

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Postavení ergoterapie v systému rehabilitace

Bakalářská práce

Jméno autora: Jindřiška Pulkertová

Jméno vedoucího práce: prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

14.5.2007

Position of occupational therapy in System of Rehabilitation

Rehabilitation is generally understood as a discipline solving mainly problems connected with motor system. However, the concept of rehabilitation is much larger. In fact, rehabilitation is the all-society system where restoration of moving functions is only one of goals on the way to one's reintegration into society. There are a lot of professions within this system participating in the process. Occupational therapy is one of them.

The main goal of the dissertation is to introduce occupational therapy as a profession, and highlight its range and position in the system of rehabilitation. The dissertation answers the question on what occupational therapy can offer to the people in need of rehabilitation and investigates whether and how occupational therapy intervention can contribute to the rehabilitation process. Further more, the dissertation compares the roles of the profession in Czech Republic and Europe and uses the findings to formulate new hypothesis which can be used for a future research.

The main approach of our dissertation is qualitative investigation. We chose the type of case study and participant observation. All that was completed with technique of secondary data analysis.

In case studies and according to the experience from the London hospital has been discovered that occupational therapy deals with all components participating in execution of human activities. Occupational therapy assesses and provides interventions to improve sensomotoric, cognitive and psychosocial functions. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life.

The information obtained from trainee-ship on the Department of Occupational Therapy in London and data has charted and clarified position of occupational therapy. Main difference is in competency of the professionals. In Czech Republic competency are lower and more limited compared to the rest of Europe. Additionally, the number of occupational therapists is lower in our country than is an average in Europe.

On the base of obtained information the new hypothesis has been made thereby both goals have been met.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla nejprve a také nejvíce poděkovat svému vedoucímu práce panu prof. MUDr. Janu Pfeifferovi, DrSc. za cenné rady, připomínky a veškerou odbornou pomoc při zpracování tohoto tématu. Dále patří můj dík mému příteli a odborníkovi ve fyzioterapii Mgr. Smekovi za věcné připomínky a kritiku, a v neposlední řadě děkuji i mé drahé kolegyni ergoterapeutce Bc. Kolečkové za poskytnutí mnoha zdrojů a informací.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Vymezení pojmu rehabilitace	8
1.2 Vymezení pojmu ergoterapie	11
1.3 Historie ergoterapie	13
1.3.1 Historie ergoterapie ve světě	13
1.3.2 Historie ergoterapie v Čechách	16
1.4 Filozofie a teorie ergoterapie	17
1.4.1 Filozofický základ ergoterapie	17
1.4.2 Metody a přístupy v ergoterapii	18
1.4.3 Oblasti ergoterapie	20
2. Cíle práce	24
3. Metodika	25
3.1 Případová studie.....	25
3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru v případové studii	26
3.1.2 Metody sběru dat pro případovou studii	26
3.1.3 Postup zkoumání v případové studii	27
3.2 Participantní pozorování	28
3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru a postup zkoumání při pozorování	28
3.3 Sekundární analýza dat	28
4. Výsledky	29
4.1 Případové studie	29
4.2 Ergoterapie v Homerton University Hospital v Londýně	42
4.3 Rehabilitace a ergoterapie v číslech	46

5. Diskuze	51
6. Závěr	55
7. Seznam použitých zdrojů.....	57
8. Klíčová slova	61
9. Přílohy	62

Úvod

V dnešním uspěchaném světě je zcela běžné, že téměř každý člověk má nějaké problémy se svým zdravím. Je proto mnoho lidí, kteří vyhledávají lékaře, fyzioterapeuta nebo maséra, aby jim pomohl např. od bolestí zad. Postupně se vžilo nazývat proces, kdy zdravotník řeší obtíže pohybového aparátu, rehabilitací. Termín rehabilitace je však mnohem obsáhlejší a existuje celá řada profesí, které se na rehabilitaci podílejí. Jednou z těchto profesí je například i ergoterapie.

Je velmi pravděpodobné, že velká část laické i odborné veřejnosti obor ergoterapie vůbec nezná a ani jej nedovede přiřadit k pojmu rehabilitace. Pokud jej někdo zná, většinou tento obor zařadí k metodě relaxačních a aktivizačních technik, kde je cílem někoho zabavit.

Autorka, sama ergoterapeutka, se snaží touto prací tuto situaci ovlivnit. Téma bylo vybráno nejen jako příležitost obor představit a popsat, ale i jako možnost zamyšlení autorky nad svou prací a svým oborem.

Berme tuto práci, jako snahu autorů o změnu pohledu společnosti na obor ergoterapie a tím i celé rehabilitace.

1. Současný stav

Při zpracování této práce vycházíme z myšlenky, že ergoterapie je nezastupitelným prvkem moderní rehabilitace. Ke správnému pochopení významu ergoterapie je nutné se nejprve seznámit s teoretickými základy oboru a poznat historický vývoj oboru v čase. Také bude vhodné nejprve popsat obsah a prostředky samotné rehabilitace.

1.1 Vymezení pojmu rehabilitace

Termín rehabilitace je poměrně často používán. Ve spojitosti se zdravím člověka je často v Čechách mylně zaměňován s fyzioterapií. Zřejmě to vyplývá z odlišného vývoje zdravotně sociální politiky po roce 1948. V roce 1951 byla rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví přejmenována všechna fyziatrická oddělení na rehabilitační. Od té doby se traduje vžitý omyl, že rehabilitace je obor, který se zabývá hlavně problémy porušené motoriky a léčbou bolestivých syndromů (17).

Rehabilitace je však mnohem obsáhlejší. Představuje celý systém služeb, výkonů a prostředků, které musí mít v jednotlivých státech své legislativní zakotvení s jasně vymezenou návazností jednotlivých složek. V roce 1993 byla přijata Organizací spojených národů Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro zdravotně postižené děti, mládež a dospělé osoby. Ta definují rehabilitaci následovně: Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením (disabled), aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, psychickou a sociální úroveň funkcí, a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření k zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení (14).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje rehabilitaci jako obnovu optimálního nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Rehabilitace je vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém. Jde o

včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů s funkčním omezením způsobených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života (17).

Můžeme tedy jednoznačně říci, že rehabilitace se týká lidí všech věkových skupin a všech lidí s různým funkčním omezením. Zajistit rehabilitaci je úkolem nejen státu, obcí, ale i občanských sdružení, škol, zaměstnavatelů a jednotlivců.

Rehabilitace využívá léčebné, sociální, pedagogicko-výchovné a pracovní prostředky, technická opatření i další možnosti. Podle toho jakých prostředků využívá, mluvíme o rehabilitaci léčebné, sociální, pedagogicko-výchovné a pracovní. *Léčebná rehabilitace* (rehabilitace ve zdravotnictví) je soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti. Jejich součástí je především fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a zajišťování prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. *Sociální rehabilitace* zjišťuje aktuální sociální situaci osob v rehabilitaci na úrovni rodiny, obce, regionu a státu, v konkrétních případech ve spolupráci s ostatními členy rehabilitačního týmu, a podle prognózy zajišťuje její sociální potřeby během rehabilitačního procesu a po jeho ukončení. Patří sem i uspokojování vzdělávacích, kulturních, tělovýchovných, regeneračních, rekreačních, náboženských, politických, zájmových a dalších společenských potřeb rehabilitovaných. *Pedagogicko-výchovná rehabilitace* užívá prostředky pedagogické diagnostiky, edukace, reedukace a kompenzace, cílem je zajistit optimální formu a obsah vzdělávacího programu. Pomáhá realizovat práva občanů na vzdělání a výchovu i ve ztížených podmínkách v souvislosti s jejich zdravotním omezením (např. prostorová orientace u poruch zraku, náhradní komunikace u poruch sluchu). U dospělých je zahrnuta i do prostředků pracovních (např. rekvalifikace). *Pracovní rehabilitace* pomáhá navracet či získávat schopnosti k pracovnímu uplatnění rehabilitovaného jedince tam, kde nestačí prostředky léčebné. Jde například o vyhledávání vhodného zaměstnání. Skutečné pracovní uplatnění občana v produktivním věku je završením rehabilitace. Na rehabilitaci ve zdravotnictví musí navazovat koncepce sociálních služeb, vzdělávání a zaměstnanosti (1).

Dle odhadů WHO je na celém světě asi 600 milionů lidí s disabilitou (30). WHO proto věnuje pozornost také mimo jiné i oblasti rehabilitace. V roce 1980 přijala dokument International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH). Zde byla poprvé vyjádřena myšlenka, že stejná diagnóza může mít pro různé lidi zcela odlišné následky. Dokument se stal v mnoha zemích základem pro hodnocení a posuzování nároků k vyrovnání příležitostí osob po úrazu či nemoci. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO konečnou podobu tohoto dokumentu pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Do rehabilitace tak byly zavedeny nové pojmy, zejména pojem impairment, activity a participation. *Impairment (porucha)* označuje poruchu strukturální nebo funkční, na úrovni orgánu nebo na úrovni orgánové soustavy. Jedince takováto porucha struktury či funkce nemusí nijak obtěžovat, může se však projevit při výkonu některých činností. Termín *activity (aktivita, schopnost)* určuje podstatu a rozsah konkrétního výkonu člověka. Omezení aktivity vzniká jako následek poruchy orgánu či orgánových soustav. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. *Participation (participace)* jako zapojení do života v různých situacích. Do participace se mohou promítnout obtíže na úrovni orgánů, aktivit (disability) a zdraví, a také faktory prostředí a společnosti (14).

ICF klasifikace je klasifikace zdraví a zdraví určujících dominant (13). Pomocí ICF se nově dají zhodnotit funkční schopnosti člověka. Hodnotíme situace, kdy je snížena aktivita v činnostech a úkolech, zároveň hodnotíme také funkce a schopnosti neporušené (health). Hodnotí se i faktory prostředí, které mohou být pro danou situaci bariérové či naopak facilitující. ICF nehodnotí člověka jako takového, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být omezující (disabling), ale jinak je člověk zdravý.

V systému ICF jsou hodnoceny tyto komponenty:

- 1, *Tělesné funkce (b)* - fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických)
- 2, *Tělesné struktury (s)* - anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti

3, *Aktivita a její limity (d)* - obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit

Participace a její omezení (d) - problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací

4, *Faktory prostředí (e)* - fyzické a sociální faktory a postoje lidí v prostředí, kde lidé žijí.

5, *Osobní faktory* - vlastnosti jedince.

Jednotlivé komponenty hodnocení se dále dělí na podrobnější domény. Všechny komponenty i domény lze pomocí číselného vyjádření kvalifikovat. Tedy určit, zda je v konkrétní doméně problém a jak závažný, či vyjádřit stupeň zdraví, kdy je problém nepřítomen či je zcela nepatrný. Např. kód b1.0 znamená mentální funkce v pořádku, bez problémů. Kvalifikátorem je číslo za tečkou. 0 vyjadřuje nepřítomnost problému (0-4%), 1 lehký problém (5-24%), 2 střední, snesitelný problém (25-49%), 3 těžký problém (50-95%) a 4 vyjádří úplný, totální problém (96-100%) v dané doméně (17).

Hodnocení ICF a ergoterapii spojuje důraz na provázanost faktorů prostředí s výkonem činnosti. Poukazují na vzájemný vztah *osoba - prostředí - činnost*.

1.2 Vymezení pojmu ergoterapie

Při vysvětlení termínu ergoterapie musíme nejprve vycházet z etymologického hlediska. Slovo ergoterapie vzniklo spojením řeckého slova *ergon* - práce, dílo, čin a řeckého *therapeuo* - uctívat, obsluhovat, pečovat o někoho, léčit.

Z tohoto výkladu by se mohlo zdát, že výstižným ekvivalentem pro ergoterapii by mohlo být označení léčba prací. Tento termín je však dnes zastaralý (již od 70.let 20.stol. se nepoužívá) a je také zcela zavádějící (27). Nedokáže obsáhnout rozsah zájmu a dopad ergoterapie v každodenním životě rehabilitanta. Ergoterapie se nezabývá pouze pracovním uplatněním člověka či využitím práce k rozptýlení. Zabývá se celou osobou člověka, jeho potřebami a snaží se o zlepšení výkonu v těchto individuálních potřebách a aktivitách.

Termín ergoterapie se užívá jen v některých jazycích, např. v němčině, francouzštině a ve španělštině. V anglosaských zemích je používán pojem occupational therapy, běžně se zkracující na OT (27).

Při vymezení pojmu ergoterapie nám může pomoci i definice Světové federace ergoterapeutů (29) se sídlem v Austrálii, z roku 2004, která v originále říká:

“Occupational therapy is a profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to participate or by modifying the environment to better support participation.

Což můžeme do češtiny přeložit: *Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody (well-being) prostřednictvím aktivity a činností. Ústředním cílem ergoterapie je umožnit osobám zapojit se do aktivit každodenního života. Ergoterapeuti toho dosahují tím, že pomáhají osobám zlepšit jejich dovednosti a schopnosti umožňující participaci (zapojení do společnosti) nebo úpravou prostředí, která zlepší zapojení osoby do běžných aktivit.*“

Dle tohoto vysvětlení se ergoterapeut snaží umožnit člověku vykonávat běžné aktivity. Jiné jsou však každodenní aktivity mladého muže v Praze a jiné jsou aktivity staré dámy na britském venkově. Zde je v ergoterapii kladen důraz na individuální potřeby každého jednotlivce. Rozdíl je i u lidí stejného věku a se stejnou diagnózou. Někdo potřebuje po úrazu pravé horní končetiny znovu zvládnout uvázat kravatu, pro jiného je nutnost opět řídit auto. Ergoterapeut volí v terapii takové aktivity (např. nácvik úchopu, cvičení koncentrace), které povedou k vytyčenému cíli.

Jiná je definice ergoterapie České asociace ergoterapeutů (5) z roku 2000. Ta říká: *„Ergoterapie je zdravotnická profese, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedince každého věku, s různým typem postižení, který je trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižený“.* Tato definice poukazuje i na jinou skutečnost. Určuje širší uplatnění oboru. Jasně říká, že se ergoterapie zabývá lidmi každého věku. Proto známe ergoterapie dětí, dospělých i ergoterapie seniorů. Definice mluví i o různorodosti problémů, které člověk

v rehabilitačním procesu může mít. Uvádí trvalá či dočasná postižení fyzická, psychická, smyslová či mentální. Dnes jsou proto ergoterapeuti např. v neurorehabilitaci, na odděleních ortopedicko-chirurgických, ve speciálních školách, psychiatrických léčebnách, různých organizacích, úřadech a nemocnicích (12).

1.3 Historie ergoterapie

1.3.1 Historie ergoterapie ve světě

O počátcích ergoterapie jako o prostředku léčby mluvíme v souvislosti s humanitním přístupem v léčbě duševních nemocí v období 18. a 19. století. Francouzský lékař a psychiatr Phillipe Pinel byl reformátorem v oblasti péče o duševně nemocné v psychiatrických léčebnách. Přinesl nové myšlenky a principy humanitního přístupu rehabilitace duševně nemocných. Prosazoval uplatnění aktivity jako prostředku terapie pro obnovu funkce a adaptaci v prostředí, podporoval respekt k individualitě, přijetí jednoty ducha a těla (19).

V 19.st. v souvislosti s průmyslovou revolucí začaly vznikat manufaktury. V té době se současně i díky novým strojům zvýšil počet lidí, kteří utrpěli zranění při výrobě. Také došlo k nárůstu počtu osob s omezeními způsobenými epidemiemi poliomyelitidy (dětské obrny) a tuberkulózami. Vznikla tedy potřeba nových metod pro léčbu. Začaly se využívat oblíbené výtvarné a rukodělné činnosti. Ty jako forma cvičení přinášely naději na zlepšení zdravotního stavu a zároveň poskytl uspokojení z tvorby (8).

O ergoterapii jako o profesi můžeme mluvit až od r. 1914, kdy architekt George Barton v USA poprvé použil termín *occupational therapy - ergoterapie*. Sám nemocen, užíval manuální práci k léčení hysterických ochrnutí. Své zkušenosti z vlastní léčby později zasvětil rehabilitaci, studoval medicínu a teorii zaměstnání (19).

Formálně ergoterapie vznikla v březnu 1917 v Clinton Springs v USA na setkání první profesní organizace - Národní společnosti pro podporu ergoterapie. Prvními členy

byli lidé různých profesí - např. sociální pracovníci, instruktoři výtvarných a rukodělných technik aj. Jejich společným přesvědčením a zájmem bylo terapeutické využití aktivity a činnosti, a využití vzájemných vztahů pacienta, terapeuta a konkrétní činnosti v terapeutickém procesu (8).

