



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 29. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**Vědecko- technologický park Ostrava
13. a 14. 10. 2017**

září 2017

Sborník příspěvků z 29. Celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **29. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v prostorách Vědecko-technologického parku Ostrava pod záštitou hejtmána Moravskoslezského kraje prof. Ing. Ivo Vondráka, CSc., a ve spolupráci s Rehabilitačním ústavem Hrabyně ve dnech 13. a 14. října 2017.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, 140 00 Praha 4,
www.ergoterapie.cz, info@ergoterapie.org

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Organizační výbor a vydavatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků. Sazba byla provedena ze zaslaných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků. Autoři příspěvků souhlasí s umístěním sborníku v Národním úložišti šedé literatury Národní technické knihovny.

Organizační výbor konference:

Bc. Anna Gaubmannová, Mgr. Jana Jelínková, Mgr. Olga Marková, Mgr. Kateřina Svěcená Ph.D., Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D., pí. Ivana Krejčí, Bc. Tereza Fialová

Vydání 1., Praha, 9/2017

© Česká asociace ergoterapeutů, 2017

ISBN 978-80-905252-5-2

ABECEDNÍ SEZNAM AUTORŮ PŘÍSPĚVKŮ VE SBORNÍKU:

1.	Mgr. Lucie Dončevová, Mgr. Petra Dvořáková: Senzorická integrace a poruchy jemné motoriky ruky	6
2.	Mgr. Petra Dvořáková: Ergoterapie u pacienta s poporodní parézou plexus brachialis	8
3.	Bc. Tereza Fialová: Využití ortéz u dospělých pacientů se spasticitou horní končetiny po cévní mozkové příhodě	10
4.	Bc. Marika Hrušová: Kasuistika rehabilitace ruky	11
5.	Bc. Pavla Hůlková: Ergoterapie na dětském ARO	12
6.	Bc. Ladislava Chanovická, Jindřiška Tothová: Využití Walk Aide při terapii horní končetiny v neurorehabilitaci	14
7.	Mgr. Veronika Kristková: Bobath koncept v terapii dětí s DMO – mýty a fakta	15
8.	PhDr. Hana Kynštová, Ph.D., Bc. Květa Myslivcová: Centrum komplexní rehabilitace PN Horní Beřkovice- Nové postupy a metody v ergoterapii a fyzioterapii	16
9.	Mgr. Olga Marková, Mgr. Veronika Slepíčková: Different stroke - Na mrtvici trochu jinak	18
10.	Novotná K., Beňová B., Sobíšek L., Kadrnožková L., Uher T., Horáková D.: Podpora zaměstnanosti u pacientů s roztroušenou sklerózou	19
11.	Monika Stanovská, Bc. Lenka Malíková: Zhodnocení terapie ruky s využitím přístroje Gloreha Sinfonia	21
12.	Bc. Petra Stodůlková, Bc. Eva Rohlenová: Ergoterapie v Sheba Medical Center. Zkušenosti ze studijního pobytu v Izraeli	22
13.	Bc. Daniela Stuchlá: Využití vzduchových dlah horních končetin v terapii spinálních pacientů	23
14.	Bc. Hana Šámalová: Bionická ruka z pohledu ergoterapeuta	24
15.	Lucie Šídová, pí. Hamerníková: Sexuální asistence osobám se zdravotním postižením v České republice	25
16.	Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová: Práce s normami standardizovaných testů při hodnocení funkce horních končetin	29
17.	Mgr. Tereza Váňová: Fenomén flow v kontextu kognitivního tréninku Mentem	30
18.	PhDr. Ilona Zahradnická: Trénink kognitivních funkcí v ergoterapii po poškození mozku	31

PROGRAM KONFERENCE, 13. 10. 2017

8:30- 9:30	Registrace účastníků konference
9:30-11:30	Dopolední odborný program
9:30- 9:35	Úvodní slovo a přivítání účastníků
9:35- 9:55	Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D., Mgr. Kateřina Bálková, Mgr. Barbora Hellebrandová, Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D.: Robotická rehabilitace chůze u pacientů s poruchou CNS léčených v RÚ Hrabyně - výsledky pilotní studie
9:55- 10:15	Bc. Karolína Adamcová: Využití robotiky v ergoterapii
10:15- 10:35	Monika Stanovská, Bc. Lenka Malíková: Zhodnocení terapie ruky s využitím přístroje Gloreha Sinfonia
10:35- 10:55	Mgr. Veronika Rajnochová, Mgr. Lucie Píchová: Využití technologie 4IMAGE při ergoterapii dětí
10:55- 11:15	Bc. Hana Šámalová: Bionická ruka z pohledu ergoterapeuta
11:15- 11:25	Prezentace firmy BTL zdravotnická technika, a.s.
11:25- 11:40	Diskuse
11:40-12:30	Přestávka na oběd
12:30-14:15	Pokračování odborného programu
12:30- 12:50	Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D., Mgr. Kristýna Vojkovská, Ph.D., Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D.: Přístrojová diagnostika hlasu a její potenciál v léčbě orofaciálních poruch
12:50- 13:10	Zdena Faltýnková: Příklady řešení posturální dysfunkce vozíčkářů
13:10- 13:30	Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová: Zplnomocňování a podpora silných stránek jako základ ergoterapeutické práce
13:30- 14:00	Lucie Šídová, pí. Hamerníková: Sexuální asistence osobám se zdravotním postižením v České republice
14:00- 14:15	Diskuse
14:30	Odjezd na exkurzi do RÚ Hrabyně (předpokládaný návrat v 17:15)
14:30- 15:00	Přestávka s občerstvením
15:00-16:45	Odpolední odborný program
15:00- 15:25	Mgr. Tereza Váňová: Fenomén flow v kontextu kognitivního tréninku Mentem
15:25-15:45	PhDr. Ilona Zahradnická: Trénink kognitivních funkcí v ergoterapii po poškození mozku
15:45- 16:05	Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová: Práce s časnými varovnými příznaky a prevence relapsu psychotického onemocnění
16:05- 16:25	Mgr. Olga Marková, Mgr. Veronika Slepíčková: Different stroke - Na mrtvici trochu jinak
16:25- 16:35	Mgr. Petra Pecharová: Aktuální problematika vzdělávání ergoterapeutů na vysokých školách v ČR
16:35-16:45	Diskuse
16:45- 17:15	Přestávka na kávu
17:15- 18:15	Valná hromada ČAE
18:30-21:00	Společenský večer (restaurace Pustkovecká Bašta)

PROGRAM KONFERENCE, 14. 10. 2017

8:30- 9:00	Registrace účastníků konference
9:00-11:00	Dopolední odborný program
9:00- 9:20	as. MUDr.Libor Štreit, PhD: Možnosti rekonstrukční chirurgie po ztrátových poraněních ruky
9:20- 9:35	Bc. Marika Hrůšová: Kasuistika rehabilitace ruky
9:35- 9:50	Bc. Tereza Fialová: Využití ortéz u dospělých pacientů se spasticitou horní končetiny po cévní mozkové příhodě
9:50- 10:05	Bc. Daniela Stuchlá: Využití vzduchových dlah horních končetin v terapii spinálních pacientů
10:05- 10:20	Bc. Ladislava Chanovická, Jindřiška Tothová: Využití Walk Aide při terapii horní končetiny v neurorehabilitaci
10:20- 10:35	Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová: Práce s normami standardizovaných testů při hodnocení funkce horních končetin
10:40- 11:00	Diskuse
11:00- 11:30	Přestávka s občerstvením
11:30- 13:20	Pokračování odborného programu
11:30- 11:50	Mgr. Veronika Kristková: Bobath koncept v terapii dětí s DMO – mýty a fakta
11:50- 12:10	Mgr. Hana Robenková: Senzorické integrace v dětské rehabilitaci
12:10- 12:30	Mgr. Lucie Dončevová, Mgr. Petra Dvořáková: Senzorická integrace a poruchy jemné motoriky ruky
12:30- 12:50	Mgr. Petra Dvořáková: Ergoterapie u pacienta s poporodní parézou plexus brachialis
12:50- 13:10	Bc. Pavla Hůlková: Ergoterapie na dětském ARO
13:10-13:20	Diskuse
13:20- 14:00	Přestávka s občerstvením
14:00-15:30	Odpolední odborný program
14:00- 14:15	Bc. Marianna Vavříková: Neurologické funkční symptomy
14:15- 14:30	Mgr. Klára Novotná, Beňová B., Sobíšek L., Kadrnožková L., Uher T., Horáková D.: Podpora zaměstnanosti u pacientů s roztroušenou sklerózou
14:30- 14:45	PhDr. Hana Kynštová, Ph.D., Bc. Květa Myslivcová: Centrum komplexní rehabilitace PN Horní Beřkovice- Nové postupy a metody v ergoterapii a fyzioterapii
14:45- 15:00	Bc. Petra Stodůlková, Bc. Eva Rohlenová: Ergoterapie v Sheba Medical Center. Zkušenosti ze studijního pobytu v Izraeli
15:00-15:15	Diskuse
15:30	Ukončení konference, předání certifikátů

Název: **Senzorická integrace a poruchy jemné motoriky ruky**

Autor: ¹Mgr. Lucie Dončevová, ²Mgr. Petra Dvořáková

Pracoviště: ¹Univerita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ergoterapie

²Klinika dětské rehabilitace FN Motol

Úvod:

V ergoterapeutické praxi se v posledních letech setkáváme s nárůstem počtu dětí, které mají opožděný vývoj motorických funkcí ruky na senzorickém podkladě. Přispívá k tomu i nárůst počtu klientů z řad předčasně narozených novorozenců. V praxi se běžně setkáváme s dětmi, které motoricky nevykazují žádné odchylky, jejich schopnost jemné motoriky však vývojově neodpovídá věku.

Manipulační funkce patří k základním funkcím rukou, úzce však souvisí s kognitivními funkcemi mozku. K příjmu, přenosu informací z periferie do mozkové kůry slouží senzorické systémy. Vývoj jemné motoriky je tedy závislý v první řadě na stavu senzorického procesování. Poruchy senzomotorických funkcí ruky mají negativní dopad na interakce jedince se zevním prostředím, na provádění všedních denních činností a kvalitu života jako takovou.

Metodika:

Senzorická integrace (SI) podle J. Ayres – je proces, díky němuž mozek získává informace ze všech smyslů, rozeznává je a třídí, interpretuje a integruje je mezi sebou a s dřívějšími zkušenostmi a odpovídá adekvátní adaptační reakcí. SI podléhá ochranné známce a je založená na rozsáhlých teoretických informacích, vývoji testů, testování hypotéz a klinické praxi. Ergoterapeut využívající koncept by SI měl, na základě vstupního vyšetření, správně vyhodnotit problémy v jemné motorice způsobené problémy v senzorickém procesování a navrhnout léčbu. U dětí s poruchou senzorické integrace, která významně ovlivňuje funkci ruky, se mohou projevovat problémy s koordinací pohybu jednotlivých segmentů, motorickým plánováním a uspořádáním kroků navzdory poměrně dobré pohybové kontrole. Mohou mít potíže v rozlišení určitých smyslových kvalit při vnímání vlastností předmětů (Vondráková 2016).

