut v sociálních službách aneb kreativita v poradenství ohledně kompenzačních pomůcek
- 9:25-9:50 Málková, I.: Kreativita a aktivita: Co mají společného?
- 9:50-10:15 Dohnálek, J.: Vlastní zkušenost pacienta a pohled na ergoterapeuta
- 10:15-10:30 Diskuze k předneseným příspěvkům

10:30- 11:00 Přestávka s občerstvením

11:00-12:15 Odborný program- II. část

- 11:00-11:25 Guřan, Z.: Stupňovaná motorická představa a virtuální trénink v rehabilitaci
- 11:25-12:10 Nováková, O., Rodová, Z.: Evidence Based Practice- Jak se s tím kreativně vypořádat?- workshop
- 12:10-12:15 Diskuze k předneseným příspěvkům

12:15-13:15 Přestávka na oběd

13:15-15:00

- 13:15-13:40 Medková, T.: The Eden Alternative – nový pohled na stáří a na péči o seniory
- 13:40-14:05 Benešová, A.: Rizika pádů a následné využití ergoterapie nejen u pacientů po CMP
- 14:05-14:30 Cholevíková, T.: Ergoterapie revmatické ruky - náhrady MP a PIP kloubů
- 14:30-14:55 Vlasáková, B., Růžencová, H.: Kazuistika - Ergoterapeutická intervence u klienta po traumatické amputaci LHK a LDK
- 14:55-15:00 Diskuze k předneseným příspěvkům

15:00 Ukončení konference, předání certifikátů

OBSAH

1.	Baptie, J. a P.: Handle přístup	6
2.	Benešová, A.: Rizika pádů a následné využití ergoterapie nejen u pacientů po CMP	11
3.	Guřan, Z.: Stupňovaná motorická představa a virtuální trénink v rehabilitaci	13
4.	Cholevíková, T.: Ergoterapie revmatické ruky - náhrady MP a PIP kloubů	15
5.	Kazmarová, L.: Horní končetina z pohledu Spirální dynamiky	16
6.	Kulišťák, P.: Využití počítačových programu v kognitivní rehabilitaci	17
7.	Málková, I.: Kreativita a aktivita: Co mají společného?	19
8.	Medková, T.: The Eden Alternative – nový pohled na stáří a na péči o seniory	22
9.	Moravčíková, K.: Ergoterapeut v sociálních službách aneb kreativita v poradenství ohledně kompenzačních pomůcek	23
10.	Nováková, O., Rodová, Z.: Evidence Based Practice- Jak se s tím kreativně vypořádat?- workshop	25
11.	Steinová, D.: Trénování paměti jako efektivní nástroj ke zvýšení sebevědomí seniorů	27
12.	Svobodová, J.: Role ergoterapeuta v cílené přípravě dítěte s postižením na školu	31
13.	Vlasáková, B., Růžencová, H.: Kazuistika - Ergoterapeutická intervence u klienta po traumatické amputaci LHK a LDK	32
14.	Vyskotová, J.: Využití Testu manipulačních funkcí s použitím stavebnice Ministav v ergoterapii	34

Název příspěvku: HANDLE® přístup - Holistický přístup k neurovývoji a efektivitě učení „CHOVÁNÍ JE KOMUNIKACE“

Autoři: Jana a Paul Baptie, Certifikováni v HANDLE® přístupu
Pracoviště: ve spolupráci s Mezinárodním HANDLE Institutem
Rozvíjej se
Kontakt: handle@email.cz, Tel: 558 694 017, Mob J: 607 600 341, Mob P: 721 628 550, www.rozvijejse.cz, www.handle.org (v angličtině)

Dobrý den, vítejte na dostaveníčku s HANDLE® přístupem ☺. HANDLE je terapeutický přístup k neurovývojovým odlišnostem. Lidé s těmito odlišnostmi často získávají následujícími diagnózy a „nálepky“

<ul style="list-style-type: none">• poruchy autistického spektra• poruchy učení (dyslexie, dysgrafie)• poruchy pozornosti, ADHD• poruchy vývoje řeči• poruchy paměti• poruchy chování• DMO, dyspraxie• Tourettův syndrom• stavy po úrazech mozku• stavy po mozkových příhodách• CHARGE syndrom a jiné syndromy	<ul style="list-style-type: none">• schizofrenie, deprese• obsesivně kompulsivní porucha• organizační problémy• problémy s efektivitou v práci• obtíže v sociální interakci• potíže se spánkem• neobratnost a nekoordinovanost• poruchy rovnováhy• potíže s couváním a parkováním ☺• inkontinence a další
--	--

HANDLE vidí diagnózu jako způsob, jak popsat skupinu symptomatických projevů a chování. HANDLE jde za hranice těchto diagnóz a hledá kořeny daných projevů a chování. HANDLE přístup vidí chování jako komunikaci a snaží se pochopit, co daná chování komunikují.

Pokud se Mirek pořád vrtí, je to proto, že je neposlušný nebo proto, že má zvýšenou citlivost na hmat a když sedí na židli, je to jako by seděl na smirkovém papíře?

Když se Petr nechce účastnit aktivit ve skupině, je to proto, že je pro něj těžké být v blízkosti jiných lidí, protože si není jistý ve svém vlastním těle a cítí se nepříjemně, když nemůže předvídat pohyb lidí kolem sebe? Nebo mu vadí hluk, protože má příliš citlivý sluch? Anebo naopak Petr špatně slyší a je pro něj jednodušší komunikovat a rozumět v interakci s jedním člověkem? Možné je také to, že si chce danou aktivitu nejprve prohlédnout a připravit se na ni.

A co Marie, která bouchá a strká do lidí? Jsou její smysly velmi citlivé a ona se jen snaží ochránit se před nepříjemnými podněty? Nebo se boucháním snaží získat informace o svém vlastním těle, aby se cítila bezpečněji? A nebo se nám snaží říct jediným způsobem, který zná, že se jí něco nelíbí?

HANDLE hledá kořeny obtíží, a nesnaží se jen maskovat příznaky. Je to metoda neinvazivní, nepoužívá léky ani drahé pomůcky. Je vytvořen jako **nástroj k tomu, aby si člověk sám nebo s pomocí rodiny a profesionálů mohl zlepšit funkce nervového systému a proces učení.**

HANDLE se dívá na jedince jako na celek – jeho vnější a vnitřní prostředí a vývoj od početí po současnost – a používá tyto informace k určení toho, jak pro něj pracují jeho neurovývojové systémy. Organizace těchto senzo-motorických systémů je hierarchická, vývojová a interaktivní. **Jednotlivé systémy jsou na sobě vzájemně závislé a navzájem se podporují.** Pokud jsou nepravdivosti v jednom či více systémech, ovlivní to funkčnost celého člověka. Zároveň může jeden systém zastoupit/kompenzovat za jiný systém. **Nepravdivosti v hierarchických a vývojových funkcích proto ovlivňují kvalitu života a všechny formy učení (pohybové, řečové, akademické či sociální).**

Jen pro názornost uvádíme **některé** neurovývojové systémy, se kterými HANDLE přístup pracuje:

Vestibulární systém

Vnitřní ucho, kde sídlí vestibulární systém, není odpovědné jen za naši schopnost slyšet, ale díky němu jsme také schopni zpracovávat informace o pohybu, gravitaci, rovnováze a prostoru. Vestibulární systém je základem pro mnoho dalších neurovývojových systémů a jeho nedostatečné fungování může způsobovat problémy projevující se

v mnoha oblastech, od chybného řazení sluchových vjemů přes potíže se čtením až po cestovní nevolnosti (kinetózy).

Taktilní (hmatový) systém

Když se podíváme na lidské tělo, uvědomíme si, jak velká část těla je pokrytá kůží. Hmat hraje zásadní roli v tom, jak vnímáme sami sebe a jak reagujeme na své okolí. Dysfunkce hmatového systému může vést k problémům se psaním, péčí o tělo a se sociální interakcí.

Propriocepce

Propriocepce je funkce mozku spočívající v neuvědoměném vnímání těla v prostoru. Pokud mozek dostává od těla nepřesné informace ohledně polohy těla v prostoru, může to negativně ovlivnit spánek, pozornost a sociální interakci.

Kinestézie

Kinestézie je pocit, který má vaše tělo při pohybu. Zapamatování si pohybu svalů je částečně odpovědné za úspěch člověka v činnostech jako jsou jízda na kole, psaní nebo řeč.

Zrakový (vizuální) systém

Že je zrak důležitý pro učení a chování, to je dobře známý a uznávaný fakt. Pravidelně se také testuje ostrost zraku u dětí. Ale zdravý zrak znamená o mnoho více než je ostrost 20/20 (tedy ostrost zraku, kde není třeba korekce brýlemi). Pro úspěšné zvládnutí všech akademických dovedností je naprosto zásadní, aby oči byly schopny se ve vzájemné spolupráci zaměřit na jeden bod (binokulární vidění) a pohybovat se hladce po řádku slov v textu (sledování očima).

Interhemisférická integrace

Slabé spojení mezi dvěma stranami mozku může být důvodem mnoha problémů v akademické, sociální i behaviorální oblasti. Je nutné, aby pracovaly obě části mozku, protože jen tak lze patřičně vyvážit logické myšlení a emoce, detaily a celkový pohled a dosáhnout optimální úrovně dovedností v oblasti řeči a učení na všech úrovních.

Pokud něco brání jednotlivým systémům, aby fungovaly efektivně, způsobuje to stres v daných systémech a v systémech, které s nimi souvisí. Systémy ve stresu se uzavrou; jedinec je méně efektivní; může mít obtíže s vykonáním věcí, které chce dělat; je lehce unavitelný; může se chovat matoucím/záhadným či nechtěným způsobem či může dělat věci způsobem, který ostatní považují za 'jiný' nebo 'zvláštní'.

