

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ERGOTERAPIE

Možnosti uplatnění ergoterapeuta na odděleních v nemocnici

Possibilities of Utilizing an Occupational Therapist in Hospital  
Wards

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Bc. Milada Červenková

Autor:

Iva Burianová, DiS.

Praha 2008

Jméno a příjmení autora: Iva Burianová, DiS.

Obor Ergoterapie, rok imatrikulace 2005

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Milada Červenková

Oponent: \_\_\_\_\_

Počet stran: 43 (čistého textu)

Název bakalářské práce:

Možnosti uplatnění ergoterapeuta na odděleních v nemocnici

Possibilities of Utilizing an Occupational Therapist in Hospital Wards

Abstrakt bakalářské práce:

Cílem této bakalářské práce je přiblížit lidem pracujícím v nemocnici ergoterapii a ukázat intervenci ergoterapeuta v praxi. Snaží se najít odpovědi na otázku: Co je to ergoterapie a v čem může být práce ergoterapeuta v nemocnici přínosem?

V praktické části jsou zpracovány výsledky dotazníku, který jsem poslala vybraným nemocnicím. Otázky jsou zaměřeny na zaměstnávání ergoterapeutů v nemocnicích. Dále jsem vypracovala informační leták „Uplatnění ergoterapeuta na odděleních v nemocnici“.

Klíčová slova:

Ergoterapie, intervence ergoterapeuta, nemocnice

Summary:

The aim of this bachelor thesis is to introduce occupational therapy to hospital professionals and manifest occupational therapist's intervention in practice. The paper attempts to answer a question: What is occupational therapy and how can occupational therapist's work benefit a hospital?

Paper's practical section includes processed replies to a questionnaire that I had distributed to hospitals of choice. The questions deal with employment of occupational therapist's at hospitals. Furthermore, I designed a handout on „Service of an Occupational Therapist at a Hospital Wards“.

Keywords:

The occupational therapy, occupational therapist's intervention, the hospital

**Poděkování autora:**

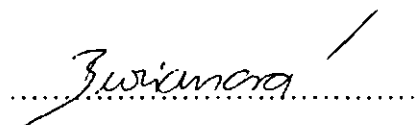
Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem těm, kteří mě podpořili při psaní této bakalářské práce. Velký dík náleží mé vedoucí práce Bc. Miladě Červenkové za pochopení a velkou snahu mi pomoci. Také bych chtěla poděkovat svým drahým rodičům za jejich finanční i psychickou podporu během mého studia.

**Čestné prohlášení autora:**

Prohlašuji tímto, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v seznamu literatury veškerou použitou literaturu a další zdroje.

Souhlasím také s použitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze dne 24. června 2008

.....

# Obsah

1. ÚVOD	5
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	
3.1. Historie ergoterapie	8
3.2. Obecně o ergoterapii	8
3.3. Ergoterapeut a ostatní členové multidisciplinárního týmu	11
3.4. Vybrané metody a přístupy užívané v ergoterapii	14
3.4.1. <i>Metody a přístupy zaměřené na fyzické postižení</i>	15
3.4.2. <i>Metody a přístupy zaměřené na psychosociální dysfunkce</i>	17
3.5. Kódy výkonů ergoterapeuta pro pojišťovny	18
3.6. Intervence ergoterapeuta v nemocnici	19
3.7. Intervence ergoterapeuta u poruch kognitivních a percepčních funkcí	20
3.7.1. <i>Pozornost</i>	22
3.7.2. <i>Paměť</i>	23
3.7.3. <i>Orientace</i>	24
3.7.4. <i>Jednostranný neglekt syndrom</i>	24
3.7.5. <i>Agnosie</i>	25
3.7.6. <i>Apraxie</i>	26
3.7.7. <i>Další kognitivní a percepční funkce</i>	27
3.8. Intervence ergoterapeuta při nácviu všedních denních činností – ADL	28
3.9. Intervence ergoterapeuta u tréninku jemné motoriky a úchopu	31
3.10. Doporučení kompenzačních pomůcek, úprav bytu a pracovního prostředí	34
4. PRAKTICKÁ ČÁST	
4.1. Dotazník	37
4.2. Informační leták	39
5. DISKUZE	44
6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	46
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
8. PŘÍLOHY	51

# 1. ÚVOD

*„Zdravotnická zařízení stanoví diagnózu, zachrání život pacienta, provedou terapeutický zákrok. Ale u pacientu, u nichž je zřejmé, že onemocnění nebo úraz zanechají dlouhodobé či trvalé následky, neřeší tyto závažné stavy při zohlednění odborných potřeb jak léčebných, tak ostatních prostředků rehabilitace. Odborné potřeby vyžadují řešení individuální, plynulé a koordinované. Proces léčebné rehabilitace musí být zahájen již v období poskytování akutní zdravotní péče jako její nedílná součást, a to na všech pracovištích klinických oborů včetně oddělení ARO. Jde o včasnou rehabilitaci.“ (Švestková, 2005)*

Nad tématem bakalářské práce jsem začala uvažovat již během svého studia na vysoké škole. Velkým impulzem pro mě bylo to, že se naše třída neustále potýkala s neinformovaností přednášejících odborníků o našem oboru. Někteří se nás dotazovali na to, čím se náš obor zabývá a jaké bude naše uplatnění po ukončení studia. Napadlo mě tedy myšlenka, že pokud to neví ani naši přednášející, jak může být o našem oboru informován ostatní zdravotnický personál? Moje bakalářská práce a hlavně její výstup – informační leták „Uplatnění ergoterapeuta na odděleních v nemocnici“, si klade za cíl zvýšit podvědomí zdravotnického personálu o našem oboru a podpořit větší zapojení ergoterapeutů do multidisciplinárního týmu v nemocnici.

Ergoterapeuté již v některých nemocnicích pracují a jsou zde součástí terapeutického týmu. Doposud jsem se v rámci studia setkala s prací ergoterapeuta v nemocnici Liberec, kde jsem absolvovala tří týdenní praxi. Zde pracuje pět ergoterapeutek a to na spinální jednotce, na rehabilitačním lůžkovém oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných. Podobně pracují ergoterapeutky v Praze v nemocnici Motol na rehabilitační klinice tj. na dospělé části (lůžková a ambulantní část, spinální jednotka), popř. na vyžádání dochází např. na neurologii, jednotku intenzivní péče a dále působí na dětském oddělení (lůžková a ambulantní část). Z dalších zdrojů jsem se dozvěděla, že ergoterapeuté pracují také na revmatologii, např. při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, na neurologické a geriatrické klinice, např. ve fakultní nemocnici Plzeň.

Práce ergoterapeuta na výše zmíněných místech zahrnuje vstupní a kontrolní vyšetření, stanovení cílů a plánů terapie. Na základě toho trénuje ergoterapeut u pacientů především soběstačnost a samostatnost ve všedních denních činnostech (ADL),

kognitivní funkce, jemnou motoriku, úchopy a doporučuje kompenzační pomůcky. Tím usnadňuje a urychluje pacientům návrat do domácího prostředí, což má vliv na jejich psychické i fyzické zdraví.

Jsem si plně vědoma toho, že téma mé bakalářské práce je velice široké a obsáhlé. Také vím, že nejsem schopna dopodrobna popsat vše, co práce ergoterapeuta v nemocnici obnáší. Není to ani mým cílem. Chtěla bych vytvořit spíše stručný a zjednodušený přehled o práci ergoterapeuta v nemocnici a následně z něj zpracovat informační leták.

## 2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem mé práce je zlepšit informovanost zdravotnického personálu nemocnic (tedy lékaře, střední zdravotnický personál, ošetrovatelky atd.) o práci ergoterapeutů u hospitalizovaných pacientů. Toho chci dosáhnout tím, že vypracuji informační leták, který bude obsahovat stručné informace o naší profesi. Doufám, že zvýšením informovanosti podpořím vytvoření nových pracovních míst v nemocnicích pro ergoterapeuty a také jejich zapojení do multidisciplinárního týmu.

K dosažení tohoto cíle bude zapotřebí posbírat mnoho rozmanitých informací, jak z literatury, tak z praxe a vytvořit z nich jednoduchý a jasný přehled o náplni práce ergoterapeuta ve zdravotnickém zařízení.

Dalším cílem je zjistit zájem nemocnic o informace týkající se ergoterapie. Za tímto účelem vypracuji přehledný a jednoduchý dotazník. Dotazník chci poslat 30 vybraným nemocnicím a očekávám 30% návratnost – tedy 9 dotazníků.



## 3. TEORETICKÁ ČÁST

### 3.1. Historie ergoterapie

Ergoterapie je stará léčebná metoda. O povzbudivém vlivu práce, sportu a různých jiných činností na lidské zdraví věděli již starověcí lékaři, ale jako skutečně léčebnou metodu ji pravděpodobně nejprve použil dr. Ph. Pinel (1745 – 1826) ve Francii. Zasadil se o zlidštění poměrů v psychiatrických ústavech. U nás ji zaváděl v minulém století lidový léčitel Vincenc Priessnitz v lázních Jeseníky. (Pfeiffer, 1989)

Další uplatnění ergoterapie v průběhu let bylo v tuberkulózních sanatoriích, u postižených dětí, např. při epidemii dětské obrny nebo u válečných invalidů z první světové války, kteří nemohli vykonávat svá původní povolání. (Pfeiffer, 1989)

První škola, ve které se vyučovala ergoterapie, byla otevřena v roce 1925 v Chicagu a byla orientována na práci s mentálně postiženými a duševně nemocnými. Další školy byly otevřeny v Anglii v roce 1925 a později také ve skandinávských zemích. (Lippert-Grüner, 2005)

### 3.2. Obecně o ergoterapii

#### Definice

Pro seznámení s oborem ergoterapie na začátek uvádím několik definic:

1) *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“* ([www.ergoterapie.cz/dokumenty/koncepce2007.pdf](http://www.ergoterapie.cz/dokumenty/koncepce2007.pdf))

2) „Ergoterapie se zakládá na lékařském a sociálně vědeckém základě a je lékařsky předepsaný prostředek. Dá se využít u lidí každého věku s motoricko-funkčními, senzomotorickými percepčními, neuropsychologickými a/nebo psychosociálními problémy.“ (vlastní překlad)<sup>1</sup>

3) „Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, event. činnosti při léčbě jedince každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Jako důležitá součást ucelené rehabilitace přispívá k zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou.“ (Votava, 2003)

4) „Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.“ (Lippert-Grüner, 2005)

## **Cíle a úkoly ergoterapie**

„Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti pacientu v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života. Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání, se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života (ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Pro dosažení tohoto cíle je nutná interdisciplinární spolupráce ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu s lékaři, fyzioterapeuty, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, popř. se speciálními pedagogy, zaměstnavateli a ostatními profesionály. Nezbytnou součástí týmu je i sám pacient či pacient a jeho rodina či blízké sociální okolí, bez jejichž aktivní participace není možné cílů dosáhnout.“ (Votava, 2003)

---

<sup>1</sup> Vlastní překlad z německého originálu Habermann a Kolster, 2002.

