

ODBORNÁ KONFERENCE ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

„Efektivní ergoterapie – práce s klienty a funkční nástroje“

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Projekt je realizován s finanční podporou hlavního města Prahy

27. 11. 2021

Místo konání: Konferenční centrum GreenPoint

(Dvouletky 529/42, Praha 10, 100 00)



Sborník příspěvků z konference České asociace ergoterapeutů

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **odborné konferenci České asociace ergoterapeutů**

„ **Efektivní ergoterapie – práce s klienty a funkční nástroje**“, která byla realizována díky finanční podpoře hlavního města Prahy 27. listopadu 2021.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Grafická úprava: Mgr. Bc. Anna Rejtarová

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 zasláných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků. Autoři příspěvků souhlasí s umístěním sborníku v Národním úložišti šedé literatury Národní technické knihovny.

Organizační výbor konference:

Bc. Anna Gaubmannová, Mgr. Jana Jelínková, Mgr. Olga Marková, Bc. Klára Šťastná, Mgr. Bc. Anna Rejtarová

Vydání 1., Praha, 11/2021

© Česká asociace ergoterapeutů, 2021

ISBN 978-80-905252-9-0

Program konference „Efektivní ergoterapie – práce s klienty a funkční nástroje“

Sobota 27. 11. 2021

- 8:30 - 9:30** **Registrace účastníků konference**
- 9:30 - 11:45** **ODBORNÝ PROGRAM**
- 9:30 - 9:35 **Zahájení konference**
- 9:35 - 10:15 **Informace z ČAE**
- 10:15 - 11:45 **Mária Krivošíková, M.Sc.:** Ergoterapie kognitivních poruch u dospělých osob po poškození mozku.
- 11:45 - 12:30** **Přestávka s občerstvením**
- 12:30 - 14:40** **ODBORNÝ PROGRAM**
- 12:30 - 14:00 **Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová, Mgr. Juraj Marendiak:** „Život ve vlastních rukou“ - cesty k podpoře zplnomocňování“
- 14:00 - 14:40 **Davy Luneau M.Sc., Ph.D.:** Intensive visual simulation. A unique technology dedicated to motor planning and central control of movement (prezentace generálního partnera, firmy Stargen EU, s.r.o.)
- 14:40 - 15:00** **Přestávka na kávu**
- 15:00 - 16:45** **ODBORNÝ PROGRAM**
- 15:00 - 16:30 **Mgr. Jitka Ludvíčková:** Příjem potravy jako ergoterapeutické téma
- 16:30 - 16:40 **Mgr. Veronika Kocourová:** Sdílená péče v rodině s dítětem se zdravotním postižením z pohledu ergoterapeuta
- 16:40 - 16:45 **Diskuse**
- 16:45 - 17:15** **Přestávka**



17:15 - 18:45	ODBORNÝ PROGRAM
17:15 - 17:25	PhDr. Kristýna Hoidekrová, doc. PaedDr. Dagmar Pavlů, CSc.: Telerehabilitace a distanční terapie jako současné trendy ergoterapie. Jakým způsobem a v jaké podobě je vhodné využití vzdálené ergoterapie?
17:25 - 17:35	Bc. Iva Hradilová: Žena intimně z pohledu ergoterapeuta – menstruace po poškození míchy
17:35 - 17:45	Mgr. Petra Pecharová, Mgr. Ra Beranová:: Využití přístroje BalanceTutor v ergoterapeutické intervenci u dětí s vývojevou dyspraxií
17:45 - 17:55	Mgr. Kateřina Rybářová, Veronika Čapková, MUDr. Yvona Angerová, MBA, Ph.D.: Používání vybraných standardizovaných testů hodnotících obratnost rukou v praxi českých ergoterapeutů
17:55 - 18:05	Zuzana Rodová, M.Sc. Bc. Aneta Křivánková, Doc. Mgr. Vladimír Rogalewicz CSc.: Rovnováha aktivit během terapie u klienta, který má fyzickou disabilitu a zároveň je závislý nebo užívá návykové látky
18:05 - 18:15	doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.: Role ergoterapeutů při aplikaci technických pomůcek – spolupráce s lékaři a jejich účast v mezinárodních aktivitách v této oblasti
18:15 - 18:30	Diskuze
18:30 - 19:00	Ukončení konference / předání certifikátů
19:00 - 21:00	SPOLEČENSKÉ SETKÁNÍ



Obsah

Příspěvky ve sborníku řazený dle jejich zařazení do programu konference:

Ergoterapie kognitivních poruch u dospělých osob po poškození mozku Mária Krivošíková, M.Sc	6
„Život ve vlastních rukou“- cesty k podpoře zplnomocňování“ - Mgr. Juraj Marendiak, Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová,.....	8
Příjem potravy jako ergoterapeutické téma - Mgr. Jitka Ludvíčková	11
Sdílená péče v rodině s dítětem se zdravotním postižením z pohledu ergoterapeuta - Mgr. Veronika Kocourová, MBA	12
Role ergoterapeutů při aplikaci technických pomůcek – spolupráce s lékaři a jejich účast v mezinárodních aktivitách v této oblasti - doc. MUDr Jiří Votava, CSc.....	14
Telerehabilitace a distanční terapie jako současné trendy ergoterapie. Jakým způsobem a v jaké podobě je vhodné využití vzdálené ergoterapie? - PhDr. Kristýna Hoidekrová, Doc. PaedDr. Dagmar Pavlů, Csc.....	15
Žena intimně z pohledu ergoterapeuta menstruace po poškození míchy - Bc. Iva Hradilová	16
Využití přístroje BalanceTutor v ergoterapeutické intervenci u dětí s vývojovou dyspraxií - Mgr. Petra Pecharová, Mgr. Radka Beranová	17
Používání vybraných standardizovaných testů hodnotících obratnost rukou v praxi českých ergoterapeutů - Mgr. Kateřina Rybářová	19
Rovnováha aktivit během terapie u klienta, který má fyzickou disabilitu a zároveň je závislý nebo užívá návykové látky - Zuzana Rodová M.Sc. Bc. Aneta Křivánková, Doc. Mgr. Vladimír Rogalewicz CSc.	22

Název: Ergoterapie kognitivních poruch u dospělých osob po poškození mozku

Autor: Mária Krivošíková, M.Sc.

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

Východiska:

Deficit kognitivních funkcí a s tím spojené potíže v oblasti funkčních aktivit a zaměstnávání se objevují velmi často jako důsledek neurologických onemocnění. U pacientů po poškození mozku je přístup terapeuta individuální, jelikož se onemocnění projevují jak motorickou, senzorickou, tak i kognitivní poruchou. Diagnostikou a terapeutickou intervencí se v této oblasti zabývají, mimo ergoterapie, různé profese – kliničtí psychologové, kliničtí logopedi, speciální pedagogové. Uplatnění ergoterapeuta je v této oblasti zásadní pro jeho funkční pohled na kognitivní deficit (v diagnostice i terapii) a pro další aspekty, které s touto problematikou souvisejí, např. generalizace naučených dovedností do běžného života a zhodnocení vlivu všech typů prostředí, ve kterém jedinec žije.

