



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 24. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ**

**Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky
31. 5. a 1. 6. 2012**

květen 2012

Sborník příspěvků z 24. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **24. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala pod záštitou MUDr. Jitky Chalánkové, místopředsdkyně Výboru pro sociální politiku Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, ve dnech 31. 5. a 1. 6. 2012.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, 140 00 Praha 4,
www.ergoterapie.cz, 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. Kateřina Macků, Mgr. Jana Náhlá, Bc. Kateřina Šuláková, Mgr. Kateřina Svěcená, Bc. Olga Nováková, Bc. Zuzana Rodová, PaedDr. Eva Matějčíková.

Vydání 1., Praha, 05/2012

© Česká asociace ergoterapeutů, 2012

ISBN 978-80-905252-0-7

Program konference

Čtvrtek- 31. 5. 2012

9:00-10:00	Registrace účastníků konference
10:00-11:45	Dopolední odborný program
10:00-10:20	Doc. MUDr. O. Švestková, Ph.D.: Rehabilitace seniorů
10:20-10:40	MUDr. A. Šteflová, Ph.D.: Stárnutí v agendě Světové zdravotnické organizace - aktuální strategie a jejich implementace v ČR
10:40-11:00	Prof. MUDr. J. Pfeiffer: Ergoterapie a chystaný zákon o koordinované rehabilitaci
11:00-11:20	Doc. MUDr. J. Votava: Spolupráce organizací ergoterapeutů a rehabilitačních lékařů, zvláště v oblasti pomůcek
11:20-11:40	Mgr. K. Svěcená: Praktická aplikace Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a ergoterapeutické vyšetření
11:40-11:45	Diskuse
12:00-12:30	Přestávka s občerstvením
12:30-14:30	Prof. Hans Jonsson, Ph.D. , Karolinska Institutet, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Švédsko. Téma semináře: Engaging occupation – the pathway to being old without feeling old
14:30-15:15	Přestávka s občerstvením
15:15-16:45	Odpolední odborný program
15:15-15:35	MUDr. Z. Kalvach: Geriatrické úvahy nad ergoterapií
15:35-15:55	Mgr. M. Kučerová: Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů
15:55-16:15	Z. Faltýnková, Bc. V. Lidáková: Život na sedacím polštář
16:15-16:30	Diskuse

16:30- 18:00 Valná hromada ČAE

Pátek- 1. 6. 2012

9:00-10:30 Dopolední odborný program

9:00-9:20 **PhDr. M. Venglářová:** Sexualita seniorů žijících v institucích

9:20-9:40 **Mgr. J. Suchá:** Aktivizace osob trpících demencí

9:40-10:10 **Bc. V. Čábelková, Mgr. H. Fuchsová:** Aktivní stárnutí aneb Jak se stárne se Židovskou obcí v Praze

10:10-10:45 **PhDr. A. Slezáčková, Ph.D.:** Radost z práce: inspirace pozitivní psychologií

10:45-11:00 **Diskuse**

11:00-11:30 Přestávka s občerstvením

11:30-12:45 Dopolední odborný program

11:30-12:30 **Mgr. Mária Wirth,PhD. certifikovaný Validation ®Naomi Feil- Presenter. Slovensko: Metoda validace dle Naomi Feil**

12:30-12:45 Diskuse

12:45-13:30 Přestávka s občerstvením

13:30-16:00 Odpolední odborný program

13:30-13:50 **Bc. Z. Rodová:** Kawa model

13:50- 14:10 **Mgr. J. Pluhaříková Pomajzlová:** Systemický přístup a ergoterapie

14:10-14:30 **Mgr. Z. Guřan:** Porozumění bolesti jako cesta k uzdravení – „nový" model v managementu bolesti

14:30-14:50 **Mgr. H. Hlochová:** Ergoterapie u pacientů s onemocněním mozečku

- 14:50-15:10 **Mgr. P. Svozílková:** Využití inerciálních senzorů pro měření aktivity horních končetin u pacientů po CMP z pohledu ergoterapeuta
- 15:10-15:30 **O. Nováková, M.Sc., Bc. Z. Rodová:** Zakázková (kreativní) ergoterapie
- 15:30-15:45 Diskuse
- 16:00 Ukončení konference, předání certifikátů**

OBSAH

1.	Bc. Čábelková, V., Mgr. Fuchsová, H.: Aktivní stárnutí aneb Jak se stárne se Židovskou obcí v Praze	7
2.	Faltýnková, Z., Bc. Lid'áková, V.: Život na sedacím polštář	9
3.	Mgr. Guřan, Z.: Porozumění bolesti jako cesta k uzdravení – „nový“ model v managementu bolesti	11
4.	Mgr. Hlochová, H.: Ergoterapie u pacientů s onemocněním mozečku	12
5.	Prof. H. Jonsson, Ph.D.: Engaging occupation – the pathway to being old without feeling old	14
6.	MUDr. Kalvach, Z.: Geriatrické úvahy nad ergoterapií	15
7.	Mgr. Kučerová, M.: Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů	17
8.	Prof. MUDr. Pfeiffer, J.: Ergoterapie a chystaný zákon o koordinované rehabilitaci	19
9.	Mgr. Pluhaříková Pomajzlová, J.: Systemický přístup a ergoterapie	21
10.	Bc. Rodová, Z.: Kawa model	30
11.	PhDr. Slezáčková, A., Ph.D.: Radost z práce: inspirace pozitivní psychologií	32
12.	Mgr. Suchá, J.: Aktivizace osob trpících demencí	33
13.	Mgr. Svěcená, K., Doc. MUDr. Švestková, O., Ph.D., MUDr. Angerová, Y., Ph.D. MBA, MUDr. Sládková, P.: Praktická aplikace Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a ergoterapeutické vyšetření	35
14.	Mgr. Svozílková, P.: Využití inerciálních senzorů pro měření aktivity horních končetin u pacientů po CMP z pohledu ergoterapeuta	37
15.	MUDr. Šteflová, A., Ph.D.: Stárnutí v agendě Světové zdravotnické organizace - aktuální strategie a jejich implementace v ČR	39
16.	Doc. MUDr. Švestková, O., Ph.D.: Rehabilitace seniorů	48
17.	PhDr. Venglářová, M.: Sexualita seniorů žijících v institucích	51
18.	Doc. MUDr. Votava, J.: Spolupráce organizací ergoterapeutů a rehabilitačních lékařů, zvláště v oblasti pomůcek	55
19.	Mgr. Wirth, M.: Metoda validace dle Naomi Feil	59

Název příspěvku: **Aktivní stárnutí aneb Jak se stárne se Židovskou obcí v Praze**

Autor: Bc. Veronika Čábelková, Mgr. H. Fuchsová

Pracoviště: Židovská obec v Praze

Úvod

Židovská obec v Praze (ŽOP) je církevní organizace, která sdružuje osoby židovského vyznání, národnosti nebo původu. Kromě své základní náboženské a vzdělávací funkce plní mnoho dalších úkolů. Jedním z nich je péče o seniory. V této oblasti považuje za jeden ze svých hlavních cílů nabídnout pomoc a podporu těm, kteří zažili Šoa (holokaust) a jejich dětem. Sociální a zdravotní péči uživatelům, dle jejich individuálních potřeb, zajišťují tři střediska ŽOP, které spolu v rámci komunity spolupracují. Jsou rozdělena dle cílové skupiny uživatelů na:

1. Komplexní domácí péče Ezra – domácí sociální a zdravotní péče, asistenční služba, půjčovna pomůcek
2. Středisko sociálních služeb – sociální aktivizační služby a koordinace dobrovolníků – Pečovatelská služba v Penzionu Charlese Jordana
3. Domov sociální péče Hagibor, denní stacionář a odlehčovací služby – pobytová a ambulantní sociální péče

Dále k nim patří Trígenerační komunitní centrum, Středisko autodopravy a Středisko praktické lékařky. (1)

Hlavní část

V ŽOP pracuje v současné době celkem 5 ergoterapeutek, které se společně s ostatními členy týmu podílí na zlepšování kvality života seniorů Židovské obce a jejich aktivizaci. Nejen tento rok, který je vyhlášen „Evropským rokem aktivního stárnutí“ je zajišťován bohatý program a péče pro seniory různého věku, zdravotního stavu a životní kondice, jak v domácím prostředí a institucích, tak i ve veřejném sektoru.

Je nutné si uvědomit, že stárí v dnešní vyspělé době představuje i několik desetiletí života. Devadesátiletý i starší senior není mezi našimi klienty ničím výjimečným. Pokud seniorský věk počítáme od 60. roku života, máme zde skupinu osob, jejichž věkové rozmezí je 30-40 let, někdy i více. A stejně velké rozdíly, které vidíme mezi novorozencem, který potřebuje veškerou péči a dospělým čtyřicetiletým mužem v plné kondici s maximální soběstačností, vidíme rozdíly i u našich seniorů. Ne vždy je však příčinou věkový rozdíl.

Již jen při takto velkém věkovém i zdravotním a výkonnostním rozdílu je patrné, že práce ergoterapeuta u seniorů je a bude velmi pestrá, důležitá a také velmi obohacující. Práce ergoterapeuta se od ostatních věkových skupin příliš neliší. Cíle i metody zůstávají stejné. U seniorů je snad jen vhodnější pomalejší tempo, alespoň při sběru informací. Lidem vyššího věku, kteří mají spoustu životních zážitků, zkušeností, ale i křivd a bolestí je potřeba nechat čas se otevřít. Teprve pokud člověka poznáme i s jeho životním příběhem, můžeme chápat jeho chování a tužby. Uvědomme si, že všichni senioři starší 67 let bez ohledu na vyznání, prožili II. světovou válku. Není v tomto případě určující, kolik jim bylo v průběhu války let, zda pět či dvacet. Poznamenán nemusí být pouze jejich život, ale i životy jejich rodin. U našich klientů se často trauma přenáší i na 3. generaci. Toto téma je pro mnoho lidí tabu. Nemělo by se ale opomíjet. Je však nutný

šetrný a citlivý přístup. Proniknutí do těchto osobních historií nám pomůže pochopit jejich vnímání – chápání současnosti, stejně tak jako jejich chování.

Dalo by se o starých lidech říci: „Prožili toho hodně, měli by právo jen odpočívat a nic nedělat. Nechat o sebe pečovat.“ A přesto je většina i ve vysokém věku aktivní. Nemáme na mysli pouze být aktivní po stránce fyzické a duševní, ale také zapojení se do sociálních, ekonomických, kulturních, spirituálních a občanských aktivit. (2)

Závěr

Jedním z cílů našeho příspěvku je seznámit vás s prací ergoterapeutek na Židovské obci v Praze a pomocí krátkých kazuistik vám představit několik seniorů, s kterými pracujeme. Nastítnit vám, jak prožili válku a kolik jim v té době bylo let, jaký je jejich momentální stav a hlavní problém, pro který probíhá ergoterapeutická intervence. Hlavním cílem však zůstává, ukázat, že osoby ve vysokém věku s různými zdravotními komplikacemi a ne příliš jednoduchým dětstvím dokážou být až překvapivě silní a především aktivní. Chceme vás seznámit s aktivním stářím a podotknout, že stárnutí není proces, který se odehrává jen ve stáří.

Citace:

1. Bányai, F. Výroční zpráva za rok 2010, Židovská obec v Praze. 2010. Dostupné na http://www.kehilaprag.cz/index.php?option=com_docman&Itemid=147&lang=cs
2. Jelínková J. Aktivní stárnutí: reálná výzva nejen pro ergoterapii. Časopis Sestra 2/2012. Dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/aktivni-starnuti-realna-vyzva-nejen-pro-ergoterapii-463449>, s. 50

Název přednášky:**Život na sedacím polštáři****Autoři:**

Zdeňka Faltýnková, Bc. Veronika Lidáková

Pracoviště:

Česká asociace paraplegiků

Život každého člověka, který pro svou lokomoci potřebuje jako základní kompenzační pomůcku vozík, se odehrává vsedě. Sed se stává pro člověka s poškozením míchy pozicí pro vykonávání každodenních aktivit, ať to jsou úkony sebeobsluhy, práce v domácnosti či v zaměstnání.

Proto správná postura sedu je zásadní pro eliminaci druhotných změn na pohybovém aparátu, ke kterým dochází v důsledku nadměrného zatěžování horních končetin. Špatná pozice sedu s patologií zakřivení páteře se negativně odráží i na špatné propulzní mechanice s přetěžováním svalstva i kloubních struktur horních končetin včetně vlastní ruky.

Kvalita postury sedu se v první řadě odvíjí od výběru vozíku s možnostmi individuálního nastavení sedadlové jednotky a jednotlivých komponent. Proto je třeba dbát při výběru vozíku na možnosti jeho nastavení, kterým lze vzpřímené držení těla vsedě s neutrálním postavením pánve, fyziologickým zakřivením páteře a potřebné postavení dolních končetin průběžně upravovat.

Každý spinální pacient je v průběhu života ohrožen vznikem dekubitů - proleženin a prosezenin. Proto antidekubitní polštář automaticky doplňuje a také podstatným způsobem ovlivňuje pozici sedu trvalého uživatele vozíku. Zaměření vozíku je nezbytné provádět vždy společně se sedacím polštářem, který klientovi vyhovuje. Klient společně s vozíkem a se sedacím polštářem tvoří funkční a strukturní celek. S ním je třeba průběžně pracovat - cvičením korigovat svalové dysbalance a ovlivňovat posturální svalstvo, přenastavením sedadlové jednotky, změnou sedacího polštáře či úpravou zádové opěrky nastavit vozík.

Sedacích polštářů s různým stupněm antidekubitního efektu je k dispozici na našem trhu velké množství. Jedná se o sedáky různých charakteristik – vzduchové, plástvové, pěnové, gelové a řada sedáků kombinovaných.

Korekce sedu začíná od vyrovnání pánve do středního postavení. Ta může být vlivem dysbalance trupových svalů, svalů dolních či horních končetin nebo spastickou šikmá, rotovaná, v anteverzi nebo v retroverzi.

Špatné postavení pánve lze korigovat cíleným vypodložením, které lze aplikovat pouze u polštářů se základnou z tuhé pěny, nelze vyrovnat pánev na vzduchových polštářích či sedácích z měkkých pěnových materiálů. Další korekce lze provádět úpravou či výměnou zádové opěrky.

Antidekubitní polštáře jsou pro uživatele vozíku hrazeny ze zdravotního pojištění na 3 roky. Jsou odolné na určitou zátěž a dobu každodenního používání s garancí antidekubitního efektu. Antidekubitní účinky sedacích polštářů bývají však sníženy dříve vlivem sesednutí či prasknutí. Na vině může být nešetrné zacházení nebo nadměrná zátěž uživatele s vysokou hmotností. Také nárazová zátěž na sedák při sportovních či sexuálních aktivitách na vozíku může být příčinou jeho nefunkčnosti.

Proto je vhodné pro každého vozíčkáře mít k dispozici dva antidekubitní polštáře.

Přednáška bude doplněna výsledky průzkumu nejčastěji používaných sedacích polštářů členy České asociace paraplegiků.

Název příspěvku: Porozumění bolesti jako cesta k uzdravení – „nový“ model v managementu bolesti

Autor: Mgr. Zdeněk Guřan

Kontakt: www.mujsfyzio.cz

Bolestivé stavy jsou nedílnou součástí každodenní praxe pracovníků ve zdravotnictví. Umožnit lidem správně porozumět bolesti a zároveň i situaci, v níž se nacházejí, je zásadní pro snížení stresu a obav z bolesti. Je bolest vstup nebo výstup? Co je tou nejlepší volbou k redukci stavu ohrožení při bolestivých stavech, resp. k samotnému snížení bolesti? Jsou tou jedinou a správnou cestou jednotlivé aplikované terapeutické postupy "fyzikálního" rázu (teplo, chlad, pohyb, tape, klid atd.)?

Vždyť i přestože existuje reálně nějaký problém např. ve svalech, vazech, kloubech, nervech či kdekoli jinde, nemusí tento "bolet" za předpokladu pokud se náš mozek necítí být ohrožen. Aplikací nových modelů v řešení bolesti do našich terapeutických postupů můžeme docílit lepšího porozumění bolesti pro sebe a pacienta. Na cestě k uzdravení se neobejdeme bez aplikace nových neurovědeckých poznatků do klinické praxe, nutně se také musíme zabývat oblastmi, jako jsou edukace, kontrola, nezávislost, trpělivost, vytrvalost či motivace.

