

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Využití ergoterapie ve speciální pedagogice

The use of occupational therapy in special education

Bc. Magdaléna Šrámová

Katedra Speciální pedagogiky

Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití ergoterapie ve speciální pedagogice vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato diplomová práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne:..... 2016

Podpis:.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D., za její odborné rady a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Také bych touto cestou ještě jednou poděkovala všem, kteří mi pomohli získat data pro zpracování tohoto tématu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svému okolí a rodině, které se také podílely na vytvoření této práce.

ABSTRAKT:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku prolínání se dvou profesí ergoterapie a speciální pedagogiky. Nejprve je podrobně popsána ergoterapie, její cíle, rozdělení a podobně. Poté se zabývá ucelenou rehabilitací, kde se tyto dva obory nejčastěji prolínají. Je zde popsána spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga, aplikovaná ergoterapie ve vybraných oblastech a u vybraných diagnóz. Vybrané oblasti jsou sestaveny podle podoborů speciální pedagogiky. Diagnózy jsou stanoveny na základě nejčastější spolupráce obou profesí. Hlavním záměrem je analýza možností spolupráce a její uplatnění v praxi. Součástí je i vyhodnocení dotazníků, které byly sestaveny pro účel této diplomové práce, kde respondenty byly ergoterapeuti a speciální pedagogové. Jejich odpovědi odrážejí skutečné postavení obou oborů v praxi. Výsledkem šetření jsou nedostatky spolupráce, které by se měly v budoucnu napravit pro zlepšení kvality terapeutické léčby.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ergoterapie, ucelená rehabilitace, speciální pedagogika, spolupráce, rehabilitace, terapie.

ABSTRACT:

This dissertation focuses on the issue of combination of two occupations, occupational therapy and special education. Firstly, there is a detailed description of occupational therapy, its aims, division etc. Then it explores comprehensive rehabilitation in which these two branches blend most frequently. There is a description of the cooperation of an occupational therapist and a special educationalist and a description of applied occupational therapy in selected areas and of selected diagnoses. The selected areas are put together according to the subdisciplines of special education. The diagnoses are determined on the basis of the most common cooperation of both occupations. The main aim of the dissertation is the analysis of the possibilities of cooperation and its use in practice. There is also evaluation of questionnaires which were made for the purpose of this dissertation. The respondents were occupational therapists and special educationalists and their answers mirror the real position of both branches in practice. The result of the survey is lack of cooperation which should be improved in the future in order to enhance the quality of therapeutic treatment.

KEY WORDS:

occupational therapy, rehabilitation, comprehensive rehabilitation, special education, cooperation, therapy

Obsah

1 Úvod.....	8
2.1 Definice, předmět a cíle ergoterapie	10
2.1.1 Definice ergoterapie	10
2.1.2 Předmět oboru ergoterapie	11
2.1.3 Cíle a prostředky ergoterapie.....	11
2.2 Historie oboru ergoterapie	13
2.2.1 Historie ergoterapie v České republice	14
2.3 Metody, přístupy a rozdělení ergoterapie.....	15
2.4 Oblasti a uplatnění ergoterapie	19
2.4.1 Oblasti ergoterapeutické intervence.....	19
2.4.2 Uplatnění ergoterapie	22
2.5 Ergoterapeutický proces	23
2.5.1 Příjem a vyšetření	23
2.5.2 Hodnocení	24
2.5.3 Plánování léčby.....	26
2.5.4 Terapie.....	27
2.5.5 Spolupráce, propuštění a dokumentace	27
2.6 Činnost ergoterapeuta.....	28
2.6.1 Legislativa	28
2.6.2 Klíčové kompetence.....	28
2.6.3 Činnosti ergoterapeuta.....	29
2.6.4 Profesionální etika a ergoterapie	29
2.7 Organizace v ergoterapii	30
3 Ucelená rehabilitace	33
3.1 Vymezení pojmu ucelená rehabilitace	33
3.1.1 Ucelená rehabilitace – cílová skupina.....	33
3.1.2 Dělení ucelené rehabilitace.....	34
3.2 Složky ucelené rehabilitace	34
3.2.1 Léčebná rehabilitace.....	34
3.2.2 Sociální rehabilitace	37
3.2.3 Pedagogická rehabilitace.....	38
3.2.4 Pracovní rehabilitace.....	40
3.3 Výchozí principy rehabilitace.....	40
3.4 Rehabilitační tým.....	41
3.4.1 Postavení ergoterapeuta v rehabilitačním týmu	42
3.4.2 Postavení speciálního pedagoga v rehabilitačním týmu.....	42
4 Aplikovaná ergoterapie	43

4.1 Spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga	43
4.2 Specializace v ergoterapii	45
4.2.1 Ergoterapie v neurologii	45
4.2.2 Ergoterapie v pediatrii	47
4.2.3 Ergoterapie v psychiatrii	48
4.2.4 Ergoterapie u osob se zrakovým postižením	50
4.2.5 Ergoterapie v geriatrii	51
4.3 Vybrané diagnózy a ergoterapie	52
4.3.1 Ergoterapie u cévní mozkové příhody	52
4.3.2 Ergoterapie u dětské mozkové obrny	53
4.3.3 Mentální retardace a ergoterapie	55
4.3.4 Ergoterapie u autismu	57
5 Využití ergoterapie ve speciální pedagogice	59
5.1 Cíle výzkumu, metodologie	59
5.2 Analýza sebraných dat	60
5.3 Shrnutí výzkumného šetření	79
6 Závěr	81
Seznam zdrojů	83
Seznam tabulek a grafů	86
Seznam příloh	88

1 Úvod

Ke zpracování mé diplomové práce jsem si vybrala téma *Využití ergoterapie ve speciální pedagogice*. Obor ergoterapie mi je blízký a přijde mi velmi zajímavý, proto jsem se rozhodla více se této problematice věnovat. Zprvu by se mohlo zdát, že je tento námět nespécifický a velmi obsáhlý. O tom, že tomu tak není, vás přesvědčím při bližším seznámení s touto problematikou, která není příliš využívaná v praxi. Domnívám se, že tyto dvě odvětví se doplňují více, než se může na první pohled jevit, a také si myslím, že by odborníci v těchto oblastech měli více spolupracovat mezi sebou.

Teoretický úsek této práce je vystižen v první a druhé části. V první řadě se věnuji oboru ergoterapie jako takovému. Popisuji zde co nejpodrobněji náplň, činnosti, možnosti a cíle tohoto odvětví, abych ho co nejvíce přiblížila speciálním pedagogům ale i široké laické veřejnosti. Zabývám se obecným využitím ergoterapie, jejím dělením, uplatněním přístupů a metod. Zmiňuji se zde také o historickém vývoji a prosazování ergoterapie. Věnuji se i ergoterapeutickému procesu a organizacím, které se snaží o co největší zapojení této specializace do praxe i o její propagaci. Druhá část je zaměřena na ucelenou rehabilitaci, vymezení tohoto pojmu a její dělení. Rozebírám zde také její jednotlivé složky a to: léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci. Řadím do této části také výchozí principy implementace rehabilitace do praxe. Rovněž se soustředím na složení rehabilitačního týmu a v něm na postavení ergoterapeuta i speciálního pedagoga.

Praktická část této práce začíná kapitolou, která je nazvaná Aplikovaná ergoterapie. V té je zahrnuta spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga. Součástí je zodpovězení první a druhé výzkumné otázky za pomoci teoretických východisek. První výzkumnou oblastí je zaměření se na specializaci v ergoterapii a druhou na vybrané diagnózy, které jsou společné pro ergoterapii a zároveň pro speciální pedagogiku. V další fázi se zabývám výzkumem, který proběhl formou dotazníkového šetření. Osloveni jsou ergoterapeuti a speciální pedagogové. Hlavním cílem bylo zjistit možnosti spolupráce mezi těmito obory a uplatnění v praxi. Jsou zde zahrnuty i další cíle, do kterých patří zjištění možností nejčastější vzájemné spolupráce, návaznosti

terapií, dostatečnost rozsahu spolupráce a nakonec stanovení diagnóz pro společné uplatnění.

2 Ergoterapie

„Ergoterapie není alternativou k tradičnímu medicínskému modelu ani „třešničkou na dortu rehabilitace“. V dnešním světě chce být rovnocennou součástí rehabilitace. Nejde jí o doktrínu, ale o pohled. Pohled na člověka spíše než na nemoc. Pohled na člověka, pro kterého může být smysluplná činnost jistou nadějí.“
[Krivošíková, 2011, s. 7]

2.1 Definice, předmět a cíle ergoterapie

2.1.1 Definice ergoterapie

Do dnešní doby nevznikla jednotná definice pro ergoterapii. Vybrala jsem si tedy hned několik definic pro přiblížení tohoto oboru. Touto podkapitolou také poukazuji na rozmanitost možností pojetí této oblasti.

*„Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov **ergon** = práce a **therapia** = léčení, terapie.“* [Krivošíková, 2011, s. 13]

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

Po prostudování všech dostupných materiálů k této problematice se domnívám, že nejpřesnější a zároveň nejobsáhlejší definice této disciplíny je vyjádřena takto:

Česká asociace ergoterapeutů definuje tuto profesi jako terapii využívající smysluplné zaměstnávání k zachování a používání schopností člověka, které mu umožňují vykonávání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností v jakémkoliv věku a při všech druzích postižení (fyzické, smyslové, psychické, mentální nebo sociální znevýhodnění). Tím se jedinec plně zapojí do běžného života, ale zároveň je zachována jeho individualita a jeho možnost volby. Pro vhodné zapojení člověka do společnosti se používají specifické metody, techniky, nácvik potřebných dovedností, poradenské služby včetně adaptace prostředí. Hlavním úkolem ergoterapie je pomoci osobám zařadit se do běžných činností, které se nazývají „zaměstnáváním“

a jejich zvládnutí je pro něho nepostradatelné k integraci do společnosti. [Česká asociace ergoterapeutů, 2008]

2.1.2 Předmět oboru ergoterapie

Ergoterapie je profese, která vychází ze znalostí aktivit pro podporu zdraví a duševní pohody a jejím využitím se docílí zlepšení funkčního stavu člověka, jehož zdravotní stav byl narušen onemocněním či disabilitou. Vychází z potřeby člověka zlepšit svůj život a své zdraví tím, že se zapojí do smysluplné a významné aktivity. [Reed & Sanderson, 1992]

Ergoterapie se používá jako prevence a léčba dysfunkce v návaznosti činností na osobní vztahy a vazby s okolním prostředím. Jedním ze světových propagátorů ergoterapie je Meyer, který již v roce 1922 říká, že *„Ergoterapie potvrzuje fakt, že zásadní vliv na zdraví a pohodu jedince má činnost, kterou se zaměstnává. Je to právě zaměstnávání, které činí život konec konců smysluplný“*. [Christiansen & Townsend, 2004, s. 49]

Je definováno pět základních kritérií, na kterých se ergoterapie zakládá [Turner & Foster & Johnson, 1996]:

- zdraví a zaměstnávání jsou vzájemně propojeny;
- činnost udržuje rovnováhu mezi myšlením, jednáním a bytím;
- tělo je spojeno s myslí;
- pokud není člověk schopen vykonávat aktivitu, přímou úměrou dochází ke zhoršení jeho tělesného a psychického stavu;
- správnou aktivitou, která zlepšuje tělesné a psychické funkce, pomáhá se tak k návratu funkčních schopností.

2.1.3 Cíle a prostředky ergoterapie

Cílem ergoterapeutické činnosti je zlepšit a podpořit schopnosti i nároky osoby s postižením a sladit je s prostředím tak, aby plně funkční stav vyhovoval klientovi a jeho integraci do společnosti. Tedy hlavní cíl je pomoci osobám co nejuspěšněji zvládat aktivity v oblasti sebeobsluhy, efektivitu a volného času. Cíle ergoterapie se dělí

do různých úrovní rozvoje dovedností důležitých pro plnění úkonů a aktivit vedoucích k sociálnímu začlenění. Jsou to jednak krátkodobé cíle, které podporují nebo kompenzují ztráty schopností ve smyslové, psychické, motorické, kognitivní a sociální oblasti. Dlouhodobé cíle vracejí klienta do uspokojivé rovnováhy při samoobslužných a pracovních činnostech jako i volnočasového vyžití. Tyto aktivity tak ovlivňují individuální potřeby klientů. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Mezi cíle tedy patří [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]:

- Podporování zdraví a duševní pohody klienta zprostředkováním smysluplných aktivit (zaměstnávání).
- Pomoc při zlepšování schopností potřebných pro zvládnutí běžných denních činností, pracovních činností a volného času.
- Dopomoci k umožnění naplnění sociální role klienta.
- Poskytnout pomoc pro plné zapojení klienta do aktivit jeho sociálního prostředí a komunity.
- Uplatňování terapie cílené přímo na klienta, který se aktivně účastní a zároveň se podílí na plánování a průběhu terapie.
- Podporou klienta dosáhnout zdravého sebevědomí potřebného pro plánování a realizaci každodenních činností v souladu se sociálním a fyzickým prostředím.
- Usilování o udržení rovných příležitostí aktivním způsobem při každodenních činnostech života pro všechny osoby bez ohledu na rozsah zdravotního postižení nebo znevýhodnění.

Prostředky ergoterapie:

- Diagnostické – pomocí analýzy je možné odhalit postižení, nemoc nebo případnou disabilitu a také riziko handicapu klienta. Dále se zjišťuje zbývající funkčnost mobility, kognitivních a smyslových schopností, možnost zbytkových funkcí pro pracovní uplatnění anebo nutnost využívání kompenzačních pomůcek. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

- Terapeutické – po ergoterapeutickém hodnocení zapojit klienta do stanovení cílů ergoterapeutického plánu, který je směřován k zachování či vylepšení soběstačnosti, pracovních činností a činností volného času, podpora v naplnění potřebných sociálních rolích. [Dočkal in Müller a kol., 2005]
- Preventivní – za pomoci cílené terapie, výběrem vhodných metod a technik zabránit vzniku následků pro vývoj disability a handicapu. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

2.2 Historie oboru ergoterapie

Základy ergoterapie jsou stejně jako počátky rehabilitace zakotveny již v antice, středověku a renesanci. Již tehdy se provádělo léčebné cvičení. Myšlenka využít činnost jako léčebný prostředek není v medicíně nic nového. V mnoha historických pramenech je zmíněn pozitivní vliv práce, cvičení a hry hlavně u psychiatrických pacientů. [Krivošíková, 2011]

Již Hippokratés (359 let před n. l.) doporučoval svým pacientům fyzické cvičení jako jednu z možností, jak být zdravý. Také zdůrazňuje nezbytnost zaměření léčby na „postižení těla a mysli“ a radí jako léčebný prostředek zápas, jízdu na koni, práci jako formu cvičení a výcvik pro povolání. Například Galén (r. 200 n. l.) doporučoval orání, rybaření, stavění domů, tedy běžné činnosti nutné pro každodenní život člověka a jeho přežití. Věřil, že člověk vykonávající pracovní činnosti má zdravý charakter a je šťastnější. Za dalších 500 let se objevuje Cornelius Celsus, který se věnuje prevenci a pro udržení zdravotního stavu a schopností radí léčebné pracovní cvičení jako například plachtění na lodi, cvičení se zbraní, míčové hry, běh a chůzi. Také doporučuje používat práci a různé doplňující činnosti, které dělí podle postižení. Při léčení se mimo jiné používalo i šití, tkaní a výroba keramiky. Také se v této době objevuje snaha upřesnit význam práce a zaměstnání jako léčby. S koncem antické civilizace dochází k útlumu využívání činností jako léčebné metody a je zanedbávána po celý středověk. [Krivošíková, 2011]

2.2.1 Historie ergoterapie v České republice

Velký posun ve vývoji léčebné péče zaznamenala Česká republika v 18. století společně s rozvojem průmyslové výroby. K tomu bylo zapotřebí stavět prostory pro hospitalizaci, ve kterých ovšem vládly špatné poměry. Změna nastala až v 19. století, kdy se začala péče o osoby tělesně postižené systematicky zlepšovat a zdokonalovat i v oblasti sociální péče o duševně nemocné pomocí využívání různých pracovních činností. Právě na tuto formu léčby byl kladen důraz. Příkladem využití této metody je profesor Čermák, který ji zaváděl v psychiatrické léčebně v Brně. [Krivošíková, 2011]

Dalším ústavem využívajícím tyto techniky léčby byl pražský psychiatrický ústav v Bohnicích, založený roku 1903, který prosazoval ergoterapii formou práce v zemědělském hospodářství. Prováděli výběr vhodných pacientů, kteří se podíleli na údržbě a chodu celé léčebny. [Krivošíková, 2011]

Obecně se dá říci, že se tato terapeutická metoda prosadila zejména při léčbě duševně nemocných v psychiatrických léčebnách, kde se uplatnila zvláště při zemědělských a zahradnických činnostech na pozemcích přiléhajících k ústavům. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Významným odborníkem na péči o osoby tělesně postižené byl profesor Jedlička, kterému se podařilo prosadit ergoterapii do komplexní rehabilitace. Založil dětský ústav, kde děti léčil pohybem a využíval manuálních schopností v dalších pracovních činnostech. [Krivošíková, 2011] Věnoval se i zraněným vojákům z první světové války. Snažil se o propojení léčby s edukací a naukou osob s postižením k dosažení soběstačnosti v co nejvyšší míře. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Po první světové válce došlo k rozšíření ústavů po celé Československé republice, kde propagovaly myšlenky a základy české ergoterapie profesora Jedličky. Zastánci těchto idejí byli František Bakule a Augustin Bartoš, kteří se úspěšně angažovali v rozšiřování ústavních dílen a v aktivním zapojení dětí s postižením. [Krivošíková, 2011]

Dalším podnětem pro rozvoj ergoterapie byly různé epidemie nemocí, které přispěly ke vzniku cílené ergoterapie. Jednou z nemocí ovlivňující vývoj této léčby,

byla dětská obrna a nutnost posílení oslabených svalů pro zmírnění následků nemoci. [Krivošíková, 2011]

Po druhé světové válce byl zřízen rehabilitační ústav v Jánských lázních, který využíval cílenou léčebnou pracovní terapii a moderní rehabilitaci využívající cviky pro různé svalové skupiny. Pokračovatelem myšlenky léčby prací se stalo založení rehabilitačního ústavu v Kladrubech roku 1949, který zároveň sloužil i jako první školící centrum pro tuto léčebnou metodu. V rámci výuky zde byly také poprvé představeny některé speciální pomůcky. Od této doby se ergoterapie zavádí nejen v rehabilitačních ústavech ale také v nemocnicích a klinikách, tím se stává platnou a uznávanou součástí rehabilitace. [Krivošíková, 2011]

Od devadesátých let 20. století dochází k rozvoji ergoterapie i v rámci školství. Rozvoj je ovlivněn možností studia oboru na vysoké škole a komunikací se zahraničím včetně předávání zkušeností. Největšími propagátory vysokoškolského studia oboru ergoterapie se stali profesor Jan Pfeiffer a docent Jiří Votava. Pod jejich vedením dochází k velkému rozvoji v této oblasti a jsou vydávány publikace k problematice ergoterapie. [Krivošíková, 2011]

Roku 1992 byl v Ostravě nově otevřen obor studia ergoterapie na stupni vyššího odborného vzdělání. Bakalářský obor ergoterapie na první lékařské fakultě univerzity Karlovy v Praze je zahájen v akademickém roce 1994/1995. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

V roce 1995 byla založena Česká asociace ergoterapeutů (ČAE), která sdružuje pracovníky v této profesi. [Krivošíková, 2011]

2.3 Metody, přístupy a rozdělení ergoterapie

Ergoterapeutické přístupy se dělí do několika skupin, které se liší například podle věku klienta, závažnosti a typu zdravotního postižení. Jsou diferencovány do tří základních skupin přístupů [Votava, 2009]:

- A) **Rehabilitační přístupy** – jsou založeny na původním smyslu slova rehabilitace, podporují návrat k plnému zdraví nebo přinejmenším obnovu jednotlivých ztracených funkcí. Využívá se zde například kineziologie,

biomechanika, přístup na úrovni disability, kondiční, behaviorální či sociální. [Votava, 2009]

- B) **Vývojové přístupy** - specializované na děti, hlavně na předškolní věk. Ergoterapie se zaměřuje na podporu správného vývoje dítěte, který by se měl i přes zdravotní odchylky přibližovat vývoji zdravého dítěte ve všech směrech. Jedná se především o trénink svalového napětí podle Bobath konceptu. Dalším důležitým hlediskem je stav funkcí smyslových, kognitivních, stav řeči, rozvoje herních aktivit, soběstačnosti, společenských vztahů. [Votava, 2009]
- C) **Přístupy činnostní** – čerpají z toho, že zaměstnávání neboli činnost hraje v lidském životě podstatnou složku a je tedy předpokladem rozvoje lidské osobnosti, i když nelze odstranit projevy zdravotního znevýhodnění. Tato skupina přístupů souvisí s psychoterapeutickými školami. [Votava, 2009]

Jsou definovány čtyři základní rozdělení ergoterapie [Dočkal in Muller a kol., 2005]:

- cílená na postiženou oblast – důsledný výběr vhodných aktivit pro zapojení postižené oblasti do tréninku;
- zaměřená na výchovu soběstačnosti – trénink rutinního vykonávání činností;
- předpracovní rehabilitace – získání dovedností pro uplatnění v pracovní oblasti;
- činnosti ke zlepšení kondice a využití volného času – stanovení správných aktivit a technik k smysluplnému trávení volného času osoby s postižením.

K detailnějšímu rozdělení ergoterapie dochází na základě typu činností, které mohou být cílem nebo prostředkem rehabilitační léčby:

- a) **Ergoterapie kondiční** – nazývána rovněž jako léčba zaměstnáváním. Využívána je na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení, která mají za cíl zaktivovat pacienta, zaměstnat jeho mysl a tím odklonit jeho pozornost od negativního myšlení/působení nemoci, od špatné prognózy a životní perspektivy. Ergoterapeutické metody zlepšují tělesný stav a tyto výsledky

zlepšují i psychickou stránku klienta. Z toho vyplývá, že na prvním místě je nutné poznat zájmy pacienta a využít je při výběru činností, popřípadě odvodit od nich podobné záliby pro využití terapií. Dobrou motivací je určitý výrobek, kdy pacient vidí konkrétní výstup a může tedy vidět svou zručnost. Patří sem obvyklé činnosti ergoterapeutických dílen, jako například: činnosti výtvarné, keramika, tkání, práce ze dřeva apod. Také zde pacienti mohou udržovat společenské vazby a vytvářet vazby nové s dalšími klienty. [Votava, 2009]

- b) **Funkční ergoterapie** – využívá se manuální činnosti v ergoterapeutických dílnách se zaměřením na rozvoj a obnovu funkčnosti konkrétní postižené oblasti klienta. Hlavně jde o aktivity cílené na možnosti pohybového ústrojí, jejich účel je zvětšovat sílu, rozsah pohybu, podporovat koordinaci svalů. Dalším cílem může být rozvoj kognitivních funkcí, případně i komunikace a sociálních dovedností. [Votava, 2009]
- c) **Nácvik denních činností** – vycházející z anglického jazyka „activities of daily living“ zkráceně ADL. [Votava, 2009] Využívá se u osob, které se vlivem nemoci často dostávají do těžkých situací, způsobených poruchami, které znemožní či velmi omezí nezávislost v činnostech běžného života. [Krivošíková, 2011]

V současné době je nejdůležitější a nejčastěji používanou součástí ergoterapie. V této oblasti se nejedná o terapii výkonem určité práce, ale cílem je zvládnutí činnosti samotné. Jde o dosažení co největší soběstačnosti, o kterou klient přišel v důsledku úrazu, nemoci nebo zdravotního postižení. Tím se stává důležitým cílem prováděné rehabilitace a léčby. [Votava, 2009]

Aktivity zařazené do oblasti ADL se rozdělují přibližně do dvou základních skupin, a to na personální ADL a instrumentální ADL. Personální ADL – obsahuje činnosti, které každý dospělý jedinec praktikuje sám. Díky tomu mají i osoby s různým postižením motivaci a tendenci tyto činnosti opět vykonávat. Patří sem [Votava, 2009]:

1. Provádění základních hygienických návyků – používání WC, mytí, kosmetika, koupání, česání, stříhání nehtů, holení apod.

