

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Vliv ergoterapie při začleňování pacienta po úrazu do
normálního života**

Bakalářská práce

Autor: Jakub Morávek
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Martina Maněnová, Ph.D.

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	Jakub Morávek
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název závěrečné práce:	Vliv ergoterapie při začleňování pacienta po úrazu do normálního života
Název závěrečné práce AJ:	Effect of occupation therapy in integrating a patient after the accident to normal life

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce je zaměřit se v teoretické části na vymezení pojmu ergoterapie, naznačení počátků vývoje této terapie a dále na formy a možnosti využití ergoterapie z hlediska poúrazové léčby. Vzhledem k tématu bude teoretická část obsahovat i vymezení úrazů. Empirická část bude obsahovat případové studie min. 5 případů dětských pacientů ve školním věku, kteří jsou po úrazu a využívají ergoterapii ke zlepšení svého zdravotního stavu. Bude se jednat o sledování vytipovaných případů po dobu léčby a následně po předání do rodinné péče. Použité metody: pozorování, rozhovory, případová studie.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Martina Maněnová, Ph.D.
Konzultant:	Mgr. Bc. Iva Burlaková
Oponent:	PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	31. 1. 2013
Datum odevzdání závěrečné práce:	

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

.....

podpis

Poděkování

Děkuji paní doc. PaedDr. Martině Maněnové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady. Dále bych chtěl poděkovat slečně Mgr. Bc. Ivě Burlakové za pomoc, poskytnutí informací a možnost spolupráce při psaní mé bakalářské práce v Dětské léčebně Vesna v Janských Lázních.

Jakub Morávek

Anotace

MORÁVEK, Jakub. *Vliv ergoterapie při začleňování pacienta po úrazu do normálního života*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 54 s. Bakalářská práce.

Obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Martina Maněnová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Počet stran: 54

Klíčová slova: ergoterapie, klient, úraz

V teoretické části se práce zaměřuje na vymezení pojmu ergoterapie, naznačení počátků vývoje této terapie a dále na formy a využití ergoterapie z hlediska poúrazové léčby. Vzhledem k tématu bude teoretická část obsahovat i vymezení úrazů. V praktické části bude popsáno 5 případových studií dětských pacientů, kteří po úrazu využívají ergoterapii ke zlepšení svého zdravotního stavu.

Annotation

MORÁVEK, Jakub. *Effect of occupation therapy in integrating a patient after the accident to normal life*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2015. 54 p. Bachelor Degree Thesis.

Branch: Educational work in special facilities

Supervisit of thesis: doc. PaedDr. Martina Maněnová, Ph.D.

Year thesis defense: 2015

Number of pages: 54

Key words: occupation therapy, client, accident

The theoretical part of the thesis focuses on the definition of the term occupation therapy, indication of the beginnigs of the therapy and also on the possibilities of utilization occupation therapy in terms of posttraumatic treatment. Because of the topic, the theoretical part will include the definitions of the accidents as well. The practical part will deal with five case studies of child patiens who use occupation therapy to improve their state of health after the injury.

Obsah

Obsah	1
1 Ergoterapie	4
1.1 Definice oboru.....	5
1.2 Předmět oboru	6
1.3 Cíle oboru ergoterapie.....	7
1.4 Vymezení specifík dětského věku.....	10
1.4.1 Ergoterapie u dětí.....	12
1.4.2 Nácvik činností	13
2 Úrazy	15
2.1 Úraz a jeho příčiny	15
2.2 Úrazy charakteristické pro věková období.....	15
2.2.1 Úrazy v kojeneckém a batolecím věku	16
2.2.2 Úrazy v předškolním věku	16
2.2.3 Úrazy ve školním věku	16
2.2.4 Úrazy ve věku 15-19 let.....	17
2.3 Úrazy dle příčiny.....	17
2.3.1 Pády.....	17
2.3.2 Úrazy hlavy.....	17
2.3.3 Úrazy páteře	18
2.3.4 Poranění svalů a šlach.....	19
3 Metody a techniky v ergoterapii.....	20
3.1 Metody v ergoterapii	20
3.2 Techniky v ergoterapii	20
3.2.1 Kreslení, malování, grafické techniky	21
3.2.2 Práce s papírem	21
3.2.3 Práce s textilem	22
3.2.4 Práce s přírodními materiály	22
3.2.5 Práce se dřevem	23
3.2.6 Práce s kovem	23
3.2.7 Modelování	23
3.2.8 Využití her v ergoterapii	24

4	Práce s rodinou v ergoterapii	26
4.1	Spolupráce ergoterapeuta s rodinou	26
4.2	Kompetence ergoterapeuta	27
4.3	Povinnosti ergoterapeutických pracovníků	27
4.4	Sestavení krátkodobého ergoterapeutického plánu	28
5	Cíl, metody a popis místa výzkumu	30
5.1	Cíl výzkumu	30
5.2	Metody	30
5.3	Popis místa výzkumu	31
5.4	Průběh zkoumání a ergoterapie v Dětské léčebně Vesna.....	32
5.4.1	Průběh zkoumání	32
5.4.2	Ergoterapie v Dětské léčebně Vesna.....	32
5.5	Kazuistiky	33
5.5.1	Kazuistika č. 1.....	33
5.5.2	Kazuistika č. 2.....	35
5.5.3	Kazuistika č. 3.....	38
5.5.4	Kazuistika č. 4.....	40
5.5.5	Kazuistika č. 5.....	41
5.6	Shrnutí výzkumu	44
5.6.1	Shrnutí kazuistiky č. 1.....	44
5.6.2	Shrnutí kazuistiky č. 2.....	45
5.6.3	Shrnutí kazuistiky č. 3.....	46
5.6.4	Shrnutí kazuistiky č. 4.....	47
5.6.5	Shrnutí kazuistiky č. 5.....	47
5.7	Zhodnocení cíle výzkumu	48
	Literatura	52
	Elektronické zdroje	54

Úvod

Toto téma jsem si zvolil, protože jsem vyrůstal v prostředí, kde jsem se často setkával s lidmi, kteří jezdili do lázní na rehabilitaci po lehkém i těžkém úrazu, nebo po závažné nemoci. Dalším důvodem je, že zvyšující se automobilový průmysl, možnost v dnešní době řídit malé auto již od 15 let a řada dalších okolností vede k úrazům všeho druhu, kdy výjimkou nejsou ani malé děti, které potřebou zvýšeného pohybu a objevování nových zkušeností často vlivem nepozornosti přijdou k úrazu. Poté je u nich potřebná rychle a vhodně zvolená péče, která se neobejde bez rehabilitace a ergoterapie obzvláště. Sám jsem se mohl přesvědčit, jak důležitá je včas zahájená ergoterapie, když jsem měl středně těžký úraz ramene.

Speciální pedagog může být kvalifikován pro pracovní výchovu. Odtud je poměrně blízko k ergoterapii tím, že určité pracovní činnosti mohou být využity jako „učení pohybem“ s dopadem do roviny kognitivní, receptivní i sociální. To znamená, že speciální pedagog, ač není kvalifikován (např. studiem na lékařské fakultě nebo fakultě tělesné výchovy a sportu k ergoterapii, která je ve zdravotnickém systému jako jediná z podpůrných terapií pojišťovny hrazena), může svými prostředky v rámci své kvalifikace ergoterapeutický proces účinně podpořit: v rámci nácviku sebeobsluhy, v předmětu pracovní výchova a při hrách využívajících manuální manipulace.

Cílem bakalářské práce je v teoretické části vymezit základní pojmosloví ve vztahu ke zvolenému tématu. Zde je vysvětleno, co ergoterapie znamená, její postupný vývoj ve světě i v České republice a také techniky a metody ergoterapie používané při léčebném procesu. Pro pochopení problematiky je zapotřebí vymezit druhy úrazu.

Cílem empirické části práce je pak s využitím kazuistik popsat možnosti využití ergoterapie při rehabilitaci jedinců po úrazech. Věnuje se dětským pacientům, u kterých je aplikována ergoterapie pro zlepšení jejich zdravotního stavu a navrácení zpět do běžného života. Hlavním úkolem praktické části práce je popis pěti sledovaných případů, které využívají ergoterapii ke zlepšení svého poúrazového stavu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ergoterapie

Složením řeckých slov *ergon* = práce a *therapia* = práce vznikl výraz ergoterapie. Termín ergoterapie se používá v různých jazycích, němčině, francouzštině, španělštině apod. V ruštině je používán výraz trudoterapija, ergoterapija nebo terapija trudovaja. V anglosaské literatuře se používá pro ergoterapii pojmu occupational therapy. Pracovníci ergoterapie se nazývají occupational therapist. To koresponduje se základem této terapie – léčba zaměstnáváním. (Votava, 2003).

Němčina užívá pojem ergotherapie a ergotherapeut. Ergoterapie se užívá k znovuobjevení schopností, ztracených v důsledku nemoci. (Marotzki, 2006).

„Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergotherapeut.“ (Kubínková, 1997, s. 7).

Jesenský chápe ergoterapii jako léčení s použitím pracovních činností, které splývá s pracovní rehabilitací a speciální pracovní přípravou. (Jesenský, 2004).

V medicínské oblasti je ergoterapie vnímána jako metoda léčby a rehabilitace nemocných pomocí vykonávání přiměřené práce, která umožňuje zlepšit jejich psychický i fyzický stav a poskytuje i sociální uplatnění. (Vokurka, 2002).

V ergoterapii jde především o pracovní činnost užitečnou, cíleně zaměřenou. Moderní ergoterapie vychází zejména z humanistické psychologie a psychoterapie a z kognitivně behaviorální terapie. (Klivar, 2003).

Někdy však může docházet k snadné záměně s pojmem pracovní rehabilitace, proto se dává přednost výrazu ergoterapie. (Pfeiffer, 1990).

V Jankovského podání je ergoterapie chápána jako léčba nějakou smysluplnou činností a je jedním z prostředků léčebné rehabilitace. U dětí lze říci, že se jedná o léčbu pomocí různých hravých aktivit. Jedná se o velmi efektivní léčebnou činnost, která je určena pacientům s nejrůznějšími formami postižení (Jankovský, 2006).

Již ve starověkém Řecku Hippokrates a Galén doporučovali fyzické cvičení pacientům jako jeden ze způsobů, jak být zase zdravý. (Krivošíková, 2011).

V 18. století to byl francouzský psychiatr dr. Philippe Pinel (1745 – 1825), který začal uplatňovat pracovní činnosti v péči o duševně nemocné. Účelem této terapie byla snaha obnovit duševní zdraví za pomoci zaměstnáváním. Docházelo k využití četby,

poslechu hudby, tělesného cvičení a práce jako jednoho ze způsobů léčení emočních stresů a zlepšování zvládání každodenních aktivit. Pinel si ověřil, že takovéto zaměstnávání může rehabilitanta odvést od halucinací či bolestných myšlenek a posílit, popřípadě zlepšit jeho mentální schopnosti. (Jelínková, 2009).

Krivošíková uvádí, že zavádění pracovní léčby, vznik ústavů pro duševně nemocné a uplatňování humanizačních snah v Evropě měly vliv také na situaci v naší zemi. (Krivošíková, 2011).

„Osvícenství přineslo nové myšlenkové podněty i do léčení pacientů duševně nemocných. Bylo to především přenesení Pinelova způsobu léčby primářem Karlem D. Schroffem do pražského ústavu u sv. Kateřiny po r. 1829.“ (Venkovský, 1957, s. 84).

Až prof. Jedličkovi, který od roku 1914 začal v Jedličkově ústavu praktikovat to, pro co se pak ustálil i název komplexní rehabilitace, se podařilo prosadit ergoterapii v péči o tělesně postižené děti. V roce 1913 založil Ústav pro zmrzačené, který úspěšně funguje i nyní pod názvem Jedličkův ústav a školy. Děti zde byly léčeny pohybem a především činnostmi v dílnách. (Krivošíková, 2011).

Jedličkovu koncepci rozvíjeli i další pedagogové zabývající se ergoterapií, například František Bakule a Augustin Bartoš. Ergoterapie se tak výrazně rozšířila i na tělesně postižené, nemocné a zdravotně oslabené jedince. (Pfeiffer, 1990).

1.1 Definice oboru

Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut. Jde o využití práce nebo různých jiných činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu pacienta nebo rehabilitanta.

Pro každého nemocného se vypracovává individuální léčebný program. Při něm musí být dodržovány a uplatňovány specifické formy a metody léčby.

V ergoterapii se užívá pro nemocné pojmenování rehabilitant, méně pacient. Je to z toho důvodu, že pacient znamená trpící, tedy stav spojený víceméně s pasivitou. Naopak rehabilitant je člověk, který znovu nabývá některých schopností. (Kubínková, 1997).

Využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, eventuálně činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.

Jako důležitá součást ucelené rehabilitace přispívá k zmírnění handicapu u osob s disabilitou. (Votava, 2003).

Pro představu zde uvádím příklad definice oboru podle České asociace ergoterapeutů.

„Egoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Z osobní zkušenosti vím, že není jednoduché ostatním vysvětlit, co to je ergoterapie. Důvodem je, že ergoterapie je komplexní proces, který zahrnuje mnoho složek, a proto není jednoduché pojem vysvětlit jedinou definicí, která by ho přesně vymezovala. Nejpřesnější vysvětlení dle mého názoru uvádí Česká asociace ergoterapeutů.

1.2 Předmět oboru

Dle Jelínkové ergoterapie čerpá jak z lékařských, tak i sociálních věd. Tato profese se zaměřuje na rovnováhu, přirozenost, kontext a formy zaměstnávání v životě jedince. Zajímá se jak docílit rovnováhy mezi schopnostmi rehabilitanta a také o nároky na činnosti a faktory prostředí. Nejvíce ale řeší vliv nemoci či disability na schopnost provádět konkrétní činnosti. Vhodně zvolenou činností je každý člověk, jakožto jedinečná bytost, schopen zlepšit stav svého zdraví, funkčních schopností, zaujmout tak

potřebné nebo chtěné životní role a tím dosáhnout zlepšení kvality svého života. (Jelínková, 2009).

Provádět činnosti, které chceme nebo potřebujeme vykonávat, je potřebou snad každého člověka. Z důvodu neschopnosti zapojit se v plné míře do každodenních činností dochází ke zpomalení vývoje, ztrátě funkčních schopností, zvýšení závislosti na okolí a zhoršení kvality života. Jako prostředek terapie využívá ergoterapie smysluplnou činnost. (Christiansen, Townsend, 2003).

