

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Klinika rehabilitačního lékařství



Psychologie disability u dětí

Přínos ergoterapie u dětských pacientů na neurologickém oddělení

Psychology of children's disability

*The contribution of the occupational therapy by children's patients
in a department of neurology*

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Kerdíková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2008

D-4443



318009 3467

Jméno a příjmení autora: Zuzana Kerdíková

Název bakalářské práce: Psychologie disability u dětí

Podtitul: Přínos ergoterapie u dětských pacientů na neurologickém oddělení

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Prokeš

Konzultantka: Bc. Michaela Nováková

Rok obhajoby bakalářské práce: 2009

Abstrakt:

Tato práce má za úkol informovat čtenáře o vlivu disability na psychiku dítěte. Hlavním cílem práce je shrnout poznatky o přínosu ergoterapie u dětských pacientů hospitalizovaných na neurologii. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje kapitoly pojednávající o disabilitě dítěte z psychosociálního hlediska, hospitalizaci a roli ergoterapeuta na neurologickém oddělení. Dále zde čtenář nalezne obsáhlé informace o ergoterapeutické intervenci a stručné shrnutí základní neurologické problematiky.

V praktické části jsou uvedeny kazuistiky klientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Motol v Praze s neurologickým onemocněním, na kterých lze demonstrovat vliv disability u dětí a popsat přínos ergoterapeutické intervence.

Klíčová slova: *disabilita u dětí, přínos ergoterapie, hospitalizace, dětská neurologická onemocnění, psychologická problematika*

Author's first name and surname: Zuzana Kerdíková

Title of the bachelor thesis: Psychology of children's disability

Sub-title of the bachelor thesis:

The contribution of the occupational therapy by children's patients in a department of neurology

Department: Department of Rehabilitation Medicine

Supervisor: Mgr. Martin Prokeš

Consultant: Bc. Michaela Nováková

The year of presentation: 2009

Abstract:

This study has the task to inform the readers about how the disability affects the psychic of a child. The main purpose of this study is to summarize the knowledge about contribution of occupational therapy by children hospitalized in department of neurology. The study is divided into two sections – one is theoretical and the other is practical.

The theoretical section is contents chapters about children's disability from the psychosocial view, about hospitalization and about the part of an occupational therapist in the department of neurology. The readers can find here also a lot of information about the information about the intervention of an occupational therapist and a brief summarization of neurological disorders.

In the practical section there are casuistic from patients with neurological disorders. The patients are hospitalized in the hospital FN Motol in Prag and on whom influence of children's disability can be demonstrated. It will be showing the contribution of the occupational therapy.

Keywords: *children's disability, the contribution of occupational therapy, hospitalization, children's neurological disorders, psychosocial problematic*

Poděkování autora:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Martinu Prokešovi, Bc. Natálii Lupienské a Bc. Michaele Novákové za jejich odborné vedení a rady při psaní této práce. Děkuji hlavně Bc. Veronice Schönové za vstřícnost a poskytnutí důležitých informací během mé praxe.

Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Martina Prokeše, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Souhlasím s případným zapůjčením své práce pro studijní účely.

V Praze dne 26.11.2008

Martina Kusáková

1	ÚVOD	8
1.1	CÍLE PRÁCE.....	9
1.2	TERMINOLOGIE.....	9
1.2.1	<i>Pojem disabilita</i>	9
1.2.2	<i>Pojem habilitace u dětí a rehabilitace</i>	10
1.2.3	<i>Pojem pacient a klient</i>	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	ÚVOD.....	11
2.2	DISABILITA JAKO PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉM.....	11
2.2.1	<i>Psychické problémy spojené s disabilitou v dětském věku</i>	11
2.2.2	<i>Sociální problémy spojené s disabilitou v dětském věku</i>	12
2.2.3	<i>Reakce rodičů na vrozenou a získanou disabilitu dítěte</i>	12
2.2.4	<i>Reakce dítěte na vlastní disabilitu</i>	14
2.2.5	<i>Rozumové zpracování disability u dětí</i>	15
2.3	HOSPITALIZACE DÍTĚTE S DISABILITOU.....	16
2.3.1	<i>Role ergoterapeuta na oddělení dětské neurologie</i>	18
2.4	ERGOTERAPIE U DĚTÍ S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	18
2.4.1	<i>Položky ergoterapeutického vyšetření disability dítěte</i>	19
2.4.2	<i>Stanovení cílů ergoterapie</i>	21
2.4.3	<i>Ergoterapeutický proces</i>	22
2.4.4	<i>Ergoterapeutické koncepty využívané u dětí s neurologickým onemocněním</i>	23
2.5	SOUHRN NEJČASTĚJŠÍCH NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ.....	28
2.5.1	<i>Organické onemocnění CNS</i>	29
2.5.2	<i>Infekce CNS</i>	29
2.5.3	<i>Nádory mozku</i>	30
2.5.4	<i>Úrazy hlavy</i>	31
2.5.5	<i>Epilepsie</i>	32
2.5.6	<i>Dětská mozková obrna</i>	33
2.6	ZÁVĚR.....	33
3	PRAKTICKÁ ČÁST	34
3.1	ÚVOD.....	34
3.2	KASUISTIKY.....	34
3.2.1	<i>Kasuistika č. 1</i>	34
3.2.2	<i>Kazuistika č. 2</i>	43
4	DISKUZE	54
5	ZÁVĚR	56
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	CHYBA! ZÁLOŽKA NIE JE DEFINOVANÁ.
7	PŘÍLOHY	57

1 ÚVOD

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala Psychologii disability u dětí, protože jsem se o problematiku dětí s disabilitou zajímala již před nástupem na studium ergoterapie. Dalším důvodem je i moje osobní zkušenost, ze které jsem částečně čerpala. Během svého studia jsem díky praxi měla možnost přijít do kontaktu s různými klienty. Nejvíc mě však zaujala práce s dětmi a to konkrétně s neurologickým onemocněním. Hlavním smyslem mé práce je proto shrnout poznatky o přínosu ergoterapie u dětí hospitalizovaných na oddělení neurologie. Práce by měla přinést ucelený pohled na to, jaký vliv má disabilita na psychiku dítěte. Přála bych si, aby moje poznatky využili při své praxi studenti ergoterapie, ergoterapeuti pracující na dětské neurologii a rodiče klientů.

Myslím si, že tato problematika je bez pochyby relevantní pro ergoterapeutickou intervenci, protože ergoterapeut může výběrem správných metod a přístupů výrazně přispět ke zlepšení kvality života klientů. Ergoterapeut se v rámci multidisciplinárního týmu, složeného především z neurologů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychologů a logopedů, podílí na rehabilitaci dítěte. Disabilita totiž s sebou přináší náročnější životní situace, které kladou na dítě zvýšené psychické nároky a následkem toho vzniká specifické ohrožení pro duševní vývoj, kterému ergoterapeut ve spolupráci s klientem a jeho rodinou může zabránit.

V současnosti se neustále zlepšuje kvalita péče o děti s disabilitou. V souvislosti s tím však narůstá i potřeba dalších odborných a kvalifikovaných pracovníků. Domnívám se, že v zahraničí je zcela běžné, že na pediatrických klinikách pracují i ergoterapeuti, v České republice zatím tak bohužel není. I když jsou ergoterapeuti jedni z nekompetentnějších odborníků v práci s lidmi s disabilitou, musí si v této oblasti své místo neustále obhajovat.

V praktické části mé bakalářské práce uvádím dvě podrobně zpracované kazuistiky klientů, se kterými jsem měla možnost pracovat po dobu pětitydenní praxe na oddělení dětské neurologie FN Motol v Praze. Ve vybraných kazuistikách bych chtěla demonstrovat negativní vliv disability u dětí na jejich psychiku a popsat přínos ergoterapie, který jsem zaznamenala po dobu své praxe. V neposlední řadě bych svou práci chtěla potvrdit, že ergoterapie je pro děti s disabilitou, které jsou hospitalizované na neurologii velmi přínosná, a může mít vliv nejen na zlepšení motorických, ale i psychických funkcí.

1.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je shrnout poznatky o přínosu ergoterapie u dětí hospitalizovaných na oddělení neurologie a o tom, jaký vliv má disabilita na psychiku dítěte i jeho blízkou rodinu.

Mezi hlavní otázky, kterými se tato práce zabývá, patří:

1) Jaký vliv má disabilita na psychiku dítěte a jeho rodinu?

2) Jaký přínos má ergoterapie u dětí hospitalizovaných na neurologii?

Vedle toho budu zjišťovat, do jaké míry může ergoterapie ovlivnit psychický stav dítěte. Dalším tématem, kterému se ve své práci věnuji jsou nejdůležitější oblasti ergoterapeutické intervence, zejména jaká je role ergoterapeuta a jaké koncepty lze v ergoterapii na neurologickém oddělení využít. Poslední téma se týká psychických problémů, se kterým se potýkají děti s nejčastějšími neurologickými potížemi.

1.2 Terminologie

Ve své práci nejčastěji používám pojmy disabilita a habilitace, které bych chtěla čtenáři na úvod této kapitoly ozřejmit.

1.2.1 Pojem disabilita

Disabilita je podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health) omezení či ztráta plynoucí z vady schopnosti jednat a vykonávat činnosti. Vada (Impairment) je označována jako ztráta psychologické, fyziologické, anatomické struktury, nebo její funkce. Křivolaký (2002) definuje disabilitu jako neschopnost některého orgánu vykonávat určitou funkci tak, jak se považuje za normální.

Pfeiffer (2007) uvádí jinou definici: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince, nebo společnosti, která vzniká, když se zdravotní stav (zdravotní kondice) setkává s bariérami v prostředí.*”

Vývoj tohoto pojmu procházel intenzivní sémantickou analýzou. Důležitější je si uvědomit, že nemáme znehodnocovat člověka degradujícími označeními jako je invalida, bezmocný, zdravotně postižený, mrzák, idiot atd., protože jde o člověka, který má svoje jméno a potřebuje systematickou rehabilitaci, pomoc, nácvik, úpravu prostředí a společenskou empatii. Proto se také upustilo od původního pojmu handicap, což vedlo k označování osob za handicapované bez přesnějšího označení (Pfeiffer, 2007).

1.2.2 Pojem habilitace u dětí a rehabilitace

Diller (2001) uvádí definici habilitace u dětí jako rozvíjení a posilování jejich schopností. Rehabilitaci definuje jako obnovení těch schopností, které již dítě mělo, ale z nějakého důvodu došlo k jejich ztrátě.

Protože záměrem ergoterapie by měl být rozvoj, posilování a učení se novým dovednostem, uvádím ve své práci termín habilitace dítěte. U dětí během terapie nedochází k obnovení původních schopností, nýbrž k nabývání schopností zcela nových. Právě z tohoto důvodu nepoužívám termín rehabilitace.

1.2.3 Pojem pacient a klient

Vzhledem k širokému záběru ergoterapie se objevují problémy s terminologií pro označení jednotlivých účastníků terapie. Nejčastěji jsou používány termíny *pacient* pro zdravotnickou oblast, *klient* pro sociální oblast a také *rehabilitant* zejména v dokumentech současné legislativy. V rámci studia na lékařské fakultě jsem se setkávala víc s pojmem klient, a proto jsem pro svou práci nakonec zvolila termín „klient.“

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Úvod

V teoretické části své práce uvádím obecné informace o psychologické problematice dětí s disabilitou. V kapitole disabilita jako psychosociální problém uvedu psychické a sociální problémy spojené s disabilitou v dětském věku. Dále popisují reakci rodičů na disabilitu dítěte a také pohled jeho samotného na tuto náročnou situaci. V další kapitole o hospitalizaci dítěte uvedu problematiku přínosu a nevýhody příjmu dítěte do nemocniční péče. Tématem, na které se též zaměřuji je role ergoterapeuta a cíle ergoterapie na neurologickém oddělení.

2.2 Disabilita jako psychosociální problém

2.2.1 *Psychické problémy spojené s disabilitou v dětském věku*

Disabilita působí více či méně nepříznivě. Ovlivňuje chování a emoční projevy dítěte, u některých závažných či chronických onemocnění může způsobovat i sekundární změny na některých složkách osobnosti jedince (Marotz, 2002). Krejčířová (1997) tvrdí, že disabilita působí nejen na vývoj, ale hlavně na formování osobnosti prostřednictvím biologického faktoru, což je vlastně přímý vliv disability na organismus jedince. Vágnerová (1999) zdůrazňuje působení mnoha dalších faktorů na vývoj dítěte. Záleží např. na typu disability či onemocnění a hlavně na její etiologii, osobnosti dítěte, funkci rodiny a prostředí. Krejčířová (1997) uvádí, že psychický stav dítěte velmi těsně souvisí jak s jeho současným zdravotním stavem, tak i s rodinnými faktory.

Křivolaký (2002) zdůrazňuje, že disabilita může být podstatně důležitým faktorem ztráty identity dítěte. Každá disabilita má z hlediska důsledků pro vývoj osobnosti dítěte svou objektivní i subjektivní hodnotu. Například dle Matějčka (2001) je u dítěte s pohybovou disabilitou na konci školního věku, kdy vývoj kognitivních funkcí je skoro ukončen, objektivně daleko menší riziko vzniku kognitivních potíží než u dítěte ve dvou letech. Dítě totiž svou pohybovou zdatnost využívá k získávání podnětů z okolí, ke hře a k sociálnímu kontaktu. Subjektivně bude však ztráta dřívějších pohybových schopností u staršího dítěte daleko tíživější než u dítěte, které takovou ztrátu prodělá v ranném dětství.

2.2.2 Sociální problémy spojené s disabilitou v dětském věku

Sociální pozice dítěte s disabilitou se mění, stává se závislým objektem péče rodičů. Trvalá disabilita dle Vágnerové (1999) může být sociálně hodnocená jako stigma. Stigmatizace mění role v rodině, společnosti, a do značné míry zasahuje do sebepojetí dítěte. Sebepojetí dětí s vrozenou disabilitou je jiné než u dětí s disabilitou získanou. Od počátku jsou vychovávány odlišným způsobem, a na základě vlastní zkušenosti nedokážou porovnat stav bez disability (Matějček, 2001). Děti se získanou disabilitou se musí vypořádat s novou situací, subjektivně méně uspokojivým sebepojetím, na kterém se částečně podílí i společnost. Podle Vágnerové (1999) může být názor laické veřejnosti na disabilitu odlišný, protože bývá ovlivňován vnějšími znaky, nápadností změněného zevnějšku, různými předsudky a mediálně prezentovanými názory. Názory, které v dané společnosti převládají, se většinou promítají i do subjektivního hodnocení disability (Blažek, Olmrová, 1988).