2. Manipulace s oděvy, zapínání knoflíků a zipů, používání obuvi. Oblékání horní části trupu a dolní části trupu se nacvičuje zvlášť.
3. Příjem potravy s použitím příborů. Je zde zařazeno i přijímání tekutin.
4. Schopnost práce s ovládáním domácích mechanismů – odemykání a zamykání dveří, telefonování, vypínače, práce na počítači, dálková ovládání a jiné.
5. Pohyb a zvládání přesunů – přesun z lůžka na vozík a zpět, manipulace s vozíkem, chůze s oporou nebo bez ní. Někdy se tato oblast uvádí samostatně, protože nácviku chůze se věnují hlavně fyzioterapeuti.

Další skupinou jsou instrumentální ADL – jsou zde zahrnuty aktivity, které mohou být brány jako rozšířená soběstačnost. Měly by je zvládat aktivní osoby, které žijí sami. Jde o činnosti prováděné jednak v bytě ale také konané mimo bydliště. V domácnosti to je vaření, uklízení bytu, praní, žehlení, péče o malé dítě, zvíře apod. Mimo bydliště: cestování veřejnou dopravou, nakupování, vyřizování na úřadech. [Votava, 2009]

- d) **Předpracovní ergoterapie** – cílem rehabilitace je začlenění osoby se zdravotním postižením v pracovní oblasti. Zahrnuje i předpracovní hodnocení klienta. Byl vypracován systém, který je nazývaný ergodiagnostické hodnocení. Podílí se na něm celý rehabilitační tým. Ergoterapeut však posuzuje i provádění ADL – jehož ovládnutí tvoří hlavní část předpokladu pro pracovní zařazení. Provádí i bodové hodnocení modelové činnosti obsahující jednoduché standardizované úkony, které nám mohou prozradit některé schopnosti klienta potřebné pro uplatnění na trhu práce – například uvažování, jemná i hrubá motorika, kognitivní funkce apod. Na základě ergodiagnostického hodnocení lze navrhnout dlouhodobý rehabilitační plán, který zahrnuje mimo jiné i pracovní doporučení. Předpracovní rehabilitace se poté zaměřuje na sestavení tréninkového plánu dovedností klienta, které uplatní v odborně vybrané profesní činnosti. [Votava, 2009]
- e) **Činnosti volného času**, využití her a hraček – pro děti je hra přirozenou, oblíbenou, nenásilnou a přitom adekvátní náhradou pracovní činnosti dospělých. Děti se zdravotním postižením mají narušený přirozený vývoj

používání her, tím se nerozvíjí motorická oblast. Cílem je tuto nerovnováhu obnovit a podpořit její uplatnění. Prostředkem jsou hračky přizpůsobené danému postižení. Například pro děti se zrakovým postižením lze použít hračky vydávající různé zvukové podněty. Obtížnější je využití her u dospělých, kde jsou formou vyplnění volného času a rozvoje sociálních kontaktů. Při hrách se dá mimo jiné také rozpoznat, jak klient reaguje na životní úspěchy či neúspěchy – nebo výhru a prohru. Do této části patří i sportovní činnosti, které jsou většinou realizovány v rehabilitačních zařízeních nebo ve sportovních organizacích osob se zdravotním postižením. [Votava, 2009]

Nejjednodušší rozdělení ergoterapie je na základě prováděné formy léčby na **skupinovou** a **individuální** podle konkrétních potřeb klienta. Větší část je individuální, jelikož se každému jednotlivci snaží připravit program zaměřený na jeho určité problémy či schopnosti. U mnoha případů je však potřeba se zaměřit hlavně na sociální vazby a dovednosti, proto je preferována skupinová terapie = ergoterapeutické dílny, kde každý klient pracuje samostatně a zároveň komunikuje aktivně s okolním prostředím. [Votava, 2009]

2.4 Oblasti a uplatnění ergoterapie

2.4.1 Oblasti ergoterapeutické intervence

Motorické funkce

Pro vyhodnocení motorické funkce se používá výsledek vyšetření rozsahu pohybů končetin, svalového napětí, symetrie těla, rozsahu maximálních změn poloh těla, aktivních primárních reflexů a přirozených reakcí. V této oblasti je cílem vytvoření ideálního seskupení pohybového vzoru pro předem určenou činnost. Toto je zdrojem pro diagnostiku specializovanou na funkční dovednosti k dané aktivitě. Jedná se o následující [Kolář, 2009]:

- Funkční dovednosti v hrubé motorice jsou obsaženy v aktivitách jako přetáčení, klečení, lezení, stojí či chůzi po schodech a jiné.

- Jemná motorika je zaměřena na horní končetiny a jejich schopnost různých pohybů včetně koordinace spolupráce. Tato oblast se zabývá také druhy a fázemi úchopů.
- Grafomotorika se specializuje na souhru ruky s okem včetně držení těla, na úchop tužky s uvolněným zápěstím.

Senzorické funkce

Vyšetření senzorických funkcí je pro ergoterapeuta hlavním zdrojem informací pro sestavení terapie motorických funkcí a procvičování soběstačnosti. Důraz je kladen na rozvoj schopnosti vnímání hmatem jednotlivých předmětů a určení jejich tvaru, velikosti a materiálu bez využití zrakové percepce. Vyhodnocením schopnosti vnímání všemi smysly se určuje správné rozeznávání vjemů v mozkových centrech pro odpovídající určení zkoumaného objektu. [Kolář, 2009]

Kognitivní, komunikační a navazující sociální funkce

Na tréninku této funkce se podílejí klinický psycholog s klinickým logopedem spolu s ergoterapeutem, který soustředí terapii na rozvíjení konkrétních kognitivních funkcí zejména pozornosti, orientaci v místě, čase a prostoru, paměti, vnímání sebe sama s možností pokračujícího nácviku ADL. Přírozenou součástí jsou také sociální funkce, do kterých se zahrnuje schopnost komunikace, spolupráce a všeobecně společenského chování. Jejich rozvoj musí být souběžný i s motorickými funkcemi. [Kolář, 2009]

Aktivity běžného života

Aktivity běžného života prezentují míru soběstačnosti, jsou shrnuty do ADL a podrobně jsem je vysvětlila v kapitole 2.2 v bodu c).

Předpracovní rehabilitace

Jejím úkolem je připravit klienta k využití schopností a pracovního potenciálu v zaměstnání. Detailně jsem uvedla tuto oblast v kapitole 2.2 bod d).

Kompenzační pomůcky

Nedílnou součástí znovuuvedení klienta do praktického života jsou kompenzační pomůcky, které osobě se zdravotním postižením umožňují náhradu ztracené nebo poškozené funkce, jež se nepodařilo obnovit běžnou léčbou. [Pfeiffer, 1990]

Kompenzační pomůcky jsou po celém světě v neustálém vývoji v souladu s novými lékařskými, terapeutickými ale především technologickými poznatky. Jsou děleny do těchto skupin dle funkce jejich využití [Krivošíková, 2011]:

- Kompenzační: pomáhají při osobní hygieně, příjmu a přípravě jídla, oblékání a obouvání, funkční mobilitě to znamená činnosti ADL.
- Nahrazující: doplňují rozsah pohybu, svalovou sílu, kognitivní funkce a jiné.

Jde o jednoduché pomůcky až technické prostředky s využitím elektronických zařízení. Podle náročnosti výroby, dosažitelnosti a obsluhy jsou děleny na méně náročné neboli low-tech a vysoce náročné zvané high-tech. [Krivošíková, 2011]

Ergoterapeut pomáhá při výběru a zprostředkování nákupu pomůcky či prostředku, dále provádí vyzkoušení a zácvik klienta včetně jeho okolí, pro využití konkrétní kompenzační pomůcky. Podílí se i na úpravách, které budou vyhovovat individualitě klienta. [Krivošíková, 2011]

Technické pomůcky se vyvíjely v oblasti medicínského technického oboru zvaného ortopedická protetika. Můžeme sem zařadit také výrobu a aplikaci ortéz, protéz a ortopedické obuvi. Pomůcky pro podporu denních činností byly nazývány „adjuvatika“. Mezi kompenzační pomůcky jsou například řazeny brýle, sluchadla, inhalační a respirační pomůcky, obvazový materiál, různé typy holí, vozíky apod. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

K určení správné kompenzační pomůcky je nutná komunikace mezi klientem, jeho okolím a ergoterapeutem, jako i důkladné vyšetření zdravotního stavu a prostředí, ve kterém se osoba se zdravotním postižením pohybuje. [Krivošíková, 2011]

Kompenzační pomůcky a technické prostředky musí splňovat následující kritéria:

- pomoc při výkonu dané činnosti;
- praktičnost, flexibilita a nastavitelnost;
- bezpečnost pro klienta;
- dostupnost servisu a údržby. [Krivošíková, 2011]

Jen tak jsou pro pacienta oporou a pomocníkem. [Krivošíková, 2011]

V dobře fungujících ergoterapeutických pracovištích je důležité, že všechny pomůcky jsou k dispozici hned od začátku léčebného programu, aby nedocházelo k situacím, kdy klient musí po nějaký čas hledat náhradní mechanismus, který si zafixuje a nerad ho opouští. V důsledku toho tak získává nesprávné automatické návyky a odmítá doporučenou kompenzační pomůcku. [Pfeiffer, 1990]

2.4.2 Uplatnění ergoterapie

Zařízení, ve kterých nejčastěji probíhá ergoterapeutická péče [Dočkal in Müller a kol., 2005]:

- ambulantní a lůžková zařízení - zejména kliniky léčebné rehabilitace;
- rehabilitační centra a ústavy;
- lázeňská zařízení;
- léčebny pro dlouhodobě nemocné;
- ústavy sociální péče pro děti a dospělé;
- psychiatrické léčebny;
- geriatrická zařízení;
- denní stacionáře pro děti a dospělé;
- léčebná zařízení pro smyslové poruchy;
- v rámci programu home care;
- speciální školy;
- organizace sledujících ergonomii na pracovištích.

2.5 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeutický proces je soubor činností, které ergoterapeut provádí cíleně za účelem léčby vedoucí ke zlepšení stavu klienta. Jedná se o důkladné plánování vyšetření a léčby na základě zkušeností ergoterapeuta. Tento proces se skládá z jednotlivých kroků, kterými jsou příjem pacienta neboli vyšetření, hodnocení, plánování léčby, terapie, spolupráce, propuštění klienta a dokumentace. [Krivošíková, 2011]

2.5.1 Příjem a vyšetření

Prvním velmi důležitým krokem je navázání kontaktu a počátečního vztahu mezi klientem a terapeutem založeným na vzájemné důvěře. [Švestková a kol., 2013]

V této fázi je povinností ergoterapeuta získat maximálně dostupné informace, které povedou k rozhodnutí o dalším vyšetření nebo k účasti na ergoterapeutických programech s rozdílnou náročností. Důležité jsou i informace o očekávání pacienta a jeho okolí pro další vývoj terapie, která bude zohledňovat věk, pohlaví, individualitu a hlavně míru postižení či onemocnění. [Krivošíková, 2011]

Vyšetření v ergoterapii

Při vyšetření se získávají různé informace z aktuálního stavu, ve kterém se klient nachází, to znamená ze školní, pracovní a rodinné anamnézy. To je prováděno za pomoci různých metod, nástrojů, neformálních postupů a testovacích technik. [Krivošíková, 2011]

Získané informace pomocí platných vyšetřovacích nástrojů ovlivňují efektivní klinické rozhodování, pomáhají konkretizovat původ a rozsah zdravotních problémů, poskytují hledisko sledování vývoje ztráty a omezení. Vyšetřovací techniky shromažďují změny, které po terapii nastanou. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

2.5.2 Hodnocení

Vyšetření plynule přechází do další fáze ergoterapeutického procesu a to do oblasti hodnocení, které je vlastně posuzováním, měřením a popisem aspektů dovedností a činností. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Existují dva druhy hodnocení [Krivošíková, 2011]:

- jednoduché – jedná se o rychlé posouzení funkčních schopností, které však neodhalí mírné poruchy, ale určí hlavní příčinu obtíží;
- ucelené – časově náročné ale podrobné, určuje konkrétnější informace o dysfunkci.

Pro kvalitní získání informací je nutný správný výběr typu hodnocení, sběru dat a interpretaci výsledků, které nám pomohou adekvátně naplánovat léčbu. [Krivošíková, 2011]

Metody hodnocení

Obecně jsou metody hodnocení v ergoterapii rozdělovány na čtyři skupiny [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]:

- rozhovor;
- pozorování;
- standardizované testy;
- dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály.

Základní metodou hodnocení je **rozhovor**, který je veden nestandardně tak, aby klient měl možnost výběru tématu a volné konverzace. Dalším stupněm je řízený rozhovor, kterým se získávají informace zaměřené na konkrétní téma, veden je organizovanou formulací otázek. Existuje kombinovaná forma řízeného rozhovoru, která se nazývá standardizovaný rozhovor, založený na schématu, kde je určen počet otázek v přesném sledu a formě. Tato metoda je velmi blízká dotazníkovému šetření. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Pozorování je vhodná forma hodnocení jak pro individuální, tak i pro skupinovou práci terapeuta a poskytuje více informací o klientovi, které doplňují předchozí

vyšetření. Nabízí sledování více dějů v časové posloupnosti. Formálnějším postupem je takzvané strukturované pozorování, které se zaměřuje na specifické oblasti například způsob provádění úkolu a výkonu pacienta. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Při hodnocení funkce se využívá *specifické testové metody (standardizované testy)*. Úroveň ergoterapeuta odpovídá kvalitě znalostí psychometrických charakteristik standardizovaných testovacích metod. Jedná se o výběr nejvhodnějšího testu určeného pro konkrétní osobu či skupinu. Pojem standardizace zahrnuje označení pro zjištění spolehlivosti, platnosti a účinnosti jednotlivých částí testu. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Příklady standardizovaných testů:

Index Barthelové

Tato metoda BI¹ (Příloha č. 1) je nejpoužívanější pro hodnocení osobních schopností zastoupených deseti kritérií, jako jsou: příjem jídla a tekutin, osobní hygiena, použití WC včetně kontroly močení a stolice, koupání, přesuny z různých poloh, chůze po schodišti i rovině. Výstupem je bodová škála 0 – 100 bodů, kdy jednotlivé položky jsou hodnoceny body v rozpětí 0 – 20, podle míry soběstačnosti při výkonu činnosti (schopen, malá dopomoc, střední dopomoc, velká dopomoc, neschopen). [Krivošíková, 2011]

Funkční míra nezávislosti

Pomocí této metody FIM² je stanoven stupeň poruchy a změn v průběhu rehabilitačního procesu. Hodnotí 18 položek v šesti oblastech (sociální schopnosti, osobní péče, pohyblivost, komunikace, ovládání svěračů při vyprazdňování). Aktivity jsou zařazeny do sedmibodové stupnice (1 = celková závislost, 7 = absolutní nezávislost). [Krivošíková, 2011]

Hodnocení instrumentálních ADL

Využívá se při hodnocení u geriatrických pacientů v domácím prostředí i ve všeobecných zařízeních jako nemocnice, domovy pro seniory a podobně. Test

¹ BI= Barthel Index, zkratka využívaná v zahraničí.

² Anglická zkratka = Functional Independence Measure

instrumentálních ADL (Příloha č. 2) obsahuje osm hodnotících hledisek – nakupování, vaření, praní, domácí práce, telefonování, užívání léků, cestování dopravními prostředky, manipulace s penězi. Jsou hodnoceny třibodovou škálou dle priorit (3 = závislost, neschopen provést, 1 = s dopomocí, 0 = nezávislý). [Krivošíková, 2011]

Mini-Mental State Examination

Test MMSE (Příloha č. 3) trvá asi deset minut a poskytuje spolehlivý odhad duševní výkonnosti. Pro ergoterapeuta i pacienta je srozumitelný, jednoduchý a rychlý. Zaměřuje se na sledování kognitivních poruch a změn, zjišťuje schopnost pochopit obdržené informace a udržet je v paměti. Používá se pro screening možné demence a poruch postižení mozku. [Kolář, 2009]

Dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály nabízejí efektivní získávání informací a velké množství dat v krátkém čase. Obsahují ucelený seznam činností, zabírají širokou škálu dovedností a schopností. Mohou být obecné nebo specificky zaměřené a určené pro jednotlivce či člena terapeutické skupiny. Jsou základem vyšetření problémové oblasti, které je doplněno následně podrobnějším hodnocením. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

2.5.3 Plánování léčby

Plánování léčby vychází z vypracovaného hodnocení a terapeut rozhodne, v jakém pořadí budou uplatňovány metody, techniky a prostředky k dosažení předem naplánované změny stavu klienta. Dle analýzy aktivit stavu problémových oblastí a očekávání pacienta jsou stanovené krátkodobé a dlouhodobé cíle léčby. Klient se aktivně podílí na stanovení léčebného plánu. [Švestková a kol., 2013]

Plán terapie by měl vyhovovat funkčním schopnostem klienta, jeho zvykům, oblíbenému životnímu stylu a prostředí. [Jelínková, Krivošíková, 2007]

2.5.4 Terapie

Terapie se řídí plánem léčby, klade důraz na nácvik dovedností s využitím potřebných kompenzačních pomůcek, k usnadnění provádění úkonů pro sebeobsluhu. Také mají za úkol pomoci v překonávání bariér prostředí. [Jelínková, Krivošíková, 2007]

Terapeutický plán je v praxi důkladně sledován, aby mohly být prováděny menší úpravy vedoucí k úspěšné léčbě a stanovení dalších krátkodobých cílů. [Švestková a kol., 2013]

Součástí aktivit je příprava terapeutických pomůcek a technik, včetně prostoru pro vykonávání činnosti. Tyto aktivity jsou předem určené ergoterapeutem tak, aby splňovaly plán, a zapisuje je do dokumentace. [Krivošíková, 2011]

2.5.5 Spolupráce, propuštění a dokumentace

Spolupráce

Pro plnění náročného ergoterapeutického plánu je velmi důležitá týmová spolupráce mezi odborníky, pečovateli, dobrovolníky a rodinnými příslušníky, kteří komunikují s pacientem a mají na něho vliv pro udržení psychické pohody a vůle odbourávat zdravotní problém. [Jelínková, Krivošíková, 2007]

Propuštění

Závěrečnou fází spolupráce s klientem je zhodnocení dosažených cílů i změn, které se udály během terapie. Neodmyslitelně sem patří seznámení pacienta a členů rodiny s kompenzačními pomůckami a strategií domácího cvičebního plánu. Ergoterapeut následně provádí kontrolní návštěvy a na základě vyhodnocení rozhodne o další možné terapii. [Krivošíková, 2011]

Dokumentace

Dokumentace je nezbytnou součástí sledování účinnosti terapeutických postupů. Slouží ke komunikaci mezi jednotlivými pracovníky podílejícími se na léčbě a terapii. Měla by být vedena systematicky a objektivně se zaměřením na původní problém

a výsledky ergoterapeutického procesu. Dokumentuje průběh léčby a koresponduje se všemi fázemi procesu. [Krivošíková, 2011]

2.6 Činnost ergoterapeuta

2.6.1 Legislativa

Kritéria pro uznání způsobilosti výkonu ergoterapeuta jsou zakotveny v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V zákoně jsou obsaženy předpisy práv evropských společenství, které umožňují provádět praxi i přes vystudování oboru mimo Českou republiku. Ergoterapeut může získat způsobilost k výkonu studiem odborné střední zdravotnické školy, obor ergoterapeut či rehabilitační pracovník nebo absolvováním tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách. Dalším způsobem je akreditace ve zdravotnickém bakalářském studijním oboru v oblasti ergoterapie.

Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se řídí vyhláškou č. 424/2004 Sb., která je doplněná vyhláškou č. 55/2011 a zde je ergoterapie zakotvená v § 6. Je zde stanoveno, že činnost vykonávána bez odborného dohledu v návaznosti na diagnózu a doporučený postup vytvořený lékařem, doplněný vlastním vyšetřením a ergoterapeutickými postupy. Na základě indikací klinických psychologů a logopedů může provádět výcvik komunikačních a rozumových funkcí.

2.6.2 Klíčové kompetence

Pojem kompetence obsahuje schopnost pracovníka odhadnout své možnosti, provádět odborné úkoly a úkony, uvědomuje si znalost hranic svých i své profese, vedoucích k očekávanému výsledku. Pro optimální výkon své funkce používá čtyři klíčové procesy [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]:

- terapeutické využití vlastní osoby;
- zjišťování a vyhodnocení možností osoby jejich schopností a potřeb;

- analýzu a přizpůsobení činnosti;
- analýzu a přizpůsobení prostředí.

Ergoterapeut využívá poznatky moderního výzkumu a aplikuje je do svých postupů. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

2.6.3 Činnosti ergoterapeuta

Veškeré činnosti jsou určeny kompetencemi a zaměřují se cíleně na pacienta tak, aby splnily svůj význam s ohledem na duševní či fyzické aktivní činnosti člověka. Měly by mít preventivní i terapeutický účinek, zaměřený na životní situace a vývojové fáze včetně zájmů klienta. Musí být flexibilní k potřebám činnosti. [Krivošíková, 2011]

Věnuje se otázkám prevence vzniku komplikací, poskytuje v této oblasti instruktáže a poradenské služby. Podílí se na úpravách domácího a pracovního prostředí a věnuje se předpracovní rehabilitaci. [Jelínková, Krivošíková, 2007]

Detailnější rozbor činností je vystižen v kapitole 2.3 Metody, přístupy a rozdělení v sekci podrobnějšího rozboru dělení a v celé kapitole 2.5 Ergoterapeutický proces.

2.6.4 Profesní etika a ergoterapie

Profesní etika je souborem hodnot, které řídí pracovníka při spolupráci s osobami, které vyhledávají pomoc v těžkých životních situacích. V zájmu etiky by měl být klient vždy seznámen se jménem, kvalifikací a kompetencí pracovníka ve vztahu k očekáváním a cílům pacienta. Součástí pracovní etiky je povinnost udržovat mlčenlivost o stavu klienta. Pracovník by měl poskytovat odpovídající informace. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

Veškerá činnost je podřízena zájmu klienta, přizpůsobená odlišnostem a individualitám, sociálnímu zapojení, principům rovnosti a spravedlnosti. Důležitým hlediskem je zachování důstojnosti každého jedince, vyjádřené empatií a respektem. Terapeut se musí chovat profesionálně ve všech ohledech a fázích terapeutického procesu. [Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009]

2.7 Organizace v ergoterapii

V této podkapitole shrnuji organizace, které se ergoterapií nějakým způsobem zabývají a jejich případnou spoluprací mezi sebou.

Česká asociace ergoterapeutů (ČAE)

Česká asociace ergoterapeutů je spolek, který řídí a koordinuje výbor složený z pěti členů, kteří mají většinou tříleté funkční období.