HANDLE staví na vědecky prokázaných faktech z řady disciplín (rehabilitace, psychologie, neurovědy, lékařství, speciální pedagogiky, výživy apod.). Vychází mimo jiné z následujících poznatků, že nervový systém je schopný se neustále adaptovat, že struktura mozku je tvarována vlivem stimulace, kterou mozek dostává a že mozek je schopen se zotavit z chorob a úrazů. Dále chápe, že pohyb, podpořený

správnou výživou organizuje zpracování informací, ovlivňuje biochemickou rovnováhu v těle a pomáhá tvarovat vlastní strukturu mozku. Rovněž staví na poznatku, že nervový systém, zvláště jeho slabé části, reaguje stresem na přemíru stimulace. Systém ve stresu přestane pracovat.

HANDLE využívá nesoudící pozorovací vyšetření a podrobné rozhovory k vytvoření neurovývojového profilu (jakési mapy toho, jak jednotlivé smysly a nervový systém konkrétní osoby fungují). Nevytváří žádná bodová hodnocení ani „skóre“ a neoznačuje člověka pomocí diagnostických nálepek. Během vyšetření sledujeme především to, jak klient jednotlivé úkoly provádí, jelikož to nám dává informaci o fungování jeho nervového systému a smyslů. Musí si k tomu lehnout, musí si zakrýt jedno oko, musí se točit na židli? Důležitým principem je, že vždy komunikujeme s osobou, pro kterou program vytváříme. A nevádí, že třeba nemluví. I držení těla, posunky či pohled jsou způsobem komunikace...

Na základě informací získaných během pozorovacího vyšetření a z podrobného dotazníku a rozhovoru HANDLE praktik nebo screener vytváří pro každého klienta **individualizovaný program jednoduchých pohybových** aktivit, jež vyžadují pouze několik jednoduchých pomůcek. HANDLE program se skládá přibližně ze 6 až 13 cviků a zabere 15 až 30 minut. Tyto aktivity jsou jednoduché na provedení, ale neurologicky komplexní. Při jejich provádění je důležité poslouchat naše tělo a vnímat, kdy dosáhlo hranice stresu. HANDLE přístup staví na zásadách, že méně je více a pomaleji je rychleji. Spolu s aktivitami doporučíme i správnou výživu, která, jak je všeobecně známo, ovlivňuje procesy v našem těle i funkci mozku. Prostřednictvím **pravidelné, jemné a pozvolné stimulace** tyto aktivity **posilují oslabené funkce a mohou zlepšit funkce nervového systému a proces učení**.

Každý HANDLE praktik má svůj program a může doporučit HANDLE z vlastní zkušenosti.

ZÁKLADY HANDLE® PŘÍSTUPU

Holistický

- HANDLE je systémový přístup zahrnující mimo jiné centrální nervový systém, vegetativní nervový systém; imunitní systém; zažívací systém; zrakový systém, rodinný systém a další.
- HANDLE zahrnuje informace o tom, jak se vnější prostředí jedince a jeho vnitřní konstituce navzájem ovlivňují.
- HANDLE teorie a praxe zahrnuje vědomosti a poznatky z mnoha disciplín.
- HANDLE si vychází z toho, že nic neexistuje samostatně a vše souvisí se vším

Přístup

- HANDLE oslovuje klienta, bez ohledu na věk a předpokládané schopnosti
- HANDLE bere v potaz sociálně-emocionální faktory spolu s fyziologickými vývojovými stádii a nabízí aktivity, které posilují nervový systém a zároveň respektují psychiku
- HANDLE vidí chování jako komunikaci, a nikoli jako symptom, který je potřeba zamaskovat nebo kontrolovat
- HANDLE chápe, že standardizace je pouze koncept, který není slučitelný s realitou a který neuznává individuální rozdíly
- HANDLE využívá Gentle Enhancement™ (Jemné posilování) jak během vyšetření tak během aplikace individuálních programů

Neurovývoj

- HANDLE vychází z poznatků, že neuroplasticita je celoživotní proces, během něhož je nervový systém (včetně mozku) ve stavu neustálé adaptace
- HANDLE chápe vliv dosavadního vývoje a budoucích aspirací na chování v současnosti
- HANDLE vychází z toho, že pohyb podpořený správnou výživou:
 - organizuje zpracování podnětů v mozku
 - ovlivňuje biochemii těla
 - pomáhá tvarovat vlastní strukturu mozku

Učení

- HANDLE ovlivňuje všechny formy učení: akademické, jazykové, motorické, sociální...
- HANDLE terapeuticky využívá jev zvaný 'vnitřní nácvik', a s využitím tohoto 'vnitřního nácviku' může modifikovat rodinné charakteristické rysy prostřednictvím doma prováděných programů

Efektivita

- HANDLE chápe, že systémy ve stresu se neposilují.
- HANDLE podporuje zachování našich přirozených zdrojů ke zlepšení duševní i tělesné pohody
- HANDLE využívá principu Gentle Enhancement™ (tzv. jemné posilování) jak v procesu vyšetření tak během vlastního HANDLE programu

Název příspěvku: Rizika pádů a následné využití ergoterapie nejen u pacientů po CMP

Autor: Alena Benešová
Pracoviště : Hamzova odborná léčebna, Luže Košumberk
Rehabilitace II. – ergoterapie, pav. F
Kontakt: benesovaal@seznam.cz

S riziky, příčinami i důsledky pádů se setkáváme v běžném životě neustále, s následky pádů pak často „zápasíme“ na rehabilitaci či ergoterapii. U pacientů po CMP je riziko pádu velmi vysoké, neboť je zde ještě i častá přítomnost mnoho-četných orgánových patologií, které s tímto postižením přímo či nepřímo souvisí.

30% seniorů si přivodí pád v domácím prostředí a pád je nejčastější příčinou úrazu, kdy může dojít k poranění hlavy, kostí, měkkých struktur nebo až ke smrtelnému zranění. Statistika říká, že ke 20% pádů dochází v domácím prostředí, ke 20% v nemocnicích, ke 40-60% v léčebnách a u 1/4 pacientů dochází k pádům opakovaně.

Příčinami pádů u pacientů nejen po CMP jsou například zhoršující se zrak, snížená citlivost DKK a tím i zhoršená propriorecepce, poruchy rovnováhy, závratě, degenerativní změny CNS, úbytek svaloviny, omezení hybnosti, nižší PM tempo, horší orientace, poruchy držení těla, nestabilní chůze, deformity DKK, nevládnuté přesuny, nevhodně použitá komp. pomůcka, chybějící dohled, poruchy kogn.funkcí, demence, epilepsie, prostá nehoda apod..

S důsledky se setkáváme i na ergoterapii, kam přicházejí pacienti po úrazech hlavy, měkkých tkání, po zlomeninách DKK, ale nejčastěji po úrazech HKK.

Praktické využití ergoterapie při těchto úrazech (doplněno fotodokumentací):

Po úrazech pánve a DKK provádíme např. nácvik přesunů z lůžka, vozíku, na WC, do vany, nácvik jízdy na mech. vozíku, trénink stoje, chůze apod.. Po poranění pletence ramenního či horní části HK využíváme např. didaktickou kostku, výtvarnou činnost, pomůcky na provlákání provázku s jeho různou délkou, přemísťování různě tvarovaných předmětů,...

U stavů po zlomeninách předloktí, zápěstí a prstů zařazujeme nácvik stříhání, aktivity s využitím bimanuální kooperace, trénink funkčních schopností ruky - spojení např. s keramikou, posilovacími předměty na prsty - kolíčky, terapeutickou hmotou,... V neposlední řadě trénujeme taxi, obratnost a rychlost při aktivitách.

Při úrazech hlavy, kdy dojde k postižení kognitivních funkcí – např. trénujeme:

paměť - používáme mimo jiné PC, barevné sudoku, pexeso,...

myšlení - konstrukční pomůcky, tangramy, různé hry,...

učení – mapy, čísla, skládačky, logico,...

orientace - hodiny, mapy, procházky s cílem,...

organizační schopnosti – vaření, oblékání, různé postupy v dílně,...

řeč a písmo – slovní hry, scrabble, křížovky, písanky pro I. ročník, piktogramy,...

komplexní činnosti při funkčním postižení – domácí práce, sebeobsluha – oblékání, ...

Důležitá je i prevence pádů či úrazů. Sem zahrnujeme mimo jiné zabezpečení bezbariérového, přehledného, čistého a bezpečného prostředí, využívání protiskluzných podložek, vhodných opěrných a kompenzačních pomůcek, pevné obuvi, pac. poučíme o tom, jak je důležité dbát na šetrnou vertikalizaci, pravidelnost cvičení, vhodnou stravu, apod.. Při opakovaných pádech pořídit signalizační zařízení, stále trénovat bezpečné přesuny, zabezpečit dohled, vhodné a bezpečné lůžko, upravit koupelnu i WC, neustále pacienta edukovat,...

Cílem této ergoterapie by měla být mimo jiné i podpora zdraví, smysluplné zaměstnávání při cílené ET, trénink plánovacích schopností, udržení si správných pracovních návyků a usilování o návrat pacienta do stavu před úrazem nebo zlepšení stavu, využití vhodných kompenzačních pomůcek.

Název příspěvku: Stupňovaná motorická představa a virtuální trénink v rehabilitaci

Autor: Mgr. Zdeněk Guřan
Pracoviště: Fyzioterapie- nestátní zdravotnické zařízení, Ostrava
Kontakt: email@mujfyzio.cz

Testování motorických a senzitivních funkcí pohybového systému není pouhým testováním síly svalů, rozsahu v kloubu, zhodnocením míry senzitivního výpadků cití na periférii apod. Každý test těchto funkcí je zároveň „testem mozku“ – tj. testem reprezentace daných funkcí, reprezentací zón v mozku. Ergoterapie a fyzioterapie postavená na principech anatomie a biomechaniky, případně patologii tkání, je již vžitá a běžně používaná. Musíme však mít na paměti, že neléčíme pouze anatomickou nebo biomechanickou stránku obtíží, ale snažíme se léčit procesy jako takové – ty souvisí s CNS.

Pohyb a bolest jsou blízkými spojenci: obou využívá mozek k ochraně těla, oba závisí na vyhodnocení aktuálních potřeb a na mapách (obrazech reprezentace) těla v mozku. Model reprezentace – tzv. neuromatrix a model mechanismů bolesti jsou základem pro nové uvažování a strategie terapie v rehabilitaci.