Z mého pohledu vystihuje předmět ergoterapie nejlépe (Christiansen a Townsend, 2003), když uvádí, že provádět činnosti, které chceme a potřebujeme, je potřebou snad každého člověka a pokud se člověk nemůže z důvodu neschopnosti zapojit v plné míře do činností, tak tím dochází k jeho závislosti na okolí a zhoršení kvality života, a proto využívá ergoterapie jako prostředek smysluplnou činnost.

1.3 Cíle oboru ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie jako oboru je zachování a zlepšení funkčního stavu osoby a jejího sociálního začlenění. Mluvíme-li o pomoci těmto osobám, myslíme tím realizaci působení v oblasti péče o svou osobu, produktivity a volného času. Lze říci, že ergoterapií se snažíme postižené osobě pomoci dosáhnout uspokojivé úrovně provádění různých úkonů, aktivit a činností, které jsou pro ni nezbytné, důležité a smysluplné. (Jelínková, 2009)

Ergoterapeut se prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života (ADL - Acitivity of Daily Living), kterými mohou být oblékání, osobní hygiena, stravování atd., v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Interdisciplinární spolupráce v rehabilitačním týmu s lékaři, psychology, fyzioterapeuty, zdravotním personálem, sociálními pracovníky, popř. se speciálními pedagogy či zaměstnavateli je nutná pro dosažení tohoto cíle. Sám rehabilitant či klient a jeho rodina nebo blízké okolí jsou nezbytnou součástí týmu, bez jejichž aktivní účasti není možné cílů dosáhnout. (Votava, 2003).

Pfeiffer (1990) rozděluje ergoterapii na čtyři hlavní oblasti:

a) Kondiční ergoterapie

Fyzická kondice je podmínkou nejen pro saturaci bazálních potřeb, ale i potřeb vyšších učení zejména. Úkolem kondiční ergoterapie je také zejména odpoutat pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění a snaží se tak udržet dobrou duševní pohodu v případech, kdy jde o dlouhodobé nebo trvalé onemocnění. Program se sestavuje na podkladě zájmů pacienta nebo rehabilitanta. Cílem je najít takovou činnost, při které nebude pacient nebo rehabilitant přemýšlet o své nemoci, a která ho bude smysluplně naplňovat. Je vhodné najít takový program, který může rozvíjet jak pohybový aparát, tak i duševní činnost a je úměrný ke stupni postižení nebo nemoci. Při této terapii můžeme využít práci s papírem, se dřevem s přírodními materiály, ale patří sem také řízené sledování televize, poslech hudby nebo četbu. Ačkoliv jde o činnosti pasivní, jsou doporučovány převážně proto, že odpoutá pozornost od negativních myšlenek na nemoc. Můžeme využít i společenské hry, jako jsou karetní hry, šachy, dáma, různé sportovní činnosti jako stolní tenis, házení šipek na terč aj. U osob, které jsou kvůli svému stavu připoutání na lůžko, vybíráme takové činnosti, které nejsou hlučné a nedojde ke znečištění lůžka.

b) Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Jde o mnohem náročnější formu terapie z důvodu znalosti pohybového aparátu a také vybavení pracoviště. Jedná se o motivaci pohybu, který má být dávkovaný, cílený a přesný. Obvykle se cvičení provádí s nějakým nástrojem, jednoduchým přístrojem nebo sportovním náradím. Do jisté míry bývá zdravotní tělesná výchova k ergoterapii přiřazována a stává se tak plynulým přechodem k léčebné tělesné výchově, ta je už rehabilitačně zacílena a je podobně jako ergoterapie součástí léčebného plánu pro daného jedince. Nesmíme však zdravotní tělesnou výchovu zaměňovat se sportem invalidů, který je normální sportovní činností a od sportu zdravých lidí se liší jen drobnými úpravami pravidel a speciálně upraveným sportovním náčiním. Některé nástroje a přístroje jsou v cílené ergoterapii také speciálně upravené.

Podle požadovaného pohybu rozdělujeme cílenou terapii na tři oblasti:

- zvětšení svalové síly
- zlepšení svalové koordinace
- zvětšení rozsahu pohybu

c) Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Jedná se o náročnou formu terapie, která je hlavní náplní ergodiagnostických rehabilitačních oddělení. Jedná se o velmi důležitý druh ergoterapie zaměřený na osoby, které vlivem dlouhodobých nebo trvalých následků budou muset změnit nebo přizpůsobit své zaměstnání, ale i celkový způsob svého života. Smyslem takového vyšetření a následné ergoterapeutické péče je podchycení osoby s postižením v co nejkratší možné době od vzniku postižení a pokud možno ještě v pracovní neschopnosti začít s intenzivní terapií. V naší zemi je několik desítek tisíc postižených osob, které jsou závislé na invalidním důchodu. Velmi často dochází k rozpadu rodinných svazků, těžko hledají nové přátele a mají omezenou možnost kulturního a společenského vyžití. Možnost pracovního začlenění je pro takové osoby velmi důležitá, protože bývá ve většině případů jediným smyslem života. Dnešní moderní společnost může poskytnout pracovní uplatnění i osobám s těžkým zdravotním postižením. Zdravý člověk si své práce málokdy váží, ale pokud je ohrožena možnost chodit do práce, snaží se dělat cokoli, aby se mohl do pracovního procesu opět vrátit.

d) Ergoterapie zaměřená na výchovu soběstačnosti

Postižené osoby ztrácejí v důsledku mnoha onemocnění soběstačnost v mnoha běžných denních činnostech, kterými jsou např. oblékání, osobní hygiena, jení atd. Např. při hemiparéze (centrální obrně poloviny těla), kdy nemůže postižená osoba používat jednu z horních končetin, musí být funkce končetiny nahrazena nějakou pomůckou. Tím, jak se neustále zdokonalují kompenzační pomůcky, nabývá výchova k soběstačnosti na významu.

Votava (2003) člení ergoterapii z hlediska typu činností:

a) Ergoterapie zaměřená na trénink ADL (Activities of Daily Living)

Do tohoto rozdělení můžeme zařadit veškeré všední denní činnosti a dále se člení na:

- Personální ADL
- Basální ADL
- Instrumentální ADL
- Rozšířené ADL

Výkon činností v ADL aktivitách je ovlivněn dysfunkcí jednotlivých složek:

- Motorická složka – svalová síla, svalový tonus, koordinace, výdrž...
- Senzorická složka (percepční) – čítí, bolest, prostorová orientace, tělesné schéma

- Kognitivní složka – vědomí, koncentrace, paměť, orientace, komunikace, schopnost řešit problém, schopnost sledovat instrukci, poslušnost řazení...
- Psychosociální složka – chování, motivace, osobnost, nálada, prostředí

b) Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Tato forma se zaměřuje na:

- Zvětšení svalové síly
- Zlepšení svalové koordinace
- Zvětšení rozsahu pohybu
- Cvičení v určité poloze (sed, stoj)
- Cílený trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace, myšlení apod.)

c) Kondiční ergoterapie

Úkolem kondiční ergoterapie je odpoutání pozornosti klienta od nepříznivého vlivu onemocnění a hospitalizace. Zaměřením kondiční ergoterapie je především na rozvoj zájmů klienta.

d) Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink

Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink posuzuje předpoklady klienta pro budoucí pracovní uplatnění a přípravu na ně. (Votava, 2003).

1.4 Vymezení specifík dětského věku

Vzhledem k zaměření empirické části práce je adekvátní vymezení specifík dětského věku. Vágnerová (2000) charakterizuje jednotlivá období následně:

1. Prenatální období

Jedná se o období nitroděložního vývoje, které trvá 9 měsíců a jde především o biologický vývoj. Toto období můžeme dále rozdělit na *fázi oplození*, *období embryonální* (od 4. do 12. týdne se vytváří základ všech orgánových systémů) a *období fetální* (od 12. týdne do narození, dokončování vývoje orgánových systémů).

2. Novorozenecké období

Porod znamená pro dítě značnou fyzickou i psychickou zátěž, proto se doporučuje tzv. „něžný“ porod. Pro vývoj jsou důležité hledací, sací, polykací, kašlací, kýhací, vyměšovací, orientační a obranné reflexy. Novorozenec se učí především kontaktem s pečujícími osobami.

3. Kojenecký věk

V tomto období dochází k rychlému rozvoji schopností. Rozvoj motorických dovedností rozšiřuje dítěti prostor. Vývoj pohybů probíhá od hlavy dolů a rozvoj motoriky probíhá od osy těla do stran a poloha je na zádech. Kolem 4. měsíce se objevuje první broukání, kolem 6. a 8. měsíce začíná dítě žvatlat (opakuje jasné artikulační slabiky). Koncem 1. roku používá první slova, která mají pro dítě význam. V tomto období se také objevuje strach z cizích lidí a dítě získává základní zkušenosti s emočním přijetím. To vede, v optimálním případě, k vytvoření pocitu bezpečí a jistoty.

4. Batolecí věk

Období od 1. do 3. roku, kdy se dítě stává samostatnější. Jde o období prvního vzdoru a je důležité získat důvěru v sebe a své schopnosti. Objevují se počátky symbolické hry.

5. Předškolní věk

Trvá od 3. do 6. roku života, konec tohoto období je většinou určen nástupem do školy. Dítě má tendenci zapojovat do myšlení a úsudku svoje fantazie. Pozornost je nestálá a objevuje se prudký růst slovní zásoby. Hlavní činností v tomto období je hra, která má předem stanovený cíl nebo úmysl. Dítě se během hry zaměřuje na něco nového. Hra má význam pro rozvíjení sociálních dovedností.

6. Mladší školní věk

Toto období je spojeno s nástupem do školy a pokračuje do 8 až 9 let. Pro dítě tím začínají povinnosti a musí se adaptovat na novou životní situaci. Mění se jeho režim dne, dostává se do nového kolektivu a vstupuje do veřejného života. Dítě dokáže uvažovat o konkrétní situaci, skutečnost přijímá jako danost a nemá žádnou potřebu ji měnit. Nemá vlastní názor na svět, protože ho v tomto věku bere takový, jaký je a učitele a rodiče bere jako autoritu.

7. Starší školní věk, adolescence

Trvá zhruba do konce 18. roku života jedince. Objevují se známky pohlavního i psychického zrání, zvýšení sexuálních tendencí, omezování závislosti na rodičích, příprava na budoucí povolání. V období puberty se objevují psychické a sociální změny a emoční labilita. Dochází ke zvyšování logického uvažování a vyššímu pochopení morálky. Jedinec se učí sám rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.

1.4.1 Ergoterapie u dětí

„V pediatrii nachází ergoterapie velké uplatnění především díky přirozenému sklonu dětí k aktivitě, k hravosti. Více než práce v pravém slova smyslu je baví hra. Pokud je malý pacient delší dobu hospitalizován, potřebuje aktivaci jako prevenci deprivace. Po delší době nečinnosti se totiž stává apatickým a jeho duševní vývoj se zpomaluje. Pro dětskou ergoterapii je důležitá znalost vývoje dětské psychiky a dále podstaty onemocnění, zvláště pokud omezuje psychický rozvoj nebo přímo zasahuje inteligenci dítěte. V tomto smyslu může naopak zkušená ergoterapeutka přinést velmi podstatné informace a pomoci tak při stanovení diagnózy a celého léčebného procesu.“ (Pfeiffer, 1990, s. 74).

Během svého výzkumu jsem měl možnost pozorovat práci ergoterapeutů s dětmi a musím souhlasit, že pokud dítě formou hry vykonává určitou činnost, ta činnost ho baví.

Jankovský uvádí, že pokud chceme, aby byla dětská ergoterapie efektivní, je velmi důležitý individuální přístup. Tato terapie sleduje u dětí celou řadu cílů jako např. zlepšování hrubé a jemné motoriky, koordinace pohybů, vizuomotorické koordinace, zlepšování komunikace aj. Usiluje hlavně o dosažení maximální soběstačnosti dítěte, a proto hlavní úlohu v tomto procesu hrají rodiče dítěte s postižením, které je nutné pro tuto metodu získat a dobře je připravit. Tento proces ovšem vyžaduje mnoho trpělivosti, důslednosti a hlavně víru v tuto namáhavou a mravenčí práci. (Jankovský, 2006).

Pfeiffer (1990) rozděluje činnost dětí do několika oblastí:

1. Individuální práce (činnost, hra)

- manipulační (kostky, kyblíček)
- destruktivní (rozebírání stavebnice)
- konstruktivní (skládání stavebnice, modelování, vystřihování)
- úlohová (hra na maminku, na prodavače)

2. Skupinová práce (činnost, hra)

- bez skutečné spolupráce (hra na honěnou)
- se stejnými úlohami (hra na schovávanou)
- s různými úlohami (hra na prodavače, doktora, učitele a žáka atd.)

Bližší rozdělení bude popsáno v kapitole 3.8 o využití her v ergoterapii.

K výcviku dovedností, které se chorobou opožďují nebo jsou v důsledku úrazu rozvíjeny pomalu a nedokonale se využívá v ergoterapii právě dětské hravosti. Pomocí

různých hmot a materiálů (modelína, písek, papír, dřevo), polohotových prvků (stavebnice, omalovánky) a prvků již hotových (hračky, autíčka, panenky) se dětsí pacienti učí dovednostem, které potřebují zdokonalit. Velkou roli při ergoterapii dětí hraje spolupráce rodičů. Je potřeba instruovat rodinu, jak dítěti s postižením nebo po úraze co nejlépe uzpůsobit jeho životní prostředí, jak upravit jeho pokoj, koupelnu, jídelnu a ostatní místnosti, které dítě využívá. (Pfeiffer, 1990).

1.4.2 Návěst činností

Prostředky léčebné rehabilitace jsou orientovány především na odstranění postižení a funkčních poruch, ale také se zabývají eliminací následků zdravotního postižení. Pfeiffer (2005) i Votava (2003) rozdělují léčebnou rehabilitaci na vertikální, která je zaměřená k obnovení stavu organismu, a horizontální, která má dlouhodobý charakter a zabývá se problematikou poškození (závažnost a chronicitu nemoci). Léčebná rehabilitace se nedá oddělit od vlastního léčení, protože se navzájem prolínají či propojují, je tudíž nemožné vymezit přesné hranice.

Velmi důležitou oblastí ergoterapie je výchova k soběstačnosti a měla by být začleněna do rehabilitačního programu. Můžeme sem zařadit tři základní činnosti, kterými jsou osobní hygiena, jedení a oblékání.