Je dobrovolnou profesní asociací, působící na území České republiky, spolupracující s odbornými spolky v zahraničí. Sdružuje členy na základě společenského zájmu. Je právnickou osobou v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., (občanský zákoník). Sídlí v ulici Klouboučnická 1627/7, Praha 4. [<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>, 1]

Základními cíli je propagovat a prosazovat síť pracovišť poskytujících ergoterapeutickou péči, vyzvednout důležitost, nezastupitelnost a zvyšování jejich standardu. Aktivně působí v oblasti prevence a zdravotní osvěty v rámci ergoterapeutických postupů v péči o osoby se zdravotním postižením. Podílí se na koncepci systému vzdělávání a zvyšování kvalifikace pořádáním různých kurzů, seminářů a odborných konferencí. Pro co největší přiblížení veřejnosti, vydává Česká asociace ergoterapeutů odborné publikace, sborníky a materiály. Věnuje se rozvoji a kontrole dodržování etických pravidel, zajišťuje právní pomoc členům spolku a zároveň dohlíží na odpovídající způsob ohodnocení práce a výkonů při tvorbě sazebníků. [<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>, 1]

WFOT (World Federation of Occupational Therapists – Světová federace ergoterapeutů)

Sdružuje ergoterapeutické asociace i jednotlivce z celého světa. Byla založena v roce 1952 a nyní má 73 členských zemí. Jejím cílem je prezentovat celosvětově ergoterapii, iniciovat zlepšení podmínek pro praxi, kooperaci a výměnu užitečných poznatků mezi jednotlivými asociacemi. Prosazuje etické zásady a standardy, podněcuje

zájem o profesi ergoterapeuta. Organizuje celosvětové kongresy v této odborné oblasti. [<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>, 1]

COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries – Rada ergoterapeutů pro evropské země)

Organizace byla založena v roce 1986 z důvodu potřeby koordinování názorů jednotlivých národních ergoterapeutických asociací v rámci Evropy. Jejím cílem je prosazovat a podporovat mobilitu osob v celé Evropě a zviditelnit činnost této profese. Umožňuje jednotlivým evropským asociacím pracovat na vývoji, harmonizaci a zlepšení úrovně ve vzdělání i odborné praxi. [<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>, 1]

ENOTHE (The European Network of Occupational Therapy in Higher Education – Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání)

Evropská síť vzdělávání ergoterapeutů působí v rámci Evropské unie od roku 1995 v oblasti vyššího vzdělání z iniciativy COTEC s finanční podporou z programu ERASMUS³. Tato organizace si dala za úkol zvýšit kvalitu ergoterapie prostřednictvím spolupráce mezi fakultami, akademiemi, profesními sdruženími, klientskými organizacemi a zaměstnavateli. Kooperace má za úkol trvalý a široký dopad napříč celou škálou organizací v oboru. Úkolem je sjednotit vzdělávací programy a navrhnout jejich zlepšení. [<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>, 1]

ERGOTerapeuti všem z. s.

V roce 2015 byl založen spolek sdružující ergoterapeuty a studenty ergoterapie. Jeho úkolem je propagace a zviditelnění tohoto oboru, jako i jeho propojení s ostatními rehabilitačními a terapeutickými obory. Spolek je nezisková organizace, financovaný z grantů, založený na dobrovolnosti členů. Propagace probíhá formou prezentace zkušeností z praxe i zahraničí, zprostředkovávají názory zajímavých odborníků a jejich

³ ERASMUS = akční program Evropského společenství pro mobilitu vysokoškolských studentů (v angličtině European Community Action Scheme for the Mobility of University Students)

rady pro terapeuty. Laické veřejnosti nabízí pořádání tematických akcí pro děti, kde jsou do programu zapojeny jak zdraví tak i handicapovaní, jsou zde zařazeny i prvky hiporehabilitace a zdravotní tělesné výchovy. V měsíci březnu 2016 byl spuštěn projekt ERGOcafé. Jedná se o souhrn přednášek na ergoterapeutická témata, určený pro členy zdravotnického multidisciplinárního týmu a studenty lékařské, pedagogické a sociální fakulty. Předmětem přednášek a společných diskuzí je i možnost spolupráce ergoterapie s ostatními obory, popřípadě jak tuto kooperaci vylepšit. Tyto projekty prozatím fungují v Praze a Ostravě ve spolupráci s Lékařskou fakultou Ostravské univerzity. Spolupracují s Českou asociací ergoterapeutů. [Příloha č. 4]

3 Ucelená rehabilitace

3.1 Vymezení pojmu ucelená rehabilitace

Obecně je rehabilitace již z historie velmi obšírný pojem, který má mnoho významů. Jde o souladný a plynulý záměr společnosti, cílený na sociální integraci jedince. Celý proces obsahuje široké spektrum vzdělávacích, sociálních, zdravotnických, kulturních, pracovních, technických, organizačních, legislativních, ekonomických a politických aktivit. [Kolář, 2009]

V dnešní době se rehabilitace osob se zdravotním postižením označuje jako: Ucelená rehabilitace. [Kolář, 2009] Název ucelená rehabilitace je z anglického termínu *comprehensive rehabilitation*, kdy výraz *comprehensive* je překládán podle slovníku jako úplný nebo ucelený. Nikoliv však jako komplexní, nesmí se zaměňovat význam těchto překladů. V některých publikacích je také možné se setkat s počeštěním tohoto pojmu, tedy Komprehenzivní rehabilitace. Ucelenou rehabilitaci je možné označit jako soubor aktivit v případě, kdy není možné následky nemoci nebo postižení řešit pouze zdravotnickými prostředky a stav pacienta je dlouhodobý, to znamená nemoc nebo postižení nelze úplně odstranit léčbou. [Votava, 2003]

3.1.1 Ucelená rehabilitace – cílová skupina

Do cílové skupiny ucelené rehabilitace jsou zařazeny osoby se zdravotním postižením. Tato kategorie není limitována věkem, ale jsou to lidé, u kterých došlo nebo může dojít k omezení aktivity a integrace do společnosti následkem vrozené vady, nemoci nebo úrazu. Jejich zdravotní postižení může omezit nebo dokonce zcela znemožnit dosažení optimální úrovně soběstačnosti, vzdělání a možnosti pracovního uplatnění. Ucelená rehabilitace je poskytována osobám, které mají trvalý pobyt na území České republiky. Další podmínky poskytnutí péče jednotlivých oblastí ucelené rehabilitace je určeno příslušnými právními předpisy na základě rozsahu a závažnosti zdravotního postižení dané osoby. [Kolář, 2009]

3.1.2 Dělení ucelené rehabilitace

Vzhledem k prostředkům, které jsou používány v rehabilitaci a k rehabilitačním opatřením, se rehabilitace může dělit do těchto oblastí [Kolář, 2009]:

- léčebná (medicínská) rehabilitace;
- sociální rehabilitace;
- pedagogická rehabilitace;
- pracovní rehabilitace.

Toto rozdělení se uvádí hlavně ze vzdělávacích důvodů. Při uplatnění v praxi je nutné, aby se rehabilitace nedělila na oblasti, ale kooperovaly všechny tyto složky. Veškeré činnosti musí být vždy kombinované, vzájemně propojené a koordinovaně využívány všemi dostupnými prostředky na základě potřeb pacienta. [Kolář, 2009]

U ucelené rehabilitace je také důležité rozlišovat rehabilitaci přechodnou (jednorázovou a krátkodobou – dočasnou) a rehabilitaci permanentní (trvalou, dlouhodobou). [Jesenský, 1995]

Rehabilitace krátkodobá (přechodná) – péče, která přímo a bezprostředně navazuje na léčení, někdy může být použita i bez předchozí léčby. Tato péče má za úkol upevnit celkové obnovení zdraví a normální kvality života. Převažuje v oblasti léčebné rehabilitace, zejména ve zdravotnických, popřípadě i lázeňských institucích. [Jesenský, 1995]

Rehabilitace dlouhodobá (permanentní) – tato péče je poskytována osobám, u kterých je jejich stav dlouhodobý nebo mají trvalé zdravotní postižení s těžším stupněm. Většinou jde o trvalé narušení kvality života. Řeší se z části léčením, ale hlavně prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. [Jesenský, 1995]

3.2 Složky ucelené rehabilitace

3.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je souhrnem rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních prostředků, použitých k dosažení funkčních schopností jedince během zdravotní péče. [Kolář, 2009]

Podle J. Pfeiffera a J. Votavy se léčebná rehabilitace dělí podle cílů na vertikální – obnovení původního stavu organismu a horizontální – řeší závažná poškození s chronickým charakterem. [Jankovský, 2001] Na krátkodobém a dlouhodobém rehabilitačním plánu se podílí celý tým pracovníků, mezi které patří: rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a často i zástupci profesí logoped a speciální pedagog. Léčebná rehabilitace může být prováděna jako součást nemocniční lůžkové léčby, ambulantně či péčí v odborných léčebných i lázeňských ústavech. Je snaha o poskytování této péče již na odděleních klinických oborů jako například ARO⁴. Bohužel často je rehabilitace nasazována pozdě na základě nedostatku kapacity na lůžkových odděleních. Pokud však je nasazena, až jedna třetina pacientů po těžkém úrazu nebo nemoci využije pouze léčebnou rehabilitaci a již nepotřebuje systematickou komplexní terapii, z důvodu včasného poskytnutí této složky ucelené rehabilitace a vrátí se do původní kvality života. Většina úkonů je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. [Kolář, 2009]

Hodnocením atributů pohybu (koordinace, síla, rozsah) a celkové funkce centra pohybové soustavy se určují postupy specifické a běžně využívané v celém léčebném procesu. Je uplatňována reflexní terapie i myofasciální techniky a prostředky nekonvenční medicíny. [Müller a kol., 2014]

Je nutné zmínit i podstatné nedostatky v této oblasti, které jsou způsobeny v jejím úzkém zaměření jako i v chybějící provázanosti jejích nedílných součástí. Ve většině případů je prováděna pouze fyzioterapie a je tak narušena kontinuita léčebné rehabilitace. [Kolář, 2009]

Vybrané prostředky léčebné rehabilitace

Fyzikální terapie

Využívá znalostí fyzikálních jevů a jejich kladný vliv na lidský organismus. Do této skupiny se zařazují všechny druhy masáží (reflexní, klasická, vodní), elektroléčba, ultrazvuk, magnetoterapie, léčba s využitím infračerveného

⁴ Anesteziologicko-resuscitační Oddělení

a ultrafialového záření, laser a léčba teplem. Součástí je i balneoterapie, která využívá přírodní léčivé účinky. [Jankovský, 2001]

Použitím manuálních mechanických sil či přístrojů dochází v horizontální ose k protažení jednotlivých oblastí těla (trakce) pro docílení uvolnění napětí. [Müller a kol., 2014]

Léčebná tělesná výchova (LTV)

Léčebná tělesná výchova spadá do oblasti fyzioterapie. Staví na formě tělesného cvičení a je vysoce efektivní. Provádí se individuálně ale také skupinově. Skládá se ze dvou léčebných přístupů zaměřených na gymnastické prvky a reflexní motoriku (využívá přirozených reflexů pro obnovu činnosti ochrnutých svalů). Jsou zde využívány různé metody jako například Vojtova metoda reflexní lokomoce (pracuje s pohybovými prvky reflexního plazení a reflexního otáčení) a metoda Bobathových (používá se u rehabilitace dětí). [Jankovský, 2001]

Ergoterapie

Ergoterapie je zkrácený výraz pro léčbu zaměstnáváním. Této oblasti je věnována celá druhá kapitola této práce.

Animoterapie

Při této terapii se využívá spolupráce klientů a vycvičených zvířat, vhodných pro tuto léčbu. V dnešní době je velice moderní zařazovat do rehabilitačních plánů metodu hipoterapie, která je založena na neurofyziologických základech. Je prováděna za pomoci koňů a je dělena na tři základní složky: léčebně pedagogické ježdění, sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. [Jankovský, 2001]

Do animoterapie patří neodmyslitelně i canisterapie, která je prováděna pomocí kontaktu se psem. Zlepšuje psychickou pohodu, komunikační dovednost a pohybovou schopnost. Využívá se jak u dětí, tak u seniorů. Je i důležitou součástí v některých sportovních disciplínách osob se zdravotním postižením. [Jankovský, 2001]

Tyto metody lze využívat pouze na základě domluvy s klientem a doporučení ošetřujících odborníků. [Jankovský, 2001]

Kinezioterapie

V kineziologii se využívají výkony a postupy, zaměřené na znovuoobnovení pohybu. Jsou souhrnem účelných, seřazených a vzájemně provázaných úkonů upravujících nedostatky motoriky. Ovlivňují symptomy poruch pomocí reflexní terapie, ale nejedná se o metodu čistě stereotypního charakteru. Musí být zvolená optimální varianta s individuálním postupem. Vybrané kinezioterapeutické postupy zaměřené na jednotlivé symptomy: zlepšení svalové síly, cvičení podle svalového testu, izometrické posilovací cvičení, progresivní odporové cvičení, ovlivnění rozsahu pohybu, protažení. [Müller a kol., 2014]

3.2.2 Sociální rehabilitace

V rámci sociální rehabilitace se pacient s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením seznamuje s nábivkem dovedností potřebných k dosažení maximální samostatnosti a soběstačnosti, odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Poskytuje se většinou ambulantní formou, pokud je potřeba intenzivní trénink, pak i pobytovou. K významnému rozvoji sociální rehabilitace došlo v České republice po roce 1989 a vlivem rozvoje nestátních neziskových organizací a nadací. Veškeré úkony jsou hrazeny z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí ve spolupráci s krajskými úřady. Řídí se pravidly poskytování dotací nestátním neziskovým organizacím. [Kolář, 2009]

Sociální rehabilitace má za úkol připravit klienta přijmout své postižení či znevýhodnění a pomoci mu se plně integrovat do společnosti. To je důležité pro jeho životní spokojenost, která je nazývána sociálním komfortem. Tohoto cíle nelze dosáhnout bez spolupráce s ostatními složkami ucelené rehabilitace. Má permanentní charakter, tj. celoživotní proces. [Jankovský, 2001]

Jsou zde uplatněny metody pro obnovu poškozených funkcí a zbytkových schopností: reedukace = rozvoj, kompenzace = náhrada, akceptace = přijetí. Aplikovány jsou ve zdravotnických zařízeních, ústavech sociální péče, speciálních školách,

občanských sdruženích, obecně prospěšných společnostech, specializovaných pracovištích a podporovaných bydleních. [Jankovský, 2001]

Velmi důležitá je stabilita rodiny a její podporování osoby s postižením pracovat v rehabilitačních programech. [Jankovský, 2001]

3.2.3 Pedagogická rehabilitace

V souboru ucelené rehabilitace je nejmladším odvětvím. Odpovídá za pedagogické působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením, především speciálně pedagogickou praxí. Cílem je pomoci dosáhnout nejvyššího možného stupně vzdělání, k dosažení aktivního zapojení do celé škály obvyklých aktivit společenského života. Jedná se o běžné formy vzdělání, které získávají děti školního věku, ale i dospělí v rámci rekvalifikace a tím je dosažena maximální možnost perspektivního pracovního uplatnění. [Votava, 2003]

Jde o souhrn podpůrných opatření k odstranění znevýhodnění osob se zdravotním postižením k možnostem přístupu a uskutečňování jejich vzdělávání. Je financováno z prostředků státního rozpočtu, s ohledem na vyšší náročnost formou vyššího normativu či příplatku. [Kolář, 2009]

K dosažení stanovených cílů jsou používány následující prostředky [Votava, 2003]:

- diagnostika předpokladů studenta;
- přizpůsobení metod vzdělávání jedinci a pozitivní přijetí pedagoga;
- optimalizace intenzity učení, eliminace demotivujících vlivů a faktorů;
- aplikace pedagogických metod, přístupů a pomůcek;
- preferování studia specifických předmětů, důležitých pro studenta se zdravotním postižením, využívání nových informačních technologií.

V rámci pedagogické rehabilitace jsou zastoupeny následující odbornosti ze speciální pedagogiky. [Votava, 2003]

- Psychopedie: věnuje se osobám s psychickým převážně mentálním postižením.

- Somatopedie: zaměřuje se na osoby s tělesným postižením a chronicky nemocnými.
- Tyflogedie: pracuje se zrakově postiženými osobami.
- Surdopedie: pomáhá osobám se sluchovým postižením.
- Logopedie: je zaměřená na osoby s narušenou komunikační schopností.
- Etopedie: věnuje se osobám, které mají výchovný problém s projevy sociální patologie.

Veškeré tyto speciálně pedagogické terapeutické činnosti se zaměřují na odstranění negativních dopadů v osobnostním rozvoji klienta. [Votava, 2003]

V řetězci pedagogické výchovy navazují na speciální pedagogy další pedagogové, vychovatelé, osobní asistenti a velkou úlohu má vliv rodičů, kteří se spolu s odborníky podílejí na první fázi výchovy tj. rané péči. [Votava, 2003]

Pedagogická rehabilitace je odbornou disciplínou určenou pro optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených občanů. Má za úkol umožnit jejich kulturní sociální a pracovní integraci v produktivním životě. Je nepostradatelnou psychoterapií. [Jankovský, 2001]

Raná péče je program zahrnující zajištění ucelené rehabilitace dětem s postižením od narození až do nástupu na povinné vzdělávání. Je zde zahrnuto budování soběstačnosti celé rodiny, posilování a upevňování vnitřních rodinných vazeb, vytváření podmínek úspěšného vývoje dítěte, tvorba předpokladů pro zařazení dítěte do vzdělávacího procesu, integrace dítěte a rodiny do širších sociálních vztahů. V programu rané péče spolupracují odbornosti, jako je speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník a dle potřeby ergoterapeut a fyzioterapeut. [Votava, 2003]

Do procesu rané péče vstoupila metoda vypracovaná Marií Montessori, která se zaměřuje na postižení u malých dětí, bez ohledu na druh a typ. Pracuje zejména na zlepšení komunikačních schopností dítěte a jeho osamostatňování. Využívá týmové spolupráce odborníků z různých zainteresovaných oborů, které se mohou označit jako kruhová péče, která může včas intervenovat do vývoje dítěte. [Jankovský, 2001]

Hlavním principem pro Marii Montessoriovou je především samostatnost dítěte, která má výsadní postavení v koncepci výchovy, rozvoji intelektu a procvičování nervů, svalů a smyslů. [Pipeková, Vítková, 2001]

3.2.4 Pracovní rehabilitace

Úkolem pracovní rehabilitace je získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením. Informace o pracovních příležitostech na trhu práce shromažďují a poskytují úřady práce. Právě tyto instituce pomáhají i v komunikaci mezi zájemcem a zaměstnavatelem. Podílí se na vypracování metodiky pro vytváření potřebných předpokladů a jejich realizaci společně s pracovními rehabilitačními středisky. Úřad práce nabízí poradenské činnosti, teoretické a praktické přípravy pro zaměstnání, specializované rekvalifikační kurzy a zprostředkování nabídek práce. [Kolář, 2009]

Součástí pracovní rehabilitace není jen příprava na práci (získávání vědomostí, dovedností a návyků), ale zahrnuje komplexní péči pro uplatnění osob se zdravotním postižením v pracovní činnosti. Zakládá se na obnovení pracovního potenciálu. [Jankovský, 2001]

Osobám se změněnou pracovní schopností je pomocí zprostředkování nabízeno umístění do speciálních pracovišť, kde jim je poskytována zvýšená péče (ohled na dostupnost pracoviště, vzdálenost, pracovní režim). [Votava, 2003]

Podle zákona č. 435/2004 Sb., je chráněné pracovní místo definováno jako pracovní místo určené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením po písemné dohodě s úřadem práce. Na vytvoření takového pracovního místa je poskytován zaměstnavateli dotační příspěvek. Úřad práce má v kompetenci kontrolu nad takto vytvořenou pracovní pozicí, která musí být k dispozici po dobu tří let. Nemusí se nutně jednat o nově zřízené chráněné pracovní místo, ale může být již obsazené osobou se změněnou pracovní schopností.

V této oblasti se maximálně uplatňují pracovníci profese ergonomie, kteří posuzují přizpůsobení pracovního prostředí, vhodnost používaných nástrojů a navrhnou opatření k odstranění možných negativních následků na zdraví jedince. [Votava, 2003]

3.3 Výchozí principy rehabilitace

Hlavním principem je skloubení rehabilitace s vytvářením optimálních podmínek a odstraňováním překážek pro začleňování osob se zdravotním postižením do sociálního i ekonomického života a společnosti. Poskytování komplexní rehabilitace v celé škále

úkonů je nezbytné nejen pro osobu se zdravotním postižením, ale také pro celou společnost. Uplatněním rehabilitace jsou tyto lidé schopni zapojit se odpovídajícím způsobem do pracovního procesu, k získání větší ekonomické nezávislosti a posílení jejich občanské suverenity. Základní principy pro implementaci rehabilitace do praxe jsou [Kolář, 2009]:

- včasnost – dobře naplánované zahájení rehabilitace je předpokladem pro úspěšnou aktivizaci a motivaci jedince;
- komplexnost, návaznost a koordinovanost – tyto atributy jsou velice důležité pro efektivní fungování rehabilitace;
- dostupnost – poskytovatelé zprostředkovávají dostupnost informací o zdravotním stavu a terapii;
- individuální přístup – rehabilitační opatření musejí být přizpůsobena konkrétním potřebám osob se zdravotním postižením;
- multidisciplinární posouzení – je vykonáváno zvláště u osob s těžším zdravotním postižením a je základem pro sestavení správných rehabilitačních opatření;
- součinnost – spolupráce všech zainteresovaných odborníků.

Organizace všech opatření a služeb zahrnutých efektivně do celého komplexu je důležitým principem pro jejich uplatnění v praxi. [Kolář, 2009]

3.4 Rehabilitační tým

Rehabilitační tým je skupina odborníků, kteří vzájemně spolupracují na implementaci rehabilitačních cílů v rámci pracoviště rehabilitační medicíny. Měl by se skládat z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického psychologa, sociálního pracovníka a u pacientů s poruchou řeči také logopeda. Doplněn může být i o speciálního pedagoga, který se významně uplatní v poradenství pro vzdělávání a při rehabilitaci kognitivních funkcí využívá i dalších speciálních technik (např. muzikoterapie, arteterapie). Na klinikách a v rehabilitačních ústavech jsou součástí týmu také zdravotní sestry a odborníci v oboru protetiky včetně lékařů ortopedů. [Votava, 2003]

3.4.1 Postavení ergoterapeuta v rehabilitačním týmu

Ergoterapeut je nedílnou částí rehabilitačního týmu, svou činností poskytuje ostatním členům komplexní informace o zdravotním a psychickém stavu osoby se zdravotním postižením prostřednictvím [Votava, 2003]:

- diagnostické indikace rizika vzniku handicapů;
- preventivní diagnostiky – tvorba terapeutického plánu s využitím metod a technik k předcházení disability;
- terapeutického hodnocení – spoluprací s pacientem nastavit reálné cíle ke zvládnutí všech aktivit potřebných k soběstačnosti.