Dobrý výkon ruky je spojen s dobrým somatosenzorickým fungováním. Jemná motorika ruky je ovlivněná úrovní senzorických funkcí a závisí na stavu vestibulárního aparátu (nevyhraněná lateralita způsobená chybějící rotací trupu), propiocepce a taktilního vnímání (hypersenzitivitou a hyposenzitivitou). Určení příčiny, která vedla ke slabému výkonu při testování, je nezbytným předpokladem pro plánování efektivní léčby (Henderson 2006). Ergoterapeutické hodnocení ve Fakultní nemocnici v Motole zahrnuje úchopové testy, které hodnotí motorické dovednosti ruky: NHT, Box and Blocks Test, Purdue pegboard test, Nine Hole Peg Test. Pro odhalení senzorických příčin se využívá Moberg pick-up test, testy lateralit jako např. dle Matějčka a Žlaba. Dále využíváme dotazníkové baterie pro hodnocení stavu senzorického procesování - Short Sensory Profil a Sensory Profil 2, SIPT – subtest nápodoby pohybu, taktilní tvaru diskriminace a rozlišení. Zařazeno je i orientační vyšetření taktilního vnímání ruky (hypersenzitivita, hyposenzitivita). Standardem je vyšetření přetrvávajících

patologických primitivních reflexů (přetrvávající palmární reflex...), které dokáží negativně ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte včetně vývoje jemné motoriky a jejích složek. V rámci ergoterapeutické intervence je prioritou zaměřit se na tři hlavní senzorycké stavební pilíře – vestibulární ústrojí, propriocepce, taktilní vnímání.

Na kazuistice šestiletého chlapce s poruchou senzorycké integrace bychom poukázaly na možnosti ergoterapeutického vyšetření a nastavení terapie dle principů senzorycké integrace. Ergoterapeutická intervence probíhala po dobu jednoho roku, kdy chlapec s matkou docházeli na ergoterapii FN Motol 1 x 3 týdny a poté probíhala terapie v domácím prostředí pod vedením matky, která byla seznámena a řádně edukovaná o terapii.

Závěr:

Narušený vývoj jemné motoriky z důvodu poruchy senzoryckého procesování vyžaduje odlišný terapeutický přístup. Terapie by vždy měla začínat na úrovni senzoryckého procesování. Je třeba mít stále na paměti, že pokud je problém na úrovni senzorycké, bude pouhý nácvik dovedností jemné motoriky neefektivní.

Seznam zdrojů:

CASE-SMITH, J, 2005. *Occupational Therapy for Children*. Louis USA: Elsevier Mosby. ISBN 0-323-02873-X.

HENDERSON, A; PEHOSKI, Ch, 2006. *Hand Function in the Child : Foundations for Remediation*. Boston USA: Elsevier Mosby. ISBN 100-323-03186-2.

KRIVOŠÍKOVÁ, M, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

POLLOCK, N. Sensory Integration: A Review of the Current State of the Evidence. *Occupational Therapy Now* [online]. 2009, vol. 11, no. 5, pp. 6 – 10 [cit. 2017-1-19]. Dostupné z: http://www.caot.ca/otnow/full/OTNow_Sept_09.pdf.

VONDRÁKOVÁ, V, 2016. *Senzorycká integrace a praxe – literární rešerše*. Diplomová práce. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK.

VYSKOTOVÁ, J. a K. MACHÁČKOVÁ, 2013, *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4698-2.

Název: Ergoterapie u pacienta s poporodní parézou plexu brachiálního

Autor: Mgr. Petra Dvořáková

Pracoviště: Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK FN Motol

Klíčová slova: ergoterapie, poporodní paréza plexus brachialis, senzomotorika

S klientem s poporodní parézou brachiálního plexu se v praxi dětského ergoterapeuta setkáváme poměrně často. Incidence v populaci se udává 1 až 1.9 na 1000 živě narozených. Pro zmírnění následků porodního traumatu je nezbytné včasné zahájení rehabilitační péče. Fyzioterapie a ergoterapie jsou základní elementy multidisciplinárního přístupu. Pro dobrý výsledek rehabilitace je důležitá jejich úzká spolupráce a propojení ve zvolených postupech, kdy jsou specificky vybrány vhodné prostředky a metodiky na základě funkčně stanovených terapeutických cílů.

Práce s klientem by měla respektovat tyto základní cíle:

- prevence kontraktur
- podpora správného svalového napětí
- podpora uvědomění a zařazení končetiny do tělesného schématu
- podpora normálního vývoje a funkce (hra, ADL)

Na našem pracovišti patří k prioritám práce ergoterapeuta cílenost na senzomotoriku horní končetiny. Ergoterapeut se zaměřuje na maximální možnou integraci postižené HK do tělesného schématu v kontextu běžných denních činností a hry. K dosažení těchto cílů vhodně kombinuje postupy vybrané z těchto metodik:

- Bobath koncept, Senzorická integrace, CIT, HABIT, dlahování-PaNat, tejpování

Pro zhodnocení pokroků v ergoterapii jsou využívány testy pro hodnocení výkonu HK (Quest, NHT, BaB, Moberg pickup test, Jihokaliifornské testy).

Ergoterapeut se aktivně podílí na zácviu rodinných příslušníků, kteří doporučené postupy týkající se polohování, stimulace a zapojování postižené HK do pohybu aplikují v rámci každodenního režimu.

Terapeutické cíle v ergoterapii se proměňují v závislosti na věku klienta, s věkem také roste míra aktivní spolupráce a motivace dítěte pro cvičení.

V klientele se poměrně často setkáváme s komorbiditou, kdy u dětí s těžším motorickým poškozením HK, dochází k významnému narušení senzorického procesování- zejména v oblasti propriocepce, taktilního a vestibulárního vnímání. Negativní vliv má toto narušení senzorického procesování na vývoj kognitivních složek, zejména koncentraci pozornosti. U těchto dětí je poměrně častý výskyt dg. ADHD/ADD. V předškolním věku bývá tedy nutné zařadit do ergoterapeutického programu přípravu na školní dovednosti. Zejména u dětí s pravostranným poškozením brachiálního plexu bývají obtíže manifestovány nejasnou lateralitou a narušením grafomotorického vývoje.

Ve školním věku se ergoterapeut zaměřuje především na výběr vhodných volnočasových aktivit a zácvik v autoterapeutických strategiích týkajících se

polohování, protahování v aktivních i pasivních pohybech. Ve starším školním věku je nezbytné přenést každodenní zodpovědnost za terapii z rodiče na dítě. Zde se nám osvědčilo využití kognitivně orientovaného přístupu (CO-OP).

Název: Využití ortéz u dospělých pacientů se spasticitou horní končetiny po cévní mozkové příhodě

Autor: Bc. Tereza Fialová (vedoucí diplomové práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.)

Předložený abstrakt reprezentuje stejnojmennou diplomovou práci autorky. Práce představuje přehled problematiky využívání ortéz na horní končetině u dospělých pacientů se spasticitou po cévní mozkové příhodě (CMP). Cílem práce bylo zjistit možnosti využití ortéz v různých stádiích vývoje spasticity. V teoretické části jsou zahrnuty informace o významném projevu poruchy centrálního motonouronu, tedy o spasticitě, údaje o materiálech, výrobě, dostupnosti a použitelnosti různých typů ortéz. Podstatnou částí teoretické části je rešerše studií a dostupné literatury, která interpretuje používání, časovou návaznost a zkušenosti s ortézami. Na tuto část teoretické práce navazuje část praktická. V praktické části byly demonstrovány dostupné možnosti využívání ortéz pro ovlivnění spasticity na horní končetině. Účelovým výběrem byly utvořeny tři skupiny pacientů, z toho každou skupinu reprezentuje jedna kazuistika. Zastoupeni jsou pacienti v akutním, subakutním a chronickém stádiu po cévní mozkové příhodě. V každém stádiu byl využit jiný typ ortézy polyuretanová pro akutní stádium, statická progresivní pro subakutní a termoplastová pro chronické stádium. Měření neuromuskulárních parametrů probíhalo dle zásad Five steps clinical assessment. Pro objektivní a subjektivní zhodnocení horní končetiny byla použita modifikovaná Frenchayská škála a Globální subjektivní škála hodnocení. Pro lepší zhodnocení výsledků byl účelově sesbírán kontrolní vzorek pacientů, o stejném počtu probandů, nacházejících se ve stejném stádiu po CMP. Předložené kazuistiky prezentují možnosti postupu aplikace ortéz v problematice rehabilitace a prevence spastické parézy v různých fázích vývoje spasticity. Dle výsledků této diplomové práce byl navržen design pro další výzkum, což splňuje charakter exploratorního typu výzkumu dle Yina (1994).

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, spasticita, ortéza, Five steps clinical assessment, neurorehabilitace

Název: **Kasuistika rehabilitace ruky**

Autor: Bc. Marika Hrušová

Pracoviště: Rehabilitační klinika FN Hradec Králové

Kontakt: marika.hrusova@fnhk.cz

Kasuistika pacienta po amputaci obou horních končetin v distální části předloktí následkem úrazu a následné reimplantaci. Přednáška mapuje průběh léčby a rehabilitace pacienta v průběhu tří let od úrazu. V kasuistice je popsána funkční schopnost HKK od počátku ergoterapeutických intervencí a porovnání terapeutických a funkčních výsledků v průběhu tří let v rámci rehospitalizací i ambulantní ergoterapeutické péči na Rehabilitační klinice FN Hradec Králové. Při první hospitalizaci byla terapie zaměřena především na výcvik k soběstačnosti v ADL kompenzačními postupy a zároveň byla snaha o postupné zlepšení rozsahu pohybu a funkčního úchopu. Pacient v průběhu léčby byl hospitalizován i v dalších zařízeních, byly provedeny operační výkony (tendolýzy flexorů a extenzorů na obou horních končetinách). Ergoterapie se stala významnou součástí komplexní péče o tohoto pacienta a zpět jeho začlenění do denních aktivit a pracovního procesu. Pacient je stále v ambulantní péči a průběžně hodnotíme další funkční schopnosti. Je motivován o integraci do plnohodnotného života a návrat k činnostem, které vykonával před úrazem. Přednáška je doplněna o videa.

Název: Ergoterapie na dětském ARO

Autor: Bc. Pavla Hůlková

Pracoviště: Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK FN Motol

Rozvoj intenzivní medicíny s sebou nese zvýšení počtu přeživších a s tím jde ruku v ruce starost o to, jak vypadá pacient, který je zachráněn z bezprostředního ohrožení života, a v jakém stavu intenzivní lůžko opouští.

Rehabilitace je jednou z možností prevence sekundárního postižení pacienta vlivem imobilizace, umělé plicní ventilace, nutričního a imunitního deficitu.

Imobilizační syndrom

- Reakce organismu na inaktivitu
- Nastupuje rychle – již po několika hodinách
- Postihuje všechny orgánové systémy (kardiovaskulární aparát, pohybový aparát, kůže, dýchací systém, zažívací systém, močový systém, psychosociální reakce)

Rehabilitace na ARO – součást komplexní péče – ergo, fyzio, logo

- Celospolečenský proces – cíl: zařadit limitovaného člověka do aktivního společenského dění

Co sledovat při terapii?