Zásadní požadavek pro integraci postižené osoby do společnosti a do kolektivu je osobní hygiena. Dodržovat osobní hygienu, tj. předcházet problémům s ní, umět se ošetřit se musí naučit mj. hlavně inkontinentní osoby s rozštěpem páteře, ale i spastici. Obě skupiny těchto postižených musí mít možnost vyhovět svým potřebám – časově i prostorově.

Velkou překážku může představovat tělesný zápach nebo nečistota. Je možné říci, že každý postižený člověk potřebuje poměrně vysoký hygienický standart prostředí, ve kterém žije. Snadno dostupnou toaletu a prostornou koupelnu, kde se bude moci pohybovat. Pro potřeby osobní hygieny jsou postiženému člověku k dispozici různé pomůcky např. pojízdná židle, kterou lze postiženou osobu dopravit na toaletu nebo je možné osobu na židli přímo osprchovat, dále jsou to různá držadla a opěry, která pomáhají při pohybu v prostorách koupelny nebo toalety.

Během přípravy jídla se nemusí první pokus hned vydařit, mohou být zdlouhavé a nedokonalé. Ale pokud je člověk nucen své jídlo, které se mu nepovedlo, ochutnat

(chybami se člověk učí) nebo naopak bude svým jídlem nadšen (zbaví se obavy, že nic nedokáže) může to vézt ke zlepšení životního pocitu. Pro postiženého člověka může být problém se samotnou konzumací potravy v podobě krájení na talíři, podávání jídla do úst při třesu nebo omezení svalové síly, ztuhlosti loketního nebo zápěstního kloubu, hemiparéz nebo u amputací horních končetin (dominantní končetiny nebo obou končetin). Pro ulehčení jsou k dispozici opět různé kompenzační pomůcky (hrnky, lžíce, stolečky).

„Oblékání má svá typická úskalí, která je možno většinou vyřešit speciálně ušitým nebo upraveným oděvem, prádlem nebo obuví.“ (Pfeiffer, 1990, s. 150).

Z vlastní zkušenosti mohu říct, jak je obtížné se oblékat pouze jednou rukou, jak je složité si navléci ponožky, obléknout tričko, zapnout si kalhoty nebo si zavázat tkaničky u bot. Proto je vhodné používat volnější oblečení, zapínání v mnohém ulehčí suchý zip a knoflíky se budou mnohem lépe zapínat, když nebudou přišité moc natěsno k oblečení.

2 Úrazy

Úrazy vždy představovaly problém dětského věku. Spektrum úrazů, jejich počty, typy a případné následky se mění s tím, jak se mění výchova, prostředí, ale i péče o zraněné. Přesto jsou ale úrazy stále nejčastější příčinou úmrtí u dětí. (Benešová, 2013).

2.1 Úraz a jeho příčiny

„Úraz je jakékoli neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako kyslík či teplo.“ (Frišová, Coufalová, 2006, s. 6).

Vokurka (1995) uvádí, že úraz (trauma) znamená poranění, které působením náhlé zevní události na organismus vzniká a poškozuje ho.

Frišová s Coufalovou (2006) dále uvádí, že s lehkými úrazy se lidé setkávají takřka denně. Málokdo si však uvědomuje, že úrazy nejsou jen zlomenina nebo pohmožděnina. Skutečnost je ale taková, že každý rok mají úrazy na svědomí tři sta dětských životů a patří tak tradičně k nejčastější příčině smrti u dětí.

Mezi nejčastější příčiny úrazů můžeme zařadit pády, dopravní nehody, působení neživotné síly, opaření a popáleniny, nedostatečný dohled dospělých a neznalost dětí, jak se vyhnout riziku, tedy nedostatek kompetencí (znalostí, dovedností a postojů) ke zvládnutí běžných rizik života. (Benešová, 2013).

2.2 Úrazy charakteristické pro věková období

Určité úrazy jsou typické pro každé věkové období a odpovídají zkušenostem dítěte a vývojovému stupni psychiky, motoriky a smyslového vnímání. U malých dětí jsou způsobeny úrazy především nedostatkem zkušeností, zvědavostí, ale i velkou pohybovou aktivitou. U větších dětí je to následkem přeceňování svých sil a schopností, podceňování nebezpečí a snaha se ukázat vrstevníkům. Za mnoho úrazů také mohou dospělí svou nepozorností nebo nedodržováním bezpečnostních předpisů.

2.2.1 Úrazy v kojeneckém a batolecím věku

Už v kojeneckém věku začínají úrazy, kdy jde především o pády z výšky, když rodiče podceňují pohybové schopnosti dítěte. Následkem takového pádu může být poranění hlavy a mozku. V batolecím věku jsou úrazy spojeny především s počátkem chůze, kdy se dítě začíná samostatně pohybovat v prostoru, je zvědavé a chce objevovat nové věci. Za pády může hlavně nejistá a batolivá chůze, dítě může třeba spadnout do zahradního bazénu nebo do jámy v zemi. Je třeba odstranit všechny předměty z okolí dítěte, které by mu mohly způsobit úraz.

2.2.2 Úrazy v předškolním věku

V tomto věku je jednou z hlavních příčin úrazu velká pohyblivost dítěte. V předškolním věku si dítě s velkou oblibou hraje a pohybové hry mu přinášejí rozšíření prostoru do šířky i výšky a tím i nová nebezpečí, která dítě v zaujetí hry vůbec nevnímá. Časté jsou pády z výšky nebo může dojít i k utonutí během hry ve vodě. Mohou se vyskytnout i různé otravy léky nebo plody některých jedovatých rostlin. Dopravní úrazy začínají kolem pátého roku života, jsou většinou zaviněné dítětem, které si hraje na ulici, kde je provoz nebo kde se třeba v zimě sáňkuje. Příčinou bývá zkreslené posuzování vzdáleností a velikostí předmětů. Důležité je hlavně odhadování pravé a levé strany zvláště při přecházení ulice a také sluchová orientace o směru, ze kterého zvuk přichází.

2.2.3 Úrazy ve školním věku

Frekvence, ale i druhy úrazů se mění s věkem dítěte. S přibývajícím věkem se dítě stále častěji pohybuje mimo dohled dospělých a tím se také zvyšují počty úrazů, ale i jejich druhy a závažnost. Více ohroženi úrazem bývají chlapci, kteří mají tendenci riskovat a mají větší odvahu. V tomto období jsou nejčastějším úrazem zlomeniny a vykloubeniny. Dalšími úrazy jsou poranění hlavy, poranění úst a obličeje, ale může dojít i k vážnějším vnitřním poraněním způsobeným právě úrazem.

2.2.4 Úrazy ve věku 15-19 let

Jde o závěrečnou fázi dospívání, je to přechodný úsek v životě, kdy člověk přestává být dítětem a ještě není dospělý. Velký počet lidí v tomto věku se věnuje sportu a právě úrazy při sportovních aktivitách bývají velmi časté. Někteří vyhledávají adrenalinové sporty, kde je riziko úrazu mnohem vyšší. Vážnější dopravní úrazy se objevují od 18. roku života, kdy má jedinec možnost získat řidičský průkaz. Jde převážně o dopravní nehody při řízení automobilu nebo motorky. Tyto nehody jsou převážně způsobeny nezkušeností a rychlou jízdou (Machová, 2009).

2.3 Úrazy dle příčiny

2.3.1 Pády

Dalším velmi častým úrazem, se kterým se u dětí setkáváme, jsou pády. Je mnoho příčin, jak může k pádu dojít. Patří mezi ně například dětská aktivita, která může být zdrojem mnoha úrazů. S pády se setkáváme nejčastěji na schodištích nebo patrových postelích, pád dítěte může ale způsobit i koberec, pod kterým není protiskluzová podložka. Mohou se vyskytnout i pády z oken, kde bývají důsledky mnohem závažnější. U nejmenších dětí hrozí další nebezpečí při přebalování nebo koupání. Stačí chvilková nepozornost a dítě se může převalit nebo doplazit na okraj přebalovacího stolu.

Jelikož člověk získává prostorovou orientaci a zkušenosti postupně, dítě si nemůže uvědomit, že je vysoko, nemá zážitek z předchozího pádu a z tohoto důvodu se nebojí.

Mezi nejčastější následky pádu můžeme zařadit odřeniny, tržné rány, pohmožděniny, vykloubeniny, ale i zlomeniny. A jsou bohužel i mnohem vážnější úrazy, jako je například mozkolebeční poranění či poranění páteře a míchy. Takové úrazy nemusí být pouze smrtelné, ale bohužel mohou způsobit i trvalé následky. Ty se mohou velmi těžce podepsat na psychickém stavu dítěte, ale ve většině případů i na celé rodině, která se o své nemohoucí dítě musí nadále starat. (Šebková, 2001).

2.3.2 Úrazy hlavy

Mezi nejvážnější následky pádu patří úrazy hlavy, protože dochází k poškození orgánu, který řídí celé naše tělo. K takovýmto úrazům nejčastěji dochází při pádu z

kola, koně, při pádu na lyžích nebo snowboardu a při dalších podobných pádech z výšky. Tyto úrazy se stávají převážně starším dětem, u kojenců může dojít k poranění hlavy při pádu z postýlky nebo již zmíněného přebalovacího stolu.

Mezi nejméně závažné poranění hlavy patří **otřes mozku** (komoce), kdy se jedná o dočasnou poruchu činnosti mozku bez jeho strukturálního poškození. Po odeznění příznaků se většinou všechny funkce vrátí k normě.

Zhmoždění mozku (kontuze) patří mezi závažnější poranění hlavy, při kterém dochází k mechanickému poškození mozku, které může zanechat trvalé následky.

Stlačení mozku (komprese) patří k nejzávažnějším poraněním. V první fázi poranění mohou být příznaky nevýrazné a mohou tak zastřít vznikající, životu ohrožující stav. Při pádu nebo nárazu hlavy dochází k poranění nitrolebních cév, ze kterých dochází k pozvolnému krvácení dovnitř lebky. Takovýto stav bývá závažný tím, že krvácení postupně utlačuje mozek. Pokud není tento stav včas rozpoznán a léčený, dochází k zvýšení nitrolebního tlaku a tlaku na mozkovou tkáň, což může být pro dítě smrtelné. Pro tento stav je typické tzv. „dvoufázové bezvědomí“, po kratší fázi poruchy vědomí dochází k normalizaci, dítě opět reaguje a po určité době se objeví druhá fáze hlubokého bezvědomí společně s poruchami základních životních funkcí, někdy doprovázenými nestejnou velikostí zornic, vzestupem tělesné teploty a možnými křečemi. (Valenta, 2003).

U úrazů hlavy by měl pedagog vědět, že mezi jejich následky patří i změna chování a jednání. Jde o často velmi závažné změny, které činí výchovné problémy, s výchovnou péčí nemají nic společného, nicméně i tak je pedagog vystaven situacím, kdy s porozuměním okolí se musí pokusit takové specifické poruchy chování zvládat.

2.3.3 Úrazy páteře

Pády z výšky na hlavu nebo na dolní končetiny bývají jednou z hlavních příčin poranění páteře. Největší nebezpečí, které je spojené s poraněním páteře je poranění míchy, které může mít pro dítě, ale i dospělého člověka trvalé následky. Mícha může být následkem úrazu poraněna stlačením a v těžších případech může být i zcela přerušena.

K podezření na poranění páteře patří bolesti v zádech, někdy zduření a krevní výron na páteři v místě jejího poranění. Dítě může ležet v nepřírozené poloze. K těmto

projevům se přidružují i neurologické příznaky jako jsou poruchy hybnosti končetin, poruchy čítí, brnění a bolesti končetin. Mezi nejvýraznější nebezpečí patří poranění krční páteře, při kterém může dojít k zasažení dechového a oběhového centra v prodloužené míše a následné poruše základních životních funkcí. (Valenta, 2003).

2.3.4 Poranění svalů a šlach

Ke svalovým poraněním dochází v reakci na přetrénování, únavu, nebo naopak u nedostatečně trénovaných jedinců, kteří nejsou zvyklí na zvýšené svalové napětí. Může dojít k **pohmoždění** svalu, což je přímé poranění svalu, kdy v důsledku nárazu vznikne krevní výron. K **natažení** svalu může dojít prudkým stahem svalu k přetažení skupiny vláken bez výrazné poruchy funkce. K poruše funkce svalu dojde v případě vzniku **praskliny**, která je buďto částečná nebo kompletní. Tato poranění se většinou léčí chlazením poraněného místa, pouze ojediněle dochází k sešití svalového bříška.

Mezi šlachová poranění patří úplné či neúplné roztržení šlachy a roztržení šlachové pochvy. Jako vzácné poranění se označuje **natažení** šlachy, které vede ke snížení síly poraněné šlachy a omezení svalové funkce. **Podkožní prasklina** vzniká u šlachy degenerované předchozím patologickým procesem nebo po aplikaci steroidů do šlachové pochvy; takto poškozenou šlachou je nutné řešit operativně sešitím nebo plastikou šlachy. K **přetnutí** šlachy dojde většinou ostrým nástrojem, kdy je nutné šlachou sešít. (Valenta, 2003).

3 Metody a techniky v ergoterapii

3.1 Metody v ergoterapii

V této kapitole budou popsány metody používané v ergoterapeutickém procesu. Koncept manželů Bobathových, metoda senzorycké integrace a kognitivní metody.

Bobath koncept

Bobath koncept je bio-psycho-sociální přístup zaměřený na osoby s patologií CNS. Jedná se o souhrnnou koncepci, která spočívá v dosahování relaxace svalového napětí pomocí polohových a pohybových reflexů. Principem této metody jsou dva faktory:

- utlumení a přerušení abnormálního reflexního držení
- vybudování základních vzorů, které odpovídají normálnímu pohybu a jsou základem pro všechny diferencované pohyby. Ty jsou navozovány a fixovány v různých cvičebních situacích. (Renotierová, 2003).

Senzorycká integrace

Senzorycká integrace je metoda, která klade důraz na schopnost jedince přijímat informace od ostatních osob a okolního prostředí. Přispívá k vývoji percepce, orientaci v čase. Dále ke koordinaci pohybů a primárně kognitivních procesů. (Votava, 2003).

Senzorycká integrace je důsledkem senzomotorického jednání a pohybu.