Podle zaměření lze kognitivní programy rozdělit na kognitivní stimulaci, trénink a rehabilitaci. Koncepce kognitivní stimulace směřuje k podpoře kognitivních funkcí nespécifickým způsobem, např. diskusí nebo volnočasovou aktivitou se supervizí. Kognitivní trénink využívá ke zlepšení kognitivních funkcí soubor standardních úkolů, které specificky cílí na trénink oslabené kognitivní domény. Využívá se také v prevenci kognitivních poruch u zdravých osob. (Štěpánková a Steinová, 2009) Rehabilitaci kognitivních funkcí definuje významná představitelka neuropsychologie Wilsonová (2002) jako individualizovaný přístup k pomoci lidem s kognitivní poruchou či poškozením, při kterém postižení i jejich blízcí spolupracují se zdravotníky, aby identifikovali relevantní cíle a vybudovali strategie k jejich dosažení. Její význam vzrostl díky výzkumu neuroplasticity mozku a je podpořen i využitím nových technologií (počítačové programy, virtuální realita, chytré mobilní telefony s aplikacemi), které poskytují větší možnosti v individualizaci rehabilitačních programů a usnadňují kontakt pacienta s okolním světem.

Účel sdělení:

Záměrem příspěvku je poukázat na problematiku diagnostiky a terapie kognitivních poruch u dospělých pacientů po poškození mozku z pohledu ergoterapie.

Ve vyšetření kognitivních funkcí může ergoterapeut zvolit dva přístupy. Buď hodnotí kognitivní domény izolovaně (bottom-up approach), nebo pozorováním funkční činnosti (top-down approach).

Mezi nejznámější standardizované ergoterapeutické testy, které využívají funkční aktivity pro zjištění kognitivního deficitu, patří: (1) Ergoterapeutické neurobehaviorální hodnocení (A-ONE), které využívá některé z personálních všedních denních činností (dále ADL) k hodnocení senzo-motorických a neurobehaviorálních deficitů u pacientů po poškození mozku a (2) Výkonový test exekutivních funkcí (EFPT), který využívá 4 komplexní činnosti (vaření,

používání telefonu, administraci léků, zaplacení složenek), ve kterých hodnotí iniciaci, provedení, plánování, řazení kroků činnosti, úsudek a ukončení činnosti.

Pro specifické hodnocení kognitivních domén lze v rámci ergoterapie využít jednak standardizované ergoterapeutické testové baterie: (1) Lowensteinské ergoterapeutické kognitivní hodnocení (D-LOTCA) a (2) Rivermeadská percepční testová baterie (RPAB), nebo některé neuropsychologické behaviorální standardizované testy: (1) Rivermeadský behaviorální paměťový test (RBMT), nebo (2) Behaviorální test nepozornosti (BIT). Mnohé z uvedených testových metod jsou zatím k dispozici pouze v experimentální verzi.

Kromě výše uvedených standardizovaných testů se v praxi využívají dobře dostupné screeningové testy, které mají také českou verzi. K nejvyužívanějším v ergoterapii patří: Montrealský kognitivní test (MoCa), Krátká škála mentálního stavu (MMSE) a revidovaná verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-R).

V terapii se osvědčuje využívat adaptivního chování pacienta (tj. využít jeho silných stránek), jeho zapojení do volby cílů rehabilitace a edukovat rodinu a blízké osoby. V literatuře ani v praxi neexistuje konsenzus ohledně jednotné podoby kognitivní rehabilitace. Ta se odvíjí od variability postižení, klinického obrazu a premorbidní anamnézy pacienta. V ergoterapii se uplatňuje kombinace přístupu léčebného (trénink tužka-papír, PC programy) a přístupu adaptačního (kompenzační strategie vnitřní a vnější). Důraz je kladen na neustálou podporu náhledu, sebeporozumění a motivace. Ve funkčně zaměřené terapii se ukazuje jako přínosný specifický trénink konkrétních úkolů (task-oriented training), který využívá praktický nácvik činností reálného života, např. vaření, nakupování, psaní. U těžších stavů využíváme principy učení bez chyb (errorless learning)

Závěr:

Příspěvek shrnuje uplatnění ergoterapie v diagnostice a terapii kognitivních poruch u pacientů po poškození mozku vyplývající z literární rešerše. Obsahuje také strukturu a proces kognitivní rehabilitace v ergoterapii na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Zejména kognitivně zaměřený program Denního stacionáře, kde se uplatňuje mimo jiné i 3-stupňový tréninkový model kognitivní rehabilitace podle Sohlberga a Mateera (2001).

Název: „Život ve vlastních rukou“- cesty k podpoře zplnomocňování“

Autoři: Mgr. Juraj Marendiak¹, Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová²

Kontakt: Mgr. Juraj Marendiak
konzultant v oblasti péče o duševní zdraví, sociální pracovník
facilitátor svépomocné skupiny "No big drama"
Tel.: +421903919677
Email: zotavenie@gmail.com
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, www.cmhcd.cz
Nájdí sa, občanské sdružení, <http://www.oznajdisa.sk/>

Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová
ergoterapeut, supervizor, konzultant v oblasti péče o duševní zdraví
Tel.: +420775961964
Email: jana.pluharikova.pomajzlova@gmail.com
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, www.cmhcd.cz
Domov na cestě, www.domovnaceste.cz
1 Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Zplnomocňování se stalo oblíbeným a často používaným pojmem. V klinické praxi se však setkáváme s tím, že jeho definice je často nejasná, vágní či redukována jen na určitý aspekt zplnomocnění, jako je např. samostatné rozhodování nebo odpovědnost. Tento pojem však obsahuje mnohem více a je možné se na něj dívat z více perspektiv.

Jak zplnomocnění tedy můžeme rozumět? Co znamená pro klinickou praxi ergoterapeuta? Jaké jsou způsoby, kterými můžeme podpořit zplnomocnění a o jaké modely se v tomto ohledu můžeme opírat? V příspěvku „Život ve vlastních rukou“ – cesty k podpoře zplnomocňování, se chceme zaměřit právě na tyto otázky a společně prozkoumat vybrané klíčové elementy zplnomocnění, které byly formulovány skupinou expertů s vlastní zkušeností v rámci výzkumu Chamberlinové (Chamberlin, 1997). Ten se zaměřoval na definování faktorů podporujících zplnomocnění ve svépomocných skupinách. Tento výzkum se stal klíčový pro konceptualizaci zplnomocnění, definování jeho patnácti elementů, a stal se také startovním bodem pro vytvoření nástroje pro hodnocení míry zplnomocnění (Empowerment scale, 1997) a dělání vlastních rozhodnutí (Making decisions).