1. sv. válka s sebou přinesla do USA vznik tzv. rehabilitačních center (nemocnic) pro válečné veterány a potřebu vyškolení personálu. Jak uvádí prof. Pfeiffer (21) v Evropě tehdy hovořilo o tzv. péči o mrzáky, zvláště vojíny válečné invalidy k práci výdělečné. Terapie válečných veteránů byla společností i lékařskou obcí velmi oceňována a podporována, což umožnilo vznik prvních ergoterapeutických škol. V r. 1919 byla založena první škola ergoterapie v Bostonu. Ergoterapie se postupně začala prosazovat v širokém uplatnění. Terapeutické aktivity byly cíleny na obnovu pohybu a svalové síly, na využití dlah a protéz (8).

Období mezi světovými válkami zbrzdilo rozvoj ergoterapie. Ubylo válečných veteránů, lidé po vážných úrazech mozku a míchy ještě umírali na banální infekce. Ve 30. letech 20. století mnoho samotných ergoterapeutů nevěřilo, že se ergoterapii podaří zachovat jako samostatnou profesi (19).

Zvýšená potřeba ergoterapeutických služeb nastala v období 2. sv. války a krátce po ní. Společnost potřebovala rychle integrovat mladé muže s válečným zraněním zpět do společnosti a do práce. Vznikl nedostatek kvalifikovaného personálu, proto armáda vytvořila kurzy pro výcvik personálu k rehabilitace osob s postižením. Vznikla nová rehabilitační oddělení, ergoterapeuti se stali součástí interdisciplinárního týmu. Terapie se specializovala především na osoby s úrazy periferních nervů a amputacemi (19).

S rozmachem humanistických ideálů společnosti v 60. letech 20.st. došlo k jakémusi znovuobjevení konceptu zaměstnání jako terapeutického prostředku a možnosti ovlivnění zdraví prostřednictvím aktivity - činností. Rozsáhlý rozvoj poznatků v medicíně, především v oblasti neurologie, přivedl ergoterapeuty k přemýšlení o své roli a oblastech praxe, na které by se měli zaměřit. Ergoterapie se nechala inspirovat nově se rozšiřujícími znalostmi a začala čerpat pro svou praxi i z teorií jí blízkých profesí. Vznikaly nové terapeutické přístupy v ergoterapii, jako např. přístup neurofyziologický

či senzomotorický. Tak se postupně jasně vymezily prostředky práce ergoterapeuta v novodobé rehabilitaci.

V roce 1952 byla v Anglii deseti zástupci národních organizací založena Světová federace ergoterapeutů - World Federation of Occupational Therapists (dále WFOT). Zakládajícími státy byla např. Austrálie, UK, USA, Indie, Jihoafrická republika a další. Cílem bylo napomoci spolupráci ergoterapeutů na mezinárodní úrovni, vytvořit standardy terapie a profesní etiky, podpořit výměnu informací a zlepšit vzdělávání ergoterapeutů. Již v roce 1959 byla WFOT přijata za oficiálního člena Světové zdravotnické organizace (WHO) (28).

Dnes WFOT sídlí v Austrálii a má 51 stálých členů a 8 členů přidružených. Získat plné členství v této organizaci představuje velký úkol pro národní profesní organizace ucházejících se zemí. Je to proces podobně složitý, jako např. přijetí státu do struktur EU. Česká republika byla přijata za stálého člena v roce 2002 (28).

V moderní historii ergoterapie je důležitý vznik mezinárodní organizace COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries). COTEC tedy Evropská rada ergoterapeutů byla založena r.1986 jako prostředek spolupráce národních asociací ergoterapeutů členských států Evropské unie. Evropský parlament tehdy podporoval sjednocení vzdělávání a vzájemné uznávání diplomů jednotlivých profesí, včetně ergoterapie. Proto bylo prvotním posláním COTECu uvést v soulad profesi ergoterapeutů členských států EU. Postupně se práce rozšířila i na státy východní Evropy. Dnes má COTEC 25 stálých členů. Každá země jmenuje svého delegáta, který v této evropské struktuře pracuje a zastupuje svou národní asociaci (4).

Z iniciativy COTECu vznikla v roce 1995 skupina ENOTHE (The European Network of Occupational Therapy in Higher Education). Hlavním cílem organizace je sjednotit vzdělávací programy a navrhovat základní oblasti vědění v ergoterapii. ENOTHE pracuje hlavně se školami, univerzitami a institucemi jednotlivých států (4).

1.3.2 Historie ergoterapie v Čechách

První zmínky o využití činnosti jako terapeutické metody jsou z období 19.stol.. Tehdy je využívaly hlavně psychiatrické léčebny (27). Aktivita např. v zemědělství, zahradnictví se postupně rozšířily i do dílen, které představovaly jakýsi přechod mezi léčebnou a reálným životem.

Velký rozvoj pro ergoterapii znamenalo založení Jedličkova ústavu v Praze roku 1913. Vznikla potřeba prakticky připravit zprvu válečné veterány a později děti s disabilitou na budoucí život a povolání (20). To si vyžádalo vymyslet a upravit mnoho aktivit a činností, vyrobit pomůcky a vhodně upravit prostředí v terapeutických dílnách.

Díky nižší poptávce po rehabilitaci a současně i ergoterapii po 2.sv.v., nedošlo u nás k takovému rozvoji těchto oborů, jako v zahraničí. Také období komunismu nebylo pro obor přínosné. Lidé se zdravotními omezeními byli umísťováni v odlehlých zařízeních. Tento „problém“ jako by pro společnost neexistoval. Návazně také nebyla potřeba profesí, které by napomáhaly integraci těchto lidí, tedy i profese ergoterapie. Byla tu tradice rehabilitace založena především na „cvičení“ a fyzikální terapii. Ergoterapie proto byla vnímána jako „vyplnění času“. Vzdělávání odborníků v rehabilitaci probíhalo formou universálních rehabilitačních pracovníků, kteří se mohli věnovat fyzioterapii i ergoterapii (27).

Za začátek novodobé historie ergoterapie v ČR lze považovat rok 1992, kdy započala výuka samostatného oboru ergoterapie na Vyšší odborné škole v Ostravě a v roce 1994 na 1.LF UK v Praze (5). Tříleté denní studium umožnilo vzdělat několik stovek mladých odborníků. Dnes se vzdělávání na vyšších odborných školách úspěšně transformuje na vysokoškolské

V roce 1994 byla založena profesní organizace Česká asociace ergoterapeutů (ČAE). Asociace má za cíl propagovat a prosazovat profesi. Spolupracuje s organizacemi a úřady při tvorbě konceptu systému vzdělávání budoucích ergoterapeutů a následného zvyšování jejich kvalifikace. Asociace se také snaží hájit ekonomické zájmy profese při tvorbě sazebníku ergoterapeutických výkonů. Vytváří profesní kodexy a standardy (5). Jak již bylo výše řečeno, ČAE je od r.2002 stálým

členem WFOT a od r.2001 plným členem COTECu. To usnadnilo zkvalitnit výměnu informací a praktických dovedností na mezinárodní úrovni. Umožnilo to také hájit zájmy českých ergoterapeutů v evropském a celosvětovém měřítku. V roce 2003 Česká asociace ergoterapeutů dokonce pořádala výroční konferenci ENOTHE v Praze, což definitivně potvrdilo vysokou úroveň místní ergoterapie.

1.4 Filozofie a teorie ergoterapie

1.4.1 Filozofický základ ergoterapie

Při práci s člověkem a také v ergoterapii můžeme vycházet ze dvou filozofických pohledů. Tyto pohledy jsou zcela odlišné a stojí ve zdánlivém protikladu. Ve skutečnosti tvoří dvě komplementární části celkového poznávání skutečnosti. Nazývají se redukcionalistickým a holistickým přístupem.

Redukcionalismus obecně používá objektivní a užitkový pohled na konkrétní skutečnost, která může být rozložena na pozorovatelné části. Celku lze porozumět skrze studii jednotlivých částí. Systémy skutečnosti jsou uzavřené a neměnné.

Holistická podstata pohledu je subjektivní a skutečnost je proměnná. Nemůžeme porozumět jednotlivým elementům skutečnosti izolovaně. Systémy skutečnosti jsou interaktivní a adaptivní (7).

Z těchto atributů jednotlivých pohledů můžeme chápat redukcionalistický pohled jako syntetický (snaží se z částí složit celek) a holistický pohled jako analytický (z celku vyvozuje význam - účel jednotlivých složek).

V ergoterapii je mnoho přístupů založených právě na redukcionalistickém pohledu. Konkrétním příkladem může být hodnocení končetiny pacienta. Používáme mnoho objektivních hodnotících škál a metod. Z jednotlivých výsledků se snažíme vytvořit celkový pohled na problém pacienta.

Ale ergoterapeuti chápou člověka také ze sociologické a fenomenologické perspektivy. Zabývají se kontextem a subjektivní povahou zkušenosti. Jsou připraveni počítat s iracionálními aspekty lidského chování a myšlení (7). Vědí, že lidé jsou komplexními organismy a že jedna teorie nemůže popsat všechny zákonitosti v jejich

chování, myšlení a cítění. Schopnost dívat se na věci různou optikou může pomoci terapeutovi rozumět hodnoceným aspektům v jednotlivých (jedinečných) kontextech.

1.4.2 Metody a přístupy v ergoterapii

Teoretické základy ergoterapie vycházejí především z biologických věd, nauky o chování, sociologie, antropologie a medicíny. Všechny teoreticko-praktické přístupy vycházejí ze čtyř základních konceptů. Z fyziologického, psychologického, psychiatrického a psychoterapeutického a z humanistického konceptu (7). Každý koncept obsahuje jednotlivé metody a ty mají své konkrétní přístupy užívané v ergoterapii. Viz následující schéma.

Schéma 1: Metody a přístupy užívané v ergoterapii - upraveno dle R.Hagedorn (7)

Koncepty	Metody	Přístupy
Fyziologické	Biomechanické	▪ Kompenzační ▪ Běžných denních činností ▪ Stupňování aktivit
	Neurovývojové	▪ Dle Bobatha ▪ Polyneurofacilitační ▪ Taktilní a senzorická stimulace ▪ Senzorické integrace
Psychologické	Behaviorální Kognitivní	▪ Behaviorální ▪ Kognitivně percepční ▪ Kognitivně behaviorální
Psychiatrické a psychoterapeutické	Psychodynamické	▪ Analytické ▪ Práce ve skupině
Humanistické	Humanistické	▪ Zaměřený na osobu v rehabilitaci

U *biomechanických* metod a přístupů ergoterapeut vychází převážně ze znalostí kineziologie, muskuloskeletární anatomie a biomechaniky. Uplatňuje a využívá mechanické zákonitosti jako je gravitace, frikce aj. Díky zlepšení síly, stability a vytrvalosti jednotlivého segmentu či celého těla lze docílit zlepšení funkce.

Neurovývojové metody a přístupy jsou často využívány v neurologii dětí a dospělých např. při poranění mozku a míchy. Užíváme je i při mentálních poruchách a v psychiatrii. Neurovývojové metody jsou postaveny na principech řízení pohybu, neurosvalové facilitace a senzorické integrace. Užití propriocepce, správné polohy a reflexů může facilitovat normální pohyb, posturu a reakce (7). Zvládnout a pochopit jednotlivé techniky vyžaduje speciální vzdělání terapeuta. V ergoterapii je nejvíce využíván Bobath koncept.

Behaviorální přístup je nejčastěji aplikován u dětí s mentálním postižením. Postupným nácvikem jednotlivých dovedností se usiluje o vybudování komplexnějšího chování. Nebo v tomto modelu odbouráváme chování nevhodné a nebezpečné. Užívají se pozitivní motivy a jiné techniky.

Důležitou funkcí mozku je interpretace a identifikace senzorické informace. Tento kognitivní proces je nazýván percepcí. Pokud je mozek poškozen, může být i tato schopnost interpretace a identifikace porušena. V ergoterapii pak cíleně aplikujeme tzv. *kognitivně percepční přístup*, který je zaměřen na tzv. vyšší mentální procesy (7). Např. schopnost rozpoznat objekty a lidi, řešit problémy, učit se novému, schopnost koncentrovat se.

Kognitivně behaviorální přístup stojí na hypotéze, že myšlení, chování a cítění jsou spojené. Dysfunkční osobnosti může pomoci analýza kognitivních procesů, zlepšení znalostí a různé strategie učení. Osobnost se učí měnit své kognitivní strategie na strategie více adaptivní, pozitivní a efektivní. Důležitým prostředkem je zpětná vazba, kterou terapeut může pacientovi poskytnout. Kognitivně behaviorální přístup se aplikuje u psychiatrických onemocnění (fobie, deprese, obsedance) a u obtíží spojených se stresem.

Analytický přístup je aplikován převážně v psychiatrii a v psychoterapii. V životě člověka má podvědomí jistě velký potenciál, se kterým je třeba počítat, ale

pracovat s ním by měl pouze zkušený profesionál. Ergoterapie se může těmito determinantům lidského chování a citění přiblížit při užití techniky psychodramatu, muzikoterapie a dalších kreativních technik. Zde je dobrá spolupráce s psychoanalytikem.

Přístupy založené na práci ve skupině vychází z teorií dynamiky skupinových interakcí a z vlivu těchto procesů na chování a reakce jednotlivých členů skupiny. V ergoterapii lze využít skupinu k psychoterapeutickému přístupu, kde přes projekční techniky, techniky zvládání stresu a sociálních dovedností a přes trénink komunikačních dovedností vedeme skupinu a její členy ke změně. Jiné skupiny nemusí mít požadavek na změnu členů tak jasný, a přesto ke změnám dochází. Např. při ergoterapeutických skupinových aktivitách jako je hra, práce (úklid, vaření aj.) a při kreativních metodách jako je muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a dalších.

Humanistický přístup je silně holistickým. Terapeut v něm respektuje autonomii a individualitu, právo na rozhodování osoby. Respektuje pacienta jako partnera při plánování cílů terapie, což je nazýváno v zahraniční literatuře jako client-centred practice. V terapii je kladen důraz především na silné stránky a schopnosti osoby (7).

1.4.3 Oblasti ergoterapie

Ergoterapie vychází z myšlenky, že člověk je aktivní bytost, která se vyvíjí díky činností, jež vykonává. Člověk je schopen prostřednictvím (pro něj) smysluplných činností ovlivňovat své fyzické a psychické zdraví a měnit sociální a fyzické prostředí, které ho obklopuje. Během života je nucen se neustále adaptovat na okolní situace. Proces adaptace mohou narušit biologické či psychologické faktory a vlivy prostředí, může se objevit dysfunkce. Znovunavození adaptace je možné prostřednictvím smysluplné a cílené aktivity. Ergoterapie je založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání/zaměstnávání), která zahrnuje interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivnění dysfunkce (8).

Ergoterapie se zaměřuje především na podporu schopnosti jedince vykonávat aktivity každodenního života. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit jedinci provádět činnost či zaměstnání, které považuje za užitečné nebo smysluplné, v jeho vlastním sociálním prostředí (16).

Jak uvádí ergoterapeutka Rosemary Hagedorn (8) ergoterapie působí převážně na tři oblasti lidského života:

1, Soběstačnost (péče o sebe sama i druhé). V tzv. běžných denních činnostech zvládnout aktivity jako např. oblékání, komunikaci s okolím, domácí práce, ale i péči o děti a partnera, zajištění si určitého standardu života.