Ergoterapeut indikuje zdravotní nedostatky ovlivňující soběstačnost klienta. Zaměřuje se na koordinaci osoby s činností a prostředím, odbourává nerovnováhy schopností jedince, ovlivňuje nároky prováděných činností a faktory prostředí. Podílí se na vypracování dlouhodobého komplexního plánu rehabilitace s ostatními členy multidisciplinárního týmu. [Müller a kol., 2014]

3.4.2 Postavení speciálního pedagoga v rehabilitačním týmu

Jedním z neméně důležitých členů rehabilitačního týmu je speciální pedagog, který se podílí, u osob s těžkým postižením na výuce nových znalostí i dovedností, na rehabilitaci narušených kognitivních funkcí, například po poranění či operaci mozku. Speciální pedagog není stálým členem rehabilitačního týmu, působí zde v individuálních případech, proto je velkou výhodou pokud má i jinou odbornou kvalifikaci například ergoterapeut, fyzioterapeut. [Votava, 2003]

4 Aplikovaná ergoterapie

V této kapitole se soustředí na teoretická východiska pro zodpovězení první a druhé výzkumné otázky své práce. Spadá sem i spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga.

První výzkumná otázka se týká využití ergoterapie ve vybraných podoborech speciální pedagogiky (tyflopédie, somatopedie, logopedie apod.). Bohužel v ergoterapii se rozlišují jednotlivé oblasti jinak než ve speciální pedagogice, tudíž jsem práci musela přizpůsobit danému rozdělení.

Druhá výzkumná otázka se týká vybraných diagnóz a jejich ergoterapeutické intervence. Jde o diagnózy, které se promítají do obou oborů, tedy jak do ergoterapie, tak i speciální pedagogiky.

4.1 Spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga

Oblast spolupráce je zapracována v obecném pojetí z důvodu malého množství dostupných podkladů, ze kterých by bylo možno čerpat.

Ergoterapeut a speciální pedagog se spolu nejčastěji setkávají v oblasti týmové práce, bohužel tato spolupráce ještě není zcela rozvinuta. Je zde nedostatek metodiky pro interdisciplinární činnost a nejsou přesně dané profesní hranice. [Routnerová, 2016]

Přesto dochází k vývoji přímé spolupráce a prolínání těchto dvou profesí v zařízeních různého typu. Jako pozitivní se dá hodnotit přístup k jedincům s postižením. Kladný vliv je znát i v postupech, které se využívají ke zjištění vlivu prostředí a jeho dopadu na klienty. Dochází k podpoře sociokulturních zvyklostí vedoucích k přípravě na budoucí zaměstnání. Důležité jsou také cíle, při kterých kooperují na přípravě programů a impulsů pro výuku teorie a její uplatnění v praktickém zapojení klienta. [Česká asociace ergoterapeutů, 2011]

Obory speciální pedagogika a ergoterapie se prolínají při hodnocení a sledování vývoje jedince v oblasti senzomotorické, psychosociální a kognitivní. Společně hodnotí volnočasové aktivity pacientů s ohledem na využití v jejich životním stylu. Společnými

silami preferují umístění jedinců se zdravotním postižením do domácího prostředí, občanských sdružení a denních center zaměřených na práci s těmito klienty, namísto jejich zařazení do centrálních zdravotnických pracovišť. Prosazují aktuální stupeň/úroveň vývoje do rehabilitačního plánu s ohledem na diagnostiku. Po vzoru evropského trendu se snaží o rozšíření informovanosti o této problematice do podvědomí široké veřejnosti a o spolupráci s odborníky z ostatních oborů. [Česká asociace ergoterapeutů, 2011]

Hlavní oblasti spolupráce ergoterapie a speciální pedagogiky

Spolupráce se uskutečňuje na úrovni pomoci rodině jedince s postižením, při rehabilitaci poškozených funkcí, uplatňuje se v orientaci v životním prostředí, podporuje samostatnost, podněcuje rozvoj vnímání, řečové schopnosti, myšlenkové pochody a sociální rozvoj, koriguje výchovné problémy a poruchy jednání v sociálních vztazích. [Pipeková, Vítková, 2001]

Práce ergoterapeuta a speciálního pedagoga jsou specifickými obory, ale mohou se prolínat hlavně v následujících oblastech [Müller a kol., 2014]:

- pracovní prostředí klienta – návrh a úprava prostředí pro lepší soustředění se na práci (různé opory končetin, stabilní sed, optimální osvětlení, přizpůsobení pracovní plochy atd.);
- grafomotorické pomůcky – posouzení a doporučení nejvhodnějších kompenzačních pomůcek individuálně přizpůsobených klientovi (nástavce, objímky, aj.);
- práce s PC – vývoj výpočetní techniky umožňuje široké využití v psaní, rozvoji komunikačních schopností, především velké nabídky kompenzačních mechanismů pro ovládání (úprava nastavení, ovládání očima, úprava joysticků atd.).

Spolupráce se oceňuje při získávání a zlepšování následujících schopností [Müller a kol., 2014].

- Soběstačnost – ergoterapeut využívá individuálních cviků pro jednotlivé oblasti ADL, vyhledává potřebné kompenzační pomůcky (zvedáky, točny

atd.). Svá zjištění konzultuje se speciálním pedagogem včetně doporučení impulsů pro vykonávání činností.

- Vzdělávání – edukační program je vytvořen s ohledem na individuální potřeby klienta, musí být vytvořen tak, aby se jednotlivé činnosti doplňovaly a podporovaly časoprostorovou orientaci, zrakové a sluchové vnímání, kognitivní funkce atd. Svou činností ergoterapeut doplňuje teorii školních znalostí.
- Sociální dovednosti – jsou důležité pro vystupování klienta ve společnosti. Osoby se zdravotním postižením jsou často nejisté, proto je nutné se této oblasti věnovat pro získání jejich sebedůvěry.

Cílem spolupráce obou oborů je hodnocení disability a pozitivních i negativních vlivů prostředí na začlenění osob s postižením do společnosti a celkové posouzení funkčního stavu klienta. Proto by měl vznikat multidisciplinární tým, který je tvořen odborníky z více oborů, dovoluje hodnotit z různých pohledů a vytváří tak komplexní pohled na celkový funkční potenciál jedince. Bohužel velice často zde chybí kvalitní ergoterapeut, speciální pedagog či logoped. [Česká asociace ergoterapeutů, 2011]

4.2 Specializace v ergoterapii

Ačkoliv se ergoterapie zatím nedostala do povědomí laické veřejnosti, je součástí komplexního terapeutického plánu a prolíná se celým spektrem oborů.

4.2.1 Ergoterapie v neurologii

Ergoterapie v neurologii se zabývá postižením centrálního i periferního nervového systému, kdy se jedná velmi často o trvalé následky. Ty mohou vznikat po úrazech, zánětech, nádorech, cévních onemocněních, vrozených vadách, degenerativním onemocnění, ale mohou být způsobeny také toxickými vlivy. Je důležité uplatnit všechny principy ucelené rehabilitace tj. včasnost, týmovou spolupráci, zapojení rodiny, celistvost, návaznost, dostupnost služeb a dostatečnou dobu léčby. [Klusoňová, 2011]

U neurologického pacienta se ergoterapeut zaměřuje na zvládání motorické, kognitivní a psychosociální složky vedoucí k soběstačnosti ve všedních činnostech. Trénuje hrubou a jemnou motoriku, v některých případech i grafomotoriku. Intervenční přístup se projevuje zejména při návštěvě domácího a pracovního prostředí pacienta, ze kterého vyhodnotí možnost použití a úprav kompenzačních pomůcek popřípadě daných pracovních prostor. Ergoterapeut je členem multidisciplinárního týmu, kde je nutná dobrá spolupráce a komunikace s jednotlivými odborníky, která vede k efektivnosti komplexní rehabilitace a léčby, k dosažení nejvyššího stupně kvality života pacienta. [Kolář, 2009]

Skupina osob s neurologickým postižením je velmi široká, se subjektivním vymezením a všechny osoby z této skupiny potřebují často péči ergoterapeuta. Jedná se především o osoby s následujícím omezením [Vodáková a kol., 2007]:

- osoby s tělesným postižením s DMO⁵ nebo osoby s vrozenými vadami, které omezují životní funkce (chybějící a deformované končetiny);
- osoby s postižením interními chorobami (diabetes – „cukrovka“, kardiovaskulární onemocnění) a onemocněním typu epilepsie, roztroušená skleróza apod.;
- pacienti po operacích, těžkých chorobách a úrazech (vyléčitelné nebo trvalé následky s různými typy postižení).

Úkolem ergoterapeuta u pacienta dlouhodobě pobývajícího ve zdravotnickém zařízení je zapojovat jej do aktivit podobných běžnému životu, a tím zabránit „tuhnutí“ kloubů a napomoci obnově ztracených sil. Těmito úkony má přispět k rychlejšímu návratu do zaměstnání. Posuzuje také, zda je nutná rekvalifikace. Zajišťuje světelné, prostorové a ostatní podmínky dle individuality klienta, s respektem na doporučení lékaře. Ergoterapeut zapojuje jedince pozvolna do činnosti a postupně navyšuje časovou náročnost terapie. Svaly a klouby se zatěžují přiměřeně a postupně se rozvíjejí, činnost musí být střídána s odpočinkem. Je prováděna rytmicky v pohybových blocích, postupně se přechází od hrubší k jemnější práci. Při terapii se dbá na správnou a pohodlnou polohu zad, brady a hrudi jako i celého těla. Aplikací podpůrných aparátů se odlehčuje svalovému napětí. [Vodáková a kol., 2007]

⁵ DMO = dětská mozková obrna

4.2.2 Ergoterapie v pediatrii

Ergoterapie se v pediatrii uplatňuje od narození až po dospělost. Činnost je založena především na poradenství a práci s rodinou. Aplikuje se formou hry se zaměřením na podporu rovnoměrného vývoje dítěte v oblastech rozvoje hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a užívání kognitivních a sensorických funkcí včetně stereognostických. S ohledem na stupeň ontogenetického vývoje dítěte je sestaven nácvik ADL s používáním kompenzačních pomůcek. [Kolář, 2009] V pediatrii se tato terapie aplikuje hlavně u dětí, u kterých následky chorob nebo postižení od narození se projevují ve srovnání s vrstevníky v duševním, tělesném, intelektuálním nebo smyslovém vývoji. Neméně důležité je i zaměření se na trénink koordinace oko-ruka. [Vodáková a kol., 2007]

Velmi důležitým hlediskem efektivní pracovní činnosti u dětí je snížení zrakové námahy s využitím barevných odstínů pro zlepšení nálady, schopnosti soustředění a zvýšení pracovní činnosti. Týká se to ploch ohraničujících pracovní prostor (stěny, strop, podlaha) ale i pracovní plochy, stroje a zpracovávaného materiálu. Volí se takové barevné rozložení, aby bylo snadné zrakové vnímání a rozlišování jednotlivých částí. Používají se tedy barevné kontrasty. Volba barev je také ovlivňována intenzitou osvětlení včetně rozlišení přirozeného denního a umělého světla. [Klivar, 2003]

Ergoterapie a školní zařízení

Dobrou komunikací ergoterapeuta s pedagogem se snadno sestaví komplet činností realizovatelných ve škole. Dobrou poradenskou činností může ergoterapeut doporučit oblasti, ve kterých učitel může získat dílčí kompetence. Ergoterapie přímo zaměřená na postiženou oblast rozhodně není součástí práce speciálních pedagogů/učitelů. Je však nedílnou součástí práce ve škole, protože rozvíjení postižených funkcí je základním předpokladem běžných školních činností a her. Konzultace pedagogických pracovníků s ergoterapeuty nebo i fyzioterapeuty, je nezbytná při zařazení cvičebních prvků terapie do školních činností. [Zíkl, 2014]

Ergoterapie se uplatňuje i ve školách přidružených k nemocnicím, kde významnou úlohou je podpora psychického klidu a odvedení pozornosti

od nemocničního prostředí a zdravotních problémů. Využívají se herní, výtvarné a pracovní aktivity. [Zíkl, 2014]

Ergoterapie a hra

Hra je vnitřně motivující aktivita, která přináší uspokojení vědomí i podvědomí. Má instinktivní charakter, je to přirozená a biologicky účinná činnost. Jde o prvotní zaměstnání, které dítě nenuceně připravuje na život. V současnosti je hra označována nemateriálním prostředkem pro metodu výchovy a vzdělávání. Uplatňuje se v diagnostice, ergoterapii a v psychoterapii. Hry spojují dva okruhy činností, nácvik dovedností a trénink práce včetně manipulace (stavebnice), které dítě procvičuje nevědomky. Didaktické hry rozvíjejí používání smyslových vjemů, například rozlišování předmětů, plodin a přírodniny pomocí hmatu, sluchu, čichu a chuti. [Vodáková a kol., 2007]

4.2.3 Ergoterapie v psychiatrii

Ergoterapie se zaměřuje na skupinu lidí s duševní poruchou a pomáhá jim co nejvíce se navrátit do běžného života tak, aby byly uspokojeny jejich zdravotní, sociální a psychologické potřeby. [Švestková a kol., 2013]

Formou zaměstnávání přispívá ergoterapie k vyplnění času a pravidelnosti denního režimu, rovněž k udržení celkové kondice a aktivity. Provádí se individuálně i skupinově u osob se stejnou indikací (7 – 10 pacientů). Je realizována v interiéru (dílny) i exteriéru (park, hřiště, zahrada). Terapeut organizuje celkovou činnost, přiměřeně informuje a produktivně povzbuzuje a instruuje. Skupinová terapie má výhodu ve vzájemném ovlivňování jednotlivých členů, je zde však nutné pro terapeuta být pozorný v rámci bezpečnosti pacientů (agresivita, sebepoškozování). [Klusoňová, 2011]

Ergoterapie se v psychiatrii nedá využít, trpí-li pacient vyčerpaností, únavou, ztrátou orientace, akutními stavy zmatenosti, agresivitou nebo těžkou neurastenií. [Klusoňová, 2011]

Hlavním cílem je udržet a postupně zvyšovat pracovní zdatnost a obnovení ztracených funkcí. Podílí se na korekci sociálních vztahů, obnovení schopností jednání s nejbližšími a podpořit jejich toleranci. Obnova soběstačnosti napomáhá maximální resocializaci. [Klusoňová, 2011] Důležitým cílem je náprava a změna nežádoucího jednání a obnova sociálních kontaktů. [Švestková a kol., 2013]

Některé výhody terapeutických aktivit [Švestková a kol., 2013]:

- zvyšování sebejistoty;
- zvládání stresu;
- orientace v okolí;
- zvyšování vyjadřovacích schopností;
- smysluplná komunikace;
- převzetí osobní zodpovědnosti;
- orientace v situacích s možností volby;
- rozvíjení dovedností vhodných pro život;
- zvyšování pozornosti na produktivní činnost.

Ergoterapie má za úkol účinně udržet klienta po významně dlouhou dobu ve fázi remise (nemoc bez projevu, klid) a ovlivňuje, aby v případě relapsu (progrese nemoci) nebyla nutná automatická hospitalizace. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Programy ergoterapie obnovují a procvičují pracovní dovednosti, které vedou klienta k nezávislosti. Jsou můstkem k sociální rehabilitaci. Veškeré správně zvolené aktivity a činnosti odvádějí pozornost pacienta od patologických myšlenkových procesů. Terapeut musí ve své činnosti předpokládat náhlé změny stavu jedince (vliv počasí, vedlejší účinky léků). Veškerá činnost je postavena na důvěře, jež terapeut získává svým chováním, ochotou a přiměřenou komunikací s nemocným o jeho zdravotním stavu. Nezbytný je respekt k lidské důstojnosti. [Klusoňová, 2011]

4.2.4 Ergoterapie u osob se zrakovým postižením

Ergoterapii u osob se zrakovým postižením je možné rozdělit do třech skupin podle druhu postižení [Vodáková a kol., 2007]:

1. slabozrací – zde jsou kompenzovány nepřesnosti vnímání předmětu, nejistota v prostorové orientaci, rozlišení barev a symbolů za použití pracovních metod a optických pomůcek;
2. osoby se zbytky zraku – ergoterapie správným výběrem osvětlení pracovního místa a pracovních předmětů zvyšuje zrakovou ostrost;
3. nevidomí jedinci – terapie se zaměřuje na podporu alternativního smyslového vnímání.

Oficiální rozdělení zrakových postižení je zakotveno ve zprávě z „10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí“, zde jsou rozděleny následovně dle závažnosti poruch [MKN 10. Revize, 2012]:

1. Kategorie 0 = mírná nebo žádná zraková vada;
2. Kategorie 1 = středně těžká zraková vada;
3. Kategorie 2 = těžká zraková vada;
4. Kategorie 3, 4 = slepota;
5. Kategorie 5 = slepota, žádné vnímání světla;
6. Kategorie 9 = nezjištěna nebo nespecifikována zraková vada.

Cílem je rozvíjení náhradních smyslů kompenzačními činnostmi pro zvýšení samostatnosti. Zaměřuje se na orientaci v pracovním mikro- a makroprostoru. Rozvíjí pracovní úkony, přípravy na praktické uplatnění a sebeobsahu. Prohlubuje vývoj kompenzačního systému zraku pomocí smyslových funkcí a to vnímáním polohy, uvědoměním si zvuku, rozvojem jemné motoriky. Při nácviku se začíná jednoduššími dovednostmi ze základů osobní hygieny, stolování či oblékání a náročnost se postupně zvyšuje. Ergoterapie u osob se zrakovým postižením využívá speciálních metod, pomocí kterých je schopna naučit jedince vykonávat téměř všechny pracovní činnosti. Při nácviku je nutné vždy klást důraz na maximální bezpečnost a nezaměňovat určené umístění předmětů, na které je dotyčný naučený. S tímto návykem odchází klient do osobního života a musí ho respektovat i jeho blízké okolí. [Švestková a kol., 2013]

Metody práce jsou procesem obsahující fázi vysvětlení, pochopení a procvičení. Nutná je motivace klienta, se kterým je navázána spolupráce. V každé fázi tohoto procesu terapeut volí adekvátní metody s ohledem na specifikum postižení. Jedním z úkolů ergoterapeuta je seznámit klienta s nástrojem. Předvede úchop a pozici těla při jeho použití, poté dohlíží na správnost provedení vyučované činnosti pacientem, opravuje jej a koriguje. Pokud se přesvědčí, že celý úkon je zvládnut, může přistoupit k nácviku dalších pracovních činností. Pro zvládnutí praktických činností je nutné celý pracovní postup několikrát opakovat. [Švestková a kol., 2013]

Osoba se zrakovým postižením potřebuje spojence z okolního světa, který mu zprostředkuje a přiblíží okolní překážky a naučí jej je překonávat na cestě k samostatnosti. Pomáhá mu v tom, aby nebyl ustrašený a nejistý, nebo příliš úzkostlivý, v návaznosti na dění v jeho okolí. [Pipeková, Vítková, 2001]

4.2.5 Ergoterapie v geriatрии

Hlavní náplní práce ergoterapeuta u geriatrických klientů je zaměření se na soběstačnost v co nejvyšší možné míře, na vhodný výběr kompenzačních pomůcek, na trénink stávajících fyzických, psychických, sociálních a kognitivních funkcí pomocí cílených aktivit. Zaměřuje se na prevenci v oblasti pádů a úrazů. [Kolář, 2009]

Ergoterapeutický program se zde neliší od úkolů v ostatních odvětvích. Musí být zaměřen na větší motivaci, protože tato skupina osob není již tolik aktivní a je jednostranně zaměřena na práci, kterou vykonávala během svého života. Měl by předcházet stařeckému negativismu, pocitu nadbytečnosti a celkové depresi. [Pfeiffer, 1990]

Velmi důležitý je trénink paměti a pozornosti, aby se dosáhlo co nejpomalejšího vývoje demencí různého typu. Při skupinové terapii jsou využívány metody vyprávění událostí z jejich minulosti a ty se používají jako přechod k diskuzi o současných aktivitách. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Vhodným výběrem činnosti je umožněno prožít pocit úspěchu ze splnění úkolu. Aktivitami se předchází somatickým následkům, jako jsou proleženiny, zápal plic, embolie, ortostatické hypotenze. [Vodáková a kol., 2007]

4.3 Vybrané diagnózy a ergoterapie

Pro zpracování této podkapitoly, jsem vytipovala některé diagnózy, ve kterých se prolíná jak ergoterapie, tak speciální pedagogika. Jsou vybrány na základě výsledků ze sběru dotazníků, kterým se věnuji v 5. kapitole Využití ergoterapie ve speciální pedagogice.

4.3.1 Ergoterapie u cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda (dále pouze jako CMP) vzniká na základě poruchy prokrvení mozkové tkáně, ať už jde o nedokrvení nebo naopak o narušení celistvosti mozkové cévy a následnému krvácení.

Funkce ergoterapeuta u člověka se stanovenou diagnózou CMP začíná hodnocením míry důsledků a zhoršení u následujících funkcí [Dočkal in Müller a kol., 2005]:

- zhoršení lokomoce;
- problémy zasahující do ADL;
- narušení percepční a kognitivní funkce.

Dále se při hodnocení zaměřuje na gnostické, fatické a sensorické funkce. Výsledky jsou děleny na obnovující a adaptační procesy. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Neméně důležité je posouzení celkového stavu funkcí [Klusoňová, 2011]:

- vědomí;
- schopnosti porozumění a komunikace;
- hybnosti a mobility;
- smyslových funkcí (zrak, sluch, apod.);

- připravenost ke spolupráci s dalšími členy rehabilitačního týmu a ošetřujícím personálem.

Na základě ergoterapeutického hodnocení se sestavuje terapeutický program, který se zahajuje kontrolou správného polohování končetin i trupu. Nedílnou součástí ergoterapie v této fázi je přemístění předmětů a nábytku na stranu postižené části těla. Tímto je docíleno stimulace zasažené části nucenou aktivitou, kdy se využívá cílených cviků, aniž by o tom klient věděl. [Klusoňová, 2011]

Další fází terapie zajišťuje mobilizaci kloubů, měkkých tkání, nasazuje protiotoková opatření, stimuluje čítí (míčkování, frotáže, tepelné podněty apod.). Nacvičuje pohyb na lůžku, přechod z lehu do sedu a přesun přes zdravou stranu z lehátka na židli či vozík. U tohoto výcviku se využívá kromě kompenzačních pomůcek především nácvik kompenzačních mechanismů. Po zvládnutí základních pohybových cviků je přecházeno k tréninku chůze s oporou i bez ní. [Klusoňová, 2011]

Před propuštěním z léčení do domácího prostředí se ergoterapeut důsledně věnuje poradenské činnosti pro zařazení klienta zpět do původního prostředí. Proškolí členy rodiny a poradí s vytvořením příznivých podmínek včetně využívání kompenzačních pomůcek v domácím ošetřování. [Klusoňová, 2011]

Po návratu klienta z léčebného zařízení je ergoterapeutem posouzena adaptabilitnost prostředí, ve kterém se klient pohybuje, popřípadě může doporučit odstranění architektonických bariér či přesunutí nábytku pro usnadnění pohybu v domácím prostředí. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Cílem ergoterapie v této oblasti je s ohledem na rozsah postižení, zajistit maximální nezávislost a prevencí předejít možným druhotným následkům. Začlenit klienta do jeho domácího prostředí a vytvořit tělesnou, duševní ale i sociální pohodu. [Klusoňová, 2011]

4.3.2 Ergoterapie u dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna (dále jako DMO) je následkem poškození mozku, ke kterému může dojít již při nitroděložním vývoji, porodu nebo novorozeneckému rozvoji. DMO postihuje smyslová a pohybová centra mozku. Projevuje se v raném věku

zpomaleným nebo nerovnoměrným psychomotorickým vývojem jedince, většinou s trvalými následky. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Při sestavení ergoterapeutického plánu je nutná znalost psychologického a motorického vývoje zdravého dítěte, pro posouzení závažnosti mentálního a somatického zaostávání jedince s postižením. Hodnotí se vývojový stupeň včetně zjištění poruch zraku a sluchu, schopnost mobility, stability, svalového napětí, rozsah pohyblivosti a jemné motoriky. [Klusoňová, 2011]

Jednotlivé postupy terapie se odvíjejí podle vývojové fáze a schopnosti spolupráce jedince s ergoterapeutem a jsou děleny na tři skupiny. [Klusoňová, 2011]

Raný věk a spolupráce neschopní klienti

- stimulace pohybů, zaměřených na rovnováhu a vzpřímení;
- inhibice spasticity;
- podpora všech smyslů;
- evokace příjemných podnětů a pocitů;
- vyvolávání hlasových projevů;
- návrhy kompenzačních technických pomůcek.