Stupňovaná motorická představa neboli virtuální tělesné cvičení je proces, kdy terapeutickým cílem jsou spíše synapse v mozku a zdraví než vlastní svalové a kloubní tkáně nebo cvičení a zdraví. Virtuální představa znamená cílený trénink tzv. representačních technik, homunkulární stabilizace a také ožívování této představy. Svého cíle dosahujeme použitím rozličných technik jako jsou např. pohyb v představě, sledování pohybu, iluzorních pohybů, pohybů pomocí zrcadel. Terapeutické využití je nejen u pacientů po poškození mozku (CMP, BI), ale také po amputacích, úrazech (zlomeniny, zhmoždění MT), u bolestivých syndromů (CRPS I) a také u stressových a výkonnostních záležitostí (děti, sportovci apod.). Jako každé paradigma, má i toto svá metodická pravidla řešení, intuitivní postoje a hodnocení problémů.

Prvním krokem při využití virtuálních technik a při práci s motorickou představou pohybu je rekonstrukce laterality – tj. obnovení přesnosti a rychlosti identifikace levé a pravé strany těla jako základní předpoklad vnímání vlastního obrazu. Schopnost rozpoznat pravé a levé části těla klade nároky na základní mozkové procesy potřebné pro normální funkci. Problémy v rozpoznávání mohou přispívat k oslabení funkce nebo zvýšení bolestivosti. Trénink laterality se děje pomocí různých technik a aktivit jako jsou např. využití obrazů a fotografií pro rozpoznávání pravé a levé, rozpoznávání pohybu. Tyto schopnosti a jejich rozdíly jsou také přesně měřitelné a je možné rovněž zvyšovat náročnosti na rozpoznání (např. pomocí počítačových programů). Vyšetřujeme tak míru vnímání laterality jedince a jeho schopnosti ji rozpoznat a zároveň také terapeuticky získáváme zpět do obrazu mozku laterality a její vnímání.

Dalším krokem je práce s motorickou představou a obrazem pohybu. Jde o sledování akce a pozice a o jejich napodobení v mysli bez provedení pohybu samotného. Princip vychází z poznatků, že okolo 25% neuronů v mozku je tzv. „zrcadlových neuronů“, které jsou aktivovány ve chvíli, kdy pozorujeme někoho druhého se pohybovat, nebo když přemýšlíme o aktivitě (anticipace pohybu). Mozek je tak trénován bez požadavků na pohyb. Možností je také tzv. zrcadlová terapie, kdy pomocí

zrcadla představujeme mozku obrácený obraz části končetiny. Využití tohoto principu má však jistá pravidla, principy a úskalí. Je nutné si uvědomit, že jde o vytvoření iluze a určité lži. Mozek tak „vnímá a uvěřit“ tomu, že zraněná část těla je právě teď v pořádku. To se sebou nese mohutnou a silnou aferentaci.

Jako každé paradigma bude mít jistě i tento nový pohled své zastánce i odpůrce. V klinické praxi a rehabilitaci však musíme cestou paradigmatu o neuromatrix a o mechanismech bolesti jít – rozhodně nejen kvůli kreativitě a inovaci, ale především pro evidenci důkazů o existenci těchto skutečností a pro klinické výsledky a zkušenosti, které nelze tak jednoduše popírat.

Literatura:

- Butler, DS. The sensitive nervous system. Adelaide, NOI Publications (2000)
Butler, DS., Moseley GL. Explain Pain. Adelaide, NOI Publications (2003)
Campbell JN., Meyer RA. Mechanisms of neuropathic pain. Neuron. 52. 2006. 77-92.
Daly AE, Bialocerkowski AE. Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome Type One? A systematic review. Eur J Pain. 2008 Jul 9.
Gillford LS. Pain, the tissue and the nervous system, Physiotherapy 84, 1998, 27-33.
Moseley GL et al. Thinking about movement hurts: the effect of motor imagery on pain and swelling in people with chronic arm pain. Arthritis Rheum. 2008 May 15;59(5):623-31.
Moseley GL Graded motor imagery for pathologic pain: a randomized controlled trial. Neurology. 2006 Dec 26;67(12):2129-34.

Název přednášky: Ergoterapie revmatické ruky - náhrady MP a PIP kloubů

Autor: Taťána Cholevíková, DiS

Pracoviště: Fakultní Nemocnice Ostrava, Klinika léčebné rehabilitace

Prezentace obsahuje stručný přehled ergoterapie u revmatické ruky (*postižené revmatoidní artritidou*), po provedeném chirurgickém zákroku – náhrady MP nebo PIP kloubů. Postup terapie, který provádíme na našem pracovišti, je sestavený na základě dlouhodobé spolupráce s ortopédy a ergoterapeuty zabývající se touto problematikou (na základě teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeuta). Prezentace je doplněna kasuistikou.

Revmatoidní artritida je systémové autoimunitní onemocnění postihující převážně drobné klouby HKK a DKK symetricky (pravá a levá str.). Možná je i přítomnost tzv. revmatických uzlů.

Příznaky: - ranní ztuhlost
- svalové atrofie
- proteplení kloubů
- zduření kloubů, případně výpotek
- vznik ireverzibilních změn (deformity, destrukce a ankylózy)

Nejčastěji postižené klouby:

- HKK - IP a MP, zápěstí a loket
- DKK - MP, hlezno, koleno

Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní rehabilitace revmatické ruky. Cílem „terapie“ je zmírnění až zbavení bolestí, navrácení či alespoň zlepšení funkce končetiny a částečně i zlepšení vizuálního vzhledu ruky - „kosmetický efekt“. Provádíme: nácvik úchopových a manipulačních funkcí, výcvik koordinace segmentů, činnosti pro reedukaci svalové síly a rozsahu pohybu. Vhodnou terapií včetně individuálního dlahování půsíme preventivně proti návratu deformit, vzniku sekundárních změn či jiných komplikací. Snažíme se také podpořit lepší hojení a regeneraci v oblasti náhrad.

V případě přetrvávajícího výrazného funkčního deficitu HK je cílem ET nácvik vhodných kompenzačních mechanismů. Obnova funkce HKK následně umožňuje pacientovi zvládnání běžných denních činností a návrat do pracovního procesu.

Název příspěvku: Horní končetina z pohledu Spirální dynamiky

Autor: Lenka Kazmarova, Praha

Naše ruce skoro nikdy neodpočívají, v průběhu života X milionkrát spojíme a rozpojíme naše ruce, uchopíme a pustíme....

V průběhu evoluce přestala horní končetina sloužit k lokomoci a vyvinula se v pracovní nástroj a nástroj mezilidské komunikace.

Vzpřímením z polohy na všech čtyřech k napřímenému dvojnožci se vyvinuly horní končetiny k výkonnému instrumentu s tisícerými možnostmi „použití“.

Vzpřímením se změnil tvar hrudníku - lopatky jsou umístěné vzadu - paže na straně.

Trojrozměrný akční rádius paže je dán volnou konstrukcí ramenního kloubu, který umožňuje pohyb v prostoru - kulovitý kloub se všemi stupni volnosti.

Supinace a pronace předloktí jsou dalším znakem evolučního vývoje.

Pohyb vedení ruky k ústům je archaickým pohybovým vzorcem.

Kulová klenby ruky s opozicí palce – umožňuje silné a precizní uchopování.

Koncept Spiraldynamik® posuzuje lidské tělo jako trojrozměrnou dynamickou jednotku. Geniální 3D anatomická konstrukce dává předpoklad k ideálnímu, preciznímu a ekonomicky úspornému pohybu.

V anatomické struktuře hrají důležitou roli konstrukční principy – jako je princip polarity, klenby a spirálního stočení.

Při pochopení těchto principů se nám otevírají nové možnosti v terapii, v hodnocení pohybu, ve vedení a učení pohybu.

Název příspěvku: Využití počítačových programu v kognitivní rehabilitaci

Autor: Doc. PhDr. Petr Kulišťák, PhD.

Pracoviště: Vojenský rehabilitační ústav, Slapy nad Vltavou

Rehabilitace jedince s hendikepem je velmi rozsáhlý obor, na němž se podílí mnoho odborníků z řad lékařů (rehabilitační lékař, neurolog, internista, balneolog atd.) i nelékařských profesí (fyzioterapeut, ergoterapeut, afaziolog, rehabilitační psycholog, neuropsychoterapeut, neuropsycholog, nutriční terapeut aj.).

Rehabilitace poznávacích funkcí (vnímání, pozornost, paměť, řeč, exekutivní funkce) i dalších psychických oblastí (emoce, efektivita, osobnost) jde napříč činnostmi všech uvedených profesí, neboť každý specialista s rehabilitovaným jedincem nejen komunikuje, ale působí např. na jeho chování a jiné aktivity a tím ovlivňuje oblast nejen motorických, ale i psychických funkcí, tedy celou osobnost pacienta či klienta.

Počítačových programů v rehabilitaci kognitivních funkcí se začalo využívat poměrně nedávno. V jeho zrodu měl význam proces užití počítačů téměř ve všech lidských činnostech, což se projevilo právě i v cíleném ovlivňování porušených poznávacích funkcí u lidí po kraniocerebrálních traumatech, cévních mozkových příhodách i dalších lézích mozkových. Jejich rozšíření podpořila také nutnost „racionalizace“ práce v této oblasti cíleného působení na různé kognitivní funkce u člověka. To, co se dříve provádělo „ručně“, nahradil nyní zčásti počítač (někdy se používá také termín „počítačem asistovaná terapie“).

Programy (rehabilitační software) jsou výsledkem sofistikované práce renomovaných pracovišť, např. rehabilitačních klinik univerzitních nemocnic (především zahraničních) a jejich účinnost je před distribucí ověřována na rozsáhlých souborech pacientů a klientů s poruchami, k jejichž terapii jsou pak určeny. Nejsou to tedy „nějaké hry“, jak se k nim občas pohrdavě pacienti/klienti vyjadřují a podobně na ně pohlížejí i neinformovaní odborníci. Na straně druhé jsou jen „kamínkem v mozaice“ technik a postupů, které oblast obnovy poznávacích funkcí využívá.

