

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Marianna Vavříková

Možnosti ergoterapeutické intervence v domácím prostředí u dětí s
kombinovaným postižením od narození do sedmi let

Problematika z pohledu rodičů a ergoterapeutů

*The possibilities of home intervention by occupational therapy for children with special
needs from birth to seven years*

Issues from point of view of parents and occupational therapists

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Veronika Vítová
Praha, 2015

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Veronice Vítové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutkám, rodinám dětí se speciálními potřebami a samotným dětem, které mi poskytly svůj čas a umožnily mi ověřit si praktické znalosti.

Poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mne po celou dobu studia podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne: 24.4.2015

Marianna Vavříková

Identifikační záznam:

VAVŘÍKOVÁ, Marianna. *Možnosti ergoterapeutické intervence v domácím prostředí u dětí s kombinovaným postižením od narození do sedmi let. [The possibilities of home intervention by occupational therapy for children with special needs from birth to seven years]*. Praha, 2015. 102 stran, 6 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Vítová, Veronika.

Abstrakt bakalářské práce

Jméno: Marianna Vavříková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Vítová

Název bakalářské práce: Možnosti ergoterapeutické intervence v domácím prostředí u dětí s kombinovaným postižením od narození do sedmi let

Tato bakalářské práce se zabývá domácí ergoterapeutickou intervencí u dětí s kombinovaným postižením od narození do sedmi let. Nejprve seznamuje s vývojovými stadii dítěte v tomto období, se specifickými komunikací s dítětem a hrou. Dále se věnuje významu rodiny v životě dítěte se speciálními potřebami, dostupnosti ergoterapie pro děti v ČR a průběhu domácí ergoterapie v zahraničí. Následně je zde zmapováno pomocí semistrukturovaných rozhovorů, co rodiče dětí se speciálními potřebami od ergoterapie očekávají, co jim ergoterapeuti mohou nabídnout, jaké výhody a nevýhody má domácí a ambulantní ergoterapie a jaká jsou rizika a úskalí domácí intervence. V přílohách jsou následně uvedeny přepisy rozhovorů a SWOT analýzy všech rozhovorů, ze kterých jsou čerpány výsledky práce.

Hlavní důraz je kladen na zhodnocení poptávky po domácí ergoterapii a její využitelnosti u dětí s kombinovaným postižením od narození do sedmi let. Z reakcí ergoterapeutek pracujících ambulantně či v denních stacionářích vyplývá, že by rozhodně domácí intervenci do své praxe zařadily.

Klíčová slova:

dítě se speciálními potřebami

vývoj dítěte

komunikace s dítětem

rodina

domácí intervence

Abstract

This bachelor thesis presents home intervention by occupational therapist for children with special needs from birth to the age of seven years. Firstly, the thesis describes evolution of the child in this age, specificity of communication with the child and also describes play. Then it stresses the importance of family in the life of child with special needs, availability of occupational therapy in the Czech Republic and the process of occupational therapy in foreign countries. Thanks to semi-structured interviews there is an overview of what parents expect from OT, what OT can give to families, advantages and disadvantages of home and ambulant intervention and which risks could home intervention bring. In attachments there are transcripts of interviews and also SWOT analysis of all interviews.

The main stress is given to evaluation of demands on home occupational therapy and the usefulness of OT in home environment for children with special needs from birth to seven years. From reactions of occupational therapists (who have ambulant or stationary practice) results, that they would certainly add home intervention to their practice.

Key words:

child with special needs

evolution of child

communication with child

family

home intervention

Obsah

1	Úvod	1
2	Teoretická část	3
2.1	Vysvětlení základních pojmů	3
2.2	Vývojová stadia dítěte od narození do sedmi let	3
2.3	Komunikace s dětským klientem	7
2.4	Hra	13
2.5	Rodina a dítě se speciálními potřebami	14
2.6	Ergoterapie u dětí v České republice	19
2.7	Ergoterapie u dětí v zahraničí	22
3	Praktická část	25
3.1	Metodologie práce	25
3.2	Výsledky	26
3.3	Kazuistika	35
4	Diskuze	41
5	Závěr	45
6	Seznam citované literatury	49
7	Seznam tabulek v textu	53
8	Přílohy	53
8.1	Seznam příloh	53
8.2	Příloha 1: Vzor pro tvorbu SWOT analýzy	53
8.3	Příloha 2: SWOT analýzy jednotlivých rozhovorů	54
8.4	Příloha 3: Semistrukturované rozhovory	60
8.5	Příloha 4: Seznam ergoterapeutických pracovišť pro děti a mládež	80
8.6	Příloha 5: Sbírká zákonů č. 326/2014 – kódy pro ergoterapeuty	85
8.7	Příloha 6: Vzdělávací program specializačního vzdělávání	90
	v oboru Ergoterapie pro děti	90

Seznam použitých zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Activity of Daily Living
AlphaHS	Alpha Home Service
AOTA	American Occupational Therapy Association
cca	circa
COTEC	Council of Occupational Therapists for European Countries
CZEPA	Česká asociace paraplegiků
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
HKK	Horní končetiny
iADL	instrumental Activity of Daily Living
IC Zahrada	Integrační centrum Zahrada
IT	Informační technologie
LHK	Levá horní končetina
OA	opportunities ambulantní ergoterapie
OD	opportunities domácí ergoterapie
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
pADL	personal Activity of Daily Living
PHK	pravá horní končetina
RVP	rámcové vzdělávací programy
SA	strenghts ambulantní ergoterapie
SD	strenghts domácí ergoterapie
SWOT	Strenghts, weaknesses, opportunities and threats
TA	threats ambulantní ergoterapie
TD	threats domácí ergoterapie
WA	weaknesses ambulantní ergoterapie
WD	weaknesses domácí ergoterapie
1.LF	1. Lékařská fakulta

1 Úvod

Tématem mé bakalářské práce jsou „Možnosti ergoterapeutické intervence v domácím prostředí u dětí s kombinovaným postižením od narození do sedmi let“ s podtitulem „Problematika z pohledu rodičů a ergoterapeutů“. V roce 2012 jsem začala dělat dobrovolníka v Integračním centru Zahrada na Praze 3. Už před tím jsem přemýšlela o práci s dětmi a tady jsem se v tom utvrdila. Proto jsem se rozhodla usilovat o vlastní téma bakalářské práce, a to právě o dětech.

Vybrala jsem si skupinu dětí od narození do sedmi let. Zajímá mne tato věková skupina, protože se dítě na začátku svého života nejvíce vyvíjí. V prvním roce života se dokonce naučíme polovinu všeho, co se naučíme za celý život, v druhém roce pak další čtvrtinu (Lumos, 2011). Kromě toho, že mi přijde doprovázení dítěte v tomto věku zajímavé a obohacující pro mne jakožto terapeuta, je dětský mozek v tomto období nejvíce plastický, nejvíce se rozvíjejí jednotlivé oblasti, jako jsou kognitivní funkce, motorika, sensorika a tak dále, a všechny tyto oblasti jsou klíčové pro budoucí samostatný život dítěte.

Bakalářská práce je zaměřena na domácí prostředí, a to z toho důvodu, že nejen terapeut ale i dítě a jeho rodiče mají v přirozeném prostředí jiné a často přirozenější možnosti než v ambulanci. Ve „svém“ prostředí se jak dítě, tak rodič mohou cítit klidněji, a tudíž se i chovat autentičtěji. Na „svém území“, ve známém a většinou i bezpečném prostředí, pak dítě může i rychleji navázat kontakt s terapeutem a ukázat své skutečné dovednosti. Terapeut disponuje sice méně pomůckami či vybavením než v ambulanci, na druhou stranu může využívat hračky a předměty, které má dítě doma a tím pádem se i domlouvat s rodiči, co by šlo v běžném dni použít. Může se stát, že má terapeut v ambulantní terapii sebelepší úmysl (například návrh na úpravu klientova domácího prostředí), ale to bohužel nestačí pro provedení nápadu přímo u klienta doma. Přestože ze zkušenosti ze zahraničí vím, že jsou domácí návštěvy důležité, nejsou u nás běžnou praxí a někteří ergoterapeuti nikdy nebyli nebo ani neměli možnost být u klienta doma. Možnosti domácích návštěv u nás ani nejsou zpracovány v literatuře. Cílem mé bakalářské práce je proto seznámit se s nabídkou a poptávkou ergoterapie pro děti v České republice a zjistit, jestli by jak rodiče, tak ergoterapeuti v určité fázi života dítěte domácí ergoterapii využili či rádi zařadili do terapií. Dále bych ráda ukázala, jaké jsou možnosti a úskalí domácí intervence a jak se eventuálně některým vyhnout.

Abych byla schopná bakalářskou práci zpracovat, chodila jsem jako ergoterapeut do dvou rodin s dítětem s kombinovaným handicapem, abych na vlastní oči viděla, jak může domácí intervence vypadat. A dále, abych mohla vyhodnotit přínosy a úskalí domácí ergoterapie, vedla jsem semistrukturované rozhovory se dvěma ergoterapeutkami, které provádějí domácí terapie, a se dvěma, které provádějí ambulantní ergoterapii. Rovněž se dvěma rodinami, které mají/měli domácího ergoterapeuta, a se dvěma, které na ergoterapii docházejí ambulantně. Jak už jsem zmínila výše, vzorek respondentů není velký především z toho důvodu, že domácí ergoterapie u dětí v ČR ještě není běžnou praxí. Byla bych ráda, kdyby má bakalářská práce mohla sloužit jako námět k hlubšímu výzkumu s větším počtem rodin a terapeutů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji vývoji dítěte, určitým specifickým komunikace s ním, stručně zmiňuji hlavní součást terapie u dětí – hru, důležitost a vliv rodiny na dítě se speciálními potřebami a naopak. A jako poslední se zabývám ergoterapií pro děti poskytovanou u nás a v zahraničí.

V praktické části pak za pomoci SWOT analýzy vyhodnocuji, co jsem se dozvěděla z rozhovorů s rodiči a ergoterapeuty, co jsem měla možnost sama v domácí intervenci zažít. Pro ucelenější představu intervence ergoterapeuta v domácím prostředí uvádím kazuistiku jednoho klienta, se kterým pracuji v domácím prostředí asi čtyři měsíce, s vypracovanými krátkodobými a dlouhodobými ergoterapeutickými plány.

2 Teoretická část

2.1 Vysvětlení základních pojmů

Základní pojmy, se kterými se v práci budeme setkávat, je samozřejmě ergoterapie a kombinované postižení, proto bych stručně na začátku tyto dva pojmy vysvětlila.

Podle České asociace ergoterapeutů (Česká asociace ergoterapeutů, 2008) ergoterapeut rehabilituje jedince jakéhokoli věku s jakoukoli disabilitou pomocí smysluplných činností. Pro dětské pacienty je právě touto smysluplnou činností hra. Skrz hru může ergoterapeut nahlížet na jednotlivé oblasti vývoje (tedy na senzoryckou oblast, motorickou oblast, kognitivní funkce, sociální vývoj) dítěte. Jednotlivé oblasti se vzájemně ovlivňují a vedou k soběstačnosti dítěte. Při hře může ergoterapeut také částečně nahlédnout do povahy dítěte a podle toho volit typy her. A samozřejmě pomocí hry terapeut všechny zmíněné položky i trénuje a rozvíjí. Další pole působnosti ergoterapeuta jsou i u dětí kompenzační pomůcky a adaptace prostředí.

Kombinované postižení lze definovat jako dvě a více vad nebo poruch u jednoho člověka. Je těžké vytvořit jednotnou terminologii tohoto pojmu, protože se jedná o velice různorodou skupinu poruch. Kombinace více vad či poruch může být zapříčiněna nějakou genetickou odlišností jako například Downův syndrom) (Metodický portál RVP). Mezi kombinovaná postižení patří třeba i dětská mozková obrna, při které se sekundárně objevují problémy i v oblasti dýchací soustavy, kardiovaskulárního aparátu a podobně. Většinou jsou zasaženy všechny oblasti vývoje dítěte, záleží na typu a rozsahu zdravotního postižení.

2.2 Vývojová stadia dítěte od narození do sedmi let

Abychom mohli správně vést habilitaci dítěte, musíme znát jednotlivá vývojová stadia dítěte v oblastech motoriky a senzoryky, v kognitivních, sociálních a emočních funkcích. Samozřejmě nelze vzít tabulku a podle ní hodnotit všechny děti stejně. Každé dítě je individualita a každé dítě se vlivem mnoha faktorů vyvíjí odlišně. Přehled a znalosti ve výše zmiňovaných oblastech a důležitých meznících ve vývoji dítěte nám umožňují dělat kvalitní ergoterapeutická vyšetření dětí a vést cílenou a kontinuální terapii.

Existuje několik možností, jak dětský vývoj periodizovat. Například můžeme sledovat pouze psychický či pouze fyzický vývoj dítěte. Já jsem si vybrala dvě teorie periodizace. Mezi jednu z nich patří rozdělení dle Jeana Piageta, který se věnuje především kognitivním funkcím a logickému myšlení. I když je podle některých odborníků ze zahraničí Piagetova teorie již překonaná, přijde mi jeho vysvětlení fází kognitivního myšlení blízké a praktické pro účely ergoterapeuta. Druhou teorii vývoje jsem zvolila podle Josefa Langmeiera. Z mého pohledu je rozdělení dle Langmeiera pro potřeby ergoterapeuta výhodné, protože zahrnuje všechny oblasti vývoje.