Název příspěvku: Ergoterapie u pacientů s onemocněním mozečku

Autor: Mgr. H. Hlochová

Pracoviště: Klinika rehabilitace FN Motol, Praha 5

Kontakt: htlask@yahoo.com

Ergoterapie v neurologii především ovlivňuje funkční projevy nemoci. Rehabilitace je tedy zaměřena na prevenci sekundárních postiženích, ale dokáže ovlivnit motorický a kognitivní deficit. Dále je rehabilitaci zaměřena na sensorické funkce tedy propriocepci a taktilní vjemy.

Mozeček je část mozku. Nachází se částečně mezi a částečně pod týlními laloky mozkových hemisfér. Mozeček zajišťuje koordinaci pohybů (jemných, přesných, rychlých) a udržování rovnováhy. Jeho činnost je podvědomá. Na rozdíl od hemisfér předního mozku kontrolují hemisféry mozečku stejnolehrou část těla. Svou modulační činností navíc ovlivňuje i poznávací funkce (zpracování vizuální informace, myšlení) a řeč. Mozeček koordinuje pohyby, dostává informace ze svalů o kortikospinální aktivitě a téměř současně také zprávy z proprioceptorů o výsledných svalových pohybech. Tyto údaje pak srovnává s informacemi přicházejícími z oka, ucha a hmatových receptorů.

Funkcemi mozečku tedy je regulace svalového tonu, udržení vypřímeného držení těla, udržení rovnováhy ve stoji a chůzi. Mozeček se podílí na přesném vykonávání cílených pohybů. Mozeček má bohatou aferentní signalizaci proprioceptivní i exteroceptivní, ale přijímá informace o vstupech zrakových a sluchových. Zajišťuje tedy informace o vlastním těle, ale zásadně se také podílí na analýze zevního prostředí. Mozeček může být postižen různými patologickými procesy. Na rehabilitačním oddělení FN Motol se nejčastěji setkáváme s pacienty s ischemií nebo krvácením do mozečku a pacienty s různými neurodegenerativními procesy (RS, Friedrichova ataxie, spinocerebální ataxie).

Základním klinickým projevem mozečkové léze je ataxie, což je porucha koordinace volných pohybů, jejich rozfázování, neobratnost a nepřesnost. Pohyb není správně načasován, není cílen, není plynulý. Pohyb probíhá neekonomicky s častými úchylkami. Součástí ataxie je hypermetrie (přestřelení pohybu), adiodochokineze (porucha repetitivních pohybů) a asynergie (porucha koordinace svalů – timing). Dalším příznakem poškození mozečku je pasivita (mozečková hypotonie) a mozečkový tremor, který je intenční.

Cíle ergoterapie u pacientů s mozečkovým onemocněním je maximální možná soběstačnost a bezpečné provádění ADL. Aktivitu či zaměstnávání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby. U pacientů volíme jak přístup terapeutický, tak i kompenzační. Často tyto přístupy kombinujeme. Pro pacienta s poškozením mozečku je velmi důležitá emoce a motivace při provádění pohybu. Proto volíme činnosti smysluplné, volíme často skupinovou terapii. Takto trénujeme cílenou, hrubou i jemnou motoriku a koordinaci horních končetin. Při terapii je velmi důležitá poloha hlavy a trupu pacienta. Častými příznakem mozečkového onemocnění je porucha řeči a polykání, ve spolupráci s logopedem provádíme orofaciální rehabilitaci. V rámci kompenzačního přístupu doporučujeme pacientům stabilizovat předměty, s kterými je pracováno (protiskluzové podložky, těžké nářadí, zatížení horních končetin). Tento přístup je

zároveň léčebným, protože pacientů mozeček dostává aproximací do kloubů výraznější sensorické informace. Neméně důležitou součástí ergoterapeutického programu je nácvik ADL, výběr vhodných pomůcek a program prevence pádů. U některých neurogenerativních onemocněních volíme edukaci pacientů o metodách hospodaření s energií.

Název příspěvku: **Engaging occupation – the pathway to being old without feeling old**

Autor: prof. Hans Jonsson, PhD.

Pracoviště: Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Karolinska Institute, Stockholm, Švédsko

Kontakt: hans.jonsson@ki.se

Klíčová slova: health, occupation, elderly

Obsah:

Several studies regarding activities and survival show the importance of linking health to occupation. For older persons this is also shown in a number of studies, quantitative as well as qualitative. However this evidence is not really visible within the public health domain and one of the reasons is that a theory of the importance of occupation for health and well-being is not well developed. This is a challenge for Occupational Therapy and Occupational Science to build a strong theory based on evidence. Engaging occupation is suggested to be an important concept to link with health. This is going to be discussed in the light of the increasing number of elderly. Older persons become more frail and exposed to risks within the environment and effective prevention becomes more in focus in health care. There is a need for effective preventive intervention programs targeted to suit the elderly population and to promote a life at old age where the elderly can continue to experience reasonable physical fitness, engagement and social community. Examples of preventive programs, evaluated and ongoing will be given where Healthy Life Years can increase and cost be reduced. In short were elderly in a higher degree can become old without feeling old.

Název příspěvku: Geriatrické úvahy nad ergoterapií

Autor: MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Pracoviště: Medicover a.s., Praha

Geriatrize medicíny se významně týká též oboru ergoterapie. Je proto třeba seniorské problematice dobře rozumět – nejde jen o přibývání starších lidí, nýbrž o nástup dlouhověké společnosti, o podstatné prodloužení života ve stáří, o změnu perspektiv, časových horizontů, ambicí, cílů rehabilitace a nejde jen o vyšetřování, léčení, rehabilitování chorob ve stáří, ale především o hodnocení a ovlivňování funkčního zdraví bez těsné vazby na tzv. indexové choroby, která s věkem slábne. Do popředí se dostává multikauzálně podmíněný pokles potenciálu zdraví – vzájemně provázané odolnosti, zdatnosti, adaptability, jehož typickým projevem je geriatrická křehkost (frailty). Kromě involuce se na ní podílí u jednotlivých lidí proměnlivé spektrum chorob, faktorů tělesných (dekondice, obezita, proteinová malnutrice), psychických (osobnostní rysy, pokles spontaneity, deprese, maladaptace), sociálních (osamělost, ztráta partnera – komunikačního, vycházkového, sociální potenciál prostředí, chudoba), spirituálních (rezignace, ztráta motivace, naděje, smyslu).

Etiologie křehkosti je různorodá, jde o individuálně různorodé portfolio faktorů biologické i nebiologické povahy, jejichž negativní dopady se vzájemně potencují. Patogeneze má charakter spirály, která se kolem člověka utahuje a stahuje jej do nižších a nižších pásem nezdatnosti, nezvládnání denních aktivit až posléze k pádům, úrazům, imobilizačnímu syndromu. Prognóza křehkosti je tedy vážná, jde o život ohrožující a jeho kvalitu zásadně snižující proces. Přitom křehcí lidé zůstávají často nepochopeni v území nikoho – mezi rezorty, profesemi, specializacemi, zvláště když chybí indexová choroba a obtíže se tak jeví jako zákonitý projev přirozeného stáří.

Křehcí lidé tak potřebují nejen pochopení křehkosti a možností jejich intervencí, ovlivnění různých zdánlivě drobných faktorů etiopatogeneze, ale také účinné týmové uspořádání primární péče, na niž by se zvláště měli podílet také fyzioterapeuté a ergoterapeuté, a to především v přirozeném domácím prostředí klientů (spolu s praktickými lékaři, geriatry, odborníky v ošetrovatelství, sociálními pracovníky, rodinami a pečovateli, pokud jde o základní tým).

Z hlediska somatického se křehkost projevuje podle kritérií L. Friedové hubnutím, sarkopenií (úbytkem svalové hmoty a síly), únavou, pomalou chůzí, omezováním pohybové aktivity. To vyžaduje nutriční podporu, odporový trénink, motivaci, úpravu prostředí, vhodné kompenzační pomůcky a intervenci konkrétních faktorů u daného klienta. Motivace spadá již do existenciální podpory, která se musí vypořádat s maladaptací, se ztrátou motivace – jde o franklovskou podporu naděje, odvahy a především smyslu života s omezením.

Významným faktorem úspěšného přístupu ke křehkým geriatrickým klientům je koordinace týmové práce, case management. Ujmout se jej může nejen praktický lékař, ale také odborník v ošetrovatelství, sociální pracovník či právě ergoterapeut, přičemž stanovení individuálního plánu by s výhodou mohlo využít nejen funkční hodnocení klienta (ADL, ICF, multikauzální geriatrické syndromy), ale také ucelené „plánování zaměřené na člověka“ (PCP, person centered planning), které posiluje pozici klienta,

smysluplnost a kvalitu jeho života. Součástí tohoto plánování by kromě ostatních cílů (zlepšení funkčního stavu, soběstačnosti či sebeobsluhy atd.) mělo být vždy i posilování autonomie (kontroly nad děním) a dignitogeneze - ochrana, obnova, posílení důstojnosti křehkého člověka.

Název příspěvku: **Aktuální informace o vzdělávání ergoterapeutů**

Autor: Mgr. Margita Kučerová

Pracoviště: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, subkatedra fyzioterapie a ergoterapie

Klíčová slova: celoživotní vzdělávání ergoterapeutů, zákon č. 96/2004 Sb.

Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů vychází ze

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

- **§ 54 zákona č. 96/2004 Sb.**,

- **Nařízení vlády č. 463/2004 Sb.**, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších právních předpisů zrušeno a nahrazeno:

- **Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.**, v platném znění o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Účelem SV zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání dle **vyhlášky č. 55/2011 Sb.**, v platném znění.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění.

- §74 Ergoterapie pro děti

- §75 Ergoterapie pro dospělé

Poznámka: upozornění - dále je uvedené:

- §76 Ergoterapie pro geriatricii

- §77 Ergoterapie pro psychiatricii

- §78 Ergoterapie pro neurologii

- §79 Ergoterapie pro traumatologii, ortopedii a revmatologii

NCO NZO realizuje pro ergoterapeuty

- **Specializační vzdělávání – „Ergoterapie pro dospělé“** (ve fázi přípravné) zdravotnického povolání po získání odborné a specializované způsobilosti. Specializační vzdělávání – §55–§56–§60 zákon č. 96/2004 Sb., odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta – §7.

- ***CK - Ergoterapie u pacientů se specifickými potřebami.**

- Vzdělávací akce: **Diagnostika a léčba kloubů HK z pohledu ergoterapeuta,**

- Vzdělávací akce:**Postura – stabilita – přesuny,**
- Vzdělávací akce:**STEPS – principy správného sezení a držení těla,**
(realizuje subkatedra fyzioterapie a ergoterapie)
- ***CK - Psychoterapeutické přístupy,**
- ***CK – Zvládání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření.**
(realizuje subkatedra fyzioterapie a ergoterapie)

*CK – certifikovaný kurz

Název příspěvku: Ergoterapie a chystaný zákon o koordinované rehabilitaci

Autor: Prof. MUDr Jan Pfeiffer, DrSc.

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

Náš stát přijal „Standardní pravidla vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“, která byla schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů v roce 1993. Na základě toho pak byl přijat plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, schválený usnesením vlády České republiky z dne 29. března 2010, č. 253.

Rehabilitace je v tomto kontextu charakterizována jako vzájemně provázaný koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. V případě vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší zapojení postižených osob úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění.

Musíme připustit, že rehabilitace je u nás přijímána dosti libovolně bez přesných pravidel, která by odpovídala výše uvedené definici. Vychází z dávného omylu z roku 1951, kdy byla autoritativně všechna fyziatrická oddělení přejmenována na rehabilitační, Prof. MUDr. Přerovský, představitel fyziatrie sice protestoval, ale bez valného úspěchu. Ergoterapie u nás dlouho zůstala podceňovanou disciplínou v rehabilitaci. Její výuka byla dokonce koncem padesátých let ukončena na doporučení primářů, kteří nevěděli k čemu ergoterapeutky využít. V chystaném zákoně je nyní problém, jak budou propojeny, respektive převedeny, osoby z léčebných prostředků rehabilitace do prostředků pracovních a v neposlední řadě do prostředků sociální péče.

K tomu účelu je přijata Mezinárodní Klasifikace Funkčních schopností Disability a Zdraví (MKF). Klasifikace není ideální, ale pomůže nám stanovit funkční zdraví, tedy „to co nám zbývá“ a systém ergodiagnostiky, ergoterapie a reedukace a tím využít zbytkový potenciál k zapojení dané osoby do všech společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní potenciál, tj., pokud možno, vrátit se do původní práce, vrátit se, ale s patřičnými úpravami prostředí, vrátit se, ale s doškolením. Dále, pokud návrat do původního pracoviště je nereálný, hledat jiné pracoviště, případně celkové přeškolení a když ani to není možné, řešit situaci jen pomocí sociálních prostředků rehabilitace respektive služeb. To je velmi často situace starších osob, které jsou již mimo produktivní věk. WHO také spojuje rehabilitaci s problematikou starších osob (geriatrií).

Je to přístup ve světě běžný, u nás je spíše ojedinělý. Předpokládá dobře pracující rehabilitační tým, znalost pracovních příležitostí a úzký kontakt s tímto prostředím. Naše klinika měla poměrně dobře vypracovaný systém navazující na Výrobní podnik Svazu Invalidů META, kde byl experimentální provozovna 18, která vyhledávala pracovní příležitosti, např. programátorství nebo POFIS (poštovní známky).

Nyní je problém řešen regionální sítí spolupráce v pracovní rehabilitaci PREGNET, navazující na předchozí EQUAL, vycházející z Evropského sociálního fondu ČR – Operační program lidské zdroje a zaměstnanost. Zatím je tento projekt poněkud

nepřehledný, ale doufejme, že se ho podaří rozjet. K tomu je však nezbytný dobře organizovaný rehabilitační tým na všech rehabilitačních centrech. Dále je velmi důležitá spolupráce zaměstnavatelů a institucí, které poskytují finance. Možná že by bylo i rozumné vrátit fyziatrii minulou autoritu a nespojovat jí s rehabilitací tam kde nebude tento tým existovat.

Název příspěvku: Systemický přístup a ergoterapie

Autor: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Pracoviště:

- 1) O.s.Green Doors, Pujmanové 1219/8, Praha 4, 14000, www.greendoors.cz
- 2) Hermes Group Praha, Dykova 31, Praha 10 - Vinohrady, 10100, www.hermesgroup.cz

Kontakt: pomajzlovic@centrum.cz

Úvod

Ergoterapie je dynamicky se rozvíjejícím oborem, který sousedí a často se překrývá s řadou jiných pomáhajících profesí. Tento fakt je silnou stránkou a zároveň věčným úskalím profese. Ve své historii byla ergoterapie inspirována mnoha vlivy, jak popisují např. Creek, Lougher (2008), Krivošíková (2011), Jelínková, Krivošíková, Šajtarová (2009) a další, a rozvoj psychoterapie byl jedním z nich. Změna celospolečenského diskurzu a vývoj paradigmatu v pomáhajících profesích přirozeně doléhá i na obor ergoterapie, kde můžeme zaznamenat změny jak na úrovni užívaných modelů, rámců vztahů, tak v metodách aplikovaných v přímé práci s klienty.

Systemický přístup, jako psychoterapeutický směr rozvíjející se především po roce 1980, navazuje na rodinnou terapii a své filosofické východisko staví na filosofii postmoderny. Z tohoto proudu, jenž je spojován s pojmy konstruktivismus, sociální konstrukcionismus, kybernetika 2.řádu, teorie chaosu, komunikační teorie, teorie sociálních systémů atd., vzešlo několik terapeutických škol, jež rozvíjejí základní postmoderní myšlenky a přinášejí jistou interpretaci či osobitý styl práce, jak popisují Prochaska, Norcross (1999), Schlippe, Schweitzer (2001) a další.