Prvotní spolupráce

- zapojení hry jako důležitého prostředku pro aktivaci psychologického a motorického vývoje včetně zaměření se na ruku;
- prohlubování nácviku samostatnosti (oblékání, hygiena atd.);
- orofaciální trénink, zdokonalování řečové schopnosti;
- stimulace mozkových funkcí (orientace, pozornost apod.).

Aktivní spolupráce

- použití cílených her a terapeutických činností k dosažení všestranného rozvoje s ohledem na požadavky dané věkem;
- zohlednění denní zátěže, trénink režimových opatření;
- prohlubování soběstačnosti a adaptace prostředí;
- trénink řeči a grafomotoriky;
- stimulace mozkových funkcí;
- zapojování do práce ve skupině, prohlubování sociálních kontaktů;

- poradenství při vytipování vhodné zájmové aktivity, především u osob, kde není perspektiva pracovní činnosti.

Práci se všemi skupinami zastřešuje komplexní péče všech odborníků již ve střediscích rané péče, doplněné terénní tak i ambulantní službou. Je kladen důraz na spolupráci s rodinou. Ve vážných případech jsou nabízeny sociální služby např. stacionáře, odlehčovací programy atd. [Klusoňová, 2011]

Ergoterapeutické intervenční oblasti [Klusoňová, 2011]:

- *bezpečná stabilní poloha* – předcházení komplikacím způsobených ztrátou rovnováhy různým polstrováním, nastavitelná výška pracovní plochy apod.;
- *krmení, sebesycení* – trénink zručnosti pacienta i ošetřujícího člena rodiny ke zvládnutí nasycení při poruchách v orofaciální oblasti; procvičování koordinace žvýkacích a mimických svalů, dýchání;
- *oblékání* – prvním krokem je svlékání částí oděvů, vždy se nejprve oblékají postižené končetiny; pro zvládnutí samostatnosti této činnosti je nutné dosažení určité mentální úrovně, volí se alternativní zjednodušené ovládání oděvů.

4.3.3 Mentální retardace a ergoterapie

Pacienti s mentální retardací mají sníženou kapacitu intelektu i schopnosti porozumění. Jejich chování vykazuje poruchy adaptace. Jedná se o poruchu vývoje v prenatálním období až do dvou let života. [Klusoňová, 2011]

U tohoto onemocnění dochází k pomalejšímu psychosexuálnímu vývoji, potřeba pocitu bezpečí, impulsivnost, citová vzrušivost, hyperaktivita nebo naopak hypoaktivita, snížená srovnávací schopnost, menší logická paměť, těkavost, nepřizpůsobivost v sociálním a školním prostředí a v neposlední řadě porucha koordinace pohybu. [Klivar, 2003]

Mentální retardace (MR) je orientačně rozdělována na čtyři stupně postižení podle hloubky zasažení. Zjišťuje se testem podle počtu získaných bodů IQ [Dočkal in Müller a kol, 2005]:

- lehká MR = IQ 69 – 50;
- střední MR = IQ 49 – 35;
- těžká MR = IQ 34 – 20;
- hluboká MR = IQ 20 a méně.

Ve většině případů jsou lidé s MR pohybově velice zdatní, jejich svalová síla je v dobrém stavu. Vyskytují se však i případy takzvaného kombinovaného postižení tj. k mentálním vadám se přidružují i tělesná postižení. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

U osob postižených MR je nutné zajistit laskavé a stabilní výchovné prostředí – to jim umožňuje lepší orientaci ve svém okolí a stávají se samostatnějšími. Stimuly se musejí opakovat, musejí být komplexní a dostatečně silné. Veškeré prováděné aktivity by měly být i citově prožívané, toho se docílí povzbuzováním a pochválením. [Pipeková, Vítková, 2001]

Hlavní zásady ergoterapie při MR [Klusoňová, 2011]:

- pozitivní přístup k jedinci;
- častější střídání programu a prostředí s důrazem na dostatečný odpočinek;
- stimulace všech receptorů;
- používat názornost, motivovat a opakovat;
- nároky zvyšovat pozvolna;
- požadavky na dítě klást přiměřeně jeho stavu, aby bylo dosaženo častých úspěchů.

MR je nevyléčitelné postižení, vrozené vlastnosti dítěte terapie nezmění, pouze ovlivní chování, výkon a adaptaci. [Klusoňová, 2011]

Ergoterapie u lehké MR

Integrace osob s touto formou MR je většinou dobrá. Ergoterapie se zaměřuje na snížení handicapu a zapojení osob do běžných činností. Procvičuje sociální chování,

předpoklady pro samostatné bydlení, využívá zapojení modelových činností či situací a tréninku ADL. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Ergoterapie u střední MR

Terapie se soustředí na handicap a schopnost klienta vykonávat jednoduchou pracovní činnost. Nácvik ADL je intenzivní, pozornost je zaměřena na prohlubování sociálních dovedností, využívá se předpracovní rehabilitace, umožňuje se chráněné bydlení a výkon činnosti v chráněných dílnách. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Ergoterapie u těžké MR

V této formě MR ergoterapie volí přístup kompenzace. Většinová část terapie je zaměřena pouze na nácvik a trénink ADL. Klienty integruje do pracovní činnosti v chráněných dílnách. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Ergoterapie u hluboké MR

Klient s tímto postižením je odkázán na pomoc dalších osob ve svém okolí. Probíhá příprava na spolupráci s asistenční službou, doporučení ideálních kompenzačních pomůcek a poučení rodiny ohledně práce s nimi. [Dočkal in Müller a kol., 2005]

Ergoterapie se řídí didaktickými zásadami: názornost, demonstrace, efektivnost a nečekané podněty. Účinnost se zvyšuje spojením všech těchto činností. Redukuje sníženou schopnost pacientů rozlišit vlastnosti předmětů či výrobků. Ergoterapie klade důraz na pochopení jejich praktického uplatnění. [Klivar, 2003]

4.3.4 Ergoterapie u autismu

Ergoterapie vykazuje velké úspěchy při stimulaci pocitu rovnováhy u jedince s autismem. Účinná je také pro vývoj hrubé motoriky a korekce nepozornosti. Terapie

uplatněná přes různé činnosti pomáhá ke komunikaci s okolím, protože probíhá formou skupinové dělby práce. Využívá pozorování a napodobování postupu práce. Při terapii autismu je nevhodné používat hudbu kvůli přecitlivění pacientů na zvukové podněty. Je obecně známo, že pokud jsou jedinci s autismem vtaženi do hry, absolutně nevnímají zvukové signály vytvářené okolím. [Klivar, 2003]

Autista se seznamuje se svým okolím důkladně promyšleným postupem podle pevné struktury učení, protože je velmi obtížné měnit špatně osvojený návyk. [Pipeková, Vítková, 2001]

5 Využití ergoterapie ve speciální pedagogice

5.1 Cíle výzkumu, metodologie

Výzkum započal vygenerováním otázek pro sestavení dotazníku, který jsem následně rozeslala na ergoterapeutická pracoviště a působiště speciálních pedagogů.

Předmětem projektu bylo analyzovat uplatnění spolupráce mezi ergoterapeuty a speciálními pedagogy v praxi. **Hlavní cíl** spočívá ve vyhodnocení odpovědí na otázky směřované na kvalitu vzájemné implementace obou profesí. **Další cíle** této práce jsou:

- zjistit možnosti nejčastějších vzájemných intervencí mezi těmito obory;
- určit, zda existují návaznosti terapií v rámci terapeutických postupů;
- posoudit, zda je dostatečný rozsah spolupráce mezi ergoterapeutem a speciálním pedagogem;
- stanovit diagnózy, při kterých nejčastěji dochází ke spolupráci.

Průběh šetření

Bylo rozesláno 120 dotazníků na emailové adresy ergoterapeutů, ze kterých 16 bylo nedoručitelných kvůli neexistujícímu spojení a 25 se jich vrátilo s vyplněnými údaji, což činí 20,8 % návratnosti. Na skupinu speciálních pedagogů odešlo 125 dotazníků, z toho bylo 15 nedoručitelných a odpověď jsem obdržela od 25 z nich, návratnost je tedy 20 %.

Charakteristika dotazníku

Pro výzkum byla zvolena forma dotazníkového šetření, která umožňovala oslovit větší množství dotazovaných z rozdílných zařízení v České republice. Přesto, že respondenti byli tvořeni skupinou ergoterapeutů a speciálních pedagogů, dotazník byl vytvořen neutrálním stylem, který oslovil obě kategorie.

Dotazník (Příloha č. 5) obsahuje 18 položek, které pokrývají možnosti spolupráce, ale umožňuje i odpovědi v případě, že multidisciplinární činnost není dostupná.

Byl založen na anonymitě a dobrovolnosti účastníků. Šlo o otázky otevřené, kdy dotazovaní měli možnost se volně vyjádřit na dané téma.

Výzkumný soubor

Předmětem výzkumného souboru byly dvě skupiny respondentů: *základní skupinu* tvořili ergoterapeuti a *kontrolní skupinou* byli speciální pedagogové, kteří jsou zaměstnáni v různých zařízeních. Komunikace se všemi byla vedena pouze prostřednictvím elektronické pošty na adresy nalezené přes internet. Seznam ergoterapeutických pracovišť jsem získala za pomoci webových stránek České asociace ergoterapeutů, kde byly zároveň uvedeny i kontaktní emailové adresy na konkrétní ergoterapeuty. Spojení na speciální pedagogy jsem čerpala přes seznam speciálně pedagogických center České republiky a jejich webových stránek a oslovila jsem i některá jiná vybraná specializovaná zařízení typu nemocnice, rehabilitační ústav apod., bohužel bez zpětné reakce nebo absence profese na pracovišti.

5.2 Analýza sebraných dat

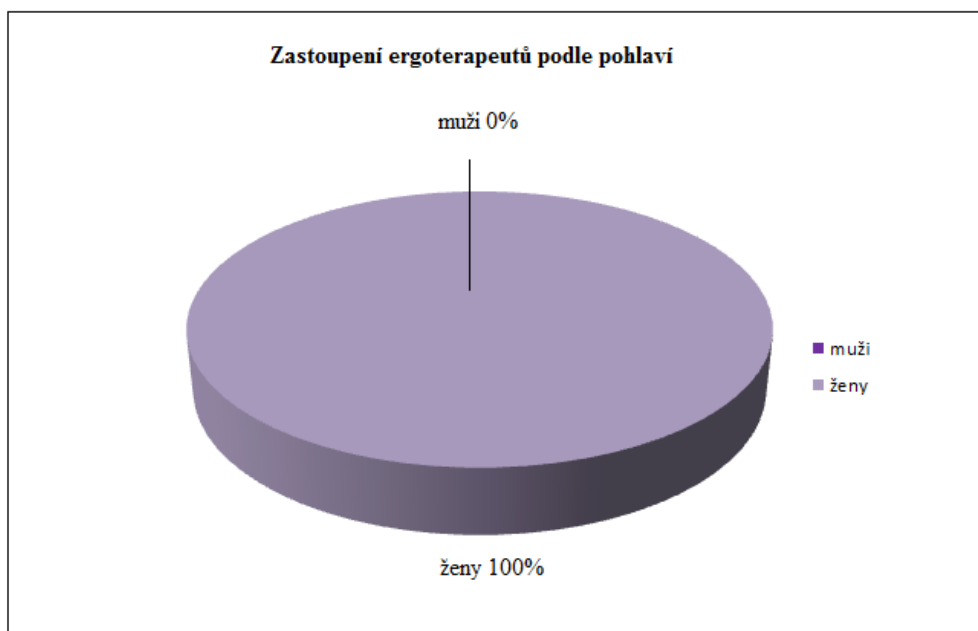
Vyhodnocení dat získaných dotazníkovým šetřením jsem zpracovala dle pořadí otázek. U některých dotazů jsem využila možnost rozdělení odpovědí podle profesí, tedy na reakce ergoterapeutů a speciálních pedagogů. Pro analýzu odpovědí jsem použila vedle grafů také techniku s využitím obsahové kvality a tabulky.

1. Poměr respondentů podle pohlaví

První otázka se zaměřila na podíl pohlaví při vykonávání zkoumaných profesí.

1a) Poměr ergoterapeutů podle pohlaví

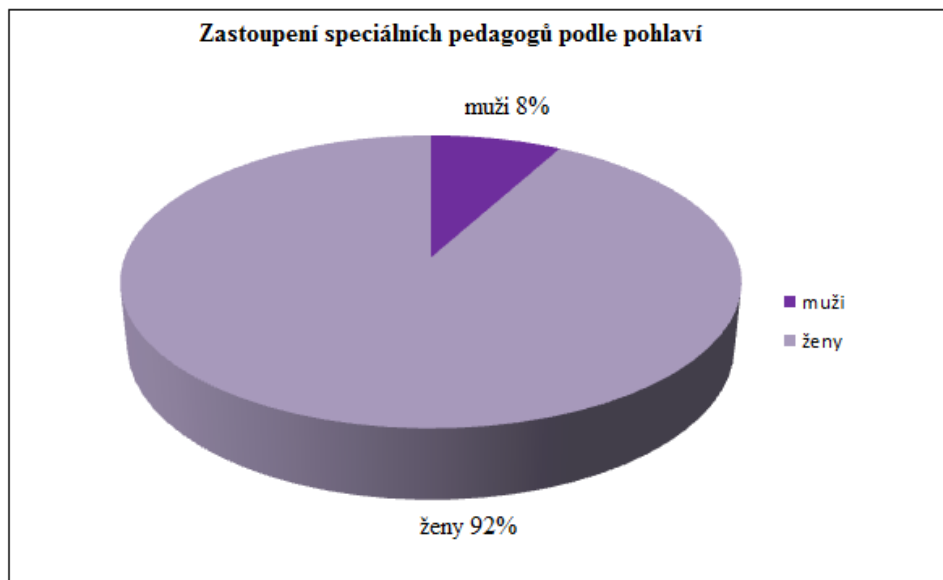
Z 25 dotazovaných ergoterapeutů bylo 100 % žen. [Graf č. 1a]



Graf č. 1a) Poměr ergoterapeutů podle pohlaví

1b) Poměr speciálních pedagogů podle pohlaví

Počet 25 odpovídajících speciálních pedagogů se rozdělilo v poměru 23 tj. 92 % žen a 2 tj. 8 % muži. [Graf č. 1b]



Graf č. 1b) Poměr speciálních pedagogů podle pohlaví

2. Zaměření respondentů

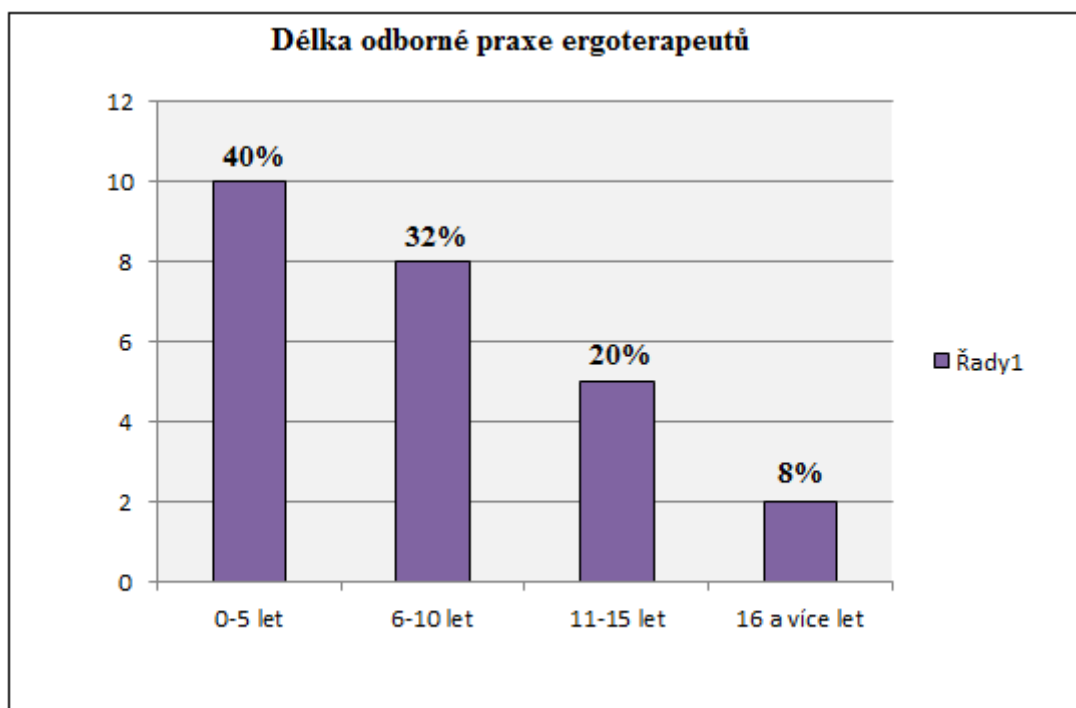
Z dotazované skupiny ergoterapeutů absolvovaly studium speciální pedagogiky čtyři osoby, na rozdíl od toho ze skupiny speciálních pedagogů obor ergoterapie studoval pouze jeden respondent.

3. Délka odborné praxe

Při zpracování odpovědí u otázky délky praxe, respondenty rozdělují podle oborů.

3a) Délka odborné praxe ergoterapeutů

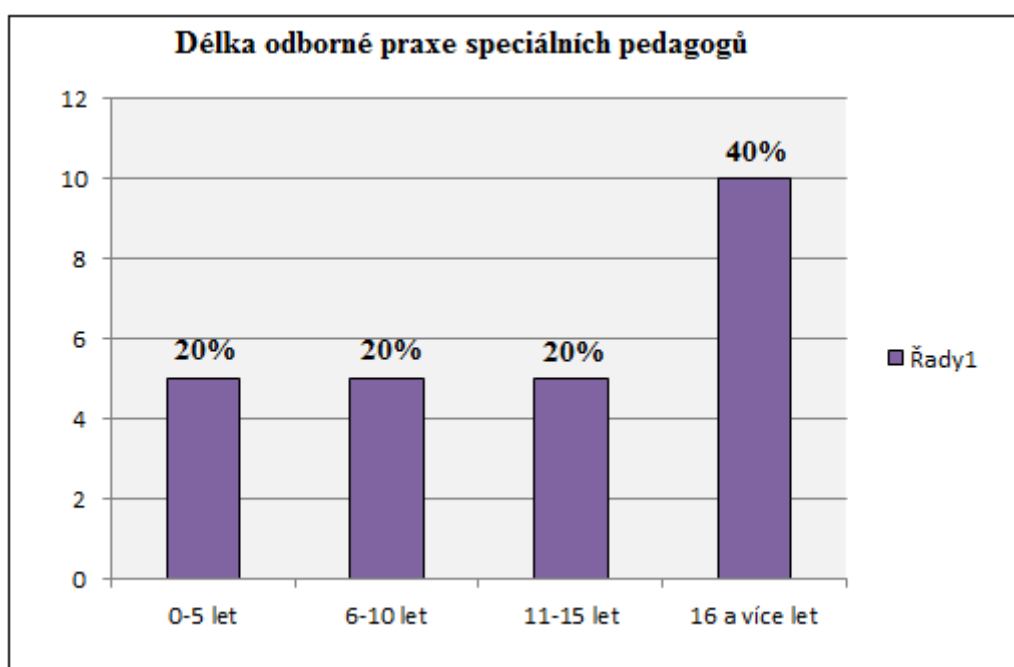
Ergoterapeuti mají největší zastoupení ve skupině 0 – 5 let, kdy takto odpovědělo 10 dotázaných (40 %). Skupiny 6 – 10 let tvoří 8 osob (32 %), 11 – 15 let 5 osob (20 %) a více jak 16 let v oboru pracují pouze 2 respondenti (8 %). Z odpovědí je zřejmé, že se jedná o mladý obor, který si své místo v praxi teprve získává. [Graf č. 2a]



Graf č. 2a) Délka odborné praxe ergoterapeutů

3b) Délka odborné praxe speciálních pedagogů

U speciálních pedagogů je zřejmé, že tato specializace má delší historii než ergoterapie a důkazem toho jsou odpovědi od 10 dotázaných (40 %), kteří pracují v oboru déle než 16 let. V rozmezí 11 – 15 let pracuje 5 respondentů (20 %), stejně jako v délce pracovního poměru 6 – 10 let také 5 osob (20 %) a vyvážená je i kategorie 0 -5 let v osazení opět 5 členy (20 %). [Graf č. 2b]



Graf č. 2b) Délka odborné praxe speciálních pedagogů

4. Působíště respondentů

Touto otázkou jsem zjišťovala pokrytí odbornými pracovníky na různých pracovištích a jejich četnost. Pro lepší orientaci opět rozdělím respondenty na dvě skupiny.

4a) Působíště ergoterapeutů

Nejvíce ergoterapeutů pracuje v nemocnicích různého typu zaměření (např. psychiatrická, rehabilitační apod.), kde je zaměstnáno celkem 10 dotazovaných. Dále pak se jedná o pokrytí v sociálních službách pro seniory v počtu 5 osob. Menší zastoupení je v oblasti škol s rehabilitací, kde jsou zaměstnáni 4 respondenti. Nejméně

pokrytou oblastí, ze které jsem obdržela platné odpovědi, je zastoupena kategorie terénních služeb. Zde jsou v oslovené skupině zaměstnány 2 osoby. V ostatních službách vykonávají činnost 4 dotázaní, jedná se o práci v rehabilitačním ústavu, lázních, rehabilitačním stacionáři a soukromé klinice. [Tabulka č. 1a]

Název působiště	Počet odpovědí
Nemocnice různého zaměření (psychiatrická, rehabilitační,...)	10
Sociální služby pro seniory	5
Školy (MŠ a ZŠ) s rehabilitací	4
Terénní služby	2
Ostatní služby (soukromá klinika, rehabilitační ústav, lázně a rehabilitační stacionář	4

Tabulka č. 1a) Působiště ergoterapeutů

4b) Působiště speciálních pedagogů

Odbornost speciální pedagog je nejvíce využita v různých typech SPC (speciálně pedagogické centrum), kde z oslovených osob pracuje celkem 16. Tato specializace je využívána i v soukromých klinikách, kde jsou zaměstnání 4 dotázaní. Z oblasti speciálních MŠ a ZŠ jsem obdržela 3 odpovědi. Uplatnění v jiných službách zastupují 2 osoby, které pracují v PPP (pedagogicko-psychologická poradna) a denním stacionáři. [Tabulka č. 1b]

Název působiště	Počet odpovědí
Různé druhy speciálně pedagogických center	16
Soukromá klinika	4
Speciální MŠ a ZŠ	3
Ostatní služby (Pedagogicko-psychologická poradna, denní stacionář)	2

Tabulka č. 1b) Působiště speciálních pedagogů

5. Místo absolvování studia respondentů

Obsahem této otázky bylo zmapování odborných škol, které připravují studenty zkoumaných profesí pro uplatnění v praxi a jejich informovanost o náplni práce těchto oborů.