Počítačový rehabilitační program se obvykle skládá z modulů, obsahujících třeba desítky cvičení, určených pro danou oblast psychických (poznávacích) funkcí, tedy vnímání (zrakové, sluchové, hmatové, jednoduché, kombinované, komplexní), pozornost (všechny modalities uvedené u vnímání, dále krátkodobá, dlouhodobá, vigilance, tj. pozornost k prahu vnímání blízkých a náhodně se objevujících podnětů),

paměť (znovu všechny již uvedené modality neverbální a taktéž verbální, také na objekty na ploše, orientace v prostoru, komplexní děje z běžného života), řeč a jazyk (zabývá se jím především logoped/afaziolog, který má své specializované programy, ale některý rehabilitační software zahrnují i tuto oblast) a pak rozsáhlá oblast exekutivních (výkonových a řídicích) funkcí, která je obvykle velmi obtížně ovlivnitelná (sem patří např. řešení problémů jednak umělých, tj. různých kombinačních postupů, ale opět i situací z běžného denního života – např. krátké scénky, u kterých je zapotřebí identifikovat situaci neodpovídající jednání osob, vypracování plánu akcí na celý den, schopnost „zpětnovazebně“ podle vývoje situace ovlivnit její řešení, tj. zastavit své jednání a znovu je adekvátně vzniklé změněné situaci aktivovat atd.). Jak je vidět, nejedná se vždy jen o ovlivnění nějaké jednoduché funkce, např. reakčního času (i když toho je také často zapotřebí), ale komplexích vzorců chování a jednání, v nichž jsou zapojeny vždy téměř všechny poznávací funkce (poškozené i nepoškozené). V tom tkví podstata moderní, počítačem asistované, rehabilitace kognitivních funkcí člověka.

Odpůrci takového přístupu k pozitivnímu ovlivňování těchto funkcí uvádějí jako nejzásadnější argument „odlidštění“ takové práce s člověkem. Tento názor je absolutně lichý, neboť terapeut nejenže je počítačem asistované terapii přítomen, ale navíc průběžně s pacientem/klientem komunikuje, vysvětluje mu postupy, případné chyby a navádí ho ke správným řešením, napovídá mu, hovoří s ním o finálních výsledcích a hlavně ho pozitivně motivuje ke zlepšení výkonu a vůbec participace na celém procesu rehabilitace. To se dělo i dříve, kdy se pracovalo s běžnými, reálnými pomůckami, jen nebyla vsunuta „asistence“ (pomoc) počítače. Samozřejmě, že zavilé nepřátele techniky nelze vůbec přesvědčit o výhodách počítače, protože – podle jejich názoru – je to „jen stroj“ (v tom mají samozřejmě pravdu, počítač není bedýnka plná malých živých terapeutů, jsou tam, ale jen umělí, virtuální, ovšem někdy jsou „chytřejší“ než ti živí odpůrci počítačových rehabilitačních programů).

Závěrem lze říci, že počítačem asistovaná terapie poruch kognitivních funkcí určitě má své – zatím nenahraditelné – místo v celém rehabilitačním komplexu a její využití v indikovaných případech pacientů/klientů může být přínosem pro ně i efektivitu práce terapeuta. V budoucnosti ji snad i u nás nahradí rehabilitace – nejen kognitivních funkcí – ve virtuální realitě, jak je tomu již nyní na mnoha zahraničních pracovištích.

Název příspěvku: Kreativita a aktivita: Co mají společného?

Autor: Bc. Iva Málková
Pracoviště: Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Kontakt: iva.malkova@post.cz

Úvod

Kreativita je pojem, který často spojujeme s ergoterapií. Měli bychom se proto také zamýšlet, jaké důvody nás k tomuto závěru vedou a proč právě jako ergoterapeuté využíváme své kreativní schopnosti pro naše pracovní výkony. Kreativní? Jistě, myslíme jimi smysluplné činnosti, nápady či aktivity. Jestliže se s pojmem smysluplná činnost začnete zabývat hlouběji, zjistíte, že jeho kořeny jsou již v pravěké společnosti. Také vypátráte, jaké faktory nás k provádění aktivity vedou. V neposlední řadě se zamyslíte nad spojitostí s ergoterapií. Tyto pojmy jsem se snažila rozebrat ve své bakalářské práci Zmapování rekreačních a sociálních aktivit u klientů se spinální lézí a role ergoterapeuta při jejich vykonávání (Zaměření na sportovní aktivity), (obhajoba 9/2008) a proto bych s nimi chtěla seznámit i Vás.

Hlavní část

Aktivita je smysluplná činnost, kterou provádíme kdykoliv, kdekoliv a s kýmkoliv. Velmi dobře vystihuje tento pojem Kalvach (2004).

„Aktivita je pro člověka prostor, kde se projevuje jeho osobnost. Měla by poskytovat takový prostor, aby byl člověk spokojen s tím, čím je, jak mu je a co dělá.“

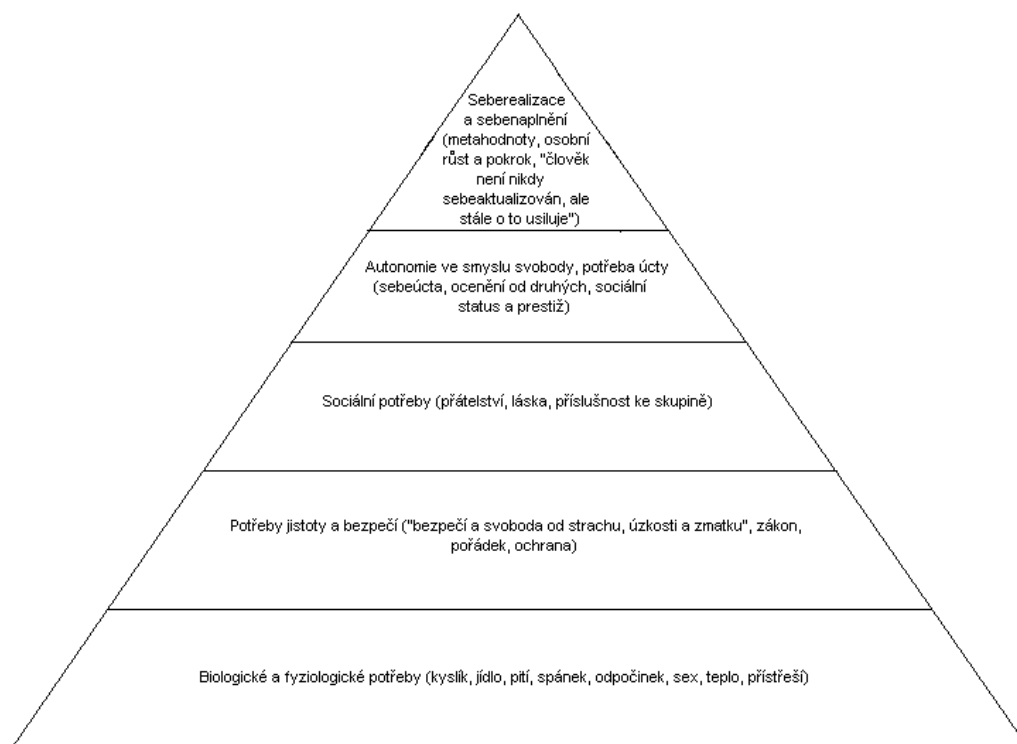
„Aktivita je způsob, jak člověk může přežít, jak může uspokojit své potřeby, jak si může zpříjemnit svůj život, jak může vytvořit něco, co ho přesahuje. Činnosti přinášejí člověku mnohé – strukturují čas, ovlivňují společenské kontakty, podporují fyzickou i duševní činnost, vytvářejí společenský status.“

Aktivitu chápeme také jako dynamický proces, který se mění v čase i komplexnosti. Je ovlivňována, upravována a měněna fyzickým, biologickým a sociokulturním prostředím, ve kterém člověk žije. Člověk vykonává různé druhy aktivit a ty charakterizují a definují lidskou existenci. Jsou regulovány i díky potřebám, hodnotám a zvyklostem každého jedince (Hagedorn, 1995). Už od minulosti se prováděly aktivity, a to především pro zajištění potřeb v komunitní společnosti. Díky učení se novým dovednostem docházelo k obohacování kultur a pokroku dovedností a znalostí. Tento posun pak přispěl i k rozvoji smysluplných aktivit. Ať člověk vykonával produktivní, volnočasové aktivity nebo aktivity všedního života, vždy musely být smysluplné; bez této smysluplnosti bychom je totiž jako lidé nemohli vykonávat (Breines, 1995).

Ale co nás vede k této smysluplnosti? Jsou to motivace a lidské potřeby, které jsou nutné pro lidskou existenci. Jsou navzájem propojené a nedají se rozdělit na samostatné složky lidské činnosti. Pochopení motivace a uspokojování potřeb je nesmírně důležité nejen pro práci s klientem v ergoterapii, ale také pro klienta samotného. Každý člověk vykonává své aktivity za určitým uspokojením některé potřeby a vede ho k tomu motivace. Tuto provázanost je důležité pochopit podle teorie A. H. Maslowa a převést tyto informace do klientova života.

A. H. Maslow (1908 - 1970) čerpal ve své teorii hierarchie potřeb z dalšího představitele holistické, tj. ucelené teorie osobnosti. Byl jím Kurt Goldstein, který pojímal „směřování k sebeaktualizaci jako motiv, který uvádí organismus do pohybu“. Abraham Maslow na něj v některých bodech navázal, ale rozvíjel své myšlenky odlišnou cestou. Tvrdil, že každý jedinec má specifické potřeby, které vycházejí z jeho motivace. Tyto potřeby pak rozdělil do známé pyramidy hierarchie lidských potřeb.

Obr. 1. Hierarchická struktura teorie potřeb A.H.Maslowa



Co jsou tedy motivy, které ovlivňují motivaci lidského jedince k aktivitě?