*„Hlavním úkolem ergoterapeutické práce je cílený trénink vnímání a senzitivity. Ergoterapie obsahuje také poradenskou činnost. Zabývá se i sestavením a adaptací vhodných pomůcek podle individuálních potřeb pacienta. Cílem ergoterapeutické intervence je docílit prací v interdisciplinárním týmu zlepšení funkčního poškození pacienta, zabránit progresi a vzniku sekundárního poškození.“ (Lippert-Grüner, 2005)*

## **Oblasti působení ergoterapie**

**1) Ergoterapie zaměřená na výcvik soběstačnosti:** Uplatňuje se především u stavů po akutní fázi závažného onemocnění, nebo po úrazu. Pacient je omezen ve své nezávislosti. (Pfeiffer, 2001)

Výkon ve všedních denních činnostech - ADL (např. oblékání, sebesycení, příprava pokrmu, nakupování, telefonování, použití WC) je u pacienta ovlivněn i možnou dysfunkcí v jednotlivých komponentech při provádění činností. Může jít o složku motorickou (např. svalová síla, svalový tonus), senzoryckou (např. dotykové čítí, bolest), kognitivní (např. paměť, orientace, koncentrace, schopnost sledovat instrukce) nebo psychosociální (např. chování, motivace pacienta). (Votava, 2003)

**2) Ergoterapie cílená na postiženou oblast:** Jde o ergoterapii pohybových poruch, které již mohou způsobit snížení aktivit, ale také nemusí. Jde hlavně o poruchy myoneuromuskulární. (Pfeiffer, 2001)

**3) Ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice:** Ergoterapie v tomto smyslu se uplatňuje např. v psychiatrických léčebnách, v léčebnách pro nemocné se zhoubnými nádory a v geriatrii. Nejde o činnost nucenou, měla by být spíše lákavá, aby se o ni pacienti sami zajímali. (Pfeiffer, 2001)

Kondiční ergoterapie má v první řadě za úkol odpoutat pozornost pacienta od nepříznivého vlivu onemocnění a od negativních vlivů hospitalizace. Zde se využívá zejména zájmových rukodělných činností, dále společenských her a sportovních aktivit. (Votava, 2003)

**4) Ergoterapii před pracovním začleněním (předpracovní rehabilitace):** Každý občan, který onemocní nebo utrpí nějaké zranění, musí být rehabilitačně posouzen, zda u něj bude možno pracovní začlenění a za jakých podmínek. (Pfeiffer, 2001)

Dalším tréninkem pak nacvičuje ergoterapeut dovednosti nebo cílené schopnosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese. (Votava, 2003)

## Prostředky oboru ergoterapie

Votava (2003) rozděluje prostředky oboru do tří následujících oblastí:

1) Diagnostické – cílem je zjistit na základě postižení či nemoci u pacienta případnou disabilitu či riziko vzniku handicapu pomocí analýzy zbylých funkčních schopností v oblastech mobility, všedních denních činnostech (ADL), funkčního vyšetření horních a dolních končetin, vyšetření kognitivních a smyslových funkcí, zjištění zbylého pracovního potenciálu a potřeby kompenzačních pomůcek.

2) Preventivní – ergoterapeut přispívá za pomoci cíleného terapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a handicapu.

3) Terapeutické – na základě ergoterapeutického hodnocení terapeut spolu s pacientem stanoví cíle léčebného plánu, které směřují k zachování či zlepšení soběstačnosti, pracovních činností i aktivit volného času.

### **3.3. Ergoterapeut a ostatní členové multidisciplinárního týmu**

*„Multidisciplinární tým představuje skupinu odborníků, kteří v rámci pracoviště rehabilitační medicíny vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů. Práce v týmu má i u nás určitou tradici, přesto lze říci, že důležitým vzorem jsou pro nás dosud pracoviště zahraniční.“ (Votava, 2003)*

#### **Role ergoterapeuta a jeho spolupráce s týmem**

Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu spočívá kromě jeho základní náplně (viz. oblasti působení ergoterapeuta) také v motivování pacientů k činnostem a k pozitivnímu přístupu k terapii. Důležitá je také jeho celková spolupráce s jednotlivými členy týmu.

Ergoterapeut vychází z toho, že vyšetření pacienta objasní jeho omezení a pohybové potíže. Na základě tohoto vyšetření terapeut spolu s pacientem určí cíle, kterých by chtěli prostřednictvím terapie dosáhnout. Na terapeutovi je, aby naplánoval jaké zvolí činnosti, situace, adaptace a stupňování k dosažení společných cílů. (vlastní překlad)<sup>2</sup>

Je vhodné, aby ergoterapeut v zájmu pacienta spolupracoval také s jeho rodinou. Rodina po propuštění pacienta do domácího prostředí přebírá úlohu pečovatelů a proto by měla být informována o problémech a proběhlých změnách, ke kterým vlivem onemocnění dochází. Jedná se například o afázii, jednostranný neglekt syndrom, apraxii a další. Ergoterapeut může také rodině pomoci při úpravách bytu, pracovního prostředí a poradit určitá zjednodušení a zefektivnění při fyzicky náročných činnostech v rámci denní péče o člověka s postižením.

## **Lékař**

Lékař je vedoucím multidisciplinárního týmu. Jeho role spočívá jak v plánování a koordinaci práce terapeutických disciplín, tak v dokumentaci terapie a kontrole kvality rehabilitačního procesu. (Lippert-Grüner, 2005)

Lékař určuje, kteří další členové rehabilitačního týmu, tedy i ergoterapeut, se budou pacientovi věnovat a jaké výkony budou provádět. (Votava, 2003)

## **Fyzioterapeut**

Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů včetně funkcí psychických. (Votava, 2003)

Při nácviku sebeobsluhy je spolupráce fyzioterapeuta a ergoterapeuta velmi úzká a bezprostředně na sebe navazuje. Fyzioterapeut cvičí většinou velké globální pohyby končetin a trupového svalstva, zatímco detailní pohyby a používání pomůcek spadá do náplně ergoterapeuta. (Pfeiffer, 2001)

---

<sup>2</sup> Vlastní překlad z německého originálu Habermann a Kolster, 2002.

## **Logoped**

Zaměřuje se na pacienty s poruchami řečových mechanismů a nebo s poruchami kognitivních a fatických funkcí. Zabývá se oblastmi facioorální terapie, orofaciální terapie a poruchami polykání. Při postižení dominantní horní končetiny je cílem logopeda ve spolupráci s ergoterapeutem zlepšit u pacienta psaní (důležité je nacvičit podpis). (Lippert-Grüner, 2005)

Spolupráce logopeda a ergoterapeuta se také uplatňuje při nácviku soběstačnosti, kdy je důležitá komunikace např. při nakupování, telefonování. (Pfeiffer, 2001)

## **Sociální pracovník**

Sociální pracovník se zabývá sociální rehabilitací, do které patří pomoc pacientům v oblasti nároků na dávky a příspěvky, pomoc při návratu ze zařízení do rodinného prostředí, při jednání s úřady, při získávání vhodného zaměstnání. Spolupráce sociálního pracovníka s ergoterapeutem by měla být založena na vyřešení budoucnosti pacienta po propuštění z nemocnice. Ergoterapeut by měl zhodnotit stávající schopnosti pacienta, což může napomoci sociálnímu pracovníkovi v nalezení vhodné služby a pomoci pacientovi. (Votava, 2003)

## **Psycholog - neuropsycholog**

V rámci léčebné rehabilitace se zabývá oblastmi psychodiagnostiky, kognitivní rehabilitace, psychologické poradenství, psychoterapie a posuzování psychologické způsobilosti. V rámci psychodiagnostiky zjišťuje k jakým změnám v kognitivní oblasti (např. paměť, pozornost, orientace) u pacienta došlo. U kognitivní rehabilitace se zaměří na ty oblasti, které jsou u pacienta problematické a spolu s ergoterapeutem se snaží o zlepšení postižených kognitivních funkcí. (Votava, 2003)

Neuropsycholog zajišťuje diagnostiku při přijetí pacienta. V průběhu a na závěr pobytu provádí kontrolní vyšetření, kterým se hodnotí výsledky terapií ostatních členů týmu. (Kulišťák, 2003)

## **Ošetřující zdravotnický personál**

Pod ošetřujícím zdravotním personálem jsou zde myšleny všechny osoby, které pečují a ošetřují pacienty a jsou s ním během dne v kontaktu. Jedná se o zdravotní

sestry, ošetrovatelky apod. Zde je důležitá spolupráce především při polohování pacientů a udržování jejich soběstačnosti.

Ergoterapeut informuje popř. ukáže ošetřujícímu zdravotnickému personálu to, co již pacient v rámci soběstačnosti při terapiích zvládl samostatně či s dopomocí a jakým způsobem to provádí. Pacient by se sám měl snažit již během pobytu v nemocnici dostatečně samostatně vykonávat to, co se na terapiích naučil a tím stále zvyšovat svoji soběstačnost.

Ergoterapeut informuje také ošetřující zdravotnický personál o zjištěných kognitivních poruchách, které by mohli působit potíže ve vztahu pacient a ošetřující personál jako např. afázie, neglekt syndrom, porucha krátkodobé paměti, dyspraxie atd.

### **Další členové multidisciplinárního týmu**

Mezi další členy multidisciplinárního týmu můžeme zařadit speciálního pedagoga, další lékaře - specialisty (protetik, ortoped, neurolog atd.), arteterapeuta, muzikoterapeuta, osoby se stejným nebo podobným zdravotním postižením jako má pacient, dobrovolníky a další.

## **3.4. Vybrané metody a přístupy užívané v ergoterapii**

*„Ergoterapeut používá při práci s klienty četné metody a přístupy, které vycházejí z různých teorií, teoretických modelů a rámců vztahu. Teoretické modely předurčují, jaké přístupy ergoterapeut v terapii upřednostní. Každý z teoretických modelů či rámců vztahu má své klady a svá omezení a je nezbytné, aby je ergoterapeut znal a zvolil ten, který bude nejlépe vyhovovat konkrétnímu klientovi a prostředí. Je možné, aby během léčby jednoho klienta bylo postupně použito několik různých rámců vztahu. Jednotlivé metody a přístupy se v praxi prolínají a jejich výběr do značné míry závisí na vzdělání, zkušenostech ergoterapeuta, ale i na skladbě klientu a způsobu práce na pracovišti.“* ([www.ergoterapie.cz/dokumenty/koncepce2007.pdf](http://www.ergoterapie.cz/dokumenty/koncepce2007.pdf))

Metody a přístupy jsou rozdělovány dle toho, pro kterou skupinu pacientů jsou určeny. Dle výukových materiálů *Vyšetřovací metody*<sup>3</sup> (dle tohoto výukového materiálu jsou popsány i kapitoly 3.4.1. a 3.4.2.) je rozdělení metod a přístupů následující: pro fyzické postižení to jsou biomechanický, neurovývojový a kognitivně-percepční rámec vztahů. Pro psychosociální dysfunkce to jsou behaviorální, kognitivně-behaviorální, psycho-analytický a humanistický rámec vztahů.

Mimo tyto metody a přístupy může ergoterapeut při terapiích využívat i prvky muzikoterapie, taneční a pohybové terapie, arteterapie (různé výtvarné a rukodělné techniky), zooterapie nebo bazální stimulace atd.

### *3.4.1. Metody a přístupy zaměřené na fyzické postižení*

#### **1) Biomechanický rámec vztahů**

Biomechanický rámec vztahů má několik přístupů, které se mohou používat odděleně a v různých fázích léčebného programu. Nejčastěji se uvádějí: přístup stupňovaných aktivit, přístup běžných denních činností a kompenzační přístup.

Přístup stupňovaných aktivit využívá aktivity k léčebným cílům. Může se stát, že pacient tuto činnost nebude v budoucnu potřebovat v běžném životě. Nejde tedy o samotnou činnost, ale o určitý cíl, např. zlepšení určitého pohybu, výdrže ve stoji. Tento přístup vyžaduje od terapeuta nápaditost a vynalézavost.

Přístup běžných denních činností se zabývá pohybovou složkou funkčních aktivit. Přístup je založen na opakování, povzbuzování a pochvale. Jde o zlepšení dovedností jedince v běžných denních činnostech – ADL.

---

<sup>3</sup> *Vyšetřovací metody*. Výukové materiály dostupné v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, I. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.



Kompenzační přístup se snaží co nejlépe využít zbývajících schopností pacienta pomocí různých kompenzačních pomůcek. Při širším pohledu zahrnuje i další formy kompenzace včetně hospodaření s časem a energií, ochrany kloubů, rozfázování činností a přizpůsobení životního stylu. Tento přístup se spíše využívá v počáteční fázi léčby nebo pak v konečné, kdy během léčby nedošlo k vyřešení určitého problému a pacient se již vrací domů a potřebuje určitou danou činnost vykonávat.

## **2) Neurovývojový rámec vztahů**

Tato metoda je založena na principech řízení motoriky, neuro-muskulární facilitace a sensorické integrace a opírá se o vývojové teorie. Neurovývojové techniky vyžadují dostatečnou praxi.