Piaget rozděluje vývoj na čtyři období a těmi jsou (Plevová, Slowik, 2010):

1. Senzomotorické stádium (0-2 roky), v tomto stádiu dítě poznává svět pomocí pohybů a experimentování, odlišuje sebe od okolního světa a získává vědomí stálosti objektů.
2. Předoperační stádium (2 do 7 let) v tomto období je důležitý rozvoj řeči, tvorba představ a jednodušší myšlení. Dítě uvažuje egocentricky a věci kolem sebe posuzuje pouze ze svého úhlu pohledu. Umí třídit objekty, ale pouze podle jednoho kritéria.
3. Stadium konkrétních operací (od 7 do 12 let). Dítě již dokáže logicky přemýšlet o konkrétních pojmech, chápe stálost počtu, množství a hmotnosti. Objekty je schopné třídit podle několika hledisek a umí pracovat s abstraktními pojmy.
4. Stadium formálních operací: (12 a více) V tomto stádiu dítě logicky přemýšlí o abstraktních pojmech. Při experimentování dítě postupuje systematicky a uvědomuje si vztah „jestliže něco, pak něco“.

Dalším možným rozdělením je charakteristika vývoje dítěte podle Josefa Langmeiera (Langmeier, Krejčířová, Pospíšilová, 2010)

1. Novorozenecké období (0-1 měsíc)
2. Kojenecké období (1-12 měsíců)
3. Batolecí období (1-3 roky)
4. Předškolní období (3-6 let)
5. Mladší školní věk (6-11/12 let)
6. Období dospívání (to se dělí na období pubescence 11-15 let a období adolescence 15-22 let)

Protože se moje bakalářská práce věnuje dětem od narození do sedmi let, podrobněji se zmíním o prvních pěti obdobích.

1. Novorozenecké období

Pro donošeného novorozence je charakteristický více vyvinutý svalový tonus než u nedonošence. Dítě většinu dne prospí – cca 20 hodin spí, zbylý čas je bdělé. Má vyvinuty základní nepodmíněné reflexy (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, úchopové, polohové), skrz ně se dítě seznamuje se světem. Oproti dřívějším názorům se dnes již ví, že jsou u dítěte od narození vyvinuty všechny smysly, dokonce se soudí, že dítě následuje pohybující se předmět i lehkým pohybem hlavy. Ruce novorozeněte jsou zaťaté v pěst, ve vzpřímené poloze neudrží hlavičku, a pokud nespí, končetiny setrvávají v asymetrické poloze.

2. Kojenecké období

V tomto období se vytváří silné pouto k matce, které je důležité pro budoucí psychický vývoj dítěte. Kolem sedmého měsíce se objevuje separační úzkost, která se projevuje i při krátkodobém odloučení od matky (i když dítě prozkoumává byt či zahradu, vždy se vrátí na původní místo – k matce). V prvním roce života se naučíme až 50% všeho, co se naučíme za celý život. (Lumos, 2011) U dítěte se prudce vyvíjí motorika, vnímání, komunikace, vyvíjí se jeho vlastní „JÁ“. Co se řeči týče, dítě si nejprve začíná broukat, ale ke konci tohoto období již začíná vyslovovat jednoduchá slova.

3. Batolecí období

Charakteristikou tohoto období je autonomie dítěte. U batolat pozorujeme období prvního vzdoru, kdy chce dítě dělat vše samo. Samostatnost se projevuje jak na poli hrubé motoriky, dítě už chodí, běhá, na konci období dokáže střídat nohy při chůzi ze schodů a do schodů, dokáže jezdit na tříkolce, tak v osobní hygieně či oblékání – na konci batolecího věku dítě zvládá knoflíky. Co se týče jemné motoriky, ve dvou letech dítě postaví z kostek věž, grafomotorika se vyvine z ťukání do papíru do uzavřeného kruhu dle předlohy. Na konci tohoto věku má dítě slovní zásobu 700 slov a klade často otázky typu „Proč?“ a „Co to je?“

4. Předškolní období

Dítě se v tomto období již dokáže na určitou dobu obejít bez maminky, je-li si jisto, že není opuštěno navždycky. Pokud mu něco vysvětlujeme pro něj srozumitelnou formou, ale přesto rozumově, už je schopné to pochopit. Předškolní věk je období hry, kdy se dítě již zapojuje do kolektivu vrstevníků, začíná sociální hra (hra na někoho, na

maminku, na pohádkovou postavu atp.). Dítě si hraje asociativně, více se objevují úkolové hry. Dítě si v mateřské škole zvyká na cizí autoritu. Jeho pozornost je aktivnější a stálější než v předchozím období.

Na začátku tohoto období dítě střídá nohy při chůzi ze schodů a do schodů, jezdí na tříkolce, postaví ze tří kostek most a je schopné navlékat korálky na šňůrku. Ve čtyřech letech umí chodit po nízko posazené kladině, seskočí z lavičky, delší dobu stojí na jedné noze. V pěti letech už jezdí na koloběžce a na kole, postaví z kostek bránu a zvládne jednodušší puzzle.

Jak už jsem zmínila, na konci batolecího období dítě nakreslí kruh podle předlohy, ve čtyřech letech nakreslí křížek podle předlohy a začíná kreslit hlavonožce. V pěti letech už je postava více členěná, ale stále nedokonalá, podle předlohy kreslí čtverec. V šesti letech je již lidská postava členěná dobře, krom toho kreslí i jiné běžné věci jako jsou auta, domy či stromy. Umí psát některá písmena a číslice.

Ve třech letech rychle roste slovní zásoba, věty se prodlužují, avšak výslovnost je stále často nesrozumitelná. Ve čtyřech letech zná barvy a ještě častěji než dřív se objevuje otázka „Proč?“. V pěti letech se dětské neologismy objevují již jen zřídka kdy. Obecně na konci předškolního období už dítě mluví v dlouhých větách, zná různé říkanky, básničky, písničky. Rozvoj řeči a slovní zásoby výrazně pomáhá dítěti poznávat sebe a svět kolem. Ve třech letech si ještě dítě nahlas říká, co dělá, jak se chová, ve čtyřech se začíná řídit vnitřní řečí. V šesti letech dítě dokáže vysvětlit rozdíl mezi jednoduchými, pro něj známými, věcmi.

Co se oblékání a hygieny týče, již ve třech letech, tedy na konci batolecího období, je dítě schopné docela spolehlivě udržovat čistotu, umyje si ruce, s dopomocí se obleče. Ve čtyřech letech si relativně uspokojivě čistí zuby, v pěti letech pak již chodí na záchod samo a samo se utře. V šesti letech si už i zavazuje tkaničky u bot.

5. Mladší školní věk

Kromě hry, která do teď byla hlavním zaměstnáním dítěte, se přidává i školní práce, a to včetně domácích úkolů a některých činností, se kterými je nutné doma pomoci. Věci, kterými se dítě v tomto období začíná zabývat, nemusí nutně již vyplývat z jeho potřeb a v podstatě je dítě může vykonávat i s určitou nechutí. Nicméně je vykonává, to souvisí s tím, že dítě již uznává jako autoritu i někoho jiného, než jen rodiče – pana učitele nebo paní učitelku ve škole. Další spojitost s vykonáváním nutných, ale ne vždy zábavných, činností je, že si dítě v tomto období osvojuje základní

morální normy a začíná být schopno se jimi řídit, a to i bez přítomnosti oné zmiňované autority.

Podmínkou dobrého učení a potažmo dobrého prospěchu, který později slouží jako motivační prvek (vedle rodičů a učitelů) je nutná zvědavost. Dítě rozvíjí své poznávací schopnosti: učí se číst, což mu otevírá opět nový pohled na svět. Na počátku tohoto období věří tomu, co mu řeknou autority, ale ke konci si musí daná tvrzení ověřovat samo.

Velice důležitou součástí dětského života se stává mínění vrstevníků (co si o mě děti ve třídě myslí a proč) a velkou důležitost nabírají i kamarádské vztahy. Ty vznikají hlavně na základě podobných podmínek dětí (když se spolužák odstěhuje a změní školu, kamarádství končí).

Rozvíjí se jemná i hrubá motorika, pohyby jsou koordinovanější, představy dítěte přesnější. Paměť a emoce dítěte se stabilizují. Dítě dokáže více ovládat své pocity a dokáže pracovat s pamětí ve smyslu uvědomění si, jak informace do paměti ukládat, tyto procesy se stávají stále složitějšími a komplexnějšími.

V řeči děti již běžně používají dlouhých souvětí, i co do gramatiky se projev uceluje a zlepšuje.

Role ergoterapeuta se v každém období mění podle schopností dítěte a samozřejmě podle potřeb konkrétního dítěte s určitým handicapem. Kromě návrhů kompenzačních pomůcek, orofaciální stimulace atp. se terapie odehrává většinou formou hry, o které stručně pojednává samostatná kapitola.

2.3 Komunikace s dětským klientem

Komunikujeme vlastně stále. I když mlčíme a myslíme si, že nevysíláme žádné signály, naše postavení těla a náš výraz mluví za nás. Proto si myslím, že je důležité si uvědomit určité věci ještě před tím, než se dostaneme přímo do styku s dítětem. V řadě situací, do kterých se v komunikaci s dítětem jako pomáhající profese dostaneme, může být forma jednání naprosto jasná, nemyslím si však, že ve všech, a proto je dobré si zhruba připomenout co a jak. Jiné věci zmiňuji proto, že i dobře mířená formulace problému může způsobit ztrátu důvěry dětského klienta. V části kapitoly pak zmíním i komunikace s rodiči. Pracujeme-li s dětským pacientem, pracujeme automaticky i s jeho rodinou, ta ho zná nejlépe a tráví s ním také nejvíce času, proto ji nemůžeme z procesu vyřadit.

Komunikace s jakýmkoli člověkem, který je nemocný či má vážné zdravotní problémy, je náročná. Ovšem je-li tímto člověkem dítě, dostává se ošetřující osoba (a to nejen personál nemocnice či jiného zařízení, ale i rodič dítěte) často do náročných situací, které konkrétní stav dítěte v určité vývojové fázi přináší a je občas komplikované z této situace dobře vyváznout.

Úvodem bych uvedla Desatero hospitalizovaného dítěte (Krák, Štúr, Zlámalová, 1991), některé z „pravidel“ desatera se netýkají samozřejmě domácí intervence, ale i tak je důležité si desatero uvědomit jako základ holistického přístupu k dětskému klientovi.

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci mýma očima.

Stručně bych připomněla, jak vypadá komunikační model (Plevová, Slowik, 2010), protože u dětí je forma komunikované zprávy specifitější než u dospělého člověka a myslím si, že je proto dobré si zopakovat strukturu komunikace. Iniciátorem komunikace je komunikátor (při prvním setkání to budeme pravděpodobně my, přistupující k dítěti), ten přináší sdělení, které je ovlivněno komunikátorovými vlastnostmi (jako je temperament, momentální nálada, emoce atd.). Musíme si obzvlášť u dětí dávat pozor na vlastní prožitky a okamžitou náladu, děti bývají citlivější, než si myslíme, a špatnou náladu, momentální „nechuť“ k terapii (způsobenou čímkoli) snadno vycítí. Převod našich myšlenek do určité formy je proces kódování. Volíme takový kód, aby tomu dítě rozumělo, takže kód uzpůsobujeme věku dítěte, typu postižení atd. (např.: nevidomému dítěti popíšeme přesně, kde sedíme apod.). Proces dekódování je pak to, jak si sdělovanou informaci dítě vyloží.

Komunikovaná zpráva má buď formu verbální, nebo neverbální. Odesílání i příjem zpráv je ovlivněn mnoha okolnostmi (například emocionální rozpoložení obou zúčastněných, komunikované téma, ale i věci jako mentální zdatnost obou zúčastněných atd.) (Plevová, Slowik, 2010). Komunikace probíhá většinou několika takzvanými

komunikačními kanály (např. mluvené slovo jde přes hlasový kanál, doteky přes hmatový kanál, gestikulace přes zrakový kanál atp.) (De Vito, 2001). Zprávu přijímá příjemce, který se při reakci stává komunikátorem a ovlivňují ho stejné faktory jako původního komunikátora. Zpětná vazba je odpovědí, která vysílači ukazuje, jaký efekt má zpráva na příjemce. Může být přímá (verbální) či nepřímá (neverbální) (Plevová, Slowik, 2010). Zpětná vazba je buď pozitivní (vysílač se utvrdí ve svém chování) nebo negativní (vysílač omezí své jednání, aby byla komunikace opět v rovnováze) (Plevová, Slowik, 2010). Vše, co může v jakékoli fázi narušit komunikaci, je komunikační šum. Mezi základní komunikační šумы patří: fyzické vlivy (jako například hluk), fyziologické vlivy (např. vady zraku, sluchu), vlivy psychologické (např. extrémní emoce) a sémantické vlivy (používání slangu) (De Vito, 2001). Je důležité si uvědomit jednotlivé fáze komunikačního procesu, protože i maličkost může ovlivnit celý proces komunikace.

Mezi další faktory, kterým je třeba věnovat pozornost, patří rychlost řeči (může vyjadřovat fakt, že člověk zná velice dobře diskutované téma nebo naopak může vyjadřovat to, že komunikátor chce mít rozhovor brzy za sebou). Jinými faktory je hlasitost řeči (jinou hlasitost zvolíme v místnosti plné lidí, jinou v soukromém rozhovoru mezi čtyřma očima), pomlky či přerušení hovoru (pomlka nemusí znamenat, že nemáme, co říct, může pouze dávat prostor pro přemýšlení a urovnání si informací pro příjemce). Každý z nás má pro sebe přirozenou polohu hlasu, ale musíme si pamatovat, že vyšší tóny mohou působit nepříjemně. Velký pozor bychom si pak měli dávat na vycpávková slova, to jsou často se opakující slova, která jsou v řeči zkrátka navíc. Pro udržení rovnováhy a rovnocennosti obou partnerů je důležité, aby oba měli prostor reagovat, málokomu je příjemná forma monologu. Dalším a posledním faktorem, který zmíním, je intonace, i ta nám může pomoci například něco zdůraznit.

Podmínkami úspěšné komunikace jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a přízřůsobivost (Plevová, Slowik, 2010) Co se dětských klientů týče, musíme si dávat pozor na výběr výrazů, na abstraktní pojmy, které dítě ještě ani nemusí chápat a tak dále.