S prvními definicemi zplnomocnění se můžeme setkat např. již v pracích Rappaporta (1987), Rappaporta a Zimmermana (1988), kteří definovali psychologickou rovinu zplnomocnění jako „propojení mezi vnímáním vlastní kompetence, ochotou a usilováním o převzetí iniciativy ve veřejném prostoru.“ Segal a jeho kolegové (1995) popisují zplnomocnění jako proces „získávání kontroly nad svým životem a ovlivňování organizačních a sociálních struktur, ve kterých daný člověk žije.“ Zimmeman (2000) dále upozorňuje na nutnost rozlišovat mezi teorií zplnomocnění, která pomáhá konceptualizovat zplnomocnění pro formulaci principů, utváření naší znalosti a jež je nástrojem pro předcházení zneužití pojmu jako politického výstřelku či manipulace a chápáním zplnomocnění především skrze hodnoty, které tvoří základ zmocňovacího přístupu k sociální změně. Zimmerman (2000) v této souvislosti upozorňuje na

různé roviny, o kterých je třeba v souvislosti s procesem a podporou zplnomocnění uvažovat. Popisuje rovinu individuální, rovinu organizace (služby), blízkého okolí člověka a širší kontext společnosti, komunity a zákonodárství, které se významně podílí na způsobech a míře podpory zplnomocnění občanů ve společnosti.

Je třeba upozornit na to, že Světová zdravotnická organizace WHO považuje zplnomocnění jako jednu z priorit ve svých strategiích a definuje ho jako „proces, jehož prostřednictvím lidé získávají větší kontrolu nad rozhodnutími a činy ovlivňujícími jejich zdraví“ a jež by měl být vnímán jako individuální i jako komunitní proces. Zplnomocnění je přesvědčení, že člověk má kontrolu nad svým vlastním životem. Zahrnuje převzetí odpovědnosti za sebe, včetně odpovědnosti za vlastní zdraví a kondice, a často zahrnuje advokacii a odvalu mluvit nahlas jak za sebe, tak za druhé. V procesu práce na svém zotavení mnoho lidí s duševním onemocněním získává větší pocit vlastní kontroly a zplnomocnění ve svém životě.

Tato východiska a základní předpoklady spojené s teorií zplnomocnění velmi dobře korespondují se základními teoretickými východisky ergoterapie. Můžeme najít provázanost např. s Modelem lidského zaměstnávání (MOHO), Kanadským modelem výkonu zaměstnávání (CMOP), Kawa modelem či jinými modely či rámci vztahu, které staví na přesvědčení ve vlastní sílu a potenciál každého člověka, ať se ve svém životě dostal do jakékoli situace. V rámci příspěvku se chceme nad touto provázaností s ergoterapeutickými modely zastavit a nabídnout skrze vlastní zkušenost konkrétní příklady, jak mohou postupy a nástroje např. z modelu MOHO být využity v praxi jako jeden z nástrojů pro podporu zplnomocnění.

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) popisuje v doporučeních pro praxi pro oblast péče o duševní zdraví (AOTA 2012) koncept zotavení jako jeden z klíčových pro praxi a odkazuje se na definici zotavení SAMHSA (2004), kde je formulováno 10 základních komponent, mezi nimiž je také zplnomocnění jako jeden ze základních předpokladů praxe. Tedy pro ergoterapii je zásadní zabývat se tímto tématem a porozumět více tomu, jak konkrétně mohou ergoterapeuté přispět k posílení zplnomocnění na úrovni jedince, organizace i širší komunity.

V příspěvku se chceme zastavit nad formulovanými klíčovými elementy zotavení, jak je definovala Chamberlin (1997), mezi něž patří:

- možnost přijímat samostatná důležitá rozhodnutí,
- mít přístup k informacím a zdrojům,
- mít výběr z více možností, ne jenom ano/ne a buď/anebo,
- asertivita (možnost zastávat se sebe samých, svých přání a očekávání),
- nové naděje (pocit, že na mě záleží),
- znovuobjevení kvalifikace, kompetence, osobní historie,
- možnost vyjádřit hněv a učit se, jak s ním zacházet,
- necítit se osamělý, cítit se jako součást skupiny,
- vědomí svých práv a jejich obhajování,
- možnost využívat sám své šance a mít svůj život pod kontrolou,
- naučit se dovednostem, které jsou pro člověka/mě důležité,
- mít příležitosti měnit předsudky druhých,
- coming out (neskrývat své onemocnění),
- růst a změna je nekončící proces,
- vytváření pozitivního sebeobrazu a překonávání stigmatu.

Chápeme v této souvislosti, podobně jako Chamberlin (1997), zplnomocnění spíše jako proces, který probíhá s různou intenzitou na různých rovinách, nikoli jako konečný stav, kterého je možné s určitou definitivou dosáhnout. Věříme, že lepší porozumění jednotlivým aspektům zplnomocnění může přispět k cílenější podpoře lidí, jež jsou díky své nemoci nebo okolnostem oslabeni a celkově přispět zkvalitnění péče.

Použitá literatura:

Brown, C.: *Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Serious Mental Illness*. AOTA Press, 2012, ISBN-13: 978-1-56900-331-2

Chamberlin, J.: A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20(4), 43–46.

Chamberlin, J., Rogers, E.S., Ellison, M.L., Crean, T.: A Consumer-constructed Scale to Measure Empowerment among Users of Mental Health Services, *Psychiatric Services*. 1997 Vol. 48 No.

Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, cit. dne 8.11.2021

Segal, S., Silverman, C., Temkin, T.: Measuring Empowerment in Client-run Self-help Agencies, *Community Mental Health Journal*. 1995, 31: 215-227

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *National consensus statement on mental health recovery*. 2004.

Rappaport, J.: Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Towards Theory for Community Psychology, *American Journal of Community Psychology*. 1987, 15:121-142

Zimmerman, M., Rappaport, J.: Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment, *American Journal of Community Psychology*. 1988, 16: 725-750

Zimmerman, M. A.: Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic Publishers, 2000, pp. 43–63.

Název: Příjem potravy jako ergoterapeutické téma

Autor: Mgr. Jitka Ludvíčková

Pracoviště: Na Poříčí 12, Praha 1 Kontakt:

Kontakt: jitka@skolapapani.cz

Abstrakt:

Příjem potravy patří do kategorie všedních denních činností. Jak samostatné jezení, tak i krmení vyžaduje komplexní dovednost plánování, organizace a funkčního provedení. Jedná se o činnost, kterou provádíme jako lidé několikrát, každý den. Příjmem potravy nenaplňujeme pouze svoji nutriční potřebu, ale jedná se i o zcela zásadní prvek našeho sociálního a kulturního života.

Existuje mnoho faktorů, které příjem potravy mohou ovlivnit. Typicky se jedná o zdravotní stav, motorické a kognitivní dovednosti, nutriční stav a faktory prostředí. Jakákoliv odchylka v těchto oblastech může mít za následek kaskádovité rozšíření na oblasti další. Porucha příjmu potravy (PPP) může tedy začít velmi nenápadně, například v krátkodobém snížení příjmu potravy v důsledku zdravotních obtíží a rozvinout se do onemocnění jako takového.