Bobatovský přístup k léčbě hemiplegie nebo spasticity používá polohování, zatěžování, inhibiční reflexů a sensorickou facilitaci. Přístupem dochází mimo jiné ke snižování přítomnosti ilekčních patologických vzorců na horních končetinách. Terapeut facilituje pohyb za pomoci pasivních pohybů. Jde o pohyby, které vede terapeut a dávají pacientovi vjem normálního pohybu. Dále pracuje s tlakem do kloubů a dalšími postupy.

Přístup PNF (proprioceptivní neuro-muskulární facilitace) tato technika využívá polohování a diagonální vzorce pohybů ve vývojových stupních. Zdůrazňuje sensorický vstup, zrakové podněty a slovní pokyny.

Senzorická integrace klade důraz na schopnost jedince přijímat informace od okolních osob a prostředí a správně na ně reagovat. Aktivity využívají dotek, vibrace, zvuky, vůně, pachy a barvy.

Přístup Roodové zdůrazňuje taktilní stimulaci jako např. kartáčování, ledování, poklepávání, tlak, napínací reflexy. Ergoterapeuti ji využívají jako přípravu na další techniky.

Senzorická stimulace je založena na bohaté stimulaci jednoho nebo více smyslů. K navození reakce se využívá nejrůznějších barev, pachů, vůní, zvuků, textury, pohybů, vibrací blikajících světél a různé typy doteků.

### **3) Kognitivně – percepční rámec vztahů**

Tento rámec vztahů se zabývá kognitivními procesy, které umožňují člověku rozeznat, kde se nachází, poznat předměty a osoby, pohybovat se v určitém prostoru, vykonávat smysluplné pohyby atd. Patří sem mnoho různých poruch – dvě základní jsou agnosie a apraxie. Kognitivně-percepční rámec vztahů zahrnuje tři přístupy: diagnostický, zaměřený na obnovu poškozené funkce a kompenzační.

Diagnostický přístup je takový, u kterého terapeut používá testy a speciální vyšetřovací postupy. Pacient vykonává určité činnosti, které pak terapeutovi pomáhají určit typ a stupeň percepčního deficitu. Poté, co terapeut zjistí, v jaké oblasti má pacient potíže, rozhodne se, jestli se pokusí terapií zlepšit poškozenou funkci a nebo bude ztrátu kompenzovat.

Přístup zaměřený na obnovu poškozené funkce, zde záleží na druhu poškození mozku. Důležitou roli zde hraje intenzita cvičení, plasticita mozku (schopnost mozku kompenzovat postižení využitím nepostižené rezervní kapacity) a schopnost generalizace (přenesení naučených dovedností do jiné situace).

Kompenzační přístup se zaměřuje na nácvik ostatních percepčních schopností jedince a na vytváření nejrůznějších pomůcek a návodů v okolním prostředí. Pomůckami mohou být např. rozfázování úkolů do jednotlivých kroků, používání odlišných barev nebo tvarů k usnadnění identifikace předmětů.

#### *3.4.2. Metody a přístupy zaměřené na psychosociální dysfunkce*

##### **1) Behaviorální rámec vztahů**

Ergoterapeuté využívají jeho tzv. *behaviorální modifikaci* a to nejvíce u osob s mentálním postižením při nácviku jednotlivých dovedností, z kterých se poté skládá složitější činnost anebo při odstraňování chování, které je ~~pro osobu~~ její okolí

nebezpečné. U tohoto přístupu je vhodné rozdělit úkoly do jednotlivých kroků, určení jasných cílů, nalezení odměny, která je přijatelná a účelná a především důsledné dodržování programu všemi, kteří s pacientem pracují.

## **2) Kognitivně-behaviorální rámec vztahů**

Tento rámec vztahů je založen na předpokladu, že myšlení, chování a pocity jsou propojeny. Snahou je pomoci jedinci v poznání negativní emoce, pochopení jak negativní myšlení utlumuje činnosti vedoucí k adaptaci, rozvinout schopnost bránit se proti negativním myšlenkám, nahradit negativní myšlenky pozitivními atd. Přístup se opírá o současnost a je zaměřen do budoucnosti. Terapeut na pacienta působí tím, že mu doporučuje vedení deníku, zapojení do nácviku asertivity, řešení problémů, hraní rolí atd.

## **3) Psychoanalytický rámec vztahů**

Zabývá se nevědomou a podvědomou podstatou chování jedince, jeho emocí myšlenek a symbolů, které spojuje s lidmi, událostmi nebo předměty. Zkušenosti z minulosti lze analyzovat a tak vysvětlit současné chování a emoce. Ergoterapeut používá v tomto přístupu kreativní a projektivní techniky (např. výtvarné techniky, drama, pantomimu).

## **4) Humanistický rámec vztahů**

Tento přístup podporuje pacienta, aby řídil svoji terapii v největším možném rozsahu, aby přijal osobní zodpovědnost a rozhodoval se. Pacient si sám určuje cíle terapie a aktivity, které pro něj musí mít určitý osobní význam. Terapeut zajišťuje prostředky k dosažení cílů. Tento přístup je přijímán jako základní filozofie ergoterapie.

### **3.5. Kódy výkonů ergoterapeuta pro pojišťovny**

Ergoterapie v současné době má 7 kódů pro výkony, které může vykazovat pojišťovně. Tyto kódy jsou uvedeny na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ([www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005\\_493\\_vykony.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005_493_vykony.pdf))

1) Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie

Může trvat max. 45 minut, možno vykázat pouze 1krát při zahájení ergoterapie.

2) Vyšetření ergoterapeutem kontrolní

Může trvat max. 30 minut, možno vykázat 1krát za den a 4krát za čtvrtletí.

3) Individuální ergoterapie základní

Může trvat max. 30 minut, možno vykázat 2krát za den a 36krát za čtvrtletí.

4) Individuální ergoterapie s využitím dílen

Může trvat max. 30 minut, možno vykázat 2krát za den a 24krát za čtvrtletí. Pro výkon terapeutických činností je nutné odpovídající technické vybavení pracovních dílen, popř. vyčlenění pracovního prostoru v místnosti ergoterapie k zajištění potřebných bezpečnostních opatření při terapeutické činnosti.

5) Nácvik všedních denních činností – ADL

Může trvat max. 30 minut, možno vykázat 2krát za den a 48krát za čtvrtletí.

6) Ergoterapie skupinová základní

Může trvat max. 11 minut pro každého člena ve skupině, možno vykázat 2krát za den a 24krát za čtvrtletí.

7) Ergoterapie skupinová s využitím dílen

Může trvat max. 11 minut pro každého člena ve skupině, možno vykázat 2krát za den a 24krát za čtvrtletí. K výkonu je nutné odpovídající technické vybavení pracovního místa, popř. samostatných pracovních dílen.

Během přednášek v předmětu Sociální rehabilitace a legislativa jsem se od přednostky Kliniky rehabilitačního lékařství Švestkové dozvěděla, že v současné době si jsou schopni ergoterapeuté ve zdravotnických zařízeních na sebe vydělat. Je však důležité se naučit kódy pro pojišťovnu vypisovat co nejefektivnějším způsobem.

### **3.6. Intervence ergoterapeuta v nemocnici**

Ergoterapeut se v nemocnici setkává s pacienty, kteří mají nejrůznější diagnózy a tyto diagnózy mají různorodé projevy. Ergoterapeut zde může zároveň pracovat s dospělými či dětskými pacienty a provádět s nimi terapie buď individuálně nebo skupinově. Z toho všeho vyplývá, že práce ergoterapeuta v nemocnici je velmi

rozmanitá a složitá. Popsat ji a dodržet stanovený rozsah bakalářské práce by bylo velmi obtížné.

Přesto všechno jsem se rozhodla, že práci na toto téma napíši a začala jsem přemýšlet nad její formou. Pokud bych totiž popisovala projevy onemocnění u pacientů s jednotlivými diagnózami a intervencí ergoterapeuta, byla by tato práce velice rozsáhlá a v mnoha ohledech se opakující. Přemýšlela jsem tedy jak napsat práci tak, aby byla stručná a zároveň obsahovala všechny podstatné informace. Uvědomila jsem si, že i přes četnost diagnóz, s nimiž se ergoterapeut v nemocničním zařízení může setkat, se dá jeho intervence shrnout do těchto čtyř základních oblastí: trénink kognitivních funkcí, trénink jemné motoriky a úchopů, trénink samostatnosti ve všedních denních činnostech (ADL) a doporučení kompenzačních pomůcek.

V každé následující kapitole na začátku uvádím nejčastější diagnózy (abecedně seřazené), které se vztahují k problematice vyplývající z názvu kapitoly. Dále obsahují výčet oddělení, na kterých jsou hospitalizováni pacienti s výše uvedenými diagnózami a některé standardizované hodnotící testy posuzující danou problematiku.

### **3.7. Intervence ergoterapeuta u poruch kognitivních a percepčních funkcí**

Nejčastější diagnózy: bipolární afektivní porucha, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), dětská mozková obrna, Korsakovova amnézie, mentální retardace, pacienti po operacích mozkových nádorů, roztroušená mozkomíšní skleróza, traumatická poranění hlavy, virové encefalitidy atd.

Oddělení: geriatrie, jednotka intenzivní péče, neurologie, pediatrie, psychiatrie apod.

Některé standardizované hodnotící testy dle výukových materiálů Úvod do ergoterapie<sup>4</sup>:

Testy hodnotící kognitivní funkce

- Test behaviorální paměti Rivermead (RBMT) – navrhnut pro hodnocení každodenní paměti.
- Test behaviorální nepozornosti (BIT) – byl vytvořen k hodnocení jednostranného zrakového neglekt syndromu.
- MMSE (Mini-Mental State Examination) – test je využíván ke stanovení závažnosti demence a ke sledování změn kognitivních funkcí.
- Test hodin – využíván ke stanovení závažnosti demence.

Testy hodnotící percepční funkce (např. lateralitu, vnímání prostorové orientace, vnímání tělesného schématu).

- Baterie hodnocení vnímání Rivermead – vytvořen pro vyšetření zrakového a prostorového vnímání.
- C.O.T.N.A.B. (Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery) – určeno k ucelenému vyšetření neurologických funkcí.
- L.O.T.C.A. (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) – slouží k hodnocení základních kognitivních schopností u pacientů po poranění mozku.

*„Kognitivní – poznávací funkce zahrnují všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, učit se, pamatovat si a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“ (Grieve, 1996)*

Rehabilitace kognitivních a percepčních poruch má mnoho podob. Uplatnění ergoterapeuta v této oblasti je poměrně rozsáhlé a je zaměřeno na aktivity, ve kterých se projevuje vliv poruchy základních kognitivních funkcí. Ergoterapeut vychází při sestavování plánů tréninku kognitivních funkcí z výsledků psychologického vyšetření, ale současně používá i své vlastní diagnostické postupy. (Faktorová, 2003)

---

<sup>4</sup> Úvod do ergoterapie. Výukový materiál dostupný v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.

### 3.7.1. Pozornost

Při automatických činnostech se lehčí potíže nemusí objevit. Při činnostech nových, neznámých, při kterých je požadováno řešení problému, se však prokáží. Těžší potíže se projeví již při důvěrně známých denních činnostech v prostředí, na které je pacient zvyklý. (vlastní překlad)<sup>5</sup>

Při každé denní činnosti je nutné udržet pozornost. Poruchy pozornosti mohou negativně ovlivnit celkovou schopnost pacienta vykonávat činnosti a učení se novým věcem. Z toho důvodu má cílený trénink pozornosti přednostní postavení při tréninku kognitivních funkcí. (vlastní překlad)<sup>5</sup>

*„Problémy s pozorností zahrnují neschopnost zaměřit pozornost na určitou činnost a přesunout pozornost z jedné aktivity či události na druhou. Úkoly, které vyžadují větší duševní úsilí, se stávají obtížné a ty činnosti, které byly dříve vykonávány automaticky, vyžadují vědomou kontrolu pozornosti.“ (Grieve, 1996)*

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii poruchy pozornosti:

Na udržení pozornosti má vliv motivace a emoční stav pacienta. Ergoterapeut využívá hlavně selektivní trénink pozornosti - intenzivní cvičení za pomoci jednoduchých úkolů (např. škrtačí, kroužkovací úlohy – kdy jde o vyznačení písmen, tvarů nebo číslic, hledání cesty v bludišti, skládání obrázků, geometrických tvaru). Terapeut dále provádí učení aktivního vyhledávání podnětů a jejich rozlišování. Záleží na terapeutovi jak si jednotlivá cvičení obmění nebo vymyslí nová. Při cvičeních je také důležité, aby terapeut udržoval s pacientem oční kontakt. (Faktorová, 2003)

Ergoterapeut může také využít vnitřní kompenzační strategie (hesla, povely atd.) nebo vnější kompenzačních strategie (vizuální a zvukové). Terapeut pacientovi doporučuje, aby popsal celou činnost krok po kroku a následně vše písemně zaznamenal. Měl by také upravit vnější prostředí, což znamená např. odstranění rušivých podnětů a vnitřní prostředí, což znamená redukce bolesti, utišení hladu, žízně atd.. (Faktorová, 2003)

---

<sup>5</sup> Vlastní překlad z německého originálu Habermann a Kolster, 2002.