Kognitivní metody

Tyto metody se používají u osob s poruchou kognitivních funkcí:

- restituce – obnovení funkcí - je založeno na intenzivním cvičení
- substituce – náhrada trvale ztracených funkcí - kompenzační techniky (paměť, zapisování). (Votava, 2003)

Rozvíjené kognitivní funkce:

- na úrovni přijímání podnětů
- na úrovni zpracování informací
- na úrovni řešení problémů

3.2 Techniky v ergoterapii

Příznivý vliv na dýchání, krevní oběh, látkovou výměnu a psychické funkce mají zejména pracovní činnosti, které tak ovlivňují i celkový fyzický stav člověka. Pro

motivaci rehabilitanta je také důležité, aby ho daná pracovní činnost zaujala (Kubínková, 1997).

Při popisu níže uvedených technik vycházím z Klusoňové a Špičkové (1988), protože mi jejich popis i dělení připadá obojí přehledné a výstižné.

3.2.1 Kreslení, malování, grafické techniky

Tyto činnosti mohou být prováděny jak uvnitř rehabilitačního zařízení, tak i ve venkovním prostředí. Během ergoterapie jsou veškeré činnosti prováděny převážně uvnitř, v jednotlivých dílnách, denních místnostech, v jídelnách nebo na pokojích. Během výtvarných činností musí být respektováno prostředí rehabilitačního pracoviště, terapeut by měl dbát na to, aby nebylo jakkoliv znečištěno lůžko pacienta, nedošlo ke znečištění pokoje a aby jakákoliv činnost neobtěžovala ostatní pacienty. Prováděné činnosti by neměly narušovat denní režim, měly by ho pouze doplňovat.

Jakákoliv poloha musí být stabilizovaná, aby mohl pacient uvolněně používat horní končetiny. Při kresbě a malbě je fyzická zátěž malá, náročnější na sílu horní končetiny a vlastní ruky jsou grafické techniky. Jsou zde kladeny větší nároky na koordinaci a jemnou motoriku. Během kresby nebo malby vychází pohyb z ramene do lokte, který je mírně ohnutý, zápěstí je nehybné, předloktí se neopírá. Celá ruka se jen lehce opírá o malíček a opisuje ve vzduchu tvar, který kreslíme. Ruka se neopírá v případě, že pracujeme vestoje. U pacientů, kteří mají křečovitý úchop, je vhodné vkládat relaxační cviky na uvolnění a protřásání ruky. Je nutné dávat pozor na správný sed i stoj, aby nedocházelo ke statické zátěži dolních končetin nebo nevhodnému zatěžování páteře.

V ergoterapii se více používají kombinované techniky a grafika. Výtvarné techniky se používají jako kondiční terapie. Během cílené léčby aplikujeme tyto techniky zvláště při rehabilitaci horní končetiny (hlavně vlastní ruky), kde je hlavním cílem léčby návrat funkčních schopností (svalové síly, koordinace a rozsah pohybu). K výtvarným činnostem pacienty nikdy nenutíme.

3.2.2 Práce s papírem

Na všech pracovištích ergoterapie můžeme pracovat s papírem, protože jde o velmi nenáročnou činnost. Materiál je lehce dostupný a k této formě terapie

nepotřebujeme žádné zvláštní prostory ani podmínky. Pacient může pracovat vsedě i vleže. Jedná se fyzicky nenáročnou a různorodou práci, takže je vhodná pro kondiční i funkční léčbu. Jsou zde kladeny vyšší nároky na přesnost a jemnou motoriku. Při práci s nůžkami pracuje vždy dominantní končetina, kde se uplatňuje především pohyb palce a druhá ruka se uplatňuje při držení materiálu, který pacient stříhá. Během práce s lepením využijeme práci prstů a zápěstí.

Během této činnosti je zapotřebí zvolit vhodnou činnost s ohledem na věk pacienta. To, co baví dětské pacienty, nemusí být tak zábavné pro dospělé a starší pacienty. U starších pacientů je zapotřebí dostatečná motivace.

3.2.3 Práce s textilem

Tato forma činnosti je rozmanitá a můžeme ji provádět na nemocničním lůžku i ve speciálních dílnách. Materiální a technické vybavení není náročné a je snadno dostupné.

S výjimkou postižení zraku můžeme práci s textilem aplikovat u všech postižení. Pacient může pracovat v podepřeném sedu na lůžku, vsedě u stolu nebo vestoje. Práce s jemným materiálem a drobnými pomůckami si vyžaduje nároky na dobrou motoriku, zrak i hmat. S větším formátem výrobku a silnějším materiálem roste i nárok na sílu a rozsahy pohybů. Jakmile pacient zvládne činnost a zautomatizuje pohyby, může se pro něj stát zvolená činnost monotónní. Proto je zde nutné volit vhodnou činnost a motivaci.

3.2.4 Práce s přírodními materiály

Při práci s přírodními materiály si vystačíme s tím, co můžeme najít venku nebo máme v dílnách. S některými materiály můžeme pracovat přímo i na lůžkovém oddělení, ale je zde nutné respektovat základní hygienická pravidla. Takto můžeme použít třeba nalepování kousků dlaždiček jako mozaiku nebo navlékání různých plodů a semen, děti rády vytváří figurky z žaludů a kaštanů. Během této činnosti pacient většinou sedí, ale jak již bylo zmíněno, může být pacient i na lůžku. Jedná se o nenáročnou činnost, při které je nutné mít dobrý zrak, hmat a dobrou motoriku. Opět musí být stabilní pracovní poloha. Sběr přírodních materiálů je vhodné spojit s vycházkou ven, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí. Tato činnost může být opět

aplikována v kondiční i funkční terapii. Práce s drobným přírodním materiálem se velmi dobře uplatní při rehabilitaci ruky.

3.2.5 Práce se dřevem

Práce se dřevem a veškeré činnosti s ní spojené mohou být prováděny vsedě nebo vstoje. Pracovní pohyby a náročnost během práce se dřevem jsou rozmanité podle druhu vykonávané činnosti, podle druhu dřeva (měkké, tvrdé) a také podle velikosti výrobky. Při této činnosti se posiluje svalstvo horních končetin a uplatňuje se zde převážně dominantní končetina. Během různých činností (hoblování, pilování) se mohou zapojovat obě horní končetiny. Fyzická náročnost může být lehká až středně těžká a odvíjí se od druhu vykonávané činnosti. Důležitý je zde zrak, hmat a u některých činností i fyzická zátěž. Práci se dřevem můžeme uplatnit opět při kondiční i funkční ergoterapii. Je důležité při výběru činností postupovat od lehkých úkolů po složitější a zvolit i vhodnou motivaci, aby činnost pacienta bavila.

3.2.6 Práce s kovem

Činnosti jsou velmi různorodé a jejich náročnost se odvíjí od druhu a síly materiálu, se kterým pracujeme a také na velikosti výrobku, který chceme zhotovit.

U některých činností je velmi důležitá jemná motorika a práce prstů, u některých zase fyzická kondice pacienta. Tuto formu práce můžeme zařadit od kondiční i funkční ergoterapie. Můžeme ji rozdělit na fyzicky lehkou (leštění, pájení), středně těžkou (pilování, ohýbání) a těžkou (řezání, kování). Během práce se uplatňuje dominantní horní končetina, druhá končetina předměty, se kterými se pracuje, jen přidržuje. Tyto činnosti jsou vhodné hlavně pro chlapce a muže, ale můžeme je nabídnout i dívkám a ženám. Je dobré přihlížet ke vztahu pacienta k nabízené činnosti, k jeho zájmům a zvolit vhodnou motivaci k vybrané činnosti.

3.2.7 Modelování

Tato činnost se může provádět jak v upravených dílnách, tak i na pokojích pacientů. Pro modelování je vhodné zvolit takové hmoty, se kterými můžeme snadno manipulovat a které nijak neznečišťují prostředí.

Pracovní poloha u této činnosti musí být bezpečná a stabilní. Náročnost modelování se odvíjí od druhu modelovací hmoty, velikosti výrobku a množství modelovací hmoty. Jsou zde vyšší nároky na jemnou motoriku a koordinaci prováděných pohybů. Výhodou u této činnosti je, že nepovedený výrobek se dá velmi snadno opravit díky vlastnostem materiálu. Zvolená činnost bývá pacientům bližší než třeba kresba nebo malování.

Hnětení hmoty posiluje hlavně svaly ruky, při válení hmoty zase pacient posiluje extenzi prstů a flexi zápěstí. Pokud pracujeme s menšími tvary, jsou kladeny větší nároky na jemnou motoriku prstů. Je také možné použít drobný písek, který se přidá do hmoty, aby docházelo k dráždění dlaňové části a tím ke stimulaci receptorů. Do modelování můžeme zapojit pacienty s různým typem postižení díky pohybově náročné i nenáročné práci. Je zde důležité brát na vědomí věkové rozdíly pacientů i jejich postižení a podle toho vybrat vhodný materiál i pracovní postup.

3.2.8 Využití her v ergoterapii

Přirozeným projevem každého dítěte je hra a v každém vývojovém období dítěte můžeme najít charakteristickou hru, která zdokonaluje vnímání dítěte jako sebe i okolí, pomáhá rozvíjet senzorické, pohybové a psychické schopnosti a je pro dítě učením i získáváním zkušeností.

Hru můžeme použít i jako léčebný prostředek v rehabilitaci dětí i v rehabilitaci dospělých, kde zařazujeme skupinové, sportovní, konstrukční a didaktické hry. U dětí musíme dbát na to, aby v denním programu na sebe jednotlivé složky navazovaly a vzájemně se doplňovaly. Program by měl odpovídat potřebám dítěte a měl by být přiměřený stupni vývoje a zdravotnímu stavu. Důležité je, aby splňoval léčebný a výchovný cíl.

Hry můžeme rozdělit do několika kategorií:

- **Funkční hry** jsou nejjednodušší formou dětské hry, kdy dítě nepotřebuje žádnou hračku. Dítě si hraje tím, že ke hře používá své vlastní tělo, ruce, nohy, překuluje se, plazí se, brouká si atd. Tím, že se spontánně a nekoordinovaně pohybuje, se postupně učí dělat pohyby uvědoměle a koordinovaně. Těchto pohybů můžeme využít v léčebném tělocviku, kdy kontaktem s dítětem, doteky nebo hlazením podněcujeme k pohybu.

- **Manipulační hry** mají jako náplň manipulaci s hračkami a s ostatními předměty, které dítě obklopují. Tím se dítě učí s nimi zacházet, poznávat jejich vlastnosti hmatem, sluchem poznává jejich zvuk, zrakem jejich tvar i barvu. Jako příklad si můžeme představit dítě se lžící, se kterou nejdřív jen bouchá do stolu, pak ji začne olizovat a kolem 18. měsíce se s ní zdravé dítě dokáže samostatně najíst. Tyto dva typy her, funkční a manipulační, jsou typické pro kojenecký a batolecí věk.
- **Napodobovací hry** se objevují koncem kojeneckého věku, tedy koncem 1. roku života dítěte. Při této formě hry začíná dítě napodobovat pohyby, mimiku a později i zvuky (zvířat, motorů, dopr. prostředků). Těchto her můžeme využít ke zdokonalování motorických funkcí a zdokonalování řeči.
- **Úlohové hry** představují hru „na něco“ (maminka, prodavač, škola) a začínají se objevovat v jednoduché formě ve starším batolecím věku. Využívají se v rehabilitaci pohybových i psychických funkcí, protože uskutečňují komplexní léčebný cíl. Dítě dělá rozmanité pohyby, napodobuje zvuky, pohybuje se z místa na místo, mění polohy atd. Tyto typy her rozvíjejí i sociální vztahy.
- **Konstrukční hry** představují skládání jednoduchých prvků nebo navlékání předmětů na niť, stavebnice, kreslení, malování, vystřihování. Velmi oblíbenou konstrukční hrou je stavění hradů z písku. Široké uplatnění mají tyto hry v rehabilitaci a jsou přechodem k pracovní činnosti, díky nim můžeme rozvíjet a zdokonalovat hrubou a jemnou motoriku, obratnost, trpělivost, koordinaci rozumové a psychické funkce.
- **Pohybové hry** se uplatňují především v léčebném tělocviku. Můžeme k nim využít řadu náčiní (lavičky, houpačky, míče). Pomocí různých náčiní procvičujeme rovnováhu, koordinaci pohybů, svalstvo dolních končetin (koloběžka), posilujeme úchop. Můžeme sem zařadit i různé tanečky nebo rytmická cvičení, tyto aktivity bývají oblíbené hlavně u děvčat
- **Receptivní hry** slouží k přijímání určitých podnětů pro dítě, které je zpracovává a rozvíjí tím své duševní schopnosti a vlastnosti. Jako příklad uvedu prohlížení obrázkové knížky, poslech pohádky nebo loutkové divadlo. Tento typ her se uplatňuje nejvíce v rehabilitaci psychických funkcí a ve výchovné péči.
- **Didaktické hry** rozvíjejí především vědomosti a poznávací procesy. Jsou vhodné pro jemnou motoriku a cílené pohyby ruky. Patří sem různé hlavolamy, skládačky, hry s řešením nebo provázkové motanice.

4 Práce s rodinou v ergoterapii

Rodina je pro dítě významným modelem společnosti, který předurčuje osobní vývoj dítěte a jeho budoucí vztahy k jiným lidem. Dává dítěti takové hodnoty, které přispívají k jeho zdravému psychickému a fyzickému vývoji. (Matoušek, 2003).

Pro každého klienta bývá většinou rodina jedním z nejvýznamnějších zdrojů opory a pomoci. Často závisí na vztahu klienta k rodině způsob, jak se vyrovná se svou disabilitou a jak tato disabilita ovlivňuje jeho život. Nejvíce pravděpodobné je to u malých dětí a starých lidí, kde péče rodiny hraje důležitou roli. Navzdory těmto faktům však ve zdravotnictví není rodina stále považována za člena týmu a není zapojována do realizace péče. Poskytování informací o zdravotním stavu klienta je dnes běžnou praxí, rodinní příslušníci však nejsou dostatečně zaškolení, jak by měli o postiženého člena rodiny pečovat. (Jelínková, 2009).

S tímto tvrzením se plně ztotožňuji, sám vím, jak je rodina důležitá, pokud se člověku stane nějaký vážnější úraz. Pocit, že se máte na koho spolehnout a kdo vám pomůže, je v průběhu léčby velice důležitý.

4.1 Spolupráce ergoterapeuta s rodinou

Na setkání s vážným onemocněním či postižením není rodina obvykle vůbec připravena. Nejblíže by měli vědět o možnostech i omezeních postiženého či nemocného člena rodiny-ne však proto, aby na něj dohlíželi, ale proto, aby mu byli nápomocni a mohli mu tak co nejvíce usnadnit návrat do normálního života.