Nedílnou součástí komunikace je její neverbální složka. Zatímco verbální projev můžeme na nějakou dobu ukončit, udělat v něm pauzu, neverbální složku sdělení vypnout nemůžeme (Ergoterapie, psychosociální přístupy). Do nonverbální komunikace se řadí mimika, doteky, gesta, ale i to, jak jsme oblečení. Neverbální projevy, stejně jako ty verbální mohou být ze strany příjemce špatně pochopeny, takže i na to si

musíme dávat pozor. A to nejen ve smyslu toho, jaké neverbální projevy vysíláme my, ale i jak přijímáme tyto projevy od dětí.

Jedním způsobem neverbálního sdělování je proxemika, tedy přiblížení či oddálení těla. I když je dokázáno, že děti přistupují k ostatním lidem blíže než dospělí, i u nich je nutné dodržovat intimní zónu. Do té obvykle pouštíme pouze partnera a členy rodiny a sahá přibližně do vzdálenosti 45 centimetrů od těla, nicméně je to samozřejmě naprosto individuální věc. U dětí vstupujeme do intimní zóny velice často – při hře, pro podporu a tak dále. Nicméně nastávají i situace, kdy musíme vstoupit do intimní zóny staršího dítěte, a to například při přebalování. Potom bychom měli dítě o našem záměru informovat, aby vědělo, co se s ním bude dít, a také bychom měli dobu strávenou v této intimní zóně omezit na co nejkratší dobu.

Dalším typem neverbálního sdělování je haptika (tedy sdělování pomocí doteku), u dětí je velice důležité používat pohazení: po tváři, po hlavičce, po zádech... Je nutné citlivě vytušit, zda je dítěti dotyk příjemný, či ne. U dětí do předškolního věku se dá také využít naše náručí, které dítěti může poskytnout pocit bezpečí a lásky.

Jednání dítěte bývá upřímné a čisté, nejotevřenější formou sdělení je dětská mimika. Je podstatné s dítětem udržovat oční kontakt a mít oči ve výšce očí dítěte (Plevová, Slowik, 2010).

Každé dítě svou nemoc nebo nějaký problém vnímá a prožívá ji, stejně jako u dospělých, každé dítě se pak chová jinak a nemoc se na něm projevuje osobitým způsobem. (Plevová, Slowik, 2010). Je velice důležité dbát na to, abychom se obraceli přímo na dítě, abychom se ho ptali na svolení, aby se dítě cítilo součástí procesu a zodpovědné samo za sebe. Pokud se dítě stydí nebo s námi nechce komunikovat, je dobré využít nějakou jeho hračku nebo i hračku, kterou máme k dispozici my. Dítě uvidí, že se hezky chováme k hračce a uvidí v nás důvěryhodnou osobu.

Nyní bych zmínila několik pravidel komunikace vzhledem k jednotlivým fázím dětského vývoje. Žádné děťátko není příliš malé na komunikaci, i novorozenec reaguje na lidský hlas, velmi brzy pochopí, že když začne křičet, někdo přijde a vyhoví jeho potřebám. Již novorozenec opětuje náš úsměv a od třetího měsíce se objevuje sociální úsměv a málokterý dospělý dokáže úsměv nevrátit (Plevová, Slowik, 2010).

S kojenci se navazuje kontakt podobně jako s novorozenci, musíme být v poloze, aby dítě dobře vidělo náš obličej. Je dobré se hodně usmívat, dítě na úsměv obvykle reaguje úsměvem. Je důležité vyhovět dětským potřebám, tím mám na mysli přebalení, krmení, mazlení, zároveň při tom nenarušit dětský režim spánku, pak bude

dítě spokojené. Je dobré do procesu starání se o dítě zapojit rodiče a myslet na to, že od osmého měsíce se u dětí objevuje separační úzkost po mateřské osobě.

V batolecím období dbáme na to, abychom dítě oslovovali jménem, na které je zvyklé od rodičů a využíváme jeho slovníku. Respektujeme opět režim dítěte, právo na odpočinek a tak dále. Od třetího roku se objevuje období prvního vzdoru, proto se nesmíme nechat vyvést z míry odmítavým postojem dítěte. Kromě toho, vzdor či vztek může znamenat pouze vyrovnávání se se stresem, a proto je pro dítě důležitý. Můžeme odvést pozornost dítěte na něco jiného, a tak vzdor zmírnit, nebo se můžeme zaměřit více na komunikaci s rodiči.

V předškolním věku mluvíme na dítě v jednoduchých větách, stručně a jasně, to ale neznamená, že by naše chování nemělo být jako k rovnocennému partnerovi. Dáváme dítěti na výběr, když něco říká, nepřerušujeme ho, necháváme dítě si hrát a malovat. Rozhodně dítěti nesmíme lhát, musíme mu vše říct, aby některé naše chování nevyhodnotilo jako podraz a nepřestalo nám důvěřovat.

I ve školním věku používáme dětský slovník, ale ještě víc začleňujeme dítě do rozhodování o vlastní osobě a respektujeme, když komunikovat nechce (Plevová, Slowik, 2010).

Vzhledem k tématu kombinovaného postižení, kdy se může objevit problém v mentální, fyzické či smyslové oblasti, bych ještě zmínila několik zásad komunikace s dítětem s mentálním postižením a poté s fyzickým.

Co se týče smyslového postižení, pokud je zrakové, musíme dbát na dobré osvětlení, na podrobný a pochopitelný popis situace atp. Musíme hodně dbát na to, abychom co nejvíce podporovali a stimulovali zbylé smysly (Plevová, Slowik, 2010).

U dítěte s mentálním handicapem stejně jako u jakéhokoli jiného člověka dodržujeme zásady slušného chování, vždy se první obracíme na dítě, představujeme se jemu, ptáme se jeho na jméno, samozřejmě nemůže-li nám odpovědět, odpoví nám doprovod. Pokud dítě využívá nějaké speciální komunikační pomůcky (například komunikační tabulku), budeme je používat také, formu našeho sdělení uzpůsobujeme konkrétnímu dítěti v jeho momentálních podmínkách, v jeho vývojové fázi, vzhledem k jeho zdravotnímu postižení. Jsme trpěliví a minimalizujeme rušivé vnější elementy. Věci, o kterých mluvíme, pojmenováváme přímo, nepoužíváme zájmena atp. (Plevová, Slowik, 2010) Neměli bychom odmítat jejich vřelé přijetí a velkou otevřenost, v důsledku zhoršené komunikace je u dětí s mentálním postižením velice důležité snažit se co nejvíce porozumět tomu, co potřebují. Zhoršená komunikace může vést

k frustraci, agresi či uzavření, to pak způsobuje špatné začlenění dítěte mezi ostatní děti (Plevová, Slowik, 2010).

U dítěte s fyzickým postižením samozřejmě také zachováváme základní mezilidské zásady, mluvíme s ním z očí do očí. A to nejen u starších dětí, ale i u miminek, u novorozenců využíváme handling k tomu, abychom zachovali oční kontakt (Kurz bazální stimulace, 2013). U větších dětí má pak zachování stejné úrovně očí při komunikaci kromě sociální hodnoty výhodu v tom, že pokud stojíme, musí se dítě zaklonit, a to zvyšuje spasticitu v celém těle, což nechceme. Má-li na pravé ruce protézu či ortézu, potřese s ní, obzvlášť jestliže s ní pohne směrem k nám. Musíme si uvědomit, že když nám například vozíčkář přiveze do místnosti hlínu, není to jeho chyba, a tudíž se na něj nemůžeme zlobit. Pokud potřebujeme dítě někam přemístit, musíme mu vysvětlit, co hodláme dělat a zeptat se na postup, jak s ním hýbat, děti často znají nejlíp postup manipulace. Musíme také dávat pozor, aby mělo dítě všechny pomůcky, které potřebuje. Dbáme na maximální autonomii dítěte, a to ať už se týká rozhodování o sobě, schopnosti se samostatně najíst, dojít si na záchod atd. (Plevová, Slowik, 2010)

Nedílnou součástí komunikace s dětským klientem je komunikace s jeho rodiči. Protože, co se děje s rodičem, to se děje s dítětem (Příloha 3, Rozhovor domácí terapie, terapeutka BS). Vztah dítěte a rodiče nevzniká s nemocí, ale utváří se po celou dobu života dítěte a je ovlivňován vztahem, který mají rodiče se svými rodiči. Obecně platí, že dobré vztahy v rodině a dobré zázemí vede k uzdravení, nebo k lepšímu přijetí a vyrovnávání se se zdravotním znevýhodněním dítěte. Většinou mají těžší roli matky, protože ty bývají s dítětem nejvíc a jejich vztah k dítěti bývá pevnější než u otců, takže se v případě matek můžou objevit i psychosomatické obtíže (nespavost atp). Ideální je, když rodina začne fungovat tak, aby byl brán ohled nejen na potřeby dítěte, ale i na potřeby ostatních členů rodiny. U matek se často objevuje hyperprotektivita, kdy je dítě s handicapem přehnaně ochraňováno, ale také popírání obtíží či naopak velice přehnané požadavky na dítě (Plevová, Slowik, 2010).

Naším úkolem v komunikaci s rodiči je dosáhnout co nejpozitivnějšího přijetí faktu, že je dítě nemocné či bude mít nějaký handicap. Musíme rodiče informovat a zkompetentnit ho v soužití s jeho dítětem. Musíme se pokusit zapojit co nejširší rodinu, i ta má velký význam pro zvládání nové situace. Učíme rodiče soustředit energii na ty oblasti, kde dítěti můžou nejlépe pomoci, či kde se dítě může rozvíjet. Společně s rodiči chceme dítěti dopřát šťastné dětství a to dítě nikdy nebude mít, pokud nebudou šťastní

členové jeho rodiny. Do toho spadá i schopnost ukázat rodičům, že si uvědomujeme, co pro dítě dělají a že to činí správně (Plevová, Slowik, 2010).

V rámci toho, jaké informace můžeme jako ergoterapeuti rodinám podávat, si musíme uvědomit, že čím víc a hlavně čím přesněji člověk o nějaké situaci ví, tím lépe s ní může pracovat a může se s ní naučit žít. Proto je důležité rodičům opakovat informace, ideálně informace podat i v tištěné podobě, aby si mohli vše urovnat v hlavě a eventuálně si na nás či ostatní členy týmu připravit různé otázky.

2.4 Hra

Následující kapitolu bych chtěla věnovat hře, její definici, její důležitosti pro děti a pro naši ergoterapeutickou intervenci. Každé dítě má právo na rozvoj, zábavu a potěšení, nehledě na to, jestli si dokáže hrát samo nebo potřebuje naši pomoc, aby si mohlo hrát (Hewitt.Taylor, 2008). Pomocí hry se dítě učí poznávat samo sebe a orientovat se v okolním světě kolem, hra mu zprostředkovává znalosti, které ho nikdo jiný naučit nemůže, které si musí zažít samo. Skrz hru se dítě učí chápat náš svět dospělých plný symbolů, naše hodnoty. Pozorování dětí při hře je „jako koukat skrz okno na jejich bezprostřední bytost“ (Case-Smith, O'Brien, 2010).

Hra je součástí pediatrické ergoterapie už od jejích začátků. Například v jednom z prvních textů o hře v ergoterapii Alessandrinni 1949 (Case-Smith, O'Brien, 2010) píše, že hra není pošetilost či zbytečně promrhaný čas, ale velice účelná aktivita, která je výsledkem mentálních a emocionálních zkušeností. Dá se říct, že hra má dva aspekty, jeden čistě vědecký zabývající se lidským životem a druhý „umělecký“, ve kterém je obsažena tvorba, zábava, potěšení a svoboda. Ergoterapeut by měl mít schopnosti obou aspektů.

Mary Reilly byla velice důležitá v procesu posunu hry do popředí ergoterapie. Říkala, že skrz hru dítě trénuje kromě různých dovedností i své vlastní zájmy a to ho následně ovlivňuje ve volbách a úspěších v budoucí práci a volném čase. Reilly tvrdí, že hra je složitý systém, který působí vícerozměrně v každém člověku.

Rodiče používají hru buď jako součást všech denních aktivit, nebo ji striktně oddělují a vymezují pro ni speciální čas (Case-Smith, O'Brien, 2010). Hrou se také učí dítě umět si vybrat, v přístupu zapojení hry v podstatě do všeho se dítě naučí si vybrat nejen mezi hračkami, ale i mezi cestou, kudy půjdou na procházku či třeba jídlem. Co se jídla týče, nesmíme na něj zapomínat nikoli jako na hru, ale jako formu potěšení.

Některé maminky s dětmi se speciálními potřebami uvádějí, že od chvíle, kdy jejich dítě muselo přestat přijímat jídlo běžnou cestou přes ústa, ztratilo jednu z již takto omezených forem potěšení (Hewitt-Taylor, 2008).

Hra stejně jako jiné aktivity je ovlivněna prostředím, to znamená, že pokud má dítě v nějakém ohledu omezené fyzické či mentální schopnosti, bude mít i horší možnost si hrát, a to ať už samostatně, nebo i v kolektivu. Nicméně je důležité si uvědomit, že každé dítě je velká individualita. I když si vydefinujeme postižení, se vším, co k němu patří, s jeho klinickým obrazem a například postavením končetin, nemůžeme si nikdy vydefinovat, jak bude konkrétní děťátko na konkrétní činnost reagovat, jak se bude zapojovat a tak dále (Case-Smith, O'Brien, 2010). Pro přiblížení problematiky uvádím příklad, jak využít hru u konkrétního chlapce (12 let) s muskulární dystrofií. Chlapec používá vozík, svalová síla HKK je celkově snížena, ale i přesto zvládne většinu úchopů: tento chlapec sedí v podstatě celý den na vozíku u desky stolu a kvůli podnětům přicházejícím především z prostoru před ním je nucen koukat se před sebe. Pro jeho rozvoj jsou v terapii vhodné hry, které ho baví, a tudíž ho budou motivovat a přinášet mu radost. Takové hry ho budou posouvat dál ve vývoji nebo udržovat stávající stav – hračky mu budeme například nabízet z různých poloh, aby byl nucen křížit střední osu a aby rotoval trupem. Za tímto účelem můžeme vytipovat místa, kde se bude moct pohybovat na zemi, použít při terapii válec nebo jinak adaptovat prostředí (Praxe, 2015).