Některé oblasti působení ergoterapeutů mohou být v příjmu potravy více angažovány, typicky příjem potravy řešíme u dětí, seniorů nebo třeba v psychiatrii. Avšak příjem potravy má významný dopad na zdraví člověka a celkovou pohodu (AOTA, 2017), tedy pozornosti by se příjmu potravy měla dostat ve všech oblastech působení ergoterapeutů.

Cílem prezentace je představit základní oblasti na které je potřeba se v rámci ergoterapeutického vyšetření zaměřit ve vztahu k příjmu potravy. Dále představí systém mezioborové spolupráce v této problematice a v neposlední řadě základní intervenci.

Literatura:

American Occupational Therapy Association. (2017). The practice of occupational therapy in feeding, eating, and swallowing. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(Suppl. 2), 7112410015. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.716S04>

Název: Sdílená péče v rodině s dítětem se zdravotním postižením z pohledu ergoterapeuta

Autor: Mgr. Veronika Kocourová, MBA

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

Kontakt: veronika.kocourova@alfabet.cz www.alfahs.cz www.alfabet.cz

Sdílená péče je chápána jako průnik péče formální s péčí neformální. V principu jde o prolínání a součinnost péče poskytované ze strany státu a péče poskytované rodinnými příslušníky. (Kocourová in Chmelová a kol., 2021). Má za cíl zmírnit dopad zdravotního postižení na další vývoj jedince a zvýšit kvalitu života osob se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí (Johnová, Janečková 2013).

Rodina s dítětem se zdravotním postižením tvoří unikátní sociální jednotku s jedinečnými potřebami, které se mění v čase v závislosti na vývoji dítěte se zdravotním postižením. Péče, která je těmto dětem dlouhodobě poskytována je zpravidla multidisciplinární, tedy trans oborová. Zastoupení specialistů vychází primárně ze zdravotního stavu dítěte, jeho možnostech v kontextu manifestace zdravotního postižení (poškození, omezení, oslabení) a zajišťování potřeb směřujících k co nejvyšší kvalitě života dítěte i rodiny. Péče o děti s disabilitou je dlouhodobý zdravotně-sociální, výchovně vzdělávací proces, který by měl reflektovat jejich aktuální potřeby. V praxi tak dochází ke kontinuální interakci péče formální, odborné, s péčí neformální, tedy takovou péčí, kterou v závislosti na stupni a rozsahu zdravotního postižení, poskytují zejména rodiče, svému dítěti dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu.

Z důvodu multidisciplinarity péče jsou rodiče v nepřetržitém styku s odborníky a učí se porozumět často odborným výrazům, terapeutickým postupům a úkonům, které následně s dětmi doma vykonávají (Chmelová, Kocourová, Syrovátková, 2015). Aby mohla být komplementární dlouhodobá péče poskytována na vysoké úrovni, je důležité v praxi spojit profesionální zkušenosti formálních pečovatелů s praktickými znalostmi a zkušenostmi neformálních, rodinných pečovatелů (Kotrusová et al. 2013). Neformální pečující, rodiče, vykonávají převážně péči v oblasti personálních a instrumentálních aktivit všedního dne a poskytují emocionální podporu svým dětem. Rodiče jsou však často podceňováni profesionálními pečovateli, kteří je nevnímají jako důležitého partnera v systému péče. V praxi totiž dochází k určitému splynutí obou druhů péče (Triantafillou et al., 2010). Neformální pečovatelé jsou tak často vnímáni jako náhrada za formální péči spíše než jako partneři v poskytování sdílené péče. Efektivita sdílené péče závisí na plynulé návaznosti péče, vzájemné kooperaci a komunikaci mezi stakeholdery (Kocourová in Chmelová a kol., 2021).

Role ergoterapeuta je ve sdílené péči nezastupitelná. Jeho primárním cílem je jednak vlastní terapie s dítětem, která by měla směřovat k jeho maximálnímu možnému zapojení do aktivit všedního dne s ohledem na věk, stupeň a manifestaci zdravotního postižení, možnosti hrát si a trávit čas s ostatními dětmi. Ve druhé rovině je zapotřebí, aby ergoterapeut aktivně

pracoval s rodičem a posiloval jeho výchovně-vzdělávací kompetence prostřednictvím ergoterapeutických procesů a nácviků.

Ergoterapeut by měl být jakýmsi průvodcem rodiče ve smyslu jeho podpory, získávání zpětné vazby a hodnocení stanovených cílů. Velkou roli hraje ergoterapeutické poradenství nejen v oblasti kompenzačních pomůcek, dostupných terapeutických metod, optimalizace domácího prostředí apod., ale pro rodiče také klíčové poskytování informací o návaznosti další péče a služeb na lokální, ale i regionální úrovni. Na ergoterapeuta jsou v tomto smyslu kladeny nároky nejen z hlediska znalostí a dovedností k výkonu vlastní terapie a poskytování odborného poradenství, ale i kompetence v oblasti měkkých dovedností při práci s rodiči. Práce s rodiči tvoří v podstatě polovinu terapie s dítětem se zdravotním postižením, protože skrze rodiče získává dítě velké množství vjemů a je stimulováno nejen na psychické a fyzické úrovni, ale také v úrovni výchovně vzdělávací.

Literatura:

- CHMELOVÁ, M., KOCOUBOVÁ, V., SYROVÁTOVÁ, P.: Sdílená péče o rodinu s dítětem se ZP. Praha: Alfa Human Service, 2015, 62 s. ISBN 978-80-260-8326-9.
- KOCOUBOVÁ, V., 2021. Příprava na sdílenou péči rodin s dítětem se zdravotním postižením. In: CHMELOVÁ, M., FRYČ, L., ADÁMKOVÁ, P.: Neformální péče v teorii a praxi. Alfa Human Service, z.s.: Pasparta Publishing, s.r.o., s. 135 – 145.
- JOHNOVÁ, M., JANEČKOVÁ, H. (2013): Principy obsažené ve Věcném záměru zákona o dlouhodobé péči. [online] [citace 2020-09-30]. Dostupné z www: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/17450/C1_Principy_v_zakone_o_dlouhodobem_peci_FINAL .pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/17450/C1_Principy_v_zakone_o_dlouhodobem_peci_FINAL.pdf)
- KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠŤÁLKOVÁ, J.: Role rodinných pečovatелů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. [online]. Odborný recenzovaný časopis – Fórum sociální politiky. Dvuměsíčník, ročník 7, číslo 6/2013. Publikováno: 10. 12. 2013. [citace 2020-09-30]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., str. 10-20. ISSN 1803- 7488. Dostupné z www: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf
- TRIANTAFILLOU, J. et al.: Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Project Interlinks. Athesn/Vienna. 2010. [online] [citace 2020-10-10]. Dostupné z www: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>

Název: Role ergoterapeutů při aplikaci technických pomůcek – spolupráce s lékaři a jejich účast v mezinárodních aktivitách v této oblasti

Autor: doc. MUDr Jiří Votava, CSc.