5a) Místo absolvování studia ergoterapeutů

Většina ergoterapeutů v počtu 12 osob vystudovala 1. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Druhou nejstudovanější vysokou školou je fakulta zdravotnických studií na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, kde získalo vzdělání celkem 10 dotazovaných. V odpovědích jsem našla 2 absolventy Západočeské univerzity v Plzni a jednoho respondenta z Ostravské univerzity. [Tabulka č. 2a]

Název místa studia	Počet odpovědí
1. Lékařská fakulta UK	12
Fakulta zdravotnických studií UJEP	10
Západočeská univerzita Plzeň	2
Ostravská univerzita v Ostravě	1

Tabulka č. 2a) Místo absolvování studia ergoterapeutů

5b) Místo absolvování studia speciálních pedagogů

Ve skupině speciálních pedagogů bylo nejvíce absolventů pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze v počtu 9 osob. V Brně na Masarykově univerzitě vystudovalo 5 dotázaných, oproti tomu pedagogickou fakultu v Olomouci absolvovaly 4 osoby. Pedagogickou fakultu v Liberci navštěvovali 3 dotázaní. Po dvou osobách jsou absolventi pedagogických fakult v Ústí nad Labem a v Hradci Králové. [Tabulka č. 2b]

Název místa studia	Počet odpovědí
Pedagogická fakulta UK Praha	9
Pedagogická fakulta MU Brno	5
Pedagogická fakulta v Olomouci	4
Pedagogická fakulta v Liberci	3
Pedagogická fakulta UJEP v Ústí nad Labem	2
Pedagogická fakulta Hradec Králové	2

Tabulka č. 2b) Místo absolvování studia speciálních pedagogů

6. Informovanost o druhém oboru

Z odpovědí ergoterapeutů vyplývá, že jejich informovanost o oboru speciální pedagogiky je dobrá. Z celé skupiny odpovědělo 19 dotázaných „Ano, vím“ a 6 označilo odpověď „Snad ano“.

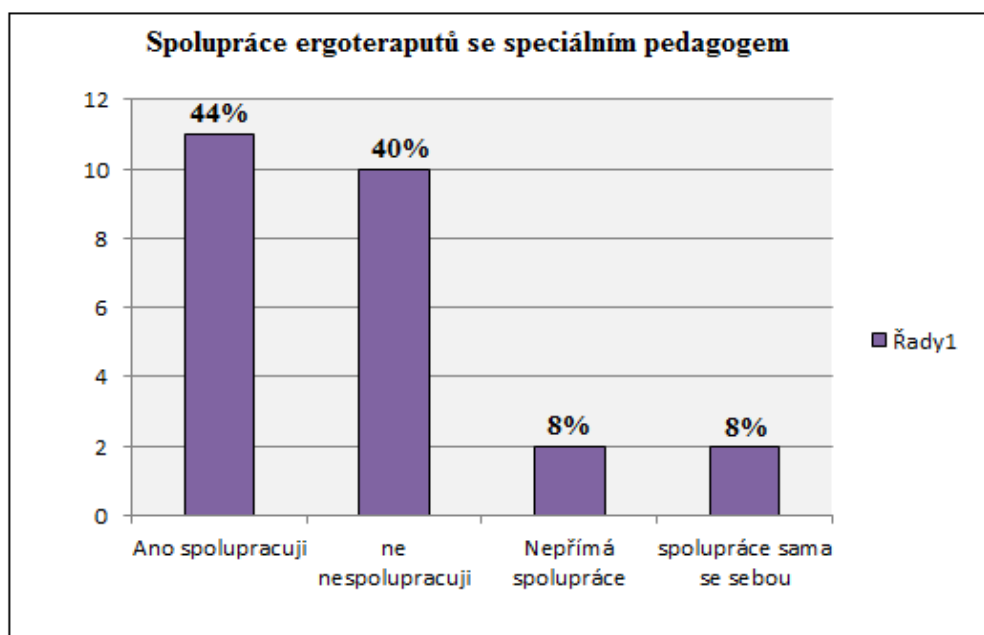
Ve skupině speciálních pedagogů odpovědělo „Ano, vím“ celkem 18 respondentů, odpověď „Snad ano“ zaslal 1 dotázaný. Celkem 6 účastníků dotazníkové akce na tuto otázku neodpovědělo, tudíž předpokládám odpověď „Ne“. Šlo hlavně o absolventy pedagogických fakult v Hradci Králové a Olomouci.

7. Spolupráce ergoterapeuta a speciálního pedagoga

Úkolem této otázky bylo zjistit kdo z daných profesí má možnost mezioborové spolupráce.

7a) Spolupráce ergoterapeutů se speciálním pedagogem

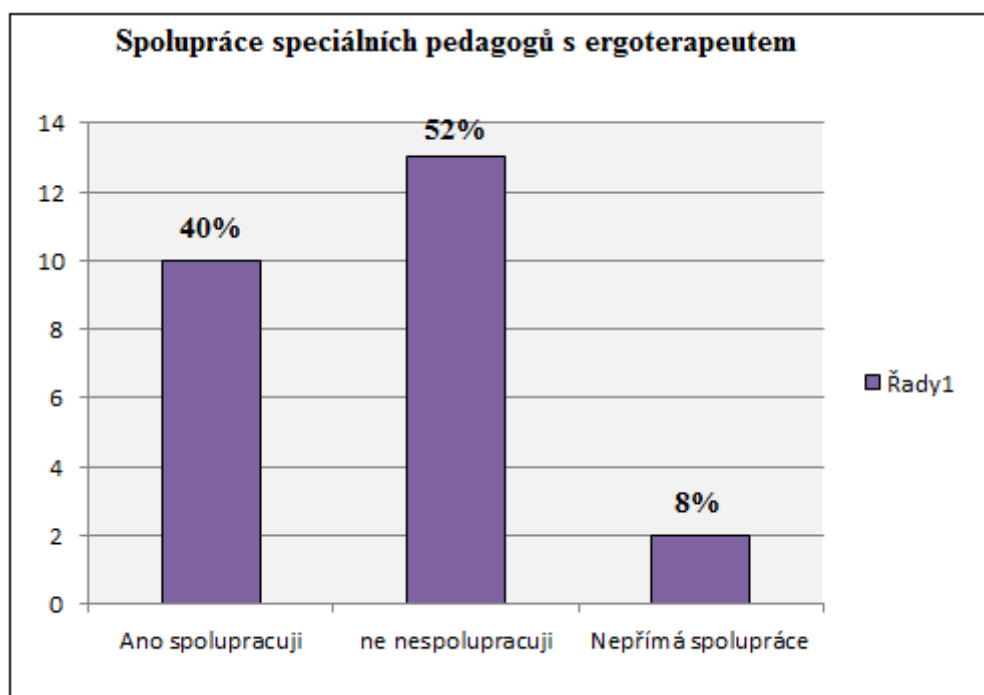
Ze skupiny ergoterapeutů odpovědělo na dotaz o spolupráci kladně 11 dotázaných (44 %). Záporně reagovalo 10 respondentů (40 %), jako nepřímou spolupráci označili 2 dotázaní (8 %) a další 2 ergoterapeuti prohlásili, že spolupracují sami se sebou, protože mají vystudované obě specializace (8 %). [Graf č. 3a]



Graf č. 3a) Spolupráce ergoterapeutů se speciálním pedagogem

7b) Spolupráce speciálních pedagogů s ergoterapeutem

Speciální pedagogové označili spolupráci „Ano“ v počtu 10 odpovídajících (40 %), odpověď „Ne“ zaslalo 13 dotázaných (52 %) a nepřímou spolupráci označili 2 respondenti (8 %). [Graf č. 3b]



Graf č. 3b) Spolupráce speciálních pedagogů s ergoterapeutem

8. Posouzení absence spolupráce oborů

Tato otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří uvedli, že nespolupracují s druhou dotázanou stranou anebo jejich spolupráce není přímá.

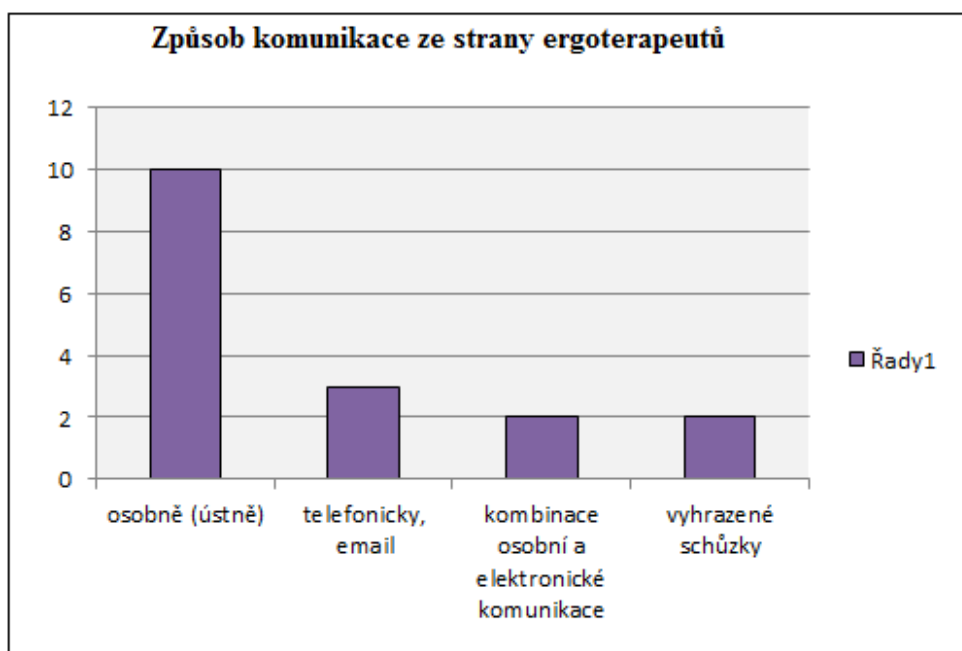
Ve skupině ergoterapeutů nechybí spolupráce sedmi z nich. Dalším pěti chybí a jeden neví, zda by mu spolupráce byla prospěšná. Podobná situace je i na straně speciálních pedagogů, kdy sedmi spolupráce nechybí, pět by ji uvítalo a tři odpověděli, že by v týmu ergoterapeuti být mohli, ale není to nezbytné.

9. Mezioborová komunikace

Náplní odpovědí bylo analyzovat formu komunikace mezi odborníky zkoumaných profesí. Týkala se tedy pouze těch, kteří uvedli, že spolupracují s druhou odborností.

9a) Způsob komunikace ze strany ergoterapeutů

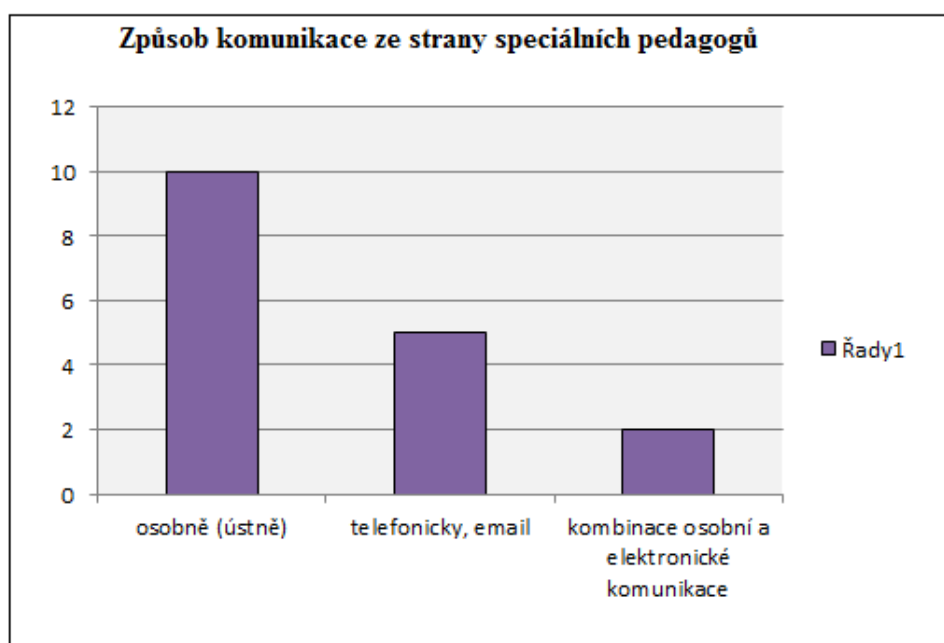
Ergoterapeuti nejčastěji komunikují se speciálními pedagogy osobně čili ústně celkem v 10 případech. Možnosti spojení prostřednictvím telefonu nebo emailu využívají 3 dotázaní, z toho dva využívají kombinované možnosti domluvy. Pouze 2 ergoterapeuti označili komunikaci pouze v rámci vyhrazených schůzek multidisciplinárního týmu. [Graf č. 4a]



Graf č. 4a) Způsob komunikace ze strany ergoterapeutů

9b) Způsob komunikace ze strany speciálních pedagogů

Z hlediska speciálních pedagogů je preferovaná komunikace v osobním kontaktu, tj. 10 respondentů označilo odpověď ústně. Dalších 5 dotázaných využívá možnosti telefonického spojení nebo pomocí emailové pošty, z toho 3 využívají opět obě možnosti komunikace. [Graf č. 4b]



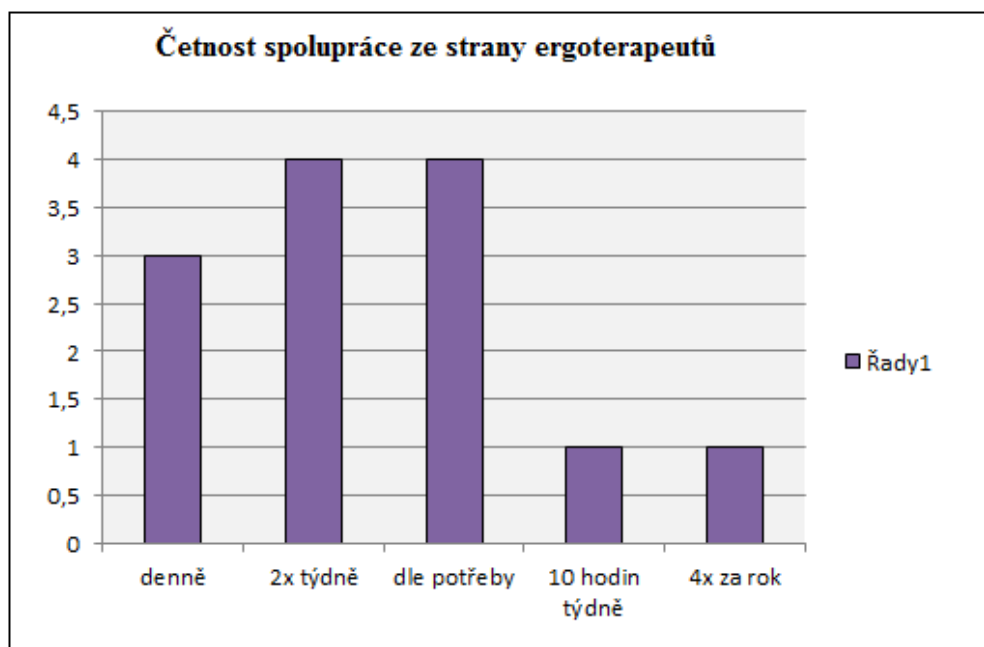
Graf č. 4b) Způsob komunikace ze strany speciálních pedagogů

10. Četnost spolupráce

Tato otázka se týká respondentů, kteří mezioborově spolupracují, úkolem bylo určit, jak často probíhá.

10a) Četnost spolupráce ze strany ergoterapeutů

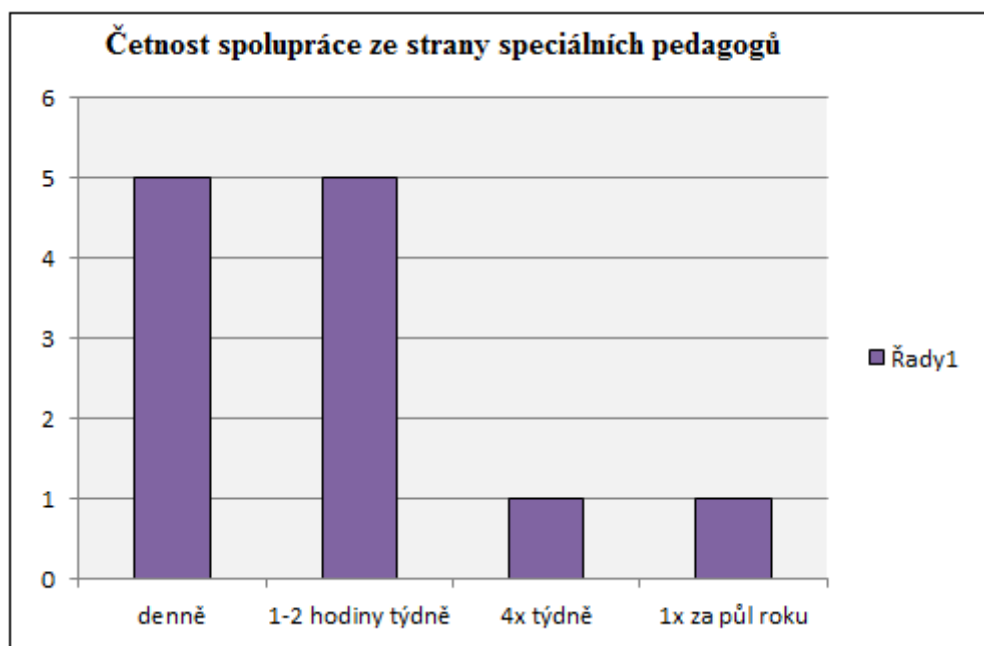
Denně spolupracují se speciálními pedagogy 3 ergoterapeuti, dvakrát týdně 4 osoby. Na otázku odpověděli 4 respondenti označením „Dle potřeby“. Po jednom dotazovaným jsem obdržela odpověď deset hodin týdně a čtyřikrát do roka. [Graf č. 5a]



Graf č. 5a) Četnost spolupráce ze strany ergoterapeutů

10b) Četnost spolupráce ze strany speciálních pedagogů

Speciální pedagogové spolupracují s ergoterapeuty denně v 5 případech, rovněž tak 5 dotázaných odpovědělo, že četnost spolupráce je 1 – 2 hodiny týdně, jeden respondent uvedl 4 hodiny týdně a jeden jednou za půl roku. [Graf č. 5b]



Graf č. 5b) Četnost spolupráce ze strany speciálních pedagogů

11. Konzultace respondentů

Mezioborová konzultace probíhá na straně ergoterapeutů celkem ve dvanácti případech a pouze tři dotazovaní nekonzultují s druhou profesí. Speciální pedagogové odpověděli kladně devětkrát a tři se vyjádřili „ne tak často“.

12. Oblast konzultací

Zde jsem zjišťovala, v jakých oblastech spolu tyto dvě profese nejčastěji provádí konzultace pro navázání dalších postupů terapie.

12a) Oblasti konzultací z pohledu ergoterapeutů

Z pohledu ergoterapeutů probíhají konzultace mezi námi zkoumanými profesemi nejčastěji v oblasti kompenzačních pomůcek, zde odpovědělo 7 dotazovaných, rovněž tak u problematiky sebeobsluhy. Dalším předmětem konzultací je oblast motoriky (jemná a hrubá motorika, grafomotorika) celkem v 6 případech, schopnosti komunikace se zabývají konzultace u 5 dotazovaných. Řešením kognitivních funkcí se věnují 3 respondenti a 4 dotázaní odpověděli jinak. [Tabulka č. 3a]

Oblasti konzultací	Počet odpovědí
Kompenzační pomůcky	7
Sebeobsluha	7
Motorika (jemná, hrubá, grafomotorika)	6
Schopnosti komunikace	5
Kognitivní funkce	3
Jiné (oblast hry a její stimulace, bazální stimulace, polohování, úprava domácího prostředí)	4

Tabulka č. 3a) Oblasti konzultací z pohledu ergoterapeutů

12b) Oblasti konzultací z pohledu speciálních pedagogů

Pro speciální pedagogy je nejčastější oblastí řešení motoriky, zde odpovědělo celkem 10 účastníků výzkumu. Konzultace nad kompenzačními pomůckami vede 7 osob, při řešení problematiky sebeobsluhy 6 dotázaných. V odpovědích je vyznačeno dle potřeby ve 2 případech a stejný počet je i bez specifikace („jiné“). [Tabulka č. 3b]

Oblasti konzultací	Počet odpovědí
Motorika (jemná, hrubá, grafomotorika)	10
Kompenzační pomůcky	7
Sebeobsluha	6
Dle potřeby	2
Jiné (správné úchopy, koordinace)	2

Tabulka č. 3b) Oblasti konzultací z pohledu speciálních pedagogů

13. Terapeutická spolupráce

V této otázce bylo úkolem zjistit, zda obě profese spolupracují při terapiích.

Ze strany ergoterapeutů se jich pro „ano“ vyjádřilo 8 a pro „ne“ 7 respondentů. Ve skupině speciálních pedagogů se k „ano“ přihlásilo také 8 dotázaných, pro „ne“ 3 osoby a jeden odpověděl „dle potřeby“

14. Návaznost terapií

Otázka má za úkol vyšetřit, zda se respondenti snaží o návaznost jejich terapií v souladu s terapeutickými metodami obou zkoumaných profesí.

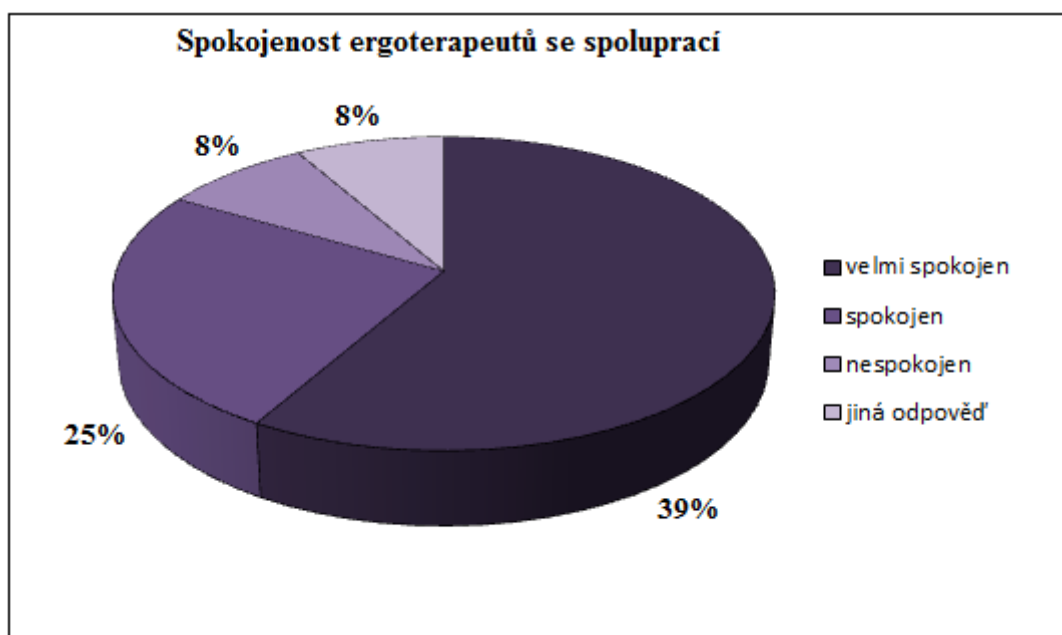
V oblasti ergoterapie odpovědělo pro „ano“ čtrnáct dotazovaných, odpověď ne označilo jedenáct osob. Na straně speciálních pedagogů kladně odpovědělo deset respondentů a záporně patnáct účastníků výzkumu.