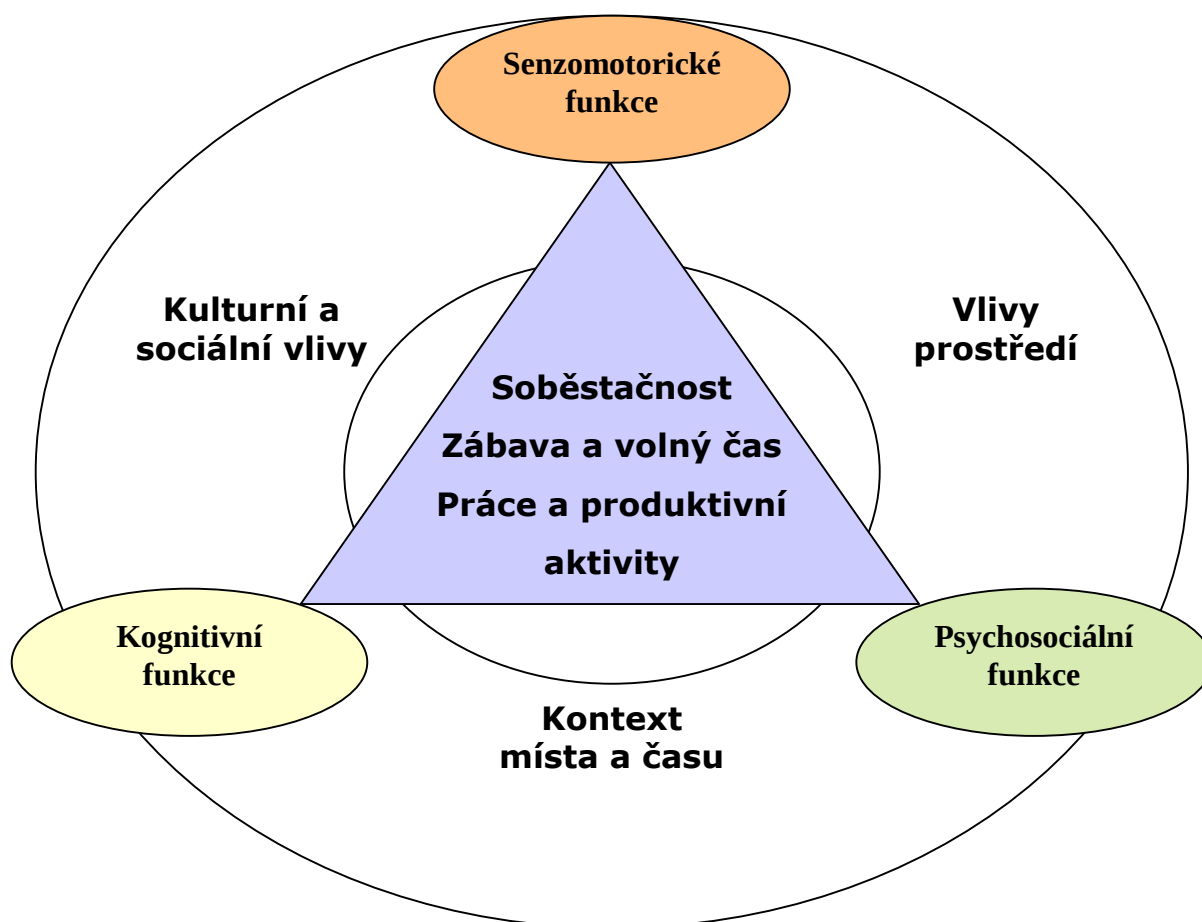
2, Práce a produktivní aktivity. Do této oblasti patří zaměstnání a profesní život. Také příprava na budoucí zaměstnání (rekvalifikace nebo studium) a práce v domácnosti.

3, Zábava a volný čas. Tato oblast aktivit je poměrně široká. Jsou to různé záliby a koníčky, sporty, kulturní a sociální aktivity.

Výkon ve všech aktivitách je determinován funkcemi *senzorickými, motorickými, kognitivními a psychosociálními*. Terapeut tedy pro zlepšení samostatnosti rehabilitanta např. při přípravě stravy může ovlivňovat v terapeutické aktivitě např. čítí a motoriku jeho horní končetiny a působit tak na senzomotorické funkce.

Na všechny tři výše uvedené oblasti lidského života působí i *socio-kulturní prostředí člověka* v terapii. Ergoterapeut je nutně musí brát v potaz spolu s *kontextem místa a času*, kde a kdy s osobou pracuje. Z tohoto jednoduchého vztahu funkcí a prostředí je jednoznačná výpověď o rozsahu působení ergoterapie a o složitosti řešení vzniklých dysfunkcí (Viz schéma 2). Proto např. problém při oblékání může pramenit buď z poruchy hybnosti, nebo z poruchy kognitivních funkcí, a nebo z kombinace obojího.

Schéma 2: Oblasti možného pôsobení a vlivu ergoterapie



Zdroj: upraveno dle R.Hagedorn (8)

Prvním krokem při práci ergoterapeuta je vyšetření a hodnocení osoby, která přichází k rehabilitaci. Ergoterapeut provádí analýzu činností rehabilitanta. Hodnotí senzomotorické funkce (např. mobilitu, hybnost a cití končetin), kognitivní funkce (např. pozornost, vnímání a paměť) a psychosociální funkce (např. psychické ladění, sociální vazby) ve vztahu k soběstačnosti, k volnočasovým aktivitám či k práci. Při hodnocení výkonu v ADL (z angl. Activities of Daily Living - běžné denní činnosti) mluvíme o tzv. *personálních ADL*, kam řadíme jednodušší běžné denní činnosti jako např. oblékání, osobní hygienu, přesuny v koupelně, sebesycení, a o *instrumentálních ADL* jako např. nakupování, vaření, telefonování (12).

K získání informací se používají standardizované postupy, např. testy jemné motoriky, testy soběstačnosti. Dále se využívá pozorování, rozhovor a analýzu dokumentace. Na základě zjištěných dat terapeut stanoví cíle a plán terapie. Zvolí ergoterapeutické přístupy a techniky, které aplikuje v individuální i skupinové ergoterapii.

Ergoterapeut provádí nácvik ADL, navrhuje kompenzační a technické pomůcky a učí osobu v rehabilitaci, členy jeho rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat. Zabývá se poradenstvím i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv). Poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů. Ve spolupráci s ostatními odborníky ergoterapeut provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností (5).

Ergoterapeut se významně podílí i na ergodiagnostickém vyšetření (analýza pracovních činností a zbytkového pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.). Ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob po úraze či nemoci (5).

V celém průběhu ergoterapeutické intervence ergoterapeut pravidelně hodnotí změny a dle nich upravuje a aktualizuje cíle a plány ergoterapie. Při ukončení terapie vyhotoví závěrečné hodnocení, kde nejen shrne průběh terapie, ale zároveň doporučí další postupy v rehabilitaci (29).

Z výše zmíněných výčtů možné intervence ergoterapie je zřejmé, že tento obor se uplatňuje ve všech složkách rehabilitace. Ať už mluvíme o rehabilitaci léčebné, pedagogicko-výchovné, sociální nebo o rehabilitaci pracovní.

2. Cíle práce

Jak již bylo výše řečeno, při zpracování této práce vycházíme z myšlenky, že ergoterapie je nezastupitelným prvkem moderní rehabilitace. Ke správnému pochopení významu a obsahu rehabilitace a ergoterapie bylo nejprve nutno definovat základní pojmy těchto oborů. Následně se budeme zabývat řešením níže uvedených výzkumných otázek a tvorbou nových hypotéz souvisejících s daným tématem.

Hlavním cílem této práce je představit obor ergoterapie a vystihnout jeho šíři a pozici v systému rehabilitace. Práce se bude zabývat těmito problémy a řešit tyto výzkumné otázky:

- 1, Co může ergoterapie nabídnout lidem, kteří potřebují rehabilitaci.*
- 2, Zda-li a případně jak, může intervence ergoterapeuta ovlivnit rehabilitanta.*
- 3, Jaká je pozice oboru ergoterapie u nás a v Evropě.*

Dalším, byť nepřímým cílem práce, je formulovat na základě našeho výzkumu nové hypotézy k danému tématu, které by mohly být podkladem případného následného zkoumání.

3. Metodika

Jako hlavní přístup pro naši práci byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Vycházíme z myšlenky, že cílem v kvalitativním výzkumu je porozumění. Porozumění s nutností vzhledu do co největšího množství dimenzí daného problému (6). Budeme se tedy snažit porozumět ergoterapii jako celku, v kontextu jejích metod, jejích výsledků a možných intervenujících faktorů.

Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Nejprve je třeba shromáždit všechna data a informace, provést pozorování, rozhovory. Pak se hledají pravidelnosti a významy těchto dat a formulují se předběžné závěry. Výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nové teorie (6).

Jak uvádí Hendl (9), realizace kvalitativního výzkumu se často jeví v mnoha směrech mnohem obtížnější než realizace výzkumu, založeného na osvědčených metodách tradiční (kvantitativní) metodologie. Příčinou je kromě jiného i skutečnost, že shromažďovaná data mají subjektivní charakter a hlavním instrumentem výzkumu je samotný výzkumník.

Na druhé straně, většina metod kvalitativního výzkumu vychází z každodenních, běžně prováděných činností. Pozorování, rozhovor a vyhodnocování slovních informací patří mezi základní úkony každého člověka (9).

Při výzkumu použijeme i metody, které se používají v kvantitativním výzkumu. Dle Strausse a Corbinové (23) lze kvalitativní a kvantitativní metody efektivně použít ve stejném výzkumném projektu. Materiály budou sloužit k dokreslení pozorované reality.

3.1 Případová studie

K objasnění zkoumané otázky, co může ergoterapie nabídnout v rehabilitaci, a otázky o možném vlivu její intervence na rehabilitanta, jsme zvolili typ osobní případové studie. Zaměříme se na hledání relevantních ovlivňujících faktorů a na

interpretaci vztahů. Na konci celé studie zkoumané případy vsadíme do širších souvislostí (9).

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru v případové studii

Do výzkumu byly zařazeny osoby, které následkem úrazu či nemoci byly hospitalizovány v Městské nemocnici následné péče v Praze 9, a zároveň ti, u nichž při pobytu v této nemocnici byla třeba intervence ergoterapeuta. Jedná se o dvě dospělé osoby, muže a ženu.

3.1.2 Metody sběru dat pro případovou studii

Pro získání potřebných dat v případové studii byla použita technika analýzy dokumentů, nestrukturované dotazování a neparticipantní a participantní pozorování. Zdravotnická dokumentace, tj. lékařské zprávy a závěry, ošetřovatelské záznamy a rehabilitační zprávy osob ve studii, byla zpracována technikou analýzy dokumentů.

Dotazování probíhalo formou rozhovorů. Ve většině případů šlo o polostandardisovaný rozhovor se zkoumanou osobou, s jeho rodinou či se členy rehabilitačního týmu (s lékaři, sestrami, fyzioterapeuty, logopedem). Někdy měl rozhovor s osobou v ergoterapii formu neformální - konverzační. Jak uvádí Hendl (9), nemusí být totiž kvalitativní rozhovor pouze sběrem dat, ale je už i přímo samotným výzkumem, a jeho charakter může být i intervenční.

Pozorovatel volil nejprve metodu přímého, neparticipantního pozorování. Při tomto pozorování byl ve výzkumných situacích zachováván odstup a minimalizace interakce pozorovatele. Dalším zdrojem informací byla technika přímého, participantního pozorování během častého kontaktu a interakcí v nemocnici mezi výzkumníkem a zkoumanými osobami .

3.1.3 Postup zkoumání v případové studii

Případové studie byly realizovány v Městské nemocnici následné péče (MNNP) v Praze 9 na oddělení ergoterapie, kde autorka pracuje jako ergoterapeutka. Studie byly provedeny v období od června 2006 do března 2007.

Všichni zúčastnění nejprve museli souhlasit se záznamem a zpracováním informací pro tuto bakalářskou práci. Každý případ byl zpracován v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, jména či identifikační čísla nebyla nikde v záznamu výzkumu použita.

Studie probíhala v běžné klinické praxi ergoterapeuta. Zjištěná data byla zpracována do jednotlivých kasuistik v jednotné struktuře.

Nejprve byla zachycena anamnestická data zkoumané osoby. Pak byl popsán současný stav a výkon osoby pro potřeby ergoterapie, tzn. schopnost mobility, funkce horních končetin, míra samostatnosti v ADL. Dále byly zhodnoceny schopnosti kognitivní, úroveň komunikace a celkové psychické naladění.

K vyhodnocení a porovnání stavu soběstačnosti byl použit standardizovaný test FIM (Functional Independance Measures) - Test funkční míry nezávislosti. FIM test hodnotí kromě jednotlivých běžných denních činností (oblékání, přesun do vany aj.) i schopnost komunikace (vnímání a vyjádření) a také schopnost sociální interakce, řešení problémů a paměť. Pro zhodnocení kognitivních funkcí (orientace v čase a v prostoru, schopnosti zapamatování a vybavenosti aj.) byl zvolen test MMSE (Mini- Mental State Examination). Pro hodnocení psychosociálních oblastí (psychického naladění, sociálních vazeb aj.) a fatických funkcí (oblasti řeči) zkoumaných osob byly využity, kromě metody rozhovoru a pozorování, také data z vyšetření klinického psychologa, logopeda a sociální pracovnice MNNP.

Dalším krokem výzkumu bylo ze zjištěných dat o konkrétním člověku odvodit vhodné metody a postupy ergoterapie. Po aplikaci ergoterapeutických postupů je v závěru kasuistik opět zhodnocen stav a funkční výkon zkoumané osoby a porovnání dat s daty před započetím ergoterapie.

Na základě zjištění z případových studií byly vytvořeny předběžné závěry a následně i hypotézy ke zkoumaným otázkám.

3.2 Participantní pozorování

Ke zkoumání otázky o pozici ergoterapie u nás a jinde ve světě byla ve výzkumu použita nejprve technika participantního - zúčastněného pozorování. Ta patří dle Hendla (9) mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Zahrnuje přímou účast na dění, pozorování, interview s účastníky situací, analýzu osobních dokumentů i introspekci samotného výzkumníka (6). K dokreslení zkoumané otázky byla ještě navíc použita technika sekundární analýzy dat.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru a postup zkoumání při pozorování

Touto metodou byly zkoumány vztahy mezi lidmi, organizace událostí a lidí na oddělení ergoterapie v Homerton University Hospital v Londýně. Na jaře roku 2006 zde byla autorka výzkumu na týdenní stáži. Snažila se podchytit a zaznamenat práci ergoterapeutů v londýnské nemocnici. Zkoumaným souborem byly všechny osoby, se kterými se zde blíže setkala, tj. zaměstnanci a pacienti nemocnice.

Zajímavá data a zjištění byla zaznamenávána průběžně přímo na místě, nezaznamenané postřehy a podrobnosti byly doplněny ještě tentýž den odpoledne. Po ukončení pozorování a po analýze všech dat byla vypracována souhrnná zpráva.

3.3 Sekundární analýza dat

Pro širší pochopení zkoumané otázky, jaké je postavení ergoterapie u nás a v Evropě, bylo vhodné použít, kromě participantního pozorování, i techniku sekundární analýzy dat. Data byla použita s ohledem na podmínku, že nebudou sloužit jako nástroj k testování hypotéz, ale jako materiál k pátrání po existujících strukturách (6). Pracovaly jsme s daty Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ÚZIS) a s daty evropské ergoterapeutické organizace COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries).

4. Výsledky

4.1 Případové studie

Kasuistika I

Paní N. je 69 let. 4. srpna roku 2006 prodělala cévní mozkovou příhodu s následnou levostrannou hemiparesou. Nejprve byla hospitalizována na neurologickém oddělení nemocnice Bulovka. Již 3.9.2006 byla přijata do Městské nemocnice následné péče k další rehabilitaci.

Do příhody byla paní N. zcela soběstačná. Byt, ve kterém žije sama, je v 1. patře činžovního domu bez výtahu. Paní N. je již v důchodu, je vdova. Má 1 syna, který bydlí s rodinou asi hodinu cesty od jejího bytu. Syn i s rodinou mají o paní N. zájem, pravidelně ji navštěvují, avšak do budoucna, pokud by to ještě vyžadoval stav paní N., jí nemohou zajistit péči u nich doma.

Osobní údaje

Jméno: Z.N.

Věk: 69

Diagnosa: Cévní mozková příhoda s následnou levostrannou hemiparesou

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

- *Personální ADL:*

Paní N. se nají samostatně. Pokud je jídlo připraveno a nakrájeno, používá pravou horní končetinou lžíci či vidličku. Sama se neoblékne, neobuje. Při osobní hygieně a oblékání potřebuje dopomoc druhé osoby. Je plně kontinentní, nyní používá WC židli (dále WCŽ) u lůžka na pokoji. Při přesunech na mechanický vozík či WCŽ potřebuje mírnou fyzickou dopomoc druhé osoby pro zhoršenou stabilitu ve stoji. Chůzi zatím nezvládá.

- *Instrumentální ADL:* nebyly hodnoceny, zatím tyto činnosti nevykonává

- *Test FIM*: celkové skóre 73 - odpovídá úrovni částečné závislosti s nutností převážně mírné dopomoci (viz příloha 1 a příloha 2)

Hodnocení senzomotorických funkcí:

Mobilita:

Na lůžku se sama otočí, posadí. Při přesunech na mechanický vozík či WCŽ potřebuje mírnou fyzickou dopomoc druhé osoby. Stoj je nestabilní, ihned nastupují titubace vlevo. Chůze zatím nebyla zkoušena.