Křivolaký (2002) ve své publikaci popisuje sociální roli nemocných lidí, která též analogicky vystihuje sociální roli dítěte s disabilitou, kterou je možné charakterizovat několika základními prvky:

- Dítě není považováno za viníka svého nežádoucího stavu a nepředpokládá se, že by samo bez pomoci bylo schopno tento stav napravit; (bohužel někdy je právě na rodiče nahlíženo, jako by za nepříznivý zdravotní stav dítěte mohli naopak oni sami).
- Dítě má sice určitá privilegia, tj. je zproštěno určitých povinností, ale nemá stejná práva jako děti zdravé.

2.2.3 Reakce rodičů na vrozenou a získanou disabilitu dítěte

„Rodiče mají vůči svému dítěti jedinečné postavení. Obvykle s ním tráví nejvíce času a znají ho nejlépe. Starají se o ně, jsou pro ně zdrojem bezpečí a jistoty, pomáhají mu, chrání ho, hrají si s ním a mají ho rádi. Jakmile však zjistí, že jejich dítě má disabilitu, může se jejich rodičovská sebedůvěra zhroutit, a to především tehdy, když se objeví nečekaně.“ (Newman, 2004)

Reakce rodičů na disabilitu jejich dítěte, způsob zvládnání této náročné životní situace a její přijetí závisí na mnoha okolnostech. Narození dítěte s disabilitou představuje pro rodiče obvykle neočekávanou zátěž a je traumatem, které vyplývá z prožitku selhání v rodičovské roli a pocitů viny. Reakce okolí mohou tyto pocity u rodičů ještě zesilovat, zejména když jde o dítě s těžkou vrozenou disabilitou. Jak

uvádí Vágnerová (2002), lze toto období nazvat krizí rodičovské identity. Jde v podstatě o reakci na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho budoucích perspektiv. Této reakci může předcházet fáze nejistoty, kdy si rodiče uvědomují, že dítě je v něčem odlišné, ale diagnóza ještě není jednoznačně stanovena.

Psychoanalyticky lze dle Matějčka (1994) situaci rodičů dítěte s vrozenou disabilitou přirovnat k pocitům rodičů dítěte, které přežilo těžký úraz, nebo u něj byla v pozdějším věku stanovena těžká diagnóza. V těchto případech je disabilita dítěte lépe tolerována okolím a nedochází k znehodnocení rodičovské identity. Tato skutečnost je veřejností obecně lépe vnímána než vrozená disabilita dítěte. Dítě se narodilo zdravé, a tak jsou rodiče více zaměřeni na péči o něj. V případě vrozené disability se rodiče mnohdy péče o dítě zřeknou.

Vágnerová (2002) popisuje, že prožívání i chování rodičů se v průběhu času mění a prochází několika typickými fázemi, které se podobají reakcím člověka na vlastní závažné onemocnění, tak jak je popsala i E. Kübler-Rossová:

- **Fáze šoku a popření**

Disabilita dítěte je pro rodiče traumatizující. Nástupem obranných psychických mechanismů dochází k popření nepříznivé informace. Neočekávaná negativní změna vede k dlouhodobému stresu a postupným vyrovnáním se s zátěží, kterou rodiče vůbec nečekali. Reakce rodičů ovlivňuje i způsob, jakým jim byla tato informace sdělena (často postrádají sympatizující přístup zdravotnického personálu).

- **Fáze bezmocnosti**

Rodiče se ještě s podobným problémem většinou nesetkali a sami situaci nedokážou řešit, očekávají nějakou pomoc, ale nemají představu jakou a v čem ji potřebují. Pocit viny a beznaděje se v této fázi stupňuje.

- **Fáze postupného vyrovnávání**

Snaha rodičů o získání co největšího množství informací - jejich racionální zpracovávání je závislá i na emoční stránce. Přetrvávají pocity jako je úzkost, deprese, strach z budoucnosti a hněv. Strategie zvládnání této situace jsou aktivní (boj s nepříznivou situací, hledání pomoci) nebo pasivní (rezignace, popírání, útek). V této fázi je velmi důležité hledat řešení.

- **Fáze smlouvání**

Jde o přechodné řešení a je znakem kompromisu dříve zcela odmítané skutečnosti.

- **Fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti**

Rodiče postupně akceptují skutečnost, že dítě má disabilitu a přijímají je takové, jaké je. Ke smíření však nedochází ve všech případech, ale může kolísat v závislostech na nově vzniklých zátěžích spojených s vývojem dítěte (operace, výběr školy, zaměstnání atd.).

2.2.4 Reakce dítěte na vlastní disabilitu

Krejčířová (1997) zdůrazňuje fakt, že jakákoli závažná disabilita představuje zatížení pro organismus a psychiku dítěte. Změna prožívání je jedním z prvních signálů porušené rovnováhy organismu, zejména u mladších dětí. Pro dítě přináší zcela nové, odlišné zkušenosti a změněnou životní situaci s níž se musí vyrovnat.

Vágnerová (2002) popisuje velmi časté negativní prožitky spojené s touto změnou a reakcemi rodičů. V oblasti prožívání se projeví emocionální labilitou a zvýšenou dráždivostí. U dětí s vrozenou disabilitou je charakteristické trvalé přizpůsobování se zvláštní životní situaci. Matějček (2003) uvádí, že nedostatek podnětů nebo jejich disharmonický přívod a dále nevhodné výchovné vedení ohrozí zdravý vývoj osobnosti dítěte. Hobdayová (2000) tvrdí, že tato skutečnost pramení často z neznalosti rodičů, kteří nevědí, jak se k dítěti chovat a jaké podněty jsou pro něj vhodné. Dítě potřebuje větší podporu a citovou jistotu, která by kompenzovala nepříjemné prožitky spojené s disabilitou, čímž je zvýšena fixace na lidi jemu blízké.

„Problémem dítěte s postižením získaným v pozdějším vývojovém období je přizpůsobování se životní situaci, jež se změnila víceméně náhle (nebo se od určité doby zhoršuje), a pak teprve další vývoj za zhoršených podmínek.“ (Matějček, 2001).

Psychické reakce dítěte jak je popisuje Vágnerová (2002) jsou závislé na:

- dispozicích, vývojové úrovni, individuální zkušenosti, tj. již vytvořených osobnostních rysech dítěte
- reakcích prostředí, ve kterém dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu i širší společnosti

Allen (2000) uvádí, že obtíže spojené s disabilitou (bolest, omezení hybnosti, únava dále léčebné a vyšetřovací výkony, chování zdravotního personálu, odloučení od rodiny při hospitalizaci a mnoho jiných faktorů) mají negativní dopad na emocionální prožívání dítěte. Základní potřeby dětí s disabilitou uvádím v Příloze č.3.

2.2.5 Rozumové zpracování disability u dětí

Vývojová úroveň dítěte výrazně ovlivňuje jeho rozumové schopnosti v tom, jak posuzuje disabilitu. Krejčířová (1997) a Vágnerová (1999) se shodují, že z vývojového hlediska je důležitý věk, kdy k disabilitě došlo. Disabilita může vývoj v některých oblastech zbrzdit nebo úplně zastavit. Krejčířová (1997) zdůrazňuje význam jednotlivých vývojových fází z psychologického hlediska, které slouží dítěti k maximálnímu uspokojování specifických potřeb.

Kojenecký věk je dle Allen (2000) typický pro utváření pevného vztahu matky a dítěte, od 6-8 měsíců se projevuje separační úzkostí, později vzniká strach z cizích lidí. Janotová (2006) upozorňuje, že delší separace od matky může vyvolat tzv. *anaklitickou depresi*, kdy dítě po období protestu s pláčem upadá do apatie a ztrácí zájem o okolí. Pak si utváří náhradní vztah a odpoutá se od matky. Vztah může být opět navázán, ale separační úzkost může přetrvávat až do školního věku. Allen (2000) upozorňuje, že děti jsou vnímavé i na senzorickou a pohybovou deprivaci. V průběhu hospitalizace často dochází k vývojovému regresu, či zpomalení psychomotorického tempa.

V batolecím věku přetrvává silná separační úzkost a strach z cizích lidí, snadno vznikají fobie, které pak přetrvávají po celý život. Dítě nemá vytvořeny racionální mechanismy, jak tyto strachy zpracovávat (Allen, 2000). Mezi 1. a 3. rokem života je přítomna velká pohybová aktivita a proto jsou omezení hybnosti dětmi špatně snášena (Newman, 2004). Janotová (2006) uvádí, že dle Eriksona je to období konfliktu mezi autonomií, oproti pocitu studu a nejistoty.

Allen (2000) tvrdí, že v předškolním věku je myšlení prelogické. Dítě vše posuzuje tak, jak se mu subjektivně jeví a chápe to, co vyhovuje jeho potřebám. Podle Eriksona je to období konfliktu mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. Myšlení je typicky magické a bohaté na fantazii (Janotová, 2006). Disabilita může být dítětem posuzována např. jako trest za špatné chování, nebo může mít konkrétní podobu a může být zosobněna do nějaké špatné bytosti. Vysvětlování a informování dítěte je nezbytné,

protože dochází k rychlému rozvoji komunikace a řeči. Náhodnost a neosobní příčina vzniku disability je ale pro dítě nepochopitelná a neakceptována (Vágnerová, 1999).

Školní věk je typickým obdobím pro logické operace a dítě nahlíží na disability reálněji (Allen, 2000). Velkou roli v náhledu na vlastní disability hrají dle Vágnerové (1999) emocionální složka a vlastní zkušenost.

Krejčířová (1997) charakterizuje toto období snahou dítěte o výkon jak ve škole, tak mimo ni a mezi vrstevníky. U dětí s disability mohou vznikat pocity méněcennosti (i celoživotně), protože opakované absence ve škole, únava, vliv léků, nebo charakter disability snižují výkonnost. V tomto období se děti snaží dospělým vyhovět, mají své hrdiny, s nimiž se identifikují, což může být vhodná motivace při léčbě. Janotová (2006) zdůrazňuje, že pro rozvoj sociálních schopností a sexuální identity je důležitý kontakt s vrstevníky.

V období puberty se vytváří vlastní identita a mění se způsob uvažování. Dochází k hodnocení a kritice reality, která je neuspokojuje (Janotová, 2006). Na jedné straně dochází k pochopení příčiny a důsledků disability, ale i k uvědomění si ohrožení budoucnosti, např. v povolání, nebo v partnerském životě. Významná je pro ně i otázka tělesného schématu (Vágnerová, 1999). Krejčířová (1997) zdůrazňuje, že dospívající s disability často upadají do deprese a hrozí u nich riziko suicidia.

2.3 Hospitalizace dítěte s disability

Hospitalizace dítěte je nutná v těch případech, kdy není možné dosáhnout léčebného nebo habilitačního cíle v domácí péči (Matějček, 2001).

Pobyt v nemocnici přináší dle Křivolakého (2002) řadu výhod, ale i nevýhod. Mezi kladné stránky patří hlavně kvalitní odborná lékařská, ošetrovatelská a habilitační péče a okamžitá pomoc v případě potřeby. Matějček (2001) popisuje, že prostředí nemocnice je na rozdíl od domácnosti většinou více přizpůsobeno potřebám dětí s disability. Chování zdravotnického personálu může dítěti přinést víc klidu a jistoty než doma.

Závažnou psychologickou okolností je umístění dítěte do neznámého prostředí (Matějček, 2001). Mezi časté a nepříznivé komplikace pobytu dítěte v nemocnici, které mají vliv na zhoršení jak duševního tak zdravotního stavu, je tzv. *hospitalismus*. Říčan (1997) tento stav popisuje jako jev emocionální nestability charakterizovaný souborem fyzických potíží a psychické nerovnováhy, vyvolaný dlouhodobým pobytem

v nemocniční péči. Projevuje se ztrátou aktivity, zdánlivým nezájmem o okolí a opožděním mentálního vývoje.

Další nevýhodou je, že prostředí nemocnice je účelové a proto zde není dostatek stimulačních podnětů. Vágnerová (2002) zdůrazňuje, že dítě je ochuzeno o smyslové, citové a sociální podněty. U dlouhodobých pobytů v nemocnici je riziko vzniku psychické deprivace vysoké a závisí hlavně na psychickém vývoji dítěte, jak bude dítě pobyt v nemocnici snášet.

„Definice psychické deprivace říká, že je to psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Matějček, 2001).

Křivolaký (2002) tvrdí, že při hospitalizaci je kromě rizika vzniku deprivace další nevýhodou separace dítěte tzn. náhlé přerušování již vytvořených vztahů. Podle vývoje dítěte se přibližně v 7. měsíci života vytváří citová závislost na matce, proto bude separace dítěte od matky v tomto období velmi traumatizující (Allen, 2000). Aby se předešlo vzniku deprivace doporučuje se hospitalizace dítěte spolu s matkou. Vágnerová (2002) zdůrazňuje, že závisí na věku dítěte, jak bude odloučení od rodiny snášet. Dítě si totiž vytváří specifický vztah nejen k matce, ale i k ostatním členům rodiny, k domovu a k věcem v něm (Newman, 2004).

Musíme dle Matějčka (2001) brát v úvahu nejen věk, ale také samotnou formu separace. Tu rozlišuje na náhlou nebo postupnou, úplnou nebo částečnou, krátkodobou nebo dlouhodobou.

Křivolaký (2002) zdůrazňuje další významné faktory podílející se na psychickém stavu hospitalizovaného dítěte. Sem řadí předchozí životní zkušenosti s hospitalizací, chování nebo přístup lékařů a personálu nemocnice k dítěti. Janotová (2006) zmiňuje další důležitý faktor, a tím je u hospitalizovaných dětí strach. Děti se často bojí neznámého prostředí, bolesti, krutého zacházení, zákroků, a neznámých lidí. Proto by mělo být vlídné a laskavé chování personálu nemocnice na prvním místě. Nejistotu a strach může dítěti navodit i lékařská vizita, proto by se o zdravotním stavu, léčebných postupech či nejasné diagnóze nemělo mluvit přímo před ním (Matějček, 2001).



Rodiče i děti by si měli být vědomi svých práv, ale i povinností, souvisejících s pobyty ve zdravotnických zařízeních a tamní léčbou. Jejich souhrn obsahuje Charta práv dětí v nemocnici (viz Příloha 4).

2.3.1 Role ergoterapeuta na oddělení dětské neurologie

Úkolem ergoterapeuta na oddělení dětské neurologie dle Beckera (2006) je účelně se podílet se na péči a zlepšení kvality života dítěte s disabilitou. Včasné zahájení ergoterapie zvyšuje úspěšnost rehabilitačního programu a včasného návratu dítěte do běžného života. Náplní práce ergoterapeuta je nejen hodnocení zdravotního stavu a dovedností dítěte. V rámci ergoterapeutické intervence vybírá správné přístupy, metody, stanovuje krátkodobé a dlouhodobé cíle terapie individuálně dle potřeb dítěte. Vedení terapeutických záznamů a výsledků testů využitých při ergoterapii by mělo být samozřejmostí (Stendig-Albrecht, 2006).