Informovanost klienta i jeho rodiny je důležitá součást efektivní ergoterapie, musí však probíhat postupně od méně komplexních úkolů ke složitějším (polohování, komunikace, atd.). Pečovatel musí být především instruován v tom, jak bezpečně provádět asistenci při denních činnostech, mobilitě a používání kompenzačních pomůcek. Pro rodinu je spolupráce s ergoterapeutem důležitá i v tom, že může pomoci při porozumění diagnóze, její prognóze a z nich vyplývajících funkčních omezení. (Jelínková, 2009).

Obvykle je pro rodinu obtížné najít si k osobě s postižením „normální“ postoj. Ten může být uprostřed extrémů přílišného hýčkání a naprostého odmítání. (Matoušek, 2003).

Čáp se domnívá, že pedagog resp. ergoterapeut by měl zjistit, jaký v rodině panuje výchovný styl. Pak domluvit s rodiči případné změny tohoto stylu. Velmi časté je rezignování na zbývající možnosti rehabilitanta nebo se rehabilitant musí zájmově přeorientovat; pro ctižádostivé rodiče je to někdy těžší než pro rehabilitanta. (Čáp, 2007).

4.2 Kompetence ergoterapeuta

Podle Jelínkové si pod pojmem kompetence můžeme představit komplexní souhrn znalostí, dovedností, hodnot, chování a postojů, které pracovníkovi umožňují jeho profesi vykonávat bezpečně, efektivně a legálně i s ohledem na fakt možného vyhoření.

„Specifické dovednosti potřebuje mít každá profese. Jsou pro ni samostatně nebo v kombinaci jedinečné a nepostradatelné pro poskytování služeb. Můžeme sem zahrnout soubor osvojených dovedností, které nám říkají, co by měl příslušník dané profese vědět a umět. „Kompetence souvisí jednak s procesem, kterým jsou činnosti vykonávány (jak efektivně, jak rychle atd.), jednak s jeho výsledkem nebo účinkem.“ (Jelínková, 2009, s. 82).

Jelínková uvádí, že k poskytování optimální intervence musí ergoterapeut používat čtyři procesy:

- terapeutické využití vlastní osoby (působit terapeuticky svou osobou na klienta)
- zjišťování a hodnocení potenciálu osoby, jejích schopností a potřeb (zjistit, co je pro klienta důležité, na co se zaměřit, co je v jeho silách atd.)
- analýzu a adaptaci činností (přizpůsobit činnosti možnostem klienta)
- analýzu a adaptaci prostředí (přizpůsobit prostředí klientovi). (Jelínková, 2009).

4.3 Povinnosti ergoterapeutických pracovníků

Podle Pfeiffera můžeme povinnosti ergoterapeutických pracovníků popsat v jednotlivých bodech:

1. Každý ergoterapeut si v první řadě musí prostudovat předpis od lékaře, ve kterém stojí, co nesmí rehabilitant dělat, co by mu uškodilo a dále si prostuduje chorobopis.

2. Následuje vyšetření, kdy se zjistí pacientův stav a po provedeném vyšetření se určí pracovní činnost se stručným zdůvodněním, aby se mohly kontrolovat výsledky a také určit, co by se mělo zlepšit a jak.
3. Dále ergoterapeut stanoví pracovní čas, pozici, materiál, se kterým bude pracovat popřípadě kompenzační pomůcky, a zajistí, aby byly dodrženy bezpečnostní předpisy.
4. Každý den se sleduje výkon rehabilitantů a podle potřeby se mění léčebné postupy. Pokud dojde ke změně postupu, je provedeno stručné zhodnocení formou testů, které jsou určeny k porovnávání dosažených výsledků.
5. Ergoterapeutický pracovník dále provádí výcvik soběstačnosti a jsou opatřeny kompenzační pomůcky, se kterými se během rehabilitace učí rehabilitant pracovat a používat je.
6. Dochází k hodnocení na poradách celého kolektivu, provádějí se také vizity u lůžka, během nichž je ergoterapeut důležitou součástí, protože za účasti ergoterapeutického pracovníka se rozhoduje, jestli bude postižená osoba osobou se změněnou pracovní schopností.
7. Každý pracovník si vede zdravotnickou dokumentaci, která je standardní pro každého rehabilitanta stejná a speciální, která obsahuje testy a hodnocení podle typu postižení.
8. Ergoterapeutický pracovník by si také měl připravovat pracovní činnosti a kontrolovat svůj pracovní úsek. (Pfeiffer, 1990).

4.4 Sestavení krátkodobého ergoterapeutického plánu

Sestavení krátkodobého ergoterapeutického plánu podle mého názoru nejlépe popisuje Pfeiffer (1990), kdy uvádí, že takový plán se sestavuje, pokud jde o krátký rehabilitační plán, v případě, že onemocnění nezanechá žádné trvalé následky a rehabilitant se vrátí ke své původní profesi a způsobu života. Nezmění se kvalita života na rozdíl od případu, kdy nechá onemocnění nebo úraz trvalé následky. V tomto případě může rehabilitace důsledky jen zmírnit, nikoliv je odstranit. Základní plán provede lékař, který určí, co je třeba léčit.

Příklad takového krátkodobého ergoterapeutického plánu si můžeme ukázat na omezeném pohybu ramene po úrazu na motorce. Rehabilitant je předán na rehabilitační

oddělení. Pohyb v rameni je omezen, a tak lékař naordinuje posilování na ergoterapii. Začne se lehkými cviky a později jsou přidávány cviky s větší náročností, aby byl rehabilitant nucen zvedat paži do vyšších poloh. Ergoterapie je prokládaná léčebnou tělesnou výchovou za asistence fyzioterapeutky, která dohlíží na to, že jsou všechny svaly zatěžovány rovnoměrně a že jsou aktivizovány. Když by byl některý sval výrazně oslaben, byla by nutná doplňující reedukace.

V dalším příkladu může jít třeba o rozhýbání ztuhlého kolenního a hlezenního kloubu po sundání sádry při zlomenině tibie. Rehabilitační pracovník usoudí, že oba dva klouby nebyly nijak postiženy, jen se po dobu fixace sádrou zmenšil jejich pohybový rozsah. Aby se nezatěžovala srostlá zlomenina celou vahou těla, je vhodné pro rozhýbání obou kloubů použít třeba rotoped nebo speciálně na kolenní kloub motodlahu. Postupně můžeme začít přidávat cviky, při kterých budeme zlehka zatěžovat i srostlou kost.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl, metody a popis místa výzkumu

V této části je popsán cíl výzkumu společně s metodami použitými během zpracování výzkumu. Je rovněž popsáno místo, kde byl výzkum prováděn.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je představení oboru ergoterapie jako jedné z léčebných metod, popis jejího postupného vývoje, metod, technik a možností využití při poúrazových stavech.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit vliv ergoterapie na zdravotní stav pěti jedinců po úrazu, kteří absolvovali léčebný režim s ergoterapií.

Předpokládám, že včas zahájená a cíleně zaměřená ergoterapie má vliv na zlepšení poúrazového stavu.

5.2 Metody

Hlavní metodou použitou v této práci je kvalitativní výzkum a vypracované kazuistiky sledovaných klientů. Také jsem využil možnosti rozhovorů s rodiči, převážně s matkami, o důvodu pobytu jejich dítěte v lázních, o průběhu léčby a o možném zlepšení zdravotního stavu.

Podle Gavory (2000) v mém výzkumu využívám nestrukturované pozorování. Nebyly zde použity žádné předem stanovené pozorovací systémy, škály nebo jiné přesné nástroje pozorování. Jsou jen určeny konkrétní události, jevy a osoby, které se mají pozorovat.

Často užívanou metodou je zpracování kazuistiky, neboli případové studie, se kterou se můžeme setkat v odborné literatuře, v níž slouží ke znázornění obecného problému. V kazuistikách, které jsou uvedeny v této práci, je popsána anamnéza klienta, jeho stav po přijetí z pohledu ergoterapeuta, průběh ergoterapie a závěrečné hodnocení ergoterapeutem.

5.3 Popis místa výzkumu

Svůj výzkum jsem prováděl v Dětské léčebně Vesna v Janských Lázních, která se nachází v klidném přírodním prostředí Krkonoš, nedaleko od centra Janských Lázní. Výhodou této léčebny je, že všechny složky léčebné péče jsou klientům poskytovány v jednom objektu. V léčebně je 7 lůžkových oddělení rozdělených podle věku klientů, stravovací prostory, mateřská a základní škola; samozřejmostí je bezbariérové řešení celého objektu. V objektu se nachází několik pracovišť individuální a skupinové fyzioterapie, dvě pracoviště ergoterapie, kde je prováděna především individuální ergoterapie, ale skupinová tu je také, dále se tu nachází termální bazén s posuvným dnem, dvě pracoviště vířivek, nintendo a snoezelen místnost. Na ergoterapii pracuje celkem 6 ergoterapeutek, resp. 3 ergoterapeutky a 3 asistentky. Ergoterapie se nachází ve dvou místnostech, které jsou vybavené potřebnými pomůckami k činnostem i ke konceptu bazální stimulace.

Klienti jsou zde přijímáni na základě Návrhu na lázeňskou péči. Ten klientovi vystaví ošetřující lékař nebo odborný lékař. Vyplněný návrh potvrzuje zdravotní pojišťovna klienta. Pokud pojišťovna návrh schválí, zavazuje se tím uhradit veškeré náklady spojené s ubytováním, stravováním a léčením.



Obr. č. 1. Dětská léčebna Vesna v Janských Lázních

5.4 Průběh zkoumání a ergoterapie v Dětské léčebně Vesna

V této kapitole bude popsán průběh mého zkoumání, kdo tvoří sledovanou skupinu, jak jsem postupoval a také zde bude popsáno, jak probíhá v Janských Lázních ergoterapie.

5.4.1 Průběh zkoumání

Samotný průběh výzkumu jsem začal seznámením se s prostředím léčebny a možnostech léčby. Poté jsem se s vedoucí ergoterapie slečnou Mgr. Bc. Ivou Burlakovou domluvil na výběru vhodných klientů vhodného věku, které budu po dobu výzkumu sledovat a se kterými bude prováděna v rámci léčby ergoterapie. Výzkum byl prováděn hlavně pozorováním a zpracováním kasuistik, kdy jsem v rámci svých možností dojížděl a navštěvoval klienty v Dětské léčebně Vesna v Janských Lázních.

Sledovaný vzorek tvoří pět klientů ve věku od 6 do 18 let, kteří byli do lázní přijati na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Sledované období je od února 2013 do března 2014 (tj. 11 kalendářních měsíců). Po tuto dobu výzkumu jsem spolupracoval se slečnou Burlakovou, která mě vždy informovala o nově přijatém klientovi. Na základě této informace jsem se vždy telefonicky nebo prostřednictvím emailu spojil s rodiči a požádal je, jestli by bylo možné jejich dítě zahrnout do mého výzkumu pro praktickou část práce. Po jejich souhlasu jsem se sešel vždy nejprve s rodiči nebo alespoň s jedním z nich, seznámil jsem je z čeho bude můj výzkum vycházet a jak bych si představoval jeho průběh. Také jsem rodiče požádal o podepsání souhlasu k poskytnutí údajů o jejich dítěti, které budou dále zpracovány a prezentovány.

Samotný výzkum jsem prováděl během své přítomnosti u klientovy rehabilitace a zaznamenával jsem si pokroky, které po dobu rehabilitace klient dokázal. Řadu informací mi poskytli rodiče, kteří se svým dítětem tráví většinu času a vidí tak i drobné pokroky, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu jejich dítěte.

5.4.2 Ergoterapie v Dětské léčebně Vesna

Po přijetí do Dětské léčebny Vesna je v případě individuální ergoterapie provedeno úvodní vyšetření, během něhož se získávají informace od dítěte či rodičů

cílenými dotazy, prováděnými vyšetřeními a formou hry, kdy se například zjišťuje, zda dítě zná barvy, tvary, zvířata, zda je orientováno v čase, prostoru a vlastní osobou, apod.

Na základě vyšetření se stanoví plán, zahrnující celou délku pobytu, ale je i přesto považován za krátkodobý, (jelikož je na několik měsíců či let). Pokud je v plánu například uvedena nutnost rozvoje jemné motoriky, pak se veškeré činnosti, které klient provádí, zaměří na jemnou motoriku. Jednou činností se trénuje více prvků, například cílené pohyby, koordinace, poznávací schopnosti, apod. Během pobytu se zapisují průběžné zápisy o tom, jaká činnost se s klientem dělala a na co byla zaměřená. Na konci pobytu je zhodnocen pokrok, vyšetří se, co bylo potřeba trénovat a provede se celkové písemné shrnutí o tom, jak klient spolupracoval, na co byla rehabilitace zaměřena a co se doporučuje dále, resp. v čem se má pokračovat. Tento plán se odevzdává lékařům.

Ergoterapeutický pracovník pracuje v Dětské léčebně Vesna s každým dítětem omezenou dobu (30 minut) po dobu zhruba 4 týdnů až 2 měsíců, většinou 2x týdně, výjimečně častěji. U každého dítěte se také musejí zohlednit cíle a možnosti, kterých je schopno za pomoci ergoterapie docílit. U někoho jsou výsledky patrné téměř hned, u jiného je to otázka let a mnoha opakovaných pohybů. Je rozdíl, jestli má ergoterapeut klienta na starosti celý rok, případně několik let (školních let) nebo 1x - 2x ročně.

5.5 Kazuistiky

Pro zachování anonymity jsou zkoumaní klienti, využívající ergoterapii při rehabilitaci, uvedeni očíslovanou kazuistikou.

5.5.1 Kazuistika č. 1

V prosinci roku 2013 se stal sedmnáctiletý klient účastníkem dopravní nehody, kdy došlo k silnému čelnímu nárazu automobilu, v němž cestoval jako nepřipoutaný spolujezdec, do stromu. Klient při nárazu vylétl z auta. Poté byl transportován na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) do Českých Budějovic, kde byl následně v kritickém stavu držen cca 10 dní v umělém spánku. Byla u něho diagnostikována fraktura obratle C4, subarachnoideální krvácení (krvácení do mozku) a kontuze mozku, akutní respirační selhání, traumatický pneumothorax a kontuze plic, dále došlo k poranění sleziny a jater, fraktuře kosti křížové a stydké a zlomenině bederního obratle.