Při tréninku pozornosti využívá terapeut různých činností, kdy se zaměří na jejich stupňování v oblasti složitosti, délky trvání, volbě rušivých vlivů, vkládání pauz atd. Během pauzy pacienta pozoruje a zaznamenává si dobu, kterou potřeboval k tomu, aby se opět zregeneroval. Zaznamenává si také kvalitu a kvantitu činnosti (mnoho pacientů na začátku pracuje rychle, ale dělá mnoho chyb). (vlastní překlad)<sup>6</sup>

### 3.7.2. Paměť

Kulišťák (2003) uvádí následující typy paměti:

- Podle analyzátorů – paměť zraková, sluchová, hmatová, čichová ...
- Podle předpokládané doby uchování paměťového záznamu – paměť krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá. Kanadský psycholog Endel Tulving rozdělil dlouhodobou paměť ještě na epizodickou (zapamatování si konkrétních událostí) a sémantickou (týkající se všech našich vědomostí o světě a schopnosti jejich vybavení).
- Dělení na paměť deklarativní (slouží k zapamatování údajů a událostí, tedy odpovědi na otázky „kdo, co“) a nedeklarativní (zabezpečuje zapamatování všeho ostatního, tážeme-li se „jak“).

*„Způsob, jakým funguje paměť jednotlivce, závisí z velké části na životních zkušenostech a na konkrétních kognitivních požadavcích každodenního života této osoby. Normální paměť není celkově dobrá nebo celkově špatná. Lidé si některé věci pamatují dobře a jiné hůře. Modely se různí.“* (Grieve, 1996)

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii poruch paměti:

Trénink paměti vždy souvisí s rehabilitací pozornosti a koncentrace. Zpočátku se terapeut více zaměří na senzoryckou paměť (vizuální, zvukovou atd.) – volí např. hru pexeso, zapamatování si určitých zvuků, Kimova hra (ukázání určitého počtu věcí, zakrytí a pacient si jich má co nejvíce zapamatovat). (Faktorová, 2003)

---

<sup>6</sup> Vlastní překlad z německého originálu Habermann a Kolster, 2002.



Dále terapeut volí nácvik opakování, pacient by se měl naučit danou věc opakovat. Terapeut musí zjistit, kolikrát je potřeba informace zopakovat, aby paměť pacienta dosáhla běžné úrovně. Terapeut může chtít po pacientovi, aby si zapamatoval určité ukázané věci, údaje z terapeutem čteného textu, detaily určitého obrázku. Je vhodné, aby cvičení byla neměnná, úkol byl rozdělen na jednotlivé kroky a tyto kroky, podle závažnosti postižení paměti, může pacienta učit samostatně. (Faktorová, 2003)

Dále při nácviku mohou pomoci vnější pomůcky (např. záznamové lístky, diáře, kalendáře, deníky, různé poznámkové bloky, seznamy, kalkulačky a budíky) anebo vnitřní pomůcky (např. vytvoření si určitých asociací, vztahů mezi slovy, rýmování, mnemotechnické pomůcky, vizuální představy). (Faktorová, 2003)

### 3.7.3. *Orientace*

Jde o určování osob, místa, času a situace. Pacient neví, který je den, kolik je hodin atd. To mu může dělat potíže v následujících činnostech: např. není schopen dodržovat smluvené schůzky, najít určité místo. Pacient je zmatený, nepoznává své příbuzné. (Hamáčková, 2005)

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii poruch orientace:

Při poruše orientace si má pacient důležité základní informace během dne opakovat, může pomoci i kalendář. Rodinní příslušníci mu mohou přinést různé předměty vztahující se k minulosti pacienta (např. obrázky, fotografie, hračky, věci dle volnočasových aktivit či využívané v zaměstnání pacienta). Tyto předměty pak pacient za pomoci hmatu zkoumá, terapeut slovně popisuje jeho použití, umístění v prostoru. Vhodné je využití puzzle, karty, domino. (Faktorová, 2003)

### 3.7.4. *Jednostranný neglekt syndrom*

*„Při lézích pravého parietálního laloku je typickou poruchou tzv. unilaterální neglekt, projevující se zanedbáváním levé poloviny jak vlastního těla, tak prostoru vůbec. Pacient s takovým příznakem si např. neobléká levou stranu těla, nevyjídá levou polovinu talíře, nečte levou polovinu textu.“* (Kulišťák, 2003)

Vyšetřování pacienta s neglekt syndromem vyžaduje pozorování chování, abychom mohli určit jednotlivé charakteristiky syndromu, který vykazuje konkrétní

pacient. Neglekt se může totiž objevovat v různých modalitách. Pacient může trpět sluchovým nebo taktilním neglektem. (Grieve, 1996)

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii jednostranného neglekt syndromu:

Během terapie by měl ergoterapeut k pacientovi přistupovat a podněcovat ho z postižené (tedy levé) strany. Měl by provádět stimulaci levé poloviny těla, hlavně horní končetiny např. kartáčováním, míčkováním a aproximací. Terapeut používá zrcadlo, natáčení hlavy na postiženou stranu, opakování tělesného schématu, různé úkoly za pomoci tužky a papíru, které jsou umístěny přesně v polovině před pacientem (např. vyhledávání určitých objektů, překreslování obrázků, vybarvování). (Nováková, 2008)

Při využití jiného přístupu bude ergoterapeut klást věci na nepostiženou stranu, aby si byl jist, že pacient danou věc vidí (např. talíř s jídlem, pití, zadání úkolu, knihu). (Krivošíková, 2006)

### 3.7.5. Agnosie

*„Agnosie je neschopnost rozeznávat předměty a obličeje. Agnosie jedné modalit (např. zrakové) může být kompenzována využíváním těch, které postižené nejsou (např. hmatem, sluchem).“* (Grieve, 1996)

Pacient se zrakovou agnosií má problémy při rozeznávání svých osobních věcí, jako je například obsah příruční tašky. Pacient může být schopen běžné předměty používat, ale nebude je umět pojmenovat. (Grieve, 1996)

Taktilní agnosie (astereognosie) je neschopnost rozeznávat předměty hmatem bez zrakové kontroly (čítí je v pořádku). Pacient má potíže např. při zapínání zipu, pokud se na tuto činnost nedívá nebo při hledání mince v kapse. Sluchová agnosie je neschopnost poznat známé zvuky nebo různé zvuky rozlišovat. Pacientovi může činit potíže sledovat rozhovor, kdy mluví více lidí. Může nechat zapnuté elektrické spotřebiče s hlasovým výstupem jako např. TV, rádio. Při olfaktorní agnosii není pacient schopen rozeznat známé pachy a vůně. (Grieve, 1996)

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii agnosie:

Terapie se zaměřuje na úkoly, při kterých je pacient nucen používat zrak pro správné provedení (např. puzzle, porovnávání dvou obrázků a hledání toho, co chybí). (Nováková, 2008)

Terapeut stimuluje pacienta rozličnými předměty z různého materiálu s vyloučením zraku. U sluchové agnosie se používají nejrůznější nahrávky zvuků, popř. terapeut nějaké zvuky sám vytváří. U čichové agnózie stimuluje pacienta různými vůněmi a pachy. (Nováková, 2008)

### 3.7.6. Apraxie

*„Pohybové poruchy, které je možno pozorovat, jestliže pacient provádí komplexní pohyby podle pokynu nebo má pohyb imitovat. Poruchy pohybu však nesmí být způsobeny změnou svalového tonu, třesem nebo poruchou koordinace. Apraxie se projevuje pokud po pacientovi požadujeme spojení více jednoduchých pohybů.“* (Grieve, 1996)

Dělení apraxie, které uvádí Grieve (1996):

#### 1) Motorická apraxie

Postižení pohybu při provádění cílených činností při normálním svalovém tonu, normálním čítí a při správném pochopení úkolu.

A) Ideomotorická apraxie – jde o poruchu plánování, časování a prostorové organizace cílených pohybů. Pacient není schopen provést, co se po něm žádá, i když úkolu rozumí. U pacienta, pokud přechází z jednoho úkonu na druhý, se běžně objevuje opakování prvního úkonu. Ve známém prostředí provádí pacient běžné úkoly bez problémů, automaticky. Takže pokud se nepřidruží další problémy, je pacient schopen fungovat v domácím prostředí, jen je třeba dbát o jeho bezpečnost.

B) Ideatorní apraxie – porucha provádění smysluplných pohybů, která vzniká jako následek ztráty plánu pohybu. Pacient není schopen provádět činnosti, při kterých je zapotřebí použití určitých předmětů. Pacient bez potíží předmět pojmenuje a popíše jeho funkci, ale prakticky ho není schopen použít. Jednoduché úkony provede pacient v domácím prostředí plynule a správně. Skládá-li se však činnost z několika po sobě jdoucích úkonů, pacient neprovede jednotlivé kroky ve správném pořadí.

#### 2) Konstrukční apraxie

Porucha při organizaci komplexní činnosti v prostoru. Pro pacienta je obtížné činnost začít a během činnosti se objevují perseverace (opakování úkonu či pohybu). Těžká konstrukční apraxie narušuje všechny běžné denní činnosti.

### 3) Apraxie v oblékání

Problém spočívá v plánování pohybů nutných k oblékání. U tohoto typu apraxie dochází často k rychlému zlepšování, jestliže cvičíme tuto činnost s pacienty v časných fázích po cévní mozkové příhodě.

Problémem, který znevýhodňuje apraktické pacienty, je snížená možnost se dorozumět prostřednictvím komunikačních gest. Toto je ještě důležitější, jestliže zvážíme, že zhruba 80% pacientů s apraxií jsou také afatici, a že leckdy neverbální komunikace je u lidí s postižením řeči jediným možným prostředkem dorozumět se s okolím. (Škopcová, 2000)

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii apraxie:

Léčebná intervence je založena na nácviku gest. V první fázi se nacvičuje používání běžného předmětu. Tato první fáze je rozdělena do tří částí:

- 1) Pacient je požádán, aby ukázal, jak používá běžný předmět (např. lžíci).
- 2) Pacientovi je ukázán obrázek, na kterém je předchozí předmět používán při činnosti. Pacientovým úkolem je tuto činnost předvést.
- 3) Pacientovi je ukázán obrázek, na kterém je pouze předmět (lžíce). Pak je požádán, aby předvedl, jak se předmět používá.

(Škopcová, 2000)

Každá fáze obsahuje 20 položek, pokud jich pacient zvládne 17, může pokračovat dále. V druhé fázi se trénují symbolická gesta. I toto cvičení je rozděleno do tří částí podobných těm předchozím. Ve třetí fázi dochází k trénování nesymbolických gest. Pacient je požádán, aby napodobil gesto, které předvede terapeut. Celkem je zadáno 12 gest, přičemž 6 z nich jsou gesta statická a 6 z nich gesta dynamická. (Škopcová, 2000)

### 3.7.7. Další kognitivní a percepční funkce

Mezi další kognitivní a percepční funkce, které mohou být díky postižení či úrazu porušeny patří např.: rozpoznávání, ukončení aktivity, řazení, kategorizace, uspořádání pojmů, prostorová orientace, řešení problémů, učení se, generalizace, zrakové vnímání (barvy, hloubka, kontrast figury a pozadí, stálost tvarů), tělesné schéma. (Hamáčková, 2005)

### **3.8. Intervence ergoterapeuta při nácviku všedních denních činnosti - ADL**

Nejčastější diagnózy: ablace mammy, amputace dolních končetin, amputace horních končetin, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), deprese, dětská mozková obrna, kardiovaskulární potíže, kraniotrauma, pacienti po operaci totální endoprotézy, parézy/plegie periferních nervů, poranění míchy, roztroušená skleróza mozkomíšní atd.