Snahou ergoterapeuta by mělo být zapojení rodiny do vytváření plánů terapie a do terapie samotné. Velmi významná je pro rodiče dítěte s disabilitou poradenská činnost v jeho problémových oblastech. Ergoterapeut může rodině pomoci s výběrem kompenzačních pomůcek či vhodných hraček pro dítě, poradit v oblasti asistence nebo odkázat na příslušné organizace (Haškovcová, 2008).

Ergoterapeut pracuje v ideálním případě jako člen multidisciplinárního týmu, který je tvořen z pediatrů, neurologů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychologů, logopedů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků. Týmová spolupráce mezi odborníky je velmi důležitá a prospěšná pro klienta (Becker, 2006).

2.4 Ergoterapie u dětí s neurologickým onemocněním

Oblasti, kterými se ergoterapie u dětí s disabilitou zabývá jsou (Becker, 2006):

- a. *Ergoterapie zaměřená na trénink ADL (Activities of Daily Living)*
 - personální ADL (pADL) zaměřené na osobní hygienu, koupání, jedení, oblékání, použití toalety, přesuny a mobilitu
 - instrumentální ADL (iADL) kam patří příprava jídla, domácí práce, nákup, transport, léky, komunikace (mobil, e-mail), péče o zvířata a jiné
- b. *Ergoterapeutické přístupy zaměřené cíleně na problematickou oblast*
- c. *Ergoterapie zaměřená na využití volného času a zlepšení celkové kondice*

2.4.1 *Položky ergoterapeutického vyšetření disability dítěte*

- **jméno a příjmení**
- **věk a pohlaví**
- **anamnéza** – zdravotní, sociální
- **anamnéza matka** - délka těhotenství, porod, porodní váha
- **hlavní diagnóza**
- **předchozí hospitalizace**
- **indikace k ergoterapii**
- **kladné stránky dítěte dle rodičů**
- **problémová oblast dítěte dle rodičů**
- **hra**
 - místo, poloha, oblíbené hračky, jak si hraje (samo/ s dětmi/ se sourozenci)
- **vývoj motoriky dítěte**
 - *hrubá motorika* - lokomoce, křížení středové osy (od 6 let), lateralita, bilaterální integrace, koordinace oko - ruka, oko - ústa, praxie
 - *jemná motorika* - úchopy (primární: pinzetový, tužkový, válcový, kulový, špetkový, sekundární, terciální)
- **senzorická oblast**
 - taktilní, čichová, chuťová, sluchová, vizuální, vestibulární, propiocepce, stereognozie, kinestezie, tělesné schéma, pravo-levá diskriminace, vnímání hloubky a tvaru předmětů, rozlišení prostorových vztahů, orientace
- **čítí**
 - *povrchové* - taktilní, algické, termické, diskriminační
 - *hluboké* - stereognozie (tvar, materiál, předmět), polohocit, pohybcit, vibrační
- **funkční vyšetření ruky**
 - vzhled, držení, taxie, diadochokineze, rozsahy pohybů v jednotlivých kloubech, svalový tonus, svalová síla, koordinace pohybů

- **mobilita**
 - otáčení na lůžku, posazení, sed
- **stoj a rovnováha**
- **pADL**
 - přesuny, osobní hygiena, koupání, oblékání, sebesycení, použití WC
- **iADL**
 - příprava jídla, domácí práce, nákup, transport, léky, komunikace (mobil, e mail), péče o zvířata a jiné
- **kompenzační pomůcky**
- **kognitivní funkce**
 - orientace (osobou, místem, časem), paměť (krátkodobá a dlouhodobá), pozornost, iniciace a ukončení aktivity, porozumění instrukcí, řazení, kategorizace, řešení problémů, řeč a nonverbální komunikace, prostorová orientace a další
- **školní dovednosti**
 - čtení, grafomotorika, počítání, konstrukční myšlení, schopnost učit se
- **psychosociální dovednosti**
 - *psychologické* - hra, zájmy, sebepojetí
 - *sociální* - chování, sociální interakce, sebevyjádření
- **krátkodobý plán ergoterapie**
- **dlouhodobý plán ergoterapie**
- **poradenství a instruktáž rodičů**
- **návrhy kompenzačních pomůcek**

2.4.2 Stanovení cílů ergoterapie

Formulace cílu v ergoterapii, které se vztahují na konkrétní aktivity, stanovíme dle Beckera (2006) tak, aby bylo možné je splnit postupnými kroky např. stupňováním činnosti či adaptací prostředí. Splnění jednoho konkrétního cíle může umožnit dítěti i jiné aktivity, které dosud nemohlo vykonávat. Například zlepšením úchopu horních končetin mu umožníme splnit schopnost podílet se na i jiných aktivitách běžného života jako jedení přiborem oběma rukama, ovládání počítače, malování atd.

Becker (2006) uvádí, že ergoterapeut má za úkol naplánovat všechny kroky činnosti a jednotlivé části terapie tak, aby cvičením a opakováním dané aktivity bylo postupné dosažení stanoveného cíle. Na formulaci cíle by se měli spolupodílet rodiče dítěte s ohledem na jeho věk. Nereálné cíle by měli být ergoterapeutem už ze začátku zamítnuty, aby nedošlo ke zklamání či přehnaným nárokům rodičů na dítě a ke frustraci dítěte (Haškovcová, 2008).

Příklady možných cílů ergoterapie u dětí hospitalizovaných na neurologii (Haškovcová, 2008):

- normalizace abnormálního svalového napětí
- facilitace fyziologického a inhibice patologického pohybu
- senzomotorická stimulace a podpora správné integrace sensorických vjemů
- podpora motorického vývoje a správných pohybových vzorců
- optimalizace a zlepšení funkce
- maximální soběstačnost ve všedních denních činnostech
- adaptace prostředí, oděvů a kompenzační pomůcky
- edukace rodiny a poradenství

2.4.3 Ergoterapeutický proces

Stendig-Albrecht (2006) tvrdí, že v současné ergoterapii dochází k rozdělení konceptů na dva směry:

- **Terapeutické koncepty orientované na tělesné funkce**
(Bobath koncept, SI, Affolter)

Velkým přínosem pro ergoterapii je, že jsou založeny na neurofyziologickém výzkumu podloženém medicínskými poznatky. Obnova funkce nebo vývoj jiných funkcí je však zcela individuální. Jednotlivé cíle jsou stanoveny pouze na funkčním podkladu ve smyslu zlepšení senzomotorických, kognitivních, percepčních nebo emočních funkcí klienta.

- **Terapeutické koncepty založené na smysluplné činnosti**
(MOHO, CMOP)

Základem teorií je komplexní pohled na interakci klienta a prostředí, které se orientují na přání a potřeby člověka. Přitom se zohledňují všechny faktory prostředí a klient se podílí na vytváření terapie. Smysluplná činnost je základní náplní a součástí cíle terapie.



Becker (2006) zdůrazňuje, že se v ergoterapeutickém procesu nelze zaměřit jen na poruchu funkce, ale důležité je zohlednit všechny faktory prostředí, které mohou ovlivňovat aktivitu dítěte. Aktivity musí být vždy přizpůsobeny mentálnímu věku dítěte a jeho individuálním schopnostem (Newman, 2004).

2.4.4 Ergoterapeutické koncepty využívané u dětí s neurologickým onemocněním

- **Bobath koncept v ergoterapii**

Indikace:

Využívá se hlavně u dětí s DMO, po CMP a úrazu mozku s poruchou motoriky. Zejména u spastické hemiparézy a quadruparézy, dyskinézy - dystonie, athetozí, chorei a ataxie.

Zakladateli Bobath konceptu jsou manželé Karl a Berta Bobathovi. Berta Bobathová působila jako fyzioterapeutka a spolu s manželem (neurologem a pediatrem) rozvíjeli koncept na základě svých praktických zkušeností. Koncept se postupně zdokonaloval díky novým poznatkům z oblasti neonatologie a rozvojem neurologie (Kraus, 2005).

Filozofie:

Koncept vychází z předpokladů, že s pomocí správných pohybových vzorců dochází ke stimulaci CNS a díky plasticitě mozku dochází k tvorbě nových center mozku (Becker, 2006). Přístup k dítěti je aktivní (24 hodinový) a individuálně přizpůsobený jeho biologickým, psychickým a sociálním potřebám. Důležitým nástrojem, který koncept využívá je dle Haškovcové (2008) individuální hodnocení schopností dítěte. Hodnocení probíhá v měnícím se prostředí a podmínkách. Velký důraz je kladen na edukaci rodičů a týmový přístup při řešení problémů klienta (Kraus, 2005).

Hlavní zásady teorie:

Analýza pohybu a působení pohybu v rámci kontroly svalového tonu ovlivňují uskutečnění činnosti (zaměstnávání). Terapie využívá motorické schopnosti dítěte tak, aby mohlo vykonávat činnost, kterou by chtělo. Schopnosti vykonávat činnost nejsou podmíněny pouze jemnou motorikou a kognitivními schopnostmi, ale i motivací a předchozí zkušeností dítěte (Stendig-Albrecht, 2006).

Středem zájmu ergoterapeutické intervence dle Bobath konceptu jak uvádí Haškovcová (2008) je:

- ovlivnění patologických pohybových vzorců
- optimalizace pohybových a posturálních vzorců
- budování střední čáry těla

- pracovat na rozvoji obranných reakcí
- stimulace – taktilní a proprioceptivní
- podporování schopností dětí tj. samostatnost, maximální nezávislost, hra a kontakt s okolím

Nejdůležitějším prvkem pro ergoterapii dle Stendig-Albrecht (2006) je správná výchozí poloha při činnosti, která ovlivňuje to, kam bude směřovat tělo. Správné zatížení nohou v stoji bude tedy ovlivňovat směřování těla, ale zároveň umožní volný pohyb paží a rukou nezávisle od těla. Zásady konceptu by se měly dodržovat při všech všedních denních činnostech jako jsou jedení, oblékání, mytí atd. a tím zabránit dítěti využívat patologické pohyby.

Mezi důležitou součástí terapie patří handling tj. způsob vedení a nakládání s klientem především pomocí rukou terapeuta, tak aby bylo dítě postupně schopné převzít aktivní kontrolu nad svým pohybem (Haškovcová, 2008). Zásady správného handlingu by měli dodržovat též rodiče dítěte a ošetřující personál. Dále se v ergoterapii mohou uplatnit další techniky taktilní a proprioceptivní stimulace (pressure, trakce, rotace, placing, guiding a tapping), které ovlivňují svalový tonus.

Na závěr je nutné zmínit, že na to, aby mohl ergoterapeut tyto prvky ve své praxi využívat, musí projít kurzem Bobath konceptu v pediatrii, který pořádá Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů.

- **Koncept Frostigové**

Indikace:

Využívá se hlavně u dětí po CMP, úrazu mozku a s poruchami senzoričkého vnímání.

Zakladatelkou tohoto konceptu je Marianne Frostig, která od roku 1966-1976 působila jako ergoterapeutka v USA. Od roku 1985 se tento koncept neustále zdokonaluje. Běžně se terapie dle zásad Frostigové uplatňuje v USA, Německu a Rakousku (Becker, 2006).

Hlavní zásady terapie:

- dítě bereme jako individuální bytost

- dítě má individuální schopnosti se učit, těmto schopnostem musíme porozumět
- u dětí co nejvíc posilujeme sebevědomí a sociální schopnosti

Pro vyšetření poruchy v sensorické oblasti se dle Kratochvíla (2008) využívá psychodiagnostický standardizovaný *Vývojový test vizuálního vnímání* (angl. *Developmental Test of Visual Perception*). Pomocí testu se vyšetřují jednotlivé složky percepce: vnímání figury, pozadí, prostoru a vizuomotorická koordinace. Další standardizovaný test Frostigové (*Frostig Movements Skills Test Battery*) hodnotí motorické dovednosti dítěte: koordinaci, rychlost, sílu, přesnost, výdrž a rovnováhu při pohybu. Becker (2006) uvádí, že na základě výsledků jednotlivých testů se navrhuje habilitační program, který obsahuje cvičení na celkovou stimulaci těla pro uvědomení si schématu těla, vnímání 3D a 2D prostoru. Během terapie se dítě dostává do interakce s různými materiály. Důležitým prostředkem v terapii je hra, kterou si dítě posiluje sebevědomí, získává podněty z prostředí a uvědomuje si své tělo v prostoru. Tím dochází ke zlepšení v oblasti psychických a sensorických funkcí.

- **Bazální stimulace v ergoterapii**

Indikace:

Využívá se hlavně u dětí po traumatu mozku a CMP.

Filozofie:

Koncept je založen na vědeckém podkladu a opírá se o různé vývojové modely poukazující na vývoj jedince v závislosti na podnětech ze svého okolí. Jedná se o neuropsychologický model podle Pechsteina, Piagetův vývoj senzomotorické inteligence a Bobath koncept (Friedlová, 2005). Bazální stimulace vychází z potřeb klienta, maximálně zohledňuje jeho životní návyky a jedinečnost.

Cíle:

- poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry
- pomoci klientovi rozvíjet vlastní rytmus
- umožnit poznávat vlastní tělo a okolí
- zažít smysl a význam konaných činností
- poskytnout autonomii a odpovědnost za sebe

Základním prvkem konceptu dle Friedlové (2005) je pohyb, který umožňuje získávat stimuly a vjemy. Dále podle jednotlivých smyslů rozdělené vnímání (somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní a olfaktorické) a komunikace.

V ergoterapii můžeme využívat jednotlivé prvky stimulace během nácviků dovedností nebo během terapie (Kadlecová, 2006). Příklady využití v oblastech pADL:

- a. **koupání** - somatická stimulace, auditivní a olfaktorické (šplouchání vody a vůně mýdla, šamponu)
- b. **osobní hygiena** - olfaktorická stimulace (vůně pasty, mýdla a krémů), optická stimulace (zrcadlo), vibrační (elektrický kartáček na zuby), somatická stimulace (koupel končetiny, mytí rukou, masáž), auditivní (rádio)
- c. **oblékání** - somatická stimulace (stimulace končetin s pomocí žinek, froté ponožek) může uvolnit spasticitu nohou, rukou a tím usnadnit oblékání. Olfaktorická stimulace (vůně aviváže, kus oblečení maminky).
- d. **příjem jídla** - optická stimulace (vzhled jídla), orální stimulace (pro děti, které nemohou přijímat potravu ústy využíváme váčky naplněné oblíbeným jídlem), somatická stimulace (masáž obličeje, okolí úst)
- e. **kontinence moči a stolice** -vibrační stimulace na přední hranu lopaty kosti kyčelní příznivě ovlivňuje dle Friedlové (2005) ovládání svěračů a posiluje svaly pánevního dna.

