

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V
PLZNI**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Ludmila Součková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

ERGOTERAPIE V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji všem poskytovatelům sociálních služeb, kteří se podíleli svou odpovědí na dotazníkovém šetření. Děkuji diagnostickému ústavu sociální péče a jejím pracovníkům za možnost souvislé praxe a pomoci při tvorbě kazuistik.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Ludmila Součková

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Ergoterapie v zařízeních sociálních služeb

Vedoucí práce : Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran: 104 (číslované 75, nečíslované 29)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: ergoterapie, klient, aktivizace, zařízení sociálních služeb

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na ergoterapii v systému sociálních služeb. Je rozčleněna na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou popsány čtyři kapitoly. První kapitola se nazývá Ergoterapie a poukazuje na nejzákladnější prvky z této profese v kontextu sociálních služeb. Druhá kapitola s názvem Systém sociálních služeb pojednává ve zkratce o zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tyto základní informace mají sloužit ergoterapeutům, kteří pracují v sociální oblasti. Třetí kapitolou je Aktivizace. Tato část pojednává o aktivitách, které využívá ergoterapeut ve své praxi v zařízeních sociálních služeb. Poslední kapitola s názvem Diagnózy se zabývá popisem diagnóz, jež jsou popsány v praktické části.

V praktické části je graficky vyhodnocen kvantitativní dotazník, jenž byl rozeslán do zařízení sociálních služeb po celé České republice. Druhá polovina praktické části ukazuje kazuistické šetření u třech klientů žijících v ústavní péči.

ANNOTATION

Surname and name: Ludmila Součková

Department: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Occupational therapy in social services

Consultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: 104 (numbered 75, unnumbered 29)

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 38

Key words: occupational therapy, client, activation, social service

Summary:

The thesis is focused on occupational therapy in social services system. It is divided into two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part there are four chapters. The first chapter is called Occupational therapy and refers to the most basis elements of the profession in the context of social services. The second chapter is the System of Social Services and deals briefly with the Act No. 108/2006 Coll. on social services. This basis information is supposed to serve occupational therapists who work in the social service field. The third chapter is the Activation. This section is about activities that occupational therapist uses in his practice in social services. The last chapter is called Diagnoses. It deals with specific diagnoses, which are described in the practical part.

In the practical part there is a graphically evaluated quantitative questionnaire that was sent to social services throughout the Czech Republic. The second half of the practical part shows the casuistic treatment of three clients living in institutional care.

OBSAH

ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 ERGOTERAPIE	16
1.1 Definice ergoterapie	16
1.2 Oblasti praxe ergoterapeuta	18
1.3 Skupiny klientů v zařízeních sociálních služeb	18
1.3.1 Klienti s poruchami sluchu	18
1.3.2 Klienti tělesně postižení	19
1.3.3 Klienti s poruchami zraku	19
1.3.4 Klienti s onemocněním vnitřních systémů	20
1.3.5 Klienti psychicky nemocní	20
1.3.6 Klienti mentálně postižení	20
1.3.7 Klienti s narušenou komunikační schopností	21
1.3.8 Geriatrickí klienti	21
1.4 Komplexní (ucelená, komprehenzivní) rehabilitace	21
1.5 Dělení ergoterapeutického programu podle typu činnosti	23
1.5.1 Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností	23
1.5.2 Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)	23
1.5.3 Ergoterapie nespecifická (zaměstnávání, kondiční, psychologická)	24
1.5.4 Ergoterapie specifická (cílená, funkční, orgánová)	24
1.5.5 Ergoterapie zaměřená na poradenství	24
2 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	25
2.1 Sociální služby	25
2.2 Formy poskytování sociálních služeb	26
2.3 Základní a fakultativní činnosti při poskytování sociálních služeb	26
2.4 Příspěvek na péči	27
2.5 Druhy poskytovaných služeb	28
2.5.1 Sociální poradenství	28
2.5.2 Služby sociální péče	29
2.5.3 Služby sociální prevence	32

3	AKTIVIZACE	34
3.1	Aktivizační techniky v zařízeních sociálních služeb	35
3.1.1	Pohybové aktivity	35
3.1.2	Trénink kognitivních funkcí	36
3.1.3	Kulturní programy	36
3.1.4	Kreativní techniky	36
3.1.5	Aktivity zaměřené na běžné denní činnosti	37
3.1.6	Expresivní techniky	37
3.1.7	Hra	39
3.1.8	Reminiscence	39
4	DIAGNÓZY	40
4.1	Mentální retardace	40
4.1.1	Lehká mentální retardace (IQ 50-69)	40
4.1.2	Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)	41
4.1.3	Těžká mentální retardace (IQ 20-34)	41
4.1.4	Hluboká mentální retardace (IQ 0-19)	41
4.2	Downův syndrom	41
4.3	Dětská mozková obrna	42
4.4	Svalové dystrofie	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	43
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	43
6	HYPOTÉZY	44
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ	45
8	METODY VÝZKUMU	46
8.1	Sledovaný soubor A	46
8.2	Sledovaný soubor B	46
9	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	47
10	KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ	66
10.1	Kazuistika 1	66
10.2	Kazuistika 2	71
10.3	Kazuistika 3	78

9 DISKUZE	84
9.1 Diskuze k hypotéze číslo 1	85
9.2 Diskuze k hypotéze číslo 2	85
8.3 Diskuze k hypotéze číslo 3	86
9.4 Diskuze k hypotéze číslo 4	86
9.5 Diskuze k hypotéze číslo 5	87
ZÁVĚR	89
LITERATURA A PRAMENY	90
SEZNAM PŘÍLOH	93
PŘÍLOHY	94

SEZNAM ZKRATEK

1. ADL – běžné denní činnosti
2. aj. – a jiné
3. atd. – a tak dále
4. cca – zhruba, asi
5. č. – číslo
6. DÚSP – Diagnostický ústav sociální péče
7. DK – dolní končetina
8. DKK – dolní končetiny
9. Sb. – sbírka
10. HK – horní končetina
11. HKK – horní končetiny
12. např. - například
13. IQ – inteligenční kvocient
14. ČR – Česká republika
15. EU – Evropská unie
16. MR – mentální retardace
17. ZŽP – základní životní potřeba
18. popř. – popřípadě
19. s. – strana
20. IADL – instrumentální všední denní činnosti
21. PADL – personální všední denní činnosti
22. tzv. – tak zvané
23. tzn. – to znamená

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výše příspěvku.....	28
Tabulka 2 Druh zařízení.....	47
Tabulka 3 Kraj.....	49
Tabulka 4 Klienti.....	51
Tabulka 5 Ergoterapie.....	53
Tabulka 6 Porovnání počtu zařízení sociálních služeb ku počtu zařízení s ergoterapií.....	54
Tabulka 7 Výskyt ergoterapie v jednotlivých druzích zařízení sociálních služeb	55
Tabulka 8 Frekvence.....	56
Tabulka 9 Forma terapie	57
Tabulka 10 Místnost	58
Tabulka 11 Pracovníci, kteří provádějí ergoterapii	59
Tabulka 12 Porovnání počtu zařízení sociálních služeb ku počtu zařízení s ergoterapií.....	61
Tabulka 13 Složky ergoterapie.....	62
Tabulka 14 Aktivizační programy	63
Tabulka 15 Podpůrné terapie.....	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Druh zařízení	47
Graf 2 Kraj.....	49
Graf 3 Klienti.....	51
Graf 4 Ergoterapie	53
Graf 5 Výskyt ergoterapie v jednotlivých druzích zařízení sociálních služeb	55
Graf 6 Frekvence	56
Graf 7 Forma terapie.....	57
Graf 8 Místnost.....	58
Graf 9 Pracovníci, kteří provádějí ergoterapii.....	59
Graf 10 Složky ergoterapie	62
Graf 11 Aktivizační programy.....	63
Graf 12 Podpůrné terapie	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Počet zařízení v jednotlivých krajích, kde je prováděna ergoterapie.....	54
Obrázek 2 Počet kvalifikovaných ergoterapeutů v jednotlivých krajích v zařízeních sociálních služeb.....	60
Obrázek 3 Malování talíře z novin	102
Obrázek 4 Kognitivní trénink.....	102
Obrázek 5 Kresba voskovkami.....	102
Obrázek 6 Tkaní dečky	103
Obrázek 7 Lepení talíře z novin	103
Obrázek 8 Vyšívání tkaničkou	103
Obrázek 9 Práce s terapeutickou hmotou.....	104
Obrázek 10 Práce s úchopovým panelem	104
Obrázek 11 Práce se stavebnicí	104

ÚVOD

V České republice i zahraničí přibývá počet seniorů, čímž populace celkově stárne. Zvyšuje se také počet zdravotně postižených. Obě tyto velké skupiny jsou závislé, díky svému handicapu, na pomoci druhých lidí.

Prostředkem, jak těmto osobám poskytnout podporu a pomoc, je sociální a zdravotní systém. Základem k tomu, aby byla postiženému jedinci poskytnuta maximální možná péče, je nutný dobře fungující multidisciplinární tým, který je složen z odborníků.

Ergoterapie má u klientů, kteří jsou znevýhodněni ve výkonu všedních denních aktivit, velký význam. Pomáhá prostřednictvím speciálních metod a technik odstranit nebo zmírnit deficit v motorické, kognitivní, psychické i senzorické oblasti.

Sociální systém nabízí těmto klientům prostřednictvím sociální péče a sociálního zabezpečení pomoc při řešení jejich nepříznivé sociální situace. Kompletní systém zahrnuje sociální dávky (např. příspěvek na péči), sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Ergoterapie a sociální práce se od sebe liší. V praxi je však nutné, aby se doplňovaly. Sociální pracovník například zajistí klientovi ubytování v domově pro seniory, příspěvek na péči a zjistí, v kterých aktivitách je omezen a potřebuje pomoc nebo dohled při jejich provádění. Pečovatel tomuto klientovi zajistí nutné úkony související s přímou obslužnou péčí (hygienu, příjem potravy). Ergoterapeut ovlivňuje zajištění co největší míry soběstačnosti. K tomu využívá individuální i skupinovou práci s klienty. Nacvičuje bazální činnosti denního života, procvičuje kognitivní funkce a pohybový systém, při rukodělných činnostech zlepšuje jemnou motoriku apod.

Ergoterapie je velmi potřebným odvětvím léčebné rehabilitace. V České republice není však ani v dnešní době příliš rozšířená a podporovaná.

Tato práce podává základní informace o ergoterapii, systému sociálních služeb a aktivizaci. Může sloužit odborníkům ze zdravotní i sociální sféry k pochopení problematiky „Ergoterapie v zařízeních sociálních služeb“.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ERGOTERAPIE

Cílem této kapitoly je zmapování různých ergoterapeutických metod a technik, které se mohou využít v zařízeních sociálních služeb. Zkoumána je také nejasnost termínu ergoterapie v ČR.

1.1 Definice ergoterapie

Pojem ergoterapie je i v současné době mnoha lidem cizí. Široká laická, ale i odborná veřejnost často neví, co si pod tímto termínem představí. Obvykle vyvstává otázka: „Co je to ergoterapie?“. Tento obor má velice širokou působnost, čímž je znemožněn kompletní popis činnosti v několika slovech. Toto má za následek zjednodušení výkladu, který vede k nedostatečné informovanosti. Všeobecné povědomí o potřebnosti ergoterapie je tedy stále nedostatečné, nevyhledávané a následně dostatečně nevyužívané v léčbě různých chorob a postižení (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 12).

Existuje několik definic, které se pokouší cíle a působnost ergoterapie objasnit. Některé jsou ale velmi krátké na to, aby vystihly veškerou ergoterapeutickou činnost, další jsou naopak příliš dlouhé a složité a proto pro veřejnost prakticky nepoužitelné. Pro přehled jsou níže uvedeny některé z nich.

Ottova všeobecná encyklopedie definuje ergoterapii jako součást léčebné rehabilitace a psychoterapie. Výběr vhodné pracovní, zájmové, popř. sebeobslužné činnosti přispívá k léčbě zdravotně postižených osob (Svazek 1, 2003, s. 330).

„Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, event. činnosti při léčbě jedinců každého věku, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi“ (Kolář, 2009, s. 297).

„Ergoterapie je rehabilitační obor, jehož cílem je pomoci dospělým lidem nebo dětem s libovolným postižením překonat problémy s ním spojené“ (Pešková, 21. 9. 2009, www.topzine.cz).

„Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeutka. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu pacienta nebo rehabilitanta“ (Pfeiffer, 1990, s. 9).

Rada ergoterapeutů evropských zemí (Council of occupational therapists for the european countries) popisuje ergoterapii jako zdravotní a sociální péči profesionálů, kteří pracují s osobami s omezenými možnostmi v důsledku zdravotního postižení, stárnutí nebo mentálních problémů s cílem nalézt alternativní způsoby, jak provádět činnosti, které by chtěli dělat a které jsou pro ně důležité. Účast v povoláních, která jsou pro ně důležitá, podporuje identitu jednotlivce, jeho zdraví a duševní pohodu. Proto, primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života, aktivit, které sahají od zvládnání každodenních záležitostí až po povinnosti související s návratem do zaměstnání (COTEC, www.cotec-europe.org).

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti“ (Jelínková, Krivošíková, 2007, str. 3).

„Ergoterapie je mezinárodně rozšířená a uznávaná zdravotnická profese s vlastním vzdělávacím programem, obvykle vysokoškolským. Využívá smysluplné činnosti jako prostředek nebo cíl terapie“ (Votava, 2009, str. 19).

„Ergoterapie se zabývá u osob se zdravotním postižením obnovou a udržením schopností vykonávat běžné a přirozené lidské činnosti. Cílem je důstojný život a pocit tělesné, duševní a sociální pohody“ (Klusoňová, 2011, s. 13).

1.2 Oblasti praxe ergoterapeuta

Ergoterapie by měla probíhat v takovém prostředí, v němž jsou nejlépe naplněny aktuální potřeby klientů. Ergoterapeuti pracují v různých oblastech praxe, např. ve zdravotnických zařízeních, domácím prostředí či speciálních školách. Ergoterapie je vyhledávaná také v sociálních službách – denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro děti, dospělé a seniory, denní a terapeutické dílny pro osoby s duševním onemocněním, domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistence, chráněné bydlení, raná péče, programy předpracovní a pracovní rehabilitace a programy chráněného zaměstnání (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 74-75). Bližší popis jednotlivých sociálních služeb viz kapitola 2 Systém sociálních služeb.

1.3 Skupiny klientů v zařízeních sociálních služeb

Ergoterapeuti v zařízeních sociálních služeb mohou pracovat s pacienty každého věku s různým druhem zdravotního postižení a s klienty, jež jsou znevýhodněni ve výkonu všedních denních aktivit. Snahou terapeutů je pomoci pacientům a klientům udržet si, zvýšit či navrátit soběstačnost v aktivitách, které jsou pro ně důležité. Je nutné znát a respektovat zdravotní obtíže i sociální podmínky a faktory prostředí, z kterého pacient a klient přicházejí (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 11-12).

1.3.1 Klienti s poruchami sluchu

Sluchově postižení přicházejí o přísun 60 % informací z okolí. Tento handicap vytváří komunikační bariéru, deficit v orientačních schopnostech, psychickou zátěž, omezení sítě sociálních vztahů a negativní vliv na vývoj myšlení. Handicapovaní ztrácejí rovněž bezpečnostní funkci sluchu, neslyší např. houkající sirénu signalizující požár (Slowík, 2007, s. 71).

Ergoterapeut se musí umět s neslyšícími domluvit, k tomu využívá blok a tužku, gestikulaci, daktylní abecedu či znakovou řeč. Doporučuje vhodné kompenzační pomůcky. Volí aktivity na podporu zraku a hmatu (Klusoňová, 2011, s. 33).

1.3.2 Klienti tělesně postižení

Tělesná postižení omezují možnost pohybu a to hlavně v bariérovém prostředí. U osob je narušení nezávislosti, možnosti společenských kontaktů a pracovní schopnosti (Klusoňová, 2011, s. 32). K nejčastějším diagnózám patří cévní mozková příhoda, poranění mozku, roztroušená skleróza, amputace končetin, artritidy, artrózy, dětská mozková obrna, muskulární dystrofie, rozštěp míchy a neuropatie. Tělesným postižením se zabývá obor speciální pedagogiky somatopedie, dále pak neurologie, ortopedie, traumatologie a revmatologie.

Ergoterapeut řeší problémy se soběstačností. Má za úkol zajistit pomoc s řešením bezbariérovosti prostředí, v němž se postižený pohybuje. Usiluje o návrat či náhradu ztracených funkcí, k tomu využívá kompenzační mechanismy a trikové pohyby. Zaučuje pečující v dovednostech bezpečné, přiměřené a produktivní asistence (Klusoňová, 2011, s. 32).

1.3.3 Klienti s poruchami zraku

Za osobu se zrakovým postižením se považuje osoba, které běžná optická korekce (brýle, kontaktní čočky) nepostačuje a zraková vada člověku způsobuje komplikace při ADL. Zrakové vady se dělí podle stupně zrakového postižení: 1. slabozrakost (nerozeznává podrobnosti, nevidí vzdálené předměty, nevidí dobře barvy), 2. zbytky zraku (vnímají světlo, otáčejí se za ním, mohou sledovat některé dobře osvětlené předměty), 3. nevidomost-slepota (oko vůbec nevnímá světlo). Pomocí zraku se získává až 90 % všech informací (Slowík, 2007, s. 59-61). Handicapovaní mají problémy s bezpečným pohybem a orientací. Osoby s vrozeným postižením se lépe adaptují na poruchu než osoby, které vadu získají. Na výchově a vzdělávání postižených jedinců se podílí obor tyflopédie neboli oftalmopedie.

Ergoterapeut se podílí na nácviku soběstačnosti, odstraňuje bariéry prostředí, zajišťuje asistenci, volí vhodné kompenzační pomůcky a aktivity na podporu ostatních smyslů, jako např. trénink hmatového vnímání (Klusoňová, 2011, s. 33).

1.3.4 Klienti s onemocněním vnitřních systémů

Nemoci ovlivňují fyzický výkon a kondici jedince. Osoba trpí subjektivními problémy a snížením fyzických výkonů, včetně soběstačnosti a pracovní schopnosti. Mezi tyto choroby patří např. civilizační nemoci, astma, selhávání ledvin či onkologická onemocnění.

Ergoterapeut zajistí úpravu prostředí a potřebnou asistenci. Volí aktivity přiměřené k diagnóze a stavu klienta. Musí být zohledněn charakter a stádium nemoci. Klient nesmí být přetěžován (Klusoňová, 2011, s. 32-33).

1.3.5 Klienti psychicky nemocní

Do této skupiny se řadí schizofrenie a deprese. U klientů se využívají expresivní techniky, předpracovní a pracovní rehabilitace, psychoanalytický, kognitivně-behaviorální a skupinový přístup.

1.3.6 Klienti mentálně postižení

Mentální postižení zahrnuje mentální retardaci a demenci. Mentálním postižením se zabývá psychopedie.

Mentální retardace je vrozená nebo vzniká v průběhu prvního roku života. Klasifikace MR je popsána v kapitole číslo 4 Diagnózy. Klienti mají zpravidla nižší tempo práce, menší odolnost vůči stresu, delší přizpůsobivost vůči změnám. Nejčastější poruchy jsou např. Downova nemoc, Rettův syndrom, Autismus (Slowík, 2007, s. 110-111, 114).

Ergoterapeut musí při výběru aktivit dbát na kognitivní, fyzické, sensorické a percepční požadavky, sociální prvky, nezávislost, možnosti vyjádření, stupňování činnosti a praktické možnosti.

Demence je získaná. Jedinec má zrychlený úbytek rozumových schopností, např. následkem úrazu či degenerativním onemocněním mozku, především Alzheimerovou chorobou (Slowík, 2007, s. 111).

Ergoterapeut volí aktivity dle stavu klienta a zajišťuje vhodnou asistenci. Ergoterapie musí být přizpůsobena stupni demence.

1.3.7 Klienti s narušenou komunikační schopností

Narušená komunikační schopnost se netýká pouze mluvené řeči, ale zahrnuje také grafickou formu, nonverbální prostředky a komunikační kanály. Poruchami řeči se zabývá logopedie. K poruchám komunikace patří vývojová dysfázie, afázie, breptavost, koktavost, mutismus, huhňavost, dysartrie a další.