- Monitoring pacienta – TF, KT, DF, SpO₂
- Pacient – EKG, ČŽK, PŽK, MK, sonda, drény, intubace, tracheostomická kanyla

Pacienti na ARO – akutní X chroničtí, spolupracující X nespolupracující

Metody ergoterapie

Polohování

- zásadní vliv
- profylaxe sekundárního poškození myoskeletálního aparátu, vznik kontraktur
- Ovlivňuje: ventilační funkce, cirkulaci, srdeční funkce, ochrana chabých končetin (např. u relax. pacienta), útlak nervů, kožní defekty
- Co 2 hodiny přes den, co 4 hodiny přes noc
- Polohy – supinační, semisupinační, semipronační, pronační + mikropolohování

Bazální stimulace

- Podpora **zachovalých schopností** - vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti jedince
- Autobiografie pacienta, spolupráce s rodinou
- Somatická, vestibulární, vibrační, optická, auditivní, taktilně haptická, olfaktorická, orální

Prvky Bobath konceptu + vertikalizace

Navržení a výběr KP

Trénink ADL – základní sebeobslužné činnosti

Hra

Kazuistiky

- Patrik L. (2 roky) - geneticky potvrzená infantilní forma vrozené **hypofosfatázie** a těžká respirační insuficience na podkladě **tracheobrochomalácie**
- Petr K. (4 roky) - fr.C2 s dislokací, inkompletní míšňí léze
- Marek F. (10 let) – susp. locked-in syndrom

Název: Využití Walk Aide při terapii horní končetiny v neurorehabilitaci

Autor: Bc. Ladislava Chanovická, Jindřiška Tothová

Pracoviště: Klinika tělovýchovného lékařství a rehabilitace ve FN U svaté AnnyV Brně

Cílem tohoto příspěvku je seznámit s možností využití neuroelektrostimulátoru Walk Aide u pacientů po CMP, při terapii horní končetiny, zhodnotit výhody a nevýhody.

Naše nemocnice dostala zapůjčený elektrostimulátor Walk Aide, který v ergoterapii využíváme ke stimulaci horní končetiny, především facilitačně a v kombinaci s Arneo Power.

Používáme jej u plegických končetin, v akutní fázi CMP, ke stimulaci pohybu extenzorů ruky, i m. opponens policis, m. deltoideus... U těchto pacientů z naší zkušenosti, se nerozvíjí algodystrofický syndrom, rychleji odeznívá otok, po delší dobu zůstává zachována klenba ruky a postavení palce.

Walk Aide využíváme i u pacientů v chronické fázi onemocnění s efektem zlepšení vnímání končetiny, uvolnění spasticity. Další využití u jiných diagnóz. Použití Walk Aide v kombinaci s jinými přístupy.

Literatura

1. HOLUBÁŘOVÁ, J., PAVLŮ, D.: Proprioceptivní neuromuskulární facilitace I. Praha:Karolinum, 2008
2. JANOUŠKOVÁ, L., KALINA, M. Cévní mozková příhoda se dnes nevyhýbá ani dvacetiletým. Nemocnice Na Homolce. 2006
3. Kolektiv autorů, Neurologie 2005. Praha: Triton 2005
4. LIPPERT-GRÜNER, M. Neurorehabilitace, Praha:Galen, 2005
5. LORENZO, L. Obnova pohybu po CMP. Praha:Rehab,2003
6. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi, Grada: 2007
7. <http://2move.cz/>

Název: Bobath koncept v terapii dětí s DMO – mýty a fakta

Autor: Mgr. Veronika Kristková

Pracoviště: Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů
Fyzio Beskyd s.r.o.

Koncept manželů Bobathových, Bobath koncept, je jedním ze světově nejuznávanějších konceptů v dětské rehabilitaci. Vychází z nejnovějších neurofyzilogických poznatků o vývoji motoriky dítěte, proto bývá někdy označován jako neurovývojová léčba (Neurodevelopmental Treatment – NDT).

Koncept vznikl v 50. letech minulého století a již svými zakladateli byl definován jako tzv. „living concept“, tedy stále se měnící. Od dob svého vzniku prodělal několik podstatných změn a vždy využíval a využívá nejnovějších poznatků o lidském pohybovém chování, vývoji jedince, biomechanice a dalších aspektech lidské motoriky.

Bohužel v současné době neexistuje souhrnná literatura v českém jazyce, která by reflektovala tyto změny, informace o současné podobě Bobath konceptu jsou předávány převážně formou ústních sdělení na kurzech, a proto koluje v naší zemi mnoho nepravd o tom, co to Bobath koncept je, pro koho se dá využít a podobně.

Autorka se ve svém příspěvku snaží poskytnout aktuální pohled na Bobath koncept, jeho principy a vyvrací mnohé mýty, které jsou s tímto konceptem v naší zemi spojeny.

Název: Centrum komplexní rehabilitace PN Horní Beřkovice- nové postupy a metody v ergoterapii a fyzioterapii

Autor: ¹PhDr. Hana Kynštová, Ph.D., ²Bc. Květa Myslivcová

Pracoviště: ¹FZS UJEP Ústí nad Labem, ²Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

Kontakt: ¹hana.kynstova@ujep.cz, ²myslivcova.kveta@centrum.cz

Abstrakt V rámci podpory Norských fondů CZ 11 - „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“ byl realizován projekt Centra komplexní rehabilitace, jehož řešitelem je Psychiatrická nemocnice (PN) Horní Beřkovice. Jedná se o státní zdravotnické zařízení, které se zaměřuje na komplexní léčbu psychiatrických onemocnění. Nachází na hranicích Středočeského a Ústeckého kraje mezi Roudnicí nad Labem a Mělníkem. Areál nemocnice slouží k léčbě duševně nemocných již od roku 1891. Řešení projektu proběhlo v období 2015 až 2017. Dne 28. dubna 2017 proběhlo slavnostní otevření Centra komplexní rehabilitace. Partnery projektu byly vedle Katedry ergoterapie a Katedry fyzioterapie Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem i sdružení FOKUS fungující v ústeckém regionu. Posláním sdružení je podpora lidí s duševním zdravím v návratu a uplatnění ve společnosti. Centrum komplexní rehabilitace PN Horní Beřkovice je určeno především pro pacienty s vážným duševním onemocněním. Koncepce, která vedla k vybudování rehabilitačního centra vychází jednak z vlastní zkušenosti lékařů, psychologů, zdravotníků a rehabilitačních pracovníků s těmito pacienty v léčebně a omezenými možnostmi jejich začlenění mimo psychiatrickou nemocnici ve spádové oblasti. Projekt aktivně reaguje na posun v paradigmatu v psychiatrii reprezentovaném v současnosti "Reformou péče o duševní zdraví".

V centru komplexní rehabilitace se soustřeďují na tři fáze procesu zotavení se z nemoci: stabilizace, re-orientaci a re-integraci. Program Centra komplexní rehabilitace je rozdělen do 4 základních fází, které jdou v zásadě chronologicky po sobě, ale zároveň se cyklicky střídají: 1. fáze diagnostická a motivační, 2. fáze plánování, 3. fáze rehabilitační, 4. fáze vyhodnocovací.

Ergoterapeuti se podílejí v rámci práce multidisciplinárního týmu na všech uvedených fázích. Ve fázi diagnostické a motivační provádění ergoterapeutické vyšetření, posouzení pacienta pomocí škál a testů. Ve druhé fázi je na základě výstupů z předchozí fáze vytvořen společně s pacientem plán rehabilitace. V rámci fáze rehabilitační jsou realizovány samostatné intervence dle cíle ergoterapie. Probíhá průběžné monitorování stavu pacienta, v rámci případového vedení a setkávání rehabilitačního týmu. Výsledky jsou prezentovány ve vyhodnocovací fázi, jejíž součástí je stejná testová baterie jako při vstupním vyšetření. Cílem psychiatrické rehabilitace v podmínkách PN Horní Beřkovice je pomoc lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Zlepšení začlenění pacientů do společnosti mimo psychiatrickou nemocnici. Dále zvýšení kvality a efektivity léčebných procesů s cílem snížení délky doby hospitalizace. Zefektivnění léčebného procesu, destigmatizace a transformace psychiatrické péče. V rámci nového přístupu v zařízení byly vytvořeny podmínky pro rozvoj a implementaci komplexního programu rehabilitační péče.

Centrum komplexní rehabilitace PN Horní Beřkovice je koncipováno jako samostatné oddělení s navazujícími pracovišti – Tréninkovým centrem manuálních dovedností a Tréninkovým centrem psychosociálních dovedností. Oddělení fungují na komunitním principu. Tato dvě tréninková centra byla nově zbudována. Nově vznikly ergoterapeutické dílny a pracoviště: tréninková prádelna a kuchyňka, 5 terapeutický pracovišť pro individuální konzultace (hovorny), prostor pro komunitní setkávání, místnost pro PC trénink kognitivních funkcí, tělocvična a osm ergoterapeutických dílen – dílny pro keramiku, košíkářství, voskářství, mydlářství, výroba šperků, výroba z papíru, tvorba grafiky, zpracování textilu, hedvábí a řemeslné techniky. Využíváno je i stávající Multifunkční kulturní centrum, Zahradní pracovní centrum, Truhlářská dílna a Internetová kavárna. Tréninkové centrum sociálních dovedností vzniklo stavební rekonstrukcí objektu v zařízení. Nové pracoviště navazuje na místnosti, které slouží v rámci následné péče k interaktivní vazbě mezi klienty a neziskovými organizacemi následné péče. Ve spolupráci s regionálními partnery projektu sdružením FOKUS, probíhá program zaměřený na pracovní diagnostiku, výcvik dovedností a terapeutických kurzů zacílený na překonávání krizových situací.

Závěr

Vybudování nových prostor a zavádění nových postupů a metod v ergoterapii umožní zlepšení kvality života osob s duševní nemocí, ale i zvýšení prestiže profese ergoterapeut.

Název: **Different stroke - Na mrtvici trochu jinak**

Autor: Mgr. Olga Marková, Mgr. Veronika Slepíčková

Pracoviště: ERGO Aktiv, o. p. s.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě je často diskutované téma v oblasti rehabilitačních odborníků. Je známo, že je potřebná včasná rehabilitace i dostatečné zajištění navazujících rehabilitačních programů. Jaké další prostředky ale rehabilitace osob po cévních mozkových příhodách využívá v zahraničí? A je možné je přenést do prostředí České republiky?

Velice úspěšná je například britská skupina Different stroke, která je založená na svépomocné pomoci lidí, kteří již následky cévní mozkové příhody překonali, těm, kteří se s jejími následky teprve potýkají. Jedná se o princip peer to peer, který se využívá například i v psychiatrické péči a postupně se rozrůstá i do dalších cílových skupin. V rámci příspěvku bude představena tato skupina, její činnost, první zkušenosti z přenosu principů peer to peer podpory u osob se získaným poškozením mozku do českého prostředí, vazby na cíle ergoterapie a využití v rámci ergoterapeutické intervence.