Pracoviště: Fakulta zdravotnických studií UJEP Ústí nad Labem

Kontakt: jiri.votava@volny.cz

Autor vychází ze svých mnohaletých zkušeností při podpoře rozvoje jednak ergoterapie, jednak mezinárodních kontaktů v oblasti "assistive technology", tedy pomáhající techniky. S prof. Pfeifferem jsme iniciovali výrobu prvních kompenzačních pomůcek v podniku Meta a v r. 1983 toto téma zpracovali v publikaci "Rehabilitace s využitím techniky". Ergoterapeuti hrají zásadní roli při výběru vhodných pomůcek a nácviku jejich používání zvláště při denních činnostech. Předpokladem k tomu je dostupnost pomůcek na pracovišti a spolupráce s předpisujícími lékaři při výběru pomůcky z číselníku zdravotnických prostředků, které vydává VZP. Na KRL 1. LF v Praze jsme tyto podmínky vytvářeli. Podobně v rámci studijních programů ergoterapie se studenti s pomůčkami prakticky seznamují.

Cílem příspěvku je především seznámit se zahraničními zkušenostmi, využitelnými v této oblasti. Od roku 1990 působím jako český zástupce v organizaci Rehabilitation International a spolupracoval jsem také s jednou z jejích součástí – ICTA (Mezinárodní komisí pro technické pomůcky a bezbariérovost). Přes ní jsem poznal další organizaci, plně se problematice věnující, a to AAATE (Asociace pro rozvoj pomáhající techniky v Evropě). Ta pořádá od r. 1990 každé dva roky celoevropské konference (dosud 17), kterých jsem se 2x zúčastnil a příspěvky z dalších jsem sledoval, naposledy z r. 2019. Na těchto aktivitách se podílejí různí odborníci, např. technici, logopedi a další speciální pedagogové, mezi zdravotníky hrají významnou roli ergoterapeuti. Ovšem odborníci ze střední a východní Evropy se těchto konferencí účastnili minimálně, nejvíce z Maďarska, kde však není ergoterapie rozvinuta. Krom běžných témat byla na poslední konferenci také robotika či přístupnost přes internet. Příští konference bude 11. - 15. 7. 2022 v Itálii.

AAATE rovněž vytvořila web www.eastin.eu, kde je umístěna Evropská klasifikace technických pomůcek pod označením ISO 9999. Pomůcky jsou rozděleny do 12 hlavních skupin, klasifikace má 3 úrovně, až po uvedení **67440 konkrétních pomůcek, dostupných na evropském trhu. Z toho je pro činnosti ADL 14445 a pro mobilitu 15645 pomůcek**. Touto cestou se mohou ergoterapeuti seznámit s celým sortimentem pomůcek, i když mnohé nejsou uvedeny v seznamu VZP a tedy hrazené. Celá klasifikace je uvedena ve 23 jazykových variantách, bohužel ne v češtině, takže je možno využít anglickou, ale také slovenskou verzi. Věřím, že bližší seznámení našich ergoterapeutů s uvedenými mezinárodními aktivitami jim pomůže při práci s pacienty v této oblasti a perspektivně se budou moci na těchto aktivitách podílet.

Název: Telerehabilitace a distanční terapie jako současné trendy ergoterapie. Jakým způsobem a v jaké podobě je vhodné využití vzdálené ergoterapie?

Autoři: PhDr. Kristýna Hoidekrová^{1,2,3}, Doc. PaedDr. Dagmar Pavlů, CSc.²

Pracoviště: 1) Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby u Vlašimi
2) Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné výchovy a sportu UK, Praha
3) 1. lékařská fakulta UK, Praha

S pokrokem moderních technologií dochází k modernizaci ergoterapie v určitých jejích oblastech. V českém prostředí se postupně stále více rozšiřuje využití roboticky asistované terapie v ergoterapii, která je však určena do větších zdravotnických zařízení. Za uplynulý rok byla zaznamenána zvýšená poptávka po moderních technologiích, a to nejen v oblasti ergoterapie, ale i v dalších klinických odvětvích. S rychlým vývojem tedy vznikají i menší přenosné a nositelné technologie určené primárně do domácího prostředí vhodné pro tele-ergoterapii či distanční terapii. Telerehabilitace však není tvořena pouze přenosnými technologiemi, ale i komunikačními platformami, které mají vysoké nároky na kybernetické zabezpečení a ochranu citlivých dat. Pro poskytování telerehabilitace a distanční ergoterapie v českém prostředí je nutné vytvoření nových standardů a pracovních postupů, ale i začlenění telerehabilitačních metod do kurikula dle zahraničních vzorů. V současné době vznikají pilotní projekty, které tvoří podklady pro vytvoření legislativy, standardů a pracovních postupů a podporují spolupráci se zdravotními pojišťovkami i v rámci ergoterapie.

Název: Žena intimně z pohledu ergoterapeuta – menstruace po poškození míchy

Autor: Bc. Iva Hradilová

Pracoviště: Centrum Paraple, o.p.s., Ovčáráská 471, 108 00 Praha 10

Kontakt: iva.hradilova@paraple.cz

Představení

V rámci pětidílného seriálu Žena intimně, vycházejícího v Magazínu Paraple v roce 2021-2022, jsou představena různá intimní ženská témata tak, jak je život s věkem přináší. Jedním z nich je i téma menstruace. Tak jako v běžné společnosti i mezi ženami po poškození míchy se o tomto téma moc otevřeně nemluví. Dalo by se označit za tabuizované. Nejčastěji od žen s poškozením slyším, že jediné, co jim bylo po úraze či onemocnění sděleno je, že plodnost zůstává neporušená a menstruace se vrátí v horizontu několika měsíců. Je to, ale opravdu tak? Na téma menstruace se dá koukat z různých úhlů pohledu, anatomicky, fyziologicky, ekonomicky, sociokulturně atd, ale všechny tyto pohledy budou mít dost zásadní dopad na kvalitu života ženy po poškození míchy. Zvýšená náročnost na asistenci, zvýšené hygienické nároky, nemožnost zajištění péče o sebe, ztráta soběstačnosti, fyzické limity, bariéry, zvýšené ekonomické nároky, to vše může dovést ženu SCI k sociální izolaci či k riskantním krokům v oblasti řízení vlastní menstruace.

Co se tedy změní v oblasti menstruace po poškození míchy? Jaké jsou dopady do života ženy? Jak může pomoci ergoterapeut s podporou nejen v průběhu periody? Jak se tvoří management periody? Jak vypadá týmová spolupráce v této oblasti?

Na tyto otázky i více bych vám ráda pomohla najít odpovědi ve své prezentaci. Jednou z inspirací mi byla přednáška,, Menstruation following Spinal Cord Injury,, od ergoterapeutky Helen Thrussell UK v rámci festivalu Love Abilities 10/2020.

Pojďme tedy odhalit další tabu a otevřeně mluvit o menstruaci z pohledu ergoterapeuta.

Odkazy a zdroje:

- https://issuu.com/centrumparaple/docs/magazin_cp_2021-02_cervenec_web-jednostrany
- Thrussell, Helen & Coggrave, Maureen & Graham, Allison & Gall, Angela & Donald, Michelle & Kulshrestha, Richa & Geddis, Tracey. (2018). Women's experiences of sexuality after spinal cord injury: a UK perspective. Spinal Cord. 56. 1. 10.1038/s41393-018-0188-6.