Hra je tedy naprosto nepostradatelnou, základní činností dětí (je to jejich forma práce) (Ergoterapie v pediatrii), tudíž bychom ji měli brát a využívat jako plnohodnotný prvek terapie.

2.5 Rodina a dítě se speciálními potřebami

V další kapitole bych chtěla zmínit rodinu jako součást terapeutického týmu. Již v kapitole o komunikaci jsem uvedla myšlenku, že co se děje s rodiči, děje se i s dětmi. Měli bychom si uvědomit, že dítě jedná tak, jak to vidí či cítí u rodiče (nebo u jiné blízké, důležité osoby). Například všichni ze své zkušenosti víme, že dítě bez handicapu, které upadne, se nejprve podívá na dospělého a zmapuje, jak se dospělý tváří. Pokud se dospělý směje a řekne: „Vyskoč“, dítě většinou vyskočí a směje se také. A nejinak je tomu u dětí s handicapem, pokud je rodič v klidu a pohodě, není ve stresu, že nestíhají další terapii atp., je i dítě v klidu a v pohodě. A to je podle mě velice

důležité si uvědomit při práci s dětmi (ať už v ambulantní či domácí rehabilitaci). Nepracujeme pouze s dítětem, ale do našeho týmu patří i rodič, on je ten, který je s dítětem většinu času, on je (hned po dítěti samotném) tím pravým expertem na potřeby dětského klienta (Ergoterapie v pediatrii). Zmíním v této kapitole i studii, která mapovala, jak rodiče zvládají péči o dítě s těžkými zdravotními podmínkami, jak rodina zvládá socializaci a jak se rodina změnila v identifikaci sebe sama. Bude to nahlédnutí do potřeb rodiče.

Být rodičem dítěte s postižením přináší více požadavků a zodpovědností, než být rodiče s dítětem bez handicapu (Burke et al., 2001). Většina výzkumů na toto téma se shoduje, že péče o dítě s handicapem může být stresující (Case-Smith, 2004), ale celkový dopad a efekt, který tento fakt má na rodinu záleží právě na konkrétní rodině (Case-Smith, 2004). Pro některé rodiny je dokonce fakt, že mají člena s disabilitou, posilujícím prvkem a dělá z rodiny kompletní a fungující jednotku (Case-Smith, 2004).

Péči o dítě s postižením se mění fungování a role rodiny (Turnbull and Turnbull, 1997). Například po finanční stránce se rodiče dostávají do situace, kdy potřebují více peněz na veškeré procedury, kterými musí dítě projít, zároveň však ztrácí příjem, protože je nutné dítě na tyto terapie a léčebné procesy doprovázet, a tudíž nemohou pracovat a vydělávat. Stejně tak jako pracovat na plný úvazek, je limitována i socializace rodiny (Case-Smith, 2004). Barnett a Boyce (Case-Smith, 2004) uvádějí, že u matek s dítětem s Downovým syndromem péče o dítě nahradila sociální a pracovní aktivity. Kromě rodičů je ale nedostatkem sociálních kontaktů postižena celá rodina. Rodina je pro dítě vlastně prvek, který přináší první sociální kontakty s neznámými osobami. Méně možností na socializaci může do budoucna přinést problémy s navazováním přátelských vztahů. (Turnbull, Turnbull, 2007)

Další výzkumy byly například zaměřeny na to, jak se rodina přizpůsobila, jaké změny ve svém fungování udělala kvůli dítěti se speciálními potřebami (Case-Smith, 2004). Předpokládá se, že jakákoli změna by měla přinést užitek jak jednotlivcům, tak rodině jako celku. V čem změny spočívají a jak velké jsou, záleží na tom, v jaké fázi životního cyklu se rodina pohybuje. Podle Weisnera (Case-Smith, 2004) dochází k největším změnám, když se rodič poprvé seznámí s faktem o jakou disabilitu se vlastně jedná. Naopak Bristol and Schopler; Suelzle and Keenan (Case-Smith, 2004) myslí, že největší změny nastávají až v době, kdy je dítě starší.

Jinou složkou rodinného života, která je dětskou disabilitou zasažena je vlastní identita rodičů a emocionální klid (Turnbull, Turnbull, 2007), tento stav může vypadat i

tak, že se například rodič představuje jako rodič s dítětem s kongenitální srdeční vadou (Case-Smith, 2004). Stupeň zátěže rodiny je také částečně závislá na tom, jaký má rodina přístup k podpoře. Rodina bez této podpory se může snadněji cítit přetížená (Case-Smith, 2004). Těmito zdroji podpory mám na mysli: podporu ze strany širší rodiny a přátel, finanční ochranu, profesionální základnu. Všechny tyto zdroje pomáhají rodině prožívat zdravý a vyvážený život (Case-Smith, 2004).

Pro ergoterapeuta je velice důležité znát všechny zmíněné limitace rodiny, aby mohl svoji intervenci koncipovat tak, že zapadá do každodenního života rodiny, je co nejlevnější, a přitom s co největším benefitem pro všechny (Case-Smith, 2004).

Ráda bych trochu podrobněji popsala jeden výzkum, který uskutečnili studenti státní Univerzity v Ohiu. Zúčastnily se ho rodiny s dětmi s chronickými zdravotními podmínkami a dětem bylo mezi 4 a 6 lety. Cíl této studie byl zjistit, jak se rodiče vypořádávají s péčí o své děti, jak vypadá jejich sociální život a jak si tito rodiče a rodiny utvářejí vlastní identitu. Studii zde uvádím proto, že později popíšu možnou intervenci ergoterapeuta v těchto rodinách.

Výzkumu se zúčastnilo 22 rodin, s nimiž absolvující studenti (z oborů ergoterapie, všeobecná sestra, speciální pedagogika a logopedie) dělali rozhovory a v průběhu 6 měsíců s nimi byli po dobu 60 hodin při různých aktivitách a vycházkách. Jak už jsem zmínila, dětem v tomto výzkumu bylo 4 až 6 let. Typ rozhovorů, které byly vedeny s rodiči, byl založen na definici dle Turnbull, Turnbull (2004). Rodiče měli popsat typický den, rodinné zvyky, jakou mají sociální podporu, jaké podstupují intervence a jak jsou s nimi spokojeni a jaké jsou jejich sny a představy do budoucna.

V souvislosti s péčí o děti se objevovala tři témata. První téma byla výzva být stále tady, maminky popisovaly své neustálé úsilí zprostředkovávat dětem, které jsou naprosto odkázány na své rodiče, léčebné, vzdělávací a odpočinkové potřeby. Rodiče zjistili, že i přes veškerý čas strávený s dětmi, ale strávený většinou formou poskytování péče a léčebných procedur, nedávají dětem dostatek prostoru na hru a sociální interakci. I když jsou rodiče s dětmi stále, nemůžou jim nahradit komunikaci s okolím. Jak jedna maminka uváděla, největším úkolem bylo zkusit najít cestu, jak by se mohl jejich syn nezávisleji účastnit života a komunikovat s nimi. Druhé téma, které se objevovalo, byl fakt, že jeden z rodičů musel vzdát svoje plány v kariéerním životě, aby se mohl starat o své dítě. A třetí téma bylo vypořádání se s činěním rozhodnutí a kompromisů, které jsou rodiče nuceni dělat za své děti. Rodiče se v podstatě nikdy necítili být dostatečně vzdělaní ohledně možných následků. Obecně rodiče dělali kompromisy, ve kterých

museli zvážit například cenu a benefity, nebo konkrétně například počet záchvatů a bdělost dítěte (jeden chlapec z výzkumu trpěl záchvaty, které musely být ošetřeny léky, po nichž bych ale chlapec apatický. Rodiče se proto rozhodli čelit více záchvatům, ale mít syna bdělého.)

Co se týče sociálního života, rodiny mají kvůli léčebným procesům svého dítěte dost jasně strukturovaný den, do kterého se těžko vkládá čas na odpočinek. Dále rodiče řeší otázku, kde mohou najít hlídání pro své děti a mít tak chvíli volna. V okamžiku, kdy rodina opouští domov, musí stále „očekávat neočekávatelné“. Vždy musí mít plán „A“ a „B“, plán A je obvykle předpoklad, že vše půjde hladce, plán B, že například dítě nebude aktivita bavit, dostane záchvat, začne zvracet atd.

Třetím řešeným problémem byla vlastní identita rodiny. Rodiče vysvětlovali, jak jim jejich děti pomohly vážit si života a být citlivější a tolerantnější k rozdílům mezi každým jedincem. Museli se stát silnými obhájci nejen svých, ale i jiných dětí s podobnými potřebami. Někteří rodiče skutečně pracují pro různé advokátní skupiny.

Intervence ergoterapeuta v těchto rodinách mohla spočívat například v nalezení cesty, jak pomoci dítěti se jakkoli účastnit hry a komunikace s okolím (například pomocí augmentativních technologií), dále mohli z úhlu jiného člověka pomoci rodičům zefektivnit denní rituály a zprostředkovávání péče dětem. Krom sester a doktorů je i na ergoterapeutech podávat srozumitelné informace rodičům, aby se cítili informovaní a snáze se jim dělala za děti rozhodnutí. Pokud už rodič nějaké rozhodnutí udělá, měli bychom toto rozhodnutí respektovat a podporovat v něm rodiče, protože jak ve výzkumu rodiče uváděli, negativně pociťovali, že nemají jednu jasně danou, správnou možnost. Dalším odvětvím pomoci ergoterapeuta je podpora rodičů v tom, aby naučili ostatní členy rodiny starat se o dítě s postižením, širší rodina často pomoci chce, ale neví jak. Role ergoterapeuta je poslouchat (Case-Smith, 2004).

Nyní si řekněme, kdo vlastně rodinu definuje? Pro některé je rodina pouze on (popřípadě sourozenci) a rodiče, někdo do rodiny začleňuje i babičky a prababičky a někdo považuje za rodinu dokonce i domácí zvířátka (Humphry, Corcoran, 2004). Jedna standardní definice rodiny popisuje rodinu jako „sociální a ekonomickou jednotku skládající se z minimálně jednoho nebo více rodičů a jejich dětí“ (Case-Smith, 2004). Tato definice však popírá složitost rodinné konfigurace a to, jak nás v dalším životě tato konfigurace ovlivňuje ve věcech jako je manželství, narození, smrt, rozvod a tak dále. Obzvláště v multikulturních společnostech se objevuje velká diverzita v chápání rodiny. Tato diverzita je způsobená mnoha důvody. Někdy je to odpověď na sociální změny,

kteře se objeví v reakci na požadavky prostředí, požadavky sociální, politické či ekonomické. Rodiny chtě nechtě na tyto změny musí odpovídat. V západní kultuře se objevuje krize identity rodiny, vyskytují se například otázky, jestli můžou dva lidé stejného pohlaví tvořit rodinu, jestli jsou do této rodiny počítány děti atp. Pokud můžeme za rodinu považovat jak dítě s rodičem, tak rodinu zahrnující několik generací, můžeme jakožto profesionálové přistupovat k rodině podle určitého přístupu? (Fitzgerald, 2004) V ČR se této otázce věnují rodinní terapeuti např. Vladislav Chvála a Ludmila Chválová- Trapková, Muž a žena v rodině, 2014.

Profesionálové, například my, ergoterapeuti, volíme v zásadě dvě perspektivy v přístupu. Jednou je perspektiva experimentální, ta je založená na našich vlastních zkušenostech. Ergoterapeuti vidí své rodiny i rodiny cizí pod úhlem standardů, se kterými byli vychováni. Druhá možnost je založena na expertních znalostech a na profesních textech. Rodina je viděna pod úhlem vzdělání profesionálů. Schopnost kriticky zhodnotit informace o rodině se pak profesionál učí v průběhu praxe (Case-Smith, 2004).

Naše úloha práce s rodinou je velice důležitá, jsou rodiny, které dělají za dětského klienta úplně všechno, i když z našeho pohledu by byl klient schopný zvládnout ADL sám. Naš cíl v těchto rodinách je přiblížit je co nejvíce kulturnímu ideálu rodiny nebo alespoň terapeutickému ideálu či stavu, který se nám bude hodit organizačně při práci s dítětem. Potřebujeme celou rodinu jako celek i jednotlivě učit soběstačnosti (Fitzgerald, 2004). V terapii může nastat i situace, kdy se terapeuti různými prostředky (i formou sankcí) snaží rodiče něco naučit, ale rodiče to odmítají a přístup terapeutů jim je proti srsti, avšak rodiče nemají stejnou možnost sankcí jako terapeuti, trpí, a pak se celá terapie stává naprosto zbytečnou, bez jakýchkoli výsledků.

Zde nám vyvstává velké téma, jestli by rodina měla hrát v terapii roli či nikoli. Podle Browna, Humphryho a Taylora (1997) (Case-Smith 2004) existuje sedmistupňová hierarchie, jak může být rodina do terapie začleněna. Tyto stupně jsou:

1. Žádné začlenění
2. Rodina jako informátor
3. Rodina jako asistent terapeuta
4. Rodina jako klient
5. Rodina jako konzultant
6. Rodina jako spolupracující člen týmu
7. Rodina jako vedoucí terapie

Samozřejmě ze školy víme, že by si rodina s dítětem v čele měla určovat tempo terapií a měla by pro nás být součástí našeho týmu, ale v praxi to není vždy možné. I z rozhovorů s terapeuty vyplývá, že rodina někdy vystupuje jako velká podpora, ale někdy je bohužel pro klienta bariérou (Fitzgerald, 2004).