Ergoterapeut využívá prvků logopedie (afatický slovník), augmentativní či alternativní komunikace. U těžších vad se využívají piktogramy (Slowík, 2007, s. 85-91).

1.3.8 Geriatřičtí klienti

U seniorů se často vyskytuje několik onemocnění a poruch zároveň, jedním slovem polymorbidita. Celkový stav klienta je dán tím, jakou chorobou trpí, jak je ovlivněn jeho psychický stav, zdali je ochoten spolupracovat při terapii, využívá-li vhodné kompenzační pomůcky atd. (Klusoňová, 2011, s. 33).

1.4 Komplexní (ucelená, komprehenzivní) rehabilitace

Definice rehabilitace dle Světové zdravotnické organizace: „*Rehabilitace je včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“ (Votava, 2009, s. 10).

Klienti v sociálních službách, jak již bylo nastíněno v předchozím textu, potřebují dle svého handicapu odlišnou formu terapie a ucelenou rehabilitaci, která předpokládá dobře fungující multidisciplinární tým. Například osoba po cévní mozkové příhodě potřebuje ke své dobré prognóze spolupráci neurologa, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka, logopeda a ošetrovatelského personálu.

Komprehenzivní rehabilitace je složena ze čtyř částí – léčebné, sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace.

Léčebná rehabilitace vede k obnově poškozených a ztracených funkcí, k udržení funkce a zpomalení progresu, k náhradě ztracených funkcí, ke zlepšení poškozených funkcí a k dosažení maximální možné nezávislosti. Ergoterapie navazuje na práci fyzioterapeuta.

Jedná se o pohybovou a edukační terapii, která obnovuje a udržuje tělesnou i psychickou kondici. Řadí se sem výcvik kognitivních funkcí, sebeobslužné návyky a hry (Klusoňová, 2011, s. 7-8).

Sociální rehabilitace má za cíl zmírnění invalidity a dosažení normálních funkcí. Jedná se o soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Při této rehabilitaci se posilují návyky a provádí se nácvik výkonu běžných denních činností. Snaží se handicapovaného integrovat do společnosti jak zdravotně postižených tak i zdravých lidí. Sociální pomoc je buď pasivní (sociální dávky, důchod) nebo aktivní (sociální služby), tato pomoc osobě se zdravotním postižením umožňuje samostatný život ve společnosti. Sociální rehabilitace má rovněž za úkol pomoci zajistit vhodné bezbariérové prostředí, v němž se postižený pohybuje, a výuku novým schopnostem a dovednostem v rodinném prostředí (Klusoňová, 2011, s. 8-9; Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava 1, díl 4, § 70; Votava, 2009, s. 10).

Pedagogická rehabilitace vytváří podmínky pro výchovu, vzdělávání a profesní přípravu zdravotně postižených dětí. Ergoterapeut se podílí na všestranném rozvoji dítěte, např. nacvičuje jemnou motoriku, připravuje dítě na výuku psaní rukou, učí dítě základním soběstačným. Pedagogická rehabilitace pomáhá i dospělým lidem, kteří z důvodu úrazu či nemoci ztratili dříve naučené dovednosti, např. následkem cévní mozkové příhody. (Klusoňová, 2011, s. 9-10; Votava, 2009, s. 10).

Pracovní rehabilitace má za úkol zajištění souvislé péče o osoby se změněnou pracovní schopností a obnovení nebo zachování určitého pracovního potenciálu. Zahrnuje přípravu na pracovní uplatnění, vlastní začlenění do pracovního procesu a dále pak pomoc klientovi pracovní místo si udržet (Klusoňová, 2011, s. 10; Votava, 2009, s. 10).

1.5 Dělení ergoterapeutického programu podle typu činnosti

1.5.1 Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

Uplatňuje se zejména u dospívajících a u osob v produktivním věku. Úkolem ergoterapeuta je vyšetření klienta a v rámci ergodiagnostiky rozpracování pracovní činnosti jedince. Dále má zhodnotit jeho zbytkový pracovní potenciál a zjistit klientovu motivaci k práci. Předpracovní rehabilitace trénuje toleranci zátěže, vytrvalost a nácvik vhodných pracovních dovedností (Krivošíková, 2011, s. 25-26).

1.5.2 Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)

Synonymem je označení léčebná výchova k soběstačnosti. Jedná se o běžné, pro člověka nezbytné dovednosti. Nastane-li problém v těchto činnostech, jedinec se stává závislým na pomoci druhé osoby.

ADL aktivity dělíme na personální (základní, bazální) a instrumentální (rozšířené) činnosti. Personální ADL provádí každý dospělý člověk sám. Radíme sem hygienu, oblékání a svlékání, sebesycení, používání běžných mechanismů v domácnosti (např. vypínače, otevírání dveří), mobilitu a přesuny. Instrumentální ADL se považují za rozšířenou soběstačnost. Osoba k nim nemusí být vždy motivovaná, např. má-li někoho, kdo činnost udělá. K těmto aktivitám patří vaření, uklízení, žehlení, péče o malé dítě, péče o zvíře, nakupování nebo vyřizování osobních záležitostí na úřadech.

Ergoterapeut se snaží o maximální možnou soběstačnost, k tomu využívá kompenzační mechanismy (náhrada ztracené funkce blízkou částí těla) a substituční mechanismy (náhrada ztracené funkce vzdálenou částí těla). Doporučí pacientovi potřebnou kompenzační pomůcku a zajistí její nácvik. Navrhuje úpravu domácího a pracovního prostředí. Domácí prostředí hraje pro nácvik ADL důležitou roli. Často však musí být nahrazeno cvičnou místností (Votava, 2009, s. 16, 23-25; Krivošíková, 2011, s. 23-24; Klusoňová, Špičková, 1988, s. 10-11).

1.5.3 Ergoterapie nespecifická (zaměstnávání, kondiční, psychologická)

Jedná se o tělesné nebo duševní činnosti. Mají za cíl odpoutat pozornost jedince od problémů všeho druhu (psychické, fyzické i sociální). Používají se k vyplnění volného času. Činnost se musí volit s ohledem na věk, pohlaví, zájmy, zaměstnání a vzdělání. Ergoterapeut vychází ze zájmu klientů o danou činnost, což souvisí se správnou motivací. K zaměstnávání se řadí rukodělné činnosti, společenské hry, sportovní či pohybové aktivity, sledování TV, poslech hudby a čtení (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 9; Krivošíková, 2011, s. 26-27).

1.5.4 Ergoterapie specifická (cílená, funkční, orgánová)

Ergoterapeut procvičuje postiženou oblast a snaží se zlepšit nebo udržet její funkčnost. Terapie se zaměřuje na psychosociální, senzomotorický nebo kognitivní trénink činnosti. Využívají se kreativní techniky, stavebnice, puzzle, práce v kuchyni atd., jejich využití je však cíleno na handicapovanou oblast (např. ergoterapeutická hmota posiluje svaly horní končetiny). Nejedná se o vyplnění volného času, jak je tomu při nespecifické ergoterapii (Krivošíková, 2011, s. 27).

1.5.5 Ergoterapie zaměřená na poradenství

Ergoterapeut pomáhá klientům při řešení jejich nepříznivé situace. Poslední z odvětví ergoterapie je poradenská činnost. Poradenství je poskytování informací o různých možnostech a službách, na něž má jedinec nárok. Lze jej rozdělit na preventivní a nápravné. Preventivní poradenství je zaměřeno na předcházení vzniku nebo omezení problému. Ergoterapeut má za úkol radit osobám v rámci „školy zad“ (správná ergonomie sedu, zvedání břemen) a navrhnout vhodnější pracovní prostředí. Nápravné poradenství řeší konkrétní problémy daného jedince. K tomuto programu se využívají kompenzační a technické pomůcky k odstranění nebo zmírnění handicapu.

Další dělení rozčlení poradenství na technické, sociální a zdravotní. Technické poradenství se týká především doporučení, vyzkoušení a úpravy kompenzačních a technických pomůcek. Sociální poradenství má za úkol informovat klienta, která sociální služba je pro něj vhodná. Zdravotní poradenství poskytuje instruktáž k jednotlivým diagnózám, jejím hlavním cílem je prevence komplikací (Krivošíková, 2011, s. 28-29).

2 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Systém má zahrnovat co největší pestrost sociálních služeb, které na sebe vzájemně navazují a propojují se. Služby musí odpovídat potřebám klientů i společnosti. Hlavním posláním je chránit zájmy a práva osob, které si je z nějakého důvodu nemohou sami prosadit. Těmito důvody mohou být např. vysoký věk, krizová životní situace, zdravotní postižení aj. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 39-40).

2.1 Sociální služby

Jedná se o specializované činnosti, které pomáhají osobám řešit jejich nepříznivé sociální situace. Podporuje se sociální začlenění (zařazení člověka do společnosti) a ochrana před sociálním vyloučením (komplikace, které člověku brání, aby žil běžným způsobem ve společnosti). Jedinec má být aktivní. Je důležité podporovat jeho samostatnost a soběstačnost ve všech složkách aktivit (ADL, zájmové činnosti), které zvládne. V žádném případě nesmí být ohrožena jeho důstojnost, např. ponižováním či zesměšňováním (Malíková, 2011, s. 42-43; Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41).

Služby se poskytují na základě smlouvy, kde poskytovatel a zájemce o službu vyjednávají podmínky poskytnutí služby. Smlouva se uzavírá s poskytovatelem, kterého si zájemce vybere dobrovolně. Podmínky poskytování služby si obě strany vzájemně dohodnou. Mezi účastníky právního vztahu musí být rovnocenné postavení. Poskytovatel je povinen dodržovat standardy kvality, respektovat práva uživatelů a jejich důstojnost (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 17).

V rámci sociálních služeb pracují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogové, zdravotníci (vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut), manželští a rodinní poradci a dobrovolníci (Zákon č. 108/2006 Sb., část devátá, § 115). Ergoterapeut provádí ergoterapeutické vyšetření, stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů k dosažení léčebného cíle. Je podřízen lékaři a vrchní sestře. Spolupracuje s fyzioterapeutem, všeobecnými sestrami, aktivizačními sestrami i jinými pracovníky. Ergoterapeuti jsou zaměstnání v ústavech sociální péče, zdravotnických zařízeních, chráněném bydlení a chráněných dílnách (Malíková, 2011, s. 111).

Sociální služby se člení do tří kategorií: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle místa poskytování se služby dělí na terénní, ambulantní a pobytové (Malíková, 2011, s. 42).

2.2 Formy poskytování sociálních služeb

Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. V těchto zařízeních jedinec určitou dobu (celodenně, celoročně) pobývá. Řadí se sem domovy pro seniory, domovy pro lidi se zdravotním postižením, chráněné bydlení a azylové domy.

Ambulantní služby jsou poskytovány pouze ambulantně. To znamená, že za službami osoba dochází či je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí této služby není ubytování. Patří sem poradny, denní stacionáře a kontaktní centra.

Terénní služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Nejčastěji se jedná o pečovatelskou službu, osobní asistenci a terénní programy pro ohroženou mládež (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 1, § 33; Malíková, 2011, s. 42).

2.3 Základní a fakultativní činnosti při poskytování sociálních služeb

K základním činnostem patří:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování, popř. přenocování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 1, § 35, 1).

Základní činnosti jsou zpravidla poskytovány za úhradu, která je přednostně placená z přiznaného příspěvku na péči. Přesáhne-li se tato částka, uživatel služby má povinnost ji doplatit ze svého příjmu. Pouze základní sociální poradenství je vždy bezplatné.

Fakultativní (nadstandardní) služby se podílejí na větším pohodlí uživatelů, zvyšují životní standard a přispívají k pevnějšímu zakotvení v přirozeném prostředí. Jsou vždy poskytovány za úhradu, která je placená výhradně z příjmů uživatele, nemůže být hrazena z příspěvku na péči (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 27).

2.4 Příspěvek na péči

Příspěvek se poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Je odstupňován podle míry závislosti. Příspěvek náleží jedinci, který pomoc potřebuje, nikoli osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek se vyplácí za kalendářní měsíc. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Žadatel musí podat žádost o příspěvek na péči na krajskou pobočku Úřadu práce. Nárok na příspěvek nemá dítě mladší jednoho roku (Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá, hlava I, § 7; Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 18).

Osoba mladší osmnácti let se považuje za závislou na pomoci jiné osoby, jestliže není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat:

- a) 3 ZŽP – stupeň I (lehká závislost)
- b) 4 nebo 5 ZŽP – stupeň II (středně těžká závislost)
- c) 6 nebo 7 ZŽP – stupeň III (těžká závislost)
- d) 8 nebo 9 ZŽP a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné osoby – stupeň IV (úplná závislost) (Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá, hlava I, § 8, 1).

Osoba starší osmnácti let se považuje za závislou na pomoci jiné osoby, jestliže není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat:

- a) 3 nebo 4 ZŽP – stupeň I (lehká závislost)
- b) 5 nebo 6 ZŽP – stupeň II (středně těžká závislost)
- c) 7 nebo 8 ZŽP – stupeň III (těžká závislost)
- d) 9 nebo 10 ZŽP a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné osoby – stupeň IV (úplná závislost) (Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá, hlava I, § 8, 2).

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí tyto ZŽP: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá, hlava I, § 9).

Tabulka 1 Výše příspěvku

Stupeň závislosti	Osoba do 18 let věku	Osoba starší 18 let
Stupeň I (lehká závislost)	3.000,- Kč	800,- Kč
Stupeň II (středně těžká závislost)	6.000,- Kč	4.000,- Kč
Stupeň III (těžká závislost)	9.000,- Kč	8.000,- Kč
Stupeň IV (úplná závislost)	12.000,- Kč	12.000,- Kč

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., část druhá, hlava II, § 11

2.5 Druhy poskytovaných služeb

2.5.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní poradenství je primární činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Zajistit základní poradenství je povinen každý poskytovatel sociálních služeb (pracovník v sociálních službách, ergoterapeut). Klientovi v nepříznivé sociální situaci musí být poskytnuty informace, které přispívají k jejímu řešení. Odborné poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin. Poskytují ho poradny. Součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek a nácvik jejich používání, což spadá do ergoterapeutické intervence (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 2, § 37, 1-3; Malíková, 2011, s. 44; Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41).

2.5.2 Služby sociální péče

Jedná se o služby, které pomáhají osobám zajistit soběstačnost po stránce psychické i fyzické. Cílem služeb je zapojení uživatelů do běžného života společnosti v nejvyšší možné míře. Je nutné zajistit důstojné prostředí a zacházení v prostředí, které je co nejméně omezující (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 38). Níže jsou popsány pouze služby sociální péče, ve kterých působí ergoterapeuti.

Osobní asistence

Jedná se o terénní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností (důvodem může být věk, chronické onemocnění nebo zdravotní postižení). Jedinec potřebuje pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistence se poskytuje bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí. Asistent se přizpůsobuje individuálním potřebám uživatele, pomáhá mu zvládnout ADL aktivity a integrovat jej do společnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 39; Malíková, 2011, s. 45; Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41).

Pečovatelská služba

Tato služba se poskytuje osobám buď ambulantně, nebo terénně. Využívají ji osoby se sníženou soběstačností a rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 40).

Průvodcovské a předčitatelské služby

Poskytují se osobám se sníženou schopností komunikovat a orientovat se v prostoru. Jsou zaměřeny především na jedince se smyslovým postižením. Pomoc se orientuje na obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011, s. 45).

Podpora samostatného bydlení

Služba je zaměřena na podporování a rozvoj osobních schopností klienta samostatně bydlet (Malíková, 2011, s. 45).

Odlehčovací (respitní, sdílené) služby

Služba zajišťuje převzetí jedince se sníženou soběstačností, o kterého je normálně pečováno v jeho přirozeném prostředí, na dohodnutou dobu (např. kalendářní měsíc). Tato služba zajistí rodinným příslušníkům nezbytný odpočinek (Malíková, 2011, s. 45).

Centra denních služeb

Služba je určena lidem, kteří potřebují ambulantní péči s možností pravidelného denního docházení. Je možné ji kombinovat se sociálně terapeutickými činnostmi (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 42).

Denní stacionáře

Poskytují se zde ambulantní strukturované celodenní programy. Cíleně se kombinují výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Klientům je poskytována celková péče v potřebném rozsahu (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 42; Malíková, 2011, s. 45).

Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytovou službu pro klienty se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je zajištěna většinou v pracovní dny po celou dobu pobytu. Rozsah aktivit je stejný jako v denním stacionáři (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 47; Malíková, 2011, s. 45).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Toto zařízení funguje jako celoroční pobytová služba s prvky komplexní péče. Provozují se zde výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 42). Nezaopatřeným dětem se poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby (prádlo, šatstvo, obuv) a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (stříhání vlasů, holení, pedikúra). V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 48, 3-4).

Domovy pro seniory

Tato služba je pobytová s celoročním provozem. Je určena pro seniory se sníženou soběstačností. Klienti potřebují pravidelnou a komplexní péči. Tyto osoby díky svému zdravotnímu stavu nemohou nadále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí (Malíková, 2011, s. 45).

Domov se zvláštním režimem

Služba je poskytována jako pobytová s celoročním provozem. Využívají ji klienti se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osoby trpící některým typem demence (stařecká, Alzheimerova). Režim v tomto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Malíková, 2011, s. 46; Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 50).

Chráněné bydlení

Tato služba je poskytována osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění či duševního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení umožňuje uživatelům žít samostatně v podmínkách velmi podobných standardnímu bydlení v bytě. Ergoterapeut nebo osobní asistent dohlíží a kontroluje, zda klient vše zvládá. Je-li potřeba, klientovi pomůže, ale pouze v potřebném rozsahu. Cílem služby je co největší osamostatnění jedince v PADL i IADL (Malíková, 2011, s. 46; Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 51).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Toto pobytové zařízení slouží pro osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Nemohou proto být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc blízkou osobou či zajištěno poskytování terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb. Řadí se sem psychiatrické léčebny a nemocnice (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 3, § 52; Mahrová, Venglářová, 2008, s. 42).

2.5.3 Služby sociální prevence

Tyto služby se zaměřují na jevy a situace, jež vedou k sociálnímu vyloučení. Jedná se o tzv. sociálně negativní jevy, kam patří kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek či krize v rodině (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41). Níže budou popsány pouze služby, v nichž působí ergoterapeuti.

Raná péče

Poskytuje se handicapovanému dítěti a jeho rodičům ihned po narození. Cílem je zajistit všestranný vývoj až do doby školního vzdělávání (do sedmi let). Rodiče jsou poučeni odbornými pracovníky v rehabilitačních i výchovných postupech, je jim poskytována sociální i pedagogická pomoc (Klusoňová, 2011, s. 9).

Tlumočnické služby

Tato terénní služba je určena pro osoby se smyslovým postižením. Tlumočnické pomáhá postiženým osobám v komunikaci s okolím, při projednávání a vyřizování osobních záležitostí (Malíková, 2011, s. 46).

Služby následné péče

Zaměřují se na osoby trpící duševní chorobou nebo závislostí na návykových látkách, kteří ukončili léčbu. Cílem služby je prevence relapsu onemocnění a resocializace jedince (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 43).

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Služba pomáhá při zvládnutí dlouhodobé krizové nebo tíživé sociální situace rodiny (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 43).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Jedná se o služby poskytující pomoc při zvládnutí běžných životních situací. Jsou prevencí sociálního vyloučení (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 43).

Sociálně terapeutické dílny

Cílem služby je dlouhodobá podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností u osob se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení (Malíková, 2011, s. 47).

Terapeutické komunity

Pobytová služba se poskytuje osobám závislým na návykových látkách nebo lidem s chronickým duševním onemocněním, kteří mají zájem o integraci do běžného života (Zákon č. 108/2006 Sb., část třetí, hlava I, díl 4, § 68).

Sociální rehabilitace

Tato služba je určena pro osoby se zdravotním postižením, osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodu etnické příslušnosti, chudoby či dlouhodobé nezaměstnanosti. Cílem je pomoci lidem dosáhnout samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Rozvíjí se jejich schopnosti, dovednosti a posilují se návyky potřebné pro samostatný život (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 44).