15. Spokojenost respondentů se spoluprací

Předmětem výzkumu v této oblasti je zjistit jaké úrovně dosahuje spokojenost při spolupráci obou profesí.

15a) Spokojenost podle ergoterapeutů se spoluprací

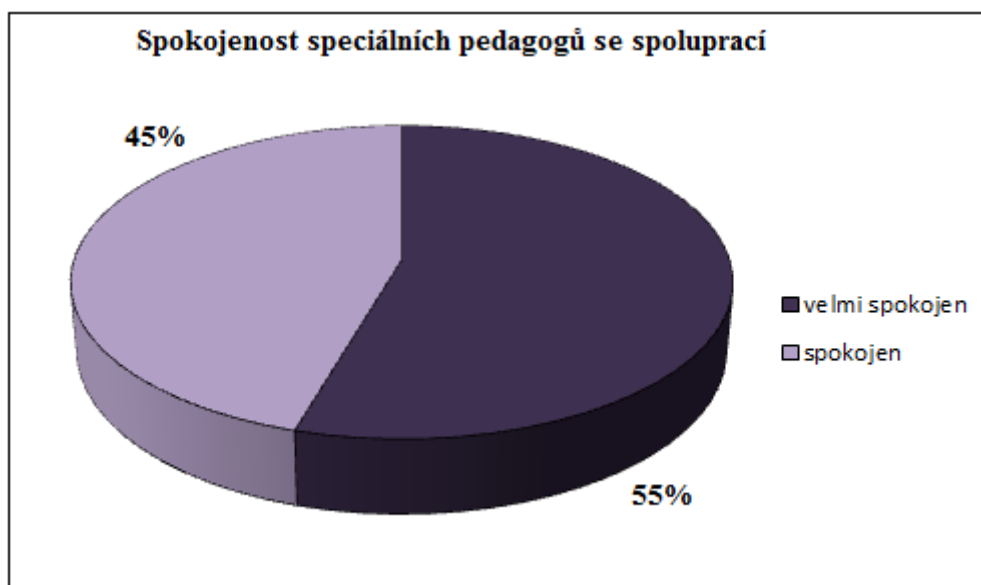
Za ergoterapeuty se svým velmi kladným vyjádřením vyslovalo 7 osob (39 %), jako uspokojivé s možným vylepšením označili odpověď 3 lidé (25 %). Odpověď nespokojen zaslal jeden účastník výzkumu (8 %), rovněž tak i u odpovědi „jiná odpověď“ (8 %), kde se respondent vyjádřil, že by na tuto otázku měl odpovídat klient ze svého pohledu. [Graf č. 6a]



Graf č. 6a) Spokojenost podle ergoterapeutů se spoluprací

15b) Spokojenost podle speciálních pedagogů se spoluprací

Ve skupině speciálních pedagogů byly odpovědi daleko jednoznačnější. Velmi spokojených se spoluprací je 6 dotázaných (55 %), 5 je pouze spokojených (45 %). Ostatní účastníci výzkumu nemohli na otázku odpovědět z důvodu absence vzájemné spolupráce. [Graf č. 6b]



Graf č. 6b) Spokojenost podle speciálních pedagogů se spoluprací

16. Četnost diagnóz

Prostřednictvím této otázky jsem zjišťovala názory odborníků zkoumaných profesí na nejčastější diagnózy, při kterých by mohli spolupracovat.

16a) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle ergoterapeutů

Zástupci ergoterapeutů se nejčastěji vyjadřovali ke spolupráci při dětské mozkové obrně = 17. Druhou nejvíce označovanou diagnózou byla cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku, zde hlasovalo celkem 13 dotazovaných. Pro mentální retardaci se vyjádřilo 10 účastníků. Pro smyslová postižení hlasovalo 9 osob a jen o jednoho méně, tedy 8, se vyjádřilo pro spolupráci při poruchách autistického spektra neboli PAS. Jeden respondent na otázku odpověděl „nevím“ a dalších 9 vypsalo ještě jiné diagnózy, které jsem označila jako „další diagnózy“ – jde povětšinou o poruchy řeči (vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, dysartrie apod.) dále pak Alzheimerovu chorobu, myopatii, Downův syndrom a jiné. [Tabulka č. 4a]

Diagnózy	Počet odpovědí
Dětská mozková obrna	17
Cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku	13
Mentální retardace	10
Smyslová postižení	9
Poruchy autistického spektra	8
Nevím	1
Další diagnózy (Downův syndrom, poruchy učení, vývojová dysfázie, dysartrie, afázie, dyspraxie, Alzheimerova choroba, myopatie, poruchy koordinace)	9

Tabulka č. 4a) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle ergoterapeutů

16b) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle speciálních pedagogů

Mezi speciálními pedagogy byla uváděna nejčastěji CMP a jiná poškození mozku v 8 případech. Na druhém místě se nejvíce vyslovili pro diagnózu DMO, celkem 7 krát. Pro mentální retardaci se vyjádřili 4 dotazovaní a pro smyslové postižení 3. Ve 2 případech hlasovali pro poruchy autistického spektra. Z oslovených účastníků výzkumu 5 na otázku odpovědělo: „při jakékoliv diagnóze“ a 6 opět vypsalo jiné, které se shodovaly s diagnózami uvedenými ergoterapeutickou skupinou. [Tabulka č. 4b]

Diagnózy	Počet odpovědí
Dětská mozková obrna	7
Cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku	8
Mentální retardace	4
Smyslová postižení	3
Poruchy autistického spektra	2
Při jakékoliv diagnóze	5
Další diagnózy (vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, afázie, dyspraxie, dysartrie)	6

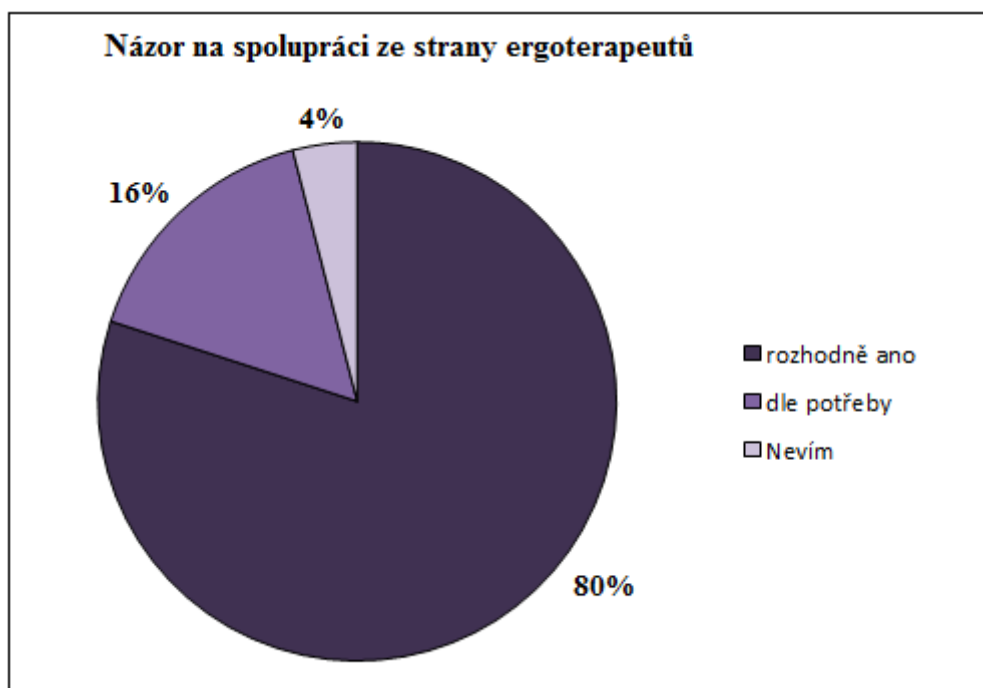
Tabulka č. 4b) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle speciálních pedagogů

17. Názor na spolupráci

Úkolem této otázky bylo zjistit názorovou hladinu na spolupráci mezi oběma zkoumanými odbornými skupinami.

17a) Názor na spolupráci ze strany ergoterapeutů

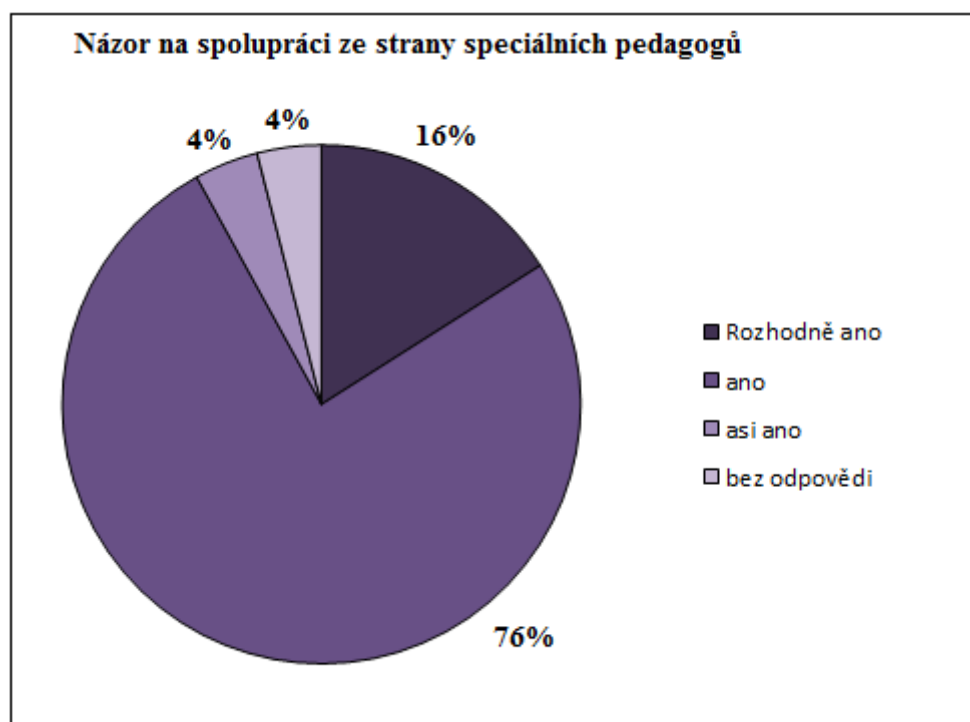
Ergoterapeuti v této oblasti hlasovali v poměru „rozhodně ano“ 20 (80 %), odpověď „dle potřeby“ označili 4 (16 %) a 1 respondent odpověděl, že neví (4 %). [Graf č. 7a]



Graf č. 7a) Názor na spolupráci ze strany ergoterapeutů

17b) Názor na spolupráci ze strany speciálních pedagogů

Ze strany speciálních pedagogů bylo pro „rozhodně ano“ 4 (16 %), pro „ano“ 19 (76 %), „asi ano“ 1 (4 %) a rovněž tak 1 neodpověděl (4 %). [Graf č. 7b]



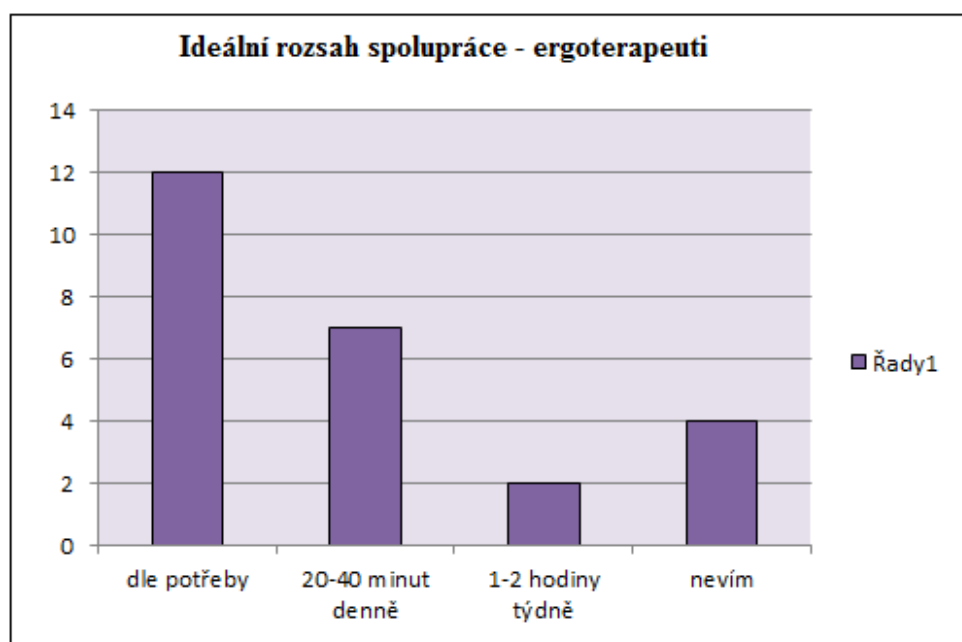
Graf č. 7b) Názor na spolupráci ze strany speciálních pedagogů

18. Ideální četnost a rozsah spolupráce

Součástí výzkumu bylo zjištění ideálního rozsahu časové spolupráce z pohledu obou cílových profesí.

18a) Ideální rozsah spolupráce podle ergoterapeutů

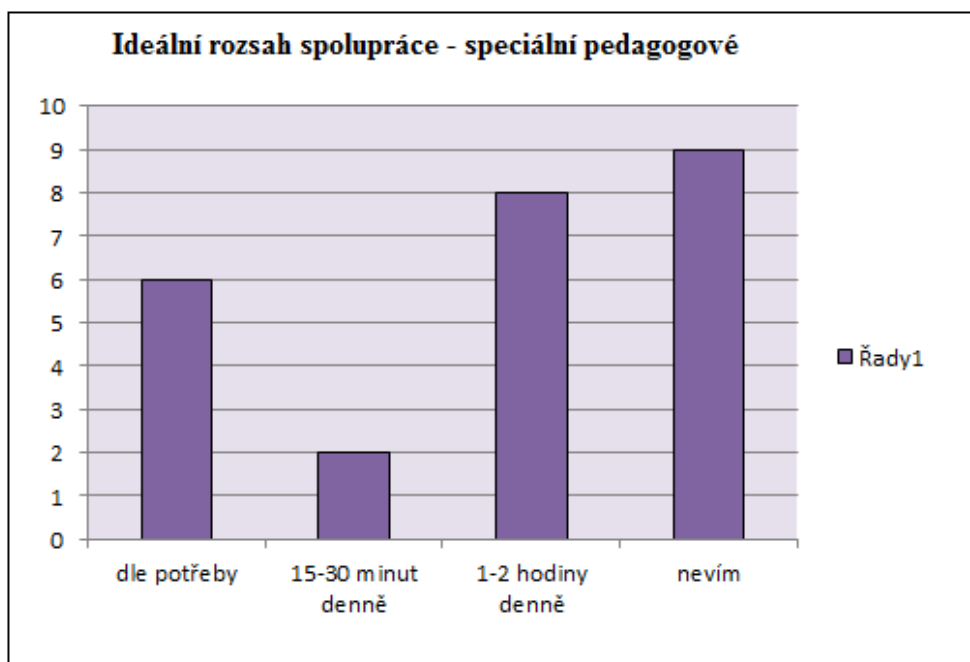
Ze strany ergoterapeutů bylo nejčastější odpovědí „dle potřeby“ = 12 dotázaných. V 7 případech bylo za ideální označeno 20 – 40 minut/den, pro četnost 1 – 2 hodiny/týden se vyjádřili 2 a 4 respondenti nemají představu o časové intervenci. [Graf č. 8a]



Graf č. 8a) Ideální rozsah spolupráce podle ergoterapeutů

18b) Ideální rozsah spolupráce podle ergoterapeutů

Pro speciální pedagogy se jako dostačující jeví spolupráce „dle potřeby“. K této odpovědi se přiklonilo 6 oslovených. Pro časové rozmezí 15 – 30 minut/den hlasovaly 2 osoby. Nejvíce respondentů označilo jako ideální časový úsek pro spolupráci 1 – 2 hodiny/den v celkovém počtu 8. Vůbec žádnou představu o potřebách spolupráce a časové náročnosti nemá 9 odpovídajících. [Graf č. 8b]



Graf č. 8b) Ideální rozsah spolupráce podle speciálních pedagogů

5.3 Shrnutí výzkumného šetření

Z dotazovaných respondentů odpovídaly ve většině případů ženy. Zajímavostí je, že dohromady 5 odpovídajících má vystudované oba obory a snaží se tuto výhodu převést do praxe.

Pro fungující využití ergoterapie ve speciální pedagogice je důležité, aby oba obory byly dostatečně oboustranně informovány o náplni profesní činnosti. Víceméně jsou respondenti přesvědčení o tom, že tuto znalost mají. Avšak z některých odpovědí, či dodatečných dotazů při mém výzkumu, vyplynulo, že někteří ergoterapeuti nejsou obeznámeni se skutečností, že logopedie je podoborem speciální pedagogiky. Zaujalo mne při dotazování ergoterapeutů na oblast speciální pedagogiky, že nemalá část respondentů má tuto profesi spojovanu pouze s problematikou dětského postižení.

Za výsledek mého šetření lze považovat celkem uspokojivou situaci ve vzájemné konzultaci obou hodnocených odborností. Respondenti se vyjádřili ve smyslu spolupráce dle potřeb klientů. Předmětem konzultací bylo hlavně zlepšení motoriky převážně jemné a grafomotoriky, vyjadřovacích schopností, pracovní polohy, kompenzačních pomůcek, sebeobsluhy a dalších specifík dle problémových oblastí klientů.

Konzultace probíhaly převážně ústně při osobním kontaktu terapeutů. Co se týče četnosti spolupráce, nedá se jednoznačně říci, že by byla pravidelná, ale zájem o ní je uspokojivý, výjimkou jsou diagnózy, kdy je prolínání oborů nezbytné.

Spolupráce je rozvíjena především ve specializovaných pracovištích, kde pracuje celý multidisciplinární tým. Spolupráce je hodnocena velice kladně, pokud probíhá, je označována převážně za výbornou, přinášející uspokojení jak ze strany terapeutů, tak i klientů.

Co se týká časového rozsahu vzájemné spolupráce, je velice individuální od intenzivního až po občasný. Z odpovědí respondentů vyplývá, že v každém případě je potřebný a závislý na potřebách klientů nebo možnostech zařízení.

Pokud jde o absenci jednoho z odborníků v týmu, většinou zde je názor, že by se tato situace měla změnit. Dotazovaní o spolupráci s druhým terapeutem vyloženě stojí. Důkazem je, že se velká většina snaží o vzájemné prolínání a návaznost terapií.

Ve vyhodnocení společných diagnóz se nejvíce objevovala dětská mozková obrna, smyslové postižení, mentální retardace, cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku. U ostatních diagnóz nebyl majoritní podíl v odpovědích.

Zájem o spolupráci obou profesních oblastí stoupá, ale je potřeba rozšířit obecnou informovanost nejen mezi laickou veřejnost ale i odborníky v oblasti terapií. Rozšíření spolupráce by bylo samozřejmě možné při vytvoření lepších podmínek pro uplatnění obou profesí v daných zařízeních.

6 Závěr

Smyslem mé diplomové práce bylo zjistit, jak rozšířené a využívané jsou profese ergoterapeutů a speciálních pedagogů v praxi. Dalším cílem bylo prověření rozsahu a kvality jejich vzájemné spolupráce. Samozřejmou součástí bylo vytipování nejčastějších vzájemných intervencí. Neméně důležité bylo určení návaznosti terapií v oblasti terapeutických postupů. Významným úkolem bylo též posouzení, zda spolupráce mezi ergoterapeutem a speciálním pedagogem v praxi má potřebný rozsah. Stranou nezůstala ani otázka spolupráce při stanovení diagnóz, při kterých je velmi důležitá vzájemná komunikace a kooperace těchto profesí.

V přehledu teoretických poznatků jsem rozebírala v první řadě podrobně obor ergoterapie jako takový. Věnovala jsem se především jeho definici, cílům, dělením, přístupům a oblastem působení. Dále jsem se zaměřila na ergoterapeutický proces, činnost ergoterapeuta a v neposlední řadě na organizace, které se věnují osvětě a pomoci v šíření uplatnění tohoto oboru. V další části mé práce byla zařazena kapitola o ucelené rehabilitaci, tu jsem do své práce zařadila z důvodu prolínání ergoterapie s oborem speciální pedagogika. Zabývala jsem se definicí a vymezením pojmu ucelené rehabilitace, jejími složkami a principy, ze kterých vychází. Neodmyslitelnou součástí je i rehabilitační tým a postavení ergoterapeuta a speciálního pedagoga v jeho složení.

V praktické části jsem se soustředila na spolupráci ergoterapeuta a speciálního pedagoga. Dále jsem rozebírala specializace v ergoterapii a její intervence u vybraných diagnóz. Závěrem jsem se věnovala analýze dotazníkového šetření, které jsem využila pro výzkumnou část této práce.

Prvním z nejvýznamnějších zjištění pro mě byl zájem ze strany terapeutů o vzdělávání v obou oborech, aby tím bylo zajištěno jejich vzájemné prolínání ve prospěch klientů. Druhým významným výstupem z šetření bylo velmi dobré hodnocení spolupráce, bohužel ta je rozvíjena především ve specializovaných pracovištích a nemá individuální charakter. Dalším velice zajímavým zjištěním bylo, že se rozcházejí názory na společně řešené diagnózy, zde je v budoucnu velký potenciál ve vzájemném využití zkušeností z terapeutických činností v praxi.

Přínosem zpracování tématu mé diplomové práce by mohla být inspirace pro další odborníky, kteří by se tomuto námětu chtěli více věnovat a vylepšit možnosti spolupráce mezi ergoterapeuty a speciální pedagogy. Doufám, že má práce bude podnětem pro šíření, zkvalitnění a navázání úzké spolupráce těchto oborů.

Seznam zdrojů

1. CREEK, Jennifer, LOUGHER, Lesley. *Occupational Therapy and Mental Health*. 3th edition. Christiansen and Townsend, 2004, 278 s.
2. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
3. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
4. JESENSKÝ, Jan. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
5. KLIVAR, Miroslav. *Ergoterapie mladistvých*. 1.vyd. Praha: Vydavatelství BALT-EAST, 2003, 60 s. ISBN 80-86383-17-2.
6. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
7. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
8. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
9. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
10. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2.vyd.přepracované. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
11. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II*. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1990, 172 s. ISBN 80-201-0004-0.
12. PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vyd.rozšířené. Brno: Paido • edice pedagogické literatury, 2001, 165 s. ISBN 80-7315-010-7.

13. REED, Kathlyn L., SANDERSON, Sharon Nelson. *Concepts of occupational therapy*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 1999, 529 s.
14. ŠVESTKOVÁ, Olga a kol. *Ergoterapie (Skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy)*. Praha: Univerzita Karlova, 2013, 199 s. ISBN 978-80-260-4100-9.
15. TURNER, Ann, FOSTER, Margaret, JOHNSON, Sybil E.. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills and Practice*. 2nd edition. New York: Churchill Livingstone, 2002, 666 s.
16. VODÁKOVÁ, Jitka a kol. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. 2.vyd.upravené. Praha: Univerzita Karlova – Pedagogická fakulta, 2007, 90 s. ISBN 978-80-7290-322-1.
17. VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
18. VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009, 71 s. ISBN 978-80-7372-449-8.
19. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace)*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.
20. MKN – 10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, Desátá revize: aktualizována k 1. 1. 2012*. 2.vyd. Geneva: World Health Organization, 2008, 3 svazky – 870 s. ISBN 92 4 154654 9 (svazek 3).