Změna paradigmatu v ergoterapii, jejímž dokladem je např. rozšíření přístupu na klienta orientovaného, kopíruje v jistém smyslu vývoj postmoderního myšlení. V praxi zaměřené na klienta, která vychází z humanistické psychoterapie, můžeme nalézt řadu shodných východisek a prvků práce se systemickým přístupem. Zatloukal (2007) dokonce nabízí **postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci terapeutických přístupů** a poukazuje na přijetí některých konstruktivistických východisek jinými terapeutickými směry v rámci jejich současného vývoje. Systemický přístup, nabízí pro terapeuta možnost zaujmout postoj veskrze partnerský, včetně nástrojů, jež pomáhají spolupracující způsob práce rozvinout. Stojí tedy za úvahu, kde se ergoterapie a systemický přístup potkávají a kde vytváří prostor pro otevřenou diskusi a „užitečná nedorozumění“. Systemický přístup staví před ergoterapeuty otázky týkající se základního východiska a postoje terapeuta, na které by bylo užitečné hledat odpovědi, jak na úrovni individuální terapeutické praxe, tak na úrovni koncepce oboru a metodologických postupů. Zároveň nabízí filosofické východisko, postoj a metody práce, které mohou být pro ergoterapeutickou praxi obohacením a nacházením jistoty v nejistotě.

Hlavní část

Pojem postmoderní, či lépe řečeno „postmoderna“ jako myšlenkový směr, je stále více používán a rozšiřuje se do nejrůznějších oblastí lidského působení. Popis jeho základních myšlenek a změnu paradigmatu, kterou přináší, zachycuje řada autorů (Anderson, 2009, Schlippe, Schweitzer, 2001, Freedman, Combs, 2009, Gjuričová, Kubička, 2009, Prochaska, Norcross, 1999, Zatloukal, 2007 a další).

S uplatňováním tohoto filosofického východiska se můžeme v současné době setkat v nejrůznějších oborech. Schlippe, Schweitzer (2001) chápou systemický přístup jako východisko, které je možné aplikovat v různých oborech, kde je třeba se příslušnému rámci smysluplně přizpůsobit. Můžeme tedy usuzovat, že i v ergoterapii je možné tento přístup aplikovat, jak také dokládají Cole, Tufano (2008).

Základní teze postmoderního myšlení shrnuje např. Freedman a Combs (2009), která se hlásí k sociálnímu konstrukcionismu a narativní terapii jako:

- Realita je sociálně konstruována.
- Realita je vytvářena prostřednictvím jazyka.
- Realita je strukturována a udržována prostřednictvím vyprávění.
- Neexistují žádné neměnné pravdy. (Freedman, Combs, 2009 : 42)

Ludewig (1994), jako člověk opírající se o konstruktivistickou filosofii, zdůrazňuje hledisko pozorovatele a shrnuje základní teze konstruktivismu takto:

- Vše řečené, je řečené pozorovatelem.
- Pozorovatel je jazykující živá bytost.
- Vše řečené je vytvořeno jazykováním.
- (Reality) jsou argumenty v konverzování.
- Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním.
- „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy. (Ludewig, 1994 : 58)

V zásadě se však všechna vysvětlení shodují v tom, že postmoderní myšlení „boří mýty“ jednoznačných objektivistických sdělení, neboť přináší myšlenku, že **vnímání reality je věcí toho, kdo se na ni dívá, a že i v myslí tohoto pozorovatele jde jen o prezentaci reality, nikoli o realitu samotnou.** Cole, Tufano (2008) uvádějí, že „klientova subjektivní realita se stává ohniskem zájmu ergoterapie a dává další teoretickou oporu hodnotám na klienta orientované praxe“ (Cole, Tufano, 2008 : 43). Potvrzují tedy, že vývoj ergoterapie jde směrem k přijetí postmoderního východiska, které je v souladu s praxí na klienta orientovanou.

Pohybování se mezi modernistickým (či objektivistickým) a postmoderním (či konstruktivistickým a sociálně konstrukcionistickým) pohledem na svět stojí před ergoterapií jako jedna z významných otázek.

V dialogu mezi ergoterapií a systemickým přístupem se můžeme ptát:

- Pokud by ergoterapeut přijmul systemické východisko, jak poté pracuje s „objektivními“ zjištěními na základě používaných metod práce? A mohl by vůbec nějaká „objektivní“, „expertní“ zjištění získat?
- Může ergoterapeut přijmout skutečně „ne-expertní“ pozici na problém klienta?
- Jak ergoterapeut může v systemickém rámci provádět vyšetření, hodnocení a vytváření terapeutického plánu?
- Co se pro ergoterapeuty stane „skutečným“, pokud ke „skutečnosti“ nemáme přímý přístup a nemůžeme ji poznat, resp. poznáváme ji čistě subjektivně?
- Může ergoterapeut kombinovat systemický přístup s jinými ergoterapeutickými přístupy?
- Jak postupovat v případě, že klient vysloví žádost o „expertní radu“ a ergoterapeut užívající systemický přístup vychází z předpokladu, že nemůže plně poznat realitu druhého člověka, tedy je prakticky nemožné najít to, co je pro druhého nejlepší?
- Jak pracovat s cíli terapie, pokud vycházíme v systemickém přístupu z toho, že klienta/systém nemůže cíleně ovlivnit?

- Jaké „metapříběhy“ o ergoterapii a ergoterapeutech jsou aktuálně společensky vytvářeny a jaký vliv mají na ergoterapeutickou praxi?

Jistě bychom mohli ve výčtu otázek pokračovat, neboť postmoderní paradigma je v jistém smyslu provokativní k tradičně (v České republice stále spíše medicínsky) pojímané profesi ergoterapie. Na druhou stranu, ačkoli se může zdát, že „objektivistické“ a „konstruktivistické“ východisko se vzájemně vylučuje, přijetí filosofie systemického přístupu umožňuje pracovat i s modernistickými teoriemi, avšak v systemickém rámci, tedy jako s jedním z možných výkladů reality.

Cole, Tufano (2008) popisují vliv teorie systémů na ergoterapeutické modely praxe a dokládají, jak může být filosofie postmoderny ergoterapeutiky užívána. „Ergoterapeutická praxe prokazuje konstrukcionistickou nebo postmoderní filozofii ve své odbornosti, ve které je realita „sociálně vytvářena a konstruována v závislosti na kontextu“ (Stewart, Law (2003) in Cole, Tufano (2008)). Posun od objektivní k subjektivním realitám je součástí všeobecné změny paradigmatu, která nastala ve velkém spektru disciplín, včetně vědy a výzkumu, occupational science, zdravotní péče a ergoterapie“ (Cole, Trufano, 2008 : 43). Nabízí dále reflexi několika úrovní a typů kontextů jako jeden ze způsobů práce ergoterapeuta v postmoderním rámci a uvádí vliv této filosofie na ergoterapeutické rámce vztahů. Ludewig (1994) uvádí: „Terapeut tedy musí pečovat o příznivé rámcové podmínky, za nichž se klienti mohou „změnit“ podle svých přání“ (Ludewig, 1994 : 84). Tento výrok myslím dobře vystihuje to, jak i ergoterapeut může systemický přístup uplatňovat.

V návaznosti na vymezení postmoderního myšlení, ze kterého systemický přístup vzešel, uvádím přehled proměny paradigmatu, jak jej prezentuje Andersonová (2009), neboť vnímám, že shrnuje základní postoje a východiska pro pracovníka, který pracuje systemicky.

Tabulka č. 1: Přehled proměňujícího se kontinua terapeutického systému, terapeutického procesu a pozice terapeuta (Anderson, 2009 : 25)

OD MODERNISTICKÉHO	K POSTMODERNÍMU
Sociálního systému definovaného rolemi a strukturou	Systému, který je založen na kontextu a je produktem sociální komunikace
Systému složeného z jedince, páru nebo rodiny	Systému složenému z jedinců, jejichž vztahy jsou propojeny jazykem
Hierarchické organizace a procesu řízeného terapeutem	Filosofickému postoji zastávanému terapeutem, který navozuje spolupracující vztah a proces
Dualistického vztahu mezi expertem a neexpertem	Spolupracujícímu vztahu mezi lidmi s různými perspektivami a odbornostmi
Terapeuta jako vědouceho, který odhaluje a shromažďuje informace a data	K terapeutovi jako ne-vědoucemu, který je v pozici dozvídajícího se
Terapeuta jako experta na to, jak by ostatní měli žít své životy	Terapeutovi jako expertovi na vytváření dialogického prostoru a facilitaci dialogického procesu
Terapeutického zaměření na vědění shora-dolů a na pátrání po příčinách	Terapeutickému zaměření na vytváření možností, spoléhajícímu na přínos a kreativitu všech zúčastněných
Terapeuta jako vědouceho, který si je	Terapeutovi jako ne-vědoucemu, který si

jistý tým, co ví (nebo tým, co si myslí, že ví)	není nikdy jistý a považuje vědění za postupně rozvíjející se
Terapeuta, který pracuje na základě vlastních a výsadních znalostí, předpokladů a myšlenek	Terapeutovi, který je otevřený, dělí se o své vědění, předpoklady, myšlenky, otázky a názory a reflektuje je
Terapeuta jako autora intervencí se zásobou strategických cvičení, dovedností a technik hodících se pro všechny	Společnému zkoumání, které vychází z odbornosti všech osob zapojených do konverzace
Terapeuta, jehož záměrem je udělat změnu v jiné osobě nebo členovi systému	Změně, nebo spíše transformaci, která se rodí z tvůrčího dialogu a spolupracujícího vztahu a je jejich přirozeným důsledkem
Terapie s lidmi jako uzavřenými osobnostmi s ohraničeným jádrem	Terapii s lidmi jako s mnohočetnými vztahovými self konstruovanými v jazyce
Terapie jako aktivity, kterou výzkumník zkoumá jiné subjekty	Terapeutovi a klientovi jako spolupracujícím výzkumníkům, kteří se podílejí na utváření toho, co nakonec „zjistí“

Jak jsem již zmínila, systemický přístup není jeden jedolný směr, to by popíralo samo jeho podstatu. Můžeme nalézt několik proudů, které je třeba pro úplnost zmínit. Vzhledem k tomu, že nepanuje mezi autory shoda v tom, jaké psychoterapeutické směry řadit jako systemické (např. Prochaska, Norcross, 1999, Schlippe, Schweitzer, 2001, Gjuričová, Kubička, 2009, Kratochvíl, 1997), uvádím zde školy, které staví na filosofii postmoderny, vychází z konstruktivismu a na něj navazujícího a myšlenkově velmi blízkého sociálního konstrukcionismu.

Tabulka č. 2: Proudů systemického přístupu

<i>Terapie vycházející převážně z konstruktivistické teorie</i>			
Název směru/školy	Hlavní představitelé	Základní teze	Specifické nástroje
Systemicko-konstruktivistická terapie	L. Boscolo, G. Cecchin	Rozšiřování úhlů pohledů a možností volby skrz perspektivy jednotlivých účastníků systému, Cirkularita, Terapeut je součástí systému, nemůže jako expert stát mimo systém, je jedním z hlasů atd.	Cirkulární a reflexivní dotazování, Systemické hypotetizování, Neutralita či přesněji „Zvědavost“, Rituály na konci sezení (domácí úkoly, přerámování, pozitivní konotace, případně paradoxní pokyny)
Hamburská škola	K. Ludewig	Není možná instruktivní interakce, Vše řečené, je řečené pozorovatelem, Reality jsou utvářeny jazykováním, Hlavní postuláty jsou	Rozlišování „pomoci“ a „kontroly“, Práce se zakázkou, Konstruktivistické dotazování a reflektování

		užitek, respekt, krása atd.	
Na řešení orientovaná krátká terapie	S. de Shazer, I. K. Berg	Orientace na řešení a na zdroje klienta, Pro řešení situace není třeba znát a rozvíjet problém, Dosahování změny v co nejkratším možném čase prostřednictvím konstrukce budoucnosti a formulováním měřitelných cílů atd.	Otázky na změny před setkáním a mezi setkáními, otázky na výjimky z problému, Otázka na zázrak, Stavění užitečně formulovaných cílů, Práce se škálou, Domácí úkoly, Specifické otázky a postupy pro „nedobrovolné klienty“
Reflektující tým	T. Andersen	Rozšiřování úhlů pohledu a perspektiv prostřednictvím dialogu reflektujícího týmu, Není jedno správné řešení a jedna skutečnost, smyslem je vytvářet více možností.	Otázky na otevírání rozhovoru, Struktura a vedení dialogu v reflektujícím týmu uvnitř terapeutické konzultace („před zrcadlem“)
<i>Terapie vycházející převážně ze sociálního konstrukcionismu</i>			
Narativní terapie	M. White, D. Epston, L. Hoffman, J. Freedman	Lidé žijí příběhy, Skutečnost je utvářena prostřednictvím jazyka - vyprávěním příběhů, Terapie založena na převyprávění svého příběhu směrem k preferované „identitě“, Reflexe a práce se společensky utvářenými příběhy, „metaforami“, zpochybňování „velkých pravd“, zájem o hodnoty člověka a význam, jaký dává událostem atd.	Práce se společensky utvářenými příběhy- „metaforami“, Dekonstruktivní naslouchání a dotazování, Hledání „zářných“ okamžiků, Externalizace, Remembering, Psaní dopisů, životopisu, prohlášení, osvědčení a diplomů atd.
Spolupracující přístup	H. Anderson, H. Goolishian	Rozpouštění problému prostřednictvím dialogu, Postoj „nevědění“ atd.	Práce s předpoklady, Koncept „nevědění“, Rozvíjení dialogu

Z tohoto přehledu je zřejmé, že systemický přístup v sobě obsahuje širokou paletu možností způsobů práce, jak ve vyzdvihování určitých prvků v rámci postoje pracovníka, tak v užívání nástrojů při vedení rozhovoru, kde se postoj pracovníka promítá. Jako v jiných odvětvích je však třeba říci, že bez řádného výcviku a přijetí filosofického východiska systemického přístupu, může být užívání na první pohled snadných terapeutických nástrojů neúčinné, v horším případě to může spolupráci

zablokovat či poškodit. V České republice v současné době existuje několik akreditovaných vzdělávacích institucí nabízejících psychoterapeutické výcviky i krátkodobější kurzy v systemickém přístupu a v literatuře již můžeme najít několik publikací v českém jazyce věnující se tomuto přístupu. Osobně si myslím, že i do vzdělávání ergoterapeutů by se měl tento trend a proměna paradigmatu promítat a že by ergoterapeuté měli mít základní znalosti o systemickém přístupu minimálně jako o jednom z psychoterapeutických směrů.

Příklad užití systemického přístupu v rámci ergoterapie

Jako příklad propojení systemického přístupu s ergoterapií uvádím situace ze své praxe v rámci kontextu pracovní rehabilitace lidí s duševním onemocněním v programu Tréninkové kavárny O.s.Green Doors. Každý kontakt s klientem je jedinečný a těžko přenosný, pokusím se zde i přesto ve zkratce přiblížit situace, které jsou z mého pohledu zajímavé a ukazují, jak „daleko“ je možné filosofii systemického přístupu a některé nástroje použít.

Příběh č. 1

Klientka, se kterou jsme měli již několikáté setkání v rámci rehabilitačního plánování, byla v rozhovoru neobvykle tichá. Zároveň bylo možné pozorovat určitý neklid a vzrušení. Na otázky otevírající rozhovor, které již znala a jindy na ně odpovídala bez problémů (jako „Máme před sebou hodinu času, čím ji dnes chcete naplnit? Co by se tu dnes mělo pro Vás stát, abyste odcházela spokojená? Čemu se dnes máme věnovat? apod.) tentokrát nereagovala a odpovídala spíše nejistě. Snažila jsem se navázat na předešlá setkání a ujišťovala jsem se, jestli je to směr, kterým máme jít. Klientka však téma rozhovoru odváděla a rozmluvila se o tom, co viděla v televizi, a začala se ptát, jestli sleduji stejný seriál a jak se mi líbí. Reflektovala jsem tuto situaci, v rozhovoru jsem ji pojmenovala a zeptala jsem se, zda se dnes máme věnovat tomu, jak tráví čas, jestli je to pro ni nějak významné. Klientka odpověděla, že ne, že má něco, o čem by potřebovala mluvit, ale nemůže mi říci, o co jde, hned nato ale řekla, že to nevadí, že klidně můžeme mluvit o něčem jiném. Vnímala jsem, že to „něco“ je pro klientku velmi významné a že když „to“ zmínila, byla dost rozrušená, v jejím hlase zněly obavy či strach. Ujistila jsem klientku, že to chápu, že může být něco tak citlivého, že je těžké o tom mluvit a ocenila jsem, že o tom začala mluvit. **Ujistila jsem jí, že se o „něčem“ můžeme bavit, aniž vím, o co přesně jde.** Klientka na mě nejprve pohlédla nechápavě, zároveň však se zájmem v očích. Nabídla jsem jí, že to můžeme zkusit (sama jsem měla zkušenost s takovou konzultací, která fungovala, aniž za celý čas zaznělo, „o co jde“) a pokud to nebude fungovat, že to můžeme kdykoli změnit. Opírala jsem se při tom o přístup na řešení orientovaný, ve kterém nemusím znát „problém“ a mohu pracovat na řešení a následně využila techniky z tohoto směru a také z narativní terapie. Klientka souhlasila. Zeptala jsem se, jestli tomu „něčemu“ můžeme dát nějaké jméno, aby se nám o tom lépe mluvilo, klientka po krátkém uvažování řekla, že to říci nemůže, pracovali jsme tedy s „něčím“. Využila jsem techniku externalizace a začala se ptát, jak dlouho to „něco“ s ní žije, co dělá v jejím životě, čím je pro ni nyní významné, jak moc ji nyní obtěžuje a zda má nějakou funkci atd. Rozhovor plynul a klientka potvrzovala, že je to pro ni užitečné. Pracovala jsem také se škálou mezi tím, kdy „něco“ bylo úplně nejhorší a naopak „nejlepší“, kde je na škále nyní a kde má pro klientku být. Rozhovor se na základě toho vyvíjel dál směrem, jestli „něco“ má v jejím životě zůstat nebo ne, jestli se má nějak změnit a klientka říkala, že má rozhodně zmizet. Rozhovor se tedy obrátil na konstrukci budoucí reality, ve které „něco“ již není. Když se rozvinul rozhovor o budoucnosti, ve které již „něco“ není, klientka začala mluvit

radostněji, sebevědoměji a s úlevou. Rozhovor jsme zakončovali formulováním několika prvních kroků, které může klientka udělat, aby budoucnosti bez „něčeho“ dosáhla. Při reflexi setkání klientka potvrzovala, že jí to hodně pomohlo a že je ráda, že „něco“ nemusela říkat, ale že nyní už se nebojí o tom mluvit otevřeně.