3 AKTIVIZACE

Podle slovníku cizích slov slovo aktivizace znamená: „*proces, kterým jsou lidé (jedinci nebo i skupiny) vedeni k činnostem*“ (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz>). Aktivizace přispívá k harmonii tělesného a duševního potenciálu. Klienti v sociálních službách by měli vést aktivní život, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Vždy se klade důraz na individuální rozdíly uživatelů. Aktivity fyzické zlepšují tělesnou kondici a tím ovlivňují i duševní zdraví. Psychická aktivizace by měla vycházet z přání a možností jedinců, využívá se hlavně u osob depresivních, kteří mají sklon k izolaci od okolí. Pasivita člověka je ovlivněna mnoha faktory, tj. finančními, vztahovými, psychickými i zdravotními (Dušová, www.osu.cz, s. 1). Aktivovat je nezbytné všechny skupiny klientů v zařízeních sociálních služeb, tj. jedince s tělesným, smyslovým, mentálním a psychickým handicapem, osoby seniorského věku i osoby s interním onemocněním. Aktivizace je nezbytná, protože je optimální terapií, součástí mentální hygieny, vytváří odolnost vůči stresu, je přirozeně lidská a umožňuje klientům žít normální život (Vostrovská, 1998, s. 20).

Ergoterapeut musí u každého uživatele sociálních služeb obnovovat či zachovávat stávající soběstačnost, podporovat sociální vztahy a pocit smysluplné existence. Osoby s určitým typem postižení jsou více či méně limitovány ve svých aktivitách. Čím je větší disabilita (fyzická / duševní) v důsledku zdravotního stavu, tím je důležitější podpůrná funkce prostředí (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004, s. 436).

Aktivity mají klienta naplňovat radostí, dávají smysl života, umožňují prožití příjemných okamžiků a pocitů, podporují spokojenost se sebou samým a naplňují člověka pocitem smysluplné existence a sebeúcty. Činnosti mají navazovat přirozeným způsobem na to, co jedinec před vznikem nemoci či postižení vykonával. Při aktivizaci se vychází ze znalosti klienta a jeho života. Ergoterapeut se musí zajímat o jeho zájmy, profesní zaměření, zdravotní stav, rodinu a ostatní souvislosti s jeho osobou. Prostředí by mělo být co nejpřirozenější, mělo by inspirovat a usnadňovat činnost. Mělo by vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu činnosti vykonávat. Aktivizace může probíhat dvojím způsobem, tj. vytvářením aktivizačních programů (cílem je aktivizace klientů, která probíhá pouze ve vymezeném čase a prostoru) nebo vytvářením

přirozeného prostředí, které nabízí příležitost k všedním i nevšedním ADL aktivitám (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004, s. 437-438; Vostrovská, 1998, s. 1).

Motivaci k aktivitě podporuje důraz na praktickou každodennost (činnosti prováděné spontánně, aniž by si klient uvědomil jejich aktivizační význam), smysluplnost (účel prováděné aktivity), dobrovolnost (zda se chce programu zúčastnit), příjemnost (princip potěšení), sociální přiměřenost (posiluje důstojnost a sebepojetí), úspěšnost (klient prožije úspěch v konkrétní aktivitě) a pomoc při činnosti (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004, s. 439).

3.1 Aktivizační techniky v zařízeních sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb nabízejí svým uživatelům velké množství aktivit, např. výlety, trénování paměti, vzpomínání, expresivní techniky, kroužek vaření a vyšívání.

3.1.1 Pohybové aktivity

Pohyb je potřebný v jakékoli formě a intenzitě. Zajišťuje udržení nebo zlepšení sebeobsluhy a sociálních kontaktů. Při pohybu se organismus prokrví a zlepši se nálada. Do pohybových aktivit řadíme tělesná cvičení, sportovně rekreační aktivity, pohybové hry, turistiku, plavání a jiné. Základní pohybovou aktivitou je chůze. Klient, který chodí, není tolik závislý na pomoci druhých jako imobilní jedinec. Další pohybovou aktivitou jsou vycházky na čerstvém vzduchu. Uživatelé, kteří jsou mobilní, se procházejí sami, méně soběstačné doprovází personál. Tělesná cvičení by měla být úvodní součástí každé terapeutické jednotky (před malováním, tréninkem kognitivních funkcí). Cílem je protáhnout se, správné dýchání a posilování svalového aparátu. Cvičit se může vestoje, v sedě i vleže, vždy záleží na zdravotní kondici klientů. Je vhodné umožnit uživatelům v zařízeních sociálních služeb možnost co nejčastějších pobytů mimo tato zařízení, např. kratšími či delšími výlety, neboť toto aktivuje u klientů psychosociální hygienu. Po pohybové aktivitě by měla následovat uvolňovací cvičení, relaxace a odpočinek (Vostrovská, 1998, s. 10-13).

3.1.2 Trénink kognitivních funkcí

Jedná se o funkce, které umožňují poznávat okolní svět. Jsou nezbytné pro každodenní život. Řadí se sem paměť, fatické (řečové) funkce a jazyk, zrakově-prostorové schopnosti, myšlení a pozornost. Trénování poznávacích funkcí je určeno pro osoby, které mají deficit v kognitivní oblasti (cévní mozková příhoda, demence). Musí být zvolena odpovídající úroveň obtížnosti pro každého klienta individuálně. Úkoly nesmí být příliš jednoduché ani příliš složité. Ergoterapeut využije přístup stupňovaných aktivit (Košťálková, Lupienská, Uhlířová, 2012, s. 7).

3.1.3 Kulturní programy

Řadí se sem televizní vysílání, rozhlas, návštěva divadla, kina, kavárny, restaurace, výstavy atd. Klienti sociálních služeb rádi slaví oslavy narozenin, svátky velikonoční a vánoční, Silvestr, masopust, dožínky a jiné. Pro seniory jsou například pořádány besídky dětí ze základních a mateřských škol (Den matek, velikonoční a vánoční besídka). Mentálně a zdravotně postižení vystupují na festivalech hudby či pořádají vernisáže svých obrazů. Oblíbená je módní přehlídka a mikulášská besídka (Vostrovská, 1998, s. 16-18).

3.1.4 Kreativní techniky

Do kreativních technik patří kreslení, malování, práce s papírem, tradiční ruční práce, práce s textilem, práce s přírodními materiály, práce se dřevem, práce s kovem, modelování a práce s umělými hmotami (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 5-7). Zhotovené výrobky se používají pro výzdobu interiéru. Lze je i prodat a výtěžek z prodeje použít na nákup nového materiálu.

Při kreativních technikách není povinností, aby klient byl sám schopen udělat finální a dokonalý výrobek. Vytváří ho buď sám nebo je kolektivním dílem několika jedinců. Ergoterapeut zpracuje analýzu činnosti, jejíž pomocí rozčlení techniky na dílčí části, následně rozhodne, která aktivita je pro kterého klienta z hlediska mentálního a fyzického postižení vhodná. Je nezbytné zapojení co největšího počtu uživatelů, tj. i méně zručných jedinců. Daná činnost napomáhá nejen jako léčebná metoda, ale pomáhá i jednotlivcům k většímu uspokojení a vyšší kvalitě života.

3.1.5 Aktivity zaměřené na běžné denní činnosti

Mezi tyto činnosti patří práce v kuchyňkách, péče o květiny, drobné ruční práce, uklízení apod. Tyto aktivity mají velký terapeutický význam, člověk se učí být soběstačný a nezávislý na druhých. Ergoterapeut dohlíží na to, aby se klientům nic nestalo, při potřebných činnostech nabízí pomoc.

3.1.6 Expresivní techniky

Tyto techniky se nazývají též podpůrnými. Pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mají povahu hudební (muzikoterapie), dramatickou (dramaterapie), literární (biblioterapie), výtvarnou (arteterapie) či pohybovou (tanečně-pohybová terapie) (Kantor, 2009, s. 21). Podpůrné terapie se snaží omezovat pocity úzkosti a strach, jsou zaměřeny na prožívání přítomnosti. Prostředí při těchto metodách musí být bezpečné, aby se klient nebál projevit své pocity (Čížková, 2005, s. 33-34).

Muzikoterapie

Jedná se o specifickou psychoterapeutickou metodu, kdy je využívána hudba k terapeutickému efektu při léčbě duševních poruch, jako jsou různé neurózy, neuropsychiatrická onemocnění a psychosomatické poruchy (Kantor, 2009, s. 23). K této léčbě se využívá různých druhů hudby, rytmu, zvuků, tónů i zpěvu. Klient může hudbu vytvářet a podílet se na ní, nebo ji jen poslouchat, vnímat či kreativně zpracovávat. Muzikoterapie využívá prostředky verbální (zpěv, rytmizace slov, výkřiky, šepot) i neverbální (rytmus, zvuky) (Votava, 2003, s. 155).

Arteterapie

Arteterapie je psychoterapeutický obor, který využívá umění jako prostředek k osobnímu vyjádření. Je dostupný každému člověku. Není potřebný výtvarný talent. Využívá kreslení, modelování, malování apod. Posláním arteterapie je pomoc lidem, kteří prožívají disharmonii a chaos, ať už v jejich prostředí či v sobě samém. Pomáhá odhalit psychologický problém či psychiatrické onemocnění (Šicková-Fabrici, 2008, s. 11; Liebmann, 2005, s. 14).

Tanečně-pohybová terapie

V tomto psychoterapeutickém oboru je zkoumán vztah mezi pohybem a emocemi. Využívá se jako prostředek k dosažení pocitové a fyzické integrace jedince. Umožňuje jedinci, aby poznal své tělo, svůj pohybový styl, osobnostní rysy a aktuální emoční stav (Čížková, 2005, s. 33-34).

Animoterapie

Animoterapie je léčebná metoda, která využívá zvířete nebo rostliny jako léčebného prostředku. Zvířetem může být např. kočka, hmyz, ryba, myš či pták. Do animoterapie může patřit také květina pěstovaná v květináči, kterou má klient na stole. Důležité je vybrat k léčbě takové zvíře nebo rostlinu, jež bude pro pacienta příjemná a nebude u něj navozovat pocit strachu, nebo u něj vyvolávat traumatické vzpomínky. Důležité je, aby vybraný objekt byl pro jedince zdrojem radosti, tématem hovoru a příležitostí k hrám a pohybu. I krátkodobý kontakt se zvířecím mazlíčkem dokáže snížit výskyt a rozsah depresí či uvolnit spasticitu. (Votava, 2003, s. 161).

Canisterapie

Terapie prostřednictvím živého psa. Terapeutický pes umí splnit základní povely poslušnosti (přivolání, posazení), umí aportovat různé vhodné předměty, trpělivě snáší dotyky. Upozorní terapeuta na nestandardní chování osoby se zdravotním postižením (Votava, 2003, s. 161-162).

Hipoterapie

Léčba pomocí koně je rehabilitační metoda, využívající komplexní terapeutické působení koně na člověka. Kůň může léčit v pravém slova smyslu, asistovat při léčbě či sloužit jako prostředek ke vtažení pacienta do léčby. Pomáhá rehabilitaci, socializaci (začlenění do společnosti) i resocializaci (znovuvedení do společnosti) (Hollý, Hornáček, 2005, s. 11, 16).

3.1.7 Hra

Hra provází člověka po celý život. Je hlavní činností dětí a významnou nepracovní činností mládeže a dospělých. Při hře se dítě seznamuje se životním prostředím a připravuje se na práci. Mládež i dospělí nacházejí při hře protiklad pracovního napětí a uspokojení jejich tužeb. Hry se dělí na individuální a skupinové, při skupinové se musí jedinec podřídit kolektivu. Hry rozvíjejí sílu vůle, rozhodovací schopnosti, houževnatost, odvahu, dodržování pravidel, pozornost, obrazotvornost, rychlost reagování, orientaci v čase a prostoru, spravedlnost a čestné jednání (Rovný, Zdeněk, 1982, s. 22).

Při výchově dětí rozeznáváme hry senzomotorické, intelektuální, pohybové, manipulační, námětové, konstruktivní, dramatické a hry s pomůckami (Mišurcová, Fišer, Fixl, 1980, s. 36, 56, 74, 94). Ve starším školním věku a v dospělosti se využívají hry kolektivní, společenské, stolní, sportovní, sběratelství a modelářství (Mišurcová, Fišer, Fixl, 1980, s. 111, 122).

3.1.8 Reminiscence

Vzpomínání je přirozenou duševní činností člověka. Schopnost člověka vybavovat si ze své paměti prožitky a zkušenosti drží pohromadě identitu člověka. Jedinec vzpomíná, co dělal, čím byl, s kým se v životě potkal, co uměl a kdo ho měl rád (Janečková, Vacková, 2010, s. 11). Při reminiscenci se využívají tyto vzpomínky jako terapeutický prvek. Klienti vypráví o svém životě, s ergoterapeutem pečou vánoční cukroví, prohlížejí si staré šaty atd. Reminiscence je využívanou metodou hlavně u seniorů a klientů s Alzheimerovou chorobou.

4 DIAGNÓZY

V praktické části bakalářské práce je sepsáno kazuistické šetření u tří klientů trpících středně těžkou mentální retardací. Každý z klientů má odlišnou diagnózu. Tyto diagnózy jsou popsány v této kapitole.

4.1 Mentální retardace

„Mentální retardace je definována jako neúplný nebo nedostatečný vývoj mentální kapacity“ (Ambler, 2006, s. 247). Jedná se o vrozené postižení rozumových schopností, které vzniká v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období v průběhu jednoho roku věku dítěte. Dítě se od počátku svého života nevyvíjí stejně, jako děti zdravé, ale dochází u něho k opoždění. K hlavním příznakům patří nedostatečný rozvoj myšlení, řeči a omezená schopnost učení. Vyskytuje se u řady vývojových a vrozených poruch. Psychomotorická retardace je spojení motorického vývoje s mentální retardací (Ambler, 2006, s. 72, 247; Slowík, 2007, s. 111; Vágnerová, 2004, s. 289).

Mentální retardaci lze rozčlenit podle Mezinárodní klasifikace nemocí na čtyři základní stupně (Vágnerová, 2004, s. 301).

4.1.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Lidé trpící lehkou mentální retardací jsou opoždění ve vývoji. V období adolescence dosahuje jejich mentální úroveň středního školního věku s horní hranicí kolem 11 let. Děti jsou opožděné v oblastech komunikace, hygieny a společenských návyků. Jsou zařazovány do základních škol praktických. Nejsou schopny abstraktního myšlení, pouze logického, konkrétního a názorného. V komunikaci užívají kratší věty, projev je jednodušší než u zdravého člověka. V dospělosti jsou tito lidé sociálně samostatní a pracují v méně náročných zaměstnáních. Dohled a oporu v náročných životních situacích potřebují po celý život (Vágnerová, 2004, s. 301-302; Matějček, 2001, s. 41-42; Slowík, 2007, s. 114).

4.1.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

U těchto lidí dosahuje jejich mentální úroveň předškolního věku, tj. 6 let. Slovní projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Řeč je po obsahové stránce jednoduchá. Školního vzdělání dosahují ve velmi omezené míře, a to v základní škole speciální. Naučí se oblékat, udržovat čistotu, jíst, zvládat hygienické návyky, základní formy společenského chování a jistou míru samostatnosti. Pracují v chráněných dílnách s mechanickou náplní činností. Bývají v péči rodiny nebo ústavní péči. Docházejí do denních stacionářů a různých rehabilitačních a pomocných zařízení (Vágnerová, 2004, s. 302; Matějček, 2001, s. 40-41).

4.1.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Tito lidé dosahují mentální úroveň batolecího věku, tj. 3 roky. Naučí se několik špatně artikulovaných slovních výrazů nebo nemluví vůbec. Zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a splní několik pokynů. Tito lidé jsou závislí na péči jiných lidí, mají potřebu soustavné pomoci a podpory (Vágnerová, 2004, s. 302; Slowík, 2007, s. 114).

4.1.4 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19)

Tito lidé mají vážné omezení v sebeobsluze, komunikaci, kontinenci a mobilitě, jsou komplexně závislí na péči jiných lidí. Jsou schopni maximálně rozeznat známé a neznámé předměty, projevovat libost či nelibost. Často bývají umístováni v ústavní péči (Vágnerová, 2004, s. 302; Slowík, 2007, s. 114).

4.2 Downův syndrom

Morbus Down je dán odlišnou genetickou informací (trisomie 21. chromozomu), která ovlivňuje vývoj již od početí. Lidé postižení tímto syndromem jsou na první pohled tělesně odlišní. Mentální defekt bývá na hranici lehkého až středně těžkého stupně mentální retardace. Tito jedinci bývají klidní, emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví. Jsou-li na ně kladeny nadměrné požadavky, reagují úzkostně. Jsou schopni pracovat pod dohledem a vedením (Vágnerová, 2004, s. 305).

4.3 Dětská mozková obrna

Jedná se o vrozené neurovývojové neprogresivní onemocnění, které je vyvolané lézí nezralého mozku. U jedinců se objevuje široká a pestrá skupina chorobných stavů. Kromě motorické poruchy se vyskytuje mentální handicap, epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie aj. Základní klasifikace rozděluje dětskou mozkovou obrnu podle změn svalového tonu a typu hybné poruchy na spastické (křečovitě) a nespastické formy (Slowík, 2007, s. 100; Ambler, 2006, s. 248; Kolář, 2009, s. 393).

Ke spastickým formám se řadí diparéza, hemiparéza a kvadruparéza. Diparéze dominuje spastická paraparéza dolních končetin. U této formy se rozlišuje chůze nůžkovitá, kdy se stehna třou o sebe, a chůze po špičkách, neboli digitigrádní. Typická chůze je způsobena zvýšeným tonusem na adduktorech stehna a plantárních flexorech. Hemiparézu lze charakterizovat spastickým postižením poloviny těla s flekčním držením horních a extenčním držením dolních končetin. Kvadruparéza postihuje všechny čtyři končetiny (Ambler, 2006, s. 248).

Nespastické formy se dělí na formu hypotonickou a formu dyskinetickou. Forma hypotonická je přechodnou formou, obvykle přechází do tří let ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Charakteristické je snížení svalového tonu a těžší postižení mozku se značnou psychomotorickou retardací. Dyskinetická forma vzniká následkem poškození bazálních ganglií. Jedná se o tzv. extrapyramidový syndrom, který se projevuje mimovolnými pohyby. Konkrétně se jedná o atetózu, choreu, dystonii a balismus (Ambler, 2006, s. 248).

4.4 Svalové dystrofie

Jedná se o skupinu geneticky podmíněných vrozených chorob neznámé etiologie. Dochází k degenerativním změnám svalových vláken. Svalové dystrofie patří mezi svalové poruchy, které jsou charakterizovány primárním postižením svalu. Musculární dystrofie se vyskytují v několika formách, a to forma pohlavně vázaná na chromosom X (typ Duchennův a Beckerův), forma pletencová, fascio-skapulo-humerální a další (Ambler, 2006, s. 295, 297). Každá z forem má své specifické klinické příznaky, jejichž popisování je velmi složité a je nad rámec této bakalářské práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je zjistit, v jakém rozsahu je v ČR v současné době poskytována v zařízeních sociálních služeb ergoterapie. Zjišťováno bude, v kolika a v jakých zařízeních je ergoterapie prováděna. Dále se bude zkoumat, jací pracovníci ergoterapii provádějí a jakých složek při tom využívají.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpat teoretické znalosti z různých zdrojů o ergoterapii, sociálních službách, aktivizaci a diagnózách.
2. Zmapovat zařízení sociálních služeb v České republice podle Registru poskytovatelů sociálních služeb na Ministerstvu práce a sociálních věcí v České republice.
3. Sestavit dotazník a rozeslat jej do zařízení sociálních služeb. Navracené vyplněné dotazníky vyhodnotit a výsledky zaznamenat do tabulek a do grafů.
4. Uvést praktickou ukázkou ergoterapie se třemi klienty v zařízeních sociálních služeb.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

6 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že ze složek ergoterapie je v zařízeních sociálních služeb častěji využívána ergoterapie nespecifická oproti ergoterapii zaměřené na poradenství.
2. Předpokládám, že ergoterapie je zastoupena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem.
3. Předpokládám, že z expresivních technik se v zařízeních sociálních služeb častěji využívá muzikoterapie než arteterapie.
4. Předpokládám, že v zařízeních sociálních služeb jsou pro ergoterapeutickou intervenci více zaměstnání sociální pracovníci než profesní ergoterapeuté s kvalifikací specializace ve zdravotnictví.
5. Předpokládám, že u klientů se středně těžkou mentální retardací v dospělém věku dojde po osmi měsíční terapii ke zlepšení zdravotního stavu.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

Pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb na Ministerstvu práce a sociálních věcí byly zjištěny e-mailové adresy jednotlivých zařízení sociálních služeb (<http://iregistr.mpsv.cz/>). Dotazník byl rozeslán elektronickou poštou do 800 zařízení sociálních služeb po celé České republice. Jednalo se o domovy pro seniory, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, centra denních služeb a sociálně terapeutické dílny. Bakalářská práce je zaměřena na zařízení sociálních služeb, z toho důvodu nebyly do výzkumu zahrnuty ostatní služby sociální péče a sociální prevence. Výsledek dotazníkového šetření bude vyhodnocen v první polovině praktické části. K vyhodnocení budou využity tabulky a kruhové grafy, v nichž bude přehledně zaznamenán výsledek šetření.