U klienta musela být provedena tracheostomie. Šance na přežití byla stanovena cca na 5%.

Po deseti dnech umělého spánku byl klient probuzen a následně došlo k rychlému obratu v léčbě. V den probuzení byl již schopen v odpoledních hodinách s dopomocí druhé osoby sníst přesnídávku, cca za dva dny jedl polévku a následně mohl být po týdnu přeložen nejprve na JIP a poté i na dětské oddělení nemocnice v Českých Budějovicích. Veškeré činnosti byly vykonávány s dopomocí a následně pouze pod dohledem druhé osoby, problémy činila klientovi převážně komunikace, která byla zpočátku pouze nonverbální a postupně docházelo k rozvoji řeči. Během pobytu v nemocnici byla prováděna rehabilitace pod dohledem fyzioterapeuta, s ergoterapií se plně nesešel, i když byly zpočátku prováděny prvky bazální stimulace a později nácvik soběstačnosti ve smyslu oblékání, svlékání, sycení a osobní hygieny.

Dne 20. 1. 2014 byl klient v doprovodu své matky přeložen do Dětské léčebny Vesna v Janských Lázních. Při přijetí byl schopen samostatného přesunu z vozíku na lůžko, posazení na lůžko bylo možné s malou dopomocí, stejně jako postavení se u lůžka. Z dětského oddělení nebylo doporučeno dlouhé sezení s ohledem na poranění páteře. S sebou si přivezl Schanzův límec a bederní pás.

Ergoterapie - stav při přijetí:

Úvodní ergoterapeutické vyšetření proběhlo u klienta dva dny po přijetí. Klient přijel v doprovodu své matky na mechanickém vozíku, který zvládl samostatně ovládat. Následně se samostatně přesunul z vozíku na židli, přičemž samostatně ušel několik kroků ke stolu (pozn.: během dvou dnů pobytu v lázních, resp. v rehabilitačním ústavu, byl klient schopen samostatné chůze po místnosti bez nutnosti jakékoliv kompenzační pomůcky). Během ergoterapie byla vyšetřena motorika horních končetin, kde byla zjištěna snížená svalová síla PHK (pravá horní končetina) oproti LHK (levá horní končetina), dále mírná neobratnost v jemné motorice PHK a problémy se psaním, převážně s čitelností psaného textu – klient preferuje při psaní PHK. Sebeobsluhu zvládl zcela samostatně, a to včetně finálních úprav, jako je rozepínání a zapínání knoflíků, zipu, šněrování, uzlu a kličky. Dohled potřeboval pouze při přesunech z vozíku a při chůzi. Orientován byl v čase, prostoru i vlastní osobou, ačkoliv přiznal, že si na samotnou nehodu nepamatuje, pouze na některé situace před ní (např., že cestoval s kamarádem v autě). Komunikoval dobře a srozumitelně, pouze mírně pomalejším

tempem. Problémy mu činily logické úkoly, ve kterých byl nejistý, dále úkoly vyžadující delší pozornost a krátkodobá paměť. Poznávání barev, tvarů a počítání zcela odpovídalo věku.

Ergoterapie – průběh:

Na základě úvodního vyšetření byl stanoven ergoterapeutický plán a to na celou délku pobytu v zařízení. Ergoterapie probíhala individuálně, od druhé poloviny ledna do začátku března 2014, vždy 30 minut dvakrát týdně. Byla zaměřena na trénink a rozvoj kognitivních a především gnostických funkcí, převážně pomocí různých úkolů a cvičení a zadáváním domácích úkolů. Dále probíhal nácvik psaní, nejprve pomocí grafomotorických cvičení, později doplňováním písemných úkolů, psaním diktovaného a opisováním tištěného textu. Nedílnou součástí byl trénink a rozvoj jemné motoriky a obratnosti prstů pomocí manipulačních činností (např. přebíráním drobných předmětů) a zvyšování svalové síly pomocí terapeutické hmoty - vše se zaměřením převážně na PHK.

Ergoterapie – závěrečné hodnocení:

Po absolvování dvouměsíční terapie došlo u klienta k výraznému zlepšení v oblasti gnostických a kognitivních funkcí. Zlepšila se pozornost při plnění úkolů a tím došlo i k následné eliminaci chyb. Výrazný pokrok lze sledovat v oblasti krátkodobé paměti. Klient s větší jistotou reaguje na logické úkoly a zadání. Komunikace se stala plynulejší a řečové tempo rychlejší. Zlepšila se jemná motorika a mírně i obratnost prstů PHK. Problémy klientovi činí částečně psaní, kdy došlo k uvolnění a plynulosti pohybů ruky, ale čitelnost písma není ještě zcela ideální (s ohledem na písmo před úrazem).

V oblasti lokomoce se klient pohybuje bez nutnosti dohledu zcela samostatně i na delší vzdálenosti. Pro efektivnost terapie bylo klientovi a jeho doprovodu doporučeno pokračovat v uvedených nácvicích i v domácím prostředí s důrazem právě na psaní a kognitivní a gnostické funkce.

5.5.2 Kazuistika č. 2

V srpnu roku 2013 spadl pětiletý klient do jezera, kde se následně začal topit. Tonutí probíhalo cca 10 minut, poté následovala KPR (kardiopulmonální resuscitace)

a letecký transport do Fakultní nemocnice v Plzni. Tam byl do 18.10.2013 hospitalizován v apalickém stavu (stav vědomí, kdy je člověk na první pohled jako probraný z bezvědomí, mrká, vydává zvuky, ale plně nekomunikuje a samostatně se nepohybuje) s diagnostikovanou postischemickou encefalopatií a iatrogenním pneumothoraxem vlevo (v nemocnici provedena pleurální drenáž). Během pobytu absolvoval hyperbarickou oxygenoterapii a operaci žaludku, kdy mu byl zaveden PEG (vývod z žaludku, sonda, kterou je klient krmen). Následně byl propuštěn do domácí péče, kde probíhala intenzivní rehabilitace s fyzioterapeutem – převážně Vojtovou metodou. S ergoterapií se během nemocničního pobytu klient nesetkal.

Dne 7. 11. 2013 byl klient přijat na oddělení rehabilitačních lůžek v Dětské léčebně Vesna v Janských Lázních. Pobyt v tomto zařízení probíhá nepřetržitě (až na cca třítydenní výluku provozu během Vánoc) intenzivně až doposud.

Ergoterapie – stav při přijetí:

K úvodnímu ergoterapeutickému vyšetření byl klient přivezen v ortopedickém kočáru v doprovodu své matky. Nacházel se v apalickém stavu. Klient nemluvil, nelibost dával najevo výrazným pláčem, nefixoval zrakem, krátkodobě reagoval pouze na hlas matky. Obě horní končetiny se nacházely ve flekčně-pronačním držení loketních kloubů, ve zvýšeném svalovém napětí, s palci v dlani a rukou v pěst (které nebylo možno uvolnit)- zároveň ve volární flexi zápěstí.

Dolní končetiny vykazovaly typické flekční držení v kyčelních i kolenních kloubech se začínajícími kontrakturami (zkrácením) svalů. Obě dolní končetiny směřovaly vleže na zádech na levou stranu. Na totožnou stranu směřovalo i držení hlavy.

Klient byl v oblasti ADL zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Nemožné bylo provedení samostatných přesunů. Krmen byl převážně do PEGu, pití začala maminka zkoušet částečně ústy.

Klient výrazně negativně reagoval na nové podněty či osoby.

Ergoterapie – průběh:

Na základě zjištěných údajů byl sestaven individuální ergoterapeutický plán. Jelikož je klient dosud stále v péči pracovníků Dětské léčebny Vesna, budu nadále uvádět veškeré údaje v přítomném čase.

Ergoterapie probíhá u klienta dvakrát týdně, vždy po dobu třiceti minut. Na základě úvodního seznámení se s klientem je její primární zaměření na aplikaci všech složek bazální stimulace a prvků orofaciální stimulace (pro stimulaci žvýkacích svalů a nácviku polykání).

Od maminky byly nejprve zjištěny klientovi zvyky, co rád dělal, s čím si rád hrál, co rád jedl, o co se zajímal, apod. Tyto skutečnosti jsou následně aplikovány v práci s klientem. Na počátku terapie nebylo zcela možné provedení vestibulární bazální stimulace pro neklid klienta. Somatická část mohla být aplikována jen zčásti (klient negativně vnímá dotyky a manipulaci s rukama), velmi dobře reagoval na vibrační stimulaci. Následně začal pozitivněji reagovat na hlas terapeutky. Na orofaciální stimulaci reagoval (a stále reaguje) velmi negativně, zvláště na oblast kolem rtů. Z tohoto důvodu je uvedená stimulace zařazována jen občas.

Ergoterapie – závěrečné hodnocení:

Jelikož je klient stále klientem Dětské léčebny Vesna, není možné zatím provést závěrečné hodnocení. Je ovšem možné konstatovat, že během pobytu začal více fixovat zrakem i sluchem. V současné chvíli si zvládá (i když jen krátkodobě) prohlédnout místnost, ve které se nachází, pozná ji. Velmi pozitivně reaguje na vyprávění, na hudbu a na hlasy. I nadále je prováděna somatická a vibrační bazální stimulace, nově mohla být aplikována i vestibulární stimulace, na kterou začal klient velmi dobře reagovat.

Horní končetiny jsou stále ve zvýšeném svalovém napětí a flekčně-pronačním držení v loketních kloubech, zápěstí je však volnějši, stejně jako ruce, které klient zvládá již lépe uvolnit. Palce se i nadále nachází v dlani. Obě končetiny jsou i nadále intenzivně stimulovány a uvolňovány, ovšem s ohledem na klienta, který i nadále reaguje velmi negativně na jejich dotyk.

Dolní končetiny klient lépe uvolňuje, krátkodobě je zvládá vleže na zádech extendovat (natáhnout). V polosedu s oporou o druhou osobu jsou flektovány v kolenou, ale již ne v tak výrazném zvýšeném svalovém napětí.

V oblasti komunikace je klient trvale nemluvící, nelibost dává stále najevo výrazným pláčem, který se po lednovém návratu (po znovuotevření zařízení po Vánocích) zintenzivnil. Někdy z důvodu bolesti, nepříznivého zdravotního stavu nebo

únavy, jindy ze snahy vyhnout se procedurám (vzteklý pláč). Klient se i nadále nachází v apalickém stavu.

S ohledem na zdravotní stav klienta probíhá nadále intenzivní rehabilitace, která bude potřebná ještě dlouhodobě. A to i následně v domácím prostředí.

5.5.3 Kazuistika č. 3

Klient byl v březnu 2012 ve věku 17 let přijat do Střešovické nemocnice z důvodu krvácení do mozku po havárii na motorce. Byl okamžitě operován, při operaci mu byla odebrána čelní kost a zavedeno ICP čidlo. Po operaci byl hospitalizován na oddělení intenzivní péče ICU A. Klient byl více než týden v umělém spánku, ze kterého ho postupně probouzeli. Byla mu prováděna bazální stimulace, především poslouchání oblíbené hudby a podávání oblíbeného jídla. Tento koncept Střešovická nemocnice v poskytování péče o pacienty velice preferuje. V dubnu 2012 mu byl zaveden PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) a byl převezen do Kladenské nemocnice na neurologické oddělení. Zde se prováděla rehabilitace na lůžku, bazální stimulaci prováděla převážně rodina. Jelikož se u něho nadále nevyskytovaly neurologické komplikace, byl v červnu 2012 přeložen na dětskou JIP a v červenci na klasické dětské oddělení, kde s rodinou pravidelně rehabilitoval. V polovině července si ho rodina vzala domů. V domácím prostředí je realizována rehabilitace na lůžku a canisterapie.

V lednu 2013 byl klient poprvé hospitalizován na lůžkovém oddělení rehabilitace v Janských Lázních, kde byla rovněž poprvé vyzkoušena ergoterapie. Nyní je nadále v domácím prostředí, kde rodina provádí ergoterapii třikrát týdně. Naděje na uzdravení jsou podle lékařů mizivé, ale díky péči rodiny se klientův stav mírně zlepšuje. Dnes zvládá rozepnout a zapnout zip, reagovat očima a objevily se u něho první náznaky úsměvu.

Ergoterapie - stav při přijetí:

Dne 15. 1. 2013 byl klient přivezen na ergoterapii v doprovodu své matky. Přijel na mechanickém vozíku s oporou hlavy, vozík nebyl schopen samostatně ovládat. Během úvodního ergoterapeutického vyšetření bylo zjištěno, že se stále nachází v apalickém stavu, v oblasti ADL je zcela závislý na pomoci druhé osoby a to jak v oblasti přesunů, oblékání a svlékání, tak i sebesycení. Klient byl krměn částečně do

PEGu a zčásti ústy (pití). K činnostem používal pouze PHK, kde byl sledován vyšší svalový tonus (napětí), končetina se nacházela ve volární flexi zápěstí (zápěstí ohnuto směrem k tělu), ruka v pěst (ale dokázal ji krátkodobě uvolnit), sledováno bylo i flekční držení loketního kloubu. Pomocí PHK byl klient schopen ukázat počet prstů na ruce, případně počítat. Dále ukázal souhlas či nesouhlas, kdy souhlas znamenal kombinaci dorsální a volární flexe zápěstí, nesouhlas pohyb zápěstí do stran. Mezi palec a ukazovák byl schopen chytit menší předměty a pomalým pohybem je předat do dlaně druhé osoby – ovšem s porušenou taxí (pohyb vyvolaný a usměrněný vnějším podnětem). Nataženým ukazovákem ukázal na druhého člověka. PHK zvládl pozdravit (drobným zamáváním). Rozepnutí a zapnutí zipu zvládl pomocí ukazováku a palce, tuto činnost velmi preferoval. Veškeré činnosti byly doprovázeny latencí pohybů.

LHK klient do činností nezapojoval, velmi negativně reagoval na manipulaci s ní, stejně jako na dotyk druhé osoby. Ruka byla sevřena v pěst, kterou aktivně nepovolil, pouze s využitím výrazné síly ji bylo možné uvolnit. Končetina se nacházela ve výrazné volární flexi zápěstí, flekčně pronačním držení loketního kloubu a s výrazně zvýšeným svalovým napětím.

Klient komunikoval pouze prostřednictvím mrkání očí, náznakem úsměvu, nelibost dal najevo zvuky a mimikou, částečně probíhala i náznakem gest.