Název: Problematika zaměstnanosti osob s roztroušenou sklerózou-
možnosti ergoterapeutické intervence

Autor: Novotná K., Beňová B., Sobíšek L., Kadrnožková L., Uher T., Horáková D.

Pracoviště: Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1.LF UK a VFN v Praze

Kontakt: novotna.klara.k@gmail.com

Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je chronické neurodegenerativní onemocnění postihující typicky mladé dospělé v produktivním věku. Podle lokalizace zánětlivého poškození v centrálním nervovém systému se může RS projevovat mnoha různými symptomy jakou jsou poruchy citlivosti, hybnosti, zraku, funkce svěračů, únavou, poruchou kognitivních funkcí atd (1). Symptomy a jejich tíže jsou u každého individuální a v čase proměnlivé, což může způsobovat osobám s tímto onemocněním problémy (nejen) v zaměstnání. Díky moderní biologické léčbě však může být průběh onemocnění stabilizován nebo alespoň zpomalen (2). Ze zahraničních studií je znám dopad onemocnění RS na zaměstnanost, což vede ke snížené kvalitě života (3). Práceschopnost u osob s RS jako komplexní jev může být ovlivněna mnoha faktory. Na jedné straně se popisuje vliv věku, pohlaví a vzdělání a na druhé straně se popisuje i vliv symptomů RS, zejména poruch hybnosti, únavy, deprese a poruchy kognitivních funkcí (4,5,6,7). Zajímala nás proto situace mezi osobami s onemocněním RS v České republice a zda je možné v běžné klinické praxi vytipovat markery odlišující zaměstnané osoby s RS od nezaměstnaných.

Metodika

V rámci studie bylo vyšetřeno 1226 pacientů s relaps-remitentní RS léčených v našem RS Neurologické klinice 1.LF UK a VFN v Praze. U každého byla vyšetřena tíže neurologického postižení pomocí škály EDSS. Z klinických testů bylo provedeno vyšetření chůze (test chůze na 25stop), vyšetření jemné motoriky (9hole peg test), vyšetření kognitivních schopností (test BICAMS, test PASAT), dále byla vyšetřena deprese (dotazník BDI), zrakové funkce (SLOAN).

Výsledky

Z celkového počtu vyšetřených pacientů bylo pro účely analýzy identifikováno 460 osob s RS: 307 osob s RS, které pracují na plný úvazek a 153 nezaměstnaných, které byly spárovány podle pohlaví, věku a let absolvovaného školního vzdělání. Statistickou analýzou byl prokázán signifikantní rozdíl ve všech vyšetřovaných testech. Při podrobnější analýze bylo zjištěno, že nejcitlivějším markerem rozlišujícím mezi zaměstnanými a nezaměstnanými osobami s RS je test kognice SDMT a test chůze.

Diskuse

Tato včasná identifikace osob s RS ohrožených nezaměstnaností může pomoci při plánování vhodné terapeutické intervence. Díky pravidelnému vyšetřování hybnosti a kognitivních funkcí můžeme vytipovat osoby ohrožené ztrátou zaměstnání. Ergoterapeuti by mohli včas osobám RS ohroženým nezaměstnaností nabídnout cílený trénink kognitivních funkcí a jemné motoriky. Zatímco fyzioterapeuti by se u nich zaměřili na zlepšení pohybových funkcí. Společně by pak mohli poradit s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek. Další možností je nácvik kompenzačních strategií pro zvládání kognitivních poruch únavy. Zájemcům o tuto problematiku bychom rádi nabídli spolupráci v rámci MSrehab z.s. (prosím kontaktujte: novotna.klara.k@gmail.com).

Závěr

Udržení práceschopnosti je významné pro kvalitu života. Poruchy kognitivních funkcí a chůze jsou příznakem typickým pro osoby s RS ohroženým ztrátou práceschopnosti. Osobám s RS ohroženým ztrátou práceschopnosti by měla být proto včas nabídnutá terapeutická intervence ergoterapeuta a psychoterapeuta s cílem zlepšení nebo kompenzace poruch kognitivních funkcí a hybnosti.

Práce byla podpořena Nadačním fondem Impuls a grantem Progres Q27/LF1.

Literatura

- (1) HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza v praxi*. Galén, 2015.
- (2) HAVRDOVÁ, Eva, et al. Vývoj nových léků v oblasti RS-změnila se prognóza pacienta?. *Neurologie pro praxi*, 2011, 12.3: 170-174.
- (3) MILLER, Ariel; DISHON, Sara. Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. *Quality of life research*, 2006, 15.2: 259-271.
- (4) KRAUSE, Ivonne, et al. Employment status in multiple sclerosis: impact of disease-specific and non-disease-specific factors. *Multiple Sclerosis Journal*, 2013, 19.13: 1792-1799.
- (5) BENEDICT, Ralph HB, et al. Benchmarks of meaningful impairment on the MSFC and BICAMS. *Multiple Sclerosis Journal*, 2016, 22.14: 1874-1882.
- (6) JONGEN, Peter Joseph, et al. Relationship between working hours and power of attention, memory, fatigue, depression and self-efficacy one year after diagnosis of clinically isolated syndrome and relapsing remitting multiple sclerosis. *PloS one*, 2014, 9.5: e96444.
- (7) ROESSLER, Richard T.; RUMRILL, Phillip D.; FITZGERALD, Shawn M. Predictors of employment status for people with multiple sclerosis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2004, 47.2: 96-103.

Název: **Zhodnocení terapie ruky s využitím přístroje Gloreha Sinfonia (dále GS)**

Autor: Monika Stanovská, Bc. Lenka Malíková

Pracoviště: Rehabilitační ústav Hrabyně

Součástí nových přístupů v terapii horní končetiny je od února 2017 v RÚ Hrabyni GS. Jde o roboticky asistovanou rehabilitaci ruky u pacientů s neurologickým nebo post-traumatickým poškozením. GS umožňuje neuro-motorickou rehabilitaci ruky jak pasivně, aktivně s dopomocí, aktivně tak i bimanuálně. Pohyby jsou doprovázeny vizuální či akustickou zpětnou vazbou. Rozdíl mezi klasickým přístrojem Glorehou a Glorehou Sinfonií je v možnosti využití bimanuální terapie. Tato terapie umožňuje přenos pohybu ze zdravé na postiženou končetinu. Pacient pohybuje zdravou končetinou, na níž má rukavici se senzory a přístroj přenáší tento pohyb na končetinu postiženou, která se pohybuje díky mechanické rukavici. Obě končetiny mají dynamickou podporu paže v exoskeletu.

Vyhodnocujeme první praktické zkušenosti s tímto přístrojem. Srovnáváme klinické parametry, funkční stav pacienta, náročnost použití přístroje a jeho celkové výhody i nevýhody. Práce s GS a dílčí výsledky jsou prezentovány formou kazuistik s videi.

Název: Ergoterapie v Sheba Medical Center. Zkušenosti ze studijního pobytu z Izraeli

Autor: Bc. Petra Stodůlková, Bc. Eva Rohlenová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Kontakt: stody.pettra@seznam.cz, evarohlenova@seznam.cz

Ergoterapeutky navazujícího magisterského oboru v Praze získaly jedinečnou možnost v rámci evropského programu vycestovat na studijní program do Izraele.

V rámci programu strávily 3 měsíce v nemocnici Sheba Medical Center. Toto léčebné centrum je největším zdravotnickým centrem jak v Izraeli, tak i všech zemí Blízkého východu. Nemocnice nabízí dlouhodobou léčebnou a rehabilitační intervenci v oblastech ortopedie, neurologie, respirační problematiky, psychiatrie, geriatrie a dalších. Nemocnice je také světově známá pro své specializované laboratoře a centra inovativních technologií a výzkumu v oblasti rehabilitace.

V nemocnici pracuje přibližně 150 ergoterapeutů na různých odděleních, zabývajících se konkrétní problematikou daných cílových skupin pacientů. Naproti České republice mají ergoterapeuté mnohem větší uplatnění v oblasti výroby dlah a individuálních ortéz. Nezastupitelnou roli má ergoterapeut také v oblasti rehabilitace chronických pacientů po poškození mozku, tak poskytování poradenství a výběru vhodných pomůcek.

Hlavním cílem příspěvky je seznámit ergoterapeuty s nejmodernějšími technologiemi a přístupy v rehabilitaci využívající v nemocnici Sheba Medical Center a podělit se o zkušenosti z unikátního studijního programu.

Název: Využití vzduchových dlah horních končetin v terapii spinálních pacientů

Autor: Bc. Daniela Stuchlá

Pracoviště: Rehabilitační ústav Hrabyně

Práce představuje možnosti terapie pomocí vzduchových dlah pro horní končetiny. Zabývá se problematikou rehabilitace pacientů s míšní lézí, konkrétně s diagnózou tetraparézy, a pomocí kazuistiky uvádí příklady využití. V prezentaci je použita fotodokumentace a srovnávací videa, zejména k přiblížení náhledu na nácvik mobility tetraparetika a vývoj jeho praktických dovedností.

Název: Bionická protéza horní končetiny z pohledu ergoterapeuta

Autor: Bc.Hana Šámalová

Pracoviště: Ortopedická protetika Frýdek-Místek

Lidskou ruku lze vnímat jako nejdokonalejší nástroj, jaký lze v přírodě najít. Na řízení pohybu ruky se podílí téměř čtvrtina motorické mozkové kůry. Nahradit tedy ztracenou nebo nevyvinutou horní končetinu s co největší funkcí je velmi náročný úkol.

S vývojem technologií v širokém spektru oborů se výrazným způsobem vyvíjí i technologie v protetice. Jednou, technicky i technologicky velmi vyvinutou, možností protetického řešení amputací nebo vrozeného nevyvinutí horní končetiny je bionická protéza horní končetiny, bionická ruka.

Bionická ruka nejvyšší generace respektuje anatomické zákonitosti fyziologické ruky, plynulost pohybu i rychlost se snaží co nejvěrněji napodobit pohyb ruky. Základní způsoby ovládání bionické ruky jsou následující: kontrola vlastními svalovými impulzy, gesture control (pohyb protézy v prostoru), mobilní aplikace, grip chips.

Pro zvládnutí ovládání bionické ruky je potřebná dostatečná investice času i energie nejen uživatele, ale i týmu zajišťující protetické vybavení. Právě tady je prostor pro ergoterapii.

Název: Sexuální asistence v České republice

Autor: Lucie Šídová

Pracoviště: Freya, z.s.

Kontakt: www.freya.live

Sexualita lidí s postižením, seniorů a seniorek je jedním z tabuizovaných témat, o kterém se v poslední době stále více a více mluví, což je dobře. Když se řekne pojem sexualita, většině lidí se vybaví pouze sex, ale neuvědomují si, že do této oblasti spadá spousta dalších oblastí jako je například, sexuální výchova, doteky, intimita, blízkost, vztahy, rodina, masáže, sexuální identita, masturbace, pohlavní styk a další, ale i témata jako je sexuální zneužívání.

Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost sebelásky.¹

Většina lidí má potřebu prožívat svoji sexualitu, tedy mít intimní kontakt s blízkým člověkem, potřebuje zažívat silný cit, sounáležitost či oporu. Sexuální zrání a jeho projevy nelze zastavit, vyvíjí se i u lidí se zdravotním postižením. Rodíme se jako sexuální bytosti a naše sexuality se vyvíjí v různých stádiích, která souvisejí s vývojem a vývojovými úlohami. U dětí s mentálním postižením je potřeba počítat s odchylkami v psychosexuálním vývoji.²

Sexualita je velmi soukromou oblastí každého z nás. Je velmi individuální, co považujeme za vhodné a nevhodné. Realizace sexuality (i sexu) je natolik individuální, že je obtížné stanovit normu.³ Často nás ovlivňuje naše zkušenost z dětství, výchova, vliv naší historie, kultury či víry. Důležité je však dodržovat normy a pravidla společnosti či pravidla partnera/partnerky tak, abychom nezasahovali do práv druhého člověka.

Lidé se zdravotním postižením mnohdy modifikují svůj život v oblastech sexuality. Jejich potřeby či realizace přání v oblastech sexuality mohou být velmi odlišná. Proto bychom k tužbám a přáním v oblasti sexuality měli přistupovat s důstojností a respektem. Tolerovat, že někdo má jiné představy a přání než my. Sexualita je stejně hodnotnou součástí života u lidí s postižením. Existuje u nich, ale větší variabilita ve formách a potřebách, jak ji naplnit, než je tomu u zdravé populace.⁴

V roce 1997 na 13. Světovém sexuologickém kongresu byla vydána Deklarace sexuálních práv. Sexuální práva patří k univerzálním lidským právům založeným na

¹ Eisner P.; Venglářová M. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 2013, nakladatelství Portál. Str.18

² Mandžáková. S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. 2013, nakladatelství Portál, Str.7

³ Eisner P.; Venglářová M. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 2013, nakladatelství Portál. Str.18

⁴ Eisner P.; Venglářová M. a kol.: *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 2013, nakladatelství Portál. Str.19

osobní svobodě, důstojnosti a rovnosti všech. Jelikož zdraví představuje základní lidské právo, musí být i sexuální zdraví základním lidským právem. Mezi sexuální práva patří např. právo na sexuální svobodu, na autonomii, sexuální integritu, právo na soukromí sexuální život, sexuální rovnost, sexuální potěšení, právo na vyjádření sexuálních emocí a další.

Nenaplněná sexualita může vést k fyzickým a psychickým problémům. Lidé mohou být frustrovaní, depresivní, cítit úzkost či naopak agresi, která může být zaměřena vůči sobě či vůči druhým lidem. Nenaplněná sexualita může také vést ke snížení sebevědomí a negativnímu vztahu ke svému tělu. Skrz sexualitu se učíme poznávat svoje tělo a hranice svého těla.

Dovedete si představit svůj život bez prožívání sexuality, bez doteků a intimity?

Sexuální asistence jako možnost pro ty, co se jim nedaří naplňovat svoji sexualitu

V roce 2015 bylo proškoleny první 5 sexuálních asistentek. Tyto ženy prošly unikátním školením, které zorganizovala organizace Rozkoš bez Rizika (dále R-R), a to díky zahraničním partnerským organizacím SEHP a Insebe. Tyto organizace byly velkou inspirací a předaly nám jejich know-how a při zavádění sexuální asistence pro nás byly velkou oporou. Veškeré nejasnosti jsme s nimi konzultovali. Velkým přínosem pro nás také byla sexuální asistentka Nina de Vries, která působí v Německu a jejíž klientelou jsou lidé s mentálním postižením.

Během dvou let se nám podařilo službu zavést, a to počínaje napsáním projektu, získáním financí, proškolením sexuálních asistentek, zavedením odborné terminologie k tématu, sepsáním etického kodexu sexuální asistence, zavedením informačního webu k tématu, přeložením a publikováním zahraničních článků a natočením dvou videí. Dále jsme uspořádali první českou konferenci týkající se sexuální asistence a připravili školení k tématu pro pracovníky a pracovníce pomáhajících profesí. Téma sexuální asistence se objevilo snad ve všech českých médiích, ale psalo se o nás i v zahraničí, např. v Thajsku, Polsku, Rusku, Slovensku, Maďarsku, Chorvatsku atd. Velkým potěšením pro nás bylo získání mezinárodní ceny publika Sozial Marie za sociálně inovativní projekt. Tento projekt byl též vybrán mezi 30 nejlepších projektů z 280 soutěžících projektů z České republiky, Slovenska, Rakouska, Maďarska a Chorvatska.

Co je to vlastně sexuální asistence?

Sexuální asistence umožňuje lidem s hendikepem a seniorům/kám, kteří by mohli být úplně bez intimity, žít sexuální život. Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem s hendikepem, osobám s duševním postižením, seniorům, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou.⁵

⁵ <http://www.sexualniasistence.org/sex-asistence>

Jednou z našich lektorek kurzů zaměřených na sexualitu lidí s postižením byla Catherine Aghte Diserens. Je to švýcarská sexuoložka, prezidentka organizace SEHP (Sexualité et Handicaps Pluriels), která již dvanáct let pracuje v zařízeních pro osoby s hendikepem. I ona věří, že sexuální asistence je legitimní službou: „Pokud nemůžete masturbovat, jelikož vám neslouží paže, nebo se nemůžete pohnout či trpíte křečemi, jakým způsobem se můžete uspokojit? Jedinou cestou je pomoc někoho dalšího.“ říká.

Sexuální asistent/ka pomáhá jedincům, párům, ale i rodičům osob, které mají nějaké znevýhodnění či hendikep.

V České republice působí od roku 2016 pět proškolených sexuálních asistentek, které nabízejí své služby mužům i ženám. Tři sexuální asistentky pracují v Praze, jedna v Brně a jedna ve východních Čechách. Dojíždí i do dalších regionů.⁶

Do současné doby sexuální asistentky poskytly celkem cca 250 asistencí. Obrací se na ně lidé, kteří sami sexuální asistenci potřebují, organizace, které pracují s lidmi se zdravotním hendikepem či seniory/seniorkami a rodiny, které chtějí zprostředkovat služby někomu z blízkých osob.

Sexuální asistence není jen o sexuálním styku, ale o dotecích, intimitě, společné nahotě, masážích, objímání, edukaci atd. Vychází z myšlenky, že lidé s postižením mají sexuální potřeby stejné jako lidé bez postižení, ale není v jejich silách je uspokojit.

Sexuální asistence nemusí vyhovovat všem. Je určena těm, kteří o ni mají zájem. Není řešením, ale je možností, jak naplnit své sexuální potřeby, jak si zvýšit sebevědomí, jak si s někým povídat a nestydět se mluvit o svém těle, vztahu k němu, o svých sexuálních fantaziích, či zažít intimitu, dotek nebo společnou nahotu či se naučit, jak vztah v osobním životě navázat.

Službu sexuální asistence mohou zprostředkovat i organizace či jednotlivci a neporušují tím platné právní předpisy. Jak to udělat?

Lidé z pomáhajících profesí sdělí klientovi či klientce to, že existuje seznam osob, které poskytují sexuální asistenci a které prošly specializovaným školením. Mohou říci, že tento seznam je veřejný a je zveřejněn na stránkách www.sexualniasistence.cz. Klient či klientka si ze seznamu sami vyberou sexuální asistentku. Rozhodne se tedy klient či klientka sám. Potom tedy klient či klientka požádá svého pracovníka/pracovnici, v čem potřebuje pomoci a specifikuje rozsah spolupráce.⁷

⁶ <http://www.freya.live/cs/znate-nas-medii>

⁷ Celé vyjádření advokátky m. Houžvové najdete zde: <http://rozkosbezrizika.cz/rozhovor-lucie-sidova-o-dvou-letech-projektu-pravo-na-sex-a-zavedeni-sexualni-asistence-v-cr>

„Sociální pracovník/pracovnice tedy nikoho nezjednává, nenajímá, jen klientovi sděluje, že někteří sexuální asistenti byli speciálně proškoleni (což může znamenat vyšší kvalitu služeb, které klient poptává) a jejich seznam je veřejně dostupný," říká advokátka Martina Houžvová.

Sexuální asistence je služba, která funguje již delší dobu v zahraničí, např. v Německu, Švýcarsku, Rakousku, Holandsku, Francii, Belgii atd.

O rozvoj sexuální asistence se zasloužil tým pracovníků Rozkoše bez Rizika, který nyní založil organizaci Freya a téma dál rozvíjí. www.freya.live

Název: Práce s normami standardizovaných testů při hodnocení funkce horních končetin

Autor: Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Při práci ergoterapeuta využíváme řadu standardizovaných hodnocení, která mají přesně daný postup testování pacienta. Následovat manuál bývá pak spíše otázkou cviku a výsledek např. ve formě času, za který pacient zvládne úkol provést, nebo počet kolíčků umístěných do testovací desky získáme velmi snadno. Co nám ale tento výsledek opravdu řekne a jak správně porovnat výsledek výkonu našeho pacienta s nabízenými normativními daty? Z vlastní zkušenosti vím, jak může být problematické získaný výsledek testu zhodnotit – zvládl pacient úkol dostatečně rychle, nebo už výsledek svědčí o poruše? Originální manuály často práci s normami pouze nastiňují a snad autoři předpokládají, že terapeut ví, co je to percentilový graf, průměr a směrodatná odchylka a jak s těmito údaji pracovat. Práce s normou opravdu není tak složitá a dnes nám to může navíc usnadnit počítač, kdy do připravené tabulky zadáme vzoreček, který nám spočítá, jak na tom náš pacient ve vztahu k normám je. Výsledek pak může být ve formě tzv. skóre směrodatné odchylky (SDS). Toto skóre nám říká, zda je pacientův výsledek v normě, nebo už ne. Základní vzorec pro výpočet SDS je následující: **SDS = x (naměřený parametr) – $\bar{X}$ (průměrná hodnota normativního souboru) / S.d. (směrodatná odchylka normativního souboru)**. Vzorec je takto nastaven pro hodnoty, kdy předpokládáme, že čím vyšší hodnota je, tím lepší je výsledek (např. počet kolíčků přemístěných za 30 sekund). Je ale nutné vzorec upravit např. pro měření rychlosti provedení úkolu, kde naopak čím kratší je naměřený čas, tím je funkce ruky lepší. Zjednodušeně řečeno, výsledek, který se pohybuje v rozmezí -2 až +2, je považován za normální. Pokud je výsledné SDS menší než -2, nebo naopak větší než +2, pohybují se pacientovy naměřené hodnoty mimo normu. Z klinického hlediska nás nejvíce zajímá, pokud je výsledek v minusových hodnotách, protože to znamená, že pacient je např. významně pomalejší, nebo má významně menší sílu stisku, než zdravé osoby stejného pohlaví a věku. Podobně můžeme pracovat s percentilovými grafy, které nám některé testy také nabízí. Takováto práce s normami může zpřesnit naši interpretaci výsledku testování a může sloužit také k výzkumným účelům, nebo např. při ergodiagnostice. Má ovšem také svoje úskalí (zastaralé normy, nebo chybějící normy pro českou populaci) a použití nemusí být z klinického pohledu vždy smysluplné, zvláště u pacientů s těžší formou postižení. Většina testů však toto zpracování výsledků umožňuje. Všimla jsem si, že v současné praxi nám při používání standardizovaných hodnocení chybí právě tento poslední krok, abychom lépe interpretovali a pochopili výkon pacienta ve vztahu ke zdravé populaci. Cílem příspěvku je tedy přiblížit postup, jak můžeme s normami ve své praxi pracovat.