Příběh č. 2

Klientka pracovala v kavárně asi půl roku. Ačkoli přímou práci za barem zvládala, její výkon byl narušován přetrvávajícími sluchovými halucinacemi. Klientka byla mladá (23 let), měla však za sebou již několik dlouhodobých hospitalizací. Její zdravotní stav byl proměnlivý a v práci měla časté výpadky. Podle „objektivistického“ medicínského pohledu bychom řekli, že klientka neměla náhled na své onemocnění, sama popisovala, že nemá žádné obtíže, že v kavárně je proto, aby měla práci. Neomluvené absence pak klientka často omlouvala tím, že nevěděla, co je za den nebo že nevěděla, že má mít službu. Z „objektivistického“ pohledu byla evidentní přítomnost kognitivního deficitu. O práci v kavárně ale hodně stála a v rámci rehabilitačního plánování jsme se věnovali tomu, jak zabránit výpadkům v práci.

Při jednom z takových setkání jsem klientce dávala zpětnou vazbu k pracovnímu výkonu a popisovala jsem, že během práce jsou situace, kdy se zastaví a vypadá to, jako by byla myšlenkami jinde, jako by neslyšela, co jí právě říkám. „Jo, to jo, to já jsem často mimo“, odpovídala klientka a šeptem a trochu spiklenecky mi dodala, to já si povídám s mojí druhou rodinou. „Druhou rodinou?“ zeptala jsem se a následně se klientka poprvé rozmluvila o svém vztahu s „druhou rodinou“, kterou bychom z „objektivistického“ pohledu nazvali halucinacemi. Na práci s „hlasy“ se objevují různé názory, některé tvrdí, že rozvíjením dialogu o halucinacích příznaky rozvíjíme a posilujeme, jiné svou terapii zakládají na tom, že s „hlasy“ otevřeně pracují. V zásadě se však odborníci shodují v tom, že není užitečné „hlasy“ vyvracet a konfrontovat klienta s „realitou“, ale popisovat to, co terapeut ze své perspektivy vidí/slyší a co ne. **V rozhovoru jsem přijala postoj „ne-expertnosti“, terapeutické „zvědavosti“ a řekla jsem si, že budu s „realitou“ klientky pracovat stejně jako s jakoukoli jinou „realitou“ jiných lidí. Přijala jsem, že „druhá rodina“ nás možná slyší, vidí, každopádně, že do našeho rozhovoru může zasahovat a mluvit.**

Klientka začala popisovat to, co jí její „druhá rodina“ dělá, že jí zakazuje bavit se s ostatními lidmi, že když „druhou rodinu“ neposlechne, že jí pak doma trestá atd. Ocenila jsem, že má klientka odvalu o „druhé rodině“ mluvit a poděkovala jsem za důvěru, že mi o ní říká. Přiznala jsem, že ji nevidím ani neslyším, ale že věřím, že klientka je s ní v kontaktu. Zeptala jsem se, jestli je nyní s námi a jestli jí nevadí, že se mnou klientka mluví. Klientka říkala, že se na nás teď dívají, ale že se mnou je to dobré, že to má dovolené, ale že s jinými lidmi jí mluvit zakazují. Klientka se rozmluvila o tom, jak jejich zákazy porušuje a baví se s lidmi, ale jak jí potom doma „druhá rodina“ vytrestá, ale že je jí vlastně s „druhou rodinou“ dobře, že jí hodně rozumí a dobře jí znají. Po nějaké chvíli jsem se zeptala, co by se pro klientku stalo, kdyby svou „druhou rodinu“ neměla. Klientka zesmutněla a řekla, že by vlastně byla hrozně sama, že nemá nikoho jiného, než ji. V rozhovoru mluvila o tom, že o „druhou rodinu“ přijít nechce, jen kdyby jí tolik nezakazovali, aby se přátelila i s jinými lidmi. Tento rozhovor byl klíčový pro celou další spolupráci, kde jsme se následně zaměřili na to, jak se může klientka domlouvat s „druhou rodinou“, aby jí nezakazovali chodit do práce a jak to udělat, aby mohla mít více přátel. Klientka po nějakém čase zmínila, že nyní, když má více „skutečných“ přátel, vlastně už tolik času se svou „druhou rodinou“ netráví, i když je s „druhou rodinou“ pořád v kontaktu.

Příběh 3

Jiným příběhem je spolupráce s klientkou, která přišla do kavárny s cílem připravit se na běžné zaměstnání. Klientce bylo 32 let, vystudovala střední odborné učiliště obor kuchař-číšník, v důsledku nemoci však prakticky neměla pracovní zkušenosti. Klientka byla několikrát dlouhodobě hospitalizovaná. Opět bychom mohli „objektivisticky“ říci, že měla malý náhled na své onemocnění. Měla 6 letou dceru a 4 letého syna. Děti jí však byly odebrány z péče a starali se o ně rodiče klientky. Klientka mluvila o tom, že má děti ráda a že by chtěla pracovat, aby si je mohla opět osvojit. Pracovní výkon klientky však byl proměnlivý. Činnosti klientka zvládala bez problémů, ale měla obtíže s udržením výkonu a její motivace k práci často výrazně klesala. V práci také měla časté absence a pozdní příchody. Při rozhovorech o pracovním výkonu a přípravě na běžné zaměstnání klientka mluvila o tom, že nemá žádné obtíže a že by práci v běžném prostředí zvládla.

V rámci rehabilitačního plánu jsme začali mluvit o tom, jaké zaměstnání by klientka chtěla dělat. Klientka hned začala mluvit o práci sekretářky, se kterou měla krátkou zkušenost a která ji bavila. Volbu této profese klientka opakovala a v rozhovoru v podstatě nepřipouštěla jiné varianty. Bojovala jsem se svým „objektivistickým“ pohledem, který mi říkal, že klientka nemá na tuto pracovní pozici vzdělání, znalosti ani dovednosti a toto poznání mě vedlo k tomu, abych klientku připravovala na možný neúspěch a konfrontovala ji s nároky profese. Přirozeně jsme se s klientkou v rozhovoru „nepotkávali“ a řeč se zadržovala, klientka začala zvyšovat hlas a zlobit se. Zároveň jsem klientce nechtěla brát „vítr z plachet“, protože mé „konstruktivistické“ uvažování mě vedlo k tomu, že nikdy nemohu vědět a poznat „realitu“ klientky a že každý má v sobě zdroje a potenciál na změnu. Konečně mi přišlo na mysl **ověřit si, co vlastně klientka míní pod pojmem „sekretářka“**. Ukázalo se, že klientka tím myslí to, aby mohla nosit kávu řediteli. Když zastávala v minulosti tuto pozici, toto byla její hlavní náplň a to ji bavilo. Toto vyjasnění bylo zásadní pro další práci, neboť bylo zřejmé, že **má představa o pozici sekretářky byla zcela jiná, než představa klientky**. Toto užitečnší nedorozumění nám pomohlo rozvázat rozhovor. Začali jsme mluvit o tom, jaké konkrétní činnosti by klientku v práci bavily a zda si dovede představit je vykonávat i v rámci jiných profesí, než na pozici sekretářky. Nabídla jsem, zda by pro klientku bylo užitečné podívat se na různé profese a zjistit, co je pro jejich výkon požadováno. Klientka souhlasila a poté sama začala mluvit o tom, že současné nároky na pozici sekretářky jsou vysoké, že práce s počítačem by ji nebavila, ale že je hodně hovorná a kávu umí dělat výborně a to jistě může v práci využít. Takto se nám začalo rozšiřovat pole možností uplatnění klientky blíže k tomu, co klientka skutečně chtěla dělat. Navíc se ukázalo, že klientka má daleko větší náhled a odhad svých pracovních dovedností, než se na první „objektivistický“ pohled zdálo.

Z uvedených příběhů je zřejmé, že systemický přístup pracuje především prostřednictvím jazyka. Nebrání se však užívat jakékoli způsoby práce a různé techniky, pokud jsou pro danou situaci užitečné.

Závěr

Systemický přístup jako postoj terapeuta, filosofické východisko pro praxi a z něj plynoucí pracovní postupy a nástroje, přináší pro ergoterapii řadu významných otázek. V praxi ergoterapie již můžeme zaznamenat změnu paradigmatu a posun směrem k postmodernímu východisku. Systemický přístup nabízí pro ergoterapeutickou praxi bohatou inspiraci a podporu pro rozvoj praxe na klienta orientované. Přísná sebereflexe, schopnost ustoupit z „expertské“ pozice, schopnost skutečně naslouchat potřebám,

přáním a názorům klienta, vnímat vytvářející se systémy, pracovat s kontextem, vytvářet spolupráci a být partnerem ve vztahu s klientem, jsou schopnosti, které by pro ergoterapeuta měly být samozřejmostí. Při užívání systemického přístupu nabývají tyto, někdy již otřelé fráze, skutečné, živé a fungující podoby a možné nástroje rozhovoru nabízí vodítka, jak takový postoj a způsob práce udržovat. Dovolují si tvrdit, že je možné systemický přístup uplatňovat v rozličných kontextech, napříč různými oblastmi ergoterapeutické praxe. Rozvíjení dialogu s tímto proudem by tedy bylo užitečné jak na úrovni osobní, ale především na úrovni koncepce oboru ergoterapie a současného systému vzdělávání v tomto oboru.

Literatura:

1. Anderson, H. (2009). Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Brno: NC Publishing, a.s.
2. Cole, M.,B., Tufano, R. (2008). Applied Theories in Occupational Therapy, A practical Approach. USA: Slack Incorporated.
3. Creek, J., Lougher, L. (2008). Occupational Therapy and Mental Health. London: Churchill Livingstone Elsevier.
4. Freedman, J., Combs, G. (2009). Narativní psychoterapie. Praha: Portál.
5. Gjuríčová, Š., Kubička, J. (2009). Rodinná terapie, systemické a narativní přístupy, 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.
6. Jelínková J., Krivošíková M., Šajtarová, L. (2009). Ergoterapie. Praha: Portál.
7. Kratochvíl, S. (1997): Základy psychoterapie. Praha: Portál.
8. Krivošíková, M. (2011). Úvod do ergoterapie. Praha: Grada Publishing a.s.
9. Ludewig, K. (1994). Systemická terapie, základy klinické teorie a praxe. Praha: Pallata.
10. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing.
11. Schlippe, A., Schweitzer, J. (2001). Systemická terapie a poradensví. Brno: Cesta.
12. Zatloukal, L. (2007). Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů. Psychoterapie, 1. ročník, Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity.

Název příspěvku: Kawa model v ergoterapii

Autor: Bc. Zuzana Rodová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 1.LF UK a VFN Praha

Kontakt: zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Úvod:

V rámci svého příspěvku bych chtěla Kawa model představit českým ergoterapeutům. Tento model je jedním z ergoterapeutických modelů stejně jako MOHO (Model lidského zaměstnávání) nebo CMOP (Kanadský model lidského zaměstnávání). Je to model, který je běžně zařazen v sylabech jednotlivých ergoterapeutických škol po celém světě. V České republice se zatím jedná o model málo známý. Do výuky studentů ergoterapie 1.Lékařské fakulty UK byla zařazena úvodní přednáška o tomto modelu před 3.roky.

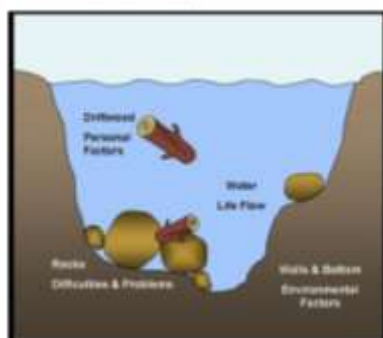
Hlavní část:

Jedná se o model pocházející z Asie. Slovo Kawa v japonštině znamená řeka. Jedná se o model, který využívá pro život metaforu řeky. Každý člověk má svou řeku, horní tok znamená minulost, dolní tok budoucnost. Čím lépe řeka teče, tím je lepší zdraví konkrétního člověka.



(www.kawamodel.com)

Model má 5 základních komponent voda = životní energie, stěny a dno řeky= prostředí, kameny= životní obtíže a problémy, prostor= schopnosti a naplavené dřevo= vlastnosti a možnosti. Jednotlivé komponenty se navzájem ovlivňují.



(www.kawamodel.com)

Jako velkou výhodou tohoto modelu vnímám jeho vizualizaci konkrétního kontextu pro daného klienta. Řeku může kreslit terapeut, sám klient nebo se jedná o společnou práci terapeuta a klienta, kdy je klient v roli experta. Společně pak pojmenovávají jednotlivé souvislosti v rámci kulturního a sociálního kontextu.

Závěr:

Nepředpokládám, že by se tento model začal v České republice používat u všech klientů. Jeho využití vidím u klientů, u kterých je složitější minulost nebo u kterých není na první pohled vidět, co vše ovlivňuje jejich situaci. Vizualizace může terapeutovi i klientovi snáze situaci pochopit.

Literatura:

- Iwama, M. 2006 The Kawa Model; Culturally Relevant Occupational Therapy, Churchill Livingstone-Elsevier Press, Edinburgh, 242p.
- <http://www.kawamodel.com/> [1.5.2012]
- <http://kawamodel.phpbbnow.com/> [1.5.2012]

Název příspěvku: **Radost z práce: inspirace pozitivní psychologií**

Autor: PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D.

Kontakt: www.pozitivni-psychologie.cz

Abstrakt:

Pozitivní psychologie je aktuálním směrem v současné psychologii, jenž se zabývá studiem a podporou pozitivního prožívání, kladných stránek osobnosti člověka i podmínek optimálního fungování v práci a mezilidských vztazích. Velkou pozornost věnuje rozpoznání a rozvoji silných stránek a předností člověka a podpoře jejich praktického využívání v profesním i osobním životě. V přednášce budou posluchači seznámeni s výsledky zajímavých výzkumných studií z oblasti pozitivní psychologie i s konkrétními možnostmi praktického využití poznatků pozitivní psychologie v ergoterapii.

Název příspěvku: **Aktivizace osob trpících demencí**

Autor: Mgr. Jitka Suchá

Pracoviště: Gerontologické centrum, Praha

Kontakt: jitka.sucha@email.cz

Úvod

Vhodné aktivity jsou nedílnou součástí kvalitní péče o seniory a osoby trpící různými formami demence. Měly by být začleněny do denního programu těchto pacientů. U této cílové skupiny je důležitý stabilní průběh dne, veškeré dění by mělo probíhat v neměnných časech, abychom docílili co nejlepší stability psychického stavu pacienta, jakákoliv změna se zpravidla negativně odrazí na chování pacienta ve smyslu různých nekognitivních příznaků – poruch chování (nejčastěji je to agitovanost a neklid, úzkost, depresivita, bezcílné bloudění, bludy a halucinace a další).