Jak se rodina bude projevovat, záleží na mnoha faktorech. Například na organizaci a charakteru poskytované služby profesionály, dále záleží na organizaci, morálce, zvycích a rolích jednotlivých členů v rodině a v jejím kulturním prostředí (rodiny z jižních zemí budou hrát pravděpodobně důležitější roli než individualističtější rodiny ze severu, stejně tak jiná kultura vnímá jinak nemoc či postižení a na to musíme brát vždy ohled), na tom jak komfortně oběma stranám ve vztahu terapeut x rodina je (Fitzgerald, 2004).

Jedna studie například ukázala, že terapeut vstupuje do rodiny s nějakým očekáváním, jak by se situace měla vyvíjet a pokud se situace ubírá jiným směrem, je třeba o diskomfortu diskutovat (Fitzgerald, 2004). Právě z důvodu potenciálního diskomfortu, zklamání z naší strany, pocitu selhání, že nejsme schopni rodinu přimět dělat to a to, je důležité neočekávat nic, i když se připravíme na osm možných scénářů, vždy může nastat ten devátý. Zní to relativně banálně, ale může to pro nás být v krajním případě dobrá prevence proti syndromu vyhoření (Kazuistický seminář Mobilní hospic, Cesta domů). Toto také poukazuje na důležitost celoživotního vzdělávání terapeutů a na nutnost pravidelně se účastnit supervizí.

2.6 Ergoterapie u dětí v České republice

V této kapitole bych nejprve ráda připomněla, co vlastně ergoterapeut může s dětmi a pro děti dělat. Potom se podívám na studium ergoterapie a výuku pediatrie v České republice. Nakonec zde uvádím, jaké jsou možnosti ergoterapie u nás (stacionáře, ambulantní, lůžková ergoterapie a nedostatek ergoterapie domácí.)

Ergoterapie se u dětí obecně zaměřuje na:

- „cílenou terapii na problematickou oblast, s důrazem na hrubou a jemnou motoriku horních končetin, zkvalitnění pohybu, koordinaci pohybu, zvýšení svalové síly, senzomotoriku, vnímání vlastního těla, a to vzhledem k tělu vlastnímu, tak k okolnímu prostředí
- grafomotoriku
- rehabilitaci kognitivních a komunikačních schopností

- řešení v oblasti soběstačnosti, vyšetření a nácvik běžných denních činností (např. jídlo, pití, oblékání, osobní hygiena, lokomoce)
- výběr a praktické vyzkoušení kompenzačních pomůcek. Úprava domácího prostředí, popř. školkového a školního prostředí.
- konzultaci a spolupráci s rodinou“ (Carpe diem Bohemia, s.r.o, Centrum řeči a komunikace, 2013)

Ergoterapie je vhodná již pro děti na neonatologických jednotkách, děti s DMO, po poraněních mozku, děti s kombinovaným postižením, děti s ADHD, děti s různými genetickými vadami, v podstatě můžeme říct, že pro jakékoli děťátko, které potřebuje pomoci v některém odvětví soběstačnosti. (Carpe diem Bohemia, s.r.o., Centrum řeči a komunikace, 2013) Praxe Motol 2013)

Ergoterapie se v současné době (otevřené obory pro akademický rok 2015/2016) dá v bakalářském studiu studovat na třech vysokých školách. Na 1. lékařské fakultě v Praze v prezenční formě (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2006-2015), na Západočeské univerzitě v Plzni také v prezenční formě (Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni) a na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem v prezenční i kombinované formě (Univerzita Jana Evangelisty Purkyně). Nově je také otevřeno magisterské studium oboru ergoterapie na 1. lékařské fakultě v Praze.

Na 1. lékařské fakultě je, co se dětí týče, v rámci studia předmět Pediatrie a Ergoterapie v pediatrii. (Studijní informační systém) Na západočeské univerzitě jsem nenašla žádný předmět týkající se vyložene dětí (Západočeská univerzita v Plzni, 1991-2015). Na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně pak mají, stejně jako 1. LF, předmět Pediatrie a Ergoterapie v pediatrii. (Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem)

Ve Věstníku ministerstva zdravotnictví je podrobněji popsán specializační obor Ergoterapie pro děti. Cílem tohoto oboru je „osvojit si potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, návyky týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků“. Studium trvá 18 měsíců až dva roky v celkovém počtu 440 hodin z čehož je přes 50% praktická výuka. (Příloha 6: Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti)

Obecně můžeme rozdělit dětskou ergoterapii v ČR na stacionáře, ambulantní, lázeňskou a domácí. V příloze 4 je stažena tabulka ze stránek České asociace

ergoterapeutů (Česká asociace ergoterapeutů, 2008), ve které jsem vybrala zařízení pro děti a mládež, kde pracuje ergoterapeut. Napříč kraji máme podle tohoto seznamu 16 stacionářů; 26 ambulantních zařízení; 21 lůžkových; 5, které poskytují školní rehabilitaci a 4 lázeňské a rehabilitační ústavy. Okolo 9 zařízení jiného typu (mezi které spadají dílny, integrované volnočasové aktivity atp.). Bohužel, o domácí ergoterapii není v seznamu ani zmínka, pouze se zde vyskytuje možnost 2 terénních služeb a ty poskytuje Česká asociace paraplegiků (CZEPA), která funguje pro celou ČR a v Pardubicích KŘÍŽOVATKA handicap centrum o. p.s.

Pokud cíleně hledáme heslo „ergoterapie pro děti“ (na google.cz, protože tento vyhledávač nabízí nejrelevantnější odkazy vzhledem k zadaným klíčovým slovům, proto je hledání relativně jednodušší (konzultace s IT specialistou), najdeme několik stránek, kde je ergoterapie vysvětlena, například portál Spokojené dítě (Spokojené děti, 2015), přes tento portál se dá dostat k odkazům na sdružení (jako je Jedličkův ústav) ale i zajímavá odpočinková místa pro maminky (kavárna na Vyšehradě). (Spokojené děti, 2015) Další portál je Dobromysl (Dobromysl.cz, 2002-2012).

Až na druhé straně vyhledávače nalezneme odkazy na konkrétní organizace či lázně. A zde už se začínáme setkávat s rozdíly oproti tabulce ze stránek ČAE, tam totiž například není: Alfa Human Service, tato organizace vznikla v roce 2000, podporuje rodiče se zdravotním postižením a profesionály. (AlphaHS) Pod soukromou zdravotnickou organizací Canadian Medical Care nabízí ergoterapii Mgr. Eliška Haškovcová (Canadian Medical Care, Family Medical Centre, 2015). Dále naleznete stránky Reha Arnika, kde je také zaměstnán ergoterapeut. (Jedličkův ústav a školy, 2010), Carpe Diem Bohemia s.r.o (Carpe diem Bohemia, s.r.o, Centrum řeči a komunikace, 2013) nebo AUTcentrum (AUT-centrum o.p.s, 2013). V tabulce ČAE jsou vedeni pouze ergoterapeuti, kteří si o zapsání do seznamu požádají. Některá pracoviště tak nečiní, aby nebyla přetížena.

Pokud budeme mluvit o možnosti domácí ergoterapie, po zadání hesla „domácí ergoterapie pro děti“ do google.cz, dostanete se k odkazům na Mgr. Veroniku Vítovou, která dělá domácí návštěvy v rámci Hnízda a v minulosti pro IC Zahrada (Mgr. Veronika Vítová, Hnízdo_a Integrační centrum Zahrada, 2015), v rámci IC Zahrada však byla možnost domácích návštěv již zrušena. Dále chodí ke klientům domů Mgr. Eliška Haškovcová pod Canadian Medical Care. Domácí návštěvy jsem našla i pod Carpe Diem Bohemia. Soukromou praxi s možností ergoterapie doma poskytuje i Bc. Monika

Kohoutová (www.ergodoma.cz, 2008-2009), nicméně ta nemá na stránkách specifikováno, jedná-li se i o děti.

Velkým pokrokem, co se domácích návštěv týká, je změna v sazebníku zdravotních pojišťoven, kdy některé nové úkony již nejsou vázány na místo provedení a mohou být vykonávány i doma. Na druhou stranu například kód pro návlek ADL již nebyl omezen místem déle, pak záleží na dohodě ergoterapeuta se zaměstnavatelem, jestli mu povolí vyjet na domácí návštěvu, jak bude řešeno proplacení cesty nebo jak budou řešeny případné právní otázky (Příloha 5: Sbírka zákonů č. 326/2014 – kódy pro ergoterapeuty).

2.7 Ergoterapie u dětí v zahraničí

Z vlastní zkušenosti a z konzultací vím, že ergoterapie obecně není v České republice tolik rozšířený obor, nicméně se tato situace každým rokem zlepšuje. Co se týče ergoterapie u dětí, jak je z předchozí kapitoly vidět, není rozšířená tak, jak by si zasloužila. Naproti tomu například v Německu je ergoterapeut vedoucím celého rehabilitačního týmu (Exkurze, Univerzitní nemocnice Ghent). Myslím si, že pro lepší výkon naší profese, je dobré mít představu, jak ergoterapie probíhá v jiných zemích, proto se tomu chci ve stručnosti věnovat v této kapitole.

Mluvíme-li o studiu ergoterapie v zahraničí, vybrala jsem několik zemí, kde jsem našla, na kolika univerzitách se ergoterapie učí. Ve Velké Británii mají 32 univerzit, které nabízejí 46 titulů zakončených studii ergoterapie (What uni?, 2007-2015). Bakalářský program zde může trvat od jednoho roku do tří let. Na těchto stránkách: <http://www.otaus.com.au/work-or-study/university-programs/university-courses>, se dá zjistit, kde a v jaké formě se studuje ergoterapie v Austrálii. Co se níže zmiňované Koreje a Taiwanu týče, nenašla jsem přesné počty univerzit, nicméně se zde ergoterapie na vysokých školách studuje. Naproti tomu, vrátíme-li se k našim nejbližším sousedům na Slovensku a v Polsku není studium ergoterapie zavedené vůbec.

Zaměříme-li se na ergoterapii v domácím prostředí, v Británii ergoterapeuti běžně dělají domácí návštěvy. Především vyhodnocují, co a jak děti dělají a zvládají samostatně. Mimo domácí ergoterapie chodí s dětmi i do školy, aby je mohli pozorovat na dalším místě, kde děti tráví hodně času a kde by mohli konzultovat schopnosti dětí s učiteli či asistenty (Exkurze, centrum Haven). Na stránkách AOTA, ENOTHE a COTEC jsem se snažila najít informace k domácí ergoterapii, ale neuspěla jsem. Proto

jsem si vybrala ohledně domácí intervence dva články z Ameriky, jeden z Korey a jeden z Taiwanu, abych alespoň přibližně zjistila, jak domácí ergoterapie probíhá v různých kulturách. Všechny studie zahrnují věk dětí, který odpovídá věku vydefinovanému v mé bakalářské práci. V rámci jednoho výzkumu z Taiwanu ergoterapeuti také kromě čtyř návštěv v rodinách, uskutečnili jednu návštěvu ve škole, aby se seznámili s prostředím dítěte zapojeného do výzkumu (Wuang, 2013).

V péči o dítě se speciálními potřebami se nám objevují určitá témata, která rodiče řeší napříč světem. Například rodiče popisují pocity stresu z rozhodování za svého potomka, způsobené nedostatkem informací o možnostech léčby (viz výše, kapitola o rodině). Nedostatek informací může způsobit i pocity znepokojení, strachu, stresu a nemožnosti s dítětem navázat kontakt při tak základní, ale zároveň doslova životně důležité aktivitě jako je krmení (Sj, 2014). Naopak dostatek informací i v tištěné podobě před uskutečněním výzkumu rodiče zpětně hodnotí velice kladně (Wuang, 2013). Je dokázáno, že si po návštěvě doktora či jiného zdravotníka odnášíme jen asi 20% informací, které nám jsou podány (Ergoterapie, psychosociální přístupy), proto je kromě verbálního popisu terapie psaná forma velice užitečnou cestou, rodič se může kdykoli k manuálu vrátit a znovu si zopakovat, co má dělat, obzvláště pak, je-li terapie strukturována tak, že ergoterapeut vysvětlí rodičům, co mají s dítětem dělat a následně chodí občas kontrolovat, jak to rodič umí a dělá. (Wuang, 2013 Novak, 2007)

Ráda bych se vrátila k problému krmení, to je položka, kterou u dětí se speciálními potřebami budeme často řešit, ostatně, jak mi řekla v rámci semistrukturovaného rozhovoru jedna ergoterapeutka, je to její v podstatě „denní chleba“. Kromě výživy jako takové pro nás všechny jídlo představuje druh zábavy (Hewitt-Taylor, 2008) a může být formu socializace (Kurz Bazální stimulace, 2014). Je to také něco, co je do značné míry ovlivněno kulturou (Sj, 2014) (např.: čím se jídlo jí, kdy se jí, které z jídel je nejdůležitější atp.). Jako v ostatních odvětvích naší intervence, musíme i při jídle dávat pozor na to, abychom při terapiích nevnucovali naši kulturu někomu, kdo je zvyklý na něco jiného. I když si to možná neuvědomujeme, u malých dětí je jídlo velice určováno dospělými osobami v okolí dítěte, rodiče jsou nakonec těmi, kteří rozhodují, co dítě bude jíst, kdy to bude jíst a tak dále (Sj, 2014). Role ergoterapeuta v procesu krmení je velice důležitá a v domácím prostředí pak ergoterapeut dokáže obsáhnout více věcí točících se kolem jídla, které ovlivňují celou rodinu. (Sj, 2014). Z případové studie udělané v Koreji vyplývá, že před domácí ergoterapií byla maminka šestnáctiměsíčního chlapečka vystrašená a nervózní

z každého krmení svého syna, které probíhalo relativně často, kvůli speciální chlapcově dietě. Kvůli stresu matka nebyla schopná navázat v průběhu krmení žádný vztah. Již po dvou týdnech domácí intervence ergoterapeuta, který mamince vysvětlil, ústní motoriku jejího syna, se maminka cítila uvolněnější a méně stresovaná. Díky tomu velice rychle sama vypořádávala, kdy je syn spokojený a kdy naopak ne, nebo například, kdy má hlad. Kromě edukace rodičů, ergoterapeut vysvětlil základy handlingu v průběhu krmení a doporučil rodině, aby neoddělovali krmení chlapečka a vlastní obědy a večeře. Když jedli rodiče, byl synek s nimi u stolu a očividně si užíval zapojení do kolektivu. Jak vyplývá, výsledky studie o domácí ergoterapii u chlapečka s poruchami příjmu potravy byly výborné. Mimoto se zkrátila doba krmení ze 40 minut na 10 (Sj, 2014).