Oddělení: geriatric, chirurgie, interna, jednotka intenzivní péče, neurologie, ortopedie, pediatrie, psychiatrie, revmatologie apod.

Některé standardizované hodnotící testy dle výukových materiálů Úvod do ergoterapie<sup>7</sup>:

- Hodnocení ADL podle Kennyové – test určující samostatnost v oblasti funkcí ADL nezávisle na druhu onemocnění.
- Bartlův Index – široce rozšířen pro svou jednoduchost a rychlou administraci, neměl by však být používán samostatně.
- Funkční míra nezávislosti (FIM) – hodnotí schopnosti lokomoce a aktivity denního života s funkcemi kognitivními.
- Rivermead ADL Index – validní jenom pro pacienty po cévní mozkové příhodě
- Katův Index – široce používán, hodnotí pouze pADL.
- A-ONE – ergoterapeutické neurobehaviorální hodnocení ADL.
- AMPS (Assessment of motor and process skills) – inovovaná metoda pozorování, vytvořena pro ergoterapii, hodnotí výkon zaměstnávání.

---

<sup>7</sup> Úvod do ergoterapie. Výukový materiál dostupný v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.

Tyto činnosti zahrnují oblasti běžného života které nás činní více či méně nezávislymi na druhých osobách. Ztráta schopnosti starat se sám o sebe a o své vlastní potřeby, být schopen existovat a poradit si v prostředí, kde žijí, může vyústit ve ztrátu sebeúcty. Osoba se stává závislá na svém okolí. To vede k pocitu infantilnosti a zároveň je v tomto ohledu vyvíjen tlak na partnera a rodinu pacienta, jsou tak postaveni do role ošetřovatelů a pečovatelů. (Hamáčková, 2005)

Dělení ADL dle výukových materiálů Úvod do ergoterapie<sup>8</sup>:

- Personální všední denní činnosti (pADL)

osobní hygiena (mytí obličeje, čištění zubu, česání, make-up, holení), koupání, sebesycení, použití WC, oblékání, přesuny a mobilita.

- Instrumentální všední denní činnosti (iADL)

nakupování, domácí práce, vaření a příprava jídla, praní, manipulace s penězi, telefonování, sociální interakce, záliby, příprava a užívání léků, jízda autem, transport (použití dopravy).

Během terapie ADL je nutné respektovat pacientovo osobní přání a zvyklosti. Ergoterapeut by se měl vyvarovat frustrace ze selhání u pacienta, a to tak, že postupuje vpřed v rámci jeho schopností.

Pacient by se měl již v nemocnici naučit zvládat osobní hygienu, použití toalety, oblékání, svlékání a sebesycení. U osob s omezenou pohyblivostí je také zapotřebí zvládnout přesuny. Jedná se o přesuny: např. mezi lůžkem a křeslem (toaletní židlí) a zpět, mezi lůžkem a vozíkem i zpět, toaletou a vozíkem. Pokud toho pacient není za žádných okolností schopen zvládnout sám, terapeut se věnuje osobě pečující a snaží se jí pomoci najít co nejlepší způsob jak přesun provést bez nadměrné námahy a zátěže. (Jersáková, 2005)

---

<sup>8</sup> Úvod do ergoterapie. Výukový materiál dostupný v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.

Ergoterapeut by měl pacientovi vysvětlit, jak co nejefektivněji dosáhnout požadovaného cíle. Měl by brát ohled na pacientovu poruchu, jeho schopnosti a možnosti. U některých pADL je možno navrhnout určité zjednodušení. Řešením je také výběr vhodné kompenzační pomůcky (viz. kapitola 3.9.). Posouzení jednotlivých možností a následné doporučení je pak na ergoterapeutovi.

Některé rady pro zjednodušení pADL uváděné Jersákovou (2005):

- Při oblékání -> vyvarovat se knoflíkům, zipům, raději volit jiné alternativy jako např. suché zipy, oblečení bez zapínání na gumu, u lehčích forem na zip upevníme kroužek. Muži mohou mít košile na knoflíky již zapnuté a pouze si je přetáhnout přes hlavu, to lze udělat i s kravatou. Oblečení volit spíše z přírodních látek sajících pot, nebezpečné mohou být široké a plandavé rukávy a nohavice u kalhot. Při oblékání ponožek se doporučuje použít ručník složený na třetiny.
- Při obouvání -> boty by měly být na dobrých, neklouzavých podrážkách a bez tkaniček (či speciální tkaničky). Obouvací lžiči vybírat s delší rukojetí, která je již běžně k dostání.
- Při sycení -> volit spíše hluboké talíře, místo příboru lžiči nebo různě uzpůsobené příbory, např. hliníková lžiče jde různě ohnout, širší místo pro držení příboru. Pomůže také položení talíře na protiskluznou podložku.
- Při pití -> volit brčko, láhev s pítkem. Dále hrnky s různě tvarovanými oušky, různě široké sklenice. K přenášení jídla a pití volit spíše pojízdný vozík.
- Při osobní hygieně -> volit spíše elektrický kartáček na čištění zubů, hřeben s delší rukojetí, při mytí obličeje používat žínku místo rukou, při malém rozsahu pohybu je vhodnější delší hadice u sprchy.
- Při přípravě jídla -> používat modifikované otvírače na konzervy, šroubovací láhve, odlehčené nádobí.
- Atd.

Pokud má pacient problémy při iADL, bylo by nejefektivnější je nacvičovat v pacientových domácích podmínkách. Při pobytu pacienta v nemocnici na to většinou z časových důvodů není prostor. Proto se na to většinou specializují následná rehabilitační zařízení (rehabilitační kliniky, denní rehabilitační stacionáře, rehabilitační centra).

### **3.9. Intervence ergoterapeuta u tréninku jemné motoriky a úchopů**

Nejčastější diagnózy: amputace části ruky, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, dětská mozková obrna, komplikované zlomeniny na kostech ruky, neurodegenerativní onemocnění, parézy/plegie periferních nervů, Parkinsonova nemoc a syndrom, poranění míchy v oblasti krční páteře, poruchy senzoričké integrace, roztroušená mozkomíšní skleróza, systémový lupus erytrematosus, záněty karpálního tunelu apod.

Oddělení: geriatric, chirurgie, jednotka intenzivní péče, neurologie, pediatrie, revmatologie apod.

Některé standardizované hodnotící testy, které uvádí Lippert-Grüner (2005), Kolečusová (2007) a Pfeiffer (2001):

- Hodnocení svalové síly dle Medical Research Council – možnost rychlého provedení při hodnocení svalové síly.
- Rivermeadské vyšetření motoriky – posouzení motorických funkcí u pacientů s hemiparézou.
- Frenchayský test paže – umožňuje detailní posouzení funkcí horních končetin, zejména funkce rukou.
- Test devíti děr (NHPT) – posouzení motorických funkcí horních končetin. Výhodou je rychlá proveditelnost. Proveditelný pouze u pacientů, u nichž motorický deficit není příliš těžký.
- Škála spasticity dle Ashwortha – test sloužící k posouzení míry spasticity, posuzuje se stupeň odporu při pasivním pohybu.
- Test podle G. Tardieu – test posuzující 9 druhů úchopů na dominantní ruce.
- Testování úchopů dle Kapanjiho – slouží k vyšetření jednotlivých typů úchopů (statických i dynamických)
- Jamar - Dynamometr – slouží k vyšetření svalové síly stisku ruky.
- Purdue Pegboard (Model 32020) – slouží k hodnocení jemné motoriky.
- Jebsen – Taylor test motoriky ruky – posuzuje jemnou motoriku a úchop.



Z ergoterapeutického hlediska dělí Pfeiffer (2001) úchopy podle typu úchopu na bigiditální a pluridigitální, na dynamické a statické a dále na primární, sekundární a terciární.

Primární úchop – je uchopení prováděné zdravou rukou.

Sekundární úchop – je za pomoci jiné části těla než ruky, např. tlakem brady na rameno, stiskem zubů, přitlačení předmětu trupem k desce stolu.

Terciární úchop – je uskutečňován za pomoci technické pomůcky, nejčastěji protézou.

Bigiditální úchopy – jsou úchopy za pomoci dvou prstů ruky např. úchop nehtový, pinzetový, klíčový (viz. příloha 3)

Pluridigitální úchop – se děje za pomoci více prstů či celé dlaně např. úchop tužkový, válcový, kulový, špetka (viz. příloha 3)

Dynamické úchopy – jde o pohyb, který vykonáváme za pomoci prstů či dlaně. Např. lusknutí prsty, stříhání nůžkami, hození kostkou, bubnování prstů do desky stolu, jako bychom chtěli hrát na klavír.

Vlastní úchop se skládá z jednotlivých fází úchopu, které dle Pfeiffera (2001) jsou: přiblížení (směrování ruky k předmětu, který chceme uchopit), sevření předmětu, držení, uvolnění předmětu a oddálení ruky od předmětu. V každé této fázi může dojít k poruše a tím k narušení celého procesu. Během vyšetření se terapeut snaží tyto potíže a její důvody odhalit a později během terapií napravit.

Od začátku léčebného programu pro zajištění vhodného postavení ruky je vhodné použití dlahy, kterou navrhuje a popřípadě vyrábí ergoterapeut. Pfeiffer (2001) k tomu dodává, že pasivní dlahy mohou zlepšit postavení ruky, ale mohou působit i negativně a to např. tak, že dráždí a zvětšují spasticitu. Terapeut preventivně pacientovi při polohování vkládá do ruky stále nějaký předmět, který mu dává pocit, že má plochu dlaně. Pokud se objevuje náznak stisku, žádá pacienta, aby předmět opakovaně stiskal a uvolňoval. Ruce se věnuje a snaží se docílit co největšího možného uplatnění. (Kolembusová, 2007)

Lippert-Grüner (2005) je toho názoru, že pokud nedojde k včasné rehabilitaci u pacienta, může se stát, že začne kompenzovat funkci paretické ruky zdravou rukou. Což může později prodlužovat zlepšení funkčního deficitu a také způsobit vznik bolestivého omezení pohybu v rameni. Proto Pfeiffer (2001) doporučuje u centrální hemiparézy, aby terapeut ukládal pacientovi procvičování paretické končetiny, druhou zdravou, co nejčastěji. A dále, aby i během terapie volil činnosti, které podporují spolupráci obou

horních končetin (vzájemně se mají dotýkat buď propletením prstů nebo položením jedné na druhou). Pacient si procvičuje všechny pohyby v kloubech a zároveň se snaží, aby se paretická paže na pohybu podílela. Jakmile je to možné, zkouší terapeut pohyby cílené.