Druhá polovina praktické části se soustřeďuje na kazuistické šetření u tří klientů se středně těžkou mentální retardací. Všichni mají pobyt v diagnostickém ústavu sociální péče a docházejí do sociálně terapeutických dílen, kde je prováděna ergoterapie. Ke kazuistickému šetření bylo využito odběru dat ze zdravotnické dokumentace, přímé práce s klienty, metody pozorování klientů při činnosti, metody rozhovoru s klienty a personálem, standardizovaných testů (Barthelův test, Test instrumentálních všedních denních činností).

8 METODY VÝZKUMU

8.1 Sledovaný soubor A

Pro bakalářskou práci byl vytvořen nestandardizovaný dotazník obsahující deset uzavřených otázek. Cílem dotazníkového kvantitativního šetření bylo zjistit, v jakém rozsahu je v ČR v současné době poskytována ergoterapie, kdo ji zajišťuje, jak často a jakou formou se nejčastěji provádí, jaká ze složek ergoterapie převažuje a které aktivizační metody jsou využívány.

Otázky uváděné v dotazníku lze rozdělit na obecné (zabývající se sociálním zařízením) a specifické (zaměřené na ergoterapii a aktivizaci v daném zařízení). V šesti otázkách mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí (otázky výčtové), u čtyř byla možná pouze jedna odpověď (otázky výběrové). První až třetí dotaz se zaměřoval na zařízení (druh, kraj a klienty). Čtvrtý až devátý se týkal ergoterapie v daném zařízení. Ti poskytovatelé sociálních služeb, u nichž nebyla prováděna ergoterapie, odpověděli pouze na otázku číslo 4, ostatní vynechali. Poslední, desátá otázka, se týkala opět všech respondentů a byla zaměřena na aktivizační programy, které v daném zařízení využívají.

Dotazník byl rozeslán elektronickou poštou zařízením, které byly registrovány na Ministerstvu práce a sociálních věcí. Jednalo se o domovy pro seniory, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, centra denních služeb a sociálně terapeutické dílny. Šetření trvalo od 1. 12. 2012 do 12. 2. 2013. Celkem bylo rozesláno 800 dotazníků, zpět se jich vrátilo 145. Návratnost je 18 %.

8.2 Sledovaný soubor B

Pro kazuistické šetření byli vybráni tři klienti se středně těžkou mentální retardací, kteří mají pobyt v diagnostickém ústavu sociální péče. Jedná se o zařízení, které nabízí komplexní rehabilitační péči osob s mentálním handicapem. V zařízení bylo šetření prováděno v rámci souvislé praxi v květnu roku 2012 a následně po osmi měsících v lednu roku 2013, kdy se zjišťovalo, zdali u klientů došlo k nějakým změnám.

9 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

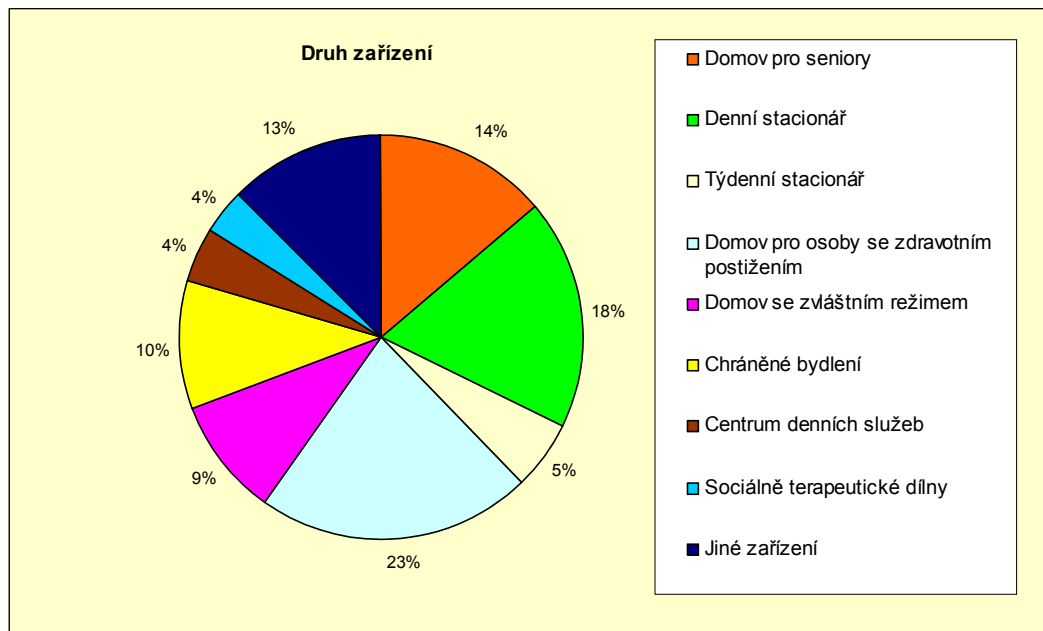
Otázka 1: Jaký druh zařízení provozujete?

Tabulka 2 Druh zařízení

Druh zařízení	Počet	Kolik %
Domov pro seniory	31	14
Denní stacionář	41	18
Týdenní stacionář	12	5
Domov pro osoby se zdravotním postižením	49	23
Domov se zvláštním režimem	21	9
Chráněné bydlení	23	10
Centrum denních služeb	10	4
Sociálně terapeutické dílny	8	4
Jiné zařízení	28	13
Celkem	223	100

Zdroj: Vlastní

Graf 1 Druh zařízení



Zdroj: Vlastní

První otázka měla za cíl zjistit, jaký druh zařízení sociálních služeb je nejčastější v České republice. Tento dotaz byl výčtový, respondenti mohli současně zaškrtnout několik odpovědí. Velká část zařízení poskytovala současně několik služeb najednou, např. v domově pro seniory byl zřízen denní stacionář a domov se zvláštním režimem současně.

Tento dotaz bude využit k hypotéze číslo 2 „Předpokládám, že ergoterapie je zastoupena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem“.

Tabulka ukazuje počet a procentuální zastoupení jednotlivých druhů zařízení sociálních služeb, kruhový graf podává názorný výčet v procentech.

Nejrozšířenějším zařízením byly domovy pro osoby se zdravotním postižením, kterých bylo 49 z celkových 223. Kruhový graf ukazuje četnost tohoto zařízení 23 % oproti ostatním zařízením. Nejméně rozšířeným druhem zařízení sociálních služeb byly sociálně terapeutické dílny, a to v počtu 8 s procentuálním vyčíslením 4 %.

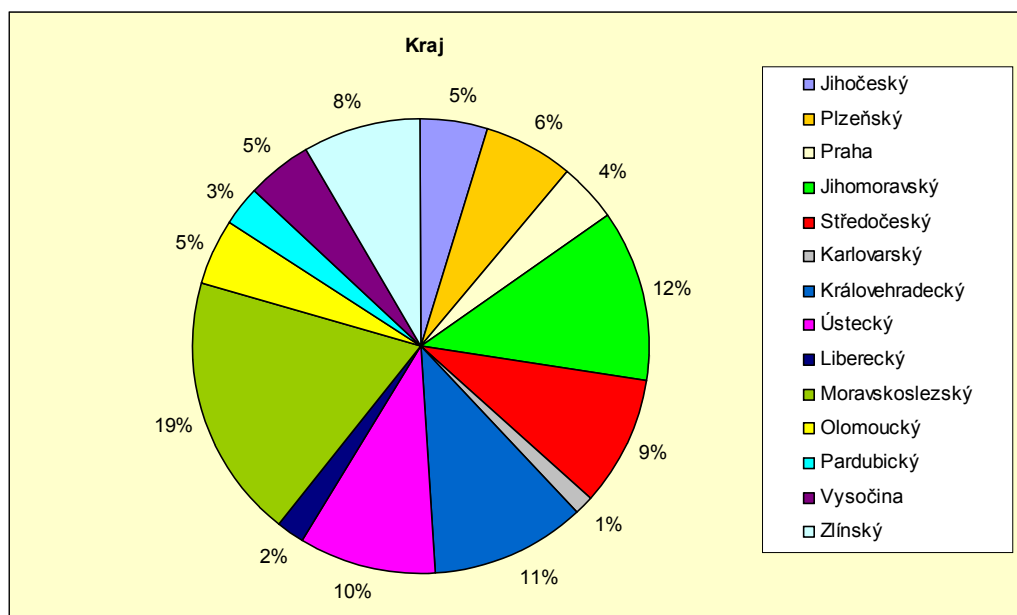
Otázka 2: V jakém kraji je Vaše zařízení?

Tabulka 3 Kraj

Kraj	Počet	Kolik %
Jihočeský	7	5
Plzeňský	9	6
Praha	6	4
Jihomoravský	18	12
Středočeský	13	9
Karlovarský	2	1
Královohradecký	16	11
Ústecký	14	10
Liberecký	3	2
Moravskoslezský	27	19
Olomoucký	7	5
Pardubický	4	3
Vysočina	7	5
Zlínský	12	8
Celkem	145	100

Zdroj: Vlastní

Graf 2 Kraj



Zdroj: Vlastní

Ve druhé otázce bylo zkoumáno v jakém kraji zařízení sídlí. Tento dotaz byl výběrový, respondenti mohli zaškrtnout pouze jednu z nabízených odpovědí. Po vyhodnocení tohoto dotazu byla vytvořena tabulka, ve které je zaznamenán počet zařízení sociálních služeb v jednotlivých krajích bez ohledu na druh zařízení. Sloupcový graf názorně ukazuje počet zařízení v daném kraji a kruhový graf podává informaci o procentuálním zastoupení zařízení sociálních služeb v jednotlivých krajích.

Otázka bude sloužit k potvrzení hypotézy číslo 5 „Předpokládám, že ergoterapie bude v zařízeních sociálních služeb více zastoupená ve středočeském kraji oproti západočeskému kraji“.

Z tabulky se nechá vyčíst, že největší zastoupení má kraj Moravskoslezský, a to v počtu 27 z celkových 145, tj. 19 %, jak ukazuje graf kruhový.

Nejméně vyplněných dotazníků se vrátilo z kraje Libereckého (3) a Karlovarského (2). Liberecký kraj byl zastoupen ve 2 % a Karlovarský kraj v 1 %.

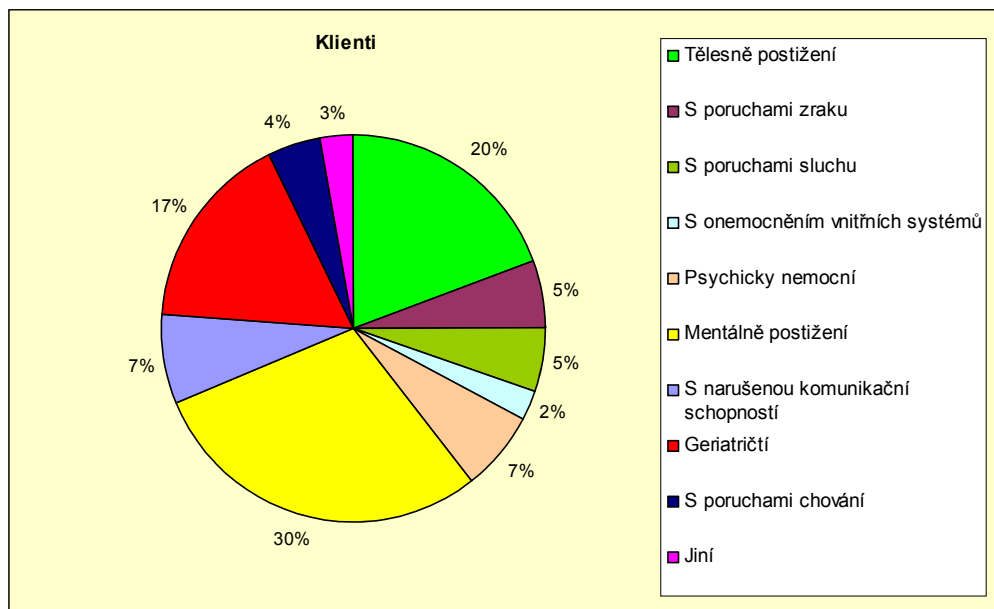
Otázka 3: Pro jaké klienty je Vaše zařízení určeno?

Tabulka 4 Klienti

Klienti	Počet	Kolik %
Tělesně postižení	55	20
S poruchami zraku	15	5
S poruchami sluchu	15	5
S onemocněním vnitřních systémů	7	2
Psychicky nemocní	19	7
Mentálně postižení	82	30
S narušenou komunikační schopností	21	7
Geriatřičtí	47	17
S poruchami chování	12	4
Jiní	8	3
Celkem	281	100

Zdroj: Vlastní

Graf 3 Klienti



Zdroj: Vlastní

V zařízeních sociálních služeb se vyskytují uživatelé s nejrůznějšími druhy handicapů. Ergoterapeut ve své praxi pracuje se všemi těmito diagnózami.

Tento dotaz měl za úkol zjistit, jaká četnost handicapů uživatelů v zařízeních sociálních služeb převažuje. Respondenti mohli zvolit z několika odpovědí, jedná se o otázku výčtovou.

Tabulka ukazuje, že nejčastějšími uživateli sociálních služeb jsou klienti s mentálním postižením, a to v 82 zařízeních sociálních služeb ze 145. Kruhový graf podává procentuální výčet 30 % oproti ostatním diagnózám.

Nejméně častou diagnózou jsou osoby s onemocněním vnitřních systémů, kteří se vyskytují pouze v 7 zařízeních, tj. 2 %.

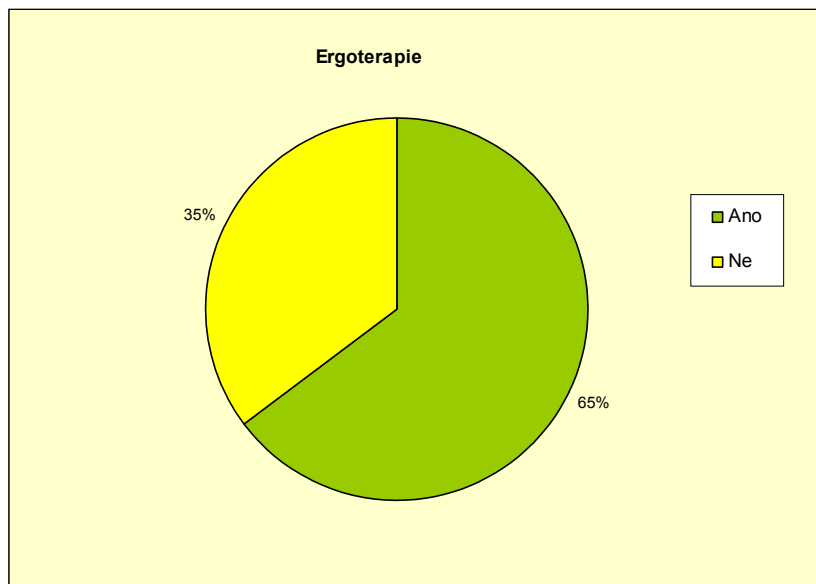
Otázka 4: Probíhá ve Vašem zařízení ergoterapie?

Tabulka 5 Ergoterapie

Ergoterapie	Počet	Kolik %
Ano	94	65
Ne	51	35
Celkem	145	100

Zdroj: Vlastní

Graf 4 Ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Cílem této bakalářské práce je objasnit, v jakém rozsahu je v současné době v ČR poskytována ergoterapie v zařízeních sociálních služeb. Formou tohoto dotazu bylo zjišťováno v kolika zařízeních ergoterapie probíhá. Nynější otázka je výběrová, respondenti vybírali pouze jednu odpověď ze dvou. Na vyhodnocení byla použita tabulka a kruhový graf.

V 94 zařízeních sociálních služeb ze 145 ergoterapie probíhá, ve zbylých 51 neprobíhá. V procentuálním poměru jsou hodnoty 65 % ku 35 %.

Tato otázka bude využita k hypotéze číslo 2 „Předpokládám, že ergoterapie je zastoupena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem“.

Obrázek 1 Počet zařízení v jednotlivých krajích, kde je prováděna ergoterapie



Zdroj: www.dekra-automobil.cz + vlastní popisky

Z příložené mapy vyplývá, že nejvíce zařízení, v nichž se provádí ergoterapie, se nachází v Moravskoslezském kraji. Nejméně zastoupená ergoterapie je v Karlovarském kraji.

Tabulka 6 Porovnání počtu zařízení sociálních služeb ku počtu zařízení s ergoterapií

Kraj	Počet zařízení sociálních služeb	Počet zařízení s ergoterapií	Kolik % s ergoterapií
Jihočeský	7	6	86
Plzeňský	9	6	67
Praha	6	4	67
Jihomoravský	18	10	56
Středočeský	13	9	69
Karlovarský	2	1	50
Královéhradecký	16	10	63
Ústecký	14	7	50
Liberecký	3	1	33
Moravskoslezský	27	17	63
Olomoucký	7	5	71
Pardubický	4	2	50
Vysočina	7	5	71
Zlínský	12	11	92
Celkem	145	94	65

Zdroj: Vlastní

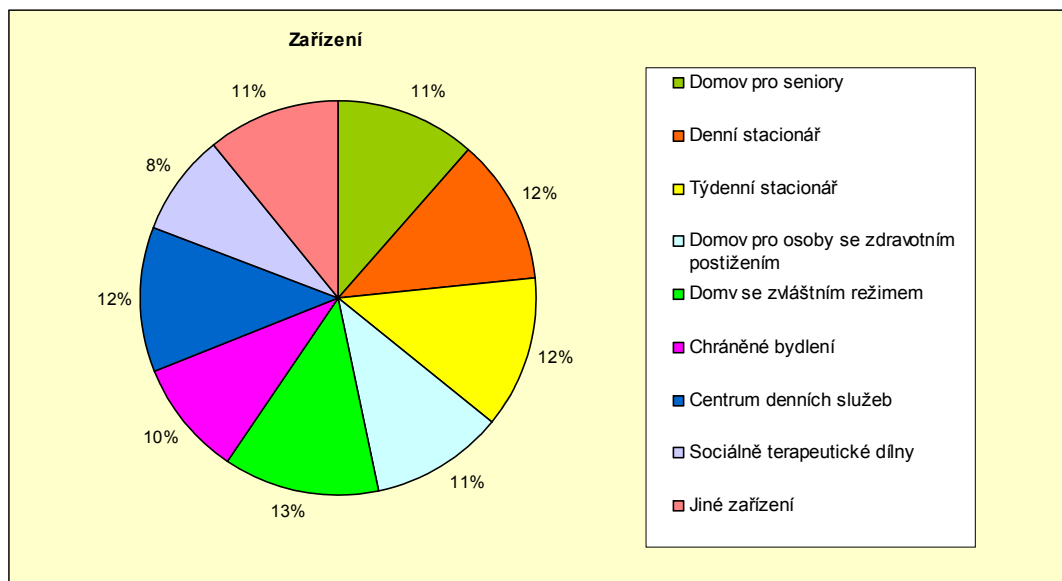
Z tabulky vyplývá, že největší procentuální zastoupení ergoterapie v zařízeních sociálních služeb je ve Zlínském (92 %) a v Jihočeském (86 %) kraji. Nejnižší zastoupení má ergoterapie v Libereckém kraji a to 33 %. Celkový počet zařízení s ergoterapií je 94 z celkového počtu dotazovaných, tj. 65 %.