Název: Využití přístroje BalanceTutor v ergoterapeutické intervenci u dětí s vývojovou dyspraxií

Autoři: Mgr. Petra Pecharová, Mgr. Radka Beranová

Pracoviště: Univerzita J. E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií Velká Hradební 13, 400 96 Ústí nad Labem

Kontakt: petra.pecharova@ujep.cz, radka.beranova@ujep.cz

Úvod

V rámci Interní grantové soutěže se zabýváme problematikou vývojové dyspraxie u dětí a možnostmi využití přístroje BalanceTutor v terapii. Na FZS UJEP probíhají od listopadu 2019 Individuální psychomotorická cvičení pro děti s využitím přístroje BalanceTutor. V současné době jsme v ČR jediné pracoviště využívající přístroj BalanceTutor u dětských klientů. U dětských klientů s diagnózou vývojová dyspraxie umožňuje využití přístroje automatizaci nácviku reaktivních odpovědí a automatizaci práce s těžištěm při pohybových aktivitách.

Cíl

Cílem projektu je poukázat na možnosti využití přístroje BalanceTutor v ergoterapeutické intervenci u dětí s vývojovou dyspraxií.

Metodika

Pro projekt bylo využito 25 probandů z řad dětské klientely ve věku 4 – 12 let se stanovenou diagnózou vývojová dyspraxie. Dalším kritériem byla pravidelná účast na terapiích minimálně 1x týdně po dobu minimálně 6 měsíců. V první etapě byl záměrně vybraným probandům, kteří odpovídali předem zvoleným kritériím, předložena testová baterie MABC-2, čímž byla zajištěna vstupní data. Druhou etapou byla samotná realizace projektu, kde byla zahájena edukačně-rehabilitační intervence, při které jsme využívali primárně BalanceTutor. V rámci 6ti měsíční terapie bylo po 3 měsících provedeno kontrolní testování a po ukončení terapie výstupní testování s následnou komparací dat spolu se statistickým vyhodnocením získaných dat.

Jako vedlejší cílovou skupinu pro projekt jsme zvolili zákonné zástupce probandů, od kterých pomocí dotazníkového šetření získáváme informace před a po ukončení intervence. Tento evaluační dotazník hodnotí očekávání rodin před zahájením intervence a po ukončení intervence, kdy budou výsledky mezi sebou statisticky porovnány.

Charakteristika souboru dětských klientů

- Pohlaví: 18 muži, 7 ženy.
- Věkové rozložení: 4 - 12.
- Diagnóza: vývojová dyspraxie

Výsledky

Interní grantová soutěž byla koncipována na 2 roky. Z důvodu pandemie Covid -19 v České republice byla realizace projektu o 1 rok prodloužena. Z pohledu realizace terapie měla tato situace největší dopad na kontinuitu terapie. U většiny klientů (18-ti) byly terapie na nezbytně nutnou dobu přerušeny. U 7 klientů se podařilo realizovat kompletní 6-ti měsíční terapii bez přerušení. Aktuálně zde prezentujeme výsledky u 25-ti dětí po 6-ti měsíční terapii na přístroji BalanceTutor a terapii v rámci psychomotorických cvičení. U dětí byla provedena vstupní vyšetření testem MABC-2, kde 16 probandů vykazovalo významnou poruchu motorických funkcí v oblasti rovnováhy a hrubé motoriky a rizika motorických potíží v oblasti jemné motoriky, 5 probandů vykazovalo významnou poruchu motorických funkcí v oblasti rovnováhy, hrubé motoriky a jemné motoriky a 4 probandi vykazovali u všech zmíněných kategorií rizika motorických potíží. Vstupní vyšetření na přístroji BalanceTutor bylo pro všechny probandy shodně nastaveno. U skupiny probandů s plynule probíhající terapií bylo zaznamenáno výrazné zlepšení v oblasti výdrže zátěže, v oblasti stability na přístroji BalanceTutor, v oblasti rovnováhy při terapeutických cvičeních, v rychlosti a kvalitě reaktivního chování na změnu rychlosti v pohybu a ve výchylce pohybu. Při výstupním hodnocení byl kromě těchto oblastí zlepšení zaznamenán přesah do oblasti běžných denních činností, zlepšení vztahu k pohybovým aktivitám odpovídajících věkové kategorii jednotlivých probandů. U probandů s přerušovanou terapií kontrolní vyšetření vykazovala výrazně méně významné zlepšení ve sledovaných oblastech, což bylo způsobeno narušením kontinuity terapie. Ve výstupních vyšetřeních už byly výsledky srovnatelné se skupinou, u které terapie probíhaly bez přerušení.

Závěr

Přestože se jedná prozatím o dílčí výsledky, kdy všechna data ještě nemáme statisticky zpracována, je zřejmé, že nastavení edukačně-rehabilitační intervence u námi vybraných klientů je vhodně nastaveno a probandi vykazují kvalitnější reakce na změnu polohy vlastního těla, zkvalitnění provedení pohybu, větší vytrvalost a u všech probandů, bylo na základě výpovědi zákonných zástupců a terapeutů, zvýšeno sebevědomí a evidentní zlepšení vztahu k pohybovým aktivitám, které před zahájením terapie odmítali.

Literatura:

- BARNHART, R. C., DAVENPORT, M. J., EPPS, S. B., et al. *Developmental coordination disorder. Physical Therapy*, 2003, vol. 83, no. 8, p. 722-731.

Název: Používání vybraných standardizovaných testů hodnotících obratnost rukou v praxi českých ergoterapeutů

Autor: Mgr. Kateřina Rybářová (prezentující)^{1,2}

Spoluautoři Veronika Čapková¹, MUDr. Yvona Angerová, MBA, Ph.D. ¹

Pracoviště: 1) Klinika rehabilitačního lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
2) Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Motol

Abstrakt:

V současné době je (nejen) v rehabilitaci kladen důraz na evidence-based practice. I proto by měli ergoterapeuti v České republice využívat objektivní standardizované testy k hodnocení funkce horních končetin jejich klientů. Mezi ně patří i Box and Block Test (BBT), Purdue Pegboard Test (PPT) a Nine-Hole Peg Test (NHPT), který je v českém jazyce známý jako „Devítikolíkový test“. Při provádění těchto testů standardizovaným způsobem je nutné se přesně držet instrukcí uvedených v jejich manuálech nebo v originálních normativních studiích. Jedině tak je možné výkon testovaného klienta porovnávat s normou stanovenou na základě testování zdravé populace nebo s výkonem totožného klienta v budoucnu.

Tyto tři standardizované testy byly vytvořeny v zahraničí. Přesné slovní instrukce, které je potřeba sdělit klientům slovo od slova, jsou proto v angličtině. Dosud však k těmto třem testům nebyly řádným způsobem vytvořeny a následně publikovány české verze manuálů. I přesto je ergoterapeuti v České republice v praxi používají. Potýkají se však s řadou potíží při jejich využívání u česky hovořících klientů.