Následuje cvičení aktivního úchopu, ale až tehdy, pokud již se daří po delší dobu extenze prstů a nehrozí jejich reflexní tonické sevření. Úchop opět ergoterapeut začíná cvičit spoluprací obou rukou, ale bez vzájemného doteku. Důležité je také cvičení ruky do extenze v loketním kloubu (v pronačním postavení), aby bylo pacientovi umožněno přiblížit se k předmětu, který chce uchopit. (Pfeiffer, 2001)

Pokud se u pacienta objevuje svalová hypertonie tzv. spasticita, terapeut se snaží o uvolnění a o funkčnost. K tomu využívá za prvé facilitační techniky, jako je aproximace (tlačení kostí jednoho kloubu k sobě), opěrné reakce, pasivní cvičení, za druhé stimulaci citlivosti, do které patří kartáčování, míčkování, stimulace různými materiály, teplem a chladem a za třetí guiding (jde o pohyby, které provádí terapeut, ale pacient musí při nich aktivně spolupracovat). (Kolembusová, 2007)

Některá onemocnění se projevují deformováním kloubů ruky. Cílem ergoterapie u deformit ruky je snížení otoku, zmírnění bolesti, zachování funkce a prevence zhoršení deformit. V těchto případech terapeut podává informace o usnadnění činností, tzv. principy ochrany kloubů (např. při žehlení sedět, v kuchyni využívat nejruznější elektrické spotřebiče, místo nákupní tašky využívat batoh). Terapeut pomocí nejruznějších technik (aproximace, trakce, stimulace kartáčováním, pasivní pohyby) působí na svaly a klouby ruky. Vše je ovlivněno také tím, ve které fázi se onemocnění nachází. (Kolembusová, 2007)

V počátečním stádiu po amputaci jednotlivých prstů nebo části ruky se ergoterapeut stará o jizvu a podává pacientovi informace o tom, jak si jizvu má masírovat. Později ergoterapeut učí pacienta správnému používání protézy a současně ho povzbuzuje ke skutečnému užívání protézy. Pacienti často nepoužívají protézu z toho důvodu, že pohyb ruky bez vnímání doteku není dokonalý, kdežto pahýl umožňuje alespoň částečné vnímání doteku. Později při nácvičce práce s protézou je důležité, aby si pacient uvědomoval, jak velké předměty může uchopit a jakou silou je může stisknout. Kolembusová (2007) k tomu uvádí, že terapeut s pacientem nacvičuje úchopy různých velikostí, materiálů, tvarů předmětů a jejich přemísťování. A také to, že je důležité, aby pacient používal protézu v koordinaci a souhře se zdravou rukou u

činností vyžadujících spolupráci obou horních končetin. Pacient by měl být také poučen o tom, jak se o protézu má starat. (Pfeiffer, 2001)

V rámci nácviku úchopů a jemné motoriky je důležitý také nácvik psaní a podpisu tzv. grafomotorika. Nejprve se terapeut snaží o uvolnění ruky (např. vytváření jednoduchých vlnek do písku, tužkou na papír) a pak následuje samotný trénink psaní.

#### Možnosti působení ergoterapeuta při terapii poruch jemné motoriky a úchopů:

Terapeut by měl u pacienta hlídat správné postavení trupu a končetin během jednotlivých aktivit. Terapeut k tréninku jemné motoriky a úchopů volí např. hru s kuličkami, dávání kroužků na tyč umístěnou v různé výšce, společenské hry (uchopování různě velkých figurek, házení kostkou), různá cvičení s terapeutickou hmotou, vaření, vyšívání, psaní na počítači nebo psacím stroji, stříhání nůžkami, psaní, kreslení za pomoci tužky nebo štětce, šroubování, cvičení s různě velkými kolíky.

### **3.10. Doporučení kompenzačních pomůcek, úprav bytu a pracovního prostředí**

Nejčastější diagnózy: amputace dolních končetin, amputace horních končetin, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), dětská mozková obrna, pacienti po operaci totální endoprotézy, parézy/plegie periferních nervů, poranění míchy, roztroušená skleróza mozkomíšní, svalová dystrofie atd.

Oddělení: geriatric, chirurgie, jednotka intenzivní péče, neurologie, ortopedie, pediatrie, revmatologie apod.

Mezi jedny z důležitých oblastí působení ergoterapeuta se řadí doporučování kompenzačních pomůcek pacientům a to především před jejich propuštěním do domácího prostředí. V průběhu rehabilitace může dojít ke zlepšení pacientova stavu a není tedy možno odhadnout, jaké kompenzační pomůcky bude potřebovat. Také pokud se předpokládá přeložení pacienta do jiného rehabilitačního zařízení, pomůcky se nepředepisují. Rady ohledně úprav bytu a pracovního prostředí se v rámci ergoterapie v nemocnici poskytují pouze sporadicky. Ergoterapeut pracující v nemocnici nemá

možnost docházet k pacientům do bytů a řešit tak otázky úprav bytu v jeho reálném prostředí. Jsou odkázáni na informace podané pacienty.

## Kompenzační pomůcky

*„Kompenzační pomůcky pomáhají pacientovi překlenout problémy při vykonávání činnosti a nejsou trvale spojeny s jeho tělem. Umožňují mu provádět denní aktivity, které by bez nich nebyl schopen provést, nebo by je provedl, ale jen se značnými obtížemi nebo za asistence jiné osoby.“* (Jersáková, 2005)

Základní dělení kompenzačních pomůcek podle katalogů prodejen ze zdravotnickými potřebami je: pomůcky k chůzi (např. berle, hole, chodítka), pomůcky pro vybavení koupelen a WC (např. sedačky vanové, zvedáky do vany, nástavce na WC), lůžka polohovací a příslušenství, podložky antidekubitní, vozíky mechanické, vozíky elektrické a skútry, zvedáky pojízdné, bandáže, ortézy, inkontinentní pomůcky, pomůcky pro sebeobsluhu.

Kompenzační pomůcky mají kompenzovat omezený rozsah kloubních pohybů (např. pomůcky s delší rukojetí, podavače), fixační funkci jedné ruky při její amputaci nebo ochrnutí (např. protiskluzné podložky, různé přísavky), malou sílu stisku zvětšením páky, celkové snížení síly (např. otvíráky konzerv a lahví, odlehčené nádobí, modifikované nůžky), bránit před nebezpečím pádu (hole, madla) a zjednodušovat činnosti (např. elektrický kartáček a jiné elektrospotřebiče). (Votava, 2003)

Ergoterapeut se valnou částí podílí na výběru vhodného mechanického či elektrického vozíku a také nácvikem správného zacházení a lokomoce. Ergoterapeut by měl být schopen zodpovědět pacientovi dotazy ohledně kompenzačních pomůcek, jejich používání, předepsání a možnosti získání finančních prostředků na jejich zakoupení. (Jersáková, 2005)

Na trhu jsou dále k dostání pomůcky určené ke komunikaci. Jsou indikovány při poruchách řeči, poruchách zraku nebo sluchu. Jde např. o písmenkové tabulky, obrázkové knížky, různé úpravy na počítači. (Lippert-Grüner, 2005)

Jersáková (2005) uvádí tyto kritéria pro vhodný výběr kompenzační pomůcky:

- Individuální přístup ke každému pacientovi
- Typ a stupeň postižení
- Postava pacienta a fyzické proporce
- Prognóza onemocnění

- Věková skupina
- Aktivita pacienta
- Doba používání
- Využití interiér/exteriér
- Přání pacienta
- Postupovat od nejjednodušších ke složitějším

### **Rady na úpravy bytu**

Nejdůležitější je docílit co největší bezbariérovosti v bytě, což je ovlivněno i druhem a závažností postižení. Někomu stačí malé úpravy v bytě, ale např. osoby odkázané na mechanický vozík potřebují úpravy složitější.

Ergoterapeut se v rámci vstupního vyšetření zajímá o informace ohledně exteriéru a interiéru bytu. Terapeut zjišťuje počet schodů při vstupu do bytu a v bytě, přítomnost výtahu, vybavení koupelny, WC, prahy atd. (Kosíková, 2006)

Je na každém terapeutovi, aby zvážil pacientovy fyzické a psychické možnosti, bytové podmínky, finanční prostředky a doporučil vhodné úpravy bytu.

### **Rady ohledně úprav pracovního prostředí**

Gilbertová (2002) k tomuto uvádí, že základním požadavkem je bezbariérovost, protože architektonické bariéry brání člověku se zdravotním postižením v komunikaci se světem. Jde vždy o velmi individuální záležitost, jak s ohledem na pacienta tak na pracovní prostředí, ve kterém bude pracovat. Vždy je nutné zajistit dostupnost pacientova pracovního místa – v exteriéru (MHD nebo vlastní auto, parkování atd.) a v interiéru (přístup na toalety, do šatny atd.).

K úpravám pracovního prostředí patří i úprava pracovní plochy. Výška pracovní plochy se upravuje dle charakteru vykonávané práce, včetně pohybových stereotypů, dále záleží na tvaru a velikosti zpracovávaného předmětu, zrakových požadavcích, přesnosti pohybu a vynakládání svalové síly. Důležitá je také velikost pracovní plochy. Ovladače by měly být umístěny v optimálních dosahových zónách. (Matoušek, 2002)

Při práci s počítačem je důležité vybrat vhodný pracovní stůl a pracovní židli. Dnes kancelářské práce zahrnují řadu různých činností, čímž se požadavky na velikost pracovní plochy zvětšují. Doporučují se stoly širší a delší, ve tvaru L či C. Povrch pracovní desky by měl být hladký, snadno čistitelný, přední hrana zaoblená, barvy světlejší. (Matoušek, 2002)

## 4. PRAKTICKÁ ČÁST

V této části bych se chtěla pokusit zhodnotit plnění mých předem stanovených cílů. Cílem bylo zlepšit informovanost zdravotnického personálu o ergoterapii a dále zjistit zájem nemocnic o tyto informace.

### 4.1. Dotazník

Pro zjištění zájmu nemocnic o informace týkající se ergoterapie jsem využila dotazníkového šetření. Dotazník se skládá ze tří otázek, na které je třeba písemně odpovědět.

Při výběru nemocnic jsem postupovala následovně: snažila jsem se vybrat nemocnice ze všech krajů v ČR a volila jsem spíše okresní nemocnice, kde jsem předpokládala, že ergoterapeutky nepracují a mohli by mít tedy zájem se o tomto oboru více dozvědět. Domnívám se, že by také nově získané informace mohli přispět ke vzniku nového pracovního místa pro ergoterapeuta. Dotazník jsem zaslala i čtyřem krajským nemocnicím a to v Brně, Plzni, Olomouci a Praze.

Dotazníky jsem se rozhodla poslat prostřednictvím internetu. Tuto formu jsem zvolila z toho důvodu, že je administrativně jednodušší, nejméně nákladná a nezabere tolik času vyplňujícím osobám.

E-mailové adresy jsem hledala na jednotlivých internetových stránkách nemocnic. V tomto bodě vyvstala otázka, které osobě ze zdravotního personálu v nemocnici budu svůj dotazník adresovat. Lékaři jsou ti, kteří pacientům určují, které profese a jak se jim budou věnovat. Ale na druhou stranu jsem se obávala, že lékaři jsou velmi pracovně vytížení a tak mi na dotazník neodpoví. Ošetrovatelskou péči, ale i rehabilitační péči mají v nemocnici na starosti hlavní sestry nebo náměstci pro ošetrovatelskou práci a proto jsem se rozhodla dotazník poslat jim. Nejprve jsem se tedy snažila najít kontakt na hlavní sestru nebo na náměstka pro ošetrovatelskou péči. Teprve pokud jsem neuspěla, začala jsem vyhledávat tzv. informační adresu. Dotazník jsem nakonec přímo poslala 7 hlavním sestřím, 3 náměstkům pro ošetrovatelskou péči a zbytek (44 dotazníků) na informační e-mailové adresy.

Během prosince jsem odeslala průvodní dopis (viz. příloha 1) a dotazník (viz. příloha 2) třiceti vybraným nemocnicím. Zpět se mi jich vrátilo pouze 6 – tedy 20% návratnost. Pro vyhodnocení a získání určitých informací byl tento počet nedostačující.

proto jsem vybrala jiných 24 nemocnic. Tentokrát se mi jich navrátilo 7 – 23% návratnost. Celkem jsem tedy získala 13 řádně vyplněných dotazníků, což je 24% úspěšnost.

Po vyhodnocení dotazníků jsem získala následující informace:

**Tabulka č. 1**

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
<b>Zaměstnáváte ve Vaší nemocnici ergoterapeuty?</b>	6	46	7	54
<b>Měla by Vaše nemocnice zájem o informační leták?</b>	11	85	2	15
<b>Mohl by se ve Vaší nemocnici ergoterapeut uplatnit?</b>	6	86	1	14

Z tabulky č. 1 vyplývá, že i nemocnice, které již ergoterapeuty zaměstnávají mají zájem o informace týkající se oboru ergoterapie. Pouze v jedné nemocnici se domnívají, že by práci ergoterapeuta nemohli využít s odůvodněním, že: „Poskytujeme pouze akutní péči, pacienti jsou zde jen pár dní a na ergoterapii zde není prostor“.

Při kladné odpovědi nemocnic na otázku, zda-li by se u nich ergoterapeut mohl uplatnit, jsem se dále zajímala o to, jestli vědí, na kterých odděleních by mohli pracovat. Od 6 nemocnic jsem dostala pouze tyto 3 odpovědi: na léčebně dlouhodobě nemocných, na rehabilitačním oddělení a na oddělení následné péče.