Ergoterapie – průběh:

Na základě zjištěných skutečností byl sestaven individuální ergoterapeutický plán pro celou délku pobytu. Ergoterapie probíhala individuálně třikrát týdně, vždy půl hodiny.

Primárně byla zaměřena na somatickou a vibrační bazální stimulaci, kdy došlo k návaznosti na domácí péči. Dále probíhalo míčkování, uvolňování spasmů horních končetin, hmatová stimulace v čůčce, stimulace úchopů hrubé a částečně jemné motoriky (klepetový úchop) PHK, nácvik cílení pohybů a koordinace oko-ruka. Částečně byly prováděny i prvky orofaciální stimulace (pro zlepšení komunikace a sycení), ovšem pro výraznou negativní reakci klienta byly zařazovány sporadicky. Veškeré činnosti a postupy byly mimo jiné zaměřeny na rozvoj komunikace mezi klientem, terapeutem a rodinou.

Ergoterapie – závěrečné hodnocení:

Klient absolvoval cca šestitýdenní pobyt na rehabilitačním oddělení dětské léčebny. Po absolvování terapie nedošlo u klienta k výrazným změnám stávajícího stavu. Trochu lépe začal zapojovat PHK, mírně povolil spasmus PHK, lehký pokrok byl spatřen v oblasti komunikace, hlavně s rodinnými příslušníky (matkou a sestrou). Veškerý průběh terapie, resp. výsledek, výrazně závisel na klientově momentálním psychickém rozpoložení.

Rodina byla instruována, aby v činnostech, prováděných během pobytu v Janských Lázních pokračovala i nadále v domácím prostředí.

5.5.4 Kazuistika č. 4

Dne 11. 4. 2013 byl šestiletý klient sražen jedoucím autem, ze strany, jako stojící osoba u silnice. Poté byla přivolána RZP (rychlá záchranná pomoc) a následoval transport vrtulníkem do Fakultní nemocnice Motol na ARO, kde byl hospitalizován cca jeden měsíc. Již zde bylo započato s rehabilitací, zatím pouze pod dohledem fyzioterapeuta. Od 6. 5. 2013 byl přeložen na oddělení dětské neurologie, kde docházelo k postupnému zlepšování vědomí a rozvoje řeči. MRI (magnetická rezonance) prokázala subdurální krvácení s difusním axonálním poraněním mozku. Došlo k rozvoji centrální kvadruparézy s levostrannou převahou. V oblasti krční páteře docházelo již k normalizaci nálezu se závěrem, že se jedná spíše o funkční bloky (nedoporučena rehabilitace této oblasti). Po měsíci byl klient přeložen na dětské oddělení.

Během pobytu v nemocnici probíhala intenzivní rehabilitace, např. reflexní lokomoce dle Vojty, cvičení na míči. Aplikována byla také ergoterapie, nejprve v podobě bazální stimulace, později se zaměřením na oblast soběstačnosti, rozvoje úchopů, apod.

Ergoterapie – stav při přijetí:

Klient byl dne 15. 7. 2013 přijat do Dětské léčebny Vesna v Janských Lázních. Na ergoterapii se dostavil v doprovodu maminky. Zcela samostatně zvládl chůzi bez potřeby kompenzačních pomůcek, nutný byl pouze dohled. Z pomůcek používal pouze Adamsův límec chránící krční páteř.

Byla zjištěna preference PHK při úchopech. Vyšetření LHK vykazovalo sníženou svalovou sílu a omezení v jemné motorice oproti PHK, stejně jako poruchu taxy doprovázenou třesem končetiny.

Klientovi činila mírné potíže komunikace a krátkodobá paměť. ADL zvládal s mírnou dopomocí při svlékání a oblékání (potřebný převážně dohled), sebesycení zvládal samostatně. Pracoval a komunikoval pomalejším tempem. Byl orientován v čase, prostoru a vlastní osobou – vše odpovídalo věku.

Ergoterapie – průběh:

Na základě zjištěných skutečností byl klientovi sestaven individuální ergoterapeutický plán, který zahrnoval celou délku jeho pobytu v zařízení. Terapie probíhala dvakrát týdně po dobu třiceti minut, cca jeden měsíc.

Zaměřena byla na trénink a zlepšení soběstačnosti v ADL (krátkodobě), dále na rozvoj a trénink jemné motoriky, nácvik cílení pohybů s eliminací třesu LHK, koordinaci a zvyšování svalové síly. Vše (kromě nácviku ADL) probíhalo formou manipulačních činností s různě velikými předměty, práce s terapeutickou hmotou vedoucí ke zvýšení svalové síly, výtvarnými technikami, navlékáním korálků, apod.

Pozornost byla věnována také tréninku krátkodobé paměti pomocí různých cvičení a zlepšení komunikace.

Ergoterapie – závěrečné hodnocení:

Během měsíční intenzivní terapie začal klient lépe komunikovat, zlepšení nastalo i v oblasti krátkodobé paměti, ačkoliv bylo třeba v tréninku nadále výrazně pokračovat. Více začal používat LHK ve všech činnostech, pokrok byl zaznamenán i ohledně jemné motoriky obou HK. Zlepšení nastalo v činnostech ADL, ačkoliv byl stále ještě potřebný dohled druhé osoby.

Matka i klient byli instruováni o nutnosti intenzivního pokračování v uvedených činnostech.

5.5.5 Kazuistika č. 5

U sedmnáctiletého klienta došlo dne 22. 2. 2013 ke strangulaci a následnému rozvoji hypoxicko-ischemické encefalopatie. Následně byl do 11. 3. hospitalizován na

ARO, kde byl připojen na UPV (umělá plicní ventilace). Poté byl přeložen nejprve do Bohnic, později do Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze s rozvojem nekorigovaných nepotlačitelných pohybů – došlo k rozvoji těžkého dystonicko-dyskinetického syndromu. Klient začal brát antipsychotika pro výrazný neklid, který se postupně začal zlepšovat. Ve fakultní nemocnici probíhala rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta ve formě šetrného protahování a aplikací prvků reflexní lokomoce dle Vojty. Došlo k rozvoji komunikace ve formě jednotlivých slov.

Dne 24. 6. 2013 byl klient přeložen do Dětské léčebny Vesna v Janských Lázních. Pobyt probíhal nejprve jako lázeňský, později byl schválen na rehabilitační lůžko. Při přijetí nebyl klient schopen žádné formy samostatného přesunu z vozíku, ani samostatné manipulace s vozíkem – ve vozíku zaujímal v polosedu polohu s podpěrou hlavy.

Ergoterapie – stav při přijetí:

Úvodní ergoterapeutické vyšetření proběhlo 1. 7. 2013. Klient byl přivezen na mechanickém vozíku v doprovodu matky. Nebyla možná žádná forma samostatného přesunu. V oblasti soběstačnosti (ADL) byl zcela odkázán na pomoc druhé osoby. V průběhu vyšetření byly patrné výrazné dystonicko-dyskinetické projevy horních končetin a mimiky. Klient preferoval LHK, přičemž předměty uchopoval do dlaně s poruchou taxie (cílení). Z úchopů bylo možné vyšetřit pouze hrubou motoriku, kde zvládal kouli a válec. PHK do činností nezapojoval, vnímal u ní výraznou bolestivost i v klidovém stavu, ruku měl v pěst se zvýšenou spasticitou, pěst aktivně nepovolil. Stejně jako u LHK došlo k poruše taxie. Úchopy nebylo možné vyšetřit.

V oblasti kognitivních a gnostických funkcí byly shledány výrazné problémy s logickými úkoly, krátkodobou pamětí a mírně s pozorností. Barvy, tvary i počítání odpovídalo věku. V čase, prostoru a vlastní osobou byl klient orientován.

Ergoterapie – průběh:

Na základě úvodního vyšetření byl stanoven ergoterapeutický plán, který byl v průběhu terapie postupně doplňován a upravován dle vývoje stavu a potřeb klienta. Ergoterapie probíhala individuálně, dvakrát týdně po dobu 30 minut, v období od července do druhé poloviny října 2013.

Nejprve byla zaměřena na prvky bazální stimulace a to na somatickou a vibrační. Dále se aplikovalo míčkování, hmatová stimulace v čůčce, uvolňování PHK, zapojování PHK, činnosti zaměřené na nácvik cílení pohybů (taxe), postupně rozvoj koordinací oko-ruka a později i ruka-ruka a rozvoj úchopů hrubé motoriky obou horních končetin.

Přibližně po měsíci intenzivní rehabilitace došlo u klienta k výraznému pokroku v oblasti motoriky, kdy začal lépe uchopovat předměty LHK, přičemž PHK vykazovala menší bolestivost a klient ji začal více zapojovat do všech činností pomocí klepetového úchopu s extendovaným loketním kloubem a se souhybem lopatky. Nebylo již nutné míčkování a častější hmatová stimulace v čůčce. Zlepšení se projevilo v mimice. Klientovi mohl být vyměněn stávající mechanický vozík s opěrou hlavy za jiný, lépe vyhovující (bez opěry hlavy, umožňující klasický sed). Klient zvládl nový vozík samostatně ovládat pomocí DK. Ergoterapie byla tedy kromě rozvoje koordinací a úchopů horních končetin zaměřena také na nácvik ADL, který představoval svlékání a oblékání trika, kalhot, ponožek, obuvi a postupně i oblast finálních úprav zahrnující rozepínání a zapínání knoflíků, zipu, dále šněrování, uzel a kličku. Následovalo výrazné zaměření se na trénink a rozvoj krátkodobé paměti, poznávacích schopností a logického myšlení.

Po uplynutí dalšího měsíce byl klient již zcela soběstačný v oblasti ADL, drobné potíže činila pouze obuv a ponožky. Přesun z vozíku zvládal bez větších potíží, stejně jako chůzi po místnosti, kde byla zapotřebí už jen drobná dopomoc druhé osoby. Při kontrolním vyšetření vykazovala LHK pouze alteraci jemné motoriky a mírnou poruchu taxe, ale se stávajícími dyskinetickými pohyby. U PHK byly též shledány dyskinetické pohyby s poruchou taxe, klient byl ale schopen úchopu pomocí prstů do dlaně při extendovaném (nataženém) loketním kloubu v supinačním postavení. Výrazné problémy mu činila oblast kognitivních a gnostických funkcí. Ergoterapie byla tedy primárně zaměřena na trénink krátkodobé a dlouhodobé paměti pomocí různých pestrých cvičení a úkolů, zadáváním a plněním časově ohraničených domácích úkolů. Dále probíhal trénink logického myšlení, koncentrace, pozornosti a komunikace.

I nadále byly zařazovány úkoly určené k rozvoji úchopů, zapojování PHK do všech prováděných aktivit, rozvoj koordinací a procvičování cílených pohybů – pomocí manipulačních činností a her. Probíhal i nácvik svlékání a oblékání ponožek a obouvání.

Další kontrolní ergoterapeutické vyšetření prokázalo již pouze mírnou alteraci jemné motoriky u LHK. Cílení se stalo jistější. PHK začal klient výrazně lépe zapojovat, používal ji jako pomocnou končetinu. I nadále přetrvávala porucha taxie (i když mírnější), stejně jako supinační postavení končetiny. V oblasti úchopů byla zřejmá alterace jemné motoriky. Nadále mu činila potíže krátkodobá paměť, mírně i koncentrace. V oblasti lokomoce byl klient schopen zcela samostatné chůze, pouze s dohledem druhé osoby. Ergoterapie probíhala nadále primárně zaměřená na trénink krátkodobé a dlouhodobé paměti, logického myšlení, komunikace, rozvoje úchopů s důrazem na jemnou motoriku (klient vyšil obrázek pro maminku), procvičování cílených pohybů a koordinaci a trénink pozornosti.

Ergoterapie – závěrečné hodnocení:

Po absolvování cca čtyřměsíční intenzivní terapie došlo k výraznému zlepšení motoriky nejen horních končetin. Klient začal zapojovat PHK do všech činností, zapojil ji i do tělesného schématu, v oblasti úchopů zvládl techniku hrubé motoriky, jemná motorika byla stále alterována. LHK začal používat aktivně, výrazně se zlepšilo cílení a jemná motorika vykazovala pouze mírnou alteraci. Klient se stal zcela soběstačným v oblasti všedních denních činností. Problémy mu činila převážně krátkodobá paměť, mírněji logické myšlení, pozornost a koncentrace, ačkoliv je zřejmé, že došlo k jejich výraznému zlepšení v průběhu pobytu.

Na základě zjištěných skutečností bylo klientovi i jeho matce doporučeno pokračovat i nadále v uvedených nácvicích v domácím prostředí.

5.6 Shrnutí výzkumu

Zaměřil jsem se na vliv ergoterapeutického přístupu u pěti popsaných respondentů.

5.6.1 Shrnutí kazuistiky č. 1

Chlapec, 17 let, účastník dopravní nehody, kdy došlo k silnému čelnímu nárazu automobilu do stromu a klient jako nepřipoutaný spolujezdec vylétl z auta ven. U klienta byla diagnostikována fraktura obratle C4, krvácení do mozku a kontuze mozku, akutní respirační selhání, traumatický pneumothorax a kontuze plic, dále došlo

k poranění sleziny a jater, fraktury kosti křížové a stydké a zlomenině bederního obratle. U klienta musela být provedena tracheostomie. Šance na přežití byla stanovena cca na 5%. Po příchodu do léčebny byla u klienta zjištěna snížená svalová síla PHK (pravá horní končetina), mírná neobratnost v jemné motorice PHK a klientovi dále činilo problémy psaní a krátkodobá paměť.

Po dobu rehabilitace a mého zkoumání probíhal u klienta především nácvik psaní, ze začátku pomocí grafomotorických cvičení, doplňování písemných úkolů, psaní diktovaného textu a opisování tištěného textu. Součástí rehabilitace byl i rozvoj jemné motoriky pomocí manipulačních činností (např. přebírání drobných předmětů) a zvyšování svalové síly pomocí ergoterapeutické hmoty a drobných cvičení. Krátkodobá paměť se cvičila zadáváním domácích úkolů a různých cvičení.

Jako další podpůrnou léčbu bych klientovi doporučil lehká cvičení se zátěží na zvyšování svalové síly u PHK, práci na počítači nebo na tabletu pro rozvoj jemné motoriky, poslech oblíbené hudby a přepis textu písně jako nácvik psaní a k rozvoji krátkodobé paměti různé stolní hry (pexeso, karty, dáma).