V oblasti hry se pro děti během ergoterapie využívají pro stimulaci různé hračky.

- **Přístup Dr. Affolter**

Indikace:

Využívá se hlavně u dětí po traumatu mozku a CMP.

Zakladatelkou konceptu je Dr. Félicie Affolter, která vycházela z Piagetovy vývojové psychologie a z dlouholeté praxe s dětmi s poruchou pozornosti. V centru zájmu terapie je dle Affolterové zprostředkovat dítěti taktilní, kinestetickou a proprioceptivní stimulaci (Becker, 2006).

Filozofie:

Tento přístup je založen na tezi, že jedinec se nejlépe učí tím, že činnost provádí a je v neustálé interakci s prostředím. Cílem je, aby klient dosáhl optimální úrovně svých možností tzv. *funkční strop*.

Tento přístup se dle Younga (2007) zaměřuje na facilitaci percepčního a propioceptivního vnímání. Předpokládá se, že tato zkušenost je základem různorodosti schopností a je klíčová pro taktilně-kinestetický systém.

Becker (2006) uvádí, že ergoterapeut připravuje úkoly z běžného života a vyžaduje jejich řešení. V rámci terapie prožívá klient různé situace a vstupuje do interakce s prostředím. Ergoterapeut mu asistuje při získávání informací nonverbálním vedením. Dle Beckera (2002) existují tři úrovně vedení: *maximální asistence, střední a minimální*. Během terapie pokládá ergoterapeut svoje ruce na ruce klienta. Do kontaktu s předmětem by měla přijít pouze ruka klienta a pokud terapeut cítí, že přejímá vládu nad pohybem, zmírní vedení. Terapeut by měl být dle Younga (2007) vnímavý k jednotlivým pohybům klienta a být dobře seznámen s činností tak, aby mohl předvídat, co klient bude prožívat. Během prováděné činnosti se klient snaží zapojit ruce a celé tělo. Když dojde k přerušení pohybu nebo zaváhání, terapeut podle potřeby převezme vedení pohybu.

• **Koncept Castilla-Morales**

Indikace:

Využívá se u dětí po traumatickém poškození mozku, u neuromuskulárních onemocnění, hypotonií, periferních paréz, CMP a obrny n. facialis. Intervence se využívá hlavně u poruch komunikace, senzomotoriky a v orofaciální oblasti.

Zakladatelem konceptu je argentinský rehabilitační lékař Castillo Morales, který tuto metodu začal využívat u dětí s neurologickým onemocněním. Během zdokonalování konceptu ho nejvíc ovlivnili manželé Bobathovi a francouzská rehabilitační škola Kabatha, Brunkowa a Brodieho (Becker, 2006).

Filozofie:

Koncept je založen na neurofyziologickém podkladě. Terapie je dle Mugayar (2007) přizpůsobená individuálním potřebám dítěte a během terapie se pracuje na rovnováze, koordinaci pohybů, a tím usnadňuje komunikaci s okolím. Využívají se určité stimulační zóny těla a skrze pohyb dochází k regulaci

svalového napětí. Stimulace se provádí tlakem, tahem, třením a vibrací. Díky těmto stimulům dochází k aktivaci senzorického systému. Cílem terapie je dosáhnout motorických schopností dítěte, aby pohyb provedlo samo bez předchozí stimulace a využilo ho v běžném životě.

- **Forced-Use terapie (Constraint Induced Movement Therapie)**

Indikace:

Využívá se jediné u dětí s hemiparézou, u kterých je částečně zachována hybnost HK. Důležitá je i dostatečná motivace rodičů a dítěte, dostatečná kognitivní a percepční úroveň.

Zakladatelem této metody je PhDr. Eduard Taub. Od počátku 90 let se využívá v USA u dospělých lidí s hemiparézou. Tato metoda začala mít větší úspěch u dětí díky větší schopnosti plasticity mozku. Taub vycházel z teorie, že u lidí s hemiparézou nezapojujících postiženou ruku k činnosti, dochází k zániku zbytkových motorických funkcí (Becker, 2006).

Young (2008) uvádí, že proto v terapii dochází k imobilizaci funkční horní končetiny pomocí dlah a k zapojení postižené do činnosti. Imobilizovaná ruka slouží pouze k opoře. Tak dochází u klienta k cílenému zapojování postižené končetiny do činnosti a k reedukaci problematického pohybu. Trénink problematických pohybů ruky se musí opakovat denně a následně využívat v běžných každodenních činnostech. U dětských klientů se nejvíc využívá tento trénink ve hře, která je pro děti přirozená a motivuje je k zapojení postižené ruky.

Becker (2006) uvádí, že mezi nejtěžší reedukaci pohybu u dětí patří pronace a supinace. Úspěšnost v navrácení této funkce je u klientů nejnižší.

2.5 Souhrn nejčastějších neurologických onemocnění u dětí

Vzhledem k tomu, že pro ergoterapeuty jsou relevantní spíše následky plynoucí z nejrůznějších onemocnění, uvádím v této kapitole pouze stručné charakteristiky nejčastějších neurologických onemocnění.

2.5.1 *Organické onemocnění CNS*

Organické postižení CNS (centrální nervové soustavy) definuje Kotiagal (1996) jako strukturální postižení nebo funkční poruchu mozku, která vzniká důsledkem mechanického poškození mozkové tkáně úrazem, nádorem, otravou, infekcí, metabolickými změnami, degenerativním onemocněním nebo poruchou vývoje mozku. Určité společné znaky poškození mozku, bez ohledu na to, jak vznikli, spadají pod název organický psychosyndrom, který lze charakterizovat jako nespecifický projev postižení CNS (Krejčířová, 2001).

Vágnerová (2002) a Krejčířová (1997) popisují výskyt různých poruch u dětí s poškozením CNS, které jsou následující:

- **kognitivní funkce** - poruchy paměti, pozornosti, výbavnosti, myšlení a učení
- **řeč** - dysfázie tzn. obtíže v porozumění řeči, nedostatečné aktivní vyjadřování a problémy s hledáním slov
- **emoční prožívání** - labilita, kolísání nálad, zvýšená dráždivost a afektivita
- **percepční a gnostické vnímání** - omezení těchto schopností a nesprávná diferenciací podnětů
- **sociální adaptace** - nedostatečné sebeovládání, agresivita, asociální chování

Krejčířová (1997) dále zdůrazňuje, že se u těchto dětí často vyskytují poruchy motoriky, které mívají různý charakter od závažných omezení hybnosti po lehké koordinační poruchy. Může se vyskytnout dyspraxie nebo apraxie (narušení nebo ztráta schopnosti vykonávat komplex koordinovaných pohybů zaměřených na určitou činnost). Postižení motoriky mluvidel může mít za následek dysartrii až anartrii (porucha pohybové koordinace mluvidel), která se projevuje ve zhoršené výslovnosti.

2.5.2 *Infekce CNS*

Kotiagal (1996) definuje infekční onemocnění jako reakci na vstup určitého choroboplodného činitele (viru nebo bakterie) do organismu. Dále tvrdí, že rozsah onemocnění je závislý na reakci organismu, protože infekce způsobují poškození mozkových buněk. Záněty CNS lze dle Pfeiffra (2007) rozdělit na *meningitidy* (zánět mozkových plen) a *encefalitidy* (zánět mozku).

Infekční onemocnění mozku probíhá v několika fázích, které trvají různě dlouhou dobu (Vágnerová, 2002):

- a. Fáze **akutního onemocnění** s vysokými teplotami, stavem bezvědomí či zmatenosti. Dítě je nutné hospitalizovat a zahájit léčbu po odhalení příčiny infekce.
- b. Fáze **krátkodobých následků** po prodělané akutní fázi může onemocnění způsobit poruchy percepce a motoriky. Po několika měsících spontánně odeznívají.
- c. Fáze **dlouhodobých následků** se může objevit po uplynutí několika měsíců od vyléčení dítěte, obvykle jde o specifické potíže vedoucí k zhoršené adaptaci na školu a poruchy chování.

Postencefalitický syndrom je dle Kotiagala (1996) termín využívaný pro popis následků infekčního onemocnění CNS v oblasti psychických funkcí. Dále uvádí, že jde o generalizované postižení mozku individuálně variabilní vzhledem k věku a zdravotnímu stavu dítěte před onemocněním. Krejčířová (1997) zdůrazňuje, že nejzávažnější důsledky mívají encefalitidy, u kterých dochází k poruchám paměti až u 25 % dětí.

2.5.3 *Nádory mozku*

Nádorové onemocnění mozku je charakteristické lokalizovaným, neregulovaným patologickým bujením mozkové tkáně (Kotiagal, 1996). Pfeiffer (2007) uvádí, že závažným problémem nádoru je jeho malignita, rychlost růstu a lokalizace. Krejčířová (2001) tvrdí, že ke změnám v oblasti psychiky a kognitivních funkcích dochází až u 25% - 50% dětí s nádorovým onemocněním.

Vágnerová (2002) rozděluje průběh nádorového onemocnění na:

- **Fáze počínajících potíží**
 - před diagnostikovaním nádoru nemusí být konkrétní potíže, dítě se například nedokáže dostatečně soustředit, bolí ho hlava, je snadno unavitelné, otupělé, apatické nebo naopak vzteklé a podrážděné.
- **Fáze vymezení diagnózy a léčby**
 - může být spojená s různými komplikacemi jako je změna chování (apatie, motorický neklid, zvýšená dráždivost) nebo psychickými potíží (sebepoškozování, deprese, pocit úzkosti).

Zlepšení mozkových funkcí může být možná a není nutné vyhledávat léčbu. Dochází k úpravě motorických funkcí, například k upravení chování.

- **Fáze dlouhodobých následků**

- etiologie je různá a závisí na dalších faktorech (lokalizaci nádoru, velikosti poškozené tkáně, úspěšnosti léčby, věku a vývojové úrovni dítěte). Buď dochází ke postupnému zlepšování zdravotního stavu, ale časté jsou přetrvávající potíže po chemoterapii, medikaci či recidivách nádoru.

Vágnerová (2002) dále vystihuje sociální aspekty onemocnění, které bývá obecně ve společnosti více tolerováno než je tomu u jiných chorob. Rodiče, u kterých dochází k pocitům bezmoci, svoje děti často nadměrně ochraňují. Tím, že snižují nároky ve výchově, dochází ke fixaci nevhodných způsobů v chování. Krejčířová (1997) dodává, že dítě je tímto hyperprotektivním postojem ochuzeno o nabídky z okolí a možnosti získávat nové zkušenosti.

2.5.4 Úrazy hlavy

Nejčastějšími příčinami úrazu hlavy jsou dopravní nehody. Počet poruch způsobených traumatickým poškozením mozku u dětí každý rok vzrůstá (Kotagal, 1996). Vágnerová (1997) uvádí, že úrazy vedou primárně k mechanickému poškození mozkové tkáně a dalším sekundárním důsledkům, které jsou reakcí na poškození.

Mezi klinické projevy poúrazových stavů u dětí Vágnerová (2002) řadí:

- **změny emočního prožívání** - dráždivost, přecitlivělost, afektivní projevy, úzkost, deprese, nízká odolnost k zátěži a jiné
- **poruchy kognitivních funkcí** - paměti, pozornosti, zpracovávání informací, organizace a plánování činnosti a jiné
- **poruchy řeči** - afázie, dyslexie, dysgrafie, perseverace a jiné
- **poruchy chování** - snížení psychomotorického tempa, problémy v sebeovládání
- **změny osobnosti** - úbytek odpovědnosti, nedostatek ohledu na okolí, egocentrismus a jiné
- **motorické poruchy** - poruchou pyramidové dráhy vznikají hemiparézy, dyspraxie a jiné

Zlepšení mozkových funkcí může být rozdílné a není stejně rychlé. Nejdříve dochází k úpravě motorických funkcí, nejspíše kognitivních funkcí a sociální

adaptaci. Do určité míry je úprava spontánní, ale je nutné ji podporovat habilitací (Kotagal, 1996). Vágnerová (2002) zdůrazňuje, že poudrazové projevy u dětí závisí na zralosti centrální nervové soustavy a na vývojové úrovni dítěte. Kotagal (1996) řadí vývojovou úroveň dítěte, lokalizaci poranění, premorbidní zdravotní stav a úroveň psychických funkcí mezi významné faktory ovlivňující závažnost poudrazových potíží dítěte.

2.5.5 Epilepsie

Kotagal (1996) definuje epilepsii jako chronické onemocnění poškozující mozkovou tkáň, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru spojenými se změnou prožívání, uvažování a chování. Často se vyskytuje s motorickými projevy a poruchami vědomí. Krejčířová (1997) uvádí, že dětské epilepsie tvoří heterogenní skupinu onemocnění vzhledem k typu záchvatu, frekvenci, etiologii onemocnění, vlivu na vývoj a psychický stav dítěte. Dále popisuje, že u dětí s epilepsií je častější výskyt poruch řeči, pozornosti a chování.

Vágnerová (2002) cituje Grahama (1999), který diferencuje různé problémy spojené s epilepsií dle časového aspektu na:

- Krátkodobé změny, které zahrnují období před záchvatem. Dítě je dráždivější, hůře se soustředí na činnost, neadekvátně reaguje a bezprostředně před záchvatem se může objevit tzv.aura, kdy se krátkodobě mění vnímání a prožívání.
- Epileptický záchvat představující náhlé, prudké zatížení CNS. Reakcí na záchvat bývá únava, vyčerpanost, ospalost a amnézie.
- Psychické nápadnosti v období po záchvatu bývá dítě dezorientované, obtížně se soustředí, zpomalně či neadekvátně reaguje.

Krejčířová (1997) uvádí, že značná část dětí s epilepsií má další problémy psychického charakteru, které se projevují poruchami učení a chování. Vágnerová (2002) potvrzuje, že v závislosti na etiologii může epilepsie v nestejně míře ovlivnit psychické funkce. Děti mají tendence k výkyvům v emočním prožívání. Dále často dochází ke změnám osobnosti, poznávacích funkcí, pozornosti, chování a též poruchám paměti.

2.5.6 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále DMO) je závažné onemocnění hybného vývoje podmíněné prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálně poškozením mozku různé etiologie (Krejčířová, 1997). Pfeiffer (2007) uvádí výskyt onemocnění až u 1-1,5% obyvatel. Dále zdůrazňuje, že jde o funkční poruchu, která vede k celoživotním problémům.