Ostatní zdroje:

1. Česká asociace ergoterapeutů [online]. Copyright, © 2008 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>.
2. Multimediální trenažér plánování ošetřovatelství [online]. MultiMedia SoftWare [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx/>.
3. Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí [online]. Copyright, © 2012 – 2016 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://ddalbrechtice.cz>.

4. Zkušenosti: Metody práce multidisciplinárních týmů v procesu komprehenzivní rehabilitace. Napsala Marie Routnerová [online]. Copyright, © 2016 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://docplayer.cz>.
5. Česká asociace ergoterapeutů. *Informační Bulletin ČAE*. Vydala Česká asociace ergoterapeutů 2011. ISSN 1804-1558.
6. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Koncepce oboru ergoterapie*. Vydala Česká asociace ergoterapeutů 2007.
7. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
8. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.
9. Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1a) Působíště ergoterapeutů

Tabulka č. 1b) Působíště speciálních pedagogů

Tabulka č. 2a) Místo absolvování studia ergoterapeutů

Tabulka č. 2b) Místo absolvování studia speciálních pedagogů

Tabulka č. 3a) Oblasti konzultací z pohledu ergoterapeutů

Tabulka č. 3b) Oblasti konzultací z pohledu speciálních pedagogů

Tabulka č. 4a) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle ergoterapeutů

Tabulka č. 4b) Nejčastější diagnózy pro spolupráci podle speciálních pedagogů

Seznam grafů

Graf č. 1a) Poměr ergoterapeutů podle pohlaví

Graf č. 1b) Poměr speciálních pedagogů podle pohlaví

Graf č. 2a) Délka odborné praxe ergoterapeutů

Graf č. 2b) Délka odborné praxe speciálních pedagogů

Graf č. 3a) Spolupráce ergoterapeutů se speciálním pedagogem

Graf č. 3b) Spolupráce speciálních pedagogů s ergoterapeutem

Graf č. 4a) Způsob komunikace ze strany ergoterapeutů

Graf č. 4b) Způsob komunikace ze strany speciálních pedagogů

Graf č. 5a) Četnost spolupráce ze strany ergoterapeutů

Graf č. 5b) Četnost spolupráce ze strany speciálních pedagogů

Graf č. 6a) Spokojenost podle ergoterapeutů se spoluprací

Graf č. 6b) Spokojenost podle speciálních pedagogů se spoluprací

Graf č. 7a) Názor na spolupráci ze strany ergoterapeutů

Graf č. 7b) Názor na spolupráci ze strany speciálních pedagogů

Graf č. 8a) Ideální rozsah spolupráce podle ergoterapeutů

Graf č. 8b) Ideální rozsah spolupráce podle speciálních pedagogů

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ukázka standardizovaného testu B-ADL

Příloha č. 2: Ukázka standardizovaného testu I-ADL

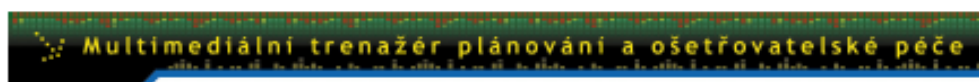
Příloha č. 3: Ukázka standardizovaného testu MMSE

Příloha č. 4: Email od organizace ERGOterapeuti všem z. s.

Příloha č. 5: Ukázka dotazníku

Příloha č. 6: Tabulka s kódováním

Příloha č. 1. Ukázka standardizovaného testu B-ADL – Barthel test základních denních činností [<http://ose.zshk.cz>]



Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

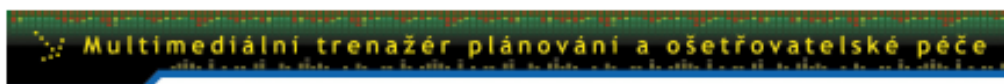
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

- 0-40 bodů vysoce závislý
- 45-60 bodů závislost středního stupně
- 65-95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý



Příloha č. 2. Ukázka standardizovaného testu I-ADL – test instrumentálních denních činností [<http://ose.zshk.cz>]



Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehké poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustláni postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života


45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý



Příloha č. 3. Ukázka standardizovaného testu MMSE – test kognitivních funkcí
 [http://ddalbrechtice.cz]

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Reč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka.hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normáhu</p>	

Příloha č. 4. Emailová komunikace se zástupci neziskové organizace ERGOterapeuti všem z. s. přes emailovou adresu: ergoterapeutivsem@gmail.com

pondělní večer přeji. Petra

TEXT:

ERGOterapeuti všem z.s. je spolek ergoterapeutek i studentů ergoterapie, které se aktivně zapojují do propagace a zviditelnění tohoto rehabilitačního oboru.

Jsme nezisková organizace, fungujeme svépomocí či z grantů.

Činnost ve spolku je čistě dobrovolná záležitost.

Prozatím naše činnost spočívá v propagaci oboru formou příspěvků z praxe, ze zahraničí, rozhovory se zajímavými lidmi, rady a figle pro terapeuty apd. na našich Facebookových stránkách. Od února máme také aktivní účet na instagramu - najdete nás pod hashtagy: #ergoterapeutivsem

<[#czechOT](https://www.facebook.com/hashtag/ergoterapeutivsem?source=feed_text&story_id=1076514422413186)

<https://www.facebook.com/hashtag/czechot?source=feed_text&story_id=1076514422413186>

Laické veřejnosti se snažíme přiblížit pořádáním tématických akcí pro děti zdravé i handicapované, kde jsou do programu zapojeny i prvky hiporehabilitace a zdravotně tělesné výchovy.

Od března spouštíme projekt ERGOcafé = odborné přednášky na ergoterapeutická témata. Akce budeme pořádat v Praze a Ostravě. Tyto přednášky jsou určeny pro členy zdravotnického multidisciplinárního týmu a studenty lékařské, pedagogické, sociální fakulty, aby věděli, co je ergoterapie a jak společně spolupracovat popř. zlepšit možnosti spolupráce.

Spolupracovaly jsme s Lékařskou fakultou Ostravské univerzity na propagačních materiálech o ergoterapii pro uchazeče o studium, pořádaly jsme prezentace o oboru na středních školách ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, aktivně jsme se účastnily na dnech otevřených dveří Lékařské fakulty Ostravské univerzity.

Snažíme se spolupracovat s Českou asociací ergoterapeutů, respektovat jejich práci a postavení a vzájemně si sdílet důležité informace a novinky.

Jak již název napovídá, jsme tady pro všechny, především pro naše pacienty, pro kolegyně a kolegy, laickou veřejnost (ve smyslu poradenství), pro odbornou veřejnost (rády vysvětlíme, k čemu ergoterapeuti jsou a v čem se na nás mohou obrátit) a pro ostatní kolegy, kterým není naše a budoucnost oboru lhostejná.

Příloha č. 5. Ukázka dotazníku používaný při šetření

Dotazník k diplomové práci na téma: Využití ergoterapie ve speciální pedagogice

1. Jste muž / žena?
2. Jste zaměstnán(a) jako ergoterapeut / speciální pedagog?
3. Jak dlouho pracujete v tomto oboru?
4. V jakém zařízení pracujete?
5. Kde jste studoval(a) svůj obor?
6. Víte, v čem spočívá práce ergoterapeuta / speciálního pedagoga?
7. Spolupracujete jako ergoterapeut se speciálním pedagogem (speciální pedagog s ergoterapeutem)?
8. Pokud ne, máte pocit, že Vám v týmu chybí ergoterapeut / speciální pedagog?
9. Jakým způsobem komunikujete s ergoterapeutem / speciálním pedagogem?
10. Jak často probíhá spolupráce? Popř. kolik hodin týdně?
11. Probíhají konzultace mezi Vámi a ergoterapeutem / speciálním pedagogem?
12. V jaké oblasti nejčastěji konzultujete s ergoterapeutem / speciálním pedagogem?
(např.: sebeobsluha, motorika, kompenzační pomůcky apod.)
13. Spolupracujete při terapiích s ergoterapeutem / speciálním pedagogem?

14. Pokoušíte se o návaznost terapií?
15. Jak jste spokojeni se spoluprací?
16. Při jakých diagnózách, podle Vás, nejčastěji spolupracují ergoterapeut se speciálním pedagogem? (Speciální pedagog s ergoterapeutem)
17. Myslíte si, že by ergoterapeut a speciální pedagog měli spolupracovat?
18. Pokud ano, jaký denní časový rozsah (hod., min.) spolupráce, by podle Vás byl ideální?

Příloha č. 6. Tabulka s kódováním pro zpracování dotazníkového šetření

Kategorie	Subkategorie	Odpovědi respondentů
Možnosti nejčastějších vzájemných informací	Vzájemné konzultace	<ul style="list-style-type: none"> - „ano, mezi terapeuty obecně“ RSP5 - „ojediněle telefonická“ RSP6 - „individuálně dle dítěte“ RSP7 - „méně často“ RSP9 - „ano“ RSP11; RSP12; RSP13; RSP14; RSP20; RSP22; RE1; RE2; RE3; RE7; RE10; RE11; RE12 - „máme společné pacienty, tudíž se také radíme, jak probíhá a postupuje jednotlivá terapie, na co se zaměřit, co jsme vyzorovaly“ RE5 - „ano s logopedem“ RE6 - „konzultujeme vždy podle daného klienta a jeho obtíží“ RE8 - „u nás funguje multidisciplinární spolupráce“ RE9 - „některé ergoterapeutky si konzultaci samy domluvíly, ale spíše výjimečně“ RE25
	Předmět konzultací	<ul style="list-style-type: none"> - „vždy, co je v jakém okamžiku a s jakým klientem třeba“ RSP1 - „sebeobsluha a hygienické návyky“ RSP5 - „řešila jsem motoriku, kompenzační pomůcky“ RSP6 - „individuálně dle dítěte“ RSP7 - „motorika“ RSP9; RSP10; RSP11; RSP12; RSP13 - „sebeobsluha, jemná motorika“ RSP14 - „v rámci sebeobsluhy, volby kompenzačních pomůcek, nácviku komunikačních dovedností“ RSP 16 - „kompenzační pomůcky, sebeobsluha, grafomotorika, jemná motorika, školní nábytek, pomůcky na polohování a podobně, interiérové úpravy místností“ RSP20 - „motorika, koordinace, kompenzační pomůcky“ RSP22 - „oblast hry a její stimulace, motorika“ RE1 - „sebeobsluha, jm, hm, grafomotorika, další terapie, bazální stimulace“ RE2 - „kompenzační pomůcky, řeč“ RE3 - „kognitivní trénink, logopedie“ RE4 - „komunikační, vyjadřovací schopnosti, alternativní a augmentativní komunikace, polykání, celkově v rámci holistického přístupu“ RE5 - „v oblasti poruch řeči a kognitivních funkcí“ RE6 - „pracovní poloha, polohování, držení tužky, kompenzační pomůcky, WC, sebesycení“ RE7 - „konzultujeme vždy podle daného klienta a jeho obtíží, často se jedná o soběstačnost, komunikaci, s rodiči řešíme kompenzační pomůcky“ RE8 - „sebeobsluha a kompenzační pomůcky“ RE9 - „nejčastěji v rámci hovoru ohledně řečové úrovně a možnostech podpory, rozvoje, zrakové stimulace a možnostech podpory a rozvoje všech oblastí týkajících se klienta a jeho rodiny“ RE10 - „vhodná úprava domácího, pracovního prostředí, návrh vhodné aktivity dle problémových oblastí klienta, návrh vhodné pracovní polohy, pracovního prostředí, kompenzačních pomůcek“ RE11

		<ul style="list-style-type: none"> - „grafomotorika, formy učení“ RE24
	Způsob konzultací	<ul style="list-style-type: none"> - „osobní kontakt při předávání dětí na terapii“ RSP1 - „v DOZP komunikuji osobně“ RSP5 - „pouze telefonické konzultace. Doporučuji rodičům jeho návštěvu“ RSP6 - „ano“ RSP7 - „osobně“ RSP9; RSP12; RSP13; RSP14 - „osobně, interní poštou“ RSP10 - „individuálně“ RSP11 - „osobně, emailem, telefonem“ RSP20 - „dle potřeb a dle individuálních možností. Komunikujeme osobně“ RSP22 - „společné konzultace v rámci MŠ“ RE1 - „osobně, individuálně“ RE2 - „komunikujeme přes mail nebo osobní rozhovor“ RE3 - „Bezprostředně přímá komunikace“ RE4 - „denně, osobně, prostřednictvím běžné komunikace“ RE5 - „Někdy konzultuji své pacienty s logopedem“ RE6 - „Na pravidelných týmových schůzkách nebo v případě potřeby častěji“ RE7; RE9 - „po každé terapii, když vracím dítě pedagogovi krátce hodnotíme terapii“ RE8 - „ústně, osobně. V rámci spolupráce s jinými pracovišti například emailem, telefonicky“ RE10 - „přímá spolupráce“ RE11 - Komunikace s logopedem probíhá po vstupním ergoterapeutickém a logopedickém vyšetření, je vytvořen plán a cíl péče. Následně probíhající terapie se z části prolínají a ovlivňují“ RE12
Rozsah spolupráce	Spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - „občas, když je potřeba“ RSP1 - „spolupráce a vzájemná výměna zkušeností je nutností“ RSP5 - „v běžné praxi ne, na pobytech, rekondicích, ve spec.zařízeních apod. ano“ RSP7 - „ano“ RSP9; RSP10; RSP11; RSP12; RSP13; RSP14; RSP22 - „ano, pokud jsou společně v rámci jednoho zařízení, příp. pečují o společného klienta“ RSP16 - „kdybych tu možnost měla, asi bych si našla téma spolupráce“ RSP17 - „přímo ne“ RSP20 - „ano“ RE1; RE2; RE4; RE5; RE7; RE9; RE11 - „nemáme speciálního pedagoga, máme logopeda“ RE6 - „při terapiích v rámci nácviku VOKS, dále pak v rámci podpory všech všedních aktivit u našich pobytových dětí v rámci oddělení, kde speciální pedagog působí“ RE10 - „ano pokud to stav pacienta vyžaduje“ RE12 - „nespolupracujeme, pouze s fyzioterapeutem, snažíme se s logopedem, ale pouze v počátku“ RE25
	Možnosti spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - „ano samozřejmě“ RSP1; RSP7 - „ano“ RSP2; RSP6; RSP9; RSP10; RSP12; RSP13; RSP14; RSP15; RSP18; RSP19; RSP20; RSP21; RSP22 - „ano, určitě“ RSP11

		<ul style="list-style-type: none"> - „pokud jsou na zařízení tak ano, jako ostatně všichni pracovníci“ RSP3 - „já myslím, že ve SMC a stacionářích a spec. školách spolupracuji“ RSP4 - „ano určitě“ RE1; RE22 - „Ano“ RE2; RE3; RE4; RE5; RE6; RE7; RE8; RE9; RE10; RE14; RE18; RE23; RE24; RE25 - „samozřejmě“ RE11 - „ve prospěch pacienta by měl spolupracovat celý multidisciplinární tým“ RE12 - „Ano, myslím, že by měli být obě povolání součástí jednoho multidisciplinárního týmu“ RE15 - „Záleží na oblasti práce, u nás by se speciální pedagog na plný úvazek určitě neuživil (v domově pro seniory).“ RE16 - „Ano v zařízeních, kde je to potřeba“ RE17 - „Ano pokud je to zapotřebí“ RE20 - „Ano pokud se tato profese v zařízení nachází“ RE21
	Hodnocení spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - „velmi, je o vstřícnosti obou stran, pokud obě strany chtějí, dokáží zkvalitnit služby“ RSP1 - „ano“ RSP5; RSP12; RSP14 - „obory jdou ruku v ruce, je nutné, aby speciální pedagog měl přesah i do těchto oborů. Obecně ano, konkrétně záleží na lidech“ RSP7 - „spokojena“ RSP9; RSP10 - „vše ok“ RSP11 - „velice“ RSP13; RSP20 - „velice, jsou vidět pokroky i samotní pacienti oceňují možnou spolupráci“ RSP22 - „jsem spokojena, mělo by být více možností tyto spolupráce podnikat (návštěvy MŠ, ZŠ)“ RE1 - „ano“ RE2; RE4 - „jsem spokojená“ RE3 - „spolupráce je výborná“ RE5 - „velká výhoda, doporučuji“ RE7 - „vždy je co vylepšovat, ale v celku jsem spokojená“ RE8 - „velmi spokojena“ RE9; RE11 - „nedá se měřit, je nad míru prospěšné, když se tyto dvě profese setkávají v rámci týmu a mohou konzultovat strategii terapií“ RE10 - „to y měl ve výsledku hodnotit pacient“ RE12 - „spokojená nejsem, všude se o spolupráci hovoří, ale na schůzky jsem nakonec chodila sama, v současnosti mám ze spolupráce obavy“ RE25
	Časový rozsah spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - „nedokážu přesně specifikovat, záleží na domluvě a potřebách obou stran“ RSP1 - „nevím“ RSP2 - „dle potřeby“ RSP3 - „individuálně dle dítěte“ RSP7 - „nedokážu posoudit“ RSP8 - „pokaždé, když jsem v práci“ RSP11 - „intenzivní a maximální“ RSP12 - „denně“ RSP13; RSP14; RSP20; RSP22 - „nemohu se vyjádřit“ RSP15

		<ul style="list-style-type: none"> - „dle individuálních potřeb“ RSP16 - „nedokážu nyní posoudit, vůbec s tím nemám zkušenost“ RSP17 - „dle možností zařízení, konzultace i přímá spolupráce, nevím kolik hodin, nemám s ergoterapií na pracovišti žádné zkušenosti“ RSP18 - „záleží na typu a stupni postižení, typu a zaměření zařízení“ RSP19 - „konzultovat klienty, dle množství klientů – pokud každý den, tak cca 15 minut, případně týdně hodinu“ RSP21 - „záleží na pracovišti“ RE1 - „individuálně dle diagnózy, dle potřeby“ RE2 - „denně“ RE4; RE15; RE21; RE25 - „denně dle individuální potřeby daného zařízení, dle typu klientů“ RE5; RE9; RE23; RE24 - „je to individuální podle počtu pacientů, diagnóz, možností pracoviště“ RE6; RE12 - „kdykoliv je potřeba“ RE7 - „pedagog a terapeut by měli spolu hodně komunikovat, řešit případné problémy“ RE8 - „dle potřeby“ RE10 - „nutné, aby si předávali informace o klientovi a zaměřovali terapie s ohledem na společné cíle dle diagnózy a problémových oblastí klienta“ RE11 - „30 minut speciální pedagogiky denně, ideálně ne hned po jiné terapii kvůli únavě“ RE14 - „je ideální si v rámci týmu v začátku terapie, nebo dané intervence stanovit plán konzultací, dále dle potřeby“ RE22
	Absence spolupráce v týmu	<ul style="list-style-type: none"> - „ano chybí, už jsme zaznamenali jeho potřebu k intervenčním činnostem s klienty“ RSP6 - „sama využívám ergoterapeutické postupy“ RSP7 - „ano“ RSP15 - „ve školském zařízení pozice ergoterapeuta často chybí“ RSP16 - „přivítali bychom jej v týmu“ RSP20 - „mohl by být“ RSP21 - „v určitých situacích bychom spolupráci s alespoň externím speciálním pedagogem ocenili. Pokud se jedná o logopeda, měl by v našem týmu nezastupitelné místo, jeho absenci momentálně značně negativně pocítujeme“ RE12 - „Pracuji převážně s dospělými, při práci s dětmi bych spolupráci uvítala“ RE13 - „u nás by se určitě alespoň na částečný úvazek hodil“ RE14 - „Myslím, že i speciální pedagog našel své uplatnění, hlavně ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem, kde by mohl doplnit informace a plán terapie“ RE15 - „Nevím.“ RE21 - „Ne. V RÚ jsou pacienti od 18 let.“ RE22 - „v našem zařízení oficiální speciální pedagog není, nahrazuji jej přesto, že jsem papírově ergoterapeut“ RE23
Stanovení diagnóz	Společné diagnózy	<ul style="list-style-type: none"> - „DMO, PAS, mentální, smyslové postižení“ RSP1 - „tělesné postižení, získané poruchy hybnosti, neurolog. onemocnění“ RSP2

		<ul style="list-style-type: none"> - „mohou při jakékoli“ RSP3 - „u neurologických, ortopedických, vady zraku“ RSP4 - „MP, zrak.postižení, těžké zdravotní postižení“ RSP5 - „DMO, PAS, MR, Vývojová dysfázie“ RSP6 - „z vlastní praxe dětí s kombinovaným postižením“ RSP7 - „vývojová dysfázie, vývojová dysartrie, dyspraxie, pacienti po CMP“ RSP9; RSP10 - „vývojová dysfázie“ RSP11 - „dysfázie, narušená motorika“ RSP12 - „porucha hybnosti“ RSP13 - „DMO, pacienti po CMP“ RSP14 - „u klienta s nepohyblivým zápěstím“ RSP 15 - „domnívám se, že lze při většině diagnóz s tělesným postižením“ RSP17 - „u všech typů a stupňů postižení, ale především u kombinovaných postižení“ RSP19 - „pro cílovou skupinu (nejen) žáci a studenti s TP“ RSP20 - „v našem zařízení: CMP – afázie, dysartrie (s tím spojené narušení motoriky), vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, syndromy s narušenou motorikou“ RSP22 - „DMO, Down syndrom, autismus, epilepsie, poúrazové stavy a po operacích mozku“ RE1 - „DMO, MR, OVŘ, CMP, vývojová dysfázie, por. Hybnosti, dysartrie, dyspraxie, poúraz. stavy“ RE2 - „Mozková mrtvice, Alzheimerova choroba, Obrny“ RE3 - „cévní mozk.příhoda, poúrazové stavy – kraniotraumata, DMO“ RE4 - „CMP, DMO, poruchy autistického spektra, sluchové, zrakové postižení, hypotonie, poruchy učení, chování etc.“ RE5 - Downův syndrom, DMO, různá jiná mentální postižení, psychiatrické diagnózy (ale také v mladším věku), ADHD, CMP (ale v mladém věku), nejrůznější poruchy zraku, sluchu, řeči“ RE6 - „DMO, myopatie, metabolické poruchy, kraniocerebrální poranění“ RE7 - „v našem zařízení se jedná zejména o klienty s MR, autismem, DMO“ RE8 - „DMP, Downův syndrom, MR, atd.“ RE9 - „V rámci našeho zařízení při jakýchkoli je potřeba. Pokud konkrétně tak např. DMO, různé syndromy, ADHD, koordinační poruchy, opoždění psychomotorického vývoje, MR, autismus,..“ RE10 - „U nás je to nejčastěji u pacientů po CMP či kraniotraumatech..“ RE12 - „DMO, zrakové postižení“ RE15 - „Myslím si, že hlavně u dětí či lidí s různým druhem postižení – např. mentální či fyzické postižení, nevidomí a neslyšící. A především u lidí, kteří měli takovéto postižení vrozené, nebo vzniklo v nízkém věku.“ RE16 - „DMO, parézy, imobilní klienti...“ RE17 - „hlavně v rámci při práci s dětmi“ RE18 - „stavy po poranění mozku, u dětí vývojové deficity“ RE20 - „Nevím.“ RE21 - „spolupráce je možná téměř při každé diagnóze dětí a dospívajících, často u psychiatrických diagnóz a dále u
--	--	--

		<p>mentálního postižení“ RE22</p> <ul style="list-style-type: none">- „MR, stavy po onemocnění mozku – leukémie, traumata mozku,..“ RE24- „DMO, autismus, neurovývojové poruchy, adhd,..“ RE25
--	--	---