Před každou intervencí a neméně tak před domácí intervencí si musíme stanovit cíle terapie a podle toho pak stanovit frekvenci návštěv. Musíme hledat možnosti, jak do terapie promítnout pohled a potřeby terapeuta, rodiče a popřípadě názor dítěte samotného. Vzhledem k tomu je jednou z možností, jak vést domácí intervenci, instruovat rodiče co a jak mají s dětmi cvičit, jaké hry a jak hrát, a čas od času se přijít podívat, jak to funguje (Novak, 2007; Wuang, 2013). Další variantou samozřejmě je pak pravidelné a časté docházení ergoterapeuta domů, kde vede hodinu pouze terapeut. (Linderman, 1999; Sj, 2014)

Každý z nás je individualita, stejně tak jako každého z nás baví něco jiného, každému z nás vyhovuje něco jiného, ne každému děťátku bude vyhovovat domácí ergoterapie. Jak například uvádí studie z Taiwanu, domácí intervence prokazatelně u dětí zlepšila jemnou motoriku, méně prokazatelně hrubou, důvodem může být například málo zdrojů, které měli rodiče k dispozici, jak vykonávat správná cvičení. Domácí terapie mají nesporné pozitivní výsledky, ale nejsou neomylné, stejně jako ty ambulantní, proto je jak u nás tak v zahraničí potřeba dalších a dalších výzkumů a studií v tomto odvětví ergoterapie (Wuang, 2013).

Pokud bych měla srovnat studium ergoterapie v ČR a v zahraničí, vyrovnáváme se například Belgii (Přednáška, Erasmus), ostatní země z pohledu studenta bohužel nemohu porovnat. Co se praxe v domácím prostředí týče, funguje tento přístup v zahraničí lépe než u nás (ve Velké Británii, na Taiwanu, v Americe). V Koreji pak sice mají podobný zdravotní systém jako my a domácí ergoterapii musí skrývat pod jiné názvy, i přesto však tvoří případové studie. Ty jsem bohužel u nás nenašla.

3 Praktická část

3.1 Metodologie práce

V rámci své bakalářské práce jsem si určila několik cílů. Nejprve jsem se chtěla seznámit s nabídkou a poptávkou ergoterapie pro děti v České republice. Dalším cílem bylo zhodnotit, jestli by ergoterapeuti či rodiče sami uvítali a využili domácí intervenci ergoterapeuta (ať už na bázi pravidelné, či jednorázové). Pomocí rozhovorů jsem následně chtěla posoudit možnosti a úskalí domácí ergoterapie a její důležitost v praxi.

Zabývala jsem se hlavně těmito otázkami: „Využili by rodiče dětí se speciálními potřebami domácí ergoterapeutickou intervenci?“; „Chtěli by ergoterapeuti zařadit do svých terapií domácí návštěvy?“ a „Jaké možnosti a úskalí domácí intervence přináší?“.

Abych byla schopná odpovědět na stanovené otázky, využila jsem semistrukturovaných rozhovorů s dvěma ergoterapeuty pracujícími s dětmi v ambulanci a dvěma v domácím prostředí. S dvěma rodinami, které měly domácí návštěvu, a dvěma, které na ergoterapii dochází ambulantně (všechny respondentky byly ženy). Jeden kontakt na ergoterapeutku pracující v domácím prostředí a kontakt na obě pracující ambulantně jsem získala od Mgr. Veroniky Vítové. Jeden kontakt na domácí ergoterapeutku jsem měla z internetu. Zbývající kontakty jsem získala od ergoterapeutek oslovených kvůli rozhovoru. Všechny respondenty jsem kontaktovala e-mailem, s informacemi o tom, kdo jsem, jaké mám téma bakalářské práce a proč jim píšu, v e-mailu jsem navrhovala kromě osobního setkání i rozhovor vedený přes skype, dopředu jsem informovala o délce rozhovoru, kterou jsem odhadovala asi na třicet minut (většina rozhovorů pak trvala kolem čtvrt hodiny). Jedna z ergoterapeutek se mi ani na opakování e-mailu neozvala, takže jsem opět oslovila jednu z dotazovaných terapeutek. Z tohoto důvodu a z důvodu nemoci jedné rodiny a následné návštěvy lázní se mi pak prodloužilo předpokládané zpracovávání rozhovorů.

Pro sběr dat jsem volila semistrukturované rozhovory. V semistrukturovaném rozhovoru máme určeny okruhy témat a definované otázky, které budeme klást. Výhodou semistrukturovaných rozhovorů je jejich plynulost a volnost, a také to, že nemusíme mít pořadí, ve kterém otázky klademe, pouze musejí všechny dané otázky v průběhu rozhovoru zaznít a musejí být zodpovězené. Na co si musíme při semistrukturovaném rozhovoru dávat pozor, je srozumitelnost a adekvátnost otázek vzhledem k tématu. (Hendl, 2005)

Rozhovory jsem následně vyhodnocovala pomocí SWOT analýzy. Ta umožňuje jednoduše vyhodnotit silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby u malého vzorku respondentů. A právě z těchto dílčích bodů se pak dají snáze vyčíst požadované výsledky. SWOT analýza je přehledná a právě při malém počtu respondentů se s ní dobře pracuje. Nejprve jsem si udělala SWOT analýzu u každého rozhovoru zvlášť (předlohu, podle které jsem SWOT analýzu dělala, najdete v příloze 1), a poté jsem dala dohromady všechny zjištěné informace o domácí ergoterapii a o ambulantní ergoterapii (viz níže v kapitole Výsledky).

3.2 Výsledky

Obecně můžeme na základě provedených rozhovorů říct, že jedna terapie u nás trvá asi šedesát minut. Někdy je do tohoto času započítána i administrativa a konzultace s rodiči. V domácí terapii pak lze tuto dobu prodloužit až na dvě hodiny času. Co se výsledků týče, můžu říct, že pokud někdo zmiňoval výhodu domácí ergoterapie, často se jednalo právě o nevýhodu ambulantní a naopak. SWOT analýza, zhodnocující celkově domácí ergoterapii a celkově ambulantní terapii viz tabulka 1 a 2 na konci této kapitoly.

Ze SWOT analýzy vyplývají následující výsledky: u obou maminek dotazovaných na domácí ergoterapii byl její účel trochu jiný, u jedné jde o dlouhodobou spolupráci s ergoterapeutem, u druhé spíše o jednorázovou konzultaci. Nicméně se obě dvě shodly na určitých přínosech domácí ergoterapie. Oběma vyhovovalo zapojení terapie do každodenních aktivit, které s dětmi maminky stále řeší (například jídlo). Navštěvující terapeutka se stala zdrojem inspirace a ukázala rodičům konkrétní nápady a „vychytávky“, které rodičům mohou doma pomoci s jejich konkrétními věcmi. Jedna z maminek dále vyzdvihovala na domácí ergoterapii to, že se nemusí s dcerou nikam vypravovat, může pro dítě připravit i zajímavější činnosti, než které se dají stihnout v ambulanci, v domácí terapii oceňovala lepší komunikaci s terapeutem a také jí vyhovovalo to, že si může terapii zasadit do svého rozvrhu svobodně.

Obě maminky jmenovaly jako nevýhodu cenu domácí intervence, která by samozřejmě zmizela, pokud by byla terapie vypsána na pojišťovnu.

Jedna z maminek vidí velice pozitivně možnost podpory ergoterapeuta přímo doma při výběru kompenzačních pomůcek. A naopak jako nevýhodu ambulantní ergoterapie pocítuje v tom, že se synem není, a tudíž neví, co terapeut se synem dělá.

Ergoterapeutky, pracující v domácí rehabilitaci se neshodly na stejných dílčích bodech ve výhodách a nevýhodách domácí ergoterapie, ale celkově je jejich pohled v podstatě stejný. Oběma jim připadá přínosné, že v domácím prostředí pracujeme s věcmi, které mají rodiče a děti doma, a ukazujeme jim novou cestu, kudy se můžou vydat.

Celkový přístup terapeutek je holistický a na rodinu jako takovou orientovaný, jmenovitě pak jako výhody domácí intervence vidí: rodič je v klidu doma a nemusí se nikam vypravovat; umí použít věci, které mají přímo doma; pokud je děťátko méně pohyblivé, je pro něj určitě jednodušší zůstat doma; terapeut si hraje s dítětem s hračkami, které dítě zná a má je rádo; v přirozeném prostředí se snáze s dítětem navodí důvěra.

Naopak nevýhody vidí v čase, při přejezdu od klienta ke klientovi se terapeut může zaseknout v dopravní zácpě a tím se mu rozhodí celý časový plán, což má samozřejmě i dopad na časový rozvrh rodiny. Jedna z terapeutek vidí nevýhodu i v tom, že na domácí návštěvu nemůže donést veškeré pomůcky či hračky, které by dítěti či rodiči chtěla ukázat, jako tomu je v ambulanci. Pro tuto ergoterapeutku je nevýhodou i samo přejíždění od klienta ke klientovi. Má-li člověk stálé zaměstnání plus domácí návštěvy, je to unavující.

Z pohledu ambulantní terapie uvádějí ergoterapeutky jako její výhody, že se rodič může dohodnout s terapeutem a po dobu terapie si zajít na nákup nebo na procházku, zkrátka obstarat si něco čistě po svém, další výhodou ambulance je podle jedné ergoterapeutky to, že si člověk připraví, co chce dělat, v domácím prostředí je větší flexibilita atmosféry, do které terapeut přijde. Nejen pro začátečníky, ale i pro profesionály, kteří jsou již delší dobu v praxi je výhodou ambulance možnost v podstatě okamžité konzultace s kolegou, v nemocnici pak i relativně rychlé vyřízení různých vyšetření, na které můžete čekat jako čistě domácí ergoterapeut i několik měsíců. Obě dvě mají i své ambulantní klienty a jako nevýhody ambulantní vidí jedna z nich opět čas, tentokrát ve smyslu toho, že ambulantní terapie nemůže být tak dlouhá jako ta domácí. Při jednom z rozhovorů zazněla velice zajímavá myšlenka a zároveň návod, jak v domácí rehabilitaci předejít nošení práce domů: mít vlastní místnost, kde si ráno pomůcky vyzvednete, objedete klienty a večer si je tam přinesete zpátky. Je to vlastně forma příchodu ráno do práce a odchodu večer z práce. V přednáškách z psychologie ve škole nám byla také připomenuta důležitost tohoto rituálu, pro vlastní psychohygienu bychom na to měli myslet.

Srovnám-li, co mi maminky řekly, že považují za výhody a nevýhody domácí intervence, názory se shodují s názory terapeutek. Samozřejmě velice záleží na komunikaci mezi terapeutem a rodinou, ale celkově můžu říct, že ergoterapeuti vidí stejné možnosti ergoterapie, jaké po ergoterapii chtějí rodiče. Jmenovitě: terapeutky nabízejí ukázkou toho, co se dá dělat s věcmi, které máme doma, a to přesně vyžadují maminky, i proto, že se tak můžou vyhnout zbytečnému nákupu nákladných a snadno nahraditelných pomůcek. Pro některé rodiče je cesta s dítětem kamkoli náročná akce, vyžadující přípravu, jestliže rodiče můžou zůstat doma, jsou klidnější a tím je klidnější i dítě a v tom vidí výhodu i terapeuti.

Obě dvě maminky, které chodí s dítětem na ambulantní ergoterapii, jsou s tímto přístupem spokojené a v současné době by nic neměnily, nicméně je zajímavé, že když jsem se zeptala na domácí ergoterapii, obě dvě byly schopné vyjmenovat její konkrétní výhody, které si myslí, že by domácí intervence mohla mít. Těmito výhodami je již několikrát zmiňovaný návod, jak a s čím se dá pracovat doma. Druhá maminka zas jmenovala již také výše uvedené ušetření cesty, která je pro její dítě únavná, což má vliv na ambulantní terapii – přijede-li dítě na ambulanci unavené, je samozřejmě snížena jeho schopnost soustředění se.

Velikou možností ambulantní ergoterapie je fakt, že může být pro dítě formou kroužku. Jak jedna maminka uvedla, jezdí s dcerou na ergoterapii po Vojtově metodě a holčička má ergoterapii za odměnu. Stejná maminka, i když velice spokojená s nynějším nastavením ambulantní ergoterapie, přiznala, že kdyby o domácí ergoterapii věděla, rozhodně by ji na začátku, když se dcerka narodila a kdy nevěděla kudy kam, jak upravit domácí prostředí, jak dcerušku motivovat, určitě by ji velice ocenila. Což můžeme jmenovat jako relativně velkou slabinu domácí ergoterapie, a tou je nedostatek informací ve správný čas.