Hlavní část

Aktivity nám strukturují den do různých úseků, vytvářejí mezníky času. Uspokojují některé potřeby pacientů, také jsou klíčem k lepšímu poznání a porozumění lidem s demencí. Jejich působením nefarmakologicky ovlivňujeme již zmíněné poruchy chování, ať již v krátkodobém horizontu (když se pacient s demencí zabývá smysluplnou činností, nemá zpravidla čas se zabývat svými úzkostnými či depresivními myšlenkami) či dlouhodobém (ačkoliv demenci nelze vyléčit, můžeme i vlivem vhodných aktivit a dalších nefarmakologických přístupů zpomalit, pozastavit průběh nemoci). Důležitý je správný výběr aktivity vzhledem k různým faktorům týkajícím se pacienta (stadium nemoci, jeho preference, fyzický stav, schopnost komunikace atd.). Měli bychom při výběru aktivit vycházet vždy z toho, co pacient stále ještě zvládá, a to posilovat a udržovat. To, co již pacient nezvládne, se samozřejmě již znovu nikdy nenaučí.

Podle J.Zgola (2003) je většina lidí s demencí ale stále ještě schopna:

- Pamatovat si věci ze vzdálené minulosti
- Vyjádřit názor a nabídnout radu
- Provádět obvykle dobře naučené a silně zafixované vzorce chování
- Mít požitek ze smyslových vjemů
- Reagovat a vyjadřovat emoce
- Sledovat logický sled myšlenek
- Navazovat sociální kontakty
- Mít zájem o ostatní a snahu pomáhat
- Mít smysl pro humor

Ještě bychom mohli doplnit, že lidé i s pokročilou demencí mohou dobře zvládat různé rutinní, stereotypní a dobře naučené dovednosti a činnosti (ty, které dělali léta a dobře) – třeba různé domácí práce, různé pracovní činnosti, dovednosti a návyky, ale třeba i

hru na nějaký hudební nástroj. Jedná se o tzv. nedeklarativní paměť (někdy se jí také říká procedurální) uloženou převážně v levé mozkové hemisféře v čelních lalocích. Degenerativní proces probíhající v mozku vlivem demence přitom postihuje téměř vždy jako první pravou mozkovou hemisféru.

Důležitá je také rovnováha aktivních a pasivních činností, individuálních a skupinových. I všechny sebeobslužné činnosti jsou v podstatě aktivizace, takže cokoliv pacient ještě ze sebeobsluhy zvládne sám, přestože mu to třeba déle trvá, měl by dělat sám i nadále. Samozřejmostí je dobrovolná účast, ale je vhodné pacienty různými způsoby motivovat (na každého „platí“ něco jiného). Výhodné, kromě stabilních časů aktivit, je také stálý terapeut a známé prostředí, prosté různých rušivých vlivů. Kvůli významnému zhoršení exekutivních funkcí bychom také měli omezit situace, kdy je pacient nucen se např. rozhodovat mezi více alternativami. To je většinou moment, kdy je v úzkých a může se projevit zhoršením eventuelních poruch chování. Důležité je také zvolit správnou úroveň náročnosti, aby byl pacient při aktivitě úspěšný, protože jen tak ho bude činnost bavit. Také by aktivita měla mít zjevný účel – pro pacienta dobře pochopitelný.

Závěr:

Atmosféra, jednak prostředí pro péči, ale i atmosféra při aktivitách, by měla, jak co se týče útulnosti prostor, ale hlavně porozuměním a podporou ze strany terapeuta i ostatních účastníků, přispívat k příjemným a pozitivním pocitům pacienta. B.Larsen (2006) uvádí, že cca od střední fáze demence se kvalita prostředí odráží na náladě pacienta.

Literatura:

- Zgola, J.(2003). Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha.Grada.
- Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J.(2007). Péče o pacienta s kognitivní poruchou. Praha.EV public relation.
- Larsen, B.(2006). Movement with meaning. Baltimore. Health Professions Press.

Název příspěvku: **Praktická aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a ergoterapeutické vyšetření**

Autor: Mgr. Kateřina Svěcená ^(1,2), Doc MUDr. Olga Švestková⁽¹⁾, MUDr. Yvona Angerová, Ph.D. MBA, MUDr. Petra Sládková ⁽¹⁾

Pracoviště: 1. Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK Praha a VFN v Praze
2. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Kontakt: katerina.svecena@lf1.cuni.cz

ÚVOD

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) byla schválena Světovou zdravotnickou organizací v roce 2001. Její první předchůdce Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH) byla publikována v roce 1980 a v roce 1993 schválila Světová zdravotnická organizace filozofii ICIDH -2.

Do České republiky uvedl MKF Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, který ji v roce 2003 přeložil do češtiny a následně v roce 2009 byla vydána v České republice. Od roku 2010 je používání MKF závazné, Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR zavedl s účinností od 1. července 2010 klasifikaci MKF (podle §19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb. Vv znění pozdějších předpisů), uveřejněno ve Sbírce předpisů ČR jako Sdělení ČSÚ č.431/2009 Sb., částka 137/2009 Sb.

Hlavní díl odpovědnosti za klinickou aplikaci MKF je momentálně nejvíce vztaženo na lékaře. Lékař by měl použít klasifikaci MKF u každého člověka s disabilitou, konkrétní kódy MKF by měly být uvedeny i v propouštěcí zprávě, kterou zdravotnické zařízení vydává.

Nicméně se čím dál tím více setkáváme s tím, že lékaři, pokud mají tu možnost, se obracejí na ostatní členy multidisciplinárního týmu (ergoterapeuty, fyzioterapeuty, sociální pracovníky, logopedy, klinické psychology), aby ohodnotili některé části MKF, které se vztahují více k dané odbornosti.

HLAVNÍ ČÁST

Vyvstává zde mnoho otázek: pro jaké účely slouží MKF? Kdy kódovat podle MKF? Kolik času je potřeba na okódování pacienta podle MKF? Jakým nejlépe způsobem kódovat? Jak dané kódy následně využít?

Měli bychom si uvědomit, že MKF není žádné vyšetření ani hodnocení, ale jde o klasifikaci, která pomáhá najít společnou komunikaci mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu a v budoucnosti by mohla sloužit jako nástroj pro sociální politiku. V České republice se již dlouhá léta využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kdy kódem je označena pouze diagnóza pacienta a na rozdíl od MKF není nic řečeno o funkčním stavu pacienta.

MKF se snaží podat ucelený obraz o pacientovi, o člověku využívá bio-psychosociálního modelu. Před používáním MKF je nutné se seznámit se základní terminologií, kterou využívá. Jde například o pojmy:

- ❖ Disabilita
- ❖ komponenty
 - Tělesné funkce
 - Tělesné struktury
 - Aktivity a participace
 - Faktory prostředí

Doménou ergoterapeuta je zhodnocení funkčního stavu pacienta právě v komponentách aktivit a participací a faktorů prostředí. U aktivit a participací ergoterapeut kóduje různé životní situací, které pacient zvládá či nezvládá a jsou pro něj nějakým způsobem důležité nebo tomu tak bylo v minulosti. U faktorů prostředí spolu se sociálním pracovníkem určuje ergoterapeut, zda člověk má v životě nějaké bariéry nebo naopak facilitátory.

- ❖ Kvalifikátory určují závažnost problému pro člověka a hodnotí se v rozmezí 0–4, kvalifikátor 8 značí nespecifický problém, kvalifikátor 9 označuje, že na danou situaci momentálně nelze daný kód aplikovat.

Ideálním stavem by bylo okódotovat pacienta už v rámci vstupního ergoterapeutického vyšetření během doby, kterou využíváme na vstupní ergoterapeutické vyšetření. Ideálním stavem tedy je, aby ke každé z položek vstupního ergoterapeutického vyšetření byly do připraveného formuláře přiřazeny nejdůležitější kódy hlavně z oblasti aktivit a participací, z faktorů prostředí. Z uvedeného vyplývá, že každé zdravotnické zařízení bude mít různý formulář s různými otevřenými kódy, podle toho, kterým klientům se nejvíce věnuje a podle toho, jaké nejčastější limitace v oblasti aktivit a participací a faktorů prostředí jejich pacienti mají.

ZÁVĚR

Závěrem je možné shrnout, že MKF by neměla znamenat pro ergoterapeuta administrativu a čas navíc, protože pacienta může okódotovat v rámci vstupního ergoterapeutického vyšetření.

Momentálně je možné absolvovat kurzy na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, jedná se o kurzy Praktické aplikace MKF základní a pokročilý. Na tyto kurzy je možné se přihlásit p. Pavlu Niklasovi: pavel.niklas@vfn.cz, který poskytne i informace o aktuálních termínech.

Knihu MKF je možné zakoupit ve specializovaných prodejnách, případně je ke stažení na:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-1982_3.html

LITERATURA

- WHO.(2008) Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: Grada Publishing, a.s

Název příspěvku: **Využití inerciálních senzorů pro měření aktivity horních končetin u pacientů po CMP z pohledu ergoterapeuta**

Autor: Mgr. Pavlína Svozílková

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, Albertov 7, Praha 12800
Fakulta biomedicínského inženýrství České učení vysoké v Praze, Sítná 3105, Kladno

Kontakt: pavlina.svozilkova@gmail.com

Jeden z cílů ergoterapie je obnovení funkční motoriky horních končetin. K získání objektivních informací o pohybu lze využít technické prostředky, mimo jiné technologie snímající pohyb, tzv. Motion capture. Cílem práce byla aplikace inerciálního systému pro měření aktivity horní paretické končetiny, v rehabilitaci osob po poškození mozku s různým rozsahem funkčního poškození horní končetiny, a prokázání předpokládaného zvýšení této aktivity.

Měření probíhalo u 19 osob, které docházely na terapie na Klinikou rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Každý z nich utrpěl poškození mozku před více než 1 rokem a zároveň měl narušenou pohyblivost horní končetiny. Inerciální jednotky byly umístěny na zápěstí levé i pravé končetiny a na levém boku u pasu. Měření inerciálním systémem probíhalo v domácím prostředí cca 12 hodin denně po dobu 4 týdnů, kdy měly osoby za úkol cvičit předepsané cviky. Chování horní paretické končetiny bylo hodnoceno z hlediska dat získaných z inerciálního systému (hodnocena byla průměrná aktivita za 1. a 4. týden) a z hlediska dat získaných Jebsen-Taylor testem. Jebsen-Taylor test probíhal na začátku studie, jako vstupní měření, a po 4 týdnech, jako výstupní měření.

Výsledek Wilcoxonova párového testu pro data z inerciálního systému je P-hodnota 0,395753. Pro data z Jebsen-Taylor testu je P-hodnota 0,378605. Tyto výsledky neprokázaly statisticky významné rozdíly mezi dřívějším a pozdějším (vstupním a výstupním) měřením. V dotazníku však testované osoby subjektivně hodnotily zvýšení vlastní aktivity během dne.

I přesto, že zpracované výsledky jsou statisticky insignifikantní, můžeme potvrdit, že inerciální systém lze v praxi použít k měření aktivity paretické horní končetiny. Použití inerciálních senzorů v rehabilitaci má především tato pozitiva - cenová dostupnost, nízká hmotnost (možnost umístění na tělo), systém jako motivační prvek, zpětná vazba pro pacienta i rehabilitační tým.

Literatura:

- BŘEZINA, P. *Pavka.shotzone.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-12-08]. Motion Capture. Dostupné z WWW: <<http://pavka.shotzone.cz/motioncapture/motioncapture.html#motioncapture-technologie>>.

- CULHANE, K.M, et al. Accelerometers in rehabilitation medicine for older adults. *Age and Ageing* [online]. 2005, 34, [cit. 2011-02-01]. Dostupný z WWW: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/6/556.full.pdf>>.
- GREENEMEIER, L. E-Motion: Next-Gen Simulators to Blur the Line between Person and Avatar. *Scientific American: Technology* [online]. 2009, [cit. 2011-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=next-generation-simulator>>.
- HOVORA, J. Motion Capture - teorie i praxe. Pixel. 2008, 3, s. 26-29. ISSN 1211-5401.
- KUMAHARA, H; TANAKA, H; SCHUTZ, Y. Daily physical activity assessment: what is the importance of upper limb movements vs whole body movements?. *International Journal of Obesity*. 2004, 28, s. 1105-1110.
- ORMAN, M. Motion capture. In *High Definition Motion Capture* [online]. Nashua: Tyrell Innovations, 2009 [cit. 2010-12-12]. Dostupné z WWW: <http://tyrell-innovations-usa.com/shop/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=8>.
- USWATTE, G, et al. Objective Measurement of Functional Upper-Extremity Movement Using Accelerometer Recordings Transformed With a Threshold Filter. *Stroke - Journal of the American Heart Association*. 2000, no. 31, s. 662-667. Dostupný také z WWW: <<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/31/3/662>>. ISSN 1524-4628.
- USWATTE, G, et al. Ambulatory Monitoring of Arm Movement Using Accelerometry: An Objective Measure of Upper-Extremity Rehabilitation in Persons With Chronic Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005, vol. 86, č. 7, s. 1498-1501.
- WELCH, G; FOXLIN, E. Motion Tracking: No Silver Bullet, but a Respectable Arsenal. *Motion Tracking Survey* [online]. 2002, [cit. 201-11-20]. Dostupný z WWW: <http://www.cs.unc.edu/~tracker/media/pdf/cga02_welch_tracking.pdf>.

Obrázek č. 1 Umístění inerciální jednotky na zápěstí



Název příspěvku: Stárnutí v agendě Světové zdravotnické organizace – aktuální strategie a jejich implementace v ČR

Autor: MUDr. Alena Šteflová, Ph.D.

Pracoviště: Kancelář WHO v ČR

7. dubna 2012 – Světový den zdraví – Stárnutí a zdraví

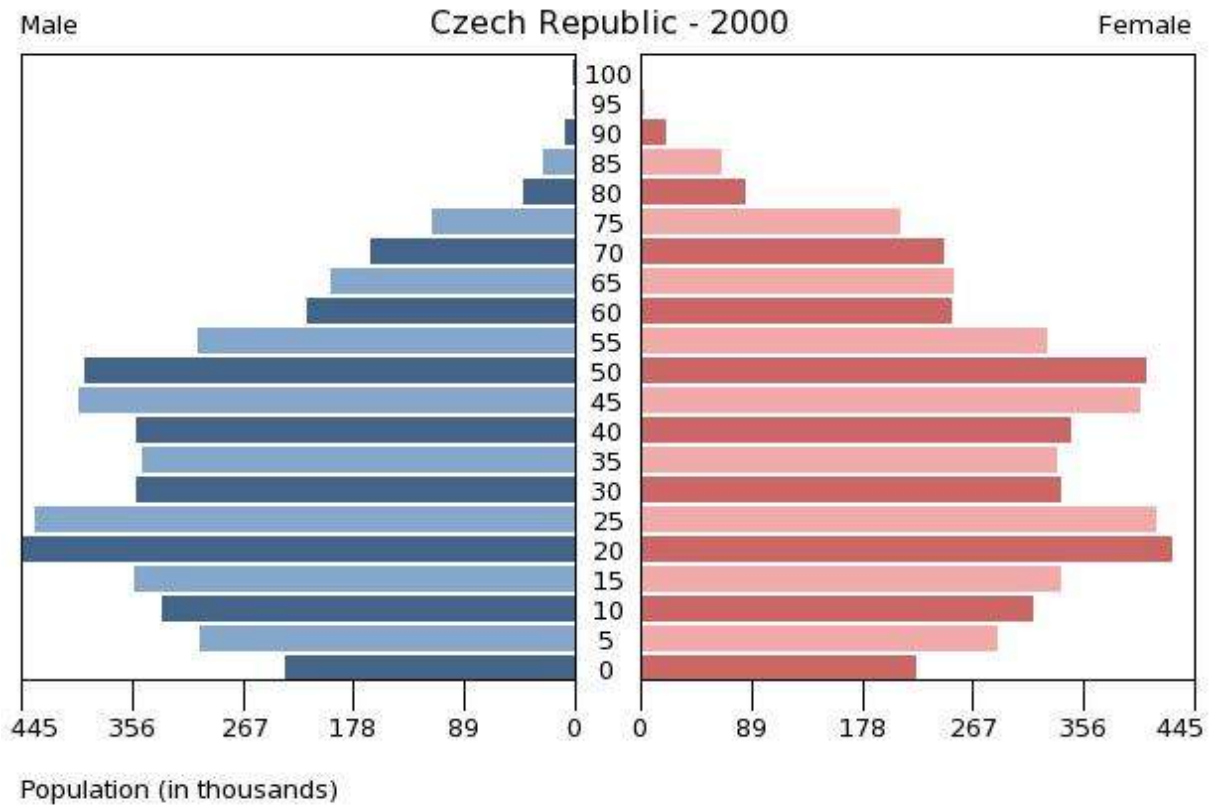
- ✓ Svět stárne rychle
- ✓ Počet lidí starších 60 let v poměru k celkovému počtu světového obyvatelstva se zvýší z 11% v roce 2006 na 22% do roku 2050
- ✓ V této době bude poprvé v lidských dějinách ve světové populaci více seniorů než dětí (do 14 r.)
- ✓ Rozvojové země stárnou mnohem rychleji než rozvinuté země: do padesáti let bude více než 80% seniorů žít v rozvojových zemích, zatímco v roce 2005 to bylo 60%.
- ✓ Využít smysluplně potenciál starších lidí je úlohou každé společnosti
- ✓ Hovoříme proto o zdravém, aktivním a důstojném stárnutí
- ✓ Fenomén stárnutí je problémem i České republiky.