Název: **Fenomén flow v kontextu kognitivního trénování**

Autor: Mgr. Tereza Váňová

Trénování kognitivních funkcí získává v posledních letech čím dál více pozornosti jak u odborníků, tak u široké veřejnosti. Trénink paměti, pozornosti, představivosti nebo exekutivních funkcí se hojně zavádí v nemocnicích, domovech seniorů nebo knihovnách. Roste také počet publikací věnujících se tomuto tématu, ať už z praktického nebo teoretického hlediska. Zásahu na tomto boomu má nejen vzrůstající vědomí o fungování mozku nebo trend všeobecné prevence, ale také poněkud neblahé prognózy, které předkládá například *Alzheimer's Disease International*: do roku 2050 se totiž celosvětový výskyt demence ztrojnásobí.

Boj s neurodegenerativním onemocněním přitom není tak marný, jak by se mohlo zdát. Výzkumy dokazují, že k zachování zdravých duševních procesů napomáhá častý a kvalitní sociální kontakt, učení se novým dovednostem (například cizí jazyk nebo hra na hudební nástroj) a právě kognitivní trénink, což není nic jiného, než aktivita výrazně stimulující mozek.

Pozitivní je také fakt, že výše zmíněná trojice preventivních aktivit může přinášet radost a otevřít možnosti k dalšímu duševnímu rozvoji. Zde se dostáváme k druhé části přednášky – k fenoménu *flow*, který se dá přeložit jako *plynutí*. Při stavu flow zažíváme štěstí, ztrácíme pojem o čase a o sobě samých a mnohdy dosahujeme výjimečných výsledků.

Podarí-li se do každodenního života zahrnout stimulaci mozku, při které zároveň zažíváme stavy flow, působení tréninku se umocňuje a získáváme tak mocný nástroj v boji proti pozdějšímu úpadku kognitivních funkcí.

Název: Trénink kognitivních funkcí v ergoterapii po poškození mozku

Autor: PhDr. Ilona Zahradnická

Pracoviště: Katedra fyzioterapie a ergoterapie ZSF ZČU Plzeň

Souhrn

Poškození mozku zanechává dlouhodobé nebo trvalé následky. Výzkum posledních desetiletí ukázal nutnost spojení senzomotorické rehabilitace s rehabilitací kognitivní. Poznatky o neuroplasticitě změnily pohled na terapii senzomotorických a kognitivních funkcí. Trénink kognitivních funkcí je důležitou součástí komplexní rehabilitační péče, pomáhá znovuzařazení do běžného života a k obnově schopností snížených onemocněním. Cílem tréninku je zlepšit zvládat každodenní činnosti. Ergoterapie pracuje s poruchami kognitivních funkcí nejčastěji v kontextu provádění všedních denních aktivit. U některých pacientů se schopnost vykonávat každodenní činnosti vrací spontánně, ve většině případů při poruše kognitivních a senzomotorických funkcí je nutné každodenní aktivity nacvičovat, spolu s tréninkem kognitivních funkcí. V ergoterapii se nejčastěji cvičí paměť, koncentrace, pozornost, vizuálně prostorová orientace, řečové funkce a logické myšlení. K tréninku se využívá metoda tužka – papír, speciální hry nebo počítačový program Happyneuron.

Summary

The brain lesion is able to leave long or permanent aftermath. Research in last decades showed that there's a necessity of connection between sensomotoric rehabilitation and the cognitive one. The knowledge of neuroplasticity have changed the view of the therapy of sensomotoric and cognitive functions. Cognitive rehabilitation is an important part of comprehensive care. It has helped the resettlement to the normal daily life, recovery the abilities which were decreased by the disorder. And sure it can help to get better the quality of life. Most often occupational therapy works with disorders of cognitive functions by daily activities. The ability of exercising these activities can come spontaneously. But by the most of patients there's necessary practise daily activities. Combination of both-sensomotoric

and cognitive methods- seems like the best way of rehabilitation. In occupational therapy there's especially rehearsed memory, concentration, attention, spatial orientation, speech and logical thought. It's used some kinds of methods, usually the method 'pencil-paper', special games or computer programme 'Happyneuron'.

Klíčová slova: Kognitivní rehabilitace, kognitivní funkce, ergoterapie, všední denní aktivity, Happyneuron

Key words: cognitive rehabilitation, cognitive functions, occupational therapy, daily activities, Happyneuron

Úvod

Proces rehabilitace po poškození mozku je dlouhý, pokroky nekončí po dvou letech, ale někteří dělají pokroky po pěti i deseti letech (Powell, 2010). Výzkumy ukazují, že fyzická omezení představují problém, ale nejsou pro pacienta, rodinu a ošetřovatele tak stresující, jako kognitivní a emoční obtíže nebo problémové chování. Kognitivní rehabilitace je v úzkém sepětí s psychoterapií a socioterapií a přispívá u pacientů k obnovení schopností, které byly onemocněním sníženy a znemožnily tak plnohodnotně se zapojit do reálného života ve společnosti. Cílem je zlepšení kvality života, posílení víry ve schopnosti pacienta při zvládání samotného života ve společnosti. Tomu napomáhá ergoterapie, která nácvikem kognitivních funkcí může usnadnit provádění každodenních aktivit pacientů po poškození mozku. Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti ve všedních denních aktivitách (ADL), a to jak v sebeoblužných činnostech, tak činnostech týkajících se domácího, pracovního a sociálního prostředí (Krivošíková, 2011). Jako terapeutického prostředku využívá ergoterapie smysluplné činnosti, které podporují fyzické, mentální funkce a celkovou pohodu a přispívají k návratu k plnohodnotnému životu. Trénink kognitivních funkcí v ergoterapii využívá metody tužka – papír, speciální hry, provádí výcvik jemné motoriky a používá počítačového programu Happyneuron. Cílem je restituce kognitivních funkcí, kompenzace poruch naučením novým kompenzačním strategiím a podpora vyrovnání se s deficitem jako základ pro realistické plánování budoucnosti.

Současný stav řešené problematiky

Kognitivní funkce

Mozek, který je sídlem kognitivních schopností, je výjimečným orgánem nejen pro své funkce, ale i pro svou schopnost neuroplasticity. Dříve se mozek pokládal za plastický pouze do určitého věku. Soudilo se, že mozkové buňky poté pouze odumírají a nové se již nevytváří. Tento názor je již překonán. Neuroplasticita mozku člověka je tak vysoká, že dokáže produkovat nové buňky a nová spojení mezi neurony po celý život. Při poranění mozku nebo při patologickém procesu, je mozek schopen do určité míry nahradit chybějící schopnost v poškozené části mozku zapojením jiné, nepoškozené oblasti (Kludská et al., 2009). Hlavním cílem využití neuroplasticity je maximalizace pozitivního vlivu kognitivního tréninku v různých oblastech života a hlavně smysluplnost využití takto prováděných aktivit ve skutečném životě (Kulišťák, 2011). Kognitivní funkce jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky, jejich centra jsou uložena v různých částech mozku. Obsahují všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se měnícím podmínkám prostředí. Prostřednictvím kognitivních funkcí člověk vnímá svět kolem sebe, jedná, reaguje a zvládá různé úkoly. Kromě paměti zahrnují i koncentraci, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení, schopnost pochopení informací a prostorovou orientaci. K exekutivním funkcím se řadí schopnost posuzování a řešení problémů, plánování a organizování (Krivošíková, 2006). Kognitivní systém je ucelenou strukturou, jednotlivé funkce na sebe navazují, jsou vzájemně propojeny a jedna bez druhé nemohou samostatně fungovat (Krivošíková, 2006). Nejčastěji a nejlépe klinicky ověřená účinnost tréninku kognitivních funkcí je u poruch pozornosti. U klinicky kontrolovaných studií se pozitivní účinky v testu pozornosti prokazují běžně po 6 a po 12 měsících po skončení tréninku (Gani et al., 2008). Enriques - Geppert (2013) prokazuje význam kognitivní rehabilitace v procesu přenášení pozornosti mezi různými úlohami a zlepšení výkonu při řešení dvou úloh současně. Zlepšení výkonu se netýká pouze specifických úloh, které se nacvičují během tréninkových sezení, ale efekt neurotréninku můžeme generalizovat i na jakékoli jiné úkoly a situace, které aktivují příslušné kognitivní procesy, které byly trénované (Enriquez – Geppert, 2013).

Kognitivní deficity a jejich dopad na provádění každodenních aktivit

Kognitivní procesy umožňují smysluplně vnímat vnější a vnitřní svět, proto deficity v oblasti kognitivních funkcí se projeví problémy v běžném životě. Čím jsou kognitivní deficity vážnější, tím menší je pravděpodobnost návratu k nezávislému způsobu života. Ovlivňují schopnost člověka žít nezávislý život a udržet si zaměstnání. I když je jedinec po poranění mozku schopen zvládat aktivity běžného života po fyzické stránce, může se v důsledku poruch kognitivních funkcí dostat do nebezpečných a riskantních situací (Malia, 2010). Osoby s kognitivním deficitem jsou schopni zvládat každodenní úkoly za předpokladu, že okolnosti zůstávají neměnné. Nejsou schopni zvládat vybočení z každodenní rutiny. Poruchy kognitivních funkcí způsobují velké problémy v provádění běžných denních činností a omezují participaci postiženého člověka ve všech aspektech jeho života. U pacientů po poškození mozku jsou denní rutiny nevyhnutelné pro provádění denních činností a jsou i často zapomenuty. Pacienti mají problémy s vykonáváním dříve zautomatizovaných pohybů a s plánováním běžných činností. Běžné aktivity potom znamenají nepřekonatelný problém pro pacienta, ale i pro jeho rodinu nebo pro pečovatele (Krivošíková, 2006). Kognitivní deficity způsobují poruchy základních dovedností. Jedná o základní činnosti jako je mytí, oblékání, základní hygiena, domácí práce, manipulace s penězi apod. Každá běžná činnost má rozdílné kognitivní požadavky a rozdílné kognitivní strategie. Při většině aktivit musí být jednotlivé úkony vykonávány v určitém pořadí a musí být použit úsudek k určení ukončení činnosti. Provádění základních dovedností a běžných aktivit vyžaduje plánování. Plánování aktivity musí být spojeno se znalostí používání předmětů a jejich funkce (Krivošíková, 2006). Při postižení kognitivních funkcí může docházet ke špatnému spojení předmětu a úkonu, je nutné změnit sled motorických pohybů, přizpůsobit plán akce a zvolit kompenzační strategie. Pacienti proto mají problém přenést naučenou činnost do jiného prostředí, například domácího prostředí. Při poškození mozku se setkáváme s poruchou iniciace činnosti, pohyb nebo jednoduchou činnost je možno vyvolat pomocí verbálního, vizuálního nebo taktilního vedení. Poruchy pozornosti ovlivňují ostatní kognitivní funkce, především je problém s neschopností zaměřit pozornost na určitou činnost a přesunout pozornost z jedné aktivity na druhou aktivitu. Úkoly, které dříve vyžadovaly soustředění, jsou