„Motivy jsou faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu. Takto navozené jednání směřuje k uspokojení určité potřeby.“ (Vágnerová, 2004b)

Motivace jsou často doprovázeny lidskými emocemi, které dávají jedinci „signál“ pro uspokojení určité potřeby. Motivace jsou něčím, co nás vede ke smysluplnému chování a jednání. Jsou ovlivněny nejen fyzickou a psychickou stránkou jedince, ale také vnějším prostředím. Vágnerová (2004b) uvádí příklad propojenosti motivů a potřeb. Jestliže má člověk pocit hladu, dochází k aktivaci tělesného systému, a tak ho jeho motivace přivádí k příjmu potravy, tedy k uspokojení fyzické potřeby. S Vágnerovou v tomto smyslu souhlasí také Vymětal (2003). Tento autor popisuje motivaci jako proces, který dokáže vyvolat i nejsložitější konání jedince, udržet ho a upustit od něj teprve po dosažení cíle. Propojuje hodnoty, potřeby a motivace, které ani v reálných situacích nemůžeme striktně oddělit

Jestliže jsme již nastínili, jak spolu souvisí smysluplná aktivita, motivace a potřeby lidské existence, pojdme se na závěr zamyslet nad spojitostí těchto faktorů s ergoterapií.

Už od počátku lidské historie využíváme přirozenost aktivit a i díky zjištění historických souvislostí můžeme pochopit potřebu jejich vykonávání. Od počátku lidské existence pomáhají aktivity pro přežití, růst a také zachování „well-being“, tedy dobré kvality života. V evolučním procesu docházelo k zaměstnávání především tam, kde byli lidé prospěšní sobě nebo své komunitě a díky rozmanitosti dovedností a pracovních nástrojů mohly být činnosti stále měněny až do současné doby 21.století. Můžeme tedy říci, že lidské bytí je poznáváno skrze produkty a pracovní nástroje jednotlivců a společností (Breines, 1995). Pochopení historie a zvyklostí jedince nám v ergoterapii dává i určité podněty k zamyšlení a práci s klienty. Hagedorn (1995) uvádí místo činnosti slovo zaměstnání, ze kterého vychází i definice ergoterapie v anglickém jazyce. Vysvětluje, že zaměstnání je dominantní aktivitou v lidském bytí, a tudíž je nezbytně důležité pro existenci a zdraví. Také přiznává, že hranice mezi slovy occupation (zaměstnání), task (úkol, povinnost), activity (aktivita) a skill (obratnost, zručnost) nelze zcela přesně vymezit. Proto se v ergoterapii často tyto pojmy zaměňují a chápou se stejným významem.

Závěr

Vidíme tedy, že současná ergoterapie vychází již z minulosti a z nutnosti smysluplných aktivit pro lidské bytí. Aktivity se využívají pro pozitivní ovlivnění fyzického, duševního a sociálního stavu jedince. Přitom se vychází ze základního předpokladu člověka a jeho vztahu k aktivitě, tj. z faktu, že člověk je od přirozenosti činný. Ergoterapeut vychází z těchto dvou hledisek a obecně tak podporuje well-being jedince a „spokojenost se sebou samým“ (Nováková, 2007).

Použitá literatura

- BREINES, B. E.. Occupational therapy activities from clay to computers: theory and practice. 1st ed. Philadelphia : Davis, 1995. 245 s. ISBN 0-8036-1145-5. s. 3 – 19.
- DRAPELA, J.V. Přehled teorií osobnosti. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-134-7. s.135-141.
- HAGEDORN, R. Occupational Therapy: Perspectives and Processes. 1st ed. New York: Churchill Livingstone, 1995. 328 s. ISBN 0-443-04978-5. s. 14-16.
- KALVACH, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. s. 439-440.
- NOVÁKOVÁ, O. Přednáška z předmětu Ergoterapie v geriatrici – Aktivita a ergoterapie. Praha: Univerzita Karlova. 1.lékařská fakulta, 2007.
- VÁGNEROVÁ, M. Základy psychologie. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004. 360 s. ISBN 80-246-0841-3. s. 168.
- VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X. s. 73-87.

Název příspěvku: The Eden Alternative- nový pohled na stáří a na péči o seniory

Autor: Bc. Tereza Medková
Pracoviště: DSP Hagibor
Kontakt: medkova@kehilaprag.cz

Na své dlouhodobé praxi ve Švédsku jsem se seznámila s novou „filosofií“ v péči o seniory, která se jmenuje THE EDEN ALTERNATIVE (dále jen EA). Název je motivován ideou Rajské zahrady, kterou se, dle této filozofie, v praxi seniorům v zařízeních snažíme vytvořit. Ráda bych s touto novou možností seznámila co nejvíce kolegů a tím zvýšila šanci na její zavedení do praxe i v ČR.

Obsahem příspěvku je seznámení se základními principy EA - desaterem EA:

1. Nuda, bezmocnost a osamělost jsou jako nákaza, která zapříčiňuje mezi našimi seniory velké trápení.
2. Komunita pečující o seniory se zavazuje k vytvoření lidského domova, kde se život otáčí okolo blízkého a neustávajícího kontaktu s rostlinami, zvířaty a dětmi. Jsou to právě tyto vztahy, které umožňují jak mladým, tak starým cestu k životu, který stojí za to žít.
3. Milující společenství je protilátka proti osamělosti. Senioři si zaslouží snadný přístup ke společnosti lidí i zvířat.
4. Komunita pečující o seniory vytváří příležitost jak přijímat i dávat péči. Toto je protilátka proti bezmocnosti.
5. Komunita pečující o seniory naplní každodenní život různorodostí a spontaneitou tím, že vytvoří prostředí, kde je prostor pro neočekávané a nepředvídatelné události a interakce. Toto je protilátka proti nudě.
6. Činnost beze smyslu rozleptává lidského ducha. Příležitosti dělat věci, které nám připadají smysluplné jsou nezbytné pro lidské zdraví.
7. Lékařská péče by měla sloužit pravé lidské péči, ne ji opanovat.
8. Komunita pečující o seniory ctí seniory tím, že omezí důležitost byrokratického žebříčku podřízených a nadřízených. Namísto toho se komunita snaží dát co největší míru rozhodování do rukou seniorů a osob jim nejbližších.
9. Vytváření komunity pečující o seniory je nikdy nekončící proces. Lidský růst nesmí být nikdy oddělen od lidského života.
10. Moudré vedení je jako životodárná míza v boji proti těmto „nákazám“. Nelze je ničím nahradit.

Dále seznámení s tím, kde EA vznikla a kdo ji založil, stručně jak může vypadat aplikace v praxi a jak se připojit k mezinárodní síti „Edenizovaných“ domovů. Jako zdroj informací používám oficiální webové stránky EA a vlastní zkušenosti s EA ze Švédska. Dále informace, které mi byly zaslány a sděleny zástupkyní společnosti EA pro Evropu.

Zavedení EA je v podstatě nikdy nekončící proces. Jedná se o změnu v doposud zaběhlém systému péče o seniory. Cílem přednášky je seznámit co nejvíce lidí s přístupem EA, přiblížit jej a ukázat možnost, jakým způsobem se začlenit do celosvětové sítě domovů EA nebo jen poukázat na nový přístup, kterým je možné se inspirovat a aplikovat jej jen částečně bez záštitu mezinárodní organizace.

Název příspěvku: Ergoterapeut v sociálních službách aneb kreativita v poradenství ohledně kompenzačních pomůcek

Autorka: Kateřina Moravčíková
Pracoviště: Asistence o.s.
E-mail: katka@asistence.org

V občanském sdružení Asistence pracuji jako ergoterapeutka již přes dva roky. Asistence o.s. poskytuje sociální služby lidem s tělesným a kombinovaným postižením. Naším posláním je hledat s člověkem s tělesným a kombinovaným postižením jeho vlastní cestu jak se zapojit v běžném životě. Našimi hlavními službami je Středisko pro tranzitní program, sociální rehabilitace a osobní asistence.(1)

Dále bych se ráda zmínila o legislativní nedostatečnosti. .I když zde pracuji na pozici ergoterapeut, dle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách ergoterapeut není jmenován jako samostatná profese, ale jeho kvalifikace je dostatečná pro pracovníka v sociálních službách. (2) Mojí hlavní náplní práce je: zjišťování potřeb a přání našich klientů a dle toho určení vhodné míry osobní asistence. Dále především poradenství ohledně vhodných kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí a další ergoterapeutické činnosti (např. nácvik soběstačnosti a samostatnosti, náplň volného času apod.)

Ve svém příspěvku bych se ráda nejvíce zaměřila na vlastní kreativitu vytváření systému v oblasti poradenství kompenzačních pomůcek. V Asistenci o.s. se pouze nezabývám kompenzačními pomůckami, ale obecně jsem začala používat pojem Asistivní technologie. Mezinárodní organizace pro standardizaci je celosvětová federace mezinárodních orgánů, která vyvinula klasifikaci a terminologii technických (kompenzační) pomůcek pro lidi s postižením - ISO 9999. Tato klasifikace definuje Asistivní technologii jako produkty, nástroje, vybavení nebo celý technický, kompenzační systém, používaný člověkem se zdravotním postižením, nebo speciálně vyrobené nebo obecně dostupné pomůcky, které předcházejí, kompenzují, monitorují, uvolňují nebo neutralizují zdravotní postižení. (3)

Asistivní technologie se dělí na:

1. stupeň: Věci, které se nemusí kupovat ani vyrábět
2. stupeň: Komerčně dostupné kompenzační a technické pomůcky
3. stupeň: Modifikace komerčně dostupných pomůcek
4. stupeň: Speciálně navrhnuté a vyrobené pomůcky přímo na míru (4)

V rámci poradenství se snažím, co nejvíce používat přístup zaměřený na klienta, který je dle dostupných výzkumů (5, 6, 7) jednou z nejvhodnějších metod pro poradenství v rámci asistivní technologie.