Tabulka 7 Výskyt ergoterapie v jednotlivých druzích zařízení sociálních služeb

Zařízení	Celkem	Ergoterapie	Kolik %
Domov pro seniory	31	21	68
Denní stacionář	41	29	70
Týdenní stacionář	12	9	75
Domov pro osoby se zdravotním postižením	49	31	63
Domovy se zvláštním režimem	21	16	76
Chráněné bydlení	23	13	57
Centrum denních služeb	10	7	70
Sociálně terapeutické dílny	8	4	50
Jiné zařízení	28	18	64
Celkem	223	148	66

Zdroj: Vlastní

Graf 5 Výskyt ergoterapie v jednotlivých druzích zařízení sociálních služeb



Zdroj: Vlastní

Výskyt ergoterapie byl zkoumán v jednotlivých druzích zařízení sociálních služeb. Největší procentuální zastoupení ergoterapie bylo v domovech se zvláštním režimem, a to v 16 zařízeních z 21, tj. 76 %. Nejnižší zastoupení bylo v sociálně terapeutických dílnách, a v 8 zařízeních, tj. 50 %. Procentuální zastoupení domovů se zvláštním režimem k ostatním zařízením sociálních služeb je 13 %.

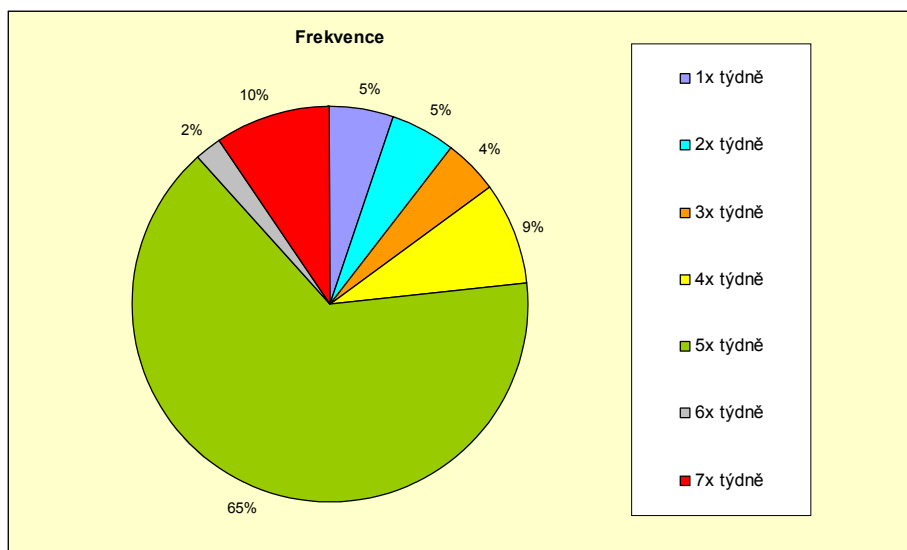
Otázka 5: Jak často ergoterapie probíhá?

Tabulka 8 Frekvence

Jak často	Počet	Kolik %
1x týdně	5	5
2x týdně	5	5
3x týdně	4	4
4x týdně	8	9
5x týdně	61	65
6x týdně	2	2
7x týdně	9	10
Celkem	94	100

Zdroj: Vlastní

Graf 6 Frekvence



Zdroj: Vlastní

U této otázky mohli respondenti zaškrtnou pouze jednu odpověď, dotaz byl výběrový. Zkoumána byla frekvence ergoterapie v daném zařízení sociálních služeb.

Nejčastěji respondenti odpovídali, že v jejich zařízení ergoterapie probíhá 5x týdně. Jednalo se celkem o 61 zařízení sociálních služeb z 94, ve kterých je ergoterapie prováděna. Tuto informaci lze vyčíst z tabulky. Kruhový graf podává procentuální výčet, v němž je doba 5x týdně znázorněna v 65 %.

Nejméně častou odpovědí bylo, že v zařízení probíhá ergoterapie 6x týdně. Tuto odpověď zaškrtyly pouhé dvě zařízení, tj. 2 %.

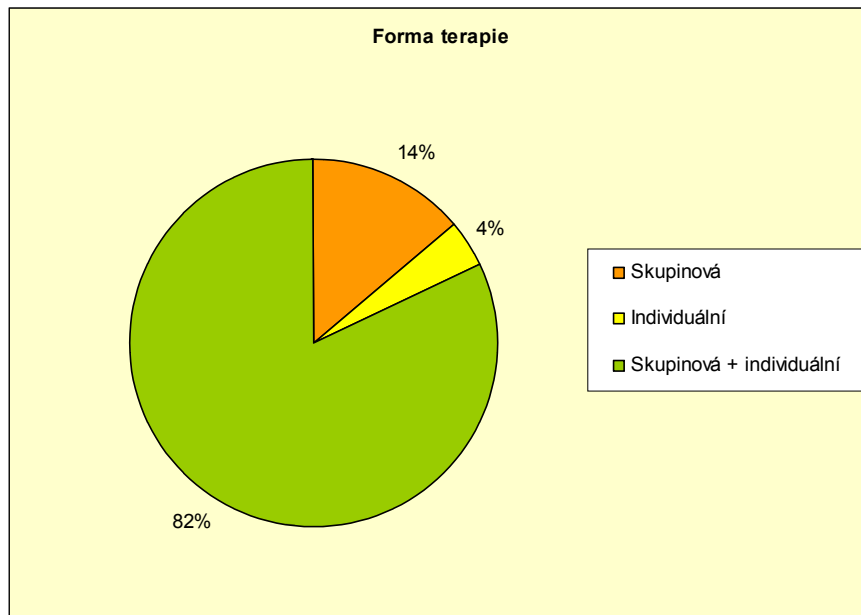
Otázka 6: Jaká je forma terapie?

Tabulka 9 Forma terapie

Forma	Počet	Kolik %
Skupinová	13	14
Individuální	4	4
Skupinová + individuální	77	82
Celkem	94	100

Zdroj: Vlastní

Graf 7 Forma terapie



Zdroj: Vlastní

Tato otázka je výběrová, respondenti vybírali ze tří odpovědí pouze jednu. Z tabulky i kruhového grafu je vyplývající, že nejčastější formou ergoterapie je kombinace skupinové a individuální terapie. Tato forma je využívána v 77 zařízeních sociálních služeb z 94, tj. 82 %. Skupinovou terapii využívá 13 zařízení (14 %) a individuální terapii 4 (4 %).

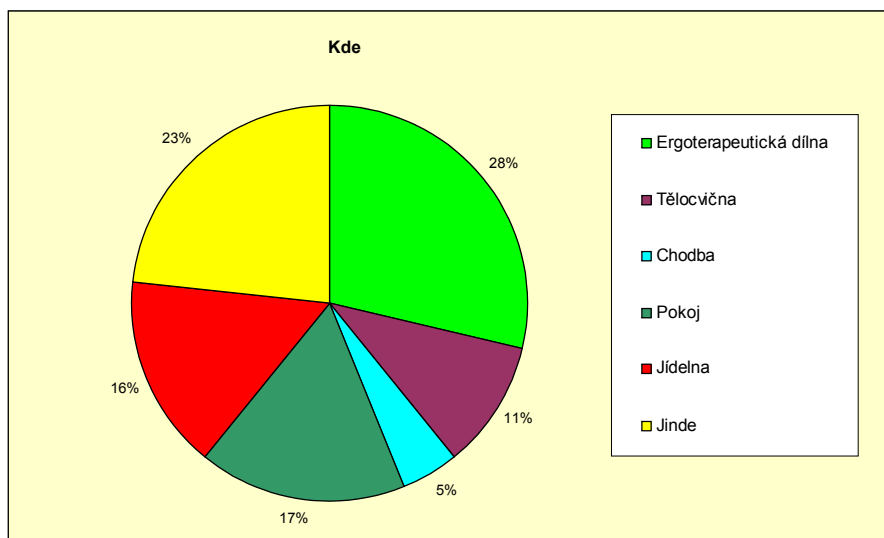
Otázka 7: Kde je ergoterapie prováděna?

Tabulka 10 Místnost

Kde	Počet	Kolik %
Ergoterapeutická dílna	61	28
Tělocvična	23	11
Chodba	10	5
Pokoj	36	17
Jídelna	34	16
Jinde	50	23
Celkem	214	100

Zdroj: Vlastní

Graf 8 Místnost



Zdroj: Vlastní

Cílem této otázky bylo zjistit, na jakém místě je v daném zařízení prováděna ergoterapie. Otázka je výčtová, respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí.

Z tabulky vyplývá, že nejčastějším místem pro ergoterapii v zařízeních sociálních služeb je ergoterapeutická dílna, kterou mají v 61 zařízeních z 94, tj. 28 %.

Jako druhé nejčastější místo pro ergoterapii respondenti uvedli „jinde“. Uváděli např. zahradu, místnost pro snozelen terapii, cvičnou kuchyňku a koupelnu, obchod, hernu, hudební salonek, jednotlivé dílny se specifickým zaměřením (keramická, tkalcovská) či místnost určenou pro schůzky. Nejméně častým místem byla chodba. Tu označilo 10 zařízení, tj. 5 %.

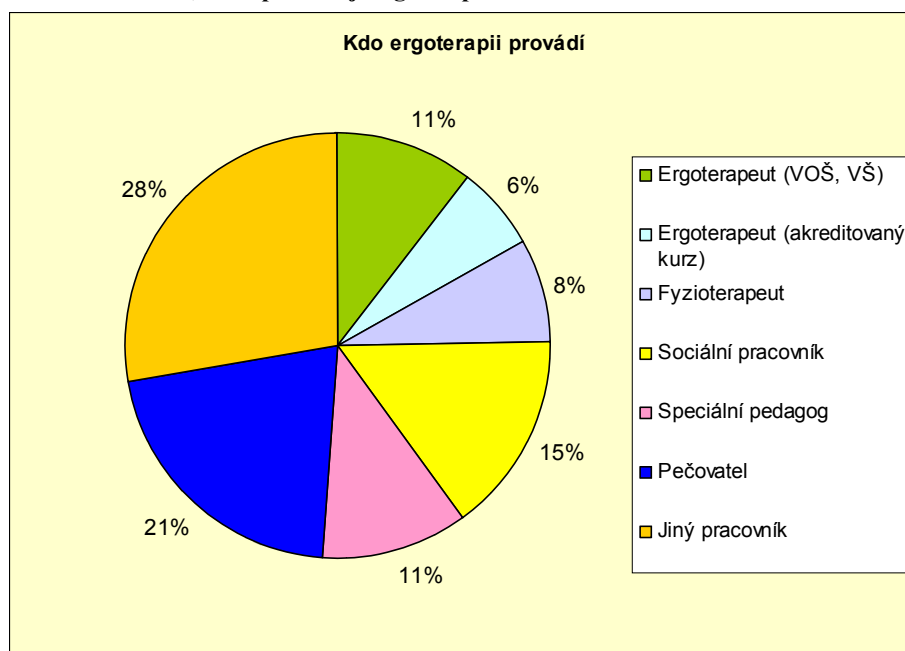
Otázka 8: Provádí ergoterapii kvalifikovaný ergoterapeut či jiný pracovník multidisciplinárního týmu?

Tabulka 11 Pracovníci, kteří provádějí ergoterapii

Kdo	Počet	Kolik %
Ergoterapeut (VOŠ, VŠ)	18	11
Ergoterapeut (akreditovaný kurz)	11	6
Fyzioterapeut	13	8
Sociální pracovník	26	15
Speciální pedagog	19	11
Pečovatel	36	21
Jiný pracovník	47	28
Celkem	170	100

Zdroj: Vlastní

Graf 9 Pracovníci, kteří provádějí ergoterapii



Zdroj: Vlastní

Tento dotaz směřoval k tomu, aby se zjistilo, kdo ergoterapii provádí, a tím i její úroveň v zařízeních sociálních služeb. Respondenti opět měli možnost zaškrtnout více odpovědí, otázka je výčtová. K vyhodnocení byla použita tabulka a kruhový graf.

Tato otázka poslouží k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy číslo 4 „Předpokládám, že v zařízeních sociálních služeb jsou pro ergoterapeutickou intervenci více zaměstnání sociální pracovníci než profesní ergoterapeuté s kvalifikací specializace ve zdravotnictví“.

Ergoterapii v zařízeních sociálních služeb nejčastěji provádí jiný pracovník multidisciplinárního týmu, a to ve 47 zařízeních z 94, tj. 28 %. Jako jiného pracovníka uváděli respondenti pracovníka v sociálních službách, aktivizačního pracovníka, klinického logopeda a logopedické asistenty, vychovatele, arteterapeuta a zdravotní sestru.

Druhým pracovníkem, který nejčastěji provádí ergoterapii, byl pečovatel. Ten provádí ergoterapii ve 36 zařízeních, tj. 21 %.

Kvalifikovaný ergoterapeut s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním v oboru ergoterapie pracuje v 18 zařízeních (11 %).

Obrázek 2 Počet kvalifikovaných ergoterapeutů v jednotlivých krajích v zařízeních sociálních služeb



Zdroj: www.dekra-automobil.cz + vlastní popisky

Na mapě je rozvrženo, kolik kvalifikovaných ergoterapeutů s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním pracuje v zařízeních sociálních služeb v jednotlivých krajích.

Tabulka 12 Porovnání počtu zařízení sociálních služeb ku počtu zařízení s ergoterapií

Kraj	Počet zařízení sociálních služeb	Kvalifikovaný ergoterapeut	Kolik %
Jihočeský	7	3	43
Plzeňský	9	3	33
Praha	6	2	33
Jihomoravský	18	0	0
Středočeský	13	1	8
Karlovarský	2	0	0
Královohradecký	16	0	0
Ústecký	14	5	36
Liberecký	3	0	0
Moravskoslezský	27	2	7
Olomoucký	7	0	0
Pardubický	4	1	25
Vysočina	7	0	0
Zlínský	12	1	8
Celkem	145	18	12

Zdroj: Vlastní

Tabulka ukazuje, že nejvíce kvalifikovaných ergoterapeutů je v Jihočeském (43 %) a v Ústeckém kraji (36 %).

V 6-ti krajích ze 14, tj. ve 43 %, nepracuje v zařízeních sociálních služeb žádný ergoterapeut s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním. Celkový počet kvalifikovaných ergoterapeutů ze všech krajů je 18, tj. 12 % ze 145 dotazovaných.

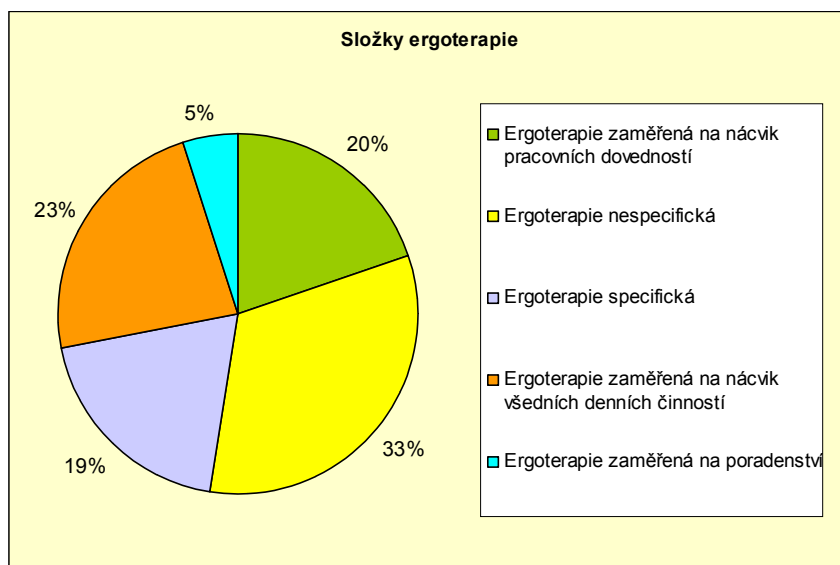
Otázka 9: Jaké složky ergoterapie jsou využívány na Vašem pracovišti?

Tabulka 13 Složky ergoterapie

Složky ergoterapie	Počet	Kolik %
Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností	52	20
Ergoterapie nespécifická	86	33
Ergoterapie specifická	51	19
Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností	61	23
Ergoterapie zaměřená na poradenství	13	5
Celkem	263	100

Zdroj: Vlastní

Graf 10 Složky ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Tento dotaz je výčtový, respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Cílem této otázky bylo objasnit, která z pěti složek ergoterapie je nejčastěji využívána v zařízeních sociálních služeb.

Tato data budou využita pro zjištění hypotézy číslo 1 „Předpokládám, že ze složek ergoterapie je nejvíce zastoupená ergoterapie nespécifická oproti ostatním čtyřem složkám“.

Nejčastěji využívanou složkou ergoterapie, jak vyplývá z tabulky, je ergoterapie nespécifická. Tento druh ergoterapie je využíván v 86 zařízeních z 94, tj. 33 %. Procentuální odlišení oproti ostatním složkám ergoterapie znázorňuje graf kruhový. Nejméně běžnou složkou ergoterapie je ergoterapie zaměřená na poradenství. Tento druh ergoterapie je využíván ve 13 zařízeních, tj. 5 %.

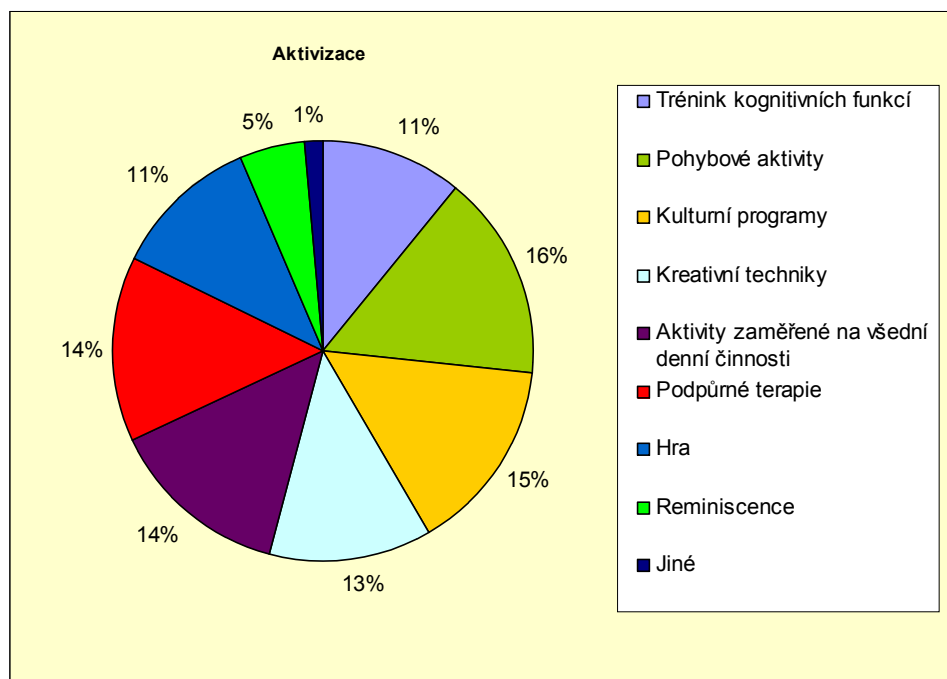
Otázka 10: Které aktivizační programy využíváte ve Vašem zařízení?

Tabulka 14 Aktivizační programy

Aktivizace	Počet	Kolik %
Trénink kognitivních funkcí	83	11
Pohybové aktivity	124	16
Kulturní programy	116	15
Kreativní techniky	97	13
Aktivity zaměřené na všední denní činnosti	106	14
Podpůrné terapie	110	14
Hra	89	11
Reminiscence	38	5
Jiné	11	1
Celkem	774	100

Zdroj: Vlastní

Graf 11 Aktivizační programy



Zdroj: Vlastní

Poslední, jedenáctý, dotaz se zaměřoval opět na všechny respondenty. Cílem bylo zjistit, které aktivizační techniky jsou využívány v zařízeních sociálních služeb. Otázka je výčtová, respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí.

Tyto informace poslouží k hypotéze číslo 3 „Předpokládám, že z expresivních technik se v zařízeních sociálních služeb častěji využívá muzikoterapie než arteterapie“.

Velmi častým aktivizačním programem jsou pohybové aktivity. Tuto činnost využívá 124 zařízení ze 145, tzn. 86 %. Tyto informace jsou k nalezení v tabulce i kruhovém grafu.