Horní končetiny (Hkk):

- Hybnost

PHk (pravá horní končetina) - dominantní končetina, bez patologického nálezu

LHk (levá horní končetina) - středně těžká paréza s nastupující spasticitou

- aktivní rozsah pohybu v rameni je 40° do flexe, 20° abdukce, v lokti možná flexe jen s vyloučením gravitace do 90°, extenze 0°, supinace 10°, pronace 90°, v zápěstí aktivně extenze 20°, flexe 45°, prsty náznak aktivní flexe, do plné flexe chybí 2 cm, extenze prstů aktivně nelze

- Čití

PHk - neporušeno

LHk - povrchové čití: dotek - hypestézie, v oblasti ruky anestézie

termické čití - hypestézie

- hluboké čití: polohocit a pohybovit - hypestézie

- Úchopy

PHk - Funkce úchopu je na PHk zcela zachována, grafomotorika neporušena, písmo úhledné a čitelné

LHk - iniciace pohybu je opožděna, pohyb špatně koordinovaný, gradace svalové síly špatně kontrolovatelná. Z bidigitálních úchopů zvládne štipec s 2. prstem, dále špetku se třemi prsty a úchopy dlaňové (válcový a kulový úchop)

Hodnocení kognitivních a fatických funkcí:

Řeč je bez známek poruchy, je plynulá, srozumitelná. Obsah sdělení se nejprve jeví jako přiléhavý situaci, později je patrné mírně ulpívavé myšlení. Paní N. má mírně zhoršenou funkci krátkodobé paměti a pozornosti. Instrukce a postupy je nutno opakovat připomínat. Také má obtíže při řešení složitějších logických operací a při plnění několikafázových úkolů.

V testu MMSE dosáhla paní N. 25 bodů z 30 možných, což je na spodní hranici normy. V testu problémy v pozornosti při matematické operaci, ve všípivosti a výbavnosti při zapamatování 3 slov. Orientace v čase a místě je zcela zachována.

Hodnocení psychosociální oblasti:

Paní N. je velmi komunikativní, společenská. Má však mírné potíže správně respektovat potřeby druhých, hlavně u osob na pokoji v naší nemocnici. Na terapii působí vyrovnaně, bez depresí, je motivována k rehabilitaci.

Paní N. je již ve starobním důchodu, ač vystudovala střední zdravotnickou školu převážnou část života pracovala v továrně. Je vdova, má 1 syna. Syn i rodina mají o paní N. zájem, pravidelně ji navštěvují, avšak do budoucna, pokud by to ještě vyžadoval stav paní N., jí nemohou zajistit péči u nich doma.

Ergoterapeutický plán

- ***krátkodobé cíle:***

- * zvýšení samostatnosti v pADL aktivitách – oblékání, osobní hygiena, přesuny
- * zvýšení stability ve stoji a správného zatížení levé poloviny těla
- * zlepšení čítí LHk
- * zlepšení aktivní hybnosti a funkce úchopu LHk
- * prevence následků spasticity svalů LHk
- * zlepšení kognitivních a psychosociálních funkcí

- *dlouhodobé cíle:*
 - * podpora samostatnosti v personální ADL aktivitách
 - * zvýšení samostatnosti v instrumentálních ADL aktivitách
 - * zvýšení samostatnosti při mobilitě v interiéru i exteriéru

Ergoterapeutické intervence/ léčebné postupy

Ergoterapie probíhala individuální formou třikrát v týdnu po dobu 4 měsíců. Délka terapeutické jednotky byla vždy 40 - 45 minut.

Byly zvoleny a aplikovány tyto přístupy a postupy terapie:

✂ Neurovývojový přístup

- *Bobathovský přístup* - např. správný handlig v aktivitách (zapojení paretické končetiny v aktivitách s podpůrným vedením končetinou 2.osoby), bimanuální činnosti (zdravá končetina vede nemocnou), aproximace končetiny při činnostech (nastavení správné polohy těla), nácvik vertikalizace, stability stoje, přesunů, oblékání, hygieny
- *senzorická stimulace* – na levé polovině těla míčkování, kartáčování, stimuly teplé a studené, všechny audio a vizuální stimuly situovat do levé poloviny prostoru

✂ Biomechanický přístup

- *přístup stupňovaných aktivit* - opakované izolované pohyby jednotlivých segmentů levé horní končetiny
- *přístup kompenzační* - ortézy na LHk - tzv. váleček jako prevence syndromu bolestivého ramene a polohovací ortéza na ruku jako prevence vzniku kontraktur, využití kompenzačních pomůcek a úprav prostředí pro výkon ADL (speciální vidlička pro jednoruké, fixační prkénko pro přípravu pokrmů, mechanický vozík, prostředí uspořádat k pohybu na vozíku – šíře a výška manipulačního prostoru) doporučení úprav doma - sedačka na vanu, odstranit překážky - koberečky, prahy

✂ Kognitivně percepční přístup

- cílený trénink pozornosti, paměti, řešení problémů

✂ Kognitivně-behaviorální přístup - poskytnutí zpětné vazby, podpory

Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

- **Personální ADL:**

Paní N. se nají již zcela samostatně. Zvládne nakrájet pokrm a namazat pečivo s využitím kompenzačních pomůcek /fixační prkénko, vidlička pro jednoruké/. Oblékne si již také sama horní i dolní polovinu těla, pro úkon je však nutný delší čas a někdy slovní vedení (připomenout postup). Při osobní hygieně u umyvadla již nepotřebuje dopomoc druhé osoby, při koupání je stále nutná asistence při mytí a pomoc při přesunu do vany. Je plně kontinentní, nyní používá WC s madly a nástavcem. Přesuny na mechanický vozík či WC zvládne sama, je zde však stále vyšší riziko pádu.

- **Instrumentální ADL:** telefonování a manipulaci s penězi zvládá v prostředí nemocnice samostatně, při aplikaci léků je stále vhodná kontrola 2. osobou, jednoduché modelové činnosti ve cvičné kuchyni /ohřev jídla, příprava nápoje/ paní N. zvládla, zatím je však v nemocnici nemůže běžně vykonávat (vše je připravováno sestrami)
- **Test FIM:** celkové skóre 90 (vstup 73) - což odpovídá úrovni částečné závislosti s nutností převážně pouze supervize (viz příloha 1 a příloha 2)

Hodnocení senzomotorických funkcí:

Mobilita:

Mobilita na lůžku je samostatná. Přesuny na mechanický vozík či WC zvládne paní N. sama, je zde však stále vyšší riziko pádu. Nutná dopomoc je při přesunech do vany i s využitím sedačky na vanu. Zlepšila se stabilita stoje, samostatná chůze však zatím není možná ani s lokomočními pomůckami. Paní N. se pohybuje v interiéru samostatně na mechanickém vozíku.

Horní končetiny (Hkk):

V oblasti hybnosti, cití a funkce úchopu LHk nedošlo k patrným změnám. Stále přetrvává na LHk středně těžká paresa se spasticitou a hypestezií.

Hodnocení kognitivních a fatických funkcí:

Nezměněny jsou projevy poruchy krátkodobé paměti a mírné poruchy pozornosti. Obtíže při řešení složitějších logických operací a při několikafázovém úkolu stále přetrvávají.

V testu *MMSE* - nedošlo ke změně, stejně jako při vstupu dosáhla paní N. 25 bodů z 30 možných, což je na spodní hranici normy. V testu problémy v pozornosti při matematické operaci, ve vštipivosti a vybavnosti při zapamatování 3 slov. Orientace v čase a místě je zcela zachována.

Hodnocení psychosociální oblasti:

Paní N. je v interakcích stále komunikativní, přátelská. Je nadále motivována k rehabilitaci, potřebuje však více podpory od okolí. V terapii bylo vhodné ji při práci více povzbuzovat a chválit.

Nyní bude paní N. přeložena k další rehabilitaci do jiného lůžkového zařízení. Až dle aktuálního stavu před ukončením tamního pobytu bude vhodné řešit situaci doma. Zajistit dostupné služby a úpravy domácího prostředí.

Závěr kasuistiky I:

Paní N. byla v MNNP hospitalizována od 3.9.2006 do 12.1.2007. Dále byla odeslána k další rehabilitaci do rehabilitačního zařízení Luže Košumberk. Po čtyřech měsících ergoterapeutické intervence v MNNP se podařilo zlepšit její samostatnost ve výkonu většiny personálních ADL aktivit (např. samostatné přesuny na vozík a WC, sebesycení s využitím pomůcek, oblékání již pouze se slovní dopomocí). Při rehabilitaci se nepodařilo nacvičit samostatnou chůzi ani s využitím kompenzační pomůcky, proto byla trénována mobilita v interiéru na mechanickém vozíku. Ten již paní N. ovládá zcela samostatně a bezpečně. Nadále je nutná mírná dopomoc druhou osobou při přesunech do vany, dále supervize při aplikaci léků a ve složitějších situacích (např. řešení nepředvídaných událostí). V terapii levé horní končetiny nedošlo k výraznému zlepšení stavu. Stále přetrvává na LHk středně těžká paresa se spasticitou a hypestezií. Vzhledem k tomu, že je paretická končetina nedominantní, bylo třeba paní N. naučit kompenzovat fixační funkci LHk, což paní N. nyní již v některých činnostech

zvládne (oblékání, sebesycení). Pro složitější úkony (vaření) je ještě nutný opakovaný trénink. Dále bylo aplikovanými postupy na Hk (např. ortézami, pravidelným cvičením) zabráněno vzniku komplikací, jako např. omezení rozsahu pohybu v kloubech, bolesti v ramenním kloubu.

Paní N. byla instruována o postupech samostatného cvičení doma. Byla informována o vhodných úpravách v bytě pro snazší pohyb na mechanickém vozíku (odstranit prahy, koberečky, upravit výšku ploch aj.) a o vhodných úpravách v koupelně jejího bytu (sedačka na vanu, systém madel). Vzhledem k navazující intenzivní rehabilitaci bude vhodné tyto informace doplnit a aktualizovat na konci pobytu odborníkem rehabilitačního zařízení dle aktuálních podmínek a výkonu paní N.

Kasuistika II

Panu D. je 72 let. V červnu 2006 prodělal cévní mozkovou příhodu s následnou levostrannou hemiparesou. Nejprve byl tři týdny hospitalizován na neurologickém oddělení nemocnice Bulovka. Již 20.6.2006 byl přeložen do Městské nemocnice následné péče k další rehabilitaci.

Do doby onemocnění žil pan D. aktivním životem. Přestože je již v důchodu, má řadu koníčků. Žije s družkou a dospělou dcerou, vztahy v rodině jsou v pořádku. Byt, ve kterém rodina bydlí, je ve 3. patře panelového domu s výtahem.

Osobní údaje

Jméno: K.D.

Věk: 72

Diagnosa: Ischemická cévní mozková příhoda s následnou levostrannou hemiparesou

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

- *Personální ADL:*

Pan D. se nají samostatně. Pokud je jídlo připraveno a nakrájeno, používá pravou horní končetinou lžíci či vidličku. Sed bez zevní opory je zatím nestabilní.

Při osobní hygieně a oblékání potřebuje dopomoc druhé osoby. Je plně kontinentní, má však obtíže funkčně používat močovou láhev.

- *Instrumentální ADL*: nebyly hodnoceny, zatím nevykonává
- *Test FIM*: celkové skóre 56, což odpovídá úrovni částečné závislosti s nutností dopomoci, kdy sám vynakládá 50% nebo více úsilí při provádění činnosti (viz příloha 3 a příloha 4)

Hodnocení senzomotorických funkcí:

Mobilita:

Na lůžku se posadí téměř samostatně se slovním guidingem (vedením). Sed je však nestabilní. Při přesunech na mechanický vozík či WC židli potřebuje fyzickou dopomoc druhé osoby. Stoj je velmi nestabilní. Chůze zatím nebyla zkoušena.

Horní končetiny (Hkk):

- Hybnost

PHk - dominantní končetina, bez patologického nálezu

LHk - mírná parasa bez známek spasticity

- aktivní rozsah pohybu v rameni je 90° do flexe, 20° abdukce, v lokti možná flexe do 110°, extenze 0°, v zápěstí aktivně extenze 80°, flexe 90°, v jemné motorice prstů snížena koordinace a svalová síla

- do obrazu se promítají končetinová ideomotorická apraxie (neumí naplánovat, časovat a organizovat pohyb končetiny i když rozumí důvodu činnosti, je narušeno tempo, automatika a dávkování síly) a neglekt syndrom prostorový a tělní (nevšímavost nebo zanedbání stimulů z prostoru a strany těla kontralaterální k cerebrálnímu postižení), (viz příloha 5)

- Čítí

PHk - neporušeno

LHk - povrchové čítí: vnímání doteku - hypestézie

- hluboké čítí: polohocit a pohybocit - neporušeno

- Úchopy

PHk - funkce úchopu je zcela zachována, grafomotorika neporušena, písmo je úhledné a čitelné

LHk - pohyb špatně koordinovaný, gradace svalové síly špatně kontrolovatelná

- při zrakové kontrole, dostatku času a po praktické ukázce zvládne všechny vyšetřované úchopy, sám však spontánně a bez vedení terapeuta úchopy neprovede, do obrazu se opět promítají ideomotorická apraxie a neglekt syndrom (končetinu opomíjí, když se levou končetinu snaží zapojit, vnímá ji jako „neohrabanou a nešikovnou“

Hodnocení kognitivních a fatických funkcí:

Řeč je bez známek poruchy, je plynulá, srozumitelná, bez agramatismů. Čtení ovlivněno neglekt syndromem (opomíjí levou polovinu textu). Pan D. není zcela dobře orientován v čase, správně určí pouze rok. Je zde porucha pozornosti, koncentrace a výbavnosti, což se projeví při úkolech, které vyžadují opakování dle zapamatovaného (např. postup při vstávání z lůžka, třídění tvarů dle stanovených kritérií) V testu *MMSE* dosáhl pan D. 21 bodů z 30, což odpovídá úrovni lehké kognitivní poruchy.

Hodnocení psychosociální oblasti:

Pan D. je smutný, se sklonem k depresivním náladám. S druhým pánem na pokoji v nemocnici běžně nekomunikuje, jen v nejnutnějších případech. K personálu nemocnice je vlídný. Vždy se těší na návštěvu (družka, dcera), je na ni hodně fixovaný.

Pan D. je již ve starobním důchodu, dříve pracoval jako úředník. Do onemocnění byl pan D. velmi aktivní, měl řadu koníčků. Rád rybařil a sportoval. Kromě družky a dcery ho nyní v nemocnici navštěvují přátelé.

Ergoterapeutický plán

- *krátkodobé cíle:*

- * zvýšení samostatnosti v personálních ADL – oblékání, sebesycení, osobní hygiena, přesuny, používání močové lahve

- * samostatná vertikalizace do sedu a stoje, zvýšení stability v sedu, ve stoji
 - * zlepšení aktivní hybnosti a funkce LHk
 - * ovlivnění ideomotorické apraxie a neglekt syndromu - zlepšení zaměření pozornosti, prostorového vnímání a plánování pohybu
 - * zlepšení povrchového čítí LHk
 - * zlepšení kognitivních funkcí - orientace, paměti, pozornosti
 - * ovlivnění psychosociálních funkcí – podpora, pozitivní motivace
- *dlouhodobé cíle:*
 - * podpora samostatnosti v personálních ADL
 - * zvýšení samostatnosti v instrumentálních ADL
 - * zvýšení samostatnosti při mobilitě v interiéru i exteriéru

Ergoterapeutické intervence/ léčebné postupy:

Ergoterapie probíhala individuální formou 3 - 4x v týdnu po dobu 3 měsíců. Délka terapeutické jednotky byla vždy 40 - 45 minut. Ihned od započetí terapie byla ještě nad rámec aplikována s fyzioterapeutkou MNNP pravidelná společná intervence v nácviku vertikalizace a lokomoce.