Náplň poradenství:

1. Návštěva klienta v přirozeném prostředí, zjištění potřeb, schopností, dovedností a přání klienta popř. rodiny, zhodnocení prostředí
 - pomocí rozhovoru, pozorování, zavádění COPM
 - do budoucna zavedení standardizovaného hodnocení
2. Doporučení vhodné pomůcky, společný výběr pomůcky nebo výroba speciálně navrhnuté pomůcky, vyzkoušení pomůcky

- spolupráce s několika firmami na českém trhu
 - do budoucna rozšíření spolupráce s dalšími firmami
3. pomoc se zajištěním vhodné pomůcky nebo případně se zapůjčením pomůcky
 - spolupráce s firmami
 - navázání kontaktu a spolupráce s lékaři našich klientů
 4. pomoc se získáním finančních prostředků
 - zdravotní pojišťovna
 - sociální odbor příslušného městského úřadu
 - žádost na nadaci (podpora při psaní žádosti)
 - škola, zaměstnavatel apod.
 5. zaučení klienta, rodinu, osobního asistenta pomůcku používat

Závěrem mého příspěvku bych ráda uvedla příklad z vlastní praxe.

Seznam literatury a elektronických zdrojů

1. Asistence o.s. Dostupné na www.asistence.org, [cit. 15-02-2009]
2. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
3. International organization for standardization. Dostupné na www.iso.org, [cit. 15-02-2009]
4. HOLÚBKOVÁ, Kristina. Kurz pro klíčových pracovníků. 2007. Prezentace poskytnutá pouze pro účely Asistence o.s.
5. SCHERER, Marcia J. SAX, Caren. VANBIERVLIET, Alan et al. *Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors.* Disability and Rehabilitation, 2005, 27 (21): 1321 – 1331
6. WIELANDT, Trish, MCKENNA, Kryss, TOOTH, Leigh. et. al. Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology. Disability and Rehabilitation: Assistive technology. 1:1, 29-40
7. BERND, T., D.van der Pinjl and WITTE, L. P.(2008) *Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice.*,Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2008, 1-13, iFirst article

Doporučená literatura:

Bryant D. P, Bryant, B.R. *Assistive Technology for People with Disabilities.* Allyn & Bacon; 1 edition, 2002

Cook, A.M. Polgar, J.M. *Cook and Hussey's Assistive Technologies: Principles and Practice.* Mosby; 3 edition, 2007

Alliance for Technology Access and Stephen Hawking. *Computer Resources for People with Disabilities: A Guide to Assistive Technologies, Tools and Resources for People of All Agens.* Hunter House; 4th edition, 2004

Jonge de D., Scherer, M. Rodger, S. *Assistive Technology in the Workplace.* Mosby; 1 edition, 2006

Johnston, L. Beard, L. Carpenter L.B. *Assistive Technology: Access for All Students.* Prentice Hall; 1 edition, 2006

Angelo, J. Lane S.J. *Assistive Technology for Rehabilitation Therapists.* F. A. Davis Company; 1 edition, 1997)

Bain B.K., Leger, D. *Assistive Technology: An Interdisciplinary Approach.* Churchill Livingstone, 1997)

Název příspěvku: Evidence Based Practice- Jak se s tím kreativně vypořádat?

Autoři: Bc. Olga Nováková a Bc. Zuzana Rodová
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 1LF UK a VFN Praha
Kontakt: olga.novakova2@vfn.cz, zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Klíčová slova: Evidence Based Practice, ergoterapie, vyhledávání informací, klinická rozhodnutí, kritické hodnocení

Úvod:

Evidence Based Practice (EBP) neboli praxe založená na důkazech je v současné době velmi aktuálním a diskutovaným tématem nejen v oblasti medicíny (Evidence Based Medicine), ale i v paramedicínských profesích, ergoterapii nevyjímaje.

Dle našeho názoru se jedná o téma, které je stále pro ergoterapeuty v České republice nové, neznámé a mnozí z nás jej ještě do své každodenní odborné praxe neimplementovali.

V našem příspěvku chceme přednést možnosti, pomocí kterých se můžeme s EBP kreativně vypořádat tak, aby se nám toto obávané téma stalo blízkým pomocníkem v ergoterapeutické praxi. Domníváme se, že kreativní využití EBP je obohacující nejenom pro čerstvé absolventy škol, ale i pro zkušené terapeuty.

Obsah:

Vysvětlení termínů, praktické využití, bariéry v zavádění EBP do praxe, možnosti řešení, zkušenosti ergoterapeutů, zdroje informací, kritické hodnocení (critical appraisal), klinické rozhodování (clinical reasoning).

EBP je používání nejlepších současných relevantních vědeckých poznatků (výsledky studií) při rozhodování o volbě typu péče o pacienta/ klienta. (Taylor 2007)

Co nám EBP nabízí pro naši odbornou praxi? Ulehčuje výběr způsobu vedení terapie. Pomáhá nám opřít se o vědecky doložené důkazy, které můžeme nalézt v odborné literatuře, v časopisech, na internetu, v databázích apod. Klade důraz na důsledné zaznamenávání výsledků terapie, například využitím standardizovaných testů.

„Během celého procesu by ergoterapeut měl přemýšlet o tom, jestli využívá EBP.“ (Holm 2000, Taylor 2007) To, zda pracujeme dle EBP, si můžeme ověřit na 5-ti otázkách dle Holm (2005):

1. Zkoumám to co dělám kladením klinických otázek?
2. Najdu si čas hledat nejlepší evidenci pro to co dělám?
3. Hodnotím kriticky evidenci nebo jí beru jako bernou minci?
4. Používám evidenci proto abych dělal „dobré věci dobře“?
5. Hodnotím dopad EBP?

Proces zavádění EBP do praxe bude v rámci naší prezentace názorně ukázán na kazuistice vybraného klienta (nový klient/pacient- hledání informací- kritické zhodnocení kvality nalezených informací- klinické rozhodování, zda jsou nalezené informace vhodné a využitelné během mé terapie s daným klientem/pacientem).

Během prezentace budou předány podklady o tom, kde a jakým způsobem informace hledat (jaké jsou dostupné ergoterapeutické časopisy, seznámení s hledáním v databázích, použití klíčových slov, internetové adresy,...). Ukázka nástrojů pro hodnocení kvality nalezených informací (critical appraisal tools- např. CASP- Critical Appraisal Skills Programme).

Literatura:

Bailey, D., a kol. (2007): A Case Report of Evidence-Based Practice: From Academia to Clinic, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol 61, No 1, s. 85-91

Bennett, S., Bennett, J. (2000): The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol 47, No 4, s. 171-180

Drobílková, D. (2009): Evidence- based practice- využití v ergoterapii, Praha, Bakalářská práce (Bc.), Universita Karlova v Praze, 1. Lékařské fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství

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

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

Název příspěvku: TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI JAKO EFEKTIVNÍ NÁSTROJ KE ZVÝŠENÍ SEBEVĚDOMÍ SENIORŮ

Autor: Ing. Dana Steinová, Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging, předsedkyně

Kontakt: dana_stein@volny.cz

Úvod:

Čím jsme starší, tím je to s naší pamětí horší... Tak hodnotí stav své paměti většina populace, a nemyslím tím pouze seniory, ale i lidi produktivního věku. Paměť se nám začíná zhoršovat už kolem 25. roku, kdy bývá ukončen vývoj mozku. Zpočátku je zhoršování nenápadné, ale s postupujícím věkem začíná být nepřehlédnutelné. Zhoršující paměť nám začíná působit vážné starosti, začínáme se s obavami pozorovat a to naše problémy ještě zhoršuje.

Odborníci odhadují, že 50% populace po padesátce trpí zhoršením paměti způsobené věkem. Mezi sedmdesátníky je to už 70%. Četné vědecké studie však opakovaně prokazují, že pokles kognitivního výkonu není nevyhnutelnou součástí procesu stárnutí.

Mnohým z nás se však zdá, že právě pro nás to neplatí, jak jinak bychom mohli mít tolik problémů s pamětí, neustále hledáme klíče, brýle, nepamätujeme si, kam jsme co uložili, co máme nakoupit a pro co jsme vlastně šli do té lednice.

A pokud se vám dostane do ruky jiná vědecká studie, která zase kognitivní trénink zpochybňuje, tak už si vůbec nejste jisti, zda vám někdo může pomoci.

Dá se paměť prostřednictvím trénování paměti vůbec zlepšit? Jak dlouho to trvá, než pocítí klient nějaký efekt?

Hlavní část:

Musím s uspokojením konstatovat, že naše terapie „příjemného šoku“ má většinou efekt okamžitý. Přichází k nám lidé, kteří jsou si vědomi problémů s pamětí a hledají pomoc. A trenér paměti má k dispozici nástroje, které klientovi zvednou sebevědomí během několika minut. Pracujeme s mnemotechnikami, které jsou víceméně mechanickým nástrojem a není obtížné se je naučit. Dokáží skvělým způsobem vykompenzovat nedokonalost lidské paměti. Klient zažívá příjemný šok z toho, že si je schopen zapamatovat tak neuvěřitelné množství informací. Prudce se mu zvýší sebevědomí a k novým informacím začne přistupovat s pozitivním očekáváním, že si je zapamatuje a to, samozřejmě, ovlivňuje výsledek. Velmi důležité také je, že trenér paměti se cítí osobně zodpovědný za úspěch klienta.

Výuka není orientována výhradně na zvýšení kapacity mozku, ale především na to, abychom minimalizovali problémy s pamětí v běžném denním životě našich klientů. A zvýšené sebevědomí a sebehodnocení vede k tomu, že senioři začínají zvládat problémy denního života s daleko větším přehledem. To znamená, že kurzy trénování paměti nejsou pouze o zlepšení paměti, ale hlavně o zlepšení kvality života jako takového.

Ti, kteří k nám přijdou, ti jsou za vodou, problém je spíš v tom, jak dát vědět těm ostatním, že pomoc je na dosah ruky.