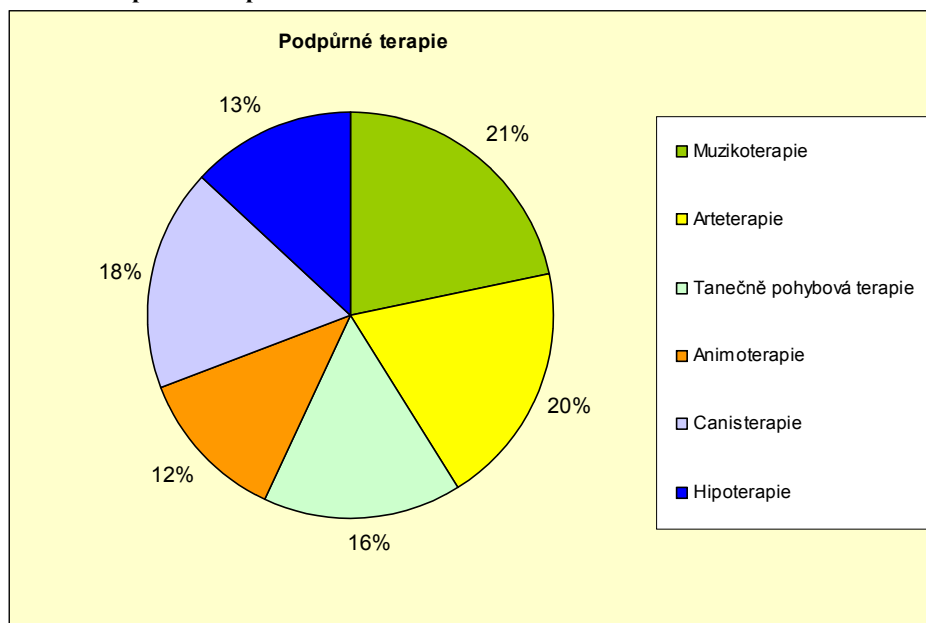
Celkem 11 zařízení uvedlo, že využívá jiné techniky, mezi kterými byly např. práce na počítači (hry, internet), večerní škola, vycházky a výlety, aromaterapie, snozelen terapie a bazální stimulace. Tyto jiné techniky jsou zastoupeny v kruhovém grafu pouze jedním procentem.

Tabulka 15 Podpůrné terapie

Podpůrné terapie	Počet	Kolik %
Muzikoterapie	93	21
Arteterapie	85	20
Tanečně pohybová terapie	68	16
Animoterapie	53	12
Canisterapie	76	18
Hipoterapie	57	13
Celkem	432	100

Zdroj: Vlastní

Graf 12 Podpůrné terapie



Zdroj: Vlastní

U této otázky bylo zkoumáno zastoupení konkrétních expresivních technik v zařízeních sociálních služeb. Tyto hodnoty jsou téměř vyrovnané, žádná z nich výrazně nepřevažuje, jak lze vyčíst z kruhového grafu.

Nejčastější podpůrnou terapií u 93 respondentů byla muzikoterapie. Při vyjádření v procentech, v poměru k jiným expresivním technikám, muzikoterapie činí 21 %.

Nejméně častou je animoterapie, která se využívá v 53 zařízeních, tj. 12 %.

10 KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ

10.1 Kazuistika 1

Základní údaje

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace)

- Pohlaví: žena
- Věk: 29 let
- Datum přijetí: 10. 4. 1987
- Hlavní diagnóza: Downův syndrom
- Vedlejší diagnóza: středně těžká mentální retardace (IQ 36)

Anamnéza

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem)

Osobní anamnéza: Klientka má diagnostikovaný Morbus Down. Trpí středně těžkou mentální retardací.

Rodinná anamnéza: Matka byla zdravá před těhotenstvím i při těhotenství. Klientku měla ve 22 letech. Její další 2 děti (starší a mladší) jsou zdravé. Svou sestru neznají. Žádná zátěž nebyla v rodině udána.

Sociální anamnéza: Nemocné dítě předali rodiče ihned po narození do ústavní péče, do kojeneckého ústavu. Klientka byla hospitalizovaná v dětské psychiatrické léčebně s diagnózou Morbus Down. Roku 1987 byla převezena do diagnostického ústavu, kde bydlí stále.

Pracovní anamnéza: Klientka nebyla nikdy v pracovním poměru. Vykonává pomocné, úklidové práce v rámci profesní přípravy a pracovní činnosti v sociálně terapeutických dílnách a na oddělení DÚSP. Od roku 2001 pobírá invalidní důchod.

Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 2. 5. 2012

Soběstačnost

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem, rozhovor s klientkou, pozorování klientky při činnosti, standardizované testy)

Klientka je soběstačná ve všech PADL, v IADL je závislá na pomoci druhých osob. Sama se nají lžící, umyje se a oblékne se. Na WC si sama dojde, kdy potřebuje. Lokomoce ani přesuny nečiní problém. Péči o osobní pomůcky zajišťuje vychovatel a pomocný personál. S penězi nehopodaří, cestuje jako spolujezdec, na braní léků dohlíží vychovatel, sama nenakupuje, personál zajišťuje kompletní výměnu lůžkovin, donášku prádla do prádelny i z prádelny. Sama si ráno ustele a večer rozestele. Pomáhá při úklidu v chráněné dílně (utírá stoly, zametá, vytírá).

- Barthelův test (2. 5. 2012): 120 bodů (nezávislý v PADL)
- Test IADL (2. 5. 2012): 20 bodů (závislý v IADL)

Pohyblivost

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti, vyšetření klientky)

Klientka má vadné držení těla, tj. předklon hlavy, protrakci ramen, odstávající lopatky, zvětšenou hrudní kyfózu a bederní lordózu. Břišní stěna prominuje. Levá lopatka, rameno a lopata kosti kyčelní jsou vytaženy kraniálním směrem. Pravá gluteální a popliteální rýha je níže. Je zjevná svalová dysbalance horního i dolního typu. Chodí kolébovou chůzí o široké bazi. Vzhled kůže je dobrý. Laterální je pravá ruka. Zvládá statické i dynamické úchopy. Navlékne korálek, knihou listuje stránku po stránce, zašroubuje víčko lahve, vloží do ní různé předměty, zapíná knoflíky, zip, suchý zip i patenty, zaváže tkaničky.

Kognitivní funkce

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, pozorování klientky při činnosti)

Má omezenou kapacitu pozornosti, mentálně odpovídá 4-5 letům dítěte. Úroveň rozumových schopností IQ 36. Řeč je dyslalická, obtížně srozumitelná. Doprovází mimika, gestikulace jsou živé, místy grimasuje. Rozumí jednoduchým pokynům, respektuje zákaz. Nevládá vyslovit souvislou větu. Často neodpovídá na dotaz, pouze opakuje slova. Odpoví-li, obvykle pouze jedním slovem. Schopnost domluvit se je malá. Je negramotná. Není schopna rozumět textu, číst ani psát. Nezná barvy, umí je pouze vyjmenovat. Má-li odpovědět jakou má barvu sluníčko, odpovídá, že červenou.

Psychosociální funkce

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, pozorování klientky při činnosti)

Má egocentrické rysy, sklony k negativistickému reagování ve spojitosti s úzkostí vyžadující zvýšenou pozornost k vlastní osobě. Klienta je lehce manipulovatelná. Zapojuje se do všech činností, je však pomalá a vyžaduje pobízení a průběžné instrukce. Je přátelská. Ráda modeluje, staví stavebnice a maluje.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky: K terapii byla motivovaná. Měla radost, když se jí něco povedlo.

Slabé stránka: Obtížnost se domluvit, klientka nemohla sdělit, co by chtěla dělat. Sdělila pouze libost či nelibost k dané aktivitě či situaci.

Dysfunkce, problémové oblasti: Snížené rozumové schopnosti z důvodu mentální retardace

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Vyrobit talíř z novin
- Kognitivní rehabilitace (poznávání ovoce, zvířat, barev)
- Vedení klientky k samostatné práci při činnostech

Dlouhodobý ergoterapeutický plán: Edukovat speciálního pedagoga, ergoterapeuta a vychovatele, aby klientku vedli k samostatnosti při činnostech

Kompenzační pomůcky, úprava bariér: Nepoužívá žádné KP.

Průběžné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 24. 5. 2012

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti)

U klientky během měsíční terapie nedošlo ke změně stavu. Na aktivity reagovala dle aktuálního psychického rozpoložení. Jeden den byla veselá s dobrou náladou, druhý den přišla skleslá a nechtěla nic dělat, tehdy ji bylo těžké motivovat, ale pokaždé se aktivity zúčastnila. Činnost jí zlepšila náladu.

Klientku je nutné motivovat a pokusit se přimět ji k činnosti. Při mnoha aktivitách potřebuje individuální dohled a pomoc. Sedí-li sama, nemá potřebu aktivitu vykonat. Nezbytné je také klientku neustále chválit a vyzdvihovat její práci.

Zhodnocení krátkodobého ergoterapeutického plánu:

Vyrobil talíř z novin: Tento plán byl splněn. Klientka si za pomoci terapeuta vyrobila finální výrobek. Terapeut ji slovně a názornou ukázkou doprovázel při činnosti.

Kognitivní rehabilitace: Druhý plán byl také splněn. Klientka poznávala v obrázkové knížce zvířata, situace a předměty, tato činnost jí velmi bavila. Problémy jí však činily barvy a čísla.

Vedení klientky k samostatné práci při činnostech: Třetí plán byl splněn. Terapeut se snažil klientku motivovat k samostatnosti, která závisela na aktuálním psychickém rozpoložení a na složitosti aktivity.

Závěrečné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 9. 1. 2013

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti)

Při vyšetření po 8 měsících nebyly zpozorovány žádné výrazné změny. Klientka je stejně soběstačná v PADL i IADL. Při tréninku kognitivních funkcí poznává zvířata, situace, různé předměty. Problémy činí nadále barvy a čísla.

- Barthelův test (2. 5. 2012): 120 bodů (nezávislý v PADL)
- Test IADL (2. 5. 2012): 20 bodů (závislý v IADL)

Klientka si oblíbila navlékání korálek. K této činnosti využívá vlasce bez pomoci jehly. Tuto aktivitu provádí již déle než jeden měsíc, má proto již činnost zautomatizovanou. U této činnosti nepotřebuje přítomnost terapeuta, ale zvládá aktivitu samostatně, protože je to snadná a primitivní práce s jednoduchým obsahem. Korálky vybírá podle stejného tvaru nebo barvy. Ví, že barva je stejná, neví však, jak se barva jmenuje.

Zhodnocení dlouhodobého plánu:

Edukovat speciálního pedagoga, ergoterapeuta a vychovatele, aby klientku vedli k samostatnosti při činnostech: V sociálně terapeutických dílnách i na odděleních se snaží pracovníci klientku motivovat k samostatnosti. U činností vysvětlí postup, poradí, kde pomůcky najde atd.

10.2 Kazuistika 2

Základní údaje

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace)

- Pohlaví: muž
- Věk: 34
- Datum přijetí: 29. 6. 1992
- Hlavní diagnóza: neuromuskulární onemocnění, myotonická dystrofie
- Vedlejší diagnóza: středně těžká mentální retardace (IQ 37), mnohočetné degenerativní onemocnění, pedes equinovari

Anamnéza

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem)

Osobní anamnéza: Klient se narodil z třetího těhotenství. Ve druhém měsíci byla matka léčena pro zánět močového měchýře a pánvičky ledvinné. Porod byl v termínu a záhlavím. Po narození byly diagnostikovány mnohočetné anomálie a svalová hypotonie. Anomálie způsobují otevřená ústa, která nelze zavřít, masivní salivaci a patlavou řeč. Byl sledován pro deformitu obou nohou. Měl potíže po zátěži a delším stání. Prodělal operace pes equinovarus oboustranně. V roce 2011 mu byla předeepsána ortopedická obuv.

Rodinná anamnéza: Jeho matka je od roku 1997 v invalidním důchodu pro myotonickou dystrofii. Další zátěž v rodině nezjištěna.

Sociální anamnéza: Se svou matkou udržuje kontakt, ta jej nejméně 1x za měsíc navštíví. Jeho otec s matkou nežije, rozvedli se ještě, když byl hoch malý. Dříve býval o Vánocích a po celou dobu letních prázdnin doma. Odtud jezdíval pohublý a pohybově zesláblý. Byla zjevně zanedbávána péče o osobu svěřenou do péče. Odbor sociálních služeb a sociální práce proto zakázal, aby klient byl u matky tak dlouhou dobu. Mohl tam být maximálně dva týdny o Vánocích.

Pracovní anamnéza: Klient je zbaven svéprávnosti. Nikdy nebyl v pracovním poměru. Vykonává pomocné a úklidové práce v sociálně terapeutických dílnách a na oddělení DÚSP pod dohledem. Pobírá invalidní důchod.

Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 3. 5. 2012

Soběstačnost

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem, rozhovor s klientem, pozorování klienta při činnosti, standardizované testy)

Klient je soběstačný v PADL, v IADL je závislý na druhé osobě. Stravuje se samostatně, ale potřebuje více času než ostatní. Musí kousat malé kousky potravy, protože nedovře ústa. Umyje se sám, vlezte si do vany a pomalu si umyje celé tělo. Obléká se zcela samostatně. Na WC chodí sám. Občas se pomočuje. Močení ovládat umí, je líný si na WC bez upozornění včas dojít. Problém mu činí změna polohy (položít se, zvednout se, přetočit se). Leží-li na zemi, dostane se nejvýše do kleku, poté potřebuje oporu pod ruce, která mu pomůže se zvednout. Nemá sílu v nohou a nezvládne se jinak postavit.

S penězi nehospodaří, léky mu připravuje vychovatel, nakupovat sám nechodí. Odmítá se zapojovat do pomocných prací. Jedinou činnost, kterou je ochoten vykonávat, je vynášení odpadků, je-li požádán o jiný druh práce, odporuje a neudělá ji.

- Barthelův test (3. 5. 2012): 110 (nezávislý v PADL)
- Test IADL (3. 5. 2012): 15 (závislý v IADL)

Pohyblivost

(Zdroj informací: pozorování klienta při činnosti, vyšetření klienta)

Pohyblivost klienta je snížena díky svalové dystrofii. Není schopen provést flexi v krční páteři, protože má šíjové svaly velmi ochablé. Flexe nejde provést ani pasivně, neboť jsou na krku strukturální změny. Extenze je fyziologická.

Aktivní flexe v pravém rameni je 110°, pasivní je fyziologická. Aktivní flexe v levém rameni je 80°, pasivní fyziologická. Při flexi je souhyb lopatky. Omezení hybnosti v ramenním kloubu není zapříčiněno kloubními změnami. HKK drží v částečné flexi loketního kloubu, loketní klouby jsou deformovány. Je omezena extenze lokte aktivní i pasivní. Hybnost rukou je fyziologická. Zvládne dynamické i statické úchopy.

Pravá dolní končetina je v téměř absolutní vnitřní rotaci od kyčle po nohu. Pravá dolní končetina je celkově horší. Aktivní flexe v pravé kyčli je nemožná kvůli operaci musculus iliopsoas, pasivní hybnost je fyziologická. Levá kyčel je bez omezení. Abdukce na obou DKK 40°, addukce 20°, rotace zevní 45° a vnitřní 30°. Na pravém koleni je aktivní flexe 80°, pasivní fyziologická. Levé koleno je bez omezení. Nad 80° na pravé a nad 90° na levé DK se souhybem pánve. Dorzální ani plantární flexe hlezenního kloubu pravé nohy není možná. Nelze ani pasivně, z důvodu deformit na nohou. U levého hlezna je možná dorzální flexe 20°, pasivně lze dotáhnout do 30°. Na obou nohách jsou zhojené jizvy po ortopedických operacích nad oběma Achillovými šlachami. Na pánvi je jizva po operaci musculus iliopsoas.

Stojí a chodí samostatně. Chůze je ataktická. Našlapuje na špičky nohou. Při chůzi zatěžuje jen přední část chodidel a zevní hrany. Chodí cirkumdukci v pravé DK, v předklonu, se souhyby HKK.

Podélné klenby jsou oboustranně zvýšené. Nohy ve varózním postavení. Vlevo je valgozita v kolenním kloubu. U klienta byly vyšetřeny nestejně dlouhé DKK. Na levé DK je funkční délka o 3 cm, anatomická délka o 6 cm a levý femur o 2 cm kratší než na pravé DK. Obvody na obou DKK se také liší. Nad kotníky je pravá noha silnější o 0,5 cm, přes nárt je silnější o 2,5 cm. Je u něj proto vhodná ortopedická obuv s nestejně vysokými vložkami na vyrovnání rozdílné délky DKK a nastavitelným šněrováním pro nestejně silné nárti.

U klienta nacházíme netypický vrstvý syndrom. Svalová síla byla vyšetřována pouze orientačně. Svalový test nebyl použit, neboť se nepoužívá u primárních svalových onemocnění. Na krku nelze provést anteflexe hlavy z důvodu oslabených šíjových svalů (není ani záškrub). Prsní svaly jsou zkrácené. Ochablé břišní svalstvo stupeň 1. Zádové svalstvo je ochablé v horních dvou třetinách, bederní svalstvo má stupeň 3. Flexory na pravé paži stupeň 2+, na levé paži stupeň 2-. Svaly předloktí a ruky jsou v dobré svalové

kondici. Flexory kyčle na pravé straně stupeň 1, na levé straně 2. Extenzory kyčle mají svalovou sílu 3. Extenzory kolene na obou DKK mají svalovou sílu 4, ale svalová síla dlouho nevydrží, je zde malá výdrž. Flexory kolene 3. Vyšetření svalové síly na nohou nebylo prováděno kvůli deformitám na nohou a malé pohyblivosti v kloubech.

Kognitivní funkce

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, pozorování klienta při činnosti)

V letech 1984-1988 byl zařazen do pomocné školy, v roce 1988 byl zbaven povinné školní docházky. Ze školních znalostí zná pouze číselnou řadu do 10. Jiné početní úkoly nezná. Psát neumí. Nezná žádné písmeno abecedy. Je orientován místem i časem. Hodiny nezná, ví pouze, že ve 12 hodin je oběd a v půl třetí svačina. Jaký je den a měsíc neví. Roční období rozezná. Barvy umí. V roce 1996 byl zbaven zcela způsobilosti k právním úkonům.

Klient má těžkou vadu výslovnosti. Řeč je dyslalická, obtížně srozumitelná. Slovní zásoba odpovídá cca pětiletému dítěti. Odpovídá v krátkých větách. Nelze mu vše věřit. Rád a často si vymýšlí a lže.

Psychosociální funkce

(Zdroj informací: pozorování klienta při činnosti)

Klienta je nutno opakovaně motivovat a upřesňovat zadaný úkol. Pokud má provést složitější úkol, sděluje „To nejde“. Pokud mu však druhá osoba odpoví „Ale jde to“, úkol vykoná. Na práci se soustředil dobře, byl však značně pohodlný a lehce unavitelný. Vyžadoval přestávky. Po celou dobu terapie byl dobře emočně laděn. Často si vymýšlel a přibarvoval skutečnost. Veškeré informace bylo nutné ověřit u pracovníků, kteří jej znají. Tím způsobil, že mu nikdo nevěří, ani když mluví pravdu.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky: K terapii byl motivovaný a aktivně spolupracoval.

Slabé stránka: Propadal lenosti a pasivitě. Často si vymýšlel.

Dysfunkce, problémové oblasti: Přesuny z důvodu svalové dystrofie, snížené rozumové schopnosti z důvodu mentální retardace, problémy s artikulací a příjmem potravy.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Vyrobit talíř z novin
- Orofaciální stimulace pro zlepšení příjmu potravy a artikulaci
- Nacvičovat sedání na zem a vztyk ze země (pro případné pády)

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Dokončení tkané dečky
- Edukovat logopeda a ergoterapeuta, aby prováděl orofaciální stimulaci před logopedií a před jídlem
- Edukovat ergoterapeuta, aby nacvičoval sedání na zem a vztyk ze země

Kompenzační pomůcky, úprava bariér: Klient používá ortopedickou obuv se speciálními ortopedickými vložkami.

Průběžné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 25. 5. 2012

(Zdroj informací: pozorování klienta při činnosti)

U klienta během měsíční terapie nedošlo ke změně stavu. Důležité je kontrolovat, kdy byl klient naposledy na WC. Moč udrží, ale je líný si na WC včas dojít. Během terapie se dvakrát pomočil. Nutné je, aby terapeut dohlížel na jeho oblečení. Při teplotě 30°C seděl venku na lavičce ve svetru a nechtěl si jej sundat.