Příčinou řady neshod mezi ergoterapeuty v administraci nebo vyhodnocení výsledků NHPT, PPT nebo BBT jsou i nedostatky v originálních instrukcích či dostupných manuálech k těmto standardizovaným testům. Neobsahují totiž instrukce, jak se zachovat při běžně vznikajících situacích (např. upadnutí kolíku do klína klienta během NHPT, neúplné zasunutí kolíku do testovací desky během provádění PPT nebo odražení kostky až za druhou stranu krabice při testování pomocí BBT). Rovněž v nich není popsáno, jak takové situace vyhodnotit.

Ergoterapeutky z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze se proto rozhodly metodou zpětného překladu vytvořit české verze manuálů k již zmíněným standardizovaným testům a doplnit je o nová pravidla jejich administrace včetně instrukcí k vyhodnocení určitých situací, které se ergoterapeutům při testování klientů v praxi běžně stávají. V rámci procesu jejich tvorby bylo provedeno i dotazníkové šetření, jehož výstupy byly zapracovány do finálních verzí těchto nových verzí manuálů.

Hlavním cílem tohoto dotazníkového šetření bylo zjistit, jak ergoterapeuti z České republiky reagují na vybrané situace během testování pomocí Devítikolíkového testu, Purdue Pegboard Testu a Box and Block Testu.

Hlavním cíl:

Hlavním cílem tohoto dotazníkového šetření bylo zjistit, jak ergoterapeuti z České republiky reagují na vybrané situace během testování pomocí Devítikolíkového testu, Purdue Pegboard Testu a Box and Block Testu.

Metodologie:

Nejprve byla autorkami dotazníkového šetření několikrát vyzkoušena administrace NHPT, PPT a BBT v roli testující osoby i testovaného probanda. Následně každá z nich provedla brainstorming s cílem identifikovat co nejvíce potencionálních situací, které během testování pomocí výše zmíněných standardizovaných testů mohou nastat. Společně pak pořídily videozáznamy s ukázkami všech problémových situací u jednotlivých testů simulovanými jednou z nich, které vymyslely nebo se s nimi setkaly v praxi. Jednotlivé záběry pak sestříhaly a vybraly z nich ukázky situací, které se v praxi často vyskytují a zároveň k nim v anglicky psaných manuálech či v originálních normativních studiích nejsou žádné informace, jak na ně reagovat a vyhodnotit je. Tyto videoukázky zakomponovaly do elektronického dotazníku. Rozšířily ho mezi ergoterapeuty pracující s České republice prostřednictvím České asociace ergoterapeutů, e-mailů a sociálních sítí.

Během března a dubna 2021 dotazník vyplnilo celkem 129 respondentů, včetně 36 osob bez dokončeného ergoterapeutického vzdělání. Odpovědi těchto 36 respondentů proto byly vyřazeny. Byly tedy analyzovány informace získané od 93 českých ergoterapeutů. Data byla zpracována s využitím deskriptivní statistiky a programu MS Excel.

Výsledky:

NHPT, PPT nebo BBT mělo nebo má na pracovišti 42 % respondentů. Zkušenost s testováním alespoň pěti klientů mělo pomocí BBT 17 ergoterapeutů, PPT 26 ergoterapeutů a NHPT 22 ergoterapeutů. Z odpovědí těchto respondentů vyplývá, že standardizované instrukce dodržuje pouze 29% ergoterapeutů u BBT, 50% ergoterapeutů u PPT a 32% ergoterapeutů u NHPT. Ostatní ergoterapeuti uvedli, že neříkají slovní instrukce přesně slovo od slova nebo neukazují ukázkou provedení dílčích subtestů, kterou klientovi dle manuálů ukazovat mají.

Zjištěné informace od respondentů potvrzují, že ke všem zkoumaným testům existují různé verze manuálů v českém jazyce. Jeden ergoterapeut uvedl, že provádí BBT bez dostupnosti jakéhokoliv manuálu. Stejným způsobem to má jiný ergoterapeut s NHPT.

Ergoterapeuti se neshodli v odpovědích na dotaz, zda by započítali kostku ve videoukázce zaměřené na BBT. Na ní je ukázáno, že proband kostku sice správně přemístil přes přepážku testovací krabice, ale kostka se na druhé straně od krabice odrazila a dopadla na zem. Takovou kostku by 5 ergoterapeutů počítalo do celkového skóre a 12 nikoliv (z toho 6 uvedlo, že by to tak vyhodnotilo, protože kostka nedopadla do testovací krabice).

V odpovědích, zda by počítali omylem sraženou podložku z již sestaveného kompletu v posledním subtestu PPT, se rovněž rozcházel. Z kompletu, ze kterého byla omylem sražena podložka, by počítalo i shozenou podložku 5 respondentů. Naopak by ji nezapočítalo 18 ergoterapeutů. Někteří by pokus přerušili ihned nebo by ho znovu zopakovali. Někteří by probanda na chybu slovně upozornili ihned, jiní naopak vůbec.

Pokud by se probandovi u NHPT při vracení kolíků zpět do zásobníku několik kolíků od zásobníku kvůli velké rychlosti odrazilo a odlétlo mimo něj, tak by 18 respondentů pokus nezapočítávalo a opakovalo ho. Jeden respondent by pokus ukončil v momentu, kdy se poslední kolík dotkl zásobníku bez ohledu na to, že v zásobníku kolíky nezůstaly (všechny kolíky se zásobníku alespoň dotkly). Jeden respondent by testovanou osobu vyzval, aby rychle kolíky posbírala a umístila je do zásobníku a až poté by vypl stopky.

Závěr:

Výsledky dotazníkového šetření potvrzují, že se ergoterapeuti v ČR neshodnou ve vyhodnocování určitých situací, ke kterým dochází při testování klientů pomocí NHPT, PPT ani BBT. Rovněž prokazují, že na ně ergoterapeuti v praxi reagují zcela odlišně, přestože se jedná o standardizované testy, které by měly mít jednotná pravidla jejich provádění i interpretace výsledků. Poznatky z provedeného dotazníkového šetření byly zakomponovány do nových českých rozšířených verzí manuálů k NHPT, PPT i BBT. V současné době probíhá pilotní studie, která ověřuje inter-rater reliabilitu těchto nově vypracovaných manuálů a pracuje se na jejich zveřejnění.

Klíčová slova: Nine-Hole Peg Test, Purdue Pegboard Test, Box and Block Test, standardizovaný test, obratnost rukou, ergoterapeuti, Česká republika

Název: Rovnováha aktivit během terapie u klienta, který má fyzickou disabilitu a zároveň je závislý nebo užívá návykové látky

Autoři: Zuzana Rodová M.Sc. (1,2) Bc. Aneta Křivánková (1) Doc. Mgr. Vladimír Rogalewicz CSc. (1,2)

Pracoviště: 1) Klinika rehabilitačního lékařství, 1. lékařská fakulty Univerzita Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
2) Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Kontakt: zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Grantová afiliace: Příspěvek na konferenci je napsán v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260500

Klíčová slova: ergoterapie, rovnováha aktivit, occupational balance, fyzická disabilita, závislost, užívání látek

Abstrakt:

Rovnováha aktivit neboli „Occupational Balance“ je harmonické rozložení jednotlivých aktivit, které člověk během svého dne provádí (Radomski, 2014). Mít vyvážené sebeobslužné, pracovní, volnočasové aktivity společně s odpočinkem a spánkem je poměrně náročné i pro zdravého jedince.