Bobath klasifikace DMO dle Krause (2005) :

- a. **spastická forma** - lehká, střední, těžká
- b. **hypotonická forma**
- c. **atetoidní forma** (čistá atetóza, choreoatetóza, atetóza se spasticitou, atetóza s dystonickými spazmy)
- d. **ataktická forma** (s nebo bez atetózy, s nebo bez spasticity)

Onemocnění je dle Krause (2005) senzomotorické, často jsou motorické problémy spojené s poruchou zraku, sluchu, řeči a kognitivních schopností. Společným znakem různých typů DMO je abnormální svalový tonus, nedokonalá pohybová koordinace, poruchy rovnováhy v stoji a chůzi (Pfeiffer, 2007). Dále děti s DMO mají potíže při dýchání, protože mají potlačený reflex kašle, tím hrozí nebezpečí aspirace. Při příjmu potravy mívají problémy s polykáním a zvýšenou salivací (Kraus, 2005).

Cílem ergoterapie u dětí s DMO dle Haškovcové (2008) je právě inhibice tonických reflexů, facilitace posturálních a rovnovážných reflexů, stimulace (děti mají vyšší práh pro stimulaci). Ergoterapeut a rodina pracují na individuálních problémových oblastech jako jsou např. správný handling, krmení, pADL a trénink kognitivních funkcí.

2.6 Závěr

Nyní by měl mít čtenář dostatek základních teoretických znalostí z oblastí psychického prožívání disability u dítěte, o ergoterapii u dětí s neurologickým onemocněním a základech pediatrické neurologie. V následující kapitole se budu věnovat praktickému využití ergoterapie u klientek s neurologickým onemocněním a na základě kazuistik prokážu přínos ergoterapeutické intervence.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Úvod

Za metodiku práce jsem si zvolila kazuistiku. V praktické části využívám především výstupů z části teoretické a zkušeností získaných na odborné praxi ve FN Motol. V této části práce uvedu kasuistiky dvou klientek, se kterými jsem měla možnost pracovat po dobu pěti týdnů a na kterých ukážu vliv disability na psychosociální funkce a dále zaznamenaný přínos ergoterapie.

3.2 Kasuistiky

V této kapitole uvádím kasuistiky klientek s neurologickým onemocněním. Vybrala jsem si klientky s rozdílnou diagnózou a věkem. Při zpracovávání jednotlivých kasuistik jsem se také zaměřila na psychosociální problematiku spojenou s náhlým vznikem disability. U každé uvádím vstupní vyšetření a plán terapie, který jsem navrhla na základě problémové oblasti klientek. Podle tohoto plánu jsem pak vedla terapii a provedla následné stupňování či potřebné adaptace. Na konec uvádím hodnocení výsledků a přínos ergoterapie. Materiály pro kazuistiky jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace neurologického dětského oddělení FN Motol, z rozhovoru se zdravotnickým personálem a rodiči klientek, dále z vlastního pozorování klientek při terapii.

3.2.1 *Kasuistika č.1*

Klientka L.Ž., narozena dne 6.9.2002, přijata do nemocnice dne 4.7.2008 s dg. **pravostranná centrální hemiparéza, expresivní afázie, supranukleární paréza nervus facialis** na základě ischemie v povodí arteria cerebri media vlevo. Ergoterapie byla indikována neurologem k rehabilitaci kognitivních a funkčních dovedností HKK. Zahájení ergoterapie dne 8.7.2008.

OA: narozena ve 41. týdnu jako sedmé dítě, psychomotorický vývoj v normě, déle nemluvila, používala svůj slovník do 4 let, sledována na logopedii, chůze v 1. roce, asymetrický růst těla, strabismus

NO: 3.4.2008 si hrála dětmi venku, úraz nebyl zjištěn, doma pláč, zmatenost, afázie, nemožnost chůze, pomočení, matkou přivolána sanitka, převoz vrtulníkem z nemocnice v Mladé Boleslavy do FN Motol

Předchozí hospitalizace: pro asymetrický růst těla v nemocnici na Vinohradech sledována od 7. měsíce, v roce se růst symetrizoval

RA: žije v úplné rodině v Milovicích, matka (nar.1966) je na mateřské dovolené, otec (nar. 1960) pracuje jako dělník, má 9 sourozenců - 3 sestry a 5 bratrů

SA: do školky nechodí, je doma s matkou

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Hodnocení soběstačnosti: ze dne 8.7.2008

pADL:

- **Příjem jídla**

- jídlo i pití zvládá částečně sama. Potřebuje asistenci pro nakrájení jídla, ale dokáže si levou rukou pomocí lžice vložit sousto do úst. Při pití potřebuje asistenci v podání hrnečku, sama ho uchopí levou rukou a napije se pomocí brčka. V důsledku obrny n. facialis jsou potíže s polykáním, tekutiny a strava vytékají z pravého koutku. Koutek je výrazně pokleslý.

- **Osobní hygiena** - samostatně nezvládne, je nutná plná asistence
- **Koupání** - plná asistence
- **Oblékání horní poloviny těla** - plná asistence
- **Oblékání dolní poloviny těla** - plná asistence
- **Použití WC** - zatím nepoužívá, nosí pleny
- **Kontinence moči a stolice** - je inkontinentní, nosí pleny.

iADL

- vzhledem k zdravotnímu stavu klientky a věku nebylo možné vyšetřit, ví jak se telefonuje

Funkční hodnocení:

- **Smysly** - potíže se zrakem a sluchem nemá
- **Kompenzační pomůcky** - pleny na inkontinenci
- **Mobilita** - přesuny z lůžka na židli a zpět, přesuny na WC, přesuny vana, sprch. kout - vzhledem k zdravotnímu stavu není možná
- **Lokomoce, sed, stoj** - není zatím možný vzhledem k zdravotnímu stavu klientky

Vyšetření HKK:

- **dominantní ruka:** je pravá
- **svalová síla:** na PHK žádná, na LHK je v normě
- **svalový tonus:** na PHK je snížený, na LHK je v normě
- **rozsahy pohybů:**
 - PHK plegická, žádný aktivní pohyb, pasivní bez omezení
 - LHK pasivní a aktivní rozsah pohybů je bez omezení
- **koordinace pohybů:** cílené pohyby na LHK jsou koordinované
- **čítí:**

povrchové :

- PHK je narušené taktilní, algické, termické a diskriminační čítí
- LHK je v normě

hluboké:

- PHK je narušený polohocit, pohybovit, stereognozie a necítí vibrace
- LHK je v normě

- **Úchopy:**

a) Statické úchopy:

bidigitální:

- PHK nedokáže pinzetový, nehtový, klíčový, mincový úchop
- LHK dokáže všechny uvedené úchopy

pluridigitální:

- PHK nedokáže tužkový, špetkový, kulový, válcový úchop, ani úchop s pomocí dlaně a háček
- LHK dokáže všechny uvedené úchopy

b) Dynamické úchopy:

- PHK nezvládne žádný z úchopů, LHK bez obtíží dokáže všechny

Kognitivní funkce

Klientka je dezorientovaná místem, časem a osobou, ale rozeznává ostatní osoby a předměty. Dokáže rozeznat předměty, z výběru 2 až 3 předmětů je schopna najít ten hledaný. Ví k čemu se používají základní předměty ADL – lžička, sklenice, hřeben, zubní kartáček. Je schopna kategorizace – roztřídí ovoce, zeleninu, dopravní prostředky. Dokáže řadit pojmy a aktivity např. postup v oblékání. Schopnost zapamatování si informací a pozornost je oslabena sníženou schopností koncentrace. Obtížně se hodnotí chápání, jednoduchým pokynům vyhoví, ale kvůli expresivní afázii zatím není jasné, do jaké míry dokáže porozumět a co dokáže jen dobře napodobit. Nyní je obtížné hodnotit i krátkodobou a dlouhodobou paměť. Při terapii je klidná a ochotně spolupracuje. Potíže s iniciací a ukončením aktivity nemá.

Psychosociální funkce

- psychologické:

Při terapii je klientka L. klidná a spolupracující. Snaží se vyhovět všem požadavkům až tak, že dokáže pohyb, činnost dokonale napodobit nebo na vše přikývnout a říct ano. Při hře je vidět, že se snaží zapojit i LHK do činnosti, ale neúspěšně. Ze začátku po pár neúspěšných pokusech plakala, než se naučila uchopovat věci s dopomocí druhé ruky.

Zájmy: klientka se zajímá o hru, ráda poslouchá pohádky a zkouší kreslit.

- sociální:

Komunikace s klientkou je obtížná kvůli expresivní afázii. Dokáže se vyjádřit jen pomocí slov ano - ne, kývnutím hlavy, občas vydáním zvuku, neverbální komunikací. O pomoc si nedokáže říct ani moc vyjádřit rozčilení – např. když si polije postel, nebo by potřebovala přebalit. Má ráda společnost, dokáže aktivně naslouchat a snaží se všem vyhovět. Nemá potíže s navázáním očního kontaktu. Klientka je hospitalizována bez matky, která se stará o mladší sourozence. Pravidelně za ní dojíždí jeden den v týdnu na návštěvu. Separaci od rodiny snáší klientka dobře. Při loučení s matkou už od počátku hospitalizace nepláče.

Ergoterapeutický plán, intervence a průběh terapie:

- **silné stránky klientky:**
 - klidná a spolupracující při terapii
 - optimistická
 - dokáže velmi dobře napodobovat činnost a pohyb
 - není omezená hybnost levé poloviny těla
 - rozeznává některé předměty na základě výběrů z více možností
 - spolupráce obou HKK
 - náznak pohyblivosti PDK
- **slabé stránky klientky:**
 - plegie PHK a PDK
 - porucha čítí na PHK
 - potíže v komunikaci a vyjadřování (expresivní afázie), na vše odpovídá ano
 - plná závislost na asistenci v oblasti pADL
 - v důsledku obrny nervus facialis, potíže v orofaciální oblasti při příjmu jídla a komunikaci
 - potíže v oblasti kognitivních funkcí – krátkodobá paměť
 - není orientovaná místem, časem ani osobou

Cíle ergoterapie:

- **krátkodobý: po dobu od 8.7. – 25.7.2008**

1) Cíl terapie - zamezení vzniku kontraktur a uvědomění si bodyschematu

Plán terapie:

- pasivní cvičení a uvolnění kloubů HKK
- placing a guiding dle Bobath konceptu
- prvky bazální stimulace – taktilní stimulace (kartáčování a míčkování)
- správné polohování

2) Cíl terapie - zvýšení soběstačnosti v oblasti příjmu potravy

Plán terapie:

- prvky orofaciální stimulace
- nácvik samostatného jedení a pití

3) Cíl terapie - maximální zapojení LHK do činnosti

Plán terapie:

- guiding s pomocí PHK, zapojovat LHK do hry - stavění kostek
- trénink úchopů – guiding druhé ruky

4) Cíl terapie - nácvik mobility na lůžku a přesuny

Plán terapie:

- bridging dle Bobath konceptu
- změny polohy v rámci lůžka
- nácvik přetáčení na lůžku

5) Cíl terapie - zlepšit základní komunikaci

Plán terapie:

- orofaciální stimulace
- cviky pro motoriku mluvidel, cviky pro jazyk a rty, hra: foukání do bublifuku
- naučit klientku používat komunikační tabulku

6) Cíl terapie - edukace rodiny a jejich zapojení do rehabilitace

Plán terapie:

- předání materiálů - v oblasti taktilní stimulace, orofaciální stimulace, prvky Bobath konceptu
- ověření dovedností rodičů

- dlouhodobý: po dobu do konce hospitalizace ve FN Motol

1) Cíl terapie - udržení případně zlepšení úrovně kognitivních funkcí

Plán terapie:

- trénink paměti – hry, jednodušší hlavolamy, pexeso
- trénink orientace - v oblasti času (hodiny a roční období, kalendář, osoby – fotografie
- nácvik základních předškolních dovedností - grafomotoriky, stříhání, počítání a čtení
- posílit schopnost učit se novým dovednostem a dostatečně udržet rozsah pozornosti

2) Cíl terapie: zvýšení soběstačnosti v oblasti pADL

Plán terapie:

- trénink v oblasti os. hygieny
- nácvik mytí a oblékání

3) Cíl terapie: celkové zlepšení svalové kondice

Plán terapie:

- posílení svalů HKK pro zlepšení soběstačnosti v oblékání a osobní hygieny
- posílení trupového svalstva pro lepší mobilitu na lůžku, stability sedu a řesunů
- posílení DKK a trupového svalstva

4) Cíl terapie: postupná vertikalizace, stoj a nácvik chůze

Plán terapie:

- činnosti ve stoji, vysoký klek, stabilizace stoje - balanční cvičení, rytmizace chůze
- spolupráce s FT

Průběh ergoterapie:

S klientkou jsem měla možnost pracovat individuálně na oddělení neurologie po dobu 4 týdnů cca 60 minut téměř každý den. Při terapii většinou vždy ochotně spolupracovala a nebylo obtížné ji motivovat během terapie (převážně formou hry). První týden bylo problematické udržet pozornost klientky déle než 20 minut a L. byla snadno unavitelná. Pozornost se zlepšovala už od druhého týdne pobytu v nemocnici.

Nejobtížnější byla ze začátku komunikace s klientkou, která se začala postupně zlepšovat na konci 2. týdne, kdy začala L. rozlišovat ano a ne.

Během ergoterapie jsem se zaměřila dle problematických oblastí klientky hlavně na splnění krátkodobých cílů, dle přesně navržených plánů terapie. První týden hospitalizace klientky bylo cílem mé terapie zamezit vzniku kontraktur pomocí správného polohování pasivním cvičením. Využila jsem prvky z Bobath konceptu – placing a guiding HKK. S pomocí taktilní stimulace jsem se snažila umožnit klientce uvědomit si vlastní tělesné schéma.

Následující týdny jsem se zaměřila též na další cíle, které jsem si naplánovala, např. zvýšení soběstačnosti v oblasti příjmu potravy. Snažila jsem se o stimulaci v okolí úst tlakem a masáží obličejové podle zásad z orofaciální stimulace. Dále jsem se podle zásad stimulace snažila dosáhnout správného ovládnutí rtů, jazyka a čelistí. Získané dovednosti jsem využila k nácviku samostatného pití a jedení. Klientka se naučila za týden samostatně pít z hrnečku se dvěma oušky s pomocí brčka. Retní uzávěr se posílil natolik, že jí tekutina již nevytékala z úst. K nácviku jedení byla nutná adaptace v použití příboru s širší rukojetí pro snadnější úchop a v nakrájení tuhé stravy. S pomocí guidingu se klientka dokázala najíst oběma rukama. Když se začal zvyšovat svalový tonus na akru LHK, začala klientka využívat na jedení dlaňovou pásku s otvorem pro příbor a talíř s vyšším okrajem.