Ergoterapeutky pracující ambulantně se jasně shodly na časových výhodách ambulantní praxe. Obě srovnávaly situaci s časem na lůžkové pacienty, který, v jejich případech, býval kratší než na ambulantní pacienty. Obě dvě pak vidí výhodu v tom, že ve své ambulanci mají velké množství pomůcek a díky tomu vlastně mohou velice flexibilně měnit terapii podle toho, jestli dítě terapie baví či ne. Další výhody ambulantní ergoterapie viděly v tom, že děti jsou oproti lůžkovým pacientům stabilizované, oproti například stacionářům viděla jedna ergoterapeutka v ambulantní rehabilitaci určitou formu psychohygieny pro terapeuta (ambulantní klientela bývá variabilnější). Také zázemí instituce je pro ergoterapeuta výhodou ambulance. Plus

instituce (má-li na veřejnosti dobré jméno) funguje jako doporučení pro terapeuta. Bohužel, má-li špatné jméno, efekt i pro terapeuta je zcela opačný.

Nevýhodou v ambulancích je to, že terapeut nemůže vidět chování dítěte v domácím prostředí. Obě dvě terapeutky zdůraznily důležitost perfektní spolupráce s rodinou v ambulantní praxi. Což je pro nás ergoterapeuty, pracujícími s dětmi důležité obecně, nejen v určitém typu intervence.

Když jsme se začaly bavit o domácí ergoterapii, obě dvě kvitovaly fakt, že (i z důvodu nemožnosti nosit veškeré pomůcky z ambulance s sebou) v domácím prostředí ukazujeme rodičům, co a jak dělat doma, a my jakožto terapeuti máme možnost vidět dítě v přirozeném prostředí. Výhodou, ale snad i nevýhodou domácí ergoterapie pak pro jednu z nich bylo, že se dítě více předvádí: na jednu stranu je to pozitivní fakt, kdy dítě (aby se ukázalo) dovede mnohem více věcí, naopak někdy je dítě „rozjívené“ příliš a pak je těžké ho zaměřit zpět k nějaké činnosti. V domácím prostředí mi pak u dítěte může odpadnout strach z neoblíbené instituce (hlavně nemocnice).

Jedna z ergoterapeutek vidí jako nevýhodu plánování času – kromě terapie samotné musíme myslet na čas strávený na cestě, na to, že se u klienta svlékáme, oblékáme my atp. Další nevýhodu v domácím prostředí viděla v nemožnosti konzultovat klienta s kolegou a jako určitou hrozbu domácí intervence také to, že nikdy nevíme, kdo si nás k sobě domů objedná, pokud pracujeme pouze jako domácí terapeut.

Domácí i ambulantní rehabilitace s sebou přináší samozřejmě i určité možnosti, ale i určité hrozby. Rodiče uváděli jako možnost domácí ergoterapie podporu v náročné situaci přímo v domácím prostředí, dále by viděli veliké možnosti hlavně v začátcích, po narození dítěte se speciálními potřebami, kdy vlastně nejvíc potřebují podpořit a poradit, co a jak dál. Jako určitou hrozbu uváděly ergoterapeutky fakt, že pokud nebudeme chodit na domácí návštěvy pod nějakou institucí, nevíme, kdo si nás domů může objednat. Pak také vyvstává otázka a určitá hrozba financování cest. Jako u všech pomáhajících profesí je i při práci s dětmi riziko syndromu vyhoření, obzvláště pak když pracujete s dětmi v domácím prostředí a nemáte místnost, kam si pomůcky ukládat – pak si nosíte práci každý den domů. Vyhnout se tomuto problému je právě mít nějaké zázemí, kde budu své pomůcky skladovat, ať už je to oddělená místnost v rodinném domě, kočárkárna v panelovém domě nebo něco jiného, co bude odděleno od míst, kde bydlím.

Možností ambulantní ergoterapie může být například to, že dítě bere terapii jako kroužek, je to pro něj forma relaxace a přináší mu to potěšení. Možností, ale zároveň

hrozbou by se mohlo stát jméno instituce, kde ambulanci mám: dobré jméno může v pacientovi vyvolat pocit, že budu dobrý ergoterapeut, naopak však špatné jméno mi může „ublížit“ či ztížit práci. Z pohledu lůžkové terapie, je ambulantní terapie ohrožena tím, že má-li terapeut plná lůžka, nemůže přijímat další ambulantní pacienty. V rozhovoru terapeutky uváděly jako hrozbu ambulantní ergoterapie nutnost naprosté spolupráce s rodinou, což je ale podle mého názoru důležité celkově v ergoterapii a velice důležité v práci s dětmi, ať už tato práce probíhá kdekoli.

Zajímavé je, že obě dvě ambulantní terapeutky uvedly, že sice byly na domácí návštěvě, ale obě jako přátelé rodiny, nikoli primárně v roli terapeutky. Tento fakt poukazuje na skutečnost, že rodiče, kteří vědí, co je to ergoterapie (mají ergoterapeuta za přítele), si sami o domácí intervenci říkají.

Tabulka 1: SWOT analýza domácí ergoterapie

<p><u>SD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pokud je dítě z daleka, nebo je jeho přemístování náročné • Ergoterapeut vidí domácí prostředí • Navození důvěry s terapeutem doma • Využívám hraček, co má dítě rádo a které zná v jeho známém prostředí • Rodič je v klidu doma, ve svém prostředí • Rodina ví, s čím a jak pracovat, jak využít domácí prostor • Polohování doma • Jak uzpůsobit hrací plochu • Možnosti sycení v domácím prostředí • Ušetření cesty někam a zpět • Terapie se načasuje dle potřeb rodiny • Zapojení té terapie do každodenních aktivit • Lepší komunikace • Zapojení „zajímavějších“ činností (pečení) a čas si je připravit 	<p><u>WD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeut nemůže nabídnout tolik věcí jako v ambulanci • Pro terapeuta nevýhoda ježdění • Čas (terapeut se zasekne v dopravní zácpě » opoždění na příchodu k dalšímu klientovi) • Pro rodiče cena
<p><u>SA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeut si připraví, co chce dělat (x WD: neví, do čeho doma přijde) • Rodič může být při terapii, ale může si i odpočinout • Rodič nemusí platit • Konzultace s kolegy, kratší čekání na vyšetření • Pro terapeuta-začátečníka: je na koho se obrátit 	<p><u>WA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Čas (není tolik času na jednoho klienta) • Stresující prostředí (nemocnice) • Rodič není s dítětem, tudíž neví, co se s ním dělá (stacionář)

<u>OD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Pomoc při výběru kompenzační pomůcky, podpora	<u>TD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Terapeut by měl mít někde nějakou místnost, nějaké zázemí, aby si nenosil práci domů
<u>OA:</u>	<u>TA:</u>

Tabulka 2: SWOT analýza ambulantní ergoterapie

<p><u>SA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychohygienu pro terapeuta (v ambulanci se často střídá různá klientela) • Všechny pomůcky u sebe • Zázemí instituce, kde ambulanci mám • Nastavení intenzity terapií (x lůžka) • Děti docházejí jen na terapii (x lůžka) • Více času (x lůžka) • Množství pomůcek k dispozici » » možnost flexibilněji měnit terapii 	<p><u>WA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevidíme reálné domácí prostředí • Omezená frekvence terapií • Dlouhé vypravování z domu » » únava při příjezdu na terapii
<p><u>SD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidím domácí prostředí klienta • Nemáme-li pomůcky jako v ambulanci, musíme improvizovat a tím lépe ukázat rodičům, co a jak, s konkrétními věcmi v domácím prostředí • Děti se víc předvádějí a vymýšlí nové věci, svobodně • Dítě nemá strach z neoblíbené instituce (nemocnice) • Kdyby byla domácí ergo., nikam by rodiče s dítětem nemuseli • Přizpůsobení rozvrhu rodiny • Rodič se může vyhnout nákupu zbytečných pomůcek 	<p><u>WD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence všech pomůcek u sebe • Časová struktura (oblékání, svlékání terapeuta atp.) • V instituci je možnost konzultovat pacienta neprodleně s kolegou • Děti se víc předvádějí a zlobí • Nedostatek informací o domácí ergoterapii

<p><u>OA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobré jméno instituce z vás může udělat z pohledu pacienta dobrého terapeuta • Ergoterapie může být místo kroužku, který má dítě bez handicapu 	<p><u>TA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutnost perfektní spolupráce rodiny • Špatné jméno instituce – z pohledu pacienta špatný terapeut • Je-li plná kapacita lůžek, nelze přijímat ambulanty
<p><u>OD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • V prvních měsících, v době dosažení určitých vývojových stádií by maminky poptávaly ergoterapii, ale info o ní se k nim nedostalo 	<p><u>TD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeut neví, kdo si ho k sobě objedná • Platba dopravy

3.3 Kazuistika

Jméno: D.S.

datum narození 29.4.2011

věk: 3

Pohlaví: žena

Diagnóza: DMO triparetická forma

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Osobní anamnéza: Předčasný porod (26+0tt), po porodu krvácení do mozku IV. stupně, v důsledku čehož má hydrocephalus a VP zkrat.

Sociální anamnéza: Bydlí v bytě s maminkou, tatínkem a dvěma sourozenci.

Školní anamnéza: Chodí do školky na dvě dopoledne, od září to budou všechna dopoledne, ve školce má osobní asistentku, kterou velice dobře zná.

Ergoterapeutické vyšetření:

1) HKK:

- **PHK:** dominantní (otázka je, byla-li by dominantní i bez triparézy)
 - pasivní pohyby: všechny bez omezení
 - aktivní pohyby: všechny bez omezení
 - úchopy: všechny, včetně všech fází úchopu
- **LHK:**
 - pasivní pohyby: v rameni, lokti a zápěstí bez omezení, klouby prstů jdou do maximální flexe až po protažení a rozcvičení ruky (abychom nepůsobili zbytečně velkou silou)
 - aktivní pohyby: v rameni, lokti a zápěstí bez omezení, u kloubů prstů velice záleží, jak je D. soustředěná na úchop nebo na činnost kterou dělá, umí ručičku hezky uvolnit, někdy je kontrola zraku pomocný prvek v uvolnění ruky, někdy naopak
 - úchopy: nejpoužívanější úchop je sekundární (prsty o dlaň), s dopomocí druhé osoby (tedy s nastavením ruky do správné polohy) zvládne pinzetový, kulový a válcový, klíčový nevyšetřen. Fáze úchopu: přiblížení, držení a oddálení bez omezení. Rozevření/zavření: záleží na soustředěnosti, rozevření ruky jde líp, je-li hračka poutavá a D se tolik nezabývá právě tou rukou. Pouštění předmětu už většinou nebývá kontrolováno zrakem, protože už D. sahá po další hračce. Někdy se také

stane, že předmět vypadne z ruky samovolně, pak záleží, jak moc je pro ni zajímavý, jestli se k němu vrátí nebo ji přestane bavit.

2) **soběstačnost:**

• **pADL:**

- oblékání: s dopomocí druhé osoby (« pole pro intervenci, D. je schopná se naučit oblékat s pouhou lehkou dopomocí druhé osoby; na horní polovině těla budou dělat asi větší problém zapínací mikiny a svetry, na dolní polovině tkaničky a zapínání na kalhotách); D. si svlékne sama boty a punčocháče, s tričkem potřebuje trochu pomoci přes hlavu a přes LHK.
- sebesycení: jídlo „do ruky“ zvládá sama, jí lžící pravou HK, vidlička není vyzkoušená
- osobní hygiena: pravou rukou si čistí zuby
- celková koupel: s dopomocí druhé osoby
- kontinence: plně kontinentní
- hra: D. si velice ráda hraje, miluje knížky a písmenka, ale nepohrdne ani panenkami, kostkami, provlíkáním tkaniček, překážkovou dráhou atp. Hraje si se sourozenci, v mé přítomnosti vyžaduje pohled maminky na to, jak si hraje. Hry relativně odpovídají jejímu věku, při nutné spolupráci obou končetin je vývoj lehce zpomalen.

• **iADL:**

- Vzhledem k věku je D. v této oblasti závislá na druhé osobě, nicméně si myslím, že instrumentální ADL jsou pro D. možnosti, které by mohla v budoucnu zvládat sama (např. pravidelná krátká cesta někam) nebo se jich minimálně do značné míry svobodně účastnit.

3) **mobilita:** Pohybuje se sama bipedálně. Nekouká se moc pod nožičky, takže je riziko, že když na něco šlápne, mohla by upadnout. Když je nadšená a rychle utíká, vypadá běh nejistě, nicméně jsem D. ještě nikdy neviděla upadnout. V rámci bytu, kde jsem ji měla možnost pozorovat, je D. v mobilitě naprosto soběstačná. (Lezly jsme společně i po žebříčku k palandě.) Když D. rychle utíká (nebo je nadšená) ruka se zatne pevně v pěst, v lokti dojde k plné flexi v pronační poloze a rameno se zevně zrotuje.

4) **kompenzační pomůcky:** Dynamická trupová ortéza, nafukovací dlažka na ruku, která je aplikovaná jen občas, ještě se ji nenaučili aplikovat pravidelně.

5) **kognitivní funkce:** D. je orientovaná místem, svou osobou, ostatními lidmi a časem tak, jak jen může tříletá holčička být. Paměť, jak krátkodobá, tak dlouhodobá jsou v pořádku. Pozornost je adekvátní k věku. D. umí mluvit, nicméně většinou používá pouze první slabiku slova, protože jí ale rodina rozumí a mluví s ní, postupně se tento stav zlepšuje. D. právě začala chodit na logopedii. D. rozumí bez problémů. V rychlosti reakcí je D. velice pohotová holčička.