neproveditelné a ty co byly automatické, vyžadují vědomou kontrolu pozornosti (Krivošíková, 2006). Poruchy pozornosti patří k nejčastějším deficitům u pacientů s poškozením mozku. Klinické studie ukazují korelaci pozornosti s ostatními kognitivními funkcemi. Prokazují důležitost výcviku pozornosti. Hlavním problémem je učení se novým způsobům provádění činnosti pro poruchy paměti. Paměť je velmi těsně spojena s procesem učení a umožňuje nám adaptovat se na neustále se měnící podmínky prostředí (Vágnerová, 2004). Poruchy paměti způsobují problémy naučit se provádět každodenní činnosti jiným způsobem, než na které byl pacient zvyklý před onemocněním. U komplexně postiženého pacienta nemá smysl začínat s tréninkem paměti, protože v této oblasti je úspěšnost terapie velmi malá. Více úspěchů slibuje trénink konkrétních, ihned využitelných, každodenních činností (Lippertová, 2005). Dalším problémem v provádění běžných činností jsou percepční funkce. Porucha percepčních funkcí způsobuje problémy s vybráním předmětů, jestliže leží mezi ostatními, např. vyndání příboru z příborníku nebo vybrání části oblečení ležící na posteli (Krivošíková, 2006). Porucha zrakově prostorových funkcí má negativní dopad na každodenní fungování člověka. Může činit obtíže při řízení auta, psaní nebo při orientaci v nákupním středisku (Kludská et al., 2009). Narušením zrakově prostorových schopností dochází také ke zhoršení manuálních dovedností. Porucha myšlení se výrazně odráží v poruše řazení jednotlivých kroků v činnosti, dále se projevuje poruchou abstraktního myšlení nebo prostorové představivosti, kdy pacient není schopen kopírovat dvojrozměrné nebo trojrozměrné obrázky (Kulišťák, 2003; Faktorová, 2011). Zhoršený úsudek se projevuje neschopností naplánovat postup činnosti nebo v neschopnosti odhadnout důsledky svého jednání. Exekutivní funkce jsou nepostradatelné pro samostatné provádění smysluplných úkolů. Pokud jsou neporušené, jedná člověk nezávisle a produktivně. Porucha exekutivních funkcí postihuje veškeré chování, pacient ztrácí náhled, motivaci, veškeré kompetence a sociální autonomii (Krivošíková, 2011).

Apraxie

U pacientů po poškození mozku je problémem tzv. vizuokonstrukční apraxie. Jedním z druhů vizuokonstrukční apraxie je tzv. „dressing apraxie“, neboli neschopnost se obléknout (Fanfrdlová, 2006). Tyto osoby nejsou schopny

zkoordinovat a uspořádat jednotlivé pohyby a to i přesto, že jednotlivé motorické i senzorické schopnosti jsou u nich zachovány (Kludská et al., 2009). Apraxie může ovlivnit schopnost pacientů znovu se naučit oblékat, protože mají sníženou schopnost naučit se novým kompenzačním strategiím. Apraxie je častý problém po poškození mozku, který spočívá v tom, že pacient není schopen pochopit příkaz jako pojem, zahájit a vykonat sled pohybů, není schopen vědomě spojit dohromady jednotlivé pohyby. Pacient například neprovede flexi v loketním kloubu, ale je schopen automaticky flektovat ruku při požádání, aby se podíval na hodinky. Není schopen zopakovat gesta jako při salutování, úmyslné dotýkání palce ukazováčkem nebo není schopen navlékání kalhot, oblékání trika, zavazování kravaty. Ví, co má udělat, ale nemůže to provést (Powell, 2010). Provádění každodenních aktivit je neobratné, s prodloužením času výkonu nebo zaměněním předmětů. Nepřesným a nekoordinovaným prováděním pohybů je ovlivněno motorické učení.

Trénink praktických činností u kognitivních poruch

V ergoterapii platí, že nemá smysl procvičovat kognitivní funkce a učit strategie, pokud je pacient nedokáže aplikovat v běžných situacích. Úspěšnost tréninku kognitivních funkcí nepoměřujeme na základě zlepšení výkonu ve vyšetření, ale na základě schopnosti jedince fungovat v reálném životě. Využití praktické činnosti nemůžeme vykonávat samoučelně, je léčebným prostředkem. Důležité je praktickou činnost strukturovat, tzn. rozdělit ji na menší složky nebo fáze. Nácvik je potom zaměřen na jednotlivé fáze činnosti. Praktická činnost je strukturována a využita ke zlepšení úrovně kognitivních schopností (Malia, 2010). Využití praktické činnosti k léčbě kognitivních poruch je závislé na analýze aktivity, to znamená rozložení praktické činnosti na jednotlivé komponenty. K tréninku kognitivních funkcí jsou vybírány aktivity z každé oblasti každodenního života, se kterými je každá osoba běžně konfrontována. Oblasti se týkají osobní hygieny, domácích prací, sportů, osobních zájmů, vzdělávání, osobních i společenských vztahů. V ergoterapii se využívají metody a přístupy v závislosti na fyzických a kognitivních schopnostech pacienta a na stylu jeho učení. Při poruše percepce, paměti a pozornosti pacient potřebuje konkrétní návod, jak činnost provést. Zpočátku se procvičuje pouze několik sekvencí nebo kroků činnosti, trénink probíhá ve stejnou dobu a se stejným

terapeutem, verbální instrukce se kombinují s fyzickou asistencí a taktilně kinestetickým vedením. Zpočátku je nutné opakovat jeden postup repetitivně se slovními nebo vizuálními nápovědami před sebou, například jsou napsané na tabuli. Když je pacient schopen projít jednotlivými fázemi, složky se můžou spojit, takže počet kroků klesá. Po zvládnutí dílčích kroků je možno nacvičovat danou aktivitu jako celek (tab. 1). Současné klinické studie prokazují, že repetitivním tréninkem stejného pohybu ruky a prstů lze dosáhnout rychlejšího a efektivnějšího zlepšení motorických funkcí, platí i pro kombinovaný trénink motorických a senzitivních funkcí (Lippertová, 2009). Tohoto poznatku lze využít při výcviku soběstačnosti v každodenních činnostech.

Deset kroků	Tři kroky
Naplnit konvici	
Zapnout konvici	Dát vařit vodu
Přinést šálek	
Dát do šálku čajový sáček	
Zalít sáček vroucí vodou	Připravit šálek
Nechat jednu minutu vyluhovat	
Vyjmout sáček	
Dát do šálku cukr	Přidat cukr
Zamíchat	

Tab. 1: Vaření čaje (Powell, 2010)

Trénink kompenzačních strategií

Pokud se nedaří zlepšit úroveň kognitivních funkcí pomocí tréninku kognitivních procesů, je nutné naučit pacienta problém kompenzovat (Malia, 2010). Vnitřní strategie vytváří pacienti sami, jedná se o mnemotechnické pomůcky, aktivní rozpomínání, vizualizaci. Využití vnějších strategií (diář, poznámkový blok, seznamy, kalendář, budík) je jednodušší než v případě vnitřních strategií, neboť jejich využití neklade takové nároky na kognitivní kapacitu, jako je to u strategií vnitřních. Cílem je menší dopad na provádění každodenních aktivit, i když se tím problémy s kognitivními funkcemi neodstraní. Výhody tréninku kompenzačních strategií spočívají v doplnění tréninku kognitivních procesů. Trénink kognitivních procesů se zaměřuje na vytvoření nových drah v mozku nebo neuronálních sítí na základě neuroplasticity za účelem obnovení kognitivních schopností. Pokud nedojde k obnově kognitivních procesů, kompenzační strategie zmírňují dopad situace v reálném životě.

Náplň kognitivní rehabilitace v ergoterapii

Cílem kognitivní rehabilitace je restituce kognitivních funkcí, kompenzace poruch naučením nových strategií a podpora duševního vyrovnaní se s deficitem jako základ pro realistické plánování dalšího života (Lippertová, 2005). Základem kognitivní rehabilitace je vyšetření, podrobné psychodiagnostické vyšetření provádí psycholog, ergoterapie využívá k posouzení poruchy kognitivních funkcí Montrealský kognitivní test (MoCA), Addenbrookský kognitivní test (ACE – CZ), Lowensteinské ergoterapeutické hodnocení kognitivních funkcí (LOTCA), hrubý screening poskytuje Mini mental state examination (MMSE). Hlavní náplní kognitivní rehabilitace v ergoterapii je edukace zaměřená na slabé a silné stránky jedince, rozvoj schopností pomocí tréninku nebo procvičování základních kognitivních dovedností, trénování kognitivních funkcí prostřednictvím každodenní konkrétní činnosti s jednoduchým obsahem, jako je oblékání, hygiena, nakupování, manipulace s penězi, vaření čaje apod. Kognitivní funkce lze v ergoterapii nacvičovat pomocí metody tužka a papír nebo pomocí technik cvičení mozku jako jsou mentální hry, multitasking, hledání slov, učení se novým věcem, meditace a kreativní techniky. Ke kognitivnímu tréninku je dále možno v ergoterapii využívat řadu společenských a stolních her. V přístupu zdola – nahoru je cílem tréninku obnova funkcí zlepšením specifické kognitivní funkce, vhodné je začít nácvikem elementární funkcí a postupně se propracovávat ke

složitějším celkům, naopak v přístupu shora – dolů jde o nácvik komplexní činnosti s dopadem na samostatnou kognitivní funkci. Trénink kompenzačních strategií je zaměřen na přizpůsobení se kognitivnímu deficitu pomocí vnějších a vnitřních strategií. K tomu slouží mnemotechnické pomůcky, strukturované poznámky, elektronické diáře apod. Do kognitivního tréninku u pacientů s poškozením mozku patří i smyslová stimulace zraku, sluchu, čichu, chutě a hmatu, rozvoj taktilních schopností, jemné motoriky a grafomotoriky.