Třetí týden rehabilitace se již objevila úplná hybnost PDK, takže nácvik mobility na lůžku byl snazší. Klientka se dokázala během několika terapií samostatně přetočit na lůžku, bridging, ani přesuny z lůžka na židli a vozík jí nedělaly potíže. Při každé z terapií jsem se věnovala rozvoji základní komunikace a zlepšení úrovně kognitivních funkcí. Uplatnila jsem cviky pro motoriku mluvidel, cviky pro jazyk a rty. Jako pomůcku k jejich procvičení jsem použila např. bublifuk, práce s ním klientku velice bavila. Ze začátku pro ni bylo obtížné provádět jednotlivé cviky kvůli pokleslému koutku, ale za 2 týdny došlo k výraznému zlepšení. Díky orofaciální stimulaci začal být rozdíl v mimice levé a pravé polovině tváře výrazně menší. Klientka se výrazně zlepšila v komunikaci, poslední týden mé praxe dokázala samostatně říci dvě nová slova (ahoj, máma) a vyslovit názvy objektů po předložení jejich obrázků. Dokázala používat a rozlišit význam ano a ne. Pro klientku by bylo lepší, kdyby v jejím případě byla možná spolupráce s logopedem, ale ten se na oddělení momentálně nenacházel. Dala jsem si za cíl naučit klientku používat komunikační tabulku, což se mi podařilo splnit. Mým dalším cílem bylo zapojit blízkého člena rodiny klientky do rehabilitace. Realizace

tohoto kroku se mi naneštěstí nezdařila, protože za klientkou jezdila velmi zřídka pouze její matka a to většinou v době mé nepřítomnosti. Přenechala jsem jí tedy alespoň materiály o taktilní a orofaciální stimulaci.

S klientkou jsme trénovali paměť a pozornost s pomocí různých her pro děti např. pexeso. Při hře jsme hledaly rozdíly na obrázcích, trénovaly zapamatování si obrázků, postupně jsem zvyšovala náročnost např. ve zvyšování počtu nebo složitosti obrázků a počtu kartiček. Klientka se postupně lepšila, zapamatovala si pokaždé více obrázků, a našla víc rozdílů. Postupně se začala orientovat v čase - v ročních obdobích a dnech v týdnu. Protože má praxe trvala omezenou dobu nedošlo už k splnění dalších plánovaných cílů, které jsem uvedla výše v dlouhodobých plánech ergoterapie.

Závěrečný souhrn:

Během 4 týdnů u klientky L. došlo k výraznému zlepšení v rehabilitaci. Na této kazuistice je vidět rychlou schopnost plasticity u dětí. Z úspěchů klientky jsem měla velkou radost. V průběhu ergoterapie jsem u ní zaznamenala významné zlepšení. V oblasti pADL – příjem jídla a pití je nyní bez obtíží, hybnost jazyka se zlepšila, koutek už není tak pokleslý, takže se klientka sama nají levou rukou. Při krájení jídla na menší kousky potřebuje minimální asistenci. Sama pije z lahve a z hrníčku s brčkem bez toho, aniž by jí tekutina vytékala z úst.

V oblasti motorických funkcí se na PHK začíná objevovat svalový tonus na prstech, je schopna úchopu s pomocí LHK. Dokáže kulový a válcový úchop PHK s pomocí LHK. Levou ruku i přes částečné obnovení její hybnosti nechce zapojovat do činnosti. Došlo ke zlepšení mobility na lůžku - klientka se sama otočí i posadí, přesune z postele na vozík nebo židli.

V oblasti kognitivních funkcí je lépe orientována, ví kde je a jak se jmenuje. Zlepšila se jí paměť a pozornost, při terapii dokáže dostatečně vnímat. Již nemá problém se zopakováním jednoduchých slov, sama dokáže zatím jen pozdravit a pojmenovat objekt s pomocí obrázku, rozlišuje ano a ne.

Na druhou stranu zůstává otázkou, zdali u klientky setrvá dosažená úroveň funkčních schopností, případně dojde k jejich zlepšení, i po propuštění klientky z nemocnice. Její matka totiž nejevila zájem podílet se na ergoterapii a vzhledem k sociálnímu faktu, že má klientka ještě další tři mladší sourozence, je zde riziko, že by mohlo dojít k regresi získaných funkcí. V místě bydliště klientka bohužel nemá

možnost docházet na ergoterapii ani na logopedii a pochybuji o tom, že by si rodiče našli čas s ní na terapii někam dojíždět (vzhledem k sociální situaci - víc dětí v rodině).

Zaznamenaný přínos ergoterapie:

- zlepšení v oblasti motoriky LHK
- zlepšení v oblasti kognitivních funkcí
- zlepšení v oblasti pADL

Doporučení:

- intenzivní spolupráce s logopedem, zatím neměla žádnou logopedii
- zapojovat PHK při všech činnostech – víc k tomu klientku motivovat
- při terapiích využívat slovník pro afatiky a umožnit klientce komunikaci
- zapojení rodiny do rehabilitačního procesu
- doporučení kompenzačních pomůcek dle zdravotního stavu

3.2.2 Kazuistika č. 2

Klientka J.K., narozena dne 23.6.1993, přijata do FN Motol dne 2.6.2008 s dg. **polytrauma**, stav po dopravní nehodě. Ergoterapie byla indikována neurologem pro zlepšení soběstačnosti v pADL, trénink kognitivních a motorických funkcí LHK.

Předchozí hospitalizace: od 2.6.2008 hospitalizována na Resuscitačním oddělení pro děti FN Motol, od 12.6.2008 na Oddělení dětské neurologie FN Motol.
Datum zahájení ergoterapie: 12.6.2008

OA: žádné vážnější onemocnění neprodělala

NO: 2.6.2008 jako chodec na přechodu byla v odpoledních hodinách sražena autem, do příjezdu záchranné služby porucha vědomí, mydriáza, krvácení z úst, nosu a uší, nedýchala, zahájena resuscitace

- kraniocerebrální poranění - kontuzní změny mozku v oblasti P hemisféry
- fissura baze lební
- edém mozku
- epidurální hematom

- četné fraktury - dislokace levé klavikuly, levé skapuly bez dislokace, otevřená zlomenina diafýzy levého humeru (zevní fixace), fraktura pravého femuru (nitrodřevový hřeb) a ossis pubis

- porucha hybnosti DKK

RA: pochází z Prahy 6, rodiče rozvedeni cca.10 let, žije v rodinném domě s matkou, která pracuje jako letuška, starší sestra 26 let je vdaná na mateřské dovolené, otec pracuje jako řidič autobusu

SA: studentka 1. ročníku gymnázia

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Hodnocení soběstačnosti ze dne: 7.7.2008

pADL:

- **Příjem jídla** - plná samostatnost, nají a napije se sama, příbor používá. Nedokáže si sama odšroubovat víčko od lahve
- **Osobní hygiena** - potřebuje dopomoc při přípravě zub. kartáčku, odšroubovat víčko od zubní pasty
- **Koupání** - potřebuje plnou asistenci kvůli zevnímu fixátoru
- **Oblékání horní poloviny těla** - potřebuje plnou asistenci, kvůli zevnímu fixátoru na levé ruce se sama nemůže obléci
- **Oblékání dolní poloviny těla** - potřebuje asistenci v přípravě oblečení, kvůli hojení zlomeniny kosti stydké se samostatně nemůže oblékat
- **Použití WC** - zatím nepoužívá, potřebuje asistenci zdravotní sestry v přinesení mísy
- **Kontinence moči a stolice** - kontinentní

iADL:

- nebylo možné blíže vyšetřit, hodnotu peněz zná, dokáže ovládat mobilní telefon

Funkční hodnocení:

- **Smysly** - nosí brýle na dálku (- 2,5 dioptrií)

- **Mobilita** - přesuny z lůžka na židli a zpět, přesuny na WC, přesuny vana, sprch. kout není možná vzhledem k zlomenině kosti stydké
- **Lokomoce, stoj** - není možný vzhledem k hojení fraktury ossis pubis
- **Sed** - na kratší dobu je možný od 26.7., je nestabilní
- **Kompenzační pomůcky** – žádné

Funkční vyšetření HKK:

Ruce jsou bez trofických a jiných změn.

- **dominantní ruka:** je pravá
- **svalová síla:** na LHK je mírně snížená, odeznívá obrna nervu radialis, na PHK je výrazně snížená
- **svalový tonus:** v normě na obou HKK
- **koordinace pohybů:** cílené pohyby jsou méně koordinované na LHK, nejsou patrné známky ataxie, tempo provedení je snížené na LHK
- **rozsahy pohybů:**
 - **pasivní rozsah pohybů**
 - a. ramenní kloub
 - na PHK: vážnou pohyby paže nad horizontálu, jinak plný rozsah ve všech směrech
 - na LHK: všechny pohyby omezeny zevním fixátorem humeru a bolestí na LHK
 - b. loketní kloub
 - na PHK: flexe v plném rozsahu, extenze 2/3 rozsahu, pronace plný rozsah, supinace do 2/3
 - na LHK: flexe 1/3 rozsahu, extenze 1/3 rozsahu, pronace a supinace 2/3 rozsahu
 - c. zápěstí a prsty - bez omezení na obou HKK
 - **aktivní rozsah pohybů**

a. ramenní kloub

- na PHK: vážnou pohyby paže nad horizontálu, jinak plný rozsah ve všech pohybech

- na LHK: všechny pohyby omezeny zevním fixátorem humeru a bolestí na LHK

b. loketní kloub

- na PHK: flexe v plném rozsahu, extenze 2/3 rozsahu, pronace plný rozsah, supinace do 2/3

- na LHK: flexe 1/3 rozsahu, extenze 1/3 rozsahu, pronace a supinace 2/3 rozsahu

c. zápěstí

- na PHK: palmární a dorsální flexe, ulnární a radiální dukce jsou v plném rozsahu pohybu

- na LHK: palmární flexe bez omezení, dorsální do 1/3 s mírnou flexí prstů; radiální dukci neprovede; ulnární dukci v plném rozsahu se souhybem předloktí

d. prsty

- na PHK: flexe, extenze, abdukce a addukce jsou v plném rozsahu, opozice palce k ostatním prstům opět v plném rozsahu pohybu

- na LHK: flexe v plném rozsahu; extenze 2/3, vážne abdukce a addukce 3. a 4. prstu

- palec - flexe plný rozsah; extenze 1/3 pohybu, opozice do 1/3 rozsahu; abdukce a addukce 1/3 pohybu

• **čítí :**

povrchové :

- taktilní na PHK je v normě, na LHK je snižené u 3. a 4. prstu

- algické na PHK je v normě, na LHK je lehce zvýšená

- termické na PHK je v normě, na LHK je snižené u 3. a 4. prstu

- diskriminační na PHK je v normě, na LHK je v normě

hluboké:

- polohocit, pohybovit, stereognozie a vibrace jsou na obou HKK v normě

• **Úchopy:**

a) Statické úchopy:

bidigitální - pinzetový, nehtový, klíčový a mincový zvládá na obou HKK

pluridigitální - tužkový, špetkový, háček, s pomocí dlaně, hrst, kulový, válcový vážne flexe 3. a 4. prstu na LHK

b) Dynamické úchopy:

- na PHK provede bez obtíží, pomalé motorické tempo na LHK, potíže jí dělá šroubování víček na lahvích

• **Grafomotorika:**

- potíže s úchopem nemá, písmo je ale špatně čitelné

Kognitivní funkce

Klientka je orientovaná místem, osobou, situací a méně časem. Má retrográdní amnézii, nepamatuje si události před nehodou. Krátkodobá a dlouhodobá paměť je narušená, nedokáže si vzpomenout např. na události z předchozího dne, kapitoly z knížky, kterou přečetla. S rozeznáváním předmětů, materiálů a lidí nemá potíže. Na dotazy odpovídá přiléhavě, ale působí velmi nejistě. Klientka má zhoršenou schopnost myšlení v logických operacích a číslech. Kategorizace a řazení pojmů je schopná. Při terapii ochotně spolupracuje, ale nedokáže se plně soustředit na činnost. S iniciací a ukončením činnosti nemá potíže. Schopnost učení se novým dovednostem je narušená kvůli potížím s pamětí. V příloze č.5 uvádím porovnání výsledků testu LOTCA (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment), který hodnotí úroveň kognitivních funkcí.

Psychosociální funkce:

• psychologické:

Od počátku hospitalizace se u klientky objevil depresivní syndrom, užívá dvakrát denně antidepresiva. Klientka je málo motivovaná a při terapii spolupracuje jen někdy. Psychomotorické tempo je při činnosti snižené.

Hodnoty a zájmy: nevybavuje si jaké hodnoty a zájmy měla před nehodou. Nyní ráda poslouchá hudbu a čte knížky, které jí přinesou známí. Klientka má negativní sebepojetí.

- sociální:

Při terapii a s rodinou méně komunikuje, odpovídá jednoslovně. Písemné vyjadřování je stejné. Samostatně nedokáže vytvořit věty, ale s dopomocí ano. Dokáže pozorně naslouchat a navázat oční kontakt. Svůj názor dokáže vyjádřit, ale působí nejistě při jeho sdělení. Dokáže si říci o pomoc nebo sdělit svoje pocity.