Zhodnocení krátkodobého ergoterapeutického plánu:

Vyrobít talíř z novin: Klient vyrobil za pomoci terapeuta finální výsledek. Byl schopen pracovat samostatně s minimální pomocí. Pro činnost byl motivovaný, výrobek se mu líbil. Byl však značně pohodlný a chtěl, aby za něj talíř vyrobil někdo jiný.

Orofaciální stimulace pro zlepšení příjmu potravy a artikulaci: Bude-li orofaciální stimulace prováděna dlouhodobě, může dojít k malému zlepšení. Výrazné zlepšení se nepředpokládá z důvodu vyššího věku klienta. Vhodné je stimulaci provádět před logopedií a před jídlem.

Nacvičovat sedání na zem a vztyk ze země: Je vhodné pokračovat v nácvičku lehu na zem a následnému vztyku ze země z důvodu zautomatizování činnosti.

Závěrečné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 9. 1. 2013

(Zdroj informací: pozorování klienta při činnosti, rozhovor s personálem, standardizované testy))

U klienta bylo prováděna terapie znovu po osmi měsících. Nebyly zpozorovány žádné výrazné změny jak v pohybové, tak kognitivní oblasti. PADL i IADL aktivity mají stejné hodnoty, jako při prvním měření v květnu roku 2012. Pracovníci DÚSP, kteří klienta znají a jsou s ním v každodenním kontaktu, zaznamenali po návratu klienta z domova, kde byl o Vánocích asi 2 týdny, lehké fyzické zhoršení. Doma také pohubl.

- Barthelův test (9. 1. 2013): 110 (nezávislý v PADL)
- Test IADL (9. 1. 2013): 15 (závislý v IADL)

Zhodnocení dlouhodobého plánu:

Dokončení tkané dečky: Plán splněn nebyl ani za osm měsíců. Klient na dečce pilně pracuje. Práce mu však velmi nejde a dělá mnoho chyb. Netká-li pozorně, na dečce vznikají oka. Tento kus je nutno vypárat. Někdy klient sám od sebe páře, aniž musí. Terapeut jej musí při práci často kontrolovat, aby k páření nedocházelo.

Edukovat logopeda a ergoterapeuta, aby prováděl orofaciální stimulaci před logopedií a před jídlem: Logoped stimulaci prováděl. Ke zlepšení orofaciální oblasti nedošlo, ale zachoval se aktuální zdravotní stav, nedošlo ke zhoršení.

Edukovat ergoterapeuta, aby nacvičoval sedání na zem a vztyk ze země:
Ergoterapeut činnost nacvičoval, klient má techniku zautomatizovanou a zvládá ji.

10.3 Kazuistika 3

Základní údaje

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace)

- Pohlaví: žena
- Věk: 25
- Datum přijetí: 28. 3. 1999
- Hlavní diagnóza: Dětská mozková obrna – hypotonická forma s pravostrannou hemiparézou
- Vedlejší diagnóza: středně těžká mentální retardace (IQ 49), vadné držení těla

Anamnéza

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem)

Osobní anamnéza: Dítě ze třetího těhotenství, porod byl termínu a spontánní. Od třetího měsíce byla klientka kontrolována neurologem pro centrální hypotonický syndrom, od té doby dochází na rehabilitaci. V šesti letech dosahoval její mentální věk 2-4 let.

Rodinná anamnéza: Neznámá.

Sociální anamnéza: Matka je svobodná, není známo, kde bydlí. Otec není uveden, nelze zjistit. Má další tři sourozence v náhradní rodinné péči. Před 14-ti lety byla klientka přijata do DÚSP z Jedličkova ústavu.

Pracovní anamnéza: Klientka je zbavena způsobilosti k právním úkonům. Navštěvovala pomocnou školu, kde prospívala a splňovala požadavky dle osnov. Pobírá invalidní důchod. Je zaměstnána v rámci Diagnostického ústavu sociální péče.

Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Datum: 2. 5. 2012

Soběstačnost

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, rozhovor s personálem, rozhovor s klientkou, pozorování klientky při činnosti, standardizované testy)

Klientka zvládá samostatně všechny složky PADL, většinu IADL za ni vykonává DÚSP. Obléká si samostatně horní i dolní polovinu těla, sama se nají i napije, hygienu provádí samostatně, na WC si dojde, kdy potřebuje. Nezná hodnotu peněz, z toho důvodu není schopná samostatně nakupovat.

- Barthelův test (2. 5. 2012): 120 bodů (nezávislý v PADL)
- Test IADL (2. 5. 2012): 20 bodů (závislý v IADL)

Pohyblivost

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti, vyšetření klientky)

Je přítomné vadné držení těla s výrazným ochablým břišním svalstvem a hrudní hyperkyfózou. Klientka má pravostrannou hemiparézu. Na pravé straně jsou svalové hypotrofie. Celková síla je u klientky snižena.

Problém dělá úchop válcový, úchop do pěsti, zapínání zipu a patentu pravou HK. Knoflík zvládne rozepnout i zapnout pouze oběma HKK. Vázne supinace předloktí. Je přítomna asymetrie ramenních kloubů a protrakce ramen. Na nohách je planovalgus, valgózní postavení DKK. Hybnost na DKK je uspokojivá všemi směry. Vázne dorzální flexe v pravém hleznu.

Klientka chodí samostatně bez opory. Při chůzi vytáčí nohy do supinace a napadá na pravou stranu. Chůze do schodů je spíše nejistá, s oporou o zábradlí, střídá obě DKK. Používá ortopedickou obuv se speciálními vložkami. Při vyšetření stojí na jedné DK, je stabilnější na levé DK.

Kognitivní funkce

(Zdroj informací: odběr dat ze zdravotnické dokumentace, pozorování klientky při činnosti)

Klientka dosahuje IQ 49, tzn. středně těžká mentální retardace. Umí pojmenovat zvířata, zná barvy, umí počítat s pomocí počítadla (pouze čísla do 10), umí číst, psát, kreslit. Rozumí pojům a odpoví. Je plně orientovaná místem i časem. Rozumí pojům včera, dnes a zítra. Vyjmenuje roční období, ale měsíce ne. Zná své jméno a věk. Rozpozná čas na digitálních hodinách, obyčejné hodiny jí činí drobné potíže. Digitální náramkové hodinky nosí na ruce.

Řeč je omezená po stránce formální i obsahové. Tvoří jednodušší věty. Při formulování složitějších vět se zadržává a déle jí to trvá. Slovní zásoba není vzhledem k její mentální kapacitě tak chudá. Rozumí, provede instrukci.

Píše v psané podobě jednoduchá slova. Umí psát tiskacím písmem a to pouze opisem. Samostatně umí napsat své jméno. Tužku drží správně ve špetce jak levou, tak pravou HK. Čte po slabikách dvouslabičná a jednoduchá slova, vymýšlí si ale hlásky ve slovech. Kresba je spíše jednodušší a dětská, která odpovídá předškolnímu věku dítěte.

Psychosociální funkce

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti)

Klientka je lehce citově labilní. Výrazně projevuje své emoce. Radost projevuje výrazným smíchem, potleskem rukou a pochlebením se všem se svou prací. Vztek a smutek projevuje křikem a pláčem.

Ergoterapeutický plán

Silné stránky: Samostatná chůze a mobilita, spolupráce klientky

Slabé stránka: Netrpělivost, psychická labilita, tvrdohlavost

Dysfunkce, problémové oblasti: Ergonomie sedu, nedostatečné zapojování hemiparetické HK do ADL

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Vyrobit talíř z novin
- Zlepšení ergonomie sedu
- Zapojování více hemiparetické HK do aktivit
- Trénink kognitivních funkcí (matematické úkony do 10, zapamatování si krátké říkanky)

Dlouhodobý ergoterapeutický plán: Edukovat ergoterapeuta, aby dohlížel na správnou ergonomii sedu a na zapojování hemiparetické HK do aktivit

Kompenzační pomůcky, úprava bariér: Ortopedická obuv

Průběžné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 25. 5. 2012

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti)

Klientka byla lehce citově labilní. Měla-li radost, tleskala a skákala. Pokud ovšem měla špatnou náladu nebo ji něco rozzlobilo, s věcmi házela a křičela. Negativní projevy mívala minimálně.

Klientka byla ráda chválena, proto se snažila po celou měsíční terapii být aktivní a spolupracovat. Své úkoly plnila pilně a precizně. Naskytl-li se nějaký problém a terapeut klientce řekl, že činnost provádí špatně, velmi ji to rozzlobilo a činnost dále nevykonávala.

Zhodnocení krátkodobého ergoterapeutického plánu:

Vyrobít talíř z novin: Klientka si za minimální pomoci terapeuta vytvořila finální výrobek. Činnost ji bavila. U této techniky byla využita souhra ruka-ruka. Klientka musela aktivně využívat paretickou HK.

Zlepšení ergonomie sedu: Po měsíční terapii se klientka naučila nosit polštářek a podkládat si jím záda, v přítomnosti terapeuta se snažila držet posturu, a to hlavně ze začátku terapie. Ke konci terapie seděla znovu ve zhrouceném sedu, neboť byla unavená. Nebyl-li terapeut v blízkosti, na kvalitu sedu nedbala.

Zapojování více hemiparetické HK do aktivit: Klientka zapojovala paretickou končetinu po měsíční terapii do činností častěji než na začátku, což bylo způsobeno intenzivní a individuální terapií a neustálou přítomností terapeuta. Nebyl-li terapeut v blízkosti, pracovala výhradně zdravou rukou.

Trénink kognitivních funkcí: Klientka ráda počítala na počítačle lehké matematické úkony do 10, četla jednoduché říkanky, poznávala zvířata a situace.

Závěrečné ergoterapeutické vyšetření

Datum: 9. 1. 2013

(Zdroj informací: pozorování klientky při činnosti, rozhovor s personálem)

U klientky po osmi měsících bylo zpozorováno hlavně zhoršené chování. Byla častěji podrážděná a projevovala se agresivně. Agresi projevovala sebepoškozováním. Postavila se ke zdi a mlátila do ní hlavou. Bylo nutné ji utěšit a povzbudit.

Co se týká pohybové složky, zlepšila se chůze, nenapadá tolik na pravou stranu. Ergonomie sedu ani zapojování paretické končetiny do aktivity se nezlepšila, ba naopak. Pravou HK odmítla používat úplně, aniž by s ní zkusila pracovat. Při slovním vedení křičela, že vše ví. Při stavění stavebnice z kostek se rozzlobila, že jí činnost nejde a shodila kostky vztekle ze stolu.

- Barthelův test (2. 5. 2012): 120 bodů (nezávislý v PADL)
- Test IADL (2. 5. 2012): 20 bodů (závislý v IADL)

Při agresi klientky je vhodné, aby se posadila do křesla do rohu místnosti a zůstala chvíli v klidu. Po chvíli je dobré za ní jít a přátelsky s ní promluvit o tom, co ji právě trápí.

Zhodnocení dlouhodobého plánu:

Edukovat ergoterapeuta, aby dohlížel na správnou ergonomii sedu a na zapojování hemiparetické HK do aktivit: Ergoterapeut se pokoušel během předchozích osmi měsíců klientku motivovat. Díky její momentální agresi, která podle personálu trvá již déle než dva měsíce, není motivace možná.

9 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, v jakém rozsahu je v ČR v současné době poskytována v zařízeních sociálních služeb ergoterapie. Zjišťováno bylo, v kolika a v jakých zařízeních je ergoterapie prováděna. Dále bylo zkoumáno, jací pracovníci ergoterapii provádějí a jakých složek při tom využívají.

K tomuto šetření byl sestaven dotazník, který byl rozeslán elektronickou poštou do 800 zařízení po celé České republice. Dotazník obsahoval deset uzavřených otázek, z toho šest výčtových a čtyři výběrové. Vyplněný dotazník odeslalo zpět 145 zařízení. Návratnost byla 18 %. Zjištěné údaje jsou přehledně zaznamenány do tabulek a grafů, které se nacházejí v první polovině praktické části bakalářské práce.

Kvalitativní výzkum byl původně zaměřen na seniory trpící demencí. V zařízení, které se těmito jedinci zabývá, byla prováděna terapie v období října až listopadu roku 2012. V tomto domově nebylo dostatečně umožněno provádění ergoterapeutické intervence, proto byla působnost předčasně ukončena. Pro kazuistické šetření byli následně vybráni klienti se středně těžkou mentální retardací, u nichž probíhala terapie již v květnu roku 2012 v rámci souvislé odborné praxe. U těchto klientů se zkoumalo, zdali při individuální a pravidelné terapii dochází ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Kazuistické šetření, ve kterém se nachází základní a anamnestické údaje, vstupní ergoterapeutické vyšetření, ergoterapeutický plán, průběžné a závěrečné ergoterapeutické vyšetření, je zaznamenáno v druhé polovině praktické části bakalářské práce. Terapeutické jednotky všech klientů jsou uvedeny v přílohách.

Stanoveno bylo pět hypotéz, které jsou zaznamenány kapitole Hypotézy. Čtyři hypotézy byly postaveny na dotazníkovém šetření. Jedna hypotéza byla založena na kazuistickém šetření.

9.1 Diskuze k hypotéze číslo 1

Hypotéza č. 1: „Předpokládám, že ze složek ergoterapie je v zařízeních sociálních služeb častěji využívána ergoterapie nespecifická oproti ergoterapii zaměřené na poradenství.“

Nynější hypotéza byla zaměřena na četnost složek ergoterapie v zařízeních sociálních služeb. Cílem bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření, které odvětví ergoterapie převažuje. Touto hypotézou se zabývala otázka číslo 9 „Jaké složky ergoterapie jsou využívány na Vašem pracovišti?“.

První hypotéza byla potvrzena. V zařízeních sociálních služeb je častěji využívána ergoterapie nespecifická. Využívá ji 86 zařízení z 94. Ergoterapie zaměřená na poradenství je využívána ve 13 zařízeních. Procentuální vyjádření ergoterapie nespecifické ku ergoterapii zaměřené na poradenství je 33 % ku 5 %.

Mgr. Mária Krivošíková uvádí, že ergoterapie zaměstnáváním je nejstarší a tedy i v širším povědomí odborné i laické veřejnosti nejznámější. Oproti tomu ergoterapie zaměřená na poradenství se dostává do popředí hlavně v posledních letech, proto není tolik využívána jako složka předchozí (2011, s. 26, 28). Autorka potvrzuje hypotézu.

9.2 Diskuze k hypotéze číslo 2

Hypotéza č. 2: „Předpokládám, že ergoterapie je zastoupena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem.“

Tato hypotéza měla objasnit v jakém ze dvou vymezených druhů zařízení je ergoterapie prováděna častěji. Ke zjištění této hypotézy bylo zapotřebí otázky číslo 1 „Jaký druh zařízení provozujete?“ a otázky číslo 4 „Probíhá ve Vašem zařízení ergoterapie?“.

Tato hypotéza se nepotvrdila. V domovech pro seniory je ergoterapie využívána v 68 % ze všech domovů pro seniory, v domovech se zvláštním režimem je využívána v 76 % ze všech domovů se zvláštním režimem. Z těchto faktů vyplývá, že ergoterapie je častěji zastoupena v domovech se zvláštním režimem než v domovech pro seniory.

8.3 Diskuze k hypotéze číslo 3

Hypotéza č. 3: „Předpokládám, že z expresivních technik se v zařízeních sociálních služeb častěji využívá muzikoterapie než arteterapie.“

Třetí hypotéza měla za úkol zjistit, která z podpůrných terapií je v praxi běžnější. Nynější hypotéza se nechala zjistit pomocí otázky číslo 10 „Které aktivizační programy využíváte ve Vašem zařízení?“.

Tato hypotéza se potvrdila. Muzikoterapie je využívána v 93 zařízeních sociálních služeb, arteterapie v 85 zařízeních. Procentuální vyjádření je 21 % ku 20 %.

9.4 Diskuze k hypotéze číslo 4

Hypotéza č. 4: „Předpokládám, že v zařízeních sociálních služeb jsou pro ergoterapeutickou intervenci více zaměstnání sociální pracovníci než profesní ergoterapeuté s kvalifikací specializace ve zdravotnictví.“

Cílem této hypotézy bylo zjistit, kdo ze dvou výše uvedených pracovníků provádí ergoterapeutickou intervenci častěji. Hypotézu objasnila otázka číslo 8 „Provádí ergoterapii kvalifikovaný ergoterapeut či jiný pracovník multidisciplinárního týmu?“.

Čtvrtá hypotéza se potvrdila. Sociální pracovníci provádějí ergoterapeutickou intervenci v 26 zařízeních (15 %), ergoterapeuti s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním v 18 zařízeních (11 %). Tento výsledek je vyšší u sociálních pracovníků.

Je třeba podotknout, že existují také ergoterapeuti s atestací, kteří se považují za profesního ergoterapeuta s kvalifikací ve zdravotnictví. Tato skupina nebyla zařazena do výzkumu z důvodu toho, že velká většina ergoterapeutů s atestací má ergoterapii jako souběžné zaměření s jeho vlastní odborností (fyzioterapeut, logoped, zdravotní sestra a dřívější obor rehabilitační sestra).

Snahou bylo porovnat statistiku ergoterapeutů, pracujících v sociálních službách, s výsledky tohoto výzkumu. Jednatelka České asociace ergoterapeutů Mgr. Jana Náhlá odpověděla na dotaz e-mailem. Uvedla, že celkový počet ergoterapeutů pracujících v ČR je obtížně dohledatelný, protože ergoterapeuté, pracující právě v zařízeních sociálních služeb,

nemají dle zákona povinnost být registrováni. Informovala však o počtu členů České asociace ergoterapeutů k lednu roku 2013, a to 207, a o počtu ergoterapeutů registrovaných v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně rovněž k lednu 2013, a to 855. Díky těmto skutečnostem není možné porovnání statistických údajů s výsledky kvantitativního šetření.

9.5 Diskuze k hypotéze číslo 5

Hypotéza č. 5: „Předpokládám, že u klientů se středně těžkou mentální retardací v dospělém věku dojde po osmi měsíční terapii ke zlepšení zdravotního stavu.“

Tato hypotéza byla založena na kazuistickém šetření u tří klientů s mentální retardací, jež mají pobyt v diagnostickém ústavu sociální péče. Hypotéza se ověřovala standardizovaným testem Barthel index.

Kazuistika 1: Při vyšetření po osmi měsících nebyly zpozorovány žádné výrazné změny. Klientka je stejně soběstačná v PADL i IADL. Při tréninku kognitivních funkcí poznává zvířata, situace, různé předměty. Problémy nadále činí barvy a čísla. Barthelův test při měření v květnu roku 2012 i lednu roku 2013 byl shodný, a to 120 bodů, tj. nezávislost v PADL.

Kazuistika 2: U klienta byla prováděna terapie znovu po osmi měsících. Nebyly zpozorovány žádné výrazné změny jak v pohybové, tak kognitivní oblasti. PADL i IADL aktivity mají stejné hodnoty jako při prvním měření v květnu roku 2012, tj. Barthel index 110 bodů.

Kazuistika 3: U klientky po osmi měsících bylo zpozorováno hlavně zhoršené chování. Byla častěji podrážděná a projevovala se agresivně. Na personálních všedních denních činnostech však změna chování neměla žádný vliv, neboť měření Barthel indexu bylo v obou obdobích shodné, a to 120 bodů.

Hypotéza se nepotvrdila. V personálních běžných denních činnostech zůstali klienti stejně soběstační jako před osmi měsíci. Výrazné změny nenastaly u kazuistiky 1 a 2. Zhoršené chování nastalo u kazuistiky 3.

Podle Prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerové, CSc. je mentální retardace je trvalá a nelze ji vyléčit. I přesto je však v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Veškeré terapeutické metody slouží především k podpoře přijatelného rozvoje těchto osob. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentálním deficitem je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, terapeutických, výukových a jiných vlivů. Rozvoj sociálních dovedností a nácvik soběstačnosti u těchto osob trvá delší dobu. Většinou jsou schopni zvládat základní normy chování, sociální návyky a jednoduché formy komunikace. Tyto aktivity a návyky lze většinou rozvíjet, a to i v dospělosti (2004, s. 289, 308, 315).