**Tabulka č. 2**

<b>Kdo z nemocnice vyplnil dotazník?</b>	Počet	%
Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči	4	30
Hlavní sestra	3	23
Vedoucí fyzioterapeut	2	15
Primářka rehabilitačního oddělení	1	8
Lékařka na rehabilitačním oddělení	1	8
Primářka Léčebny pro dlouhodobě nemocné	1	8
Neuvedeno	1	8

**Tabulka č. 3**

<b>Jakými oblastmi se ergoterapeuté v dotazovaných nemocnicích zabývají?</b>	<b>Počet</b>
Soběstačnost, ADL	5
Jemná motorika, úchopy	2
Kognitivní funkce	1
Kompenzační pomůcky	1
Neuvedeno	2
Ostatní	4

Tabulka č. 4 zobrazuje kladné odpovědi z nemocnic, kde již ergoterapeuté pracují. „Neuvedeno“ znamená, že tato otázka nebyla plně pochopena a byly popsány diagnózy pacientů, se kterými ergoterapeuté pracují. Označení „ostatní“ v tabulce obsahuje tyto čtyři oblasti: grafomotoriku, kondiční ergoterapii, realimentace osob v produktivním věku a zaměstnávání. Z výše uvedené tabulky lze vyčíst, že nemocniční personál má již podvědomí o tom, čím se ergoterapie zabývá. Celková informovanost by však mohla být lepší. Překvapilo mě, že pouze jedna z nemocnic odpověděla, že do oblastí působení ergoterapeuta patří doporučování kompenzační pomůcky.

## **4.2. Informační leták**

Informační leták (viz. příloha č. 4) má 8 stran. Celkový rozměr informačního letáku je 40 x 21 cm a jednotlivé listy mají 10 x 21 cm. Informační leták mám vytištěný ve 30 exemplářích.



Ergoterapie je profese, která prořídí civilním smysluplného zaměstnávání usiluje o záchování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, srdečným, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Pro podporu participace (zapojení se do životní situace) jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.

**Prvotním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zainterování, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.** Pojmenování zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity.

## **Uplatnění ergoterapeuta na odděleních v nemocnici**

### **Kódy výkonů ergoterapeuta pro pojišťovny**

- 1) Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie
- 2) Vyšetření ergoterapeutem kontrolní
- 3) Individuální ergoterapie základní
- 4) Individuální ergoterapie s využitím dílen
- 5) Nácvik všedních denních činností – ADL
- 6) Ergoterapie skupinová základní
- 7) Ergoterapie skupinová s využitím dílen

## **Stručný přehled práce ergoterapeuta v nemocnici**

**Více na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví:  
[www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005\\_493\\_vykony.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005_493_vykony.pdf)**

## Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým představuje skupinu odborníků, kteří v rámci pracovních rehabilitačních a med činy vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů.

**Lékař** je vedoucím multidisciplinárního týmu. Jeho role spočívá jak v plánování a koordinaci práce terapeutických disciplín, tak v dokumentaci terapie a kontrole kvality rehabilitačního procesu.

**Fyzioterapeut** spolu s ergoterapeutem nejvíce spolupracuje při nácviku sebeobsluhy. Fyzioterapeut cvičí většinou velké globální pohyby končetin a trupového svalstva, zatímco detailní pohyby a používání pomůcek spadá do náplně ergoterapeuta.

**Ergoterapeut** se v rámci týmu kromě dále uvedených oblastí zabývá motivováním pacientů k rehabilitaci. Dá se také komunikuje s rodinou pacienta

**Logoped** spolu s ergoterapeutem pracuje na terapii ústní dutiny a poruchách polykání. Při postižení dominantní horní končetiny je jejích cílem zlepšit u pacienta psaní (nácvik podpisu).

**Sociální pracovník** spolu s ergoterapeutem by měla být zařazena na vyřešení budoucnosti pacienta po propuštění z nemocnice. Ergoterapeut by měl zhodnotit stávající schopnosti pacienta, což může napomoci sociální pracovníkovi v nalezení vhodné služby a pomoci pacientovi.

**Psycholog – neuropsycholog** v rámci psycho-diagnostiky zjišťuje k jakým změnám v oblasti kognitivní (např. paměť, pozornost, osobnost) u pacienta došlo. U kognitivní rehabilitace se zaměří na ty oblasti, které jsou u pacienta problematické a spolu s ergoterapeutem se snaží o zlepšení postižených kognitivních funkcí.

**Ošetřující zdravotní personál** spolupracuje s ergoterapeutem především při pohybování pacientů a udržování jejich soběstačnosti. Ergoterapeut informuje ošetřující personál o zjištěných kognitivních poruchách, které by mohly působit potíže ve vztahu pacienta a ošetřující personál.

**Další členové multidisciplinárního týmu** jsou speciální pedagog, další lékaři - specialisté (ortoped, neurolog atd.), arteterapeut, muzikoterapeut, dobrovolníci a další.

## Intervence ergoterapeuta u poruch kognitivních funkcí

Nejčastější diagnózy (abecedně řazené): bipolární afektivní porucha, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), dětská mozková obrna, Korsakovova amnezie, mentální retardace, pacienti po operacích mozkových náloru, roztroušená mozkomíšni skie oza, traumatická poranění hlavy, virové encefalitidy atd.

Oddělení, na kterých se nachází vyše uvedené diagnózy: geriatrie, jednolika intenzivní péče, neurologie, pediatrie, psychiatrie apod.

Kognitivní – poznávací funkce zahrnují všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, učit se, pamatovat si a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.

### Mezi kognitivní funkce, které mohou být díky postižení či úrazu porušeny patří nejčastěji:

**Paměť:** Terapie paměti vždy souvisí s rehabilitací pozornosti a koncentrace. Zpočátku se terapeut více zaměří na senzorickou paměť (vizuální, zvukovou atd.) – volí např. hru pexeso, zapamatování si určitých zvuků. Volí také nácvik opakování. Po pacientovi může chtít, aby si zapamatoval určité údaje z konkrétního terapeutického textu, delaly určitého obrázku. Je vhodné, aby cvičení byla neměnná. Při nácviku mohou pomoci pomůcky a to např. seznamové listy, diáře, kalendáře, deníky, seznamy.

**Pozornost:** Při poruše pozornosti využívá ergoterapeut během terapií hlavně selektivní trénink pozornosti – intenzivní cvičení za pomoci jednoduchých úkolů (např. škrtačky, kroužkovací úlohy – kdy jde o vyznačení písmen, tvarů nebo číslic, hledání cesty v budišti, skládání obrázků, geometrických tvarů). K tréninku pozornosti také využívá různé činnosti, kdy se zaměřuje na jejich supňování v oblasti složitosti, délky trvání, volbě rušivých vlivů, vkládání pauz.

**Orientace:** Při poruše orientace si má pacient důležité základní informace během dne opakovat např. vytvořit si kalendář, psát si deník. Rodinní příslušníci mohou přinést různé předměty vztahující se k minulosti pacienta (např. obrázky fotografie, hračky). Vhodné je využít puzzle, karty, domino.

**Někdy se mohou projevit také tyto kognitivní poruchy např.:**



**Neglekt syndrom:** Projevuje se zanedbáváním levé poloviny jak v astního těla, tak prostoru vůbec. Terapeut se snaží posílenou stranu nejrůznějšími metodami zapojovat do činnosti.

**Agnosie:** Neschopnost rozeznávat předměty a obličeje. Opět pomáhají různé obrázky, fotografie, nahrání známých hlasů atd.

**Apraxie:** Jde o pohybovou poruchu, kterou je možno pozorovat, jestliže pacient provádí komplexní pohyby podle pokynů nebo má pohyb imitovat. Terapeut se u pacienta snaží, aby poznával nejrůznější předměty běžné denní potřeby a uměl je používat.



## Intervence ergoterapeuta při nácviu všedních denních činností - ADL

Nejčastější diagnózy (abecedně řazené): ablace mammy, amputace dolních končetin, amputace horních končetin, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), deprese, dětská mozková obrna, kardiovaskulární potíže, kraniotrauma, pacienti po operaci totální endoprotézy, parezy plegie periferních nervů, poranění míchy, roztroušená skleróza, mozkomíšní atd.

Oddělení, na kterých se nachází výše uvedené diagnózy: geriatrie, chirurgie, interna, jednotka intenzivní péče, neurologie, ortopedie, pediatrie, psychiatrie, revmatologie apod.

Personální všední denní činnosti (pADL): osobní hygiena (mytí obličeje, čišění zubu, časání, make-up, holení), koupání, sebesycezení (jedení, pití), použití WC, oblékání, přesuny a mobilita.

Instrumentální všední denní činnosti (iADL): nakupování, domácí práce, vaření a příprava jídla, praní, manipulace s penězi, telefonování, sociální interakce, záliby, příprava a užívání léků, jízda autem, transport (použití dopravy).

Ergoterapeut by měl pacientovi vysvětlit, jak co neefektivněji dosáhnout požadovaného cíle (např. jakým způsobem si obléknout tričko) s ohledem na pacientovu poruchu, jeho schopnosti a možnosti. U některých pADL je možno navrhnout určité zjednodušení (např. místo knoflíků použít suchý zip č gumu, při pití brčko, odlehčené nádoby). Dalšími řešeními je výběr vhodné kompenzační pomůcky. Posouzení jednotlivých možností a následné doporučení je pak na ergoterapeutovi.

## **Intervence ergoterapeuta u tréninku jemné motoriky a úchopů**

Nejčastější diagnózy (abecedně řazené): amputace částí ruky, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, dětská mozková obrna, komplikované zločinniny na kostech ruky, neurodegenerativní onemocnění, parézy/plegie periferních nervů, Parkinsonova nemoc a syndrom, poranění míchy v oblasti krční páteře, roztroušená mozkomíšni skleróza, záněty karpálního tunelu apod.

Oddělení, na kterých se nachází výše uvedené diagnózy: geriatry, chirurgie, jednotka intenzivní péče, neurologie, pediatrie, revmatologie apod.

Pro zajištění vhodného postavení ruky a pro snadnější následnou rehabilitaci je od začátku hospitalizace nutné polohování horní končetiny a používání vhodné dlahy, kterou navrhuje a popřipadá vyrábí ergoterapeut (záleží na pracovních podmínkách na pracovišti).

Během terapie ergoterapeut vybírá vhodné aktivity, u kterých dochází k trénování dané poruchy jemné motoriky a úchopů pacienta. Mezi tyto činnosti patří např. společenské hry (učopování různě velikých figurek, házení kostkou), činnosti s různě velkými kuličkami, kroužky, psaní na počítači nebo psacím stroji, stříhání nůžkami, psaní, práce s terapeutickou hmotou (viz. obrázek níže)



## **Doporučení kompenzačních pomůcek, úprav bytu a pracovního prostředí**

Nejčastější diagnózy: amputace dolních končetin, amputace horních končetin, artritidy, artrózy, cévní mozková příhoda, demence (různé typy), dětská mozková obrna, pacienti po operaci totální endoprotézy, parézy/plegie periferních nervů, poranění míchy, roztroušená skleróza mozku nižší, sva ovi dystrofie atd.

Oddělení, na kterých se nachází výše uvedené diagnózy: geriatry, chirurgie, jednotka intenzivní péče, neurologie, ortopedie, pediatrie, revmatologie apod.

**Kompenzační pomůcky pomáhají pacientovi překlenout problémy při v/konávání činnosti a nejsou trvale spojeny s jeho tělem. Umožňují mu provádět denní aktivity, které by bez nich nebyl schopen provést, nebo by je provedl, ale jen se značnými obtížemi nebo za asistence jiné osoby.**

Kompenzační pomůcky mají kompenzovat omezený rozsah kloubních pohybů, fixační funkci jedné ruky při její amputaci nebo ochrnutí, malou sílu stisku zvětšením páky, celkové snížení síly, bránit před nebezpečím pádu a zjednodušovat činnosti.