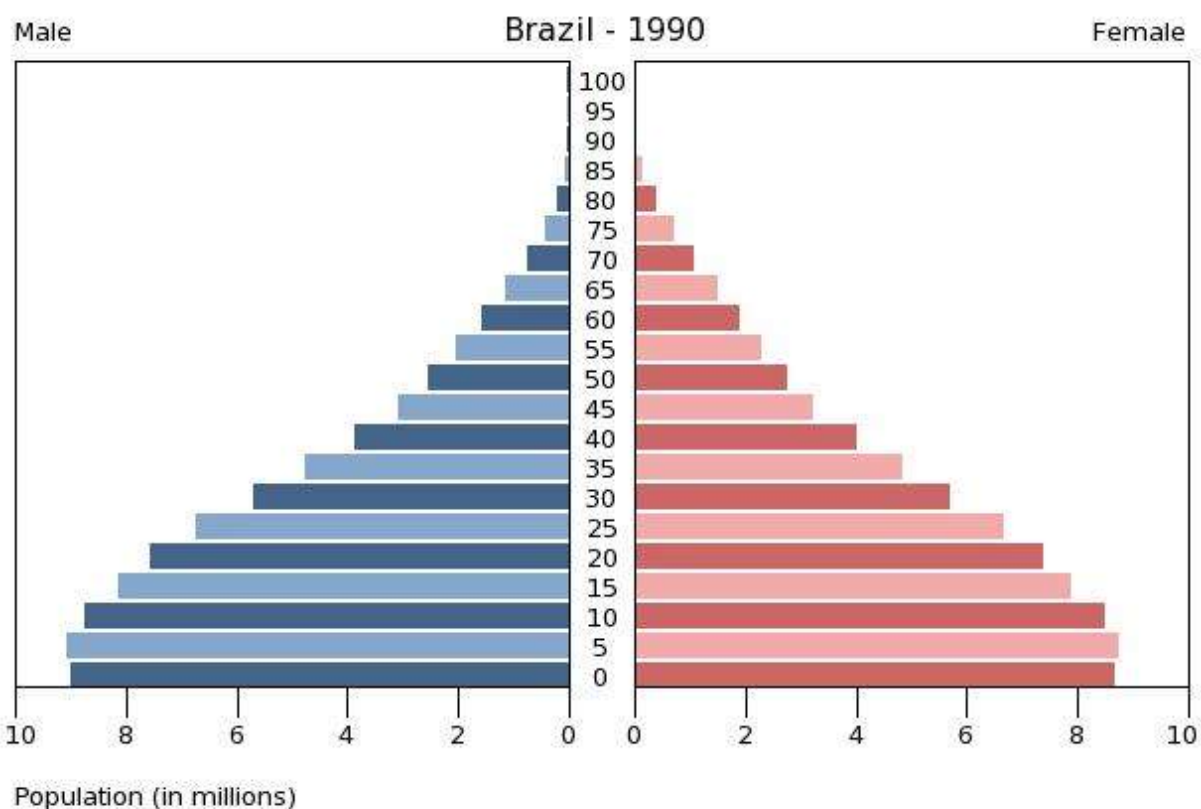
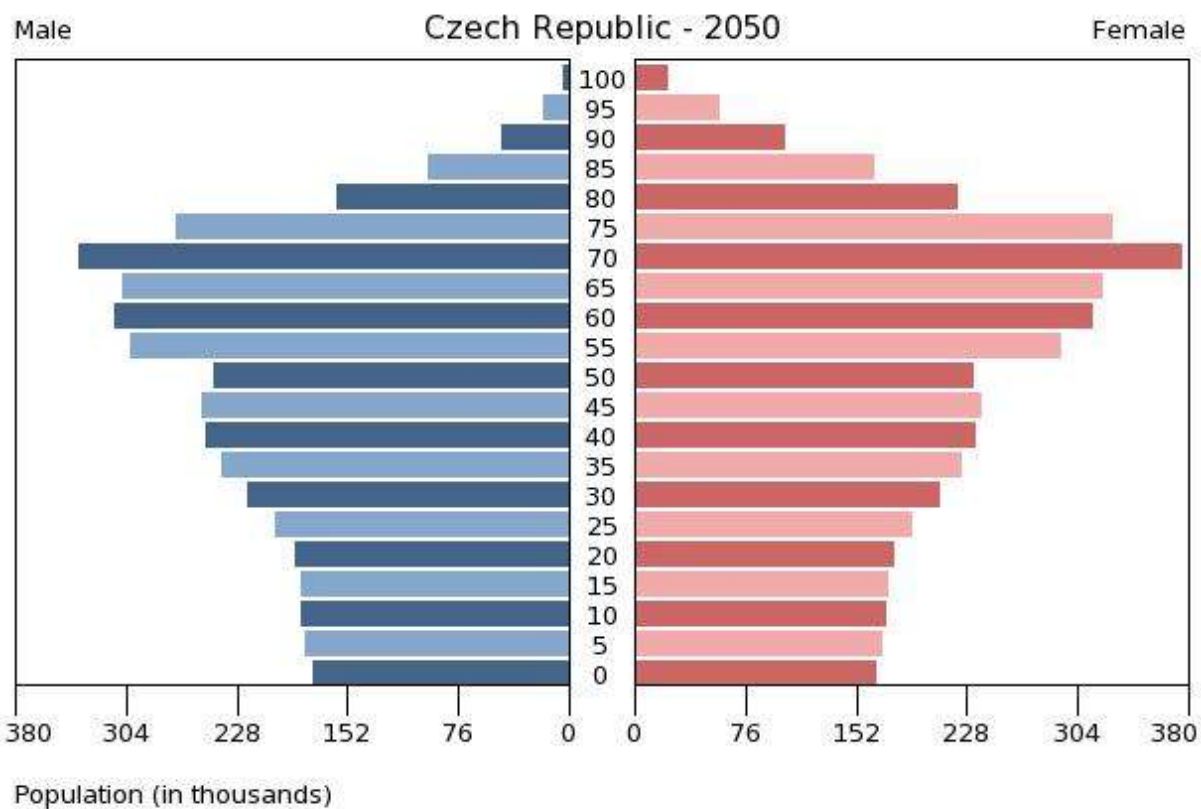
Procenta obyvatel nad 60 roků ve světě, 2007

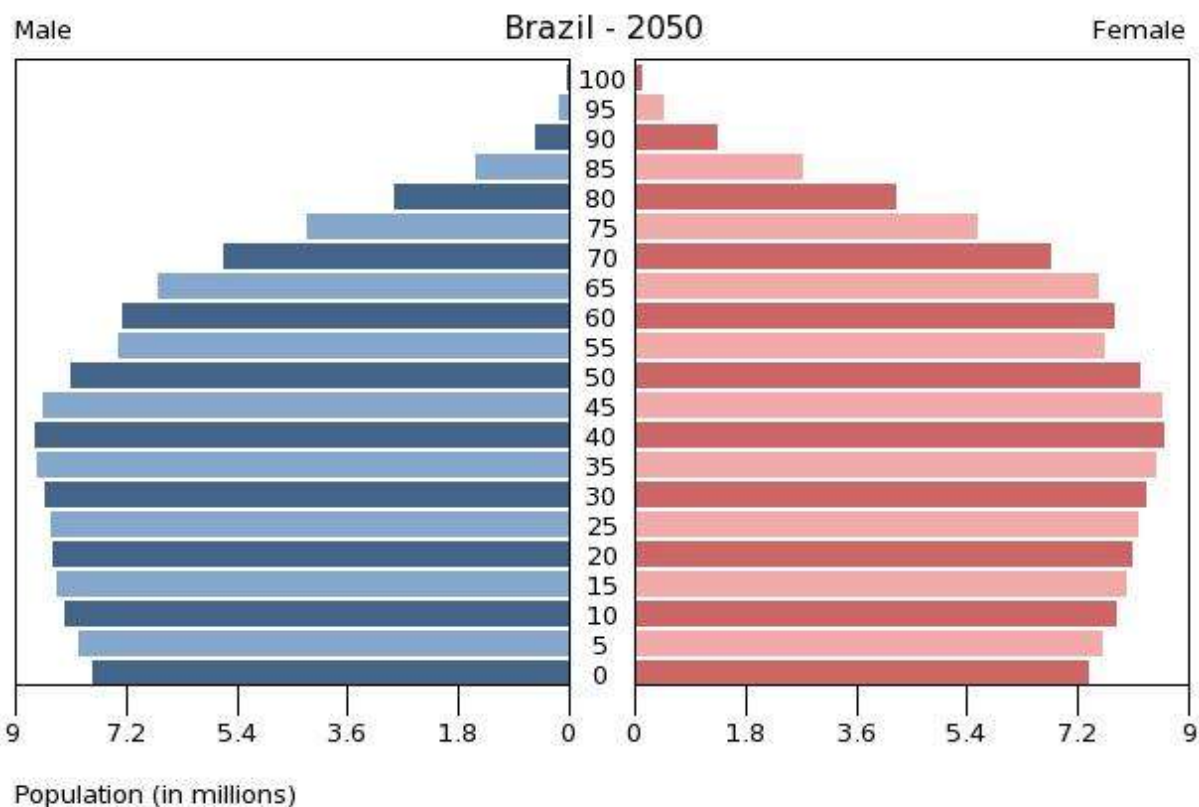
Země	%
1. Japonsko	27,9
2. Itálie	26,4
3. Německo	25,3
7. Bulharsko	22,9
19. Maďarsko	21,3
21. Česká republika	21,1
45. Slovensko	16,8
100. Malajzie	7,4
150 Nikaragua	5,0

190. Niger	3,2

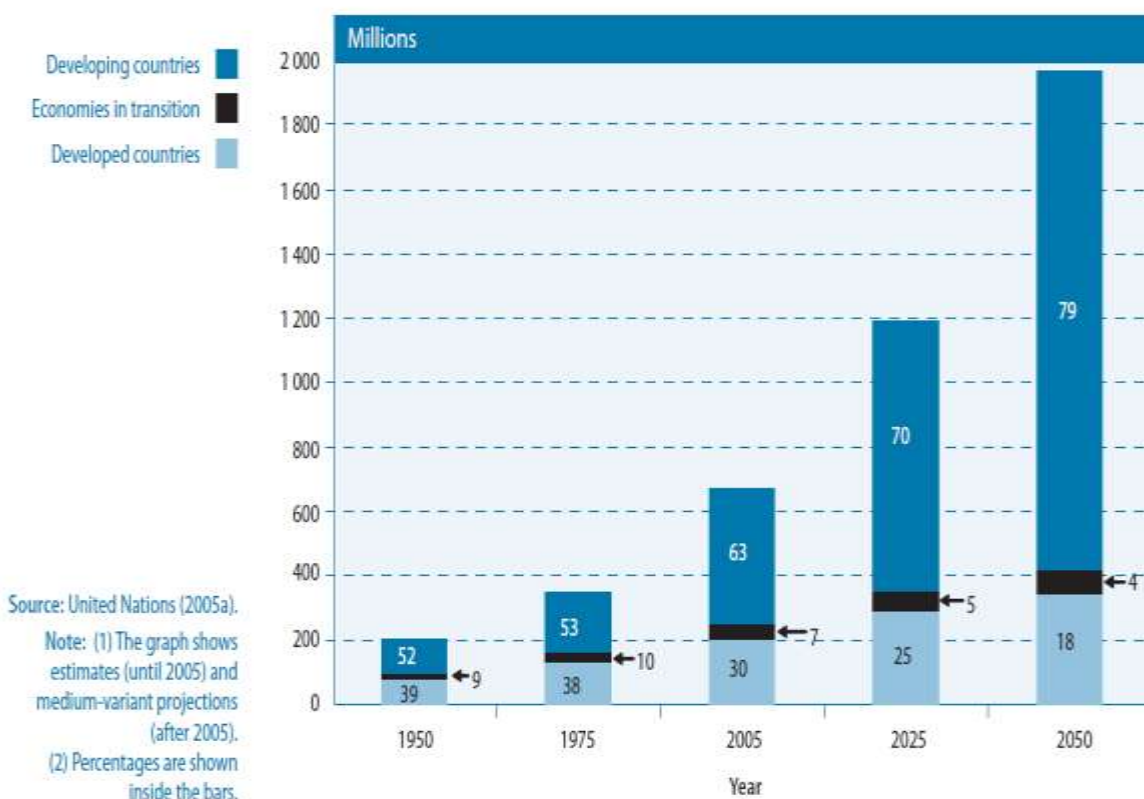
Zdroj: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007



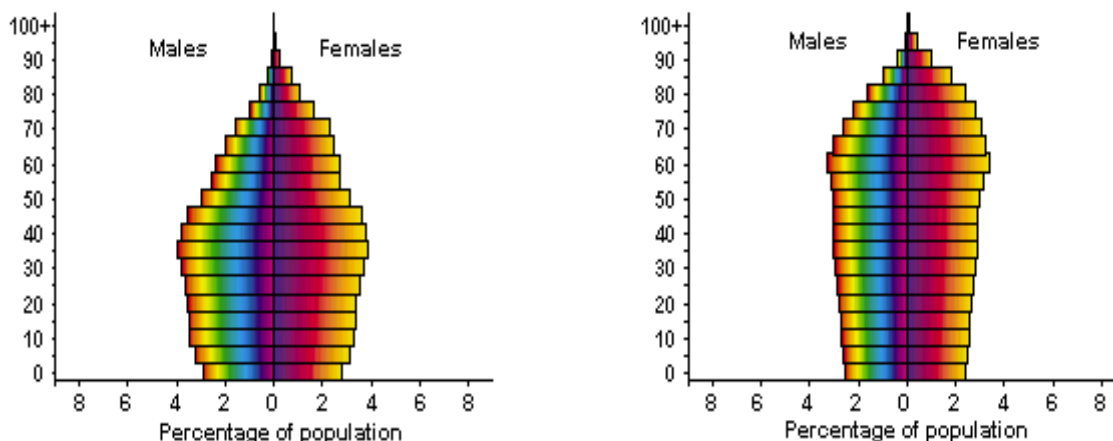




Size and distribution of world population aged 60 years or over by groups of countries, 1950, 1975, 2005, 2025 and 2050



Demografické změny



Poměr starší, ekonomicky neaktivní populace (> 65 let) k populaci ekonomicky aktivní se může více než zdvojnásobit mezi roky 2005 a 2050 v rámci EU

Nejméně 35% mužů starších 60let bude mít více než dvě chronická onemocnění

Počty dalších doprovodných onemocnění (komorbidit) se budou progresivně zvyšovat s narůstajícím věkem, především ve skupině žen.

Stárnutí- úspěch nebo břemeno?

Stárnutí světové populace je úspěchem politik veřejného zdravotnictví, sociálního a ekonomického rozvoje (Gro Harlem Brundtland, GR WHO, 1999).