U člověka s disabilitou je to náročnější, jelikož po úrazu nebo onemocnění není schopen některé aktivity vykonávat, nebo je zvládne provést jen částečně či modifikovaně.

Stejně tak užívání návykových látek a závislosti ovlivňují provádění aktivit během dne. Některé činnosti jsou opomíjené. Naopak aktivity spojené s užíváním látek jsou preferované a zaberou člověku se závislostí velkou část dne (Hoxmark et al., 2012).

Užíváním návykových látek nebo závislostmi může být způsobena nerovnováha aktivit neboli „Occupational Imbalance“. A platí to nejen pro nelegální drogy, jako je kokain nebo heroin. Velký vliv na lidské zdraví mají legální návykové látky, jako je tabák, alkohol nebo léky, které jsou v Evropě běžně užívané. Zároveň čím dál více žijeme v on-line prostředí a rostou i závislosti na procesech (hrách, počítači a mobilním telefonu). Lidé dobrovolně provádí nevhodné aktivity, tak zvané „dark occupations“, i když znají efekt na své zdraví.

Celosvětově je velké množství lidí s různým typem disability. Jen v USA se jedná o víc než 54 milionů osob. Z nich přibližně 4,7 milionu má zkušenosti s užíváním návykových látek zároveň s již existující disabilitou (NARIS, 2011). Dá se mluvit o „dvojitě disabilitě“, která má vliv na kvalitu jejich života. S klienty s touto „dvojitou disabilitou“ se můžeme setkat i my během běžné praxe ergoterapeuta, a to nejen v psychiatrických nemocnicích a ústavech, ale i na lůžkových a ambulantních rehabilitačních klinikách a v dalších rehabilitačních zařízeních.

Pokud věnujeme větší pozornost dokumentaci pacienta/klienta ohledně toxikologické anamnézy a příčin úrazů, zjistíme, že se jedná o poměrně velký počet jedinců. Na klinice rehabilitačního lékařství se jedná o pacienty, kteří mají traumatické poškození mozku způsobené pod vlivem alkoholu a dalších látek (dopravní nehody, pády,...), prodělali cévní mozkovou příhodu po mnohaletém denním pití alkoholu a kouření cigaret nebo intoxikaci dalšími látkami, pacienti v mladším věku s demencí způsobenou alkoholem, pacienti v apalickém stavu po intoxikaci. Dále se jedná o chirurgické pacienty, kteří mají opakované zlomeniny po pádech v opilosti nebo jiné intoxikaci.

Někteří pacienti po cévní mozkové příhodě nebo traumatu hlavy zcela přestanou návykové látky užívat. Ale někdy se k nim vrací. Naopak někteří používají návykové látky jako copingovou strategii pro zvládnání stresu nebo bolesti, a začínají je zvýšeně užívat až po úrazu nebo onemocnění.

Užívání látek má vliv na celý rehabilitační proces. Pacienti zapomínají na termíny terapií. Často neabsolvují terapie vůbec nebo neabsolvují jejich plný počet. Nejsou motivováni provádět cvičení v domácím prostředí v čase mezi terapiemi.

Proto je potřeba, aby i ergoterapeuti u pacienta/klienta zjišťovali informace o užívání návykových látek (v dokumentaci nebo rozhovorem), a v případě potřeby kontaktovali adiktologické služby.

V rámci prezentace představíme, jaký vliv má užívání návykových látek a závislosti na terapeutický proces. Na kazuistice klienta, který má fyzickou disabilitu a zároveň užívá alkohol, názorně ukážeme, jak se u něj v průběhu různých fází rehabilitace měnila rovnováha aktivit. Jedná se o člověka, který utrpěl kraniotrauma v ebrietě (opilosti).

Studium role ergoterapeuta u adiktologických klientů překračuje rámeček této prezentace. Informace lze najít např. v knize od Kiepek (2016), článku Stoffel a Moyers (2004), nebo článku Svěčená a Rodová (2019). Více informací o rovnováze aktivit uvádí Rodová et al. (2021).

Seznam literatury:

- Hoaxmark, E., Wynn, T.N., Wynn, R. (2012): Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 78-83. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2011.552120
- Kiepek, N. (2016) *Licit, Illicit, Prescribed: Substance Use and Occupational therapy*. Ottawa: CAOT Publications ACE
- National Rehabilitation information Center (2011) *Substance Abuse & Individuals with Disabilities*. Volume 6, Number 1, <https://www.naric.com/?q=en/publications/volume-6-number-1-january-2011-substance-abuse-individuals-disabilities>
- Radomski, M.V., Trombly Lathan, C. A. (2014): *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Lippincott Williams and Wilkins, 7th edition, ISBN 978-1-4511-8921-6.
- Rodová, Z., Jandáč, T., Jarošová, Z., Gašparová, P., Veselková, E., Kiss-Szemán, B. (2021): Rovnováha aktivit u klienta po pádu v ebrietě – kazuistická studie. *Adiktologie v preventivní léčebné praxi*. 4(1), 22–27; doi: 10.35198/APLP/2021-001-0002
- Stoffel, V. C., Moyers, P. A. (2004): An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 570–586.
- Svěčená, K., Rodová, Z. (2019): Ergoterapeut v adiktologii – Kazuistická studie. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(3), 130–135. ISSN 2570-8120

Projekt je realizován s finanční podporou hlavního města Prahy.



GENERÁLNÍ PARTNER:

Stargen EU s.r.o.: Kontakt: Malešická 22251/51, Praha 3, 130 00

www.stargen-eu.cz



HLAVNÍ PARTNER:

Theosun technologies s.r.o.: Kontakt: Záměstní 1157/27, Ostrava, 710 00

www.theosun.cz



VEDLEJŠÍ PARTNEŘI:

DMA s.r.o.: Kontakt: **DMA Praha s.r.o.**, U Dálnice 207, 251 63 Kunice

<https://www.dmapraha.cz/>



Grada publishing a.s.: Kontakt: U Průhonu 22, Praha 7-Holešovice, 170 00

www.grada.cz



JKSuit up: Kontakt: Palachova 29, Ústí nad Labem-město, 400 01

www.jksuitup.cz



*Český (nejen)
zdravotnický brand*

**Sborník příspěvků z odborné konference České asociace ergoterapeutů
„Efektivní ergoterapie – práce s klienty a funkční nástroje“**

Vydává ČAE ČR, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

e-mail: info@ergoterapie.org

IČO: 62348451

ISBN 978-80-905252-9-0