Po dvouměsíční terapii došlo u klienta k výraznému zlepšení. Zlepšila se především krátkodobá paměť a pozornost, čímž došlo k menšímu počtu chyb při plnění zadaných úkolů. Došlo ke zlepšení jemné motoriky a obratnosti prstů PHK, zlepšila se i komunikace. Klient má stále problémy se psáním. Došlo sice k uvolnění pohybů ruky, ale čitelnost psaného textu není ještě ideální s ohledem na písmo před úrazem.

5.6.2 Shrnutí kazuistiky č. 2

Chlapec, 6 let, pád do jezera, kde následovalo tonutí zhruba 10 minut. U tohoto případu byla diagnostikována postischemická encefalopatie a iatrogenní pneumothoraxe. Po příchodu do dětské léčebny se klient nacházel v ortopedickém kočáru, nemluvil, krátkodobě reagoval pouze na hlas matky, nelibost dával najevo pláčem, zrakem nic nefixoval. Obě HK (horní končetina) byly sevřeny v pěst s palci dovnitř. Dolní končetiny směřovaly v leže na zádech na levou stranu, na stejnou stranu bylo i držení hlavy. Klient byl zcela odkázán na pomoc druhé osoby.

Po celou dobu pobytu v léčebně byla terapie zaměřena hlavně na aplikaci všech složek bazální stimulace a orofaciální stimulace (pro stimulaci žvýkacích svalů a nácviku polykání). Ze začátku terapie klient velmi dobře reagoval na vibrační

stimulaci a později začal i pozitivně reagovat na hlas ergoterapeutky. Velmi negativně reagoval na orofaciální stimulaci, proto byla tato stimulace zařazována jen občas.

Pro podpůrnou formu terapie by bylo vhodné zařadit dotyk předmětů z různě tvrdého i měkkého materiálu. Používat materiály s různou strukturou povrchu (hladké, drsné) a zjišťovat, co klientovi dělá dobře a co mu naopak vadí. Vhodný by byl i poslech oblíbené hudby nebo pohádky. Zároveň by bylo vhodné trénovat úchop s dopomocí.

Klient začal po dobu rehabilitace více fixovat zrakem, dokáže si prohlédnout místnost, ve které se nachází a začal velmi pozitivně reagovat na hlasy, na vyprávění nebo četbu z knih. U horních končetin nedošlo k žádnému výraznému zlepšení, oproti dolním končetinám, které dokáže krátkodobě v leže natáhnout. Nadále probíhá intenzivní rehabilitace, která bude potřebná dlouhodobě i v domácím prostředí.

5.6.3 Shrnutí kazuistiky č. 3

Chlapec, 17 let, po havárii na motorce narazil do stromu a utrpěl úraz hlavy. Při nástupu do léčebny bylo u klienta zjištěno, že je stále v apalickém stavu, v oblasti každodenních aktivit, je zcela závislý na pomoci druhých osob, používal pouze PHK a na jakoukoliv manipulaci s LHK reagoval negativně. Komunikoval pouze mrkáním očí a náznakem úsměvu. Pomocí ukazováku a palce dokázal rozepínat a zapínat zip.

Terapie byla po dobu rehabilitace zaměřena na somatickou a vibrační bazální stimulaci. S klientem bylo prováděno míčkování a uvolňovací cviky na obě horní končetiny. Byl trénován i úchop a jemná motorika. Prvky terapie byly mimo jiné zaměřeny na rozvoj komunikace mezi klientem, terapeutem a rodinou.

Jako vhodnou podpůrnou terapii bych zařadil puzzle a dámu s plochými kameny pro rozvoj jemné motoriky. Dále například pexeso, pro rozvoj krátkodobé paměti. Postupem času zkoušet úchop drobnějších předmětů, zkoušet zapínat větší knoflík, činnost palce a ukazováku cvičit na zapínání a rozepínání suchého zipu. Aby klient zůstal v kontaktu s okolím a přáteli, mohl by používat tablet nebo počítač, kde by se rozvíjela komunikace v psané podobě s okolím a zároveň i jemná motorika.

Po šestitýdenním pobytu na rehabilitačním oddělení nedošlo u tohoto klienta k výrazným změnám v jeho stavu. Začal o něco lépe komunikovat s matkou a se sestrou, více zapojoval PHK a došlo k povolení spasmu.

5.6.4 Shrnutí kazuistiky č. 4

Chlapec, 6 let, byl sražen jedoucím autem, když stál u silnice. Došlo k poranění hlavy s krvácením do mozku a rozvoji centrální kvadruparézy s levostranou převahou. Po příchodu na rehabilitační oddělení se k ergoterapii dostavil klient sám pouze s Adamsovým límcem, který chrání krční páteř. Potíže činila klientovi hlavně komunikace a krátkodobá paměť. Preferoval PHK při úchopech a vyšetření ukázalo sníženou svalovou sílu v LHK a omezení jemné motoriky.

Terapie byla po dobu léčby zaměřena především na nácvik cílení pohybů s eliminací třesu LHK, zvyšování svalové síly pomocí manipulace s různými předměty a terapeutickou hmotou. Probíhal také trénink krátkodobé paměti pomocí různých cvičení a úkolů.

U tohoto klienta by bylo vhodné zařadit podpůrnou terapii ve formě činností, při kterých by byl klient nucen zapojovat obě horní končetiny (trhání papíru, práce s hrnčířskou hlínou, práce se dřevem, navlékat nit skrz jehlu atd.). Pro trénink krátkodobé paměti bych zařadil pexeso nebo různé paměťové hry třeba na tabletu.

I přes dohled druhé osoby nastal pokrok v denních činnostech. Došlo k výraznému zlepšení komunikace, jemné motoriky obou horních končetin, zlepšení se projevilo i v krátkodobé paměti, ale bude ještě potřeba trénovat paměť.

5.6.5 Shrnutí kazuistiky č. 5

Chlapec, 17 let, došlo u něho ke strangulaci a následnému rozvoji hypoxicko-ischemické encefalopatie, poté došlo k rozvoji těžkého dystonicko-dyskinetického syndromu. Po přijetí na rehabilitační oddělení v Janských Lázních bylo zjištěno, že klient není schopný jakéhokoliv samostatného přesunu a v oblasti činností denního života je zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Klient používal pouze LHK u PHK vnímal bolestivost a do činností ji vůbec nezapojoval. Problémy byly převážně v krátkodobé paměti a mírně i v pozornosti.

Ze začátku byla prováděna somatická a vibrační bazální stimulace, míčkování a uvolňování PHK. Klient začal postupně zapojovat i LHK. Ergoterapie byla mimo jiné zaměřena i na nácvik denních činností (oblékání, svlékání, zapínání a rozepínání zipu, šňěrování tkaniček atd.). Trénink probíhal i v oblasti krátkodobé paměti a logického myšlení.

Pro rozvoj jemné motoriky obou HK by bylo vhodné zařadit stolní hry (dáma, šachy, hry na tabletu nebo počítači), možné by bylo zařadit i práci s jehlou (vyšívání, zašívání ponožek nebo přišítky knoflíku). Vhodná by byla jakákoliv činnost, při které by klient pozitivně překvapil hlavně sám sebe. Pro rozvoj krátkodobé paměti je vhodné např. pexeso. Dále se zaměřovat na nácvik denních činností.

Po čtyřech měsících ergoterapie byl klient zcela soběstačný v činnostech denního života. Dokázal se zcela sám pohybovat po místnosti pod dohledem druhé osoby. Více zapojoval LHK a do všech činností zapojil i PHK. Došlo ke zlepšení motoriky nejen horních končetin.

Včas zahájená ergoterapie a následná poúrazová léčba, jak jsem měl možnost během výzkumu sledovat, mají pozitivní vliv na celkový zdravotní i psychický stav klienta. Během svého výzkumu jsem se přesvědčil, že ergoterapie má vliv na zlepšení stavu po úrazu a tím pádem snadnější návrat do normálního života. U třech sledovaných případů byl zjištěn viditelný pokrok, co se týče zvládnutí činností denního života, komunikace, poznávacích funkcí a jemné motoriky. U zbylých dvou sledovaných případů nedošlo k tak viditelnému zlepšení a bude zapotřebí s ergoterapií počítat i nadále, jako s jednou z forem rehabilitačního procesu.

5.7 Zhodnocení cíle výzkumu

Předpokladem bylo, že bude-li včas zahájena a cíleně zaměřena ergoterapie, bude mít pozitivní vliv na zlepšení poúrazového stavu. Hypotéza výzkumu se potvrdila u 3 z 5 případů.

U kazuistiky č. 1 se stav klienta po autonehodě zlepšil v oblasti krátkodobé paměti, pozornosti a komunikace. Zlepšení nastalo v jemné motorice a obratnosti prstů PHK.

V případě kazuistiky č. 2, kdy se jedná o klienta po tonutí, nenastalo žádné výrazné zlepšení. Mírné zlepšení se pouze projevilo v oblasti pozitivní reakce na hlasy a dolních končetin.

U kazuistiky č. 3, klient po nehodě na motocyklu, stejně jako u předešlého případu, nedošlo k výraznějším změnám. Klient začal pouze lépe komunikovat a zapojoval PHK do prováděných činností.

V případech klientů uvedených v kazuistikách č. 4 (klient sražen autem) a 5 (klient po strangulaci) došlo ke změnám v oblasti činností ADL, zlepšení jemné motoriky obou HK, zlepšení pohybu a krátkodobé paměti.

Závěr

Předkládaná bakalářská práce se zabývá ergoterapií jako jednou z léčebných metod a na případových studiích poukazuje, jak je možné za pomoci této léčebné metody zlepšit poúrazový stav klienta a u některých klientů tak usnadnit návrat do normálního života.

V teoretické části práce se zabývám vymezením pojmu ergoterapie, naznačením počátků vývoje této terapie a dále na formy a možnosti využití ergoterapie. Zmiňuji zde i metody a techniky používané v ergoterapii. Dále je zde kapitola zaměřená na ergoterapii u dětí, vymezení specifík dětského věku a spolupráci rodiny během léčby. Vzhledem k vybranému tématu jsou zde popsány i úrazy.

Na základě teoretických poznatků je v praktické části proveden výzkum, ve kterém je popsáno 5 případových studií klientů rehabilitačního zařízení ve věku od 6 do 18 let, kteří využívají ergoterapii ke zlepšení svého poúrazového stavu. Během svého výzkumu jsem se mohl přesvědčit, jak někteří ze sledovaných případů svůj stav zlepšili a tím usnadnili svůj návrat k běžnému životu.

Domnívám se, že je potřeba zavést ergoterapii jako léčebnou metodu do všech zdravotních a sociálních zařízení, protože se jedná o podstatnou část rehabilitace. Během výzkumu k této práci jsem se setkal s lidmi, kteří původně vůbec nevěděli, že něco takového jako ergoterapie vůbec existuje. Řada rodičů mi sdělila, že jim ošetřující lékař jejich dětí možnost ergoterapie jako léčebné metody vůbec nenabídl a museli se informovat sami nebo se s ní poprvé setkali až v lázních. Zlepšení informovanosti o této formě léčby a její včasné zahájení by jistě pomohlo nejen lidem po úrazu, ale i lidem trpícím některými druhy závažného onemocnění, kteří se snaží vrátit zpět ke svému předešlému životu.

Popisu vlivu ergoterapie na zlepšení zdravotního stavu předcházelo pozorování společně s rozhovory a k přesnějšímu zjištění byly použity i kazuistiky pěti sledovaných klientů do 18 let věku, kteří pro zlepšení svého zdravotního stavu využívají jako jednu z forem léčby právě ergoterapii.

Cílem bakalářské práce bylo představení oboru ergoterapie jako jedné z forem poúrazové léčby, naznačení počátků vývoje ergoterapie u nás i ve světě, popsat formy

a možnosti využití této terapie, vymezit specifika dětského věku a druhy úrazů, popsat metody a techniky v ergoterapii a na případových studiích ukázat, jaký vliv má ergoterapie v důsledku poúrazové léčby na zdravotní stav klienta. Podle mého názoru bylo tohoto cíle dosaženo.

Obor ergoterapie je proto jednou z důležitých součástí rehabilitace, protože pomáhá pacientům řešit praktické otázky, které souvisí se snížením či ztrátou soběstačnosti v takových činnostech, které jsou pro život člověka nepostradatelné, a tím podporuje aktivní začlenění do společnosti a přispívá tím k zachování optimální kvality života.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

1. COUFALOVÁ, Lenka a Lenka FRIŠOVÁ, et. al. *Úrazy dětí*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-72-5.
2. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-737.
3. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 8085931796.
4. CHRISTIANSEN, H., Charles a Elizabeth A.TOWNSEND. *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. New Jersey: Pearson Education Prentice Hall, 2003. ISBN 9780130133038.
5. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
6. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, 2005. ISBN 80-7040-826-X
7. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
8. JESENSKÝ, Ján, Kamil JANÍŠ a kol. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-704-1126-0.
9. KLIVAR, Miroslav a Alena KŘÍŽOVÁ. *Ergoterapie mladistvých*. 1. vyd., Praha: Balt-East, 2003. ISBN 80-863-8317-2.
10. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
11. KLUSOŇOVÁ, Eva a Jiřina ŠPIČKOVÁ. *Ergoterapie I: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd., V Avicenu 1. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0030-X.

12. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
13. KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-706-7698-1.
14. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
15. MAROTZKI, Ulrike a Hg. DENNHARDT. *Psychiatrische Ergotherapie heute*. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl, 2006. ISBN 978-388-4144-121.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
17. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-201-0004-0.
18. RENOTIÉROVÁ, Marie a Harold J GILBERT. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
19. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8308-0.
20. VALENTA, Jiří. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 97880246064461.
21. VENCOVSKÝ, Evžen. *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX. století*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
22. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002, XIV. ISBN 80-859-1277-5.
23. VOKURKA, Martin a Jiřina ŠPIČKOVÁ. *Praktický slovník medicíny: učebnice pro zdravotnické školy*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995, 409 s. ISBN 80-858-0027-6.

24. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Elektronické zdroje

1. BENEŠOVÁ, Veronika. *Úrazy u dětí a jejich prevence*. [online]. 2013, 2013-11-20 [cit. 2013-08-31]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/urazy-u-deti-a-jejich-prevence.shtml>
2. ŠEBKOVÁ, Sylva. *Úrazy dětí* (1. díl) [online]. 2001 [cit. 2008-12-16]. Dostupný z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=5922&s_rub=340&s_sv=1&s_ts=39798,1499652778>.