Podle PhDr. Josefa Slowíka, Ph.D. dosahují lidé s mentálním postižením vrcholu svého vzdělávacího potenciálu ve věku 26-ti let. V tomto věku musí jedinci také ukončit základní vzdělávání ve speciálních školách. Tato hranice je daná ze zákona. Velmi důležité je opakování nabytých vědomostí a dovedností v průběhu celého života (2007, s. 116).

Při terapii s mentálně postiženými klienty je nezbytná velká trpělivost a empatie. Důležité je navodit s klienty vztah, který vnímají jako kamarádský a důvěrný. To je zbavuje zbytečných zábran před cizí osobou, chovají se pak zcela přirozeně a jsou motivováni pro terapeutickou intervenci.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat rozšíření a využití ergoterapie v ČR. Formou dotazníku, bylo zjištěno, že ergoterapie probíhá v 65 % zařízeních sociálních služeb. Z výsledků výzkumu lze tvrdit, že ergoterapie v ČR je na dobré úrovni, protože probíhá ve více než polovině zařízení. Vzhledem k tomu, že návratnost dotazníku od respondentů byla 18 %, nepovažuje se výsledek výzkumu za dostačující. Z těchto informací lze tvrdit, že ergoterapie v ČR na dobré úrovni v sociálních službách není. Dá se předpokládat, že většina respondentů ergoterapii ve svých zařízeních neprovozuje a proto na dotazník nereagovali. Pro lepší a kvalitnější informace než získané dotazníkovou metodou by bylo lepší navštívit osobně daná zařízení. Tato myšlenka je však nereálná vzhledem k časové tísní a množství respondentů.

Sepsáním této práce byla nastíněna problematika „Ergoterapie v zařízeních sociálních služeb“. Pro sepsání práce bylo nezbytné prohloubení znalostí ze sociální sféry a metod aktivizace. Pro dobré zpracování kazuistického šetření a dobrý terapeutický plán bylo nutné důkladné nastudování mentální retardace, Downova syndromu, dětské mozkové obrny a svalových dystrofií. Cíl práce byl splněn, stanovené hypotézy byly pomocí kvantitativního šetření objasněny.

Tento text by měl sloužit pracovníkům v sociální i zdravotní sféře. Pojednává ve zkratce o ergoterapii v kontextu sociálních služeb. V praxi je nezbytná dobrá spolupráce multidisciplinárního týmu. Každý odborník tohoto týmu by měl znát základní metody a náplň práce svých spolupracovníků. Jelikož je ergoterapie v současné době v České republice stále málo rozšířená a podporovaná, není ani v multidisciplinárním týmu příliš zastoupená. Snahou práce je podat základní výčet ergoterapeutických intervencí v zařízeních sociálních služeb.

LITERATURA A PRAMENY

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. Praha: Portál, 2000. 200 s. ISBN 80-7178-428-1.
3. COTEC. [online]. [cit. 14. 3. 2013]. Dostupné z: <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/A5%20Cotec%203%20Gate.pdf>
4. ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
5. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění k 1. 1. 2012, o sociálních službách*. [online] In: T.I.G.E.R. [cit. 15. 11. 2012]. Dostupné z: http://www.tigeragency.cz/soubory/legislativa/108_2006_sb-o-socialnich-sluzbach.pdf
6. ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. 120 s. ISBN 80-7254-7.
7. DEKRA. [online]. [cit. 16. 3. 2013]. Dostupné z: <http://www.dekra-automobil.cz/index.php?file=sezstka.php>
8. DIAGNOTICKÝ ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE ČERNOVICE. [online]. [cit. 14. 2. 2013]. Dostupné z: <http://web.telecom.cz/dusp-cernovice/>
9. DUŠOVÁ, Bohdana. *Aktivizace ve stáří*. [online] ZSF OU Ostrava [cit. 22. 11. 2012]. Dostupné z: http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_11.pdf
10. HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: Léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. 296 s. ISBN 80-7225-190-2.
11. JANEČKOVÁ, Hana, KALVACH, Zdeněk, HOLMEROVÁ, Iva. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Zdeněk aj. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
12. JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. Reminiscence – využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. 150 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
13. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online] ČAE: 2007 [cit. 5. 11. 2012]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
14. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

15. KANTOR, Jiří et al. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
16. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 265 s. ISBN 978-7013-535-8.
17. KLUSOŇOVÁ, Eva, ŠPIČKOVÁ, Jiřina. *Ergoterapie I – učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1988. 184 s. ISBN 80-201-0030-x.
18. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713. s. ISBN 978-80-7262-657-1.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích*. Svazek 1, A-L. Praha: Ottovo nakladatelství, s. r. o., 2003. 736 s. ISBN 80-7181-938.
20. KOŠTÁLKOVÁ, Olga, LUPIENSKÁ, Natálie, UHLÍŘOVÁ, Jaroslava. *Žijte každý den – praktická cvičení a aktivity pro osoby po CMP*. [online] 14. 2. 2012 [cit. 22. 11. 2012]. Dostupné z:
http://ergoaktiv.cz/storage/CMP_cviceni%20na%20kazdy%20den_fin.pdf
21. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
22. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
23. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
25. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 1. 12. 2012]. Dostupné z:
<http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenyhledavanisluzby>
27. MIŠURCOVÁ, Věra, FIŠER, Jiří, FIXL, Viktor. *Hra a hračka v životě dítěte*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. 143 s. ISBN 14-112-89.
28. NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, 2006. 160 s. ISBN 80-00-01809-8.
29. PEŠKOVÁ, Markéta. *Ergoterapie není žádné vyšívání*. [online] 21. 9. 2009 [cit. 5. 11. 2012]. Dostupné z: <http://www.topzine.cz/ergoterapie-neni-zadne-vysivani>

30. PFEIFER, Jan. *Ergoterapie II – učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990. 169 s. ISBN 80-201-0004-0.
31. ROVNÝ, Miroslav, ZDENĚK, Dalibor. *Pohybové hry*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo Bratislava, 1982. 205 s.
32. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. [online] *Aktivizace* [cit. 22. 11. 2012]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=aktivizace
33. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
34. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
35. VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
36. VOSTROVSKÁ, Helena. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. Praha: Státní zdravotnický ústav, 1998. 21 s.
37. VOTAVA, Jiří et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 208 s. ISBN 80-246-0708-5.
38. VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Technická univerzita v Liberci, 2009. 70 s. ISBN 978-80-7372-449-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 1

Příloha 3 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 2

Příloha 4 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 3

Příloha 5 – Fotografická dokumentace u klientů s MR

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

1) Jaký druh zařízení provozujete?

- a) Domov pro seniory
- b) Denní stacionář
- c) Týdenní stacionář
- d) Domov pro osoby se zdravotním postižením
- e) Domov se zvláštním režimem
- f) Chráněné bydlení
- g) Centrum denních služeb
- h) Sociálně terapeutické dílny
- i) Jiné zařízení: ...

2) V jakém kraji je Vaše zařízení?

- a) Jihočeský
- b) Plzeňský
- c) Praha
- d) Jihomoravský
- e) Středočeský
- f) Karlovarský
- g) Královehradecký
- h) Ústecký
- i) Liberecký
- j) Moravskoslezský
- k) Olomoucký
- l) Pardubický
- m) Vysočina
- n) Zlínský

3) Pro jaké klienty je Vaše zařízení určeno?

- a) Klienti tělesně postižení
- b) Klienti s poruchami zraku
- c) Klienti s poruchami sluchu
- d) Klienti s onemocněním vnitřních systémů
- e) Klienti psychicky nemocní
- f) Klienti mentálně postižení
- g) Klienti s narušenou komunikační schopností
- h) Geriatřičtí klienti
- i) Klienti s poruchami chování
- j) Jiní klienti

4) Probíhá ve vašem zařízení ergoterapie?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděli na otázku č. 4 „ano“, odpovězte, prosím, i na následující dotazy. V opačném případě se přesuňte na otázku č. 10.

5) Jak často ergoterapie probíhá?

- a) 1x týdně
- b) 2x týdně
- c) 3x týdně
- d) 4x týdně
- e) 5x týdně
- f) 6x týdně
- g) 7x týdně

6) Forma ergoterapie je:

- a) Skupinová
- b) Individuální
- c) Skupinová + individuální

7) Kde je ergoterapie prováděna?

- a) Ergoterapeutická dílna
- b) Tělocvična
- c) Chodba
- d) Pokoj klienta
- e) Jídelna
- f) Jinde

8) Provádí ergoterapii kvalifikovaný ergoterapeut či jiný pracovník multidisciplinárního týmu?

- a) Ergoterapeut (vzdělání vyšší odborné nebo bakalářské v oboru ergoterapie)
- b) Ergoterapeut (akreditovaný kurz v oboru ergoterapie)
- c) Fyzioterapeut
- d) Sociální pracovník
- e) Speciální pedagog
- f) Pečovatel
- g) Jiný pracovník

9) Jaké složky ergoterapie jsou využívány na Vašem pracovišti?

- a) Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností
- b) Ergoterapie nespecifická (zaměstnávání, kondiční, psychologická) – rukodělné činnosti, společenské hry, poslech hudby atd.
- c) Ergoterapie specifická (cílená, funkční, orgánová) – zaměřená na zlepšení problémové oblasti klienta (např. zlepšení psychických funkcí, kognitivních funkcí, fyzického stavu atd.)
- d) Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností – oblékání, sebesycení atd.
- e) Ergoterapie zaměřená na poradenství

10) Které aktivizační programy využíváte ve Vašem zařízení?

(Zaškrtnete-li bod f), označte, prosím, které konkrétní terapie využíváte.)

- a) Trénink kognitivních funkcí
- b) Pohybové aktivity
- c) Kulturní programy
- d) Kreativní techniky
- e) Aktivity zaměřené na běžné denní činnosti
- f) Podpůrné terapie (muzikoterapie, arteterapie, tanečně-pohybová terapie, animoterapie /canisterapie, hipoterapie/)
- g) Hra
- h) Reminiscence
- i) Jiné: ...

Příloha 2 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 1

Výroba talíře z novin

Datum: 4. 5. 2012

Typ terapie: individuální

Frekvence: 2 dny v týdnu

Délka: 1 hodina

Cíl: vyrobit finální výrobek, rozvoj komunikačních schopností, rozvoj jemné motoriky

Náplň: práce s papírem

Předměty, které byly využity k terapii: noviny, plastová krabička, miska, tapetové lepidlo, keramický talíř, štětec, nůžky červená a bílá barva (Primalex), bezbarvý lak, noviny jako podložka na stůl, ubrousek s motivem a lepidlo Herkules.

Referenční rámec: biomechanický, behaviorální, kognitivní

Přístup: biomechanický

Postup:

Nejdříve bylo potřeba, aby si klientka obstarala veškeré pomůcky k činnosti. K tomu bylo potřeba, aby poprosila kompetentního pracovníka o zapůjčení. Cílem byl rozvoj komunikačních schopností a socializace.

Měla-li klienta připravené veškeré pomůcky, mohla začít pracovat. Prvním krokem bylo natrhání novin na malé kousky. Tento proces trval 2 dny. Následovalo oblepení keramického talíře natrhanými kousky novin. Do misky si musela klientka nalít tapetové lepidlo. Poté vzala kousek novin, namočila jej do lepidla, položila jej na talíř a uhladila, aby papír nebyl zmačkaný. Kousky novin lepila vedle sebe tak, aby talíř úplně zakryla. Bylo potřeba nalepit alespoň deset vrstev novinových kousků přes sebe. Tato část činnosti trvala další 2 dny. Bylo potřeba nechat talíř 3 dny uschnout. Jakmile byl talíř suchý, sloupala jej. Okraje byly potřeba zastříhnout, neboť byly střípaté. Se zastříháváním klientce

pomohl terapeut. Následně si klientka vzala bílou barvu a talíř po obou stranách natřela ve dvou vrstvách. Po zaschnutí jej natřela ještě červenou barvou. Klientka si vybrala ubrousek s kytkami, který po vystřížení nalepila na hotový talíř. Květiny pomohl vystříhnout terapeut. Závěrečnou činností bylo přelakování talíře bezbarvým lakem a úklid pomůcek.

Zhodnocení terapeutické jednotky

Klientka dobře spolupracovala a snažila se pracovat sama. Byla-li sama, nepracovala a vždy čekala, až k ní přijde terapeut, aby ji slovně doprovázel. Technika časově vyšla na měsíc práce. Započteny jsou i dny, kdy na terapii nebyla, a dny kdy výrobek schnul.

Příloha 3 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 2

Nácvik sedání na zem a vztyk ze země

Datum: 4. 5. 2012

Typ terapie: individuální

Frekvence: 2 dny v týdnu

Délka: 1 hodina

Cíl: nácvik sedání na zem a vztyk ze země pro případné pády

Náplň: pohybová aktivita

Předměty, které byly využity k terapii: žádné

Referenční rámec: biomechanický, kognitivní

Přístup: biomechanický, adaptační

Postup:

Osoby s mentální retardací mají problémy se zvednout ze země. Hlavním důvodem není fyzická nekondice, ale kognitivní deficit. Jakmile upadnou, nevědí, jak se zvednou. Zůstanou proto ležet, než je někdo najde a poradí jim, jak se ze země zvednout. Tento problém byl i tohoto klienta, u něhož byla i díky svalové dystrofii narušená fyzická kondice.

Klient se měl posadit a následně položit na zem na záda. Ze začátku nevěděl, jak tuto činnost provést. Nejprve se hluboce předklonil a opřel ruce o zem. Poté flektoval levé koleno, vytočil pánev k pravé straně a položil hýždě na zem. Následně uchopil pravou DK pravou rukou za bérec a přenesl ji před tělo. Poté mohl obě DKK extendovat v kolenních kloubech. Rukama se opřel za tělem, nadzvedl mírně pánev a posunul ji kaudálním směrem. Následně se začal pomalu pokládat. Hlavu držel v záklonu, nedokáže ji flektovat. Položil nejprve pravé rameno a pravou HK, hlava je přitom točena k pravé straně. Až

potom se položilo levé rameno a následovalo dotočení hlavy do střední roviny. Klient ležel na celých zádech.

Následujícím pokynem bylo přetočení se ze zad na břicho. Klient přetočil horní polovinu trupu za levou HK. Následně se zvedala i levá DK a mýjela ležící pravou DK. Klient přetočil celé tělo do polohy pronační s opřením o lokty.

Dalším úkolem bylo se dostat z polohy na břicho do polohy v sedě. Klient se musel nejprve položit zpět na záda až pak se zvednout do sedu. Více se opíral o levou HK. Ruce byly při opření rozvinuté.

Nyní se měl zvednout ze sedu do stoje. Jako první si v sedu pasivně pokrčil pravé koleno pravou rukou. Následně pokládal obě kolena na levou stranu. Z této polohy se vyhoupl do vzpřímeného kleku. V této pozici došel až k žebřinám. O žebřiny se opřel oběma rukama. Zvedl levou DK a opřel ji o plosku nohy. Zvedal se do vzpřímeného stoje se zatížením levé DK. Pravou DK nejprve extendoval v koleni a cirkumdukci ji přenesl vedle stojné DK. Stabilně se postavil na obě nohy a od žebřin odešel.

Zhodnocení terapeutické jednotky

Tato aktivita byla pro klienta velmi namáhavá. Báł se, že činnost nezvládne. Při dobrém slovním vedení a podpory terapeuta úkol zvládl. Bylo nezbytné jej neustále chválit a motivovat. Terapeut slíbil klientovi, že pokud činnost zvládne, namasíruje mu obličej (orofaciální stimulace). Tato odměna jej motivovala.

Příloha 4 – Terapeutická jednotka ke kazuistice 3

Ergonomie sedu a zapojování paretické končetiny do aktivit

Datum: 3. 5. 2012

Typ terapie: individuální

Frekvence: 3 dny v týdnu

Délka: 1 hodina

Cíl: ovlivnění kvality sedu a zapojování paretické končetiny do činností

Náplň: pohybová aktivita, ovlivnění vadného držení těla,

Předměty, které byly využity k terapii: polštářek, míček na míčkování, panel nástrojů, terapeutická hmota střední tuhosti (červená)

Referenční rámec: biomechanický, kognitivní, neurovývojový

Přístup: biomechanický, metoda dle Roodové

Postup:

Prvním úkolem bylo naučit klientku správný ergonomický sed. Terapeut požadoval po klientce, aby si na každou terapii nosila polštářek, který si vložila mezi záda a opěradlo židle. Polštářek zajišťoval fyziologickou lordózu bederní páteře, zlepšoval celkové držení těla. Dále bylo nezbytné, aby si klientka sedla blízko ke stolu a měla celé hýždě na sedadle, plosky nohou pevně opřené a na šíři pánve. Nejtěžší pro ni bylo držet vzpřímené držení těla a nechat na stole položené obě HKK. Nebyla-li upozorněna, seděla ve zhrouceném sedu se svěřenou pravou HK.

Byl-li správný ergonomický sed, mohla začít druhá část terapie, a to ovlivnění paretické horní končetiny. Nejprve bylo potřeba hypotonickou ruku nastimulovat. K tomu byla využita technika míčkování a kartáčování. Následovala práce s panelem nástrojů. Trénovalo se vyvlékání a navlékání tkaničky do dírek, zavazování tkaničky, rozepínání a zapínání zipu, patentů a knoflíků. Na posílení svalů celé HK byla zvolena terapeutická

hmota střední tuhosti (červená). Klientka si ji sama vyndala z krabičky, vypracovala do kuličky a následně do válce. Válec chytila po stranách oběma rukama a roztahovala do šířky. Poté delší váleček položila na stůl a jednotlivými prsty do hmoty mačkala. Poté z hmoty opět vymodelovala váleček a vytvořila šneka. Hmotu znovu zpracovala do kuličky, položila na stůl a silou dlaně kuličku rozmáčkla do placky. Nyní jednotlivými prsty vytvářela paprsky (od středu roztahovala hmotu ke krajům). Nakonec pomocí nehtů udělala sluníčku obličej. Po skončení terapie hmotu opět uklidila do krabičky a odnesla na polici.

Zhodnocení terapeutické jednotky

Klientka při terapii aktivně spolupracovala, terapie ji bavila. Nejraději měla míčkování. Měla zapůjčený míček na pokoji, kde si ruku mohla sama masírovat. Pokud nebyla hlídána terapeutem, činnosti prováděla zdravou rukou. Paretickou pracovala nerada, protože jí činnost nešla tak dobře a tak rychle.

Příloha 5 – Fotografická dokumentace u klientů s MR

Klientka číslo 1

Obrázek 3 Malování talíře z novin



Zdroj: Vlastní

Obrázek 4 Kognitivní trénink



Zdroj: Vlastní

Obrázek 5 Kresba voskovkami



Zdroj: Vlastní

Klient číslo 2

Obrázek 6 Tkaní dečky



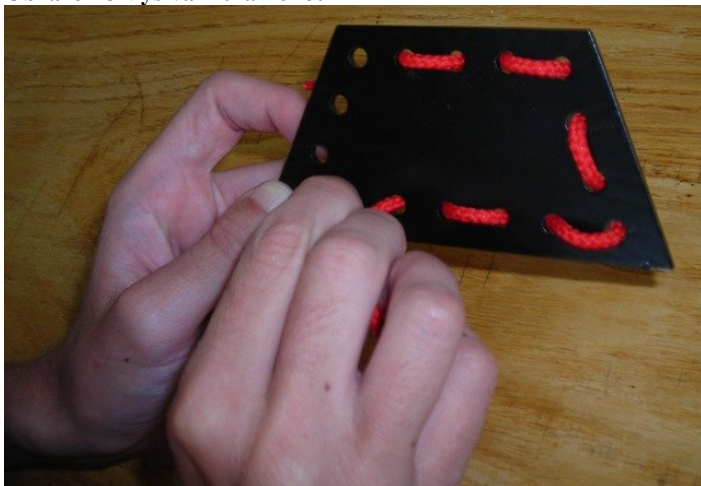
Zdroj: Vlastní

Obrázek 7 Lepení talíře z novin



Zdroj: Vlastní

Obrázek 8 Vyšívání tkaničkou



Zdroj: Vlastní

Klientka číslo 3

Obrázek 9 Práce s terapeutickou hmotou



Zdroj: Vlastní

Obrázek 10 Práce s úchopovým panelem



Zdroj: Vlastní

Obrázek 11 Práce se stavebnicí



Zdroj: Vlastní