Ergoterapeutická intervence:

-subjektivní cíle dle klientky:dosáhnout zlepšení v oblasti soběstačnosti a paměti

- **silné stránky klientky:**

- není narušené čítí LHK
- LHK zapojuje do činnosti
- aktivní a pasivní pohyby na PHK v plném rozsahu
- zvládá skoro všechny druhy úchopů na obou HKK
- obrna nervu radialis na PHK postupně odeznívá
- otec a sestra jsou spolupracující

- **slabé stránky klientky:**

- omezení funkce LHK (zevní fixace zlomeniny humeru)
- snížená svalová síla na obou HKK
- potíže v kognitivních funkcích - retrográdní amnézie, krátkodobá a dlouhodobá paměť, pozornost
- velká závislost na asistenci v oblasti pADL
- porucha hybnosti DKK
- nejsou možné přesuny, vertikalizace, lokomoce kvůli hojení zlomeniny kosti stydké
- malá motivace a pasivita, negativní sebepojetí
- malý zájem matky o rehabilitaci klientky

Cíle ergoterapie:

- krátkodobý plán ergoterapie: po dobu 5 týdnů

1) Cíl terapie: prevence vzniku kontraktur na LHK

Plán terapie:

- myofasciální techniky - kartáčování, míčkování
- uvolnění kloubů, aproximace
- aktivní a pasivní cvičení, placing a guiding dle Bobath konceptu
- polohování ruky

2) Cíl terapie: zvýšení svalové síly a rozsahů pohybů obou HKK

Plán terapie:

- posilovací cvičení s molitanovým míčkem, s využitím terapeutické hmoty a prstovým terabandem
- aktivní a pasivní cvičení obou HKK
- nácvik izolovaných pohybů zejména: pohyby nad horizontálu pravého ramene, extenzi a supinaci pravého lokte, pronaci se supinaci levého lokte, dorsální flexi zápěstí, radiální a ulnární dukci levého zápěstí, extenzi prstů, abdukci a addukci 3. a 4. prstu, všechny pohyby palce kromě flexe

3) Cíl terapie: zlepšení v oblasti kognitivních funkcí - krátkodobá a dlouhodobá paměť, orientace v čase

Plán terapie:

- trénink paměti pomocí hlavolamů, her
- čtení příběhů a jejich převyprávění
- psaní denníku, práce s kalendářem
- zapamatování si předmětů a jejich následovní vyjmenování
- vybavení si skutečností o rodině, zájmech, škole s pomocí rodiny a blízkých, přátel s pomocí fotografií

4) Cíl terapie: zlepšení v oblasti kognitivních funkcí - vyjadřování

Plán terapie:

- tvoření vět s použitím přídavných jmen
- čtení s následným vypsáním klíčových slov a popsáním obsahu
- popis obrázků

5) Cíl terapie: zapojení rodiny do rehabilitace

Plán terapie:

- vyprávět klientce o jejím životě, zájmech, zážitcích a rodině s pomocí fotografií
- hraní her pro trénink paměti a pozornosti
- cvičení s pomocí terapeutické hmoty pro zlepšení koordinace pohybů LHK

- dlouhodobý plán ergoterapie: po dobu hospitalizace ve FN Motol

1) Cíl terapie: zvýšení soběstačnosti v oblasti pADL

Plán terapie:

- nácvik přesunů - židle, WC, vana
- postupná vertikalizace
- nácvik ovládání mechanického vozíku po rovině v interiéru, potom v exteriéru

2) Cíl terapie: udržení svalové síly a rozsahu pohybů na LHK po sejmutí fixátoru

Plán terapie:

- kondiční cvičení
- práce s terapeutickou hmotou nebo hlinou, teraband
- kreativní techniky - kreslení na velký papír, koláž

3) Cíl terapie: zlepšení v oblasti grafomotoriky

Plán terapie:

- rozcvičení ruky a uvolňovací cviky pomocí měkkých technik
- cviky pro uvolnění ruky před psaním – osmičky, čáry, šnek, až pak nácvik samotného psaní nebo kreslení

4) *Cíl terapie: udržení úrovně kognitivních funkcí - příprava na školní docházku*

Plán terapie:

- nácvik efektivního učení - zapisování
- rozlišování podstatných informací v textu, klíčová slova
- trénink v oblasti logického myšlení - hlavolamy, hry, logické úkoly

Průběh ergoterapie:

S klientkou jsem měla možnost pracovat individuálně na oddělení neurologie po dobu 5 týdnů cca 60 minut skoro každý den. Ve své terapii jsem se zaměřila na splnění krátkodobých cílů prostřednictvím plánů terapie, které jsem uvedla výše. První terapie byly obtížné, klientka nespolupracovala. Ze začátku bylo problematické udržet pozornost klientky déle než 20 minut. Klientka měla v noci potíže se spánkem, byla nevyspalá a unavená, proto pro ni bylo těžké déle se soustředit. Komunikace s klientkou byla též problematická, většinou odpovídala na dotazy jednoslovně. Při terapii byla pasivní a málo motivovaná. Proto jsem se zaměřila na větší motivaci a aktivizaci klientky, snažila jsem se ji zapojit na vytváření plánů terapie a do terapie samotné.

Na začátku každé terapeutické jednotky jsme se zaměřily na posílení svalové síly a rozsahů pohybů na obou HKK. Cvičily jsme s molitanovými míčky, s prstovým terabandem, posilovačem prstů a ze začátku měkkou terapeutickou hmotou. Pro taktilní stimulaci LHK jsem využívala kartáčování, míčkování a myofasciální techniky. Dále jsem prováděla pasivní cvičení a nácvik jednotlivých problematických izolovaných pohybů na LHK. Klientka si měla během terapie zapamatovat co nejvíc cviků, které měla následující den sama předvést. Ze začátku si nepamatovala žádné, proto jsme použili adaptaci – klientka si zapisovala do denníku jednotlivé cviky, které si pak měla sama nacvičit. Spolupráce s klientkou se zlepšila během druhého týdne. Dokázala se lépe soustředit na terapii a prováděné úkoly.

Každou terapii jsme zaměřili na trénink kognitivních funkcí – paměť, vizuální percepci, prostorové vnímání, logické myšlení a počítání. Na rozdíl od prvního týdne terapie nastal v oblasti paměti určitý pokrok, klientka si dokázala zapamatovat větší množství předmětů (5 z 10). Náměty na trénink kognitivních funkcí jsem čerpala hlavně z různých knih pro trénink paměti. Paměť a pozornost jsme trénovaly pomocí her



Amos, Scrabble, Logic, pexeso. Pro zlepšení orientace v čase si klientka vyrobila týdenní kalendář do kterého si zapisovala události dne.

Během terapií jsem se snažila o zlepšení úrovně komunikace a sebevyjádření klientky. Na začátku nedokázala vytvořit delší věty a její odpovědi byly většinou jednoslovné. Trénovali jsme převyprávění textu po jeho přečtení, klientka si ze začátku zapisovala klíčová slova. Největší problém ji dělalo spontánní mluvení. I když při terapii něčemu nerozuměla, tak se styděla zeptat. Při hovoru s rodinou také spíše poslouchala a byla potichu. Využily jsme proto adaptaci, kdy si klientka napsala na papír klíčové slovo, o kterém chtěla mluvit.

V rámci zapojení rodiny do rehabilitace klientky jsem příbuzným navrhla, aby si s klientkou povídali o rodině a ukazovali přitom fotografie. Potom by následovalo hraní her na paměť a pozornost. Spolupráce s rodinou byla na dobré úrovni.

Závěrečný souhrn:

Klientka J. začala již během prvního týdne výrazněji spolupracovat a její přístup k terapii byl aktivní. Díky denním záznamům v kalendáři začala být orientována v čase. Zlepšila se i v pozornosti a soustředění při terapii. Klientka byla více motivována a lépe naladěná. Ze začátku byla velmi nejistá, v průběhu cvičení stále čekala potvrzení každé odpovědi, na konci terapie ale byla jistější a samostatnější. Snížily se dávky antidepressiv a zlepšila se i kvalita spánku. Klientka měla pozitivnější sebepojetí a sebehodnocení.

V oblasti pADL nedošlo k žádné změně, kromě toho, že si dokáže samostatně otevřít nádobu se šroubovacím uzávěrem. Zlomenina kosti stydké se hojí velmi pomalu, proto je pořád poměrně vysoce závislá na asistenci.

Zlepšili se motorické funkce, hlavně díky téměř úplnému odeznění obrny nervu radialis na LHK, zvýšil se pasivní a aktivní rozsah pohybů, koordinace a svalová síla LHK. Jedině v ramenním kloubu LHK jsou všechny pohyby omezeny zevním fixátorem humeru. Bolest částečně ustoupila. Zlepšila se úroveň cití 3. a 4 prstu na LHK.

V oblasti kognitivních funkcí došlo postupně k velkému zlepšení a posunu v terapii. U krátkodobé paměti došlo k výraznému zlepšení – dokáže si zapamatovat více předmětů, nevyužívá denník tak často jak na začátku, pamatuje si události z předchozích dnů, zlepšila se ve hraní her a dosahuje v nich dobrých výsledků. Poslední týden před ukončením naší terapie si klientka začala vybavovat některé události před

nehodou. Zlepšila se i v komunikaci, dokázala lépe vyjádřit své myšlenky a formulovat je do jednodušších vět. Začala používat přídavné jména, která dříve vůbec nepoužívala.

Za klientkou docházela pravidelně čtyřikrát do týdne sestra a jednou týdně otec. Spolupráce s celou rodinou byla výborná až na její matku. Ta za ní chodila velmi nepravidelně a ne moc často. Sestra se aktivně podílela na rehabilitaci klientky, vyrobila jí nástěnku, kde měla fotky a obrázky rodiny a kamarádek. Nosila a četla jí knížky, povídala si s ní a hrála s ní různé hry.

Práce s klientkou byla zajímavá, zejména možnost sledovat její postupné zlepšování. Z jejích úspěchů jsem měla velkou radost, hlavně z odeznění retrogradní amnézie. Během pěti týdnů se nám podařilo splnit krátkodobý plán ergoterapie. Dále bych doporučila pracovat s klientkou na splnění dlouhodobých cílů.

Zaznamenaný přínos ergoterapie:

- zlepšení v oblasti psychosociálních funkcí
- zlepšení v oblasti motoriky a čítí LHK
- zlepšení v oblasti kognitivních funkcí

Doporučení:

- intenzivní spolupráce s psychologem
- zapojení matky do habilitačního procesu
- doporučení kompenzačních pomůcek dle zdravotního stavu
(mechanický vozík, madla, skluznou desku)
- úprava domácího prostředí na bezbariérové

4 DISKUZE

V této části své práce se zabývám otázkou, zda je skutečně ergoterapie pro děti s neurologickým onemocněním ve fázi hospitalizace přínosná. Přínos ergoterapie, který jsem zaznamenala během své praxe, jsem uvedla v praktické části ve dvou kazuistikách. Zároveň jsem si vědoma toho, že uvedené výsledky mohou být nepřesné a neúplné, hlavně z časového hlediska, neboť na prokázání celkového přínosu ergoterapie byla doba pěti týdnů velmi krátká.

Klientkám hospitalizovaným na neurologii byla poskytována nejen ergoterapeutická intervence, ale i jiné terapie, které se rovněž podílely na habilitačním procesu. Velmi mě však překvapilo, že klientkám nebyla umožněna například psychologická intervence a u klientky L. logopedie, která by měla též významný podíl v rehabilitaci. V praxi často narážím na problém, že spolupráce některých multidisciplinárních týmů není vždy zcela funkční.

Na prokázání přínosu ergoterapie by bylo nutné provést hlubší výzkum. Každé dítě má však odlišnou osobnost, a je nutné volit v této oblasti zcela individuální přístup. Rovněž stejná disabilita má na každé dítě jiný vliv. Dle mého názoru nejsou výsledky terapie vždy ihned viditelné a každý krok k malému zlepšení v problematické oblasti klienta lze považovat za úspěch.

Po zhodnocení jednotlivých kazuistik a výsledků terapií, jsem dospěla k názoru, že ergoterapie u těchto klientek měla význam a byla přínosná. Jednotlivé terapie byly přizpůsobeny konkrétním problémům klientek. Podle výsledků se obě klientky zlepšily v oblastech psychosociálních, kognitivních, motorických funkcí, pADL a to za poměrně krátkou dobu pěti týdnů.

Prožívání disability bylo u obou klientek zcela rozdílné. U mladší klientky L. byla disabilita překážkou v psychomotorickém vývoji a měla vliv hlavně na oblast hry a komunikaci s prostředím. Klientka L. nedokázala do hry zapojit druhou ruku, přetočit se a navázat kontakt s okolím. Přes počáteční obtíže se jí nakonec podařilo vyrovnat se s potížemi a překonala též komunikační bariéru. Během terapií vždy spolupracovala a byla motivována. Pobyt v nemocnici snášela dobře již od počátku hospitalizace. Dokázala se výborně přizpůsobit změněné životní situaci.

U druhé klientky, která si již od počátku hospitalizace uvědomovala negativní důsledky náhle vzniklé disability se projevil depresivní syndrom. Ze začátku byla pasivní a bylo těžké ji motivovat. Disabilita se stala překážkou ve vykonávání všech

oblastí běžného života, a navíc došlo na základě retrográdní amnézie ke ztrátě části vlastní identity.

Z výše popsaných příkladů vyplývá, že ergoterapie by měla být součástí rehabilitace dětí s neurologickým onemocněním a ergoterapeut členem multidisciplinárního týmu oddělení neurologie. Přístup ergoterapeuta k dětem s disabilitou by měl být zcela individuální a přizpůsobený mentálnímu věku. Jinak budeme přistupovat a vytvářet terapii pro dítě s náhle vzniklou disabilitou, a jinou terapii zvolíme pro dítě s disabilitou vrozenou. Terapie by měla být vytvořena dle konkrétních problematických oblastí dítěte.

5 ZÁVĚR

Zastávám názor, že jsem touto prací potvrdila nezanedbatelný přínos ergoterapie u dětí, která se v rámci celkové habilitační péče podílí na zlepšování zdravotního i psychického stavu dítěte.

Disabilita může nepříznivě ovlivňovat nejen zdravotní stav dítěte, ale i možnost vykonávat všední denní činnosti a psychosociální funkce. Psychosociální důsledky neurologických onemocnění u dětí jsou zcela individuální. Dochází ke změnám v aktuálním prožívání a k určitým změnám jeho osobnosti. Ergoterapie má v rámci celkové habilitační péče významné místo a přispívá ke zvýšení kvality života dětí hospitalizovaných na neurologii.

Pevně věřím, že se mi v teoretické části podařilo seznámit čtenáře se základními informacemi a důležitými pojmy, které se týkají dané problematiky. Myslím si, že čtenáři práce nabídla ucelený pohled na psychosociální aspekty disability u dětí. Dále zde čtenář získal základní orientaci v oblasti dětské neurologie a důležité informace o ergoterapii.

V praktické části jsem ve dvou kazuistikách demonstrovala různé účinky disability. Dále jsem zde uvedla konkrétní metody práce s jednotlivými klienty a přínos ergoterapie, který jsem zaznamenala v rámci pětitydenní ergoterapeutické intervence na neurologickém oddělení v Praze ve FN Motol.

Doufám, že se mi touto prací podařilo poskytnout ostatním studentům či terapeutům dostatek informací o tom, jak disabilita může ovlivňovat dítě s neurologickým onemocněním, jaké jsou možné způsoby práce s ním a také poukázat na to, že prožívání disability u dětí je zcela rozdílné než u dospělých.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALLEN, K. E, MAROTZ, R.E. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*, z am.orig. *By the ages (Behavior and Development of Children Pre-Birth through Eight)* Thomson Learning: 2000, přel. P.Vlčková, 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 14-17 s. ISBN 80-7178-614-4

BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světý postižených*. 1. vydání. Praha: Avicem, 1988.

20-30 s. ISBN 08-083-88

DILLER, G. *Habiliatace a rehabilitace dětí*. [online] [cit. 2008-10-11]. Dostupné z: <<http://www.lehn-acad.net/downloads/letter06cz.pdf>>

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1.a 2.díl*, 1.vzdání, Friedek-Mýstek: 2005, 11-21 s. ISBN 80-239-6132-2

HAŠKOVCOVÁ, E. *Přednášky z předmětu Ergoterapie v pediatrii - Bobath koncept, Dětská mozková obrna*. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Klinika rehabilitačního lékařství, 2008

HOBDAY, A., OLLIER, K. *Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi*, z angl. orig. *Creative therapy: activities with children and adolescents*. BPS Books: 1998, přel. S. Struková, 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 15-19 s. ISBN 80-7178-378-1

JANOTOVÁ, D. *Přednáška z předmětu Psychosociální vývoj - Psychosociální vývoj dítěte*. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Klinika rehabilitačního lékařství, 2006

KADLECOVÁ, M. *Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii*. Praha: Univerzita Karlova. Klinika rehabilitačního lékařství, 2004. 39-43 s.