Globální stárnutí:

Znamená:

1. Zvýšené sociální a ekonomické požadavky ve všech zemích
2. Nevyhnutelnost přijímat reformy a reorganizovat sociální a zdravotnický systém, přizpůsobený starším občanům
3. Vytvářet podmínky tzv. Aktivního stárnutí (WHO) - kvalita života (co nejméně nemocí, nezávislost/soběstačnost, aktivní přístup k životu)

Tři pilíře vymezující strategii Aktivního stárnutí



DEPARTMENT OF AGEING AND LIFE COURSE, WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA

1. PRIMARY HEALTH CARE

- Models for Primary Health Care in Older People (esp in Developing Countries)
- Visual and hearing loss
- Dementia
- Workforce Development

2. ENVIRONMENTS AND DEVELOPMENT

- Age-friendly Cities
- Health Promotion
- Older people in Emergency Situations
- Development in low income countries
- Financial Crisis

3. ADVOCACY

4. BUILDING THE EVIDENCE BASE ON AGEING AND HEALTH

- SAGE – Study of ageing and health in developing countries
- Global Research and Policy Network on Ageing and Health

Age friendly cities:

Svět se stává jedním rostoucím městem: v roce 2007 žila ve městech již více než polovina světové populace. Proto WHO představila v roce 2005 projekt Globální města přátelská seniorům:

1. Respektují značné rozdíly v kapacitě a zdrojích seniorů;
2. Flexibilně předvídají a reagují na potřeby a preference seniorů;
3. Respektují jejich rozhodnutí a životní styl;
4. Chrání ty, kdo jsou nejzranitelnější;
5. Podporují začlenění seniorů do všech oblastí života komunity.

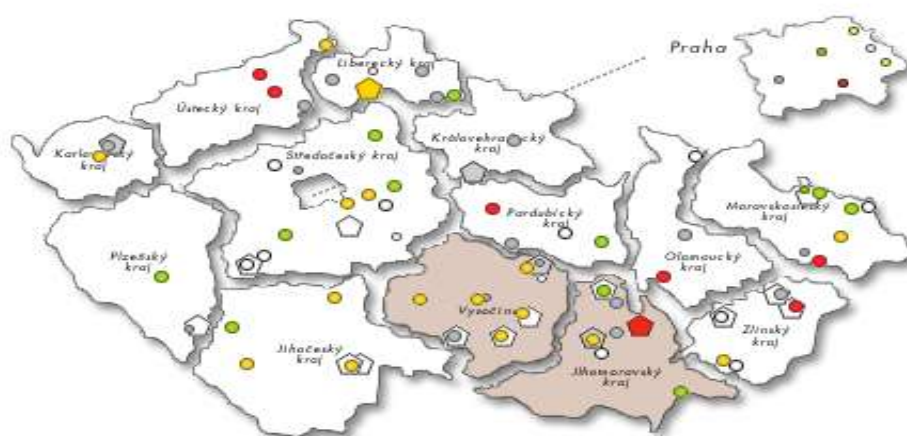
Age friendly cities:

1. Součástí projektu je idea propojování jednotlivých subjektů – měst do sítí a to jak na mezinárodní tak národní úrovni. (Založení sítí měst přátelských seniorům zvažují např. v Japonsku, ve Španělsku, na Blízkém východě, v Kanadě, Latinské Americe a v Karibské oblasti.

2. Idea města přátelského seniorům má mnoho společného s „Zdravá města“
3. Snaha o aktivní a oboustranně přínosné propojení mezi oběma sítěmi.
4. Projekt WHO Zdravá města je v ČR již dlouhodobě a úspěšně realizován- sdružuje již 100 municipalit v ČR.

Zdravá města, obce, regiony v ČR [asociace založena 1994]

- 100 členů NSZM (města, kraje, mikroregiony, obce) – 33% obyvatel ČR



Smlouvy BCA 2008-09; 2010-11

- Podpora odbornými a finančními zdroji na základě smlouvy BCA mezi WHO/EURO a MZ - formulovaná na základě potřeb jednotlivých států
- Cíl: Posílení politiky zdravého stárnutí
- Úkol: Vypracování metodiky profilů zdraví pro prosazování podpory zdraví na místní úrovni s důrazem na plánování zdravých měst, zdravé stárnutí a řešení potřeb zranitelných skupin (klíčoví partneři: národní síť „zdravých měst“, instituce veřejného zdraví a obecní úřady)

MANUÁL PRO ZDRAVOTNÍ PLÁN MĚSTA

metodický materiál

Pracovní skupiny pro zdravotní plány a politiky
při Ministerstvu zdravotnictví



Obsah:

1. Úvod do problematiky
2. Indikátory zdravotního stavu
3. Postup práce na Zdravotním plánu
4. Informace, zkušenosti, inspirace



*Materiál vznikl v rámci Pracovní skupiny pro Zdravotní plány a politiky při Ministerstvu zdravotnictví.
Pilotní postup tvorby Zdravotního plánu byl metodicky řízen a pilotně testován
v prostředí Národní sítě Zdravých měst ČR (NSZM).*

1

Kapitola o podpoře zdraví seniorů v aktualizovaném Manuálu pro zdravotní plán města (červen 2009)

Základní témata stárnutí ve městě:

- život v domácím prostředí
- aktivní stárnutí
- bezpečí seniorů
- příznivé prostředí pro seniory

-dostupnost služeb pro seniory

Indikátory zdravého a aktivního stárnutí:

Základní sada (**zdravotní stav seniorů**)

vychází z indikátorů pro ostatní skupiny obyvatel

-přitom zohledňuje specifika seniorů

Doplňková sada (**komunikační modely**)- postihuje širší téma prostředí příznivého pro seniory -více odpovídá indikátorům WHO

Zábavně o stáří? Ale ano! Přesvědčí Vás Aleš Cibulka a Vladimír Hron

Osvětový program o stáří se známými moderátory:

- každý měsíc v jiném Zdravém městě
- moderovaná diskuze o seniorech s místními odborníky
- odpovědi na otázky z publika
- dárky od sponzora pro všechny účastníky
- doprovodný program – show Vladimíra Hrona

Představení proběhlo v těchto Zdravých městech: Slaný, Poděbrady, Příbram, Pelhřimov, Tábor, Česká Lípa, Jihlava, Říčany, Karlovy Vary, Strakonice, Jilemnice – nyní probíhají akce v Praze

Více na:

- www.who.int/ageing
- www.euro.who.int/ageing
- www.who.cz
- www.zdravamesta.cz

Název příspěvku: **Rehabilitace seniorů**

Autor: Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

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

Důležitou součástí moderní rehabilitace je rehabilitace seniorů, kterým hrozí nebo již mají sníženou kvalitu života. Rehabilitace se tyto následky snaží odstranit nebo zmírnit a umožnit důstojný život seniorům, u kterých přetrvávají těžké následky v oblasti aktivit a participací (jak aktivit v oblasti fyzické, smyslové, mentální, psychické tak i v oblasti participace ve společnosti).

V České republice máme poměrně dobrou organizaci přednemocničního záchranného systému a poměrně dobře fungující akutní klinickou medicínu „zachraňující život“, ale chybí nám systém interprofesionální rehabilitace, individuálně reagující na potřeby seniorů, u kterých došlo nebo vzhledem k prognóze onemocnění může dojít k poklesu funkční schopnosti organismu. Rehabilitace by měla umožnit „optimální plnohodnotný“ život, navzdory disabilitě u seniorů pokud možno v domácím prostředí. V případě, že to není možné, tak v rezidenčním zařízení, které by však nemělo mít více než 25 klientů, a to z důvodů zabezpečení individuality člověka, aby zařízení pro ně bylo opravdovým „domovem“.

V oblasti zdravotních i sociálních služeb je rovněž vhodné zřizování denních center kam dojíždějí klienti ze svých bytů (nebo jsou dováženi) na celodenní nebo na určité aktivity. Domovy seniorů by měly spolupracovat s rehabilitačními centry, kde se vyhodnocuje jejich potenciál a na základě toho senior prochází individuální intervencí v běžných denních činnostech, např. v tréninkové kuchyni, koupelně, toaletě se všemi potřebnými kompenzačními pomůckami. Interprofesionální rehabilitační tým se pravidelně schází na rehabilitační konferenci k prodiskutování funkčního stavu seniorů. Na této konferenci si jednotliví odborníci předávají informace o klientovi a spolu připravují krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán.

Rehabilitační centrum by mělo mít k dispozici sadu různých kompenzačních pomůcek, které by půjčovalo nebo zapůjčovalo na dobu, než se administrativně vyřídí její přidělení přes zdravotní pojišťovnu. Další důležitý krok je zhodnocení psycho-sensomotorického potenciálu klienta a využití jeho schopností k různým aktivitám, k možnosti využití volného času. Při práci je možné klienty nejdříve motivovat, přesvědčit je, že jsou schopni něco vytvořit a tím zvýšit jejich sebevědomí a sebeúctu a ukázat jim, že i přes svoji sníženou aktivitu nebo participaci jsou schopni plnohodnotně žít.

V denním sociálním středisku pro ně může být připraven bohatý denní eventuálně několikahodinový program, kterého se mohou aktivně i pasivně zúčastnit. U klientů, kteří nemohou použít veřejnou dopravu, by měl být zajištěn jejich transport.

Doufáme, že přijetí připraveného zákona o „koordinované rehabilitaci“ pomůže seniorům k dosažení optimální kvality života.

Literatura:

- Bean, J.F., Jiely, D.K., Herman, S. et al. (2002). The relationship between leg power and physical performance in mobility-limited older people. *J Am Geriatr Soc* 50(3):461-467.

- DeLisa Joel, A., Bruce, M. (1998). *Rehabilitation Medicine*. Philadelphia: Lippincot-Raven Publishers.
- Lazowski, D.A., Ecclestone, N.A., Myers, A.M. et al. (1999). A randomized outcome evaluation of groupe exercise programs in long-term care institutions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 54(12):621-628.
- Matouš, M., Matoušová, M., Kalvach, Z., Radvanský, J. (2002). *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada Publishing;, 112 s.
- Ourania, M., Yvoni, H., Christos, K., Ionannis,,T. (2003). Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *J Gerontol Nurs*; 29(7):50-55.
- Rikli, R.E., Edwards, D.J. (1991). Effects of a three-year exercise — program on motor function and cognitive processing speed in older women. *Res Q Exerc Sport*; 62(1): 61-67.
- Rikli, R.E. (2000). Reliability, validity, and methodological issues in assessing physical activity in older adults. *Res Q Exerc Sport*, 71(2 Suppl):S79-S88.
- Sehechtan, K.B., Ory, M.G. (2001). The effects of exercise on the quality of life of frail older adults: a preplanned meta- -analysis of the FICSIT trials. *Ann Behav Med*; 23(3): 186-197.
- Granger, C.V., Hamilton BB, Linacre JM et al. (1993). Performance profiles of the functional independence measure. *Am J Phys Med Rehabil*; 72:84-89.
- Gutman, G.M., ed. (1998). *Technology Innovation for an Aging Societa: Blending Research, Public and Private Sectors*. Vancouver: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University; 158 p.
- Manton, K.G., Corder, L.S., Stallard, E. (1993). Changes in the use of personal assistance and special equipment from 1982 to 1989: results from the 1982 and 1989 NTLCS. *Gerontologist*; 33:168-176.
- Pinto, M.R., De Medici, S., Van Sant, C., et al. (2000). Ergonomics, gerontechnology, and design for the home-environment. *Appl Ergon*; 31(3):317-322.
- International classification of functioning, disability and health. (2001). Geneva: WHO,.
- Švestková, O. (2003). Rehabilitace a komunitní služby. *Zdrav Nov*; 52: 13.
- Švestková, O., Pfeiffer, J., Angerová, Y., Brtnická, P. (2006). Praktické použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - MKF. *Eurorehab*; 15: 31-36.
- Švestková, O. (2002). Základní informace a praktické využití Mezinárodní klasifikace následků onemocnění a úrazů WHO. *Prakt Léč*; 82(2): 90-92.
- Švestková, O., Pfeiffer, J. (2006). Dynamika pojmu zdraví a disability. *Eurorehab*; 15: 24-27.
- Švestková, O., Angerová, Y., Pfeiffer, J. (2006). Hodnocení zdraví, disability v Evropě. *Eurorehab* 15:117-120.
- Stucki, G., Ewert, T., Cieza, A. (2003).Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehab* 25: 628-634.
- Pfeiffer, J., Švestková, O. (2004). Co víme o rehabilitaci? *Eurorehab* 15: 5-8.
- Jankovský, J., Pfeiffer, J., Švestková, O. (2005). Rehabilitace jako ucelený systém. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. (2001). New York: OSN, 1993. WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, full version. Geneva, May.

- Švestková, O. (2002). Conceptual basis of a legal framework for rehabilitation in the Czech Republic - a proposal. *Disabil Rehab* 24(15): 798-801. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě 379
- Health 21 - Health for All in the 21 st century. (1999). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Název příspěvku: **Sexualita seniorů žijících v institucích**

Autor: PhDr. M. Venglářová

Oblast zájmu:

- Postoje pracovníků k sexualitě seniorů.
- Možnosti realizace sexuálních potřeb v institucích.
- Eliminace problémů způsobených onemocněním.
- Prevence a řešení nevhodných sexuálních projevů.
- Sexuálně podbarvené chování vůči jiným uživatelům a personálu.
- Podpora mužské a ženské identity uživatelů.

Sexuální potřeby lidí v ústavní péči:

- Výzkumy ukazují, že zájem seniorů o sex trvá i v institucích
- Systém často potlačuje právo na lásku, sex či projevy s tím spojené
- Základní problém je nedostatek soukromí
- Často i postoje personálu

Změny ve stáří:

- změna těla
- změny v rodině, manželství
- odchod do důchodu, do domova seniorů
- změny tělesných funkcí, hybnosti

⇒ přesto může a často chce senior pokračovat v intimním životě

- charakteristická je ztráta možnosti sociálních interakcí, izolace

Choroby ovlivňující sexualitu:

- **diabetes mellitus**, zhoršení cévního aparátu s dopadem na erekci u mužů
- **kardiovaskulární choroby** - problémy s cévním zásobením, celkové snížení fyzického výkonu, doplněno úzkostí z kolapsu při styku
- **onemocnění pohybového aparátu** - snížení hybnosti, bolesti při styku i jiných aktivitách
- **psychické poruchy**, zvláště deprese s doprovodným poklesem sexuálního zájmu

- **demence** - nevhodné uspokojování sexuálních potřeb, nezdrženlivost, nebo naopak vymizení sexuálního pudu
- Každý má právo na sexuální projevy, ale ostatní mají právo nedívat se!
- Potřeby intimity se neztrácí, má jen jiné formy.
- Jaké má klient soukromí?
- Jakou má možnost najít partnera?

Co tíží pracovníky?

- Projevy nezdrženlivosti vůči personálu
- Žádosti o „nadstandardní“ péči
- Ztráta studu, uspokojování na veřejnosti
- Vztahy mezi partnery trpícími demencí
- Hledání nových partnerů
- Soukromí uživatelů pobytových služeb
- Postoje pracovníků
- ... ?

Metody přístupu:

1. Stanovení postojů a možností zařízení v oblasti sexuality uživatelů služeb (ať stacionárních či pobytových).
2. Proškolení personálu, sjednocení přístupu, vytvoření standardních postupů v těchto situacích.
3. Podpora vedení v realizaci adekvátních intervencí.

POKUD PROBLÉM NASTANE:

1. Analýza situace – stanovení pravděpodobného původu a motivace chování.
2. Plán přístupu, zapojení celého týmu.
3. Realizace opatření, průběžné ověřování efektivity.
4. Rekapitulace.

Jde skutečně o nevhodné sexuální chování?