Byly zvoleny a aplikovány tyto přístupy a postupy terapie:

✂ Neurovývojový přístup

- *Bobathovský přístup* - správný handlig v aktivitách - činnostech (zapojení paretické končetiny v aktivitách s podpůrným vedením končetinou 2.osoby), nácvik vertikalizace, stability stoje, přesunů a lokomoce, zapojení LHk do ADL
- *senzorická stimulace* – míčkování a kartáčování LHk, stimuly teplé a studené, situovat všechny audio a vizuální stimuly z levé strany

✂ Biomechanický přístup

- *přístup stupňovaných aktivit* - opakované izolované pohyby jednotlivých segmentů a střídání různých druhů úchopů LHk

- *přístup kompenzační* - využití kompenzačních pomůcek a úprav prostředí pro výkon ADL (označit na levé straně lůžka barevně močovou láhev – ovlivnění projevů neglekt syndromu, pro samostatnou lokomoci nízké tříkolové chodítko (prevence úrazu při prostorovém neglekt syndromu), doporučení úprav doma - sedačka na vanu, odstranit překážky - koberečky, prahy)

✂ Kognitivně percepční přístup - cílený trénink pozornosti, paměti, řešení problémů, prostorové orientace, zpočátku vizuálně zvýraznit levou polovinu těla

✂ Kognitivně behaviorální přístup - poskytnutí zpětné vazby, podpory

Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení soběstačnosti:

- *Personální ADL:*

Pan D. se nají samostatně. Nyní již používá příbor oběma Hkk. Při osobní hygieně a oblékání potřebuje pouze připravit pomůcky a části oděvu, činnosti již zvládne sám. Je však lépe dohlédnout na správné zapojení LHK do činností, např. při oblékání, čištění zubů. Nejprve se zlepšilo využívání močové láhve u lůžka, nyní již běžně používá WC na pokoji.

- *Instrumentální ADL:* nebyly hodnoceny, zatím je v nemocnici nevykonává
- *Test FIM:* celkové skóre nyní 94 (vstup 56), což odpovídá úrovni částečné závislosti s nutností alespoň supervize při provádění činnosti (viz příloha 3 a příloha 4)

Hodnocení senzomotorických funkcí:

Mobilita:

Mobilita na lůžku je zcela samostatná. Sed je stabilní i bez opory. Stoj a chůze výrazně zlepšeny – zlepšena je stabilita při stoji a chůzi, stále však vážne koordinace pohybu levé dolní končetiny při chůzi – pohyb se neděje plynule a chybí schopnost vést pohyb v ose. Doporučeno bylo nízké tříkolové chodítko.

Horní končetiny (Hkk):

- Hybnost

PHk - dominantní končetina, bez patologického nálezu

LHk - mírná paresa bez známek spasticity

- v aktivní hybnosti mírně zlepšena koordinace pohybu (pohyb je více plynulý a lépe cílený)
- projevy končetinové ideomotorické praxe a neglekt syndrom méně výrazné (spontánně končetinu více používá, zlepšena gradace svalové síly)

- Čití

PHk - neporušeno

LHk - povrchové čití: vnímání doteku - stále mírná hypestézie

- hluboké čití: polohocit a pohybovit - neporušeno

- Úchopy

PHk - funkce úchopu je na PHk zcela zachována, grafomotorika neporušena, písmo úhledné a čitelné

LHk - zvládne všechny testované úchopy, stále mírně snížena koordinace pohybu při jejich provádění (mírný nesoulad pohybu ve srovnání se zdravou končetinou)

- projevy končetinové ideomotorické praxe a neglekt syndrom oproti začátku terapie méně výrazné (spontánně končetinu více používá, zlepšena gradace svalové síly), je však vhodné ještě pokračovat v terapii funkčních schopností LHk k dosažení úplného vymizení příznaků (občasné opomenutí použít končetinu v činnosti, při úchopu nutné vědomé plánování pohybu aj.)

Hodnocení kognitivních a fatických funkcí:

Řeč je bez známek poruchy, je plynulá, srozumitelná, bez agramatismů. Čtení již jen někdy ovlivněno neglekt syndromem, dnes sám schopen opravit se. Zlepšila se orientace v čase (správně určí rok, roční období i měsíc). Také v koncentraci pozornosti došlo ke zlepšení, stále se však pan D. snadno unaví (v úkolu delší 10 min. již selhává). V testu *MMSE* nyní 26 bodů z 30 (vstup 21 bodů), což je již spodní hranice normy.

Hodnocení psychosociální oblasti:

Psychický stav pana D. je oproti začátku terapie výrazně pozitivnější, nyní již bez sklonu k depresivním náladám. Při komunikaci je více otevřený, přátelský a motivovaný k další rehabilitaci (těší se, je podpořen srovnáním zlepšení vlastního výkonu)

Pan D. je již ve starobním důchodu, dříve pracoval jako úředník. Do onemocnění byl pan D. velmi aktivní, měl řadu koníčků. Rád rybařil a sportoval. Má fungující rodinu - družku a dceru, které ho podporují a navštěvují. Po ukončení rehabilitace předpokládají jeho návrat do domácího prostředí.

Závěr kasuistiky II:

Pan D. byl v MNNP hospitalizován od 20.6. do 12.9.2006. Z naší nemocnice byl přeložen k další rehabilitaci do Rehabilitační kliniky Malvazinky. Po třech měsících ergoterapeutické intervence v MNNP se podařilo zlepšit jeho samostatnost ve výkonu většiny personálních ADL. Chodí zcela samostatně s využitím chodítka, při jídle již využívá příbor. Pro osobní hygienu a oblékání potřebuje pouze připravit pomůcky a části oděvu, činnosti již zvládne zcela sám. Je však lépe dohlédnout na správné zapojení LHk do činností (stále končetinu občas opomene používat) a na bezpečný postup při přesunu do vany. Instrumentální ADL zatím v nemocnici nevykonával (vše obstarávala družka či personál nemocnice). Nyní bude vhodné zařadit do rehabilitace po zlepšení samostatnosti v personálních ADL také trénink instrumentálních ADL (telefonování, nakupování, jednání s úřady aj.).

V terapii levé horní končetiny došlo k mírnému zlepšení koordinace pohybu a schopnosti běžně končetinu zapojit do činností. Projevy neglekt syndromu a ideomotorické apraxie byly zmírněny (snaží se končetinu více využívat, cíleně zaměřuje pozornost více do levé poloviny prostoru atd.). Je však vhodné ještě pokračovat v terapii funkčních schopností LHk k dosažení úplného vymizení příznaků (občasné opomenutí použít končetinu v činnosti, při úchopu nutné vědomé plánování pohybu aj.).

Pan D. i jeho rodina byli instruováni o postupech samostatného cvičení doma (trénink funkčních schopností LHK a kognitivních funkcí). Vzhledem k navazujícímu pobytu v rehabilitačním zařízení nebyla prováděna edukace k úpravám domácího prostředí.

4.2 Ergoterapie v Homerton University Hospital v Londýně

Na jaře roku 2006 měla autorka výzkumu možnost navštívit Homerton University Hospital v Hacney, v severovýchodní části Londýna. Tato středně veliká nemocnice postavená v roce 1986 má kapacitu asi 500 lůžek a pracuje zde 1.000 zaměstnanců. Dnes je považována, dle studie kvality péče v Londýně, za jednu z nejlepších nemocnic v péči o lidi nad padesát let věku. Tohoto hodnocení nemocnice dosáhla hlavně díky pestrosti programů, které nemocnice seniorům nabízí.

Participantní pozorování probíhalo během týdenní stáže na oddělení ergoterapie. Oddělení ergoterapie a fyzioterapie tvoří jednotku, která svými službami zajistí rehabilitaci hospitalizovaných, ambulantních i domů propuštěných osob. Jako ergoterapeut či fyzioterapeut jste vždy součástí jednotlivých týmů nemocnice. Je zde např. tým pro ambulantní rehabilitaci, tým pro oddělení ortopedie, tým péče o seniory, tým neurorehabilitace. Odborníci se pravidelně ve svých týmech střídají, mají příležitost pracovat na všech odděleních nemocnice. Tím získávají zkušenosti s řešením rozličných klinických i praktických otázek a neustále se tak vzdělávají.

Při stáži se autorka nejvíce zajímala o práci „Eldery care“ týmu - týmu, který zajišťuje rehabilitaci seniorů. Terapeuti tohoto týmu pracují na třech lůžkových odděleních, každé má kapacitu okolo dvaceti lůžek. Dále pracují na oddělení s ambulantním programem a také v komunitním programu, kdy rehabilitace probíhá u seniorů doma. Každé oddělení přináší pro odborníka svá určitá specifika práce.

Většina lůžkových oddělení nese ve svém názvu příjmení nějaké významné osobnosti, jejíž život se nějakým způsobem pojí k oblasti sídla nemocnice - k Hacney. Např. Daniel Defoe, autor Robinsona Crusoa, chodil v Hacney do školy (11). Právě

oddělení „**Defoe ward**“ je zaměřeno na péči o seniory starší 65 let s mnohočetnými a různě komplikovanými zdravotními obtížemi. Terapie je dlouhodobá a odborníci zde musí zvládat také problematiku demencí. Na tomto oddělení pracuje jeden ergoterapeut, jenž doporučuje seniorům postupy při provádění základních sebeobslužných úkonů, instruuje ošetrovatelský personál a rodinu pacienta. Podílí se na vzdělávání členů týmu. Např. během našeho zkoumání tamní ergoterapeutka vedla seminář na téma „Komunikace s dementními osobami“ pro sestry a ošetrovatele. Posluchači byli velmi pozorní a aktivní, snažili se získané informace ihned převést do reálného prostředí oddělení.

Druhým lůžkovým oddělením pro seniory je „**Aske ward**“. Sem nejčastěji přicházejí osoby s náhle vzniklými obtížemi přímo z pohotovosti nemocnice, např. s drobným poraněním po pádu či přechodnou srdeční dekompenzací. Předpokladem přijetí na toto oddělení je brzké propuštění seniora, buď zpět domů nebo do sociálního zařízení s vyšší mírou asistence.

Na oddělení Aske ward je nejdůležitějším úkolem ergoterapeuta zjistit a podchytit podstatu problému - např. příčinu pádu. Následně ergoterapeut doporučí postupy a opatření k řešení a prevenci vzniklého problému. Doporučí vhodné kompenzační pomůcky, úpravy a vybavení domácího prostředí, a nebo navrhne zajistit pro seniora pečovatele. Společně s fyzioterapeuty nacvičují se seniorem na oddělení také bezpečnou mobilitu a přesuny. Terapeut opět průběžně informuje a vzdělává rodinu a tím také předchází opakování problému.

Ergoterapeut je na tomto oddělení, a nejenom zde, významným a možno říci i nejdůležitějším článkem při plánování propuštění seniora domů. Dokáže totiž správně zhodnotit pacientův funkční stav a zná jeho domácí prostředí díky domácím návštěvám. Spolu s ještě hospitalizovaným seniorem zde ergoterapeut běžně provádí, a to i opakovaně, **domácí návštěvy**. Autorka výzkumu se zúčastnila tří takových návštěv. Nemocnice má k dispozici mikrobuse s řidičem. Ten seniora a ergoterapeuta dopraví domů, což umožní vyšetřit a nacvičit potřebné aktivity přímo v reálném bytě hospitalizovaného člověka. Častokrát je výkon v činnostech doma zcela odlišný od výkonu seniora v nemocnici. Ergoterapeut o každé návštěvě vypracuje jakýsi protokol

či zprávu. V ní podrobně popíše situaci u klienta doma a jeho současné funkční možnosti. Dále ve zprávě vytyčí shledané problémy a navrhne postupy k jejich řešení i s datem jejich plnění. Zpráva je nejen součástí běžné dokumentace pacienta, ale často se stane i podkladem pro žádost o kompenzační pomůcky či úpravy bytu, které ergoterapeut podává na sociální odbor. Sociální odbor na základě této zprávy od ergoterapeuta klientovi pomůcku či úpravu bytu zajistí (viz příloha 7 a 8).

Ergoterapeut je v Británii legálně zodpovědný za jím doporučenou pomůcku. Když se cokoliv stane pacientovi při používání pomůcky, ergoterapeut může být podroben vyšetřování a nést případné následky. Proto se zde dbá na pečlivou písemnou dokumentaci – zapisuje se, jak byl pacient poučen, zda si pomůcku prakticky vyzkoušel, jaká jsou rizika používání pomůcky do budoucna apod.

Trochu jiná je forma rehabilitace na „**Cass ward**“. Toto oddělení zajišťuje intenzivní rehabilitaci seniorů. Ergoterapeut seniora vyšetřuje, provádí diagnostiku, vytyčuje cíle terapie a navrhuje různá opatření. Vlastní nácvik aktivit s rehabilitantem, např. oblékání, však již provádí asistenti terapeuta a sestry v každodenní péči podle pokynů ergoterapeuta. Zde jsou v rehabilitaci zaškoleni a vzdělávání všichni z multidisciplinárního týmu, včetně ošetrovatelského personálu. Tým se pravidelně setkává a určuje krátkodobé cíle rehabilitace u konkrétní osoby. Např. se určí, že rehabilitant bude nacvičovat chůzi ve vzdálenosti lůžko - WC s 1 holí, v časovém horizontu jednoho týdne. Každý zná tento cíl a podporuje seniora v tom, aby vytyčeného cíle dosáhl.

Dalším pracovištěm ergoterapeuta je ambulantní „**Bryning Assesment and Rehabilitation Unit**“. Pracují zde lékaři, terapeuti i sestry v různých programech pro seniory. Tým se schází každé ráno na mítinku a společně tam rozhodne, zda senior, který ten den navštíví oddělení, by měl být vyšetřen nebo léčen některým profesionálem. Toto rozhodnutí je demokratickým rozhodnutím celého týmu, např. ani vedoucí lékař nenařídí nikomu terapii, pokud s tím terapeut nesouhlasí. Všichni profesionálové se snaží předpovídat a profesionálně odhadnout, jestli jejich intervence může být konkrétní osobě potřebná.

Senioři přijíždějí do nemocnice na ambulantní oddělení buď vlastní dopravou, nemocničním mikrobusem nebo přicházejí pěšky. Navštěvují několikrát v týdnu různé programy. Jsou zde organizovány např. skupiny pro osoby s Parkinsonismem, pro osoby, které měly v minulosti opakované pády. Lidé sem přicházejí např. k ošetření kožních defektů. Nejedná se však o jakési zájmové skupiny. Jde o čistě medicínský program s cílem něco zlepšit, nacvičit či léčit. Senior se může dozvědět podstatné informace o své nemoci, o možnostech prevence komplikací a také si může mnohé prakticky vyzkoušet. Cvičí zde svou stabilitu ve stoji a chůzi, učí se prakticky používat pomůcky. Na tomto oddělení pracuje, kromě všech v Čechách běžných odborníků v rehabilitaci, i tzv. specialista pro pečující. Ten, jak je již z názvu patrné, radí a odborně podporuje rodinu, která se stará a pečují o seniora.

Autorka měla možnost účastnit se i ergoterapie při **skupinovém vaření** spolu s pěti lidmi po cévní mozkové příhodě na oddělení Stroke Unit. Skupinu organizovaly a zajišťovaly 2 ergoterapeutky. Úkolem činnosti ve skupině bylo připravit potřebné suroviny pro ozdobení korpusu pizzy a pizzu pak upéci. Lidé měli možnost si prakticky vyzkoušet činnosti, např. čistit a krájet zeleninu, strouhat sýr apod., s využitím kompenzačních pomůcek (viz příloha 9).

Cvičná kuchyňka byla, kromě běžných součástí kuchyně, vybavena speciálními kompenzačními pomůckami pro přípravu stravy a sebesycení, např. fixačními prkénky pro krájení jednou rukou. Dále zde byl cvičný panel k tréninku ovládání rozdílných typů vodovodních baterií a k otvírání různých typů zámků a klik dveří.

Lidé se při skupinovém vaření navzájem podporovali a povzbuzovali, vznikla tam i jakási soutěživost. Skupina trvala asi dvě hodiny.

V profesní oblasti ergoterapeutů ve Velké Británii je platná určitá hierarchie. Ergoterapeut po ukončení školy musí nejprve požádat Health Professions Council o registraci. Teprve po zaregistrování může vykonávat svou profesi a nastoupit do zaměstnání. Ergoterapeut se může za svůj profesní život postupně ucházet o různé pozice. Pro čerstvé absolventy a odborníky s malou praxí je to tzv. „basic grade OT“, což je ergoterapeut na základní pracovní pozici. V této pozici je mu při práci

poskytována všemožná podpora zkušenějšími kolegy. Je více školen, častěji je poslán na kurzy a semináře. Po jednom až dvou letech praxe se může ucházet o pozici „senior OT“. Tento ergoterapeut služebně vyššího postavení již pracuje samostatně. Po speciálním zaškolení např. vede studenty při praktické výuce.

Ergoterapeut ve služebně vyšší pozici vždy odborně vede a podporuje toho méně zkušenějšího. Jde o nutné a povinné opatření, které pravidelně probíhá formou supervizních sezení, na nichž se řeší konkrétní klinické případy, situace v týmu či nemocnici. Tato sezení probíhají vždy alespoň jednou za dva týdny a také pokaždé, když o ně ergoterapeut požádá.