KOTAGAL, S. *Základy dětské neurologie*. 1.vydání. Praha: Triton, 1996. 45-57,
177-183 s. ISBN 80-85822-92-7

KRATOCHVIL, W. D. *The Frostig Program for Perceptual-Motor Developed by the Marianne Frostig Center of Educational Therapy. Product Development Report No. 7.*

[online] [cit. 2008-10-28]. Dostupné z:

<http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED061523&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED061523 >

KRAUS, J., A KOL. *Dětská mozková obrna*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 30, 207-217 s. ISBN 80-247-1018-8

KŘIVOLAKÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 49-51, 133 s. ISBN 80-247-0179-0

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health). [online] [cit. 2008-09-28]. Dostupné z: <http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf >

MUGAYAR, L. *A life story of Rodolfo Castello Morales*. [online] [cit. 2008-09-28]. Dostupné z: <<http://www.iadh.org/pdf/2006November.pdf> >

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením, z z angl.orig*. Small steps forward. J. K. Publishers Ltd.: 1999, přel. D. Brejlová, 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 15-22 s. ISBN 80-7178-872-4

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 10-15, 247-261 s. ISBN 978-80-247-1135-5

SCHÄFFER, A., A KOL. *Pflege heute*. 1.vydání. München: Urban und Fischer Verlag, 2000. 1 412 s. ISBN 3-437-55030-6

SYŘIŠŤOVÁ, E., A KOL. *Normalita osobnosti*. 1. vydání. Praha: Avicem, 1972. 110-127 s. ISBN 08-021-72

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., A KOL. *Dětská klinická psychologie*. 3.vydání. Praha: Grada, 1997. 57-79 s. ISBN 80-7169-512-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 78-109 s. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 48-69 s. ISBN 80-7083-593-1

VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*. 1. vydání. Liberec: TU Pedagogická fakulta, 1997. 13-21 s. ISBN 80-7083-563-2

YOUNG, S., KONG, H. K. *Emerging therapies in stroke rehabilitation*. [online]

[cit. 2008-10-28]. Dostupné z:

<<http://www.international.umn.edu/awards/leader/2008/affolter.php> >

7 PŘÍLOHY

Příloha I: Seznam použitých zkratk a symbolů

Příloha II: Seznam odborných výrazů

Příloha III: Základní potřeby dětí s disabilitou

Příloha IV: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha V: LOTCA

Příloha I: SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

iADL	Activities of Daily living - instrumentální všední denní činnosti
pADL	Activities of Daily Living - personální všední denní činnosti
FN	Fakultní nemocnice
LOTCA	<i>Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment</i> Lowensteinovo ergoterapeutické hodnocení kognitivních funkcí
HKK	horní končetiny
LHK	levá horní končetina
PHK	pravá horní končetina
PDK	pravá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
OA	osobní anamnéza
NO	nynější onemocnění
SPA	sociálně pracovní anamnéza
SA	sociální anamnéza
RA	rodinná anamnéza
SI	senzorická integrace
MOHO	<i>The Model of Human Occupation</i> Model lidského zaměstnávání
COPM	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i> Kanadský model zaměstnávání
DMO	dětská mozková obrna
CMP	cévní mozková příhoda
3D	třidimensionální prostor
2D	dvojdimensionální prostor
n.	<i>nervus lat.</i> , nerv
CNS	centrální nervová soustava
DKK	dolní končetiny
BC	Bobath koncept

Příloha II: SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

abdukce	<i>upažit</i>
addukce	<i>vzpažit</i>
afázie	<i>porucha řeči, neschopnost vyjádření a porozumění mluvenému</i>
algické	<i>bolestivé</i>
amnézie (retrográdní)	<i>ztráta paměti na dobu před úrazem</i>
anartrie	<i>porucha vyslovování</i>
apraxie	<i>neschopnost pohybu</i>
aproximace	<i>přiblížení kloubních plošek</i>
ataxie	<i>neschopnost přesné koordinace pohybu</i>
atetoza	<i>vlnité nesouměrné pohyby</i>
bidigitální	<i>se dvěma prsty</i>
bodyschema	<i>tělesné schéma</i>
bridging	<i>pojem BC, zvedání pánve</i>
diafýza (lat.)	<i>střední část dlouhé kosti</i>
diskriminační	<i>rozeznávající lokalizaci bodů dotekem</i>
dorsální	<i>zadní</i>
dysfázie	<i>porucha schopnosti vyjadřování a porozumění mluvenému</i>
dyskinéza	<i>porucha koordinace a volných pohybů</i>
dystonie	<i>porucha svalového napětí</i>
edém	<i>otok</i>
exprese	<i>vyjádření</i>
extenze	<i>narovnání</i>
femur (lat.)	<i>kost stehenní</i>
fissura	<i>trhlina</i>
flexe	<i>ohnutí</i>
guiding	<i>pojem BC, asistovaný pohyb</i>
hematom epidurální	<i>krevní sraženina</i>
hemiparéza	<i>částečná ztráta hybnosti poloviny těla</i>
humerus (lat.)	<i>kost pažní</i>
hyperprotektivní	<i>nadměrně ochraňující</i>
chorea	<i>kroutivé rychlé trhané pohyby</i>
inkontinence	<i>neschopnost udržet moč nebo stolici</i>
ischémie	<i>nedostatečný přívod okysličené krve</i>
klavivula(lat.)	<i>klíční kost</i>
kognitivní	<i>poznávací</i>
kompenzace	<i>náhrada</i>

kraniocerebrální	<i>týkající se lebky a mozku</i>
multidisciplinární	<i>složený z více profesí</i>
mydriáza	<i>rozšířené zornice</i>
myofasciální	<i>týkající se svalů a jejich pouzder</i>
nervus facialis	<i>liční nerv</i>
orofaciální	<i>týkající se obličeje a úst</i>
os pubis (lat.)	<i>stydka kost pánve</i>
paréza	<i>částečná porucha hybnosti</i>
percepce	<i>vnímání</i>
perinatální	<i>v průběhu vývoje</i>
placing	<i>pojem BC, asistovaný pohyb v prostoru</i>
pluridigitální	<i>s více prsty</i>
pronace	<i>otočení dlaní dolu</i>
prenatální	<i>před narozením</i>
pressure	<i>BC, tlakové působení např. na klouby</i>
premorbidní	<i>období před onemocněním</i>
postnatální	<i>po narození</i>
posturální	<i>týkající se držení těla</i>
plegie	<i>úplná ztráta hybnosti</i>
polytrauma	<i>mnohočetné zranění</i>
radiální	<i>na palcové straně</i>
recidiva	<i>opakující se</i>
scapula (lat.)	<i>lopatka</i>
senzomotorický	<i>soubor procesů spojujících oblast smyslovou a motorickou</i>
spasticita	<i>zvýšené svalové napětí</i>
spasmus	<i>svalový záškub</i>
stereognozie	<i>rozeznání předmětu s vyloučením zraku</i>
stigma	<i>negativní označení, poznamenání</i>
suicidium	<i>sebevražda</i>
supinace	<i>otočení dlaní nahoru</i>
taktilní	<i>dotekové</i>
tapping	<i>poklep</i>
termické	<i>tepelné</i>
tonus	<i>svalové napětí</i>
trakce	<i>tah</i>
ulnární	<i>na malíkové straně</i>
quadruparéza	<i>částečná ztráta hybnosti celého těla</i>

Příloha III: Základní potřeby dětí s disabilitou dle Allen (2002)

- tělesné potřeby:

- domov a ochrana
- výživné jídlo přiměřené věku dítěte
- teplo a ošacení
- zdravotní, habilitační a psychologická péče
- čistota
- odpočinek a aktivita ve vyvážené míře

- psychické potřeby

- láska a výchovná péče
- bezpečí a důvěra
- citová vazba
- kladný přístup k vývojovým odlišnostem
- pozornost

- hra a učení se

- neomezené možnosti
- experimentovat a zkoumat v rámci stanovených možností
- vývojově adekvátní
- dostatek materiálů pro stimulaci
- chyby a selhání netrestat
- sociální interakce s okolím

- úcta a sebevědomí

- vlídné a vstřícné prostředí
- ocenit snahu
- pochvala a kladná odezva

Příloha IV

Charta práv dětí v nemocnici

Schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu.

(Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, dostupné online na <http://www.mpsv.cz/cs/839>)

Příloha V

LOTCA (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment)

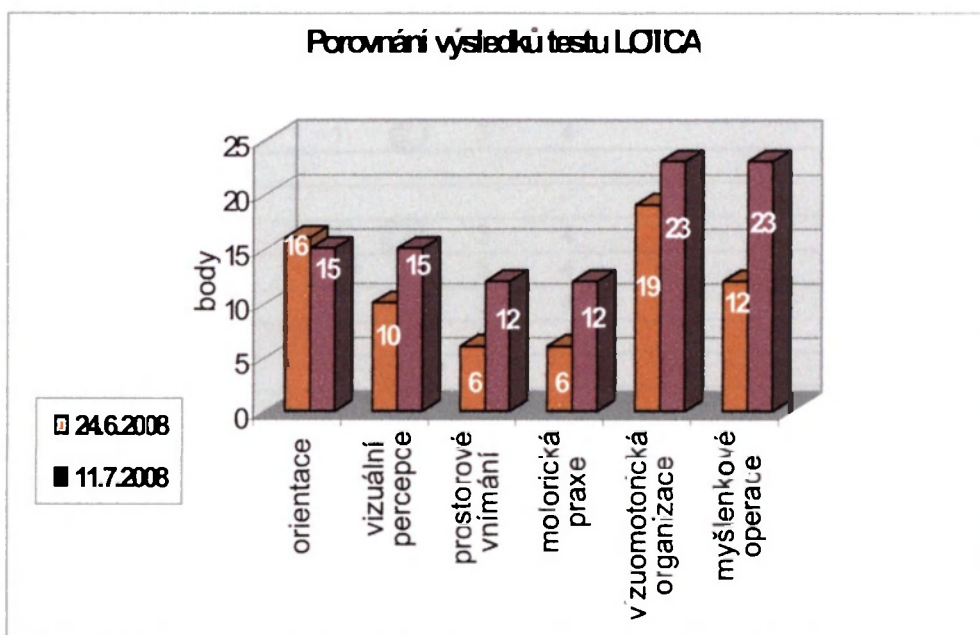
Základní informace o testu

Využití testu: u dětí a dospělých po poranění mozku a CMP

Čas: 30 – 45 minut



(zdroj: <http://store.grovergear.com/lotcabattery.html>)



LOTCA Battery - Bodovací formulář

Jméno klienta: _____

Datum: 24.6.2008

Subtesty	Skóre	Poznámky
Orientace		
1. Orientace místem	1 2 3 4 5 6 7 (8)	
2. Orientace časem	1 2 3 4 5 6 7 (8)	
Vizuální pecepcce		
3. Identifikace objektů	1 2 (3) 4	
4. Identifikace tvarů	1 2 (3) 4	
5. Překrývající se tvary	1 (2) 3 4	
6. Stálost objektů	1 (2) 3 4	
Prostorové vnímání		
7. Orientace na těle	1 2 (3) 4	
8. Prostorové vztahy	1 (2) 3 4	
9. Prostorové vztahy na obrázku	(1) 2 3 4	
Motorická praxe		
10. Motorická imitace	1 (2) 3 4	
11. Utilizace objektů	1 (2) 3 4	
12. Symbolické činnosti	1 (2) 3 4	
Vizuo-motorická organizace		
		Čas <i>17 minut</i>
13. Kopírování geometrických tvarů	1 (2) 3 4	
14. Reprodukce 2D modelů	1 2 (3) 4	
15. Pegboard konstrukce	1 (2) 3 4	
16. Barevná sestava z kostek	1 2 3 (4)	
17. Jednobarevná sestava	1 (2) 3 4	
18. Skládání puzzle	1 2 3 (4)	
19. Kreslení hodin	1 (2) 3 4	
Myšlenkové operace		
20. Kategorizace	1 (2) 3 4 5	
21. RISC A klasifikace objektů	(1) 2 3 4 5	
22. RISC A strukturovaná	1 (2) 3 4 5	
23. Sekvence A	(1) 2 3 4	
24. Sekvence B	1 (2) 3 4	
25. Geometrické sekvence	1 (2) 3 4	
26. Logické otázky	1 2 3 4	<i>bez odpočítání</i>
Pozornost	1 (2) 3 4	
Změřený čas:	<i>1h 25 min.</i>	

Vyšetření probíhalo v

(1) 2 a více sezeních

Provedl: *Kerz'ková Z.*

LOTCA Battery - Bodovací formulář

Jméno klienta:

Datum: 11. 4. 2008

Subtesty	Skóre	Poznámky
Orientace		
1. Orientace místem	1 2 3 4 5 6 (7) 8	
2. Orientace časem	1 2 3 4 5 6 7 (8)	
Vizuální pecepcce		
3. Identifikace objektů	1 2 3 (4)	
4. Identifikace tvarů	1 2 (3) 4	
5. Překrývající se tvary	1 2 3 (4)	
6. Stálost objektů	1 2 3 (4)	
Prostorové vnímání		
7. Orientace na těle	1 2 3 (4)	
8. Prostorové vztahy	1 2 3 (4)	
9. Prostorové vztahy na obrázku	1 2 3 (4)	
Motorická praxe		
10. Motorická imitace	1 2 3 (4)	
11. Utilizace objektů	1 2 3 (4)	
12. Symbolické činnosti	1 2 3 (4)	
Vizuo-motorická organizace Čas 30 minut		
13. Kopírování geometrických tvarů	1 2 (3) 4	
14. Reprodukce 2D modelů	1 2 (3) 4	
15. Pegboard konstrukce	1 2 3 (4)	
16. Barevná sestava z kostek	1 2 (3) 4	
17. Jednobarevná sestava	1 2 (3) 4	
18. Skládání puzzle	1 2 (3) 4	
19. Kreslení hodin	1 2 3 (4)	
Myšlenkové operace		
20. Kategorizace	1 2 (3) 4 5	
21. RISCA klasifikace objektů	1 2 3 (4) 5	
22. RISCA strukturovaná	1 2 (3) 4 5	
23. Sekvence A	1 2 (3) 4	
24. Sekvence B	1 2 (3) 4	
25. Geometrické sekvence	1 2 (3) 4	
26. Logické otázky	1 2 3 4	nepodává odpověď
Pozornost	1 2 3 (4)	
Změřený čas:	1h	

Vyšetření probíhalo v

(1)

2 a více sezeních

Provedl: Kozdíkova E.