1. nedostatek soukromí
2. málo možností k navázání vztahů
3. obtíže související s věkem, zdravotním stavem, změnami psychiky

4. vliv organických duševních poruch – neporozumění situaci, neschopnost dodržovat normy
5. potřeba pozornosti
6. spolehlivá cesta, jak vyvést z míry

Řešení problémů:

1. tolerance a takt směřující k zajištění soukromí, eliminaci nevhodných projevů na veřejnosti
2. vymezení hranic chování seniora k ostatním včetně personálu, není cílem nechat si líbit nevhodné chování
3. vysoká profesionalita personálu (chování, styl vyjadřování, úprava zevnějšku)

Podpora sexuální identity seniorů:

1. Volba personálu při intimní péči
2. Respektování zájmu o oblékání, kosmetiku, účesy
3. Rozdílné (a kompletní) oděvy pro muže či ženy
4. Konečná úprava oděvů (knoflíky, límeček apod.)
5. Zachování intimity při ošetřování

Vhodný postup:

- Umožněte vhodné oblékání včetně spodního prádla
- Vyvarujte se zdětinšťování starších lidí
- Umožněte společenské kontakty, ale i návštěvy v soukromí
- Ponechte čas v soukromí
- Umožněte vhodné dotyky s vámi
- Reagujte na nepřiměřené dotyky (terapeuticky, klidně, v soukromí)

Projevy nezdrženlivého chování u demence:

- patná orientace, **nerozpoznání objektu zájmu** – klient sexuálně atakuje personál, jiné klienty apod.
- častá nekoordinovaná **masturbace** – projevy neschopnosti jiným způsobem získat příjemné pocity (podoba hospitalismu)
- **sexuální chování na veřejnosti** související se ztrátou pocitu studu v rámci defektu vyšších citů
- **potřeba doteků**, intimity jako následek deprivace v této oblasti

Opatření proti nevhodnému chování (sexuálnímu obtěžování) vůči personálu:

- zachovávejte profesionální přístup
- nedáváme žádnou příčinu k takovému chování (poznámka „vy jste za mládí musel být pěkně divoký“ může spustit nežádoucí reakci)
- informujte o problému tým, abyste zvolili stejnou strategii
- volte vždy vhodný pracovní oděv
- při problémech nezůstávejte s klientem sami
- komunikujte jasně: „Nesahejte na mě“ (nikoliv „Ježíši co to děláte!!“)
- při opakování nevhodného chování informujte klienta, že podáte zprávu vedení zařízení

Na závěr:

S rozhovorem nečekejte na chvíli, až nebudete v rozpacích....

Lepší je preventivně působit, než řešit kritickou situaci...

Úcta a respekt ke klientovi pomáhá ...

Ale i pracovník je jenom člověk!

Literatura:

- Venglářová, M: Problematické situace v péči o seniory. Praha Grada Publishing, 2007
- Venglářová, M. a kol.: Sexualita lidí s duševním onemocněním. Publikace ČAS.
- připravovaná publikace Sexualita lidí s postižením (Portál, 2012)

Název příspěvku: **Spolupráce organizací ergoterapeutů a rehabilitačních lékařů, zvláště v oblasti pomůcek**

Autor: Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
Katedra fyzioterapie a ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, UJEP Ústí nad Labem

Kontakt: jiri.votava@volny.cz

Úvod:

Omlouvám se, že jsem s podobným tématem vystoupil na konferenci ČAE v r. 2007 (spolupráce) a 2010 (pomůcky). Odkazuji v detailech na tyto příspěvky, ale chci se tentokrát věnovat především novinkám a konkrétní problematice.

Stručná historie, především nejnovější:

Vystupuji zde nejen jako čestný člen ČAE, ale především jako sekretář Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny (SRFM) ČLS, v jejímž výboru působím od roku 1986. Tato odborná společnost působila od počátku jako multiprofesní, i když většina členů jsou rehabilitační lékaři. Např. vědeckou sekretářkou byla po řadu let fyzioterapeutka doktorka Eva Haladová a členkou výboru ergoterapeutka Lucie Navrátilová. Možnost členství nelékařů nadále trvá, členem výboru je fyzioterapeut profesor Pavel Kolář a fyzioterapeutka docentka Dagmar Pavlů. Jeden z každoročních sjezdů odborné společnosti měl jako hlavní téma „ergoterapii“ a i na dalších sjezdech zazníávají ergoterapeutická témata, nejčastěji z úst paní Marie Vítkové. Nový výbor společnosti bude znovu volen právě v těchto dnech.

Oba výbory spolu v případě potřeby účinně spolupracují. Výbor společnosti podpořil výbor ČAE v prosazování samostatných ergoterapeutických výkonů. A začátkem roku 2012 jsme se s magistrou Jelínkovou a docentkou Švestkovou zúčastnili jednání na Ministerstvu zdravotnictví o návrhu kursu pro pracovní terapeuty. Řada členů výboru společnosti byla k tomuto návrhu velmi kritická. V původním znění by se jednalo o odborníky, kteří by byli velmi nedostatečně vzděláni, a přitom by mohli konkurovat plně vzdělaným ergoterapeutům. V závěru z jednání byly uvedeny všechny společné připomínky, byl navržen nový název „pracovní asistent“ a zdůrazněno, že tento pracovník by měl být podřízen kvalifikovanému ergoterapeutovi. Bude zjišťována potřeba takového pracovníka a jak zástupci výboru společnosti, tak i ČAE budou celou záležitost nadále sledovat.

Mezinárodní kontakty a dokumenty.

Výbor ČAE i výbor odborné společnosti udržují v posledních letech pravidelné styky s příslušnými mezinárodními a evropskými organizacemi, které jsou zaměřené profesně. Já od r. 2003 působím (s jistým přerušením) jako delegát společnosti v Evropské sekci fyzikální a rehabilitační medicíny (PRM). To umožňuje srovnání situace v jednotlivých zemích. Některé evropské země pociťují jisté napětí a konkurenci mezi rehabilitačními lékaři a fyzioterapeuty, což u nás většinou nepociťujeme. Důležitým tématem při jednáních je používání ICF čili Mezinárodní klasifikace funkčních schopností. Právě teď probíhá průzkum, do jaké míry se ICF v jednotlivých evropských zemích v praxi používá.

Významným tématem je v posledních letech problematika osob se zdravotním postižením, (OZP), kterým se věnují především ergoterapeuti, ale také rehabilitační lékaři se označují jako odborníci pro tuto oblast. Zde by bylo vhodné připomenout významné dokumenty z posledních let. Na Mezinárodní úmluvu o právech OZP, kterou schválila OSN v r. 2006, navazují dva rozsáhlejší a konkrétnější dokument, které publikovala Světová zdravotnická organizace: V r. 2010 to byly „CBR Guidelines“ (čili instrukce pro rehabilitaci prostřednictvím obce). Ty se zaměřují především na problematiku rozvojových zemí.

V r. 2011 byla vydána „World Report on Disability“ (WRD), tedy světová zpráva o zdravotním postižení. Na tomto rozsáhlém materiálu o 350 stranách se podílelo několik desítek odborníků. Profesor Gerold Stucki, který se významně podílel na rozpracování ICF a v současnosti je prezidentem Mezinárodní společnosti fyzikální a rehabilitační medicíny (ISPRM) se na této přípravě podílel a v březnu na zasedání PRM sekce v Portugalsku materiál propagoval.

Co přinášejí tyto dva materiály zajímavého, zvláště z hlediska ergoterapie? Je v nich věnován samostatný oddíl rehabilitaci, přičemž rehabilitace je vnímána především jako rehabilitace léčebná, i když v návaznosti na vzdělání, sociální služby a zaměstnávání, které jsou uváděny v samostatných oddílech. Je zdůrazněn význam pomáhající techniky, její kvality a dostupnosti, pro rehabilitaci. Pro terminologii je důležité, že pojem „habilitace“ je sice zmíněn, ale současně je zdůrazněno, že i pro postižené děti se běžně používá výraz „rehabilitace“.

Speciální pozornost ve WRD je věnována významu rehabilitačních odborníků pro kvalitu rehabilitace, a to krom odborných lékařů především fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Je zdůrazněno jejich kvalitní vzdělání. V některých zemích, třeba v Austrálii nebo Kanadě, je kritizována horší dostupnost těchto odborníků v některých částech země a na venkově. To platí do určité míry i pro Českou republiku, což souvisí s nestejným výskytem univerzitního studia. Je uveřejněn počet ergoterapeutek v jednotlivých zemích světa na 10 000 obyvatel (převzato z WFOT), přičemž 18 zemí má dva a více a Česká Republika je ve druhé skupině 13 zemí, které mají 0,5 – 1 ergoterapeuta. Rehabilitační lékaři byli vyzváni, aby s WRD seznámili představitele svých zemí, takže by bylo možné s těmito údaji argumentovat.

Konečně by bylo vhodné zmínit, že existují i mezinárodní organizace, v nichž se stýkají rehabilitační odborníci různých profesí a v nichž ergoterapeuti hrají významnou úlohu. Je to jednak European Federation for Research in Rehabilitation (EFRR), tedy Evropská federace pro výzkum v rehabilitaci. Její 12. kongres se bude konat 11. -13. 9. 2013 v Istanbulu, Turecku, viz www.efrr2013.org.

Dále je to organizace AAATE (Association for Advancement of Assistive Technology in Europe -Asociace pro rozvoj pomáhající techniky v Evropě), která od 90. let pořádá v dvouletých intervalech evropské konference. V příspěvku na konferenci ČAE z r. 2010 jsem zmínil, že jsem se účastnil v r. 2001 konference AAATE v Lublani a v r.2009 konference ve Florencii. Příští konference bude 19. - 22. 9. 2013 v jižním Portugalsku - www.aaate.net.

[Evropská databáze pomůcek.](#)

Vracím se ke klasifikaci pomůcek, protože věřím, že by mohla být prakticky využita, a to jak při jednání s pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví, tak i ve prospěch některých našich pacientů. Anglická verze dokumentu „Assistive products for persons with disability -Classification and terminology“ byla schválena v roce 2007 jako evropská norma ISO 9999/2007. Jde již o čtvrtou verzi tohoto dokumentu. Současně je tato klasifikace členem tak zvané „Rodiny mezinárodních klasifikací WHO“ spolu s Mezinárodní klasifikací nemocí (ICD) nebo Mezinárodní klasifikací funkčních schopností (ICF),

V roce 2009 jsem se seznámil s využitím této klasifikace a její dostupností na serveru EASTIN (European Assistive Technology Information Network), o čemž jsem referoval v r. 2010. Klasifikace byla aktualizována před rokem, takže nyní je její označení „ISO 9999/2011. a tomu také odpovídá aktualizace serveru Eastin (www.eastin.eu), s nímž vás chci stručně seznámit. Je zde mimo jiné snaha převádět informaci do všech běžných evropských jazyků a hlavní organizátor Renzo. Andrich z Itálie mě požádal, abych pomohl do převodu do češtiny. Je možno si vybrat z celkem 31 jazykové verze, kde je např. nabídka třech verzí francouzštiny nebo němčiny. Do většiny řečí, včetně češtiny, jsou však přeloženy jen základní informace, zatímco podrobnější klasifikace ve třech stupních i popis konkrétně nabízených pomůcek zůstává v angličtině

Klasifikace je trojúrovňová, tedy třída, podtřída a skupina Každá úroveň je označena dvojciferným kódem tak, aby mezi čísly byly mezery pro případné budoucí zařazení dalších kategorií. V celém seznamu je uvedeno celkem 68 681 konkrétních pomůcek, oproti předchozí verzi z r. 2007 nastal nárůst asi o 5%. Tento nárůst se projevuje i v jednotlivých třídách, např. ve třídě 06 Ortézy a protézy se zvýšil ze 4779 na 4945. To je důkazem, že tato databáze je trvale obnovována a rozšiřována. U každé pomůcky je uveden název, výrobce, datum poslední aktualizace. Chybí např. cena, kterou by bylo třeba zjistit prostřednictvím firmy.

Má informace o Eastinu je vlastně nabídkou, abychom se pokusili tento systém postupně převést do češtiny, využívali ho v rámci klinické praxe a žádali při jednáních stanovení obecných principů hrazení pomůcek.

Situace v České republice – jednání s VZP.

Dostáváme k situaci u nás, což nás zřejmě nejvíc pálí. Rehabilitační lékaři kteří mají právo (spolu s dalšími lékařskými odbornostmi) řadu pomůcek předepisovat, se často setkávají při jejich předepisování či doporučování s řadou omezení. Stav se zhoršuje, což souvisí s tendencí omezit výdaje na pomůcky. V r. 2009 jsem jménem výboru se zástupci VZP, a to s MUDr. Taťánou Soharovou, ředitelkou Odboru léčiv a zdravotnických prostředků VZP a Ing. Martinem Jelínkem, vedoucím oddělení zdravotních prostředků. K této situaci se vyjádřila i Mgr. Jelínková jménem výboru ČAE, dále paní Šárka Dvořáková, představitelka Společenstva výrobců a prodejců zdravotnických prostředků (SVPZP) a zástupci Národní rady osob se zdravotním postižením (NRZP).

Další jednání, kterého jsem se zúčastnil, proběhlo s Dr. Soharovou a jejími spolupracovníky koncem r. 2011 přímo na NRZP. Zúčastnila se ho i ergoterapeutka Zdeňka Faltýnková za Svaz paraplegiků. Jako jeden důležitý bod se projednávalo, za jakých podmínek může mít postižený člověk současně předepsán vozík mechanický a elektrický. Odborná společnost byla vyzvána, aby vypracovala pro toto řešení kritéria, v praxi by pak mělo být důležité i hodnocení ergoterapeuta. Zatím však se pojišťovny

hrazení obou pomůcek brání, stejně se brání současnému hrazení polohovacích postelí a vozíku. Sám jsem teď řešil případ pacientky, která musela odevzdat předepsaný mechanický vozík, aby jí mohl být schválen vozík elektrický.

Závěr:

Tento příspěvek může být přiřazen k tématu aktivního stárnutí již proto, že jsem ho sepsal a přednesl ve svém požehnaném věku. Vybavení kvalitními pomůckami navíc umožňuje seniorů udržovat co nejdéle a co největší aktivitu. K tomuto cíli by měla směřovat spolupráce mezi ergoterapeuty a rehabilitačními lékaři, můžeme využít i podporu osob se zdravotním postižením a výrobců. Můžeme se při tom odvolávat na nedávno publikované mezinárodní dokumenty a využívat zahraniční spolupráci, včetně uvedené databáze Eastin.

Názov: METÓDA VALIDÁCIE PODĽA NAOMI FEIL®

Autor: Mgr. Mária Wirth, PhD.- Validation ®Presenter

Kontakt: validacia@gmail.com, www.alzheimer-validacia.sk

Kľúčové slová: Validácia podľa Naomi Feil®, Alzheimerova choroba, stav dezorientácie

V literatúre, ale aj v praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s Alzheimerovou chorobou. Všetky majú spoločný základ a to orientáciu na postihnutého človeka na jeho bio-psycho- sociálnu jednotu. Odlišujú sa však v cieľoch a vo formách. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj také, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním. Ide o Validáciu podľa Naomi Feil®. Slovo validácia znamená uznanie hodnoty človeka bez ohľadu na to do akej miery je orientovaný a o potvrdenie emočného prežívania jednotlivca. Validácia je metóda komunikácie s dezorientovanými starými ľuďmi. Spracováva vývinovú teóriu E. H. Ericksona, ktorá hovorí o tom, že pri postupnej strate prítomnosti a nedávnej minulosti, ktorou trpí človek s Alzheimerovou chorobou, je jeho snahou dosiahnuť rovnováhu. Prejavuje sa smútkom, stereotypným správaním, odchádzaním domov, blúdením a pod. Pre praktické využívanie v každodennej práci s klientmi validácia umožňuje určiť fázu dezorientácie, odhadnúť typ správania dezorientovaných starých ľudí a ponúka jednoduché praktické techniky komunikácie a zabráni prepadnutiu do štádia vegetácie.

Prostredníctvom validácie získajú dezorientovaní empatické aktívne počúvanie, neodsudzovanie, ale práve naopak akceptovanie ich hľadiska reality. V tomto rozmere, v ktorom rastie medzi klientom a validujúcim opatrovateľom dôvera, sa odstraňujú pocity strachu a nutnosť klienta obmedzovať. V konečnom dôsledku je vedomie postihnutého človeka znovu posilňované ľudskými hodnotami a zlepšujú sa telesné a sociálne funkcie.

PARTNEŘI:

Fakturační adresa:

DMA Praha s.r.o.
Krajanská 339
149 00 Praha 4
www.dmapraha.cz

Centrála – distribuce:

DMA Praha s.r.o.
Kunice 207
251 63 Stránčice



Meyra ČR, s.r.o.

Kontakt: Hrusická 2538
141 00 Praha 4 Spořilov
www.meyra.cz

MEYRA®
ORTOPEDIA

Usnadníme lidem pohyb

CZ. TECH Čelákovice, a.s.

Stankovského 1200/46, 250 88 Čelákovice
Tel.: 326 993 844, 326 994 520
Fax: 326 993 845
www.cztech.cz, roho@cztech.cz



APOS BRNO s.r.o.

Kotlanova 3
628 00 Brno – Líšeň
Tel.: +420 541 217 516, +420 541 217 820
www.aposbrno.cz, info@aposbrno.cz

APOSBRNO

Nakladatelství TRITON

Vykáňská 5
100 00 PRAHA 10
Tel.: (420) 226 220 025
Fax.: 226 220 027
www.tridistri.cz, info@triton-books.cz