Odborník v pozici ergoterapeut-manažer vedete tým ergoterapeutů celé nemocnice a je členem nejvyššího managementu nemocnice.

Homerton univerzitní nemocnice v Londýně aktivně podporuje své zaměstnance ve vzdělávání. Umožňuje jim absolvovat odborné stáže v jiných organizacích a účastnit se dlouhodobých kurzů. Sama nemocnice organizuje různé semináře. Během našeho týdenního pobytu zde jsme se účastnily hned dvou seminářů. Také na úrovni jednotlivých týmů ergoterapeutů a fyzioterapeutů je podporováno vzdělávání díky pravidelným prezentacím klinických případů. Fyzioterapeuti a ergoterapeuti ve svém týmu prezentují postupy řešení situací a přístupy v práci v konkrétních případech. Ostatní odborníci jim poskytují zpětnou vazbu v diskuzi.

Ergoterapie ve Velké Británii má mnohem delší tradici než u nás. Není tedy překvapující, že tato profese je všeobecně známa i mezi laickou veřejností.

4.3 Rehabilitace a ergoterapie v číslech

Na konci roku 2005 bylo na celém území České republiky v celkem 195 nemocnicích 65 022 lůžek. Z tohoto celkového počtu lůžek bylo evidováno 1 486 lůžek oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny, které v roce 2005 využilo 26 581 pacientů z celkového počtu 2 223 202 hospitalizovaných. V Čechách máme navíc ještě 6

rehabilitačních ústavů pro dospělé s kapacitou 990 lůžek (31). Je také evidováno přes 1500 ambulantních rehabilitačních pracovišť, která však poskytují pouze převážně fyzioterapii. Zde by bylo třeba změny - již názvem zařízení správně vyjádřit skutečnou poskytovanou péči (17).

Na konci roku 2005 pracovalo ve zdravotnictví celkem 237.771,29 pracovníků. Z celkového počtu tvořili 190.849,85 odborní pracovníci (např. lékaři, sestry, maséři, optometristé) a 46.921,45 tvořili technicko-hospodářští pracovníci, dělníci učitelé a vychovatelé. Uvedená čísla vyjadřují přepočtený počet pracovníků, což je součet úvazků jednotlivých pracovníků zdravotnického zařízení, přepočtený podle délky plné týdenní pracovní doby daného zařízení (31). Konkrétní čísla počtu pracovníků vybraných profesí za rok 2005 jsme shrnuli do následující tabulky 1, která vychází z dat Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky. Vybrány byly zdravotnické profese, jež se přímo podílí na rehabilitaci. Z uvedených čísel je patrný rozdíl v počtu fyzioterapeutů, jichž bylo v roce 2005 evidováno 6.541,75 a v počtu ergoterapeutů, jichž bylo evidováno ve zdravotnických zařízeních 414,15.

Tabulka 1:

Počet pracovníků ve zdravotnictví dle kategorií za rok 2005 (přepočtený počet)

Kategorie	Pracovníci
Odborní pracovníci ve zdravotnictví (všechny i zde nevyjmenované zdravotnické profese)	190.849,85
Lékař	34.242,22
Lékař v oboru rehabilitační a fyzikální medicína	/fyzické osoby/ 1.057,00
Všeobecná sestra a porodní asistentka	82.249,29
Ergoterapeut	414,15
Psycholog a klinický psycholog	708,63
Psycholog	177,63
Fyzioterapeut	6.541,75
Zdravotně sociální pracovník	334,28
Sociální pracovník	314,26
Klinický logoped	320,28
Logoped	66,40

Zdroj: ÚZIS (31)

K porovnání situace počtu ergoterapeutů u nás a v Evropě jsme použili informace z výroční zprávy Evropské rady ergoterapeutů (COTEC - Council of Occupational Therapists for the European Countries) za rok 2006 (24). Do následující tabulky 2 jsme vybrali pouze některé zástupce profesních národních organizací, které s COTECem spolupracují. Z dat je patrné, že patříme k zemím s nižším počtem ergoterapeutů, než je jinde v Evropě běžné. Nemáme jediného odborníka této profese s vlastní soukromou praxí, stejně jako např. Maďarsko.

Tabulka 2: Počet ergoterapeutů v Evropě v roce 2006

Počet ergoterapeutů	Česká republika	Rakousko	Belgie	Francie	Německo	Maďarsko	Velká Británie	Finsko	Švýcarsko	Slovinsko
- v praxi	800	1.650	6.000	5.441	35.000	20	21.000	1.300	2.200	350
- studentů	200	435	2.300	1.032	15.000	20	6.200	351	240	125
- na 100.000 obyvatel	2	20	60	9	42,4	0,2	35	24	31	13
- v soukromé praxi	0	300	30	90	3.620	0	300	100	550	5

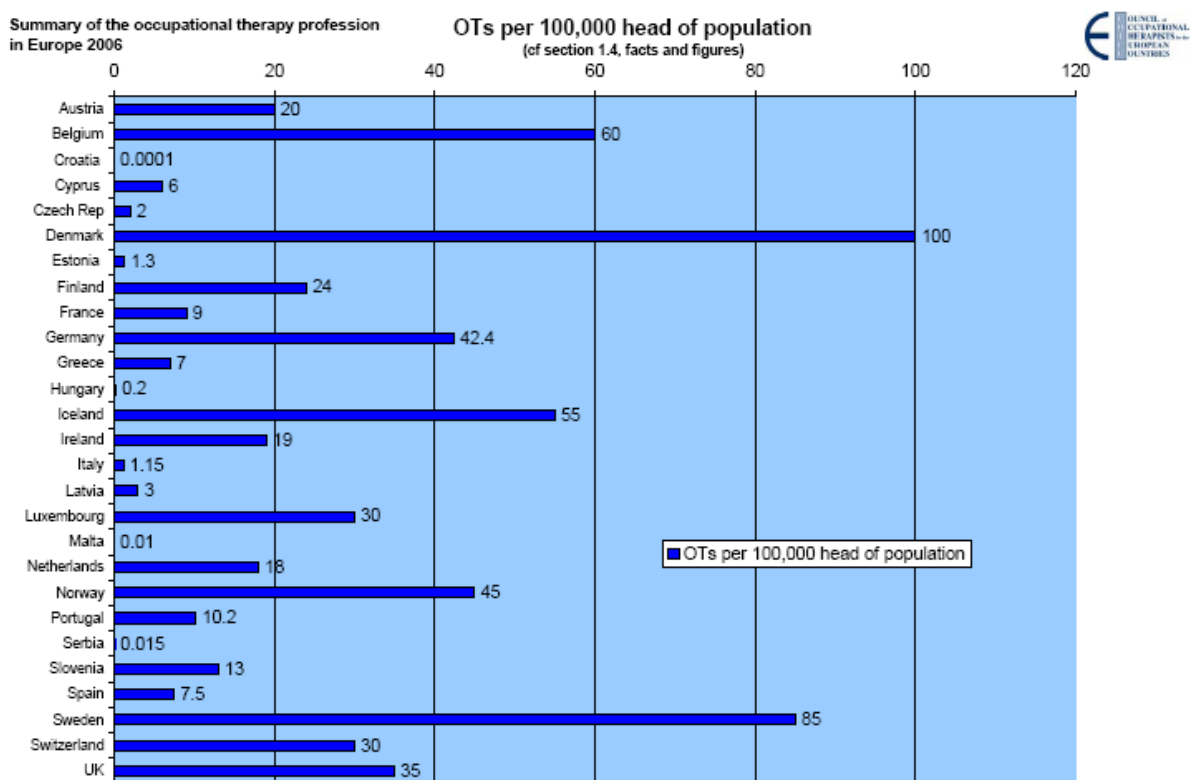
Zdroj: COTEC (24)

V následujícím grafu 1, jež byl součástí výroční zprávy COTECu za r.2006 (24), můžeme porovnat počet ergoterapeuta ve všech státech, které s Evropskou radou ergoterapeutů spolupracují. Vyplývá z něho, že nejvyšší počet ergoterapeutů byl v roce 2006 v Dánsku (100 na 100.000 obyvatel), Švédsku (85 na 100.000 obyvatel) a v Belgii (60 na 100.000 obyvatel). V Německu je situace 42,4 ergoterapeutů na 100.000 obyvatel a ve Velké Británii 35 na 100.000 obyvatel. V České republice jsou 2 ergoterapeuti na 100.000 obyvatel, podobně jako v Itálii (1,15), Estonsku (1,3) a Litvě (3). Vůbec nejnižší počet ergoterapeutů, přepočteno na 100.000 obyvatel, ze zemí, které

spolupracují s COTECem, má Kréta (0,0001), Maďarsko (0,2), Malta (0,01), a Srbsko (0,015).

Ze zmiňované výroční zprávy lze odvodit, že průměrný počet ergoterapeutů v Evropě v roce 2006 byl 23,1 na 100.000 obyvatel. To je asi jedenáctkrát více než je situace v ČR.

Graf 1: Počet ergoterapeutů v Evropě na 100.000 obyvatel



Zdroj: COTEC (24)

V Čechách je ergoterapie ve zdravotnictví většinou hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění. Až do roku 2006, než vešla v platnost nová vyhláška Ministerstva zdravotnictví, měla profese ergoterapeuta pouze dva výkony, které mohla v přísném omezení účtovat pojišťovnám. Jednalo se o zdravotnické výkony s názvy

Ergoterapie individuální a Ergoterapie skupinová s časovou dotací patnácti minut. V nové Vyhlášce 493/2005 Sb, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, je ergoterapeutických výkonů již sedm (22). Je zde výkon pro ergoterapeutické vyšetření vstupní i kontrolní, pro ergoterapii individuální i skupinovou a pro ergoterapii k nácviku všedních denních činností. Časové dotace se pohybují od 11 do 45 minut. Tato situace může působit pozitivním dojmem, avšak pokud chceme tyto výkony pojišťovnám účtovat, je nutné s nimi nejprve uzavřít pro tyto výkony smlouvy, což je zdlouhavý a ne vždy jednoduchý proces.

5. Diskuze

V práci jsme se snažili zachytit pozici ergoterapie v systému rehabilitace. Jak uvádí Jankovský (15) ergoterapie má nejen léčebný, ale i resocializační efekt. Jak bylo v práci představeno, ergoterapie má prostředky jež se uplatní nejen v léčebné rehabilitaci, ale také v rehabilitaci pracovní, sociální i pedagogicko-výchovné.

V předložených případových studiích jsme hledali odpověď na otázku, co může ergoterapie nabídnout lidem, kteří potřebují rehabilitaci, a snažili se zjistit, jak intervence ergoterapeuta může ovlivnit tyto osoby. V obou případových studiích se autorka zabývala všemi složkami, které se podílejí na výkonu činností člověka. Hodnotila a terapeuticky působila na funkce senzomotorické (cvičila s paní N. např. vstávání, motoriku horní končetiny), působila na funkce kognitivní (pozornost, paměť u pana D.) a psychosociální (po navázání terapeutického vztahu poskytovala zpětnou vazbu-poskytovala podporu i kritické hodnocení, a např. nácvikem používání vozíku paní N. nepřímo umožnila vytvořit nové sociální kontakty v nemocnici). Ergoterapeutické prostředky tedy působí např. na schopnost pohybu, vnímání, na koncentraci a prožívání. Dr. Lipertová (17) při popisu ergoterapeutických úkolů v neurorehabilitaci uvádí jako oblasti ergoterapie senzomotorickou funkční terapii, trénink kognitivních funkcí, trénink soběstačnosti v ADL a trénink ADL v domácím prostředí. Dr. Hagedorn (8) vytyčila působení ergoterapie do oblasti soběstačnosti, oblasti zábavy a volného času a na práci a produktivní aktivity. Všichni autoři se vždy shodují na výsledném cíli ergoterapie, kterým je snaha o co možná nejvyšší samostatnost a soběstačnost rehabilitované osoby.

Při srovnání obou kasuistik a výkonů obou osob v běžných denních činnostech na počátku a na konci terapie došlo k výrazným zlepšením v jejich soběstačnosti. Z toho lze vyvodit první hypotézu: **Cíleným působením ergoterapie lze dosáhnout zlepšení samostatnosti osob při provádění ADL.** V oblasti funkce horních končetin nebyla změna tak jednoznačná. V případě paní N. nedošlo k obnově aktivní hybnosti LHk, u pana D. byla terapie úspěšnější. Oba případy však nelze dobře porovnávat, neboť každá porucha funkce horních končetin obou osob měla jiný klinický obraz. U pana D. se do obrazu promítal tzv. neglekt syndrom. Jak uvádí Mayer (18), neglekt jako neschopnost

vnímat a odpovídat na nové nebo významné podněty (kontralaterálně k lézi) nelze připsat senzorickému nebo motorickému defektu. Ve skutečnosti se jedná o souběh několika symptomů-deficit orientace, pozornosti, percepce všech kvalit, deficit kognice, integrace a plánu pohybového úkolu. V případě pana D. však ve vztahu ke zlepšení lokomoce vzniká zcela odlišná otázka: jaký vliv má frekvence a forma terapie na její úspěšnost? Pan D. absolvoval totiž v průběhu pobytu v MNNP nejen ergoterapii a fyzioterapii, ale navíc ještě cíleně trénoval, společně s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou, vertikalizaci a lokomoci. U pana D. se tak osvědčila soustavná spolupráce ergoterapeuta s fyzioterapeutem. Většina autorů zdůrazňuje v rehabilitaci vhodnost mezioborové spolupráce (17,27). V praxi se však většinou jedná, dle názoru autorky, pouze o spolupráci při volbě společného cíle rehabilitace a o výměnu aktuálních informací o průběhu terapie mezi jednotlivými odborníky. Autorka práce však prováděla v průběhu výzkumu cílený trénink u pana D. současně s fyzioterapeutkou. Z této zkušenosti a dosažených výsledků jsme vyvodili další hypotézu: **U osob s kombinovanými obtížemi je vhodná, pro dosažení lepších výsledků rehabilitace, spolupráce nejen na úrovni výměny informací mezi terapeuty, ale i společně prováděná reedukace a rehabilitace.**

Z participantního pozorování v londýnské nemocnici vzešlo mnoho poznatků, které pomohly nalézt odpovědi ke zkoumané otázce o pozici ergoterapie u nás a v Evropě. Autorka měla možnost subjektivně porovnat ergoterapii tak, jak ji zná z českého prostředí, s ergoterapií v Londýně. Určité rozdíly, plynoucí z jiné zdravotně sociální politiky Velké Británie, byly předem předpokládány. Patrná byla systémová, propracovaná a všude aplikovaná metoda řízení a práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví. Jasně stanovené kompetence jednotlivých členů týmu, pravidelné supervizní sezení a např. aktivní podpora vzdělávání jsou jen příkladem. U nás je tato oblast, dle názoru autorky, stále prováděna na intuitivním základě jednotlivých vedoucích pracovníků, což může být v práci odborníků až kontraproduktivní. Vše se pak odráží do celkové úrovně poskytovaných služeb. Z tohoto můžeme vytvořit další hypotézu: **Zdravotnické zařízení s vypracovanou a aplikovanou strategií řízení a práce s lidskými zdroji poskytuje kvalitnější služby.**

Patrný byl rozdíl v kompetencích ergoterapeuta u nás a ve Velké Británii. Např. v Čechách kompenzační pomůcky mohou předepsat pouze lékaři, z nichž někteří o funkci a vhodnosti kompenzačních pomůcek nemají dostatek informací. Někdy se pak stává, že předepíše pomůcku jen podle diagnózy a ne dle funkčního stavu pacienta. Několikrát se již stalo, že klient pomůcku dostal, ale vůbec nevěděl, jak ji správně doma instalovat a jak ji bezpečně používat. Proto je nezbytné na odděleních ergoterapie vše prakticky vyzkoušet, nacvičit a vybrat tu nejvhodnější variantu. V Londýně rozhodují o pomůcce k ADL aktivitám právě ergoterapeuti. Ergoterapeut je zde legálně zodpovědný za jím doporučenou pomůcku. Když se pacientovi při používání pomůcky cokoliv stane, ergoterapeut může být podroben vyšetřování a nést případné následky. Proto se zde dbá na pečlivou písemnou dokumentaci – zapisuje se, jak byl pacient poučen, zda si pomůcku prakticky vyzkoušel, jaká jsou rizika používání pomůcky do budoucna. Z otázky o vlivu ergoterapie na bezpečné využívání kompenzačních pomůcek lze vyvodit následující hypotézu: **Pokud se na výběru kompenzační pomůcky pro ADL prakticky podílí ergoterapeut, je více zajištěno správné a bezpečné používání pomůcek.**

Z toho, co měla autorka možnost v Londýně na oddělení ergoterapie poznat, nebylo nic, co by ji zcela překvapilo, co by ze své praxe alespoň teoreticky neznala. Jisté je, že ve Velké Británii má ergoterapie delší tradici, což je patrné např. i ve všeobecné známosti oboru laické veřejnosti. Rozdíl je i ve vyšším počtu terapeutů na jednotlivá oddělení. To bylo možno pozorovat např. při ergoterapii ve skupinovém vaření na oddělení pro osoby po CMP. Zde pětičlennou skupinu vedly dvě ergoterapeutky a měly navíc k dispozici pomoc asistenta. Vyšší počet ergoterapeutů je patrný i ze statistických údajů. Velká Británie má 35 a Česká republika 2 ergoterapeuty na 100.000 obyvatel (24). Ergoterapeutka Vítková (25) při popisu své zkušenosti z ergoterapeutického kongresu ve Švédsku upozorňuje také na vysoký počet ergoterapeutů mužů (3,7%) ve Švédské profesní organizaci. U nás nemáme tento údaj nijak statisticky podchycený, ale sama autorka práce osobně zná pouze dva muže této profese v ČR.