- 6) senzorika:** Zrak, sluch, čich a chuť jsou beze změn. Na LHK je trochu změněné vnímání jak hlubokého, tak povrchového cití. (Při hře někdy neví přesně, kde LHK má, a předměty svírá velice pevně, což může být kromě změněného vnímání povrchového cití způsobeno spasticitou.)
- 7) emoční vývoj:** D. dokáže mimikou i zvuky, které vydává, vyjádřit radost, vztek, ale i zvědavost a nudu. Naštěstí jsem u D. nezažila nikdy strach.
- 8) sociální dovednosti:** D. je velice sociálně aktivní. Po prvotním ostýchání člověka velice mile přijme a zapojí do svého světa – ukazuje knížky, hračky, pokojíček. Sociální roli dcery a dítěte se sourozenci zvládá stejně dobře, jako její starší bratr a mladší sestra.
- 9) bolest:** žádná
- 10) silné stránky:** D. je velice společenská, zvědavá holčička. Má krásný vztah se sourozenci, se kterými si ráda hraje, a oni si rádi hrají s ní. (Sourozenci jsou velice motivující prvek při terapiích.) Řekla bych, že D. dobře přijímá cizí lidi ve svém okolí a ráda poznává a učí se nové věci. Silnou stránkou je velmi příjemné a podporující rodinné zázemí. Všechny sensorické funkce D. jsou v pořádku, což jí umožňuje plně vnímat veškeré podněty.
- 11) slabé stránky:** Zatím vyžaduje přítomnost maminky, nejen aby byla maminka v místnosti, ale aby se i dívala na to, co děláme. Při běhání a nadšení se HKK dostane do asymetrického postavení (ruka v pěst, loket ve flexi a pronaci, rameno v zevní rotaci), což ji limituje v zapojení ruky do her a jiných činností. Výše zmínění sourozenci jsou někdy i slabá stránka – odvádějí D. pozornost jinam, ale to se děje v menšině případů.
- 12) zájmy:** Knižky, písmenka, ale i panenky a jejich oblékání a svlékání, kostky
- 13) cíl terapie:**

Obecně se u D. budeme při terapiích zaměřovat na tyto činnosti:

- Dokončování činností.
- Zapojování LHK do činností.
- Návčik grafomotoriky
- Orientace na ploše, vnímání a napodobování tvarů
- Samostatné splnění nějakého úkolu v rámci hry
- Rozvoj verbální komunikace v rámci hry
- Prevence asymetrie těla (vzhledem k triparéze) – výběr vhodných poloh pro hru
- Seznámení maminky s možnostmi využití jednotlivých hraček, ale i míst v domácnosti, pro další rozvoj D. Případně úprava domácího prostředí
- Příprava na školku (od září bude chodit do školky na všechna dopoledne)

- Dále je nutné myslet (v rámci hry) na aktivity ve škole – jaký batoh, jaké zapínání, zvládne zapnout penál?, táč v jídelně... atd.
- **krátkodobý**
 - Kvůli nedávné aplikaci botulotoxinu do LHK, zaměříme nejprve terapii na uvolňování končetiny, mobilizaci kloubů, techniky měkkých tkání atd.
 - Časový horizont pro krátkodobé cíle volím 3-4 týdny, nicméně tento údaj je pouze orientační, vše se může měnit v závislosti na obtížnosti cíle či kvůli náladě D.
 - Ve všech činnostech hledíme na to, aby zapojovala co nejvíce LHK.
 - D. vydrží cca deset minut bez přítomnosti maminky či bez známé osoby (příprava na více dní ve školce)
 - D. dokončí během hry se mnou jednu činnost sama.
 - Když má D kreslit, posadí se hezky ke stolečku: nohy na zemi, rovná záda, správně držaná tužka, LHK na stole. Prstovými barvami obtahuje kolo.
- **dlouhodobý:**
 - Pro dlouhodobé cíle volím čas okolo čtyř měsíců, ale stejně jako u krátkodobých se může doba měnit.
 - Ve všech činnostech hledíme na to, aby zapojovala co nejvíce LHK.
 - D. vydrží půl hodiny pouze s terapeutem bez přítomnosti maminky
 - D. sama dokončí tři činnosti během hry
 - D. sedí správně a kreslí tužkou
 - D. si sama nazuje botičky
 - D. pomáhá mamince sklidit po svačině talíře ze stolu bez předchozího vyzvání

14) plán terapie:

K zapojování LHK využíváme různých hraček, které nabízíme z různých stran. Využíváme prvky Bobath konceptu, bazální stimulace, senzorycké integrace.

- **krátkodobý:** Pro uvolnění ručičky po aplikaci botulotoxinu, budu používat prvky bazální stimulace, taktilní stimulaci, míčkování a kartáčování, aproximaci všech kloubů, pasivní ale i aktivní pohyby, vyzkouším pohyby proti odporu.

Aby D. vydržela deset minut bez maminky, začneme odchodem maminky například pro svetr do pokoje a postupně budeme tuto dobu prodlužovat. Další formou stupňování vidím v zaujetí pozornosti D. Zpočátku může maminka opustit místnost pouze tehdy, když bude D. zabraná do činnosti, postupně budeme D. na maminčinu nepřítomnost více upozorňovat. Otázka je, jestli přítomnost sourozenců bude pro D. spíše stupňováním či adaptací.

D. dokončí jednu činnost samostatně bez dozoru. Zvolíme aktivitu, například úklid kostiček do krabice, nejprve budu D. sledovat a slovně ji vést, později budu stupňovat činnost tak, že ponechám pouze slovní vedení bez kontroly zrakem a později počkám, až D. naznačí, že je hotovo.

V rámci nácviku grafomotoriky budu využívat prstové barvy, aby si D. „osahala“ tvary. Mohu volit různé polohy: ve stoje a může malovat na velký papír na zdi, postupně budu polohy stupňovat a směřovat k rovnému sedu. Aby se D. soustředila více na sed než na úchop tužky, jsou prstové barvy ideální. Navíc může snáze zapojit LHK. Pro nácvik grafomotoriky a oživení terapie mohu použít také pěnu na holení na zrcadle. D. se v ní může „patlat“ a zároveň trénovat tvary, které jí do pěny předkreslím.

- **dlouhodobý:** V prvních dvou cílech pokračujeme v nácviku nepřítomnosti maminky a v dokončování tentokrát více činností. Z počátku můžeme dávat D. činnosti dokončit po jedné, následně dvě a jednu a nakonec zadat D. všechny tři najednou.

Dále podporuji správný sed u stolu a od prstových barev postupně přecházím k tužce. Můžeme začít širokou rukojetí tužky a postupně zkoušet užší a užší.

V rámci terapie můžu střídat prostředí, kde hra probíhá, a tím i „nutit“ D. si na koberci sundávat botičky a na linoleu si je opět obouvat. Nyní si boty obouvá asistovaně, ale postupně budu míru pomoci ubírat.

D. má velkou kapacitu i co se iADL týká. Proto bych ji nejprve motivovala společně se sourozenci, mohli by pomáhat mamince sklídit stůl. Myslím, že spolupráce se sourozenci bude pro D. motivující. Jako stupňování bych postupně tuto motivaci ubírala a nechávala D. samotnou. Další forma stupňování je kontrola zrakem i slovně ze strany ergoterapeuta, později může terapeut už jen napovídat dílčí úkony a později neříkat nic, ani se nekoukat.

Zhodnocení terapie

S D. jsem měla možnost pracovat na čtyřech dvouhodinových domácích terapiích (větší kontinuitu bohužel přerušila nemoc D. i moje a následný odjezd D. do lázní). Do budoucna chceme terapii zařadit každý týden a čas nechat stejný. S D. se velice snadno a přirozeně navazuje kontakt, zpočátku však není lehké ji zaujmout, potřebuje hodně různých vstupů. Když si ale později na člověka zvykne, ochotně přistupuje na nabízené hry, setrvává u nich delší dobu a dá se s ní i dohodnout na posloupnosti činností („Začali jsme tohle dělat, tak to dokončíme a pak hned můžeme jít dál.“), i když se malinko rozčiluje. V tomto ohledu je zatím přítomnost maminky pozitivní, protože pokud se maminka kouká, jde vše líp.

Každým týdnem je u D. vidět posun, a to jak v řeči, tak ve zručnosti, i ve výběru her. Zpočátku jsem D. nechávala zvolit hru, aby si na mne zvykla, a dělaly jsme, co má ráda. Nyní ji dávám vybrat z mnou vymyšlených her. Nicméně pokud si vybírá pouze D., volí složitější hry vyžadující větší zručnost.

Pokud sourozence „nerozdovádím“ moc, jsou pro D. příjemně motivující prvek, když něco udělá sourozenec správně, D. to také chce zkusit udělat a uspět.

Maminka je terapiím přítomná, ale snaží se jich přímo neúčastnit, aby se D. věnovala mně a ne jí. D. dochází ještě na ambulantní ergoterapii (půl hodina týdně), která probíhá spíše formou informativní, co může maminka doma s D. dělat. S maminkou jsme zkonzultovali plány ambulantní terapie a maminka je spokojená, že se ambulantní a domácí ergoterapie nerozcházejí v přístupu, pouze já mám na D. více času a intenzivně se můžu něčemu věnovat.

S D. se velice příjemně spolupracuje a myslím si, že má velikou kapacitu pro zlepšování se ve všech vývojových oblastech.

4 Diskuze

Na začátku mé bakalářské práce jsem si stanovila několik cílů. Za prvé jsem se chtěla seznámit s nabídkou a poptávkou ergoterapie u dětí v ČR, dále jsem chtěla zhodnotit, jestli by rodiče uvítali, kdyby za nimi ergoterapeut docházel (ať už jednorázově či pravidelně) a jestli by sami ergoterapeuti pracující s dětmi zařadili domácí intervenci jako možnost terapie. Pomocí rozhovorů s pediatrickými ergoterapeuty a rodiči s dětmi se speciálními potřebami jsem chtěla posoudit možnosti, úskalí a důležitost domácí ergoterapie v praxi.

Jak nás ve škole učí, každý člověk je individualita, a proto každému vyhovuje něco jiného, na to musíme brát zřetel při každé naší terapii. Jak jsem si ověřila, toto platí i co se týče domácí ergoterapie. Má rozhodně své výhody a svou nezastupitelnou roli v ergoterapii, ale nevyužije ji každé dítě se speciálními potřebami kdykoli v průběhu svého života. Jsou děti, které nyní mají ambulantní ergoterapii a je to pro ně ideální forma, nicméně ani to neznámá, že by jejich maminky nevyužily možnost domácí intervence, kdyby například věděly, že to je možné.

Jednou ze stěžejních a v různých obměnách často se vyskytující možností a pozitivem domácí ergoterapie je zasazení ADL, hry a celkově života dítěte do prostředí s postižením právě do domácího prostředí. Do tohoto „zasazení života“ do přirozeného prostředí spadá například sycení dítěte. Jídlo je něco, co my jakožto populace bez handicapu neřešíme jako problém, jako něco, co potřebuje naplánovat, tak to ale nemají maminky dětí se speciálními potřebami. Ty musí mít i jídlo zasazeno do časového plánu celého dne (Sj, 2014). V tomto se shodují mé výsledky se případovou studií z Korey. Jak pro maminku v ČR, tak pro maminku v Koreji představovalo krmení problém, zasahující například i do vztahu matky a dítěte (Sj, 2014). Po návštěvě ergoterapeuta doma maminky věděly, jak dítě při jídle polohovat, jak ho krmit, kdy ho krmit atd.

Když ergoterapeut vstupuje do domácího prostředí (například s původním cílem pomoci s krmením), může obsáhnout i mnoho jiných oblastí života v rodině (Sj, 2014). Jak ukazuje výzkum v Case-Smith (2004) a jak mi potvrdila jedna terapeutka, ergoterapeut vlastně vstupuje do rodiny s návrhy různých cest, kterými se rodiče můžou se svými dětmi vydat. Tato cesta může být například v návrhu zefektivnění nějakého rituálu, který se v rodině dělá, jak píše Jane Case-Smith (2004) a jak uváděla v rozhovoru i jedna maminka. Rituál je prováděn s určitou samozřejmostí a je logické,

že rodiče ani nemůžou vidět, že by to šlo jinak, proto do domácího prostředí vstupuje ergoterapeut.

Ergoterapeut musí znát nejen dítě a jeho schopnosti, ale musí znát veškeré možné limitace rodiny (Case-Smith, 2004) musí identifikovat dostupné zdroje v domácím prostředí (Case-Smith, 1998), aby byl schopen poradit rodičům co nejefektivněji, nejadekvátněji a co nejlevněji, ale s co největšími benefity (Case-Smith, 1998; 2004). Jak uvedla jedna z maminek, tyto rady se můžou týkat rozložení hrací plochy dítěte nebo již zmíněného polohování.

Jako další příklady věcí, které řeší rodiče dětí se speciálními potřebami, uvádí Case-Smith (1998) potřebu informací, potřebu podpory a potřebu financí. Jedna maminka v rozhovoru říkala, že se jí na domácí ergoterapii líbí právě lepší komunikace a informovanost. V nemocnicích často proběhne informace o právě skončené terapii takto: „Vaše dcera byla šikovná, na shledanou příště“ (Sj, 2014). Z mých rozhovorů vyplývá, že ergoterapeut, který jde domů, si většinou předem vyhradí určitý čas z terapie na konzultaci čehokoli, na co se chce rodič zeptat.

Jakožto pomáhající profese přicházíme k našim klientům s cílem podpořit je (zmiňovaná potřeba podpory ze strany maminek dětí s handicapem) a právě podporu přímo u sebe doma zmiňovala jako výhodu domácí ergoterapie jak jedna z maminek, tak jedna z ergoterapeutek. Kirk, Murphy; Tak and McCobin (Case-Smith, 2004) dokonce uvádějí, že rodiny, které neměly dostatečnou podporu, byly přetíženy vážností situace velice snadno a rychle.

Jak už jsem zmínila, další potřebu, kterou podle Smithové rodiče uvádějí, je potřeba financí. Je běžné, že jeden z rodičů musí opustit zaměstnání, aby se mohl stát asistentem pro své dítě (Case-Smith, 2004), rodiny v mých rozhovorech uváděly jako nevýhodu domácí ergoterapie její cenu. Na druhou stranu, vezmeme-li jako výhodu domácí intervence (kterou uváděly jak ergoterapeutky, tak maminky), to že terapeut ukazuje rodinám, co a jak mohou dělat s konkrétními věcmi, hračkami a materiály, které jsou dostupné a naleznou je rodiče přímo doma (Case-