Právě proto vyhlásila Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging /ČSTPMJ/

letos už podruhé Národní Týden Trénování Paměti v rámci celosvětové akce „Týden uvědomění

si mozku“/ Brain Awareness Week- www.edab.com /, který už od roku 1996 pořádá organizace

Dana Alliance for the Brain (www.dana.org) V tomto březnovém týdnu (**16.-22.3.2009**) je

veřejnost na celém světě informována o výsledcích výzkumu mozku srozumitelnou formou prostřednictvím stovek akcí.

V prvních třech letech 2005-7, byl pořádán Národní den trénování paměti, který se pravidelně setkával s obrovským ohlasem u seniorské veřejnosti. Např. 12.3.2007 nabídli členové ČSTPMJ osvětové přednášky nejen v Praze, ale také v dalších 29 místech ČR, připojili se i slovenští členové společnosti, celkem se konalo zdarma 32 osvětových přednášek, které navštívilo 1.656 osob. V loňském roce se poprvé konal **Národní týden trénování paměti** se 101 akcemi v rámci ČR i SR, které byly zdarma k dispozici v uvedeném týdnu nejen seniorské veřejnosti, ale také žákům základních, středních a vysokých škol, mateřským centrům či rodičům dětí s Downovým syndromem. Přednášek se zúčastnilo celkem 3.242 osob. Letos se k aktivní účasti přihlásili členové ze všech koutů ČR a několik i ze Slovenska. Uskutečnilo se celkem 115 osvětových přednášek, které navštívilo 3.974 osob. Seznam akcí NTTP 2009 je uveden na www.trenovanipameti.cz. V rámci celosvětové akce BAW jsme vždy jediní, kteří se cíleně zaměřují na seniorskou populaci a navíc v národním měřítku.

Dodávám, že ve spolupráci s ČALS jsme při našich osvětových přednáškách rovněž informovali veřejnost o nutnosti stanovení včasné diagnózy u Alzheimerovy choroby a seznamovali ji s kontaktními místy, kde si lze ověřit, zda se jedná o poruchu paměti, která je stále ještě v mezích normy či o formu patologickou.

Cílem České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging je nabídnout kurzy trénování paměti prostřednictvím kvalifikovaných trenérů paměti do všech typů zařízení rezidenční péče, ale současně se také cíleně snaží nástup seniorů do institucionální péče oddálit tím, že se snaží prostřednictvím trénování paměti udržet déle nezávislé a soběstačné, schopné žít v jejich vlastních domácnostech. Významně se na nabídce kurzů pro veřejnost podílejí knihovny všech stupňů. Seznam kurzů pro veřejnost v rámci ČR je uveden na naší webové stránce.

Od roku 1994 bylo prostřednictvím seminářů ČSTPMJ vyškoleny skoro 1.300 trenérů paměti a **kurz pro certifikované trenéry paměti se koná v Praze jednou ročně, ten příští se koná od 8. do 13. února 2010.** ČSTPMJ je od roku 2008 akreditovanou vzdělávací institucí MPSV s celostátní platností, souběžně byl zaveden třístupňový systém vzdělávání pro trenéry paměti. Náš základní kurz je velmi prakticky orientovaný, ze 44 vyučovacích hodin je pouze šest hodin věnováno mozku a úvodu do psychologie paměti. Zbytek kurzu je nastaven tak, aby vybavil absolventy co nejlépe pro praktické vedení kurzů. Závěrečný test má písemnou a praktickou část. Písemná ověřuje, zda účastníci kurzu zvládli probírané mnemotechniky a praktická část představuje demonstraci ukázkové hodiny trénování paměti na zadané téma. Zmínila jsem se o tom, že od roku 1994 jsme vyškolili skoro 1.300 trenérů paměti. Neznačená to ovšem, že opravdu tento počet trenérů paměti v ČR pracuje. Malé procento našich absolventů si nikdy na vedení vlastních kurzů netroufne. A někteří z těch, kteří kurzy vedou, buď v rámci svých profesních povinností v zařízeních rezidenční péče či pracují s veřejností, jsou přesvědčeni, že se v základním kurzu naučili vše, co potřebují. Doposud se nám stávalo, že část našich absolventů naprosto ignorovala akce kontinuálního vzdělávání, které doplňují obsah základního kurzu. Pro názornost uvádím přehled letošních akcí kontinuálního vzdělávání: Seminář o mozku pod vedením špičkových odborníků z oblasti neurověd, Paměť a kreativita, Uměním k vyšší výkonnosti mozku a čtyřdenní seminář na téma: Vliv aktivizačních programů na kognitivní funkce u seniorů s demencí. Detaily k těmto akcím jsou uvedeny na www.trenovanipameti.cz.

ČSTPMJ zavedla proto od letošního roku interní kreditní systém, pokud trenér paměti nezíská určený počet kreditů v kontinuálním vzdělávání do konce roku 2011, ČSTPMJ přestává garantovat jeho kvalifikaci, takže všechny naše certifikáty mají od letošního roku omezenou časovou platnost, která se dá prodloužit pouze účastí na akcích kontinuálního vzdělávání, bez ohledu na to, zda je omezená časová platnost na certifikátu uvedena či ne. Koncepce našeho vzdělávání se přizpůsobuje výsledkům nových objevů z oblasti neurověd a náš základní kurz je neustále inovován, z tohoto důvodu je časové omezení platnosti certifikátu nezbytným opatřením.

Naši trenéři paměti jsou profesně vybaveni k tomu, aby byli schopni pracovat se zdravou populací. Hlavním smyslem trénování paměti je především to, že se klientovi dostává podnětů, technologických návodů a vedení, jak udržovat a rozvíjet svůj potenciál především k tomu, aby se nikdy nedostal, nebo co možná nejpozději dostal, do institucionální péče, aby byl soběstačný v osobním životě a aby měl aktivní podíl na užívání společných zdrojů (protože je ve své profesní kariéře spoluvytvářel) a ne aby se stal příjemcem péče ve všem, s čím si s „nefunkčním“ mozkiem nebude umět poradit. Trénování paměti není jen o nácviu, jak si co zapamatovat, ale i o nácviu, jak sám sebe "aktualizovat" pro současný svět, tedy stále rychleji se měnící podmínky. Sekundárním efektem skupinového tréninku paměti je to, že účastníci mají v pravidelných intervalech smysluplnou činnost, za kterou musí někam dojít, musí se umýt a obléknout, upravit a pohnout se z místa, na hodině komunikují, udržují sociální kontakt, v komunikaci si vzájemně zprostředkovávají styk s okolním světem, sdělují zkušenosti a praktické informace z různých oblastí života. A pak sem ještě patří trénování paměti pro preseniorskou populaci, tj. pro ty, kteří před vstupem do důchodu hledají smysluplné činnosti pro seniorské období a také pro osoby produktivního věku, kterým užívání technik usnadňuje výkon profese. Ti jsou také klienty trenérů paměti. Seniorská populace obecně je duševně celkem zdravá a nad rámec stávajícího obsahu trénování paměti nevyžaduje nějaké zvláštní terapeutické přístupy. Trénování paměti nejsou "jen", ale vůbec hry a hříčky, to, co vypadá jako hry a hříčky je forma promyšleného obsahu dávkovaného tak, aby pomocí užitých metod a technik odpovídajících zásadám vzdělávání dospělých bylo cestou: učební záměr, učební úkol, dosaženo cíle.

Jiná je situace u klientů po CMP, po úrazech mozku či osob s degenerativním onemocněním mozku. V těchto případech předpokládáme kooperaci a konzultace s odbornými terapeuty na bázi partnerství, kde každý je odborníkem ve své vlastní profesi, jeden umí trénovat paměť a druhý umí poradit, jaké přístupy by mohly stavu klienta prospět a jaké uškodit. Stále více ergoterapeutů se stává trenéry paměti. Naše kurzy získávají pravidelně akreditaci ČAE. V tomto vidím velmi cenné partnerství mezi našimi odbornostmi ze kterého maximálně těží naši klienti.

ČSTPMJ spolupracovala s Psychiatrickým Centrem Praha na výzkumném projektu Trénink kognitivních funkcí u stárnoucí populace –efektivita a využití (MŠMT 2D06013). V době od 16.4. do 18.5. 2007 179 seniorů absolvovalo zdarma základní kurz trénování paměti v rozsahu 20 hodin . Před zahájením a po skončení kurzu absolvovali účastníci psychologické testy a třetí test pak v listopadu 2007. V roce 2008 proběhlo testování kontrolní skupiny. Výsledky ukázaly částečnou podporu pro přetrvávající efekt tréninku blízkým testovaným úkolům. Subjektivní hodnocení bylo úspěšnější než objektivní. Důvodem proč výzkum plně nesplnil očekávání byla pravděpodobně příliš velká výzkumná skupina, ve které část účastníků spoléhala na anonymitu a na to, že je v davu obtížné odhalit jejich pasivní přístup k výuce.

Celosvětově jsou programy zaměřené na trénink kognitivních funkcí stále ještě velmi novou záležitostí. I některé velmi vyspělé státy s nimi teprve

začínají, mnohde však neexistují vůbec. My jsme měli to štěstí, že jsme od počátku spolupracovali s německým Svazem trenérů paměti, který měl dlouhodobé profesní zkušenosti, i s dalšími evropskými a zámořskými experty. S uspokojením můžeme konstatovat, že se nám podařilo sestavit optimální treninkový program, který zahrnuje nejen klasickou kognitivní stimulaci, ale cíleně se také zaměřuje na minimalizaci problémů s pamětí v běžném denním životě a vede k rychlému zvýšení sebevědomí účastníků kurzů a k vnímání pocitů osobní zdatnosti.

EURAG /European Federation of Older Persons/ Memory Training Center bylo založeno v roce 2002 s cílem propagovat trénování paměti pro seniorskou populaci ve světě, dát příležitost zahraničním zájemcům k získání kvalifikace trenéra paměti a organizovat intenzivní kurzy trénování paměti v angličtině u nás i v zahraničí. Z počátku pomáhali zahraniční experti nám, dnes pomáháme my v těch státech, které mají malé nebo žádné zkušenosti s trénováním paměti. Přehled našich zahraničních aktivit je uveden na anglické verzi www.memorytraining.info

Závěr:

V úvodu jsem se zmínila o velkém počtu vědeckých studií, které kognitivní stimulaci doporučují a o dalších, které ji zpochybňují. Na základě našich dosavadních dlouholetých zkušeností však s určitostí můžeme konstatovat, že trénování paměti je jedním z nejefektivnějších nástrojů ke zvýšení sebevědomí, soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorské populace.