Dá se předpokládat, že celkový počet ergoterapeutů pracujících v ČR ve zdravotnictví je ještě vyšší než udávají statistická data ÚZISu za r.2005, neboť tento dokument započítává pouze ergoterapeuty pracující ve zdravotnictví. Máme ještě ergoterapeuty, kteří pracují v oblasti sociálních služeb a ve školství. Stále je ale situace průměrného počtu odborníků na 100.000 obyvatel asi jedenáctkrát nižší než je v Evropě běžné. Proč je tomu tak? Zřejmě má na tom podíl ekonomický vliv a výše úhrad pojišťoven za tuto formu rehabilitace. Můžeme se domnívat, že zdravotnická zařízení nemohou dobře podporovat rozvoj oboru, jež bude pro zařízení nevýdělečný. Z tohoto vzniká hypotéza: **Počet pracovních pozic ergoterapeutů v Českém zdravotnictví ovlivňuje výše úhrad pojišťoven za ergoterapeutické výkony. Nízké platby pojišťovny a omezený počet výkonů mají vliv na počet ergoterapeutických pracovních pozic.**

6. Závěr

Domníváme se, že oba cíle práce se podařilo splnit. Práce si nejprve kladla za cíl představit obor ergoterapie a vystihnout oblasti, kterými se zabývá. V první části práce jsou popsány základní pojmy tohoto oboru, teoretické základy i jeho historie. V případových studiích a popisem zkušenosti z Londýnské nemocnice byla zodpovězena otázka, co může ergoterapie nabídnout lidem, kteří potřebují rehabilitaci. Bylo zjištěno, že ergoterapie se zabývá všemi složkami, které se podílejí na výkonu činností člověka. Hodnotí a terapeuticky působí na funkce senzomotorické, kognitivní i psychosociální. Ústředním cílem ergoterapie vždy je umožnit osobám zapojit se do aktivit každodenního života.

Poznatky ze stáže autorky v londýnské nemocnici na oddělení ergoterapie a předložené statistické údaje dopomohly popsat situaci o pozici ergoterapie u nás a v Evropě. Patrný je rozdíl v kompetencích terapeutů. U nás jsou kompetence ergoterapeuta oproti Velké Británii omezené. Rozdíl je i v počtu terapeutů, kterých je v ČR podstatně méně než je průměr států v EU.

Vedlejším cílem kvalitativního zkoumání byla tvorba nových hypotéz, které by se mohly stát podkladem dalšího výzkumu. Na základě našeho zkoumání vznikly následující hypotézy:

- 1, Cíleným působením ergoterapie lze dosáhnout zlepšení samostatnosti osob při provádění ADL.*
- 2, U osob s kombinovanými obtížemi je pro dosažení lepších výsledků rehabilitace vhodná spolupráce nejen na úrovni výměny informací mezi terapeuty, ale i společně prováděná reedukace a rehabilitace.*
- 3, Zdravotnické zařízení s vypracovanou a aplikovanou strategií řízení a práce s lidskými zdroji poskytuje kvalitnější služby.*
- 4, Pokud se na výběru kompenzační pomůcky pro ADL prakticky podílí ergoterapeut, je více zajištěno správné a bezpečné používání pomůcek.*
- 5, Počet pracovních pozic ergoterapeutů v Českém zdravotnictví ovlivňuje výše úhrad pojišťoven za ergoterapeutické výkony. Nízké platby pojišťovny a omezený počet výkonů mají vliv na počet ergoterapeutických pracovních pozic.*

Návrhy možného řešení

Pro zlepšení postavení ergoterapie a pro zvýšení počtu jejích odborníků v ČR je třeba dobře popsat a prokázat, jak a že ergoterapie může napomoci zapojení rehabilitanta do běžného života, prokázat jedinečnost a účinnost jejích prostředků. Na těchto podkladech se pak ergoterapie jistě stane oborem pro rehabilitaci v moderním pojetí zcela nezbytným. Toto je úkol pro samotné ergoterapeuty. Je na nich, aby svými výzkumy, odbornými příspěvky a publikacemi podporovali propagaci ergoterapie a potažmo rehabilitace jako multidisciplinárního oboru.

Přiblížit ergoterapii široké veřejnosti je nejlépe, dle názoru autorky, prostřednictvím přímé interakce a osobní zkušenosti člověka s rehabilitací. Pro prosazování zájmů ergoterapie na politické úrovni je třeba aktivní profesní organizace se silnou podporou svých členů. Navíc je vhodné vždy získat pro zájmy ergoterapie i obory příbuzné. Oba úkoly můžou splnit zase pouze samotní ergoterapeuti.

Rozvoj ergoterapie může mít i všeobecný, pozitivně ekonomický dopad pro zdravotnická zařízení či přímo ve vztahu ke zdravotnickým pojišťovnám. Pokud v nemocnici bude ergoterapeut, který nácvikem ADL a doporučením pomůcek dosáhne zlepšení samostatnosti hospitalizovaného a umožní tím zkrácení doby nutné k hospitalizaci, dojde k ušetření vynakládaných prostředků ze zdravotního pojištění.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1, ANGEROVÁ Y., ŠVESTKOVÁ O.. *Rehabilitace v ČR. Florence: časopis moderního ošetrovatelství.* Praha: 2006, roč.2, č 3, s. 23-25, ISSN 1801-464X.
- 2, BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla.* Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>. [cit.22.12.2005].
- 3, BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 2 – Citace: metodika a obecná pravidla.* Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace2.pdf>>.[cit.22.12.2005].
- 4, COTEC. *History of COTEC* [online]. Dostupné z: <<http://www.cotec-europe.org/>>. [cit.28.8.2006].
- 5, Česká asociace ergoterapeutů. *Co je ergoterapie? Čím se ergoterapeut zabývá?* [online].2000, Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace>>. [cit.30.8.2006].
- 6, DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele.* 3.vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7.
- 7, HAGEDORN, R. *Foundations for Practice in Occupational Therapy.* second ed. New York, Churchill Livingstone: Pearson Professional Limited, 1997.ISBN 0 443 0529 2.
- 8, HAGEDORN, R.. *Occupational Therapy: Perspectives and Processes.* first publ. New York, Churchill Livingstone: Pearson Professional Limited, 1995. ISBN 0 443 04978 5.

9, HENDL, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.

10, Homerton University Hospital. *Our history, Homerton Hospital (1986 - present)* [online]. Dostupné z: <http://www.homerton.nhs.uk/about/115994_74512228.html>. [cit. 24.9.2006].

11, Homerton University Hospital. *Our history, Our wards* [online]. Dostupné z: <<http://www.homerton.nhs.uk/about/11599477502392.html>>. [cit. 24.9.2006].

12, CHLUMECKÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Náplň práce ergoterapeuta. Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha : 2006, časopis 1/2006, roč 16., s. 34, ISSN 1210-0404.

13, *International Classification of Functioning, Disability and Health, Introduction*. [online]. Dostupné z: <<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=introduction.html%20&mytitle=Introduction>>. [cit.13.3.2007].

14, JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O.. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

15, JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

16, JELÍNKOVÁ, J., *Ergoterapie pomáhá lidem i „tančit“*. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha : 2006, časopis 12/2006, roč.16, s. 42, ISSN 1210-0404.

17, LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O..

Neurorehabilitace , 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.

18, MAYER, M., Neglekt-patofyziologie, klinická symptomatologie, principy rehabilitace. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha 2003, roč.10, č 2/2003, s.72-76, ISSN 1211-2658.

19, PEDRETTI, L.W.. *Occupational therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 4th ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1996. ISBN 0-8151-6812-8.

20, PFEIFFER, J., *Ergoterapie* 2, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0.

21, PFEIFFER, J., osobní sdělení (leden-duben 2007)

22, *Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami*, Vyhláška MZ ČR č.493/2005 Sb. Praha:MZ ČR., 2006. ISSN 1211-1244.

23, STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*, 1.vyd. Boskovice: Albert 1999,ISBN 80-85834-60-X.

24, *Summary of the occupational therapy profession in Europe 2006*. sestavil Council of Occupational Therapists for the European Countries Secretariat, London: March 2006.

25, VÍTKOVÁ, M., Světový kongres ergoterapeutů ve Stockholmu 2002. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha 2003, roč.10, č 4/2003, s.143-145, ISSN 1211-2658.

26, VÍTKOVÁ, M., Využití kognitivní terapie v ergoterapii. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha 2004, roč.11, č 2/2004, s.102-104, ISSN 1211-2658.

27, VOTAVA, J. a kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

28, WFOT. *History* [online]. 2004, Dostupné z: <<http://www.wfot.org.au/information.asp?id=3>>. [cit.28.8.2006].

29, WFOT. *What is Occupational Therapy?* [online]. 2004, Dostupné z: <<http://www.wfot.org.au/information.asp>>.[cit.28.8.2006].

30, WHO.*Disability and Rehabilitation Team (DAR)* [online]. Dostupné z: <<http://www.who.int/disabilities/en/>>.[cit.3.3.2007].

31, *Zdravotnictví České republiky 2005 ve statistických údajích*, Praha: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2006. ISBN 80-7280-568-1.

8. Klíčová slova

Rehabilitace

Ergoterapie

ADL (Activities of Daily Living) – běžné denní činnosti

Soběstačnost

9. Přílohy

Příloha 1: Funkční míra nezávislosti – ad kasuistika I

Příloha 2: Funkční míra nezávislosti (grafické znázornění) – ad kasuistika I

Příloha 3: Funkční míra nezávislosti – ad kasuistika II

Příloha 4: Funkční míra nezávislosti (grafické znázornění) – ad kasuistika II

Příloha 5: Subtesty neglekt syndromu – ad kasuistika II

Příloha 6: Fotografie „Vstup do Homerton University Hospital“

Příloha 7: Fotografie „Návštěva londýnské ergoterapeutky v bytě seniora“

Příloha 8: Ukázka zápisu domácí návštěvy ergoterapeuta v UK

Příloha 9: Fotografie „ Skupinové vaření na Stroke Unit“

Příloha 1: Funkční míra nezávislosti – ad kasuistika I.

Funkční míra nezávislosti
(Functional independence measure (FIM))

Jméno : N **RČ :**
Dg. :

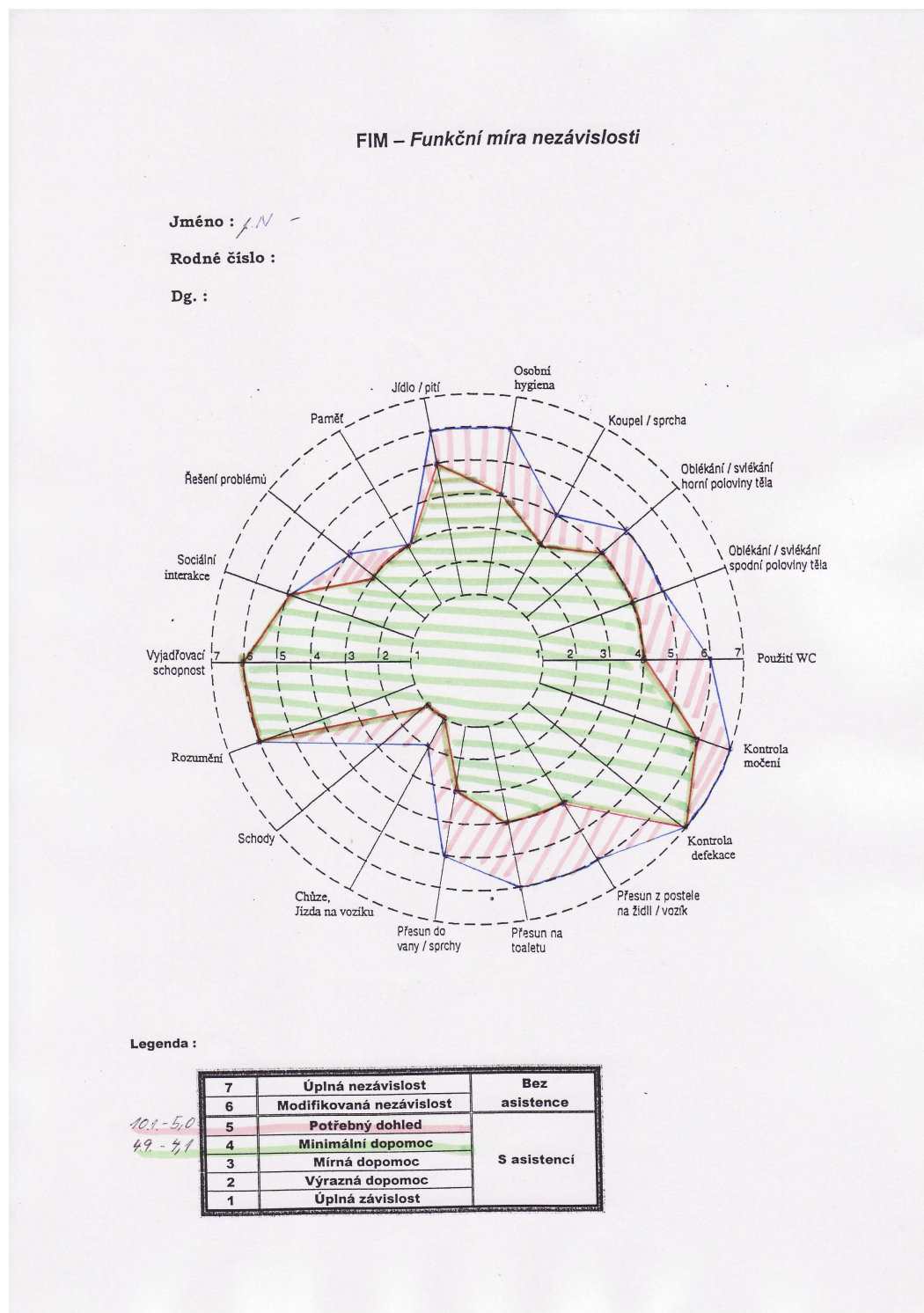
Ú R O V N Ě	7	úplná nezávislost (opakovaně a bezpečně)	bez asistence
	6	modifikovaná nezávislost (pomůcka)	
	5	částečná závislost :	s asistencí
	4	potřebný dohled	
	3	minimální dopomoc (klient = 75 % +) mírná dopomoc (klient = 50 % +)	
	2	závislost :	
	1	výrazná dopomoc (klient = 25 % +) úplná závislost (klient = 0 % +)	

		Vstupní výš. Datum	Vstupní výš. Datum	Následná péče Datum
Soběstačnost :				
A.	Příjem potravy	5	6	
B.	Osobní hygiena	4	6	
C.	Koupání, sprchování	3	4	
D.	Oblékání horní poloviny těla	4	5	
E.	Oblékání dolní poloviny těla	4	5	
F.	Použití WC	4	6	
Sfinktery :				
G.	Kontinence močového měchýře	Část I Část II	7 -	
H.	Kontinence konečníku	Část I Část II	7 -	
Mobilita :				
<i>Přesuny :</i>				
I.	Postel, židle, vozík	4	6	
J.	WC	4	6	
K.	Vana, sprcha	3	5	
<i>Lokomoce :</i>				
L.	Chůze /vozík	Ch ☒ 1	Ch ☐ 2	
M.	Schody	V ☐ 1	V ☐ 1	
Komunikace :				
N.	Vnímání	A ☐ 6	A ☐ 6	
O.	Vyjadřování	V ☐ 6	V ☐ 6	
Sociální adaptabilita :				
P.	Sociální interakce	N ☐ 5	N ☐ 5	
Q.	Řešení problémů			
R.	Paměť			
Celkové skóre :		23	25	

Legenda :
ch = chůze A = auditivní V = verbální
v = vozík V = vizuální N = neverbální

Poznámka : Je-li klient z důvodu jakéhokoli rizika netestovatelný zapisujeme 1.