Výcvik kognitivních funkcí pomocí počítačového programu Happyneuronu

Moderní kognitivní rehabilitace kognitivní trénink provádí pomocí počítačových programů, i když v klinických studiích nebylo prokázáno žádné jednoznačné zvýhodnění oproti standardní terapii (Lippertová, 2005). Přesto má trénink kognitivních funkcí pomocí počítačového programu řadu výhod. Pacient může ovlivnit časový průběh, měnit stupeň obtížnosti a může obdržet zpětnou informaci o svých schopnostech (Lippertová, 2005). Na jaře roku 2010 se na trhu objevil v české mutaci francouzský program pro trénink kognitivních funkcí HAPPYneuron Brain Jogging, který je určen nejen odborníkům, ale i laické veřejnosti. Jedná se o soubor dvaceti cvičení, které tvoří základní sestavu k tréninku pozornosti, paměti, vizuálně prostorové orientace, exekutivních funkcí a funkcí řečových. Použití počítačových programů má také svoje nevýhody jako je absence studií prokazující efekt aktivity v každodenním životě a možnost úpadku motivace při absenci kontaktu s terapeutem. Happyneuron poskytuje intenzivní trénink kognitivních funkcí, ale i diagnostiku a kontrolu výsledků tréninku. Výsledky terapie jsou závislé na počtu odehraných cvičení, s vyšším počtem odehraných her dochází i k vyšší úspěšnosti při rozvoji paměti, pozornosti, slovní zásoby, logického myšlení a vizuálně prostorové orientace. Optimální je trénovat tři krát týdně jednu hodinu po dobu třech měsíců. Výhodou je možnost navolení obtížnosti cvičení, zhodnocení chyb včetně nabídky strategie cvičení, aby bylo dosaženo co nejlepšího skóre. Práce s Happyneuronem převyšuje běžnou duševní aktivitu, je víc než běžná mentální činnost. Každé nové cvičení je generováno jako originál. Poskytuje možnost domácího cvičení s plněním tréninkového plánu. Software vyhodnocuje výsledky a porovnává je s profilem světové populace se stejným profilem, tedy s osobami stejného věku a vzdělání.

Každý uživatel má trvalý přehled o svých výsledcích a průběžně dostává rady, jak pokračovat, aby jeho výsledky byly co nejlepší. Výhoda využívání Happyneuronu v kognitivní rehabilitaci spočívá v určení schopností, které chceme zlepšit, výběr vhodného cvičení, analýza činnosti, odstupňování obtížnosti cvičení, stanovení realistického cíle, monitorování pokroků a následné přizpůsobení aktivit a vyhodnocování výsledků. U programu Happyneuron nacházíme velký počet úkolů, u nichž se dá očekávat efekt přenosu výkonu do jiné oblasti tréninku. Nabytá zlepšení výkonnosti jsou převedena i na jiné, netrénované úkoly. Výzkumy dokazují, že pravidelným tréninkem pomocí Happyneuronu se ovlivňuje rychlost motorického výkonu včetně chůze, zlepšuje se orientace v tělovém schématu i v prostředí. Program Happyneuron poskytuje individuální zpětnou vazbu pomocí vysvětlivek a informací, a tak posiluje motivaci. Ačkoliv je program na trhu od roku 2010, dosud bylo k ověření jeho efektivnosti provedeno málo studií. Croisile (2007) uvádí, že po odehraných 425 hrách se uživatel zlepšil o 14% v paměti a o 20% v jazykových schopnostech. Celkové zlepšení všech pěti uváděných funkcí (pozornosti, paměti, vizuálně prostorové orientace, exekutivních funkcí a funkcí řečových) bylo zaznamenáno 15,6 %.

Kazuistika

Pacient, 51 let, st. p. subarachnoideálním krvácením z aneurysmatu (12/2011), ACA bilat., s klinickou spastickou kvadruparézou, organický psychosyndrom, po ventriculoperitoneální drenáži. Současný stav – pacient imobilní, 4 roky po subarachnoideálním krvácení z aneurysmatu, vyžadující 24 hodinovou péči, v domácím prostředí, dolní končetiny a levá horní končetina bez aktivního pohybu, dominuje spasticita levé horní končetiny s pevným sevřením ruky v pěst s archetypem držení palce, semiflekční postavení loketního kloubu s pronací předloktí pro spasticitu m. biceps brachii a pronátorů předloktí, pravou ruku uvolňuje pro úchop předmětů, schopen aktivní flexe v pravém ramenním kloubu, ale v každodenních činnostech ji pro výraznou apraxii neuplatňuje, občas ji zapojuje do oblékání, při přesunech nespolupracuje, na vozíku pasivní, kromě jedení a úchopu plyšových hraček, jiné předměty pravou rukou neuchopuje, samostatně se nají lžící s kompenzačními pomůckami, nespolupracuje při otáčení na boky, sed pasivní,

možný pouze s velkou asistencí. Kognitivní funkce – porušena krátkodobá paměť, pozornost, koncentrace, exekutivní funkce – motivace plánování činnosti a plánování pohybu, seberegulace, vůle, chování ovlivněno projevy organického psychosyndromu, sociální odbržděnost, vulgarismy, silné stránky – snaha o vyhovění manželce, slabé stránky – nedostatečná motivace, vůle, nedostatečná fyzická a psychická vytiženost. Program rehabilitace – denně cvičen v domácím prostředí (posazování, vertikalizace, Motomed), 1x týdně terapie Vojtovou metodou, 1x měsíčně lymfodrenáž, akupunktura, 1x za 14 dní prováděna klinickým psychologem psychoterapie. Kognitivní rehabilitace prováděna prostřednictvím programu Happyneuron od března 2015 do května 2015. Terapie zaměřena na ovládání myši pravou rukou a ovládání programu, na stimulaci paměti, cvičení pozornosti (vše na úrovni obtížnosti 1), nácvik kompenzačních strategií při tréninku paměti, postupně prováděn trénink verbálních funkcí, vizuoprostorové orientace a trénink počítání. Výsledky kognitivní terapie po 3 měsících – odehrál 40 cvičení na paměť, koncentraci, vizuálně prostorovou orientaci, logické myšlení a řeč. Hry prováděl za asistence rodiny nebo terapeuta. Dosáhl celkového indexu kognitivní výkonnosti 476 (IKV – 476), průměr indexu kognitivní výkonnosti je 500 (IKV – 500), paměť – IKV 180, koncentrace IKV – 310, řeč – IKV 820, logické myšlení – IKV 700, vizuálně prostorová orientace – IKV 380 (graf 1). Závěr – stále přetrvává výrazný deficit v oblasti krátkodobé paměti, schopen ovládat myš, využívání kompenzačních strategií pro trénink paměti, zlepšen úchop předmětu pravou rukou, schopen izolovaného pohybu ukazováku pravé ruky, lépe uvolňuje předměty z úchopu, k výraznému zlepšení pohybových funkcí nedošlo, pacient stále imobilní, ve všech oblastech ADL závislý na asistenci, kognitivním tréninkem zlepšena řeč, mluví v souvislých celcích, schopen vést smysluplný dialog, více zapojuje pravou ruku do úchopu a pravou horní končetinu do každodenních aktivit. Využití programu Happyneuron bylo velkým překvapením pro rodinu a motivací pro pokračování v náročné péči v domácím prostředí. Dosud pacient nebyl schopen ovládat myš a provádět jakoukoli činnost na počítači, neuměl ovládat internet, nebyl schopen číst články. I přes přetrvávající výrazný deficit v oblasti krátkodobé paměti podle výsledků tréninku bylo využití počítačového programu Happyneuron pro rodinu úlevou, že se dál stav po 4 letech lepší a pro pacienta byl potvrzením vlastních schopností a podporou role v rodině.

Graf 1 Celková kognitivní výkonnost

Diskuze

Happyneuron přes všechna uvedená pozitiva je nutno využívat cíleně pro kraniotraumata a cévní mozkové příhody. Je sice možno navolit obtížnost cvičení, ale není možno zpomalit rychlost výkonu při tréninku paměti a pozornosti. Někteří pacienti nezvládají úkony nejen pro kognitivní deficit, ale i pro motorickou nedostatečnost a vyžadují velkou asistenci ze strany terapeuta. Dalším problémem využívání počítačových programů je malá generalizace (přenesení naučeného) do běžných denních aktivit a zlepšení kvality života v domácím prostředí prostřednictvím samostatného provádění každodenních činností. Vzhledem k velké variabilitě navolení tréninku v pěti kognitivních oblastech je u pacientů s poruchou mozku doporučován trénink pozornosti a paměti, neboť se prokazuje význam kognitivní rehabilitace v procesu přenášení pozornosti mezi různými úlohami.

Závěr

I přes uvedené připomínky je práce s Happyneuronem v ergoterapii přínosem pro osoby s narušením kognitivních funkcí v důsledku poškození mozku různé etiologie. Počítačový program je moderním způsobem nácviku kognitivních funkcí hlavně u mladších věkových skupin pacientů s výrazným senzomotorickým a kognitivním deficitem, kteří byli zvyklí s moderními komunikačními technologiemi pracovat.

Použitá literatura

CROISILE, B. – MINER, D. – BÉLIER, S. – NOIR, M. – TARPIN – BERNARD, F. 2007. *Cognitive Training Improves Cognitive Performance*. In Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Lyon [cit. 2015-06-25]. Dostupné z internetu: <http://www.happyneuron.com/science/brain-science-research>>.

ENRIQUEZ – GEPPERT, S. – HUSTER, R. J. – HERRMANN, CH. S. 2013. Boosting brain functions: Improving executive functions with behavioral training, neurostimulation and

neurofeedback. In International Journal of Clinical of Psychophysiology, 88(1), pp 1-16 [cit. 2015-06-25]. Dostupné na internetu: <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23415793>>.

FANFRDLOVÁ, Z. 2006. Kognitivní deficit u Alzheimerovy demence. In *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0843-4, s. 123 – 175.

GANI, C. – BIRBAUMER, N. – STREHL, U. 2008. Long term effects after feedback of slow cortical potentials of theta – beta – amplitudes in children with attention – deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). In International Journal of Bioelectromagnetism [online]. 2008, Vol. 10, No 4, pp 209 – 232 [cit. 2015-06-25]. Dostupné na internetu: <<http://ijbem.org/volume10/number4100402.pdf>>.

KLUDSKÁ, J. – VOLFOVÁ, P. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2006. Ergoterapie u pacientů s poškozením mozku. In *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0843-4, s.341 – 353.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KULIŠŤÁK, P. 2011. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2011. 384 s. ISBN 978-80-7367-891-3.

LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ. M. 2009. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén. 2009. 148 s. ISBN 978-80-7262-569-7.

LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, M. 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

MALIA, K. – BRANNAGAN, A. 2010. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*. Praktická příručka pro každého. Praha: Cerebrum, 2010. 414 s. ISBN 978-80-904357-3-5.

POWELL, T. 2010. *Poškození mozku*. Praha: Portál, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

GENERÁLNÍ PARTNER:

BTL zdravotnická technika, a.s.: Kontakt: Makovského náměstí 2, 616 00 Brno, www.btl.cz



HLAVNÍ PARTNEŘI:

DMA Praha, s.r.o.: Kontakt: U Dálnice 207, 251 63 Kunice, www.dmapraha.cz



Sharex Medical, spol. s.r.o.: Kontakt: Moyzesova 34, 040 01 Košice, www.sharex.sk



PARTNEŘI:

3lobit, o. z.: Kontakt: Račianska 71, 831 02 Bratislava, www.3lobit.sk



SEKO system s.r.o.: Kontakt: Václavská 11/2027, 709 00 Ostrava Mar.Hory, www.sekosystem.cz



Saebo: Kontakt: FiveSteps, s.r.o., Brdlíkova 284/1a, Praha 5, 150 00, <http://saebo.cz/>





**Sborník příspěvků z 29. Celostátní odborné konference České asociace
ergoterapeutů**

Vydává ČAE ČR, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

e-mail: info@ergoterapie.org

IČO: 62348451

ISBN 978-80-905252-5-2