Pamatujete si ještě, kdy se koná další kurz pro trenéry paměti? Pokud ano, tak vám blahopřeji.

Pokud ne, tak informaci najdete na www.trenovanipameti.cz

Děkuji za pozornost.

Název příspěvku: Role ergoterapeuta v cílené přípravě dítěte na školu

Autor: PhDr. J. Svobodová Ph.D. , speciální pedagog

Obsah:

- 1) Styčné body oborů ergoterapie a pedagogiky, speciální pedagogiky, somatopedie.
- 2) Konkrétní zkušenosti speciálního pedagoga ze zaškolování dětí s TP, Prevence školní neúspěšnosti dítěte s TP
- 3) Spolupráce ergoterapeuta s rodiči dítěte v přípravě na školu. Spolupráce ergoterapeuta se školou.
- 4) Získání dítěte a rodičů ke spolupráci, potřeby a motivace. Nabídka konkrétního programu rozvoje grafomotoriky z hlediska přípravy dítěte na psaní.

Abstrakt :

Dětská ergoterapie a speciální pedagogika jsou velmi příbuzné obory. Patří mezi tzv. pomáhající profese, starají se o stejné klienty. Pomáhají jim v oblastech, ve kterých mají jejich klienti potíže a kterým se často vyhýbají. Této příbuznosti oborů lze využít při cílené intenzivní předškolní přípravě dítěte s tělesným postižením a jeho rodičů na školu. Tu by mohl proškolený dětský ergoterapeut provádět. Aby totiž byla příprava efektivní, je dobré vždy postupovat společně s rodiči dítěte. Ergoterapeut, jako profesionál, by je měl umět získat k opravdové a kvalitní spolupráci, která je oboustranným procesem. Samozřejmě je také třeba umět získat ke spolupráci dítě, aktivizovat jej. To se podaří jenom tehdy, když uspokojujeme jeho potřeby.

Dítě s postižením nemá jen speciální potřeby a speciální vzdělávací potřeby. Má i základní lidské potřeby a potřeby dítěte jeho věku. Velmi důležité jsou i potřeby, které vycházejí z jeho zájmů, koníčků. Ty nám pomáhají dítě motivovat. Každé dítě je jiné. Proto i motivace každého dítěte bude jiná.

Ergoterapeut by měl tedy znát a poznat potřeby konkrétního dítěte. To znamená umět odhalit nejen deficit, ale zvláště pozitiva dítěte. Jeho individuální program je třeba postavit právě na jeho pozitivěch.

Pokud chce ergoterapeut vstoupit do přípravy dítěte s tělesným postižením na školu, musí znát nejen dítě, ale i požadavky současné školy. Integrované dítě s tělesným postižením mívá většinou v mateřské škole a ve škole IVP (individuální vzdělávací program), který má uspokojovat jeho speciální vzdělávací potřeby. Součástí by mělo být kvalitní a srozumitelné doporučení ergoterapeutů. To by mělo být zcela konkrétní a hlavně srozumitelné nejen pro odborníky, ale zvláště pro jeho uživatele, to znamená rodiče a učitele běžných škol.

Název příspěvku: Kazuistika - Ergoterapeutická intervence u klienta po traumatické amputaci LHK a LDK

Autor: Barbora Vlasáková, DiS
Spoluautor: Hana Růžencová, DiS
Pracoviště: Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny ÚVN Praha
Primář pplk. MUDr. Michal Říha
Kontakt: barbora.vlasakova@uvn.cz

Klient po traumatické amputaci LHK v horní č. paže, traumatické amputaci LDK v bérce a následné nekróze pahýlu LHK, s popáleninami 2. a 3. stupně na PHK, vnitřním zraněním, masivními ztrátami krve, hemoragickém šoku a mnoha dalších závažných zranění. Nejprve vybaven prvovybavením, poté bérceovou protézou se systémem Harmony a speciální **myoelektrickou protézou pro horní končetinu DynamicArm12K100 s aktivním loketním kloubem.**

Na oddělení ORFM ÚVN Praha, lůžkovou část přeložen z ARO ÚVN 11.6. 2008 za účelem zlepšení celkové kondice, hybnosti a roborace amputovaných končetin, zhodnocení funkčních schopností, přípravu a následné vybavení protetickými pomůckami, znovuzískání soběstačnosti a resocializaci. Na našem oddělení pobýval od 11.6. 2008 do 22. 8. 2008. Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření Barthelův index 55 bodů, nutná dopomoc během veškerých personálních ADL i instrumentálních ADL. Klient je lucidní, orientovaný, klidný, spolupracující, emočně stabilizovaný. Pracoval jako profesionální voják.

Ergoterapeutická intervence probíhala 2x denně dle stanoveného harmonogramu, dvakrát denně probíhala i fyzioterapie. Zaměřili jsme se hlavně na soběstačnost v personálních ADL a poté i instrumentálních ADL pomocí PHK, nejdříve s využitím vozíku poté i bérceové protézy pro DK, doporučení vhodných kompenzačních pomůcek a zařadili jsme i kondiční složku ergoterapie.

Při závěrečném hodnocení klient zvládá všechny úkony personálních ADL pomocí PHK, úkony zvládá z vozíku i s bérceovou protézou LDK. Je soběstačný ve většině instrumentálních ADL. 22. 8. je Barthelův index soběstačnosti 100 bodů. Klientovi byly doporučeny vhodné kompenzační pomůcky. Klient uvažuje o návratu do zaměstnání. Klienta jsme předali do péče v místě bydliště (VN Olomouc), kde bude v rehabilitaci dále pokračovat. Odchází se zaměřením protézy na HK a vybaven prvovybavením. Barthel index 100 bodů.

Rehospitalizace klienta 9. 3. až 25. 3. 2009, klient přichází vybaven protetickými pomůckami: Bérceovou protézou DK se systémem Harmony a DynamicArm12K100 s aktivním. Jedná se o myoelektrickou protézu s aktivním loketním kloubem. Pohyby, které lze provádět jsou flexe, extenze v loketním kloubu, vnější i vnitřní rotace zápěstí a špetkový úchop. Pohyby možné provádět pouze izolovaně!

Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření je klient soběstačný ve většině ADL s využitím bérceové protézy DK s pomocí pouze PHK, problém nastává v činnostech vyžadujících koordinaci obou horních končetin (příprava pokrmu, mytí nádobí, práce na zahradě, kutilství, zaměstnání klienta, přenášení, přidržení předmětů atd.) Stanovili jsme si hlavní cíle pro nácvik personálních ADL i instrumentálních ADL s využitím protézy

DynamicArm12K100. Využití protetické pomůcky a priority (dle COPM) pro klienta. Důležité jsou hlavně aktivity pro přípravu a plnění pracovních úkolů, v soběstačnosti při oblékání, otevírání různých druhů nádob při přípravě pokrmu, nalévání tekutin, přenášení předmětů, přidržení potravin při krájení, ale například i držení nákupního košíku. Při sportovních aktivitách jako je _posilování, atletika, bojová umění, střelba, seskok padákem nebo volnočasové aktivity jako je_rybaření, práce na zahradě či péče o domácí mazlíčky.

Samotná ergoterapeutická intervence probíhala 2krát denně, hodinu v dopoledním a hodinu v odpoledním bloku cvičení. Zaměřili jsme se nejdříve na správné a samostatné nasazení protetické pomůcky, přičemž je velice důležitá volba vhodné polohy. Dále na trénink jednotlivých izolovaných pohybů, přepínání mezi jednotlivými pohyby lokte, zápěstí a prstů protézy pomocí aktivace svalů, poté následoval nácvik školy úchopu s ergoterapeutickými pomůckami, k tomuto účelu speciálně určenými a nakonec i vlastní trénink aktivit důležitých pro klienta. Důležité při tom bylo prostředí, ale i psychické a fyzické naladění klienta.

Při kontrolním ergoterapeutickém hodnocení můžeme konstatovat, že klient obstojně zvládl manipulaci s protézou a snaží se o její plné využití ve svém aktivním životě, pomocí protetické pomůcky pro horní končetinu DynamicArm zvládá činnosti v personálních i instrumentálních ADL, většinu činností zvládá i bez použití pomůcky. Klient 1. 4. 2009 nastoupil do zaměstnání, kde bude pracovat jako instruktor ve výcvikovém středisku ve Vyškově.

Název příspěvku: Využití Testu manipulačních funkcí s použitím stavebnice Ministav v ergoterapii

Autor: Mgr. Jana Vyskotova, PhD.

Pracoviště: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, katedra rehabilitace

Test manipulačních funkcí (TMF) s použitím stavebnice Ministav lze považovat za jeden ze specializovaných motorických testů. Využívá kombinaci několika typů úchopů a manipulace, lze jeho pomocí testovat jak monomanuální, tak bimanuální aktivity. Byla ověřována jeho reliabilita, validita a objektivita.

TMF byl vyvinut pro potřeby fyzioterapeutů a ergoterapeutů a dalších specialistů zabývajících se hodnocením manipulačních dovedností testovaných osob. Hodnotí schopnost jedince používat ruce v uni- a bimanuálních činnostech pomocí stavebnice Ministav, vytvořené pro tento účel. Jeho výhodou oproti jiným testům je, že díky pozitivní motivaci a kreativě přístupu pacienta se minimalizuje stres při případném neúspěchu. Testování připomíná dětskou hru, při které lze testovat různé typy úchopů, schopnost manipulace s předměty, souhru obou horních končetin i některé psychické procesy (iniciace, volba strategie, úkolová paměť atd.). Při testování lze stanovit stupeň obtížnosti a podle aktuálního stavu a vývoje nemoci lze využít vhodné subtesty. Stavebnici Ministav lze kromě diagnostiky využít i k léčbě, protože poskytuje množství pracovních variant a lze ji snadno přenášet.