Příloha 2: Funkční míra nezávislosti (grafické znázornění) – ad kasuistika I.



Příloha 3: Funkční míra nezávislosti – ad kasuistika II.

Funkční míra nezávislosti
(Functional independence measure (FIM))

Jméno : D **RČ :** _____
Dg. : _____

Ú R O V N Ě	7	úplná nezávislost (opakovaně a bezpečně)	bez asistence
	6	modifikovaná nezávislost (pomůcka)	
	5	částečná závislost : potřebný dohled	s asistencí
	4	minimální dopomoc (klient = 75 % +)	
	3	mírná dopomoc (klient = 50 % +)	
	2	závislost : výrazná dopomoc (klient = 25 % +)	
	1	úplná závislost (klient = 0 % +)	

		Vstupní výř. Datum	Výstupní výř. Datum	Následná péče Datum
Soběstačnost :				
A.	Příjem potravy	5	6	
B.	Osobní hygiena	4	5	
C.	Koupání, sprchování	2	4	
D.	Oblékání horní poloviny těla	4	5	
E.	Oblékání dolní poloviny těla	2	5	
F.	Použití WC	2	6	
Sfinktery :				
G.	Kontinence močového měchýře	Část I: 2 Část II: 2	Část I: 7 Část II: -	
H.	Kontinence konečníku	Část I: 5 Část II: -	Část I: 7 Část II: -	
Mobilita :				
<i>Přesuny :</i>				
I.	Postel, židle, vozík	3	6	
J.	WC	3	6	
K.	Vana, sprcha	2	5	
<i>Lokomoce :</i>				
L.	Chůze / vozík	Ch: ☒ 1 V: ☐	Ch: ☒ 6 V: ☐ 3	
M.	Schody	Ch: ☐ 1 V: ☐	Ch: ☐ 3 V: ☐	
Komunikace :				
N.	Vnímání	A: ☐ 1 V: ☐	A: ☐ 5 V: ☐ 5	
O.	Vyjadřování	V: ☐ 1 N: ☐	V: ☐ 5 N: ☐ 5	
Sociální adaptabilita :				
P.	Sociální interakce	5	5	
Q.	Řešení problémů	4	4	
R.	Paměť	3	4	
Celkové skóre :		56 ± 3,1	94 ± 5,2	

Testovala :

Legenda :

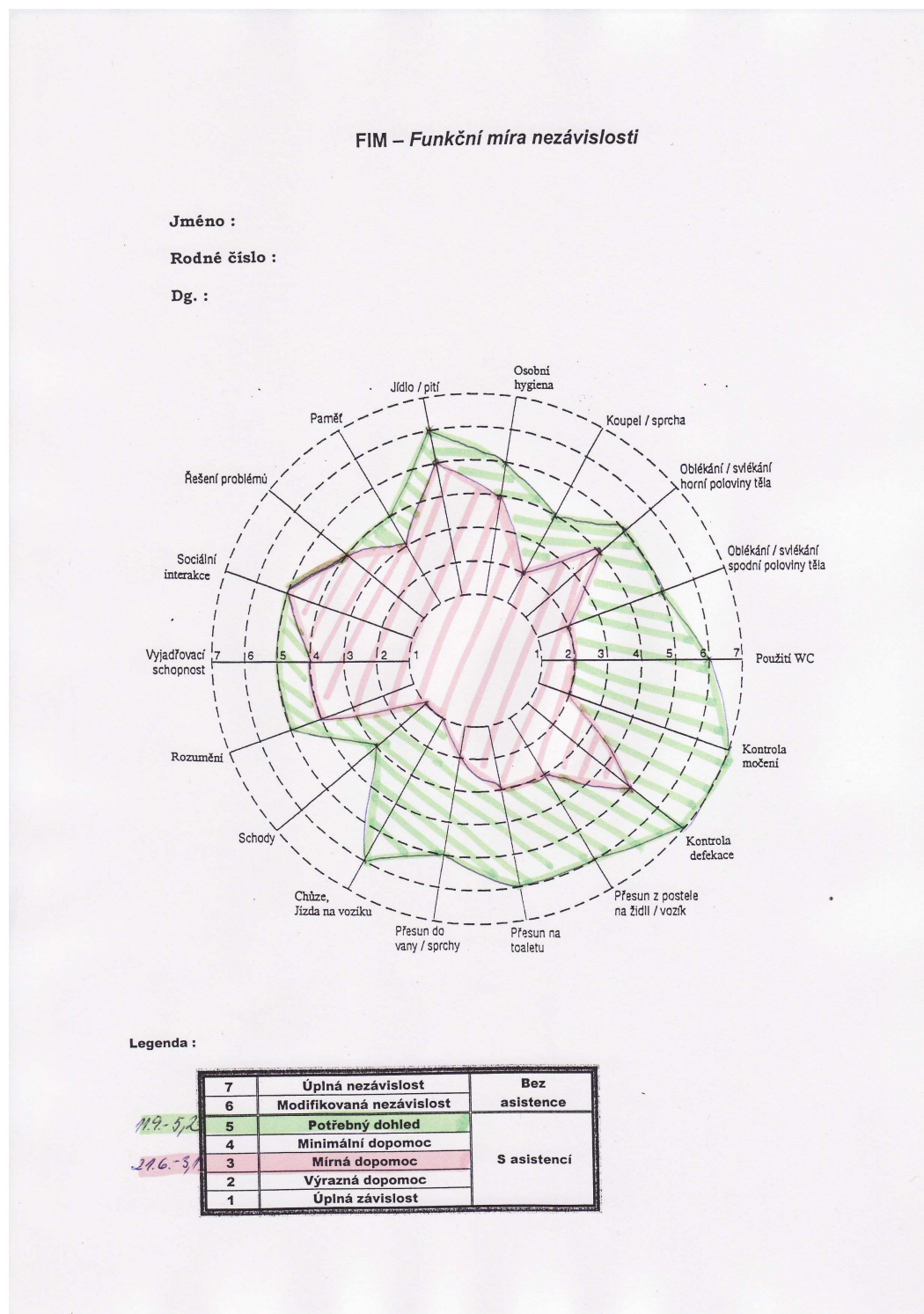
ch = chůze
v = vozík

A = auditivní
V = vizuální

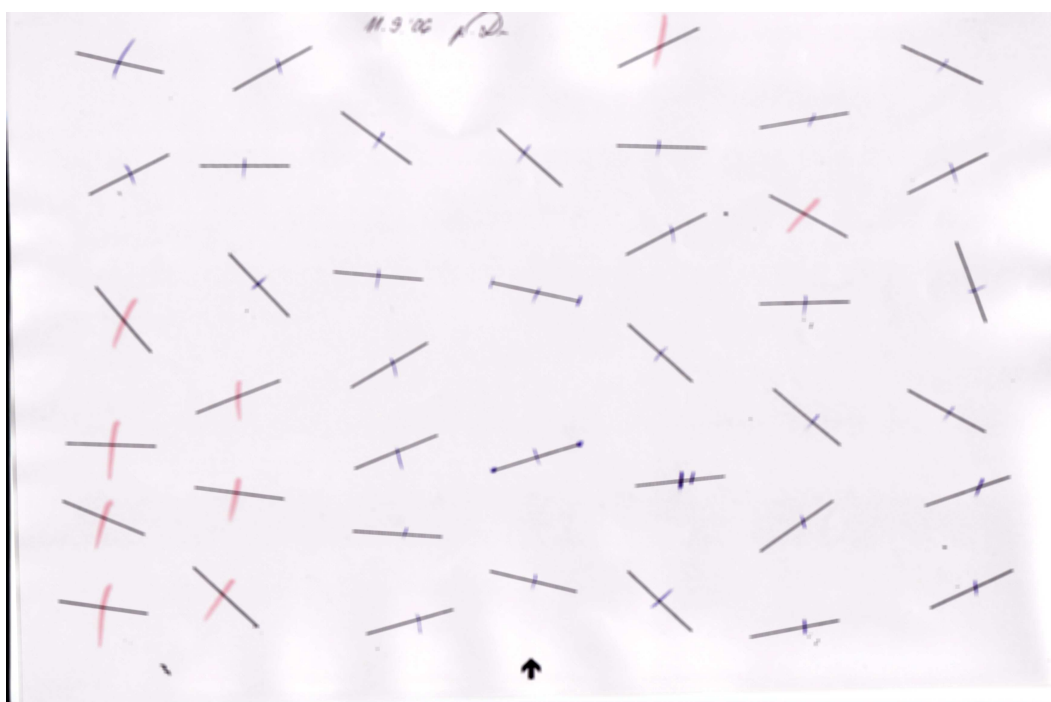
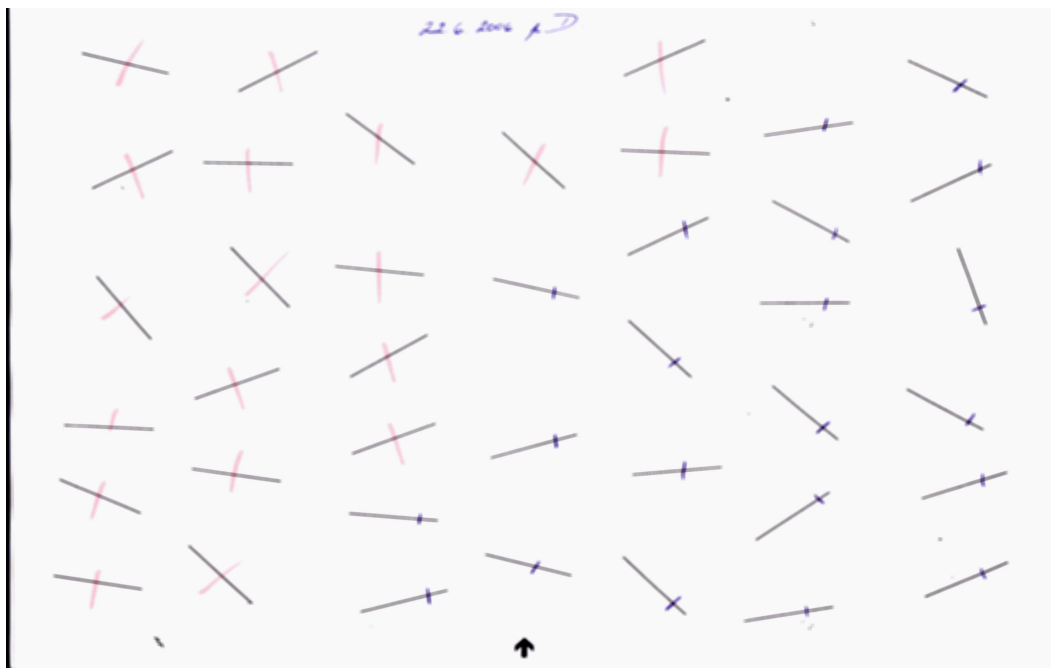
V = verbální
N = neverbální

Poznámka : Je-li klient z důvodu jakéhokoli rizika netestovatelný zapisujeme 1.

Příloha 4: Funkční míra nezávislosti (grafické znázornění) – ad kasuistika II.



Příloha 5: Subtesty neglekt syndromu – ad kasuistika II.



Příloha 6: Fotografie „Vstup do Homerton University Hospital“



Příloha 7: Fotografie „Návštěva londýnské ergoterapeutky v bytě seniora“



Příloha 8: Ukázka zápisu domácí návštěvy ergoterapeuta v UK

HOMERTON UNIVERSITY HOSPITAL NHS TRUST ACUTE OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE HOME VISIT REPORT

1

Name: _____ Address: _____, Church Crescent, Hackney Tel No: _____	DOB: _____ Hosp. No: _____ Ward: Eryning Assessment & Rehabilitation Unit Date of visit: 10.3.2006
Purpose of visit: To assess risk of falls, transfers and mobility in Ethelca's home environment	Present on Visit: (patient) (OT)

HOME ENVIRONMENT:
Number of floors: 2
Layout of Property:
 ground floor: hallway, kitchen, toilet, lounge, back garden stairs
 first floor: bathroom with toilet, bedroom, spare room, 2nd bedroom (not in use)
Hallway: laminated flooring, 2 mats, narrow space between stairs and fridge in the hallway
Toilet: 18" toilet and sink
Kitchen: L-shaped kitchen worktop, mats alongside the worktop, dining table with dining chairs, perching stool
Lounge: L-shaped carpeted room with large fringed rug on top, 2 sofas dining table and chairs, telephone on one of the dining chairs, TV. There is a step access to the garden via lockable door.
Stairs: 14 stairs with a mop stick rail. There is a banister on the right when ascending. On the left side of the stairs there is a banister by the top 4 steps and open space (no wall) by the bottom 4 steps.
Bathroom: 16" toilet with radiator on the left side and sink on the right, bath with el. shower.
Bedroom: double divan (16" height), telephone on bedside table, bucket by the bed for night toileting
Identification of risk areas:

- the raised laminated flooring creates trip hazard when going to the hallway from kitchen or from lounge
- there is mop stick rail only on one side of the stairs which makes the mobility very slow and difficult
- Ethelca takes the bedroom telephone to bathroom when doing personal care, which could cause tripping hazard due to trailing cables
- Toilet is too low, Ethelca pushes up from the radiator and sink to get off the toilet
- Bath board not in use, Ethelca does not know how it should be used, she steps over the edge of bath to get in
- Family is planning to buy a new bed, height might not be suitable for easy transfers Ethelca needs to be involved so a correct height is chosen
- Ethelca has difficulties getting up and down the stairs, there is banister only on one side

SOCIAL SUPPORT:
Lives with: alone
 Ethelca attends Knitting club and meets friends in the local church.

S:\Therapies\OT reports\2006\Foye, E.doc

HOMERTON UNIVERSITY HOSPITAL NHS TRUST ACUTE OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE HOME VISIT REPORT

2

Current Functional Abilities:
Mobility: Ethelca does "furniture walking" indoors and uses walking stick for outdoors. Mobilises slowly and with considerable effort on stairs but is safe holding onto one banister, stepping slightly sideways.
Transfers: toilet downstairs – no difficulties
 Toilet upstairs – with minimal difficulties, has to push up from sink and radiator to get off
 Dining chair – no difficulties
 Bed – no difficulties
Personal Care: independent
Domestic: independent
Cognitive/mental state: Ethelca is cognitively intact, positive and active person.

Problems Identified:	Action to take:	Date completed:
- the raised laminated flooring creates trip hazard when going to the hallway from kitchen or from lounge	- Ethelca has to take extra care in these areas as nothing else can be done. OT explained to Ethelca.	10.3.2006
- Ethelca takes the bedroom telephone to bathroom when doing personal care, which could cause tripping hazard due to trailing cables	- family to consider buying cordless portable telephone	
- Toilet is too low, Ethelca pushes up from the radiator and sink to get off the toilet	- OT to order 4" Raised Toilet Seat	14.3.2006
- Bath board not in use, Ethelca does not know how it should be used, she steps over the edge of bath to get in	- OT demonstrated safe bath transfer and Ethelca practiced it. OT to order bath grab rail.	10.3.2006 14.3.2006
- Family is planning to buy a new bed, height might not be suitable for easy transfers.	- OT advised Ethelca to be involved in bed purchase so a correct height is chosen	
- Ethelca has difficulties getting up and down the stairs, there is mop stick rail only on one side	- Ethelca to contact Social Services (Samantha) for stairlift if stairs transfers become even more difficult	
- Ethelca reports multiple falls at home, not aware what the cause is. She is reluctant to use walking stick at home as she feels that it is an obstacle when handling objects.	- Ethelca referred to Falls Group - OT recommended to trial use of stick for 2 weeks and report back to therapists.	10.3.2006

Summary:
 Ethelca is an independent living lady experiencing falls at home. Her home environment has been assessed for falls risk and she has been referred to Falls Group to improve the strength in lower limbs and overall exercise tolerance.

S:\Therapies\OT reports\2006\Foye, E.doc

Příloha 9: Fotografie „ Skupinové vaření na Stroke Unit“