**Ergoterapeut by měl být schopen zodpovědět pacientovi dotazy ohledně kompenzačních pomůcek, jejich používání, předepsání a možnosti získání finančních prostředků na jejich zakoupení.**

**Více informací o ergoterapii najdete na internetových stránkách:  
[www.ergoterapie.cz](http://www.ergoterapie.cz)**

Autor informačního letáku: Iva Burianová

## 5. DISKUZE

Ergoterapie jako relativně nový obor komplexní rehabilitace není v současné době v České republice dostatečně znám, tak jako je tomu v jiných zemích Evropy. Profesor Pfeiffer nás během přednášek upozorňoval na to, že rehabilitace a především obor ergoterapie je u nás prozatím na začátku cesty při porovnání s cizinou. Jsem přesvědčena o tom, že změna pohledu na rehabilitaci a na obor ergoterapie jako takový potrvá ještě několik let. Proto chci svou bakalářskou práci částečně pomoci v propagaci ergoterapie. Soustředila jsem se především na nemocnice. Zde předpokládám v budoucnu velké možnosti při uplatňování ergoterapeutů a vytváření nových pracovních míst. Ve zdravotnickém zařízení je možno zahájit rehabilitaci včas a tím urychlit návrat pacientů do domácího prostředí.

První krok k rozšíření informací o oboru ergoterapie, to znamená vypracování informačního letáku, jsem v rámci zpracování bakalářské práce již učinila. Druhý krok, dostání se informačního letáku do rukou zdravotnického personálu, je teď na nemocnicích. Chtěla bych, aby se informační leták dostal především do rukou lékařů, kteří indikují rehabilitaci a dle mého názoru by měli být zpraveni o oblastech působení ergoterapeuta.

Během psaní jsem se také potýkala s problémem, zda-li v bakalářské práci a v informačním letáku mám použít označení pacient či klient (označení používané v rámci oboru ergoterapie). Z toho důvodu, že tato práce má sloužit především lidem pracujícím ve zdravotnických zařízeních a zde se v současnosti užívá oslovení pacient, použila jsem ho nakonec v celé své práci a i v informačním letáku.

V průběhu letního semestru při diskuzích v rámci předmětu bakalářská práce jsem si uvědomila, že jsem se mohla více zabírat výběrem nemocnic, kterým jsem chtěla můj dotazník zaslat a určit si přesnější pravidla výběru. Raději bych příště zvolila metodu náhodného výběru, která by byla sice časově náročnější, ale více objektivnější.

Překvapilo mě, že z 54 poslaných dotazníků se mi jich vrátilo pouze 13. Chybu jsem pravděpodobně udělala ve výběru způsobu rozesílání dotazníků. Otázkou však zůstává, zda-li by byla úspěšnost vyšší, pokud bych dotazník rozesílala poštou. Nezdálo se mi, že by mohl být také způsoben tím, že jsem posílala dotazník na informační e-maily adresy nemocnic a ty se pak nedostaly do správných rukou a nebo byly vymazány. Přesto vše jsem na nemocnice, které mi na dotazník neodpověděly, nezanevřela. I těmto

nemocnicím jsem se rozhodla informační leták poslat (v elektronické podobě) a tím je o našem oboru informovat. Bude pak záležet na samotné nemocnici, zda-li si leták vytiskne a bude ho rozšiřovat nebo jej vymaže.

## 6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

V teoretické části jsem se snažila popsat ergoterapii jako takovou a tím seznámit čtenáře s tímto oborem. V jednotlivých kapitolách jsem se věnovala roli ergoterapeuta a ostatních členů multidisciplinárního týmu, některým vybraným metodám a přístupům užívaných ergoterapeutů a možnostmi vykazování práce ergoterapeuta pro pojišťovny.

V neposlední řadě jsem se zabírala problematikou intervence ergoterapeuta při tréninku kognitivních a percepčních funkcí, jemné motoriky a úchopů, náviku všedních denních činností (ADL) a dále při doporučování kompenzačních pomůcek.

Problematicke jednotlivých rolí členů multidisciplinárního týmu při péči o pacienty jsem se věnovala z toho důvodu, že se jedná, dle mého názoru, o aktuální téma. V praxi jsem se s modelem fungujícího multidisciplinárního týmu setkala prozatím jenom na Klinice rehabilitačního lékařství na Albertově. V jiných zařízeních většinou spolupracují pouze někteří členové. Pokud se má však zlepšit kvalita péče pacientů hospitalizovaných v nemocnici je zapotřebí, aby došlo ke spolupráci a návaznosti všech složek multidisciplinárního týmu a k včasnému zahájení rehabilitace.

Praktickou část jsem zaměřila na zhodnocení a zpracování výsledků z dotazníků. Cílem dotazníku bylo zjistit zájem nemocnic o informační leták, který bude obsahovat informace o ergoterapii a působení ergoterapeutů v nemocnici. Došlé odpovědi z dotazníků jsem zpracovala do tří přehledných tabulek. Dále zde také představuji výsledný návrh informačního letáku.

Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zlepšení informovanost zdravotnického personálu o ergoterapii a podpořit tak zaměstnávání ergoterapeutů v rámci nemocnic. Toho jsem chtěla dosáhnout vypracováním a rozesláním informačního letáku. Informační leták jsem si nechala 30x vytisknout. V průběhu července a srpna ho zašlu 11 nemocnicím a zbytek nabídnu svým kolegyním. Dále bych také chtěla poslat elektronickou podobu informačního letáku i jiným nemocnicím prostřednictvím e-mailu. Nemohu tedy říci, že jde o masivní rozšíření informací o ergoterapii do nemocnic. Jsem však toho názoru, že se toto téma postupem času stane aktuálnější a poté i tento vypracovaný informační leták začne sloužit svému účelu.

Dalším cílem bylo zjistit zájem nemocnic o informace týkající se ergoterapie. Můj prvotní předpoklad, že se mi z 30 poslaných dotazníků vrátí 9, byl mylný. Vrátilo

se mi jich pouhých 6 a z toho důvodu jsem se rozhodla rozeslat ještě dalších 24 dotazníků. Celková návratnost byla tedy 13 dotazníků, což znamená 24% úspěšnost.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem si plně vědoma toho, že v této bakalářské práci není obsaženo vše, co ergoterapeut v nemocnici vykonává. Také to ani není vzhledem k určenému rozsahu práce možné. Povedlo se mi zachytit alespoň to nejpodstatnější a z toho jsem vypracovala stručný, přehledný a v praxi použitelný informační leták.



## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) FAKTOROVÁ, M. 2003. Vyšetření ergoterapeutem a terapie kognitivních a percepčních poruch u pacientů po poškození mozku. In.: Neurologie 2003, kolektiv autorů. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-431-4
- 2) GILBERTOVÁ, S. - MATOUŠEK, O. 2002. Ergonomie – Optimalizace lidské činnosti. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0226-6
- 3) GRIEVE, J. 1996. Neuropsychologie pro ergoterapeuta, vyšetřování percepce a kognitivních funkcí. Skripta dostupná v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství.
- 4) HABERMANN, C. - KOLSTER, F. 2002. Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. 1. vydání. Stuttgart – New York: Theime, 2002. ISBN 3-13-125621-4
- 5) HAMÁČKOVÁ, L. 2005. Výukové materiály k předmětu Teorie ergoterapie pro 1. ročník (zimní semestr 2005/2006).
- 6) JERSÁKOVÁ, A. 2005. Výukové materiály k předmětu Úvod do ergoterapie pro 1. ročník (zimní semestr 2005/2006).
- 7) KOLEMBUSOVÁ, O. 2007. Výukové materiály k předmětu Biomechanické přístupy v ergoterapii pro 2. ročník (letní semestr 2006/2007)
- 8) KOSÍKOVÁ, L. 2006. Možnosti úprav bariérového bytu pro paraplegiky adaptující se na náhle vzniklé životní podmínky na mechanickém vozíku. Praha, 2006. Diplomová práce na 1. Lékařské fakultě UK. Vedoucí diplomové práce Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.
- 9) KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2006. Ergoterapie u pacientů s poškozením mozku. In.: Neuropsychologie v neurologii. Preiss, M. a kol. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0843-4

- 10) KULIŠŤÁK, P. 2003. Neuropsychologie. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7
- 11) LIPPERT-GRÜNER, M. 2005. Neurorehabilitace. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6
- 12) MAZANCOVÁ, B. 2004. Informační manuál pro pečující o lidi s poruchou kognitivních funkcí po cévní mozkové příhodě. Praha, 2004. Diplomová práce na 1. Lékařské fakultě UK. Vedoucí diplomové práce as. Mária Krivošiková, M.Sc.
- 13) NOVÁKOVÁ, O. 2008. Výukové materiály k předmětu Ergoterapie a rehabilitace kognitivních poruch pro 3. ročník (letní semestr 2007/2008).
- 14) PFEIFFER, J. 1989. Ergoterapie II.1. vydání. Brno: IDV SZP, 1989. ISBN 80-7013-020-2
- 15) PFEIFFER, J. 2001. Ergoterapie (Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci). 1. vydání. Praha: Rehalb, o.p.s., 2001. ISBN není uvedeno.
- 16) ŠKOPCOVÁ, M. 2000. Apraxie – možnosti z hlediska ergoterapie. Praha, 2000. Diplomová práce na 1. Lékařské fakultě UK. Vedoucí diplomové práce MUDr. Anna Zárubová
- 17) ŠVESTKOVÁ, O. 2005. Příloha č. 1. In.: Neurorehabilitace. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6
- 18) Úvod do ergoterapie. Výukový materiál dostupný v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.
- 19) VOTAVA, J. 2003. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5
- 20) Vyšetřovací metody. 1999. Výukový materiál dostupný v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. Lékařská fakulta UK. Praha, školní rok 1998/1999.

21) <[http://www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005\\_493\\_vykony.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c1803/lib/2005_493_vykony.pdf)> [cit. 2007-12-28]

22) <<http://www.ergoterapie.cz/dokumenty/koncepce2007.pdf>> [cit. 2008-03-21]

## 8. PŘÍLOHY

### Seznam příloh:

- 1) Průvodní dopis k dotazníku
- 2) Dotazník
- 3) Zobrazení bigigitálních a pluridigitálních úchopů
- 4) Informační leták

## Příloha č. 1

Vážení,

jmenuji se Iva Burianová a jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru ergoterapie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tento rok budu psát bakalářskou práci, která by se měla věnovat uplatnění ergoterapeuta v nemocnicích v ČR. Mým cílem bude sestavit brožurku o ergoterapii na jednotlivých odděleních v nemocnici.

Abych tuto práci mohla sepsat, musím mít doloženo, že by byl o tuto brožurku zájem ze strany nemocnic. K tomuto účelu jsem sestavila jednoduchý dotazník, který Vám zasílám v příloze.

Budu ráda, kdybyste byli tak laskaví a dotazník vyplnili. Jakékoliv další dotazy ohledně dotazníku ráda zodpovím.

Předem děkuji a s pozdravem

Iva Burianová  
Branná 32  
788 25  
Tel. mobil: 777 057 462  
E-mail: hlaholice@post.cz

## Definice ergoterapie:









Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, event. činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.

(viz. stránky České Asociace Ergoterapeutů [www.ergoterapie.org](http://www.ergoterapie.org))

## Dotazník

<b>Zaměstnáváte ve Vaší nemocnici ergoterapeuty?</b>		
<b>POKUD ANO</b>	<b>POKUD NE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>S jakými Pacienty převážně pracují?</li> </ul>	Mohl by se u Vás v nemocnici ergoterapeut uplatnit?	
	<b>POKUD ANO</b>	<b>POKUD NE</b>
	Tak, na kterých odděleních a u kterých pacientů?	Tak proč, z jakých důvodů?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jakými oblastmi se hlavně zabývají?</li> </ul>		
<b>Měla by Vaše nemocnice zájem o brožurku s podrobnějšími informacemi o uplatnění ergoterapeuta v nemocnicích?</b>		

## Úchop statický

1. Prsty - digitální	
a) Bidigitální	
Pinzetový 	Nehtový 
Mincový 	Klíčový 
Cigaretový (bez palce) 	
b) Pluridigitální	
Tužkový 	Špetka 
2. S pomoci dlaně	
Klika dveří 	Prsty, palec i dlaň (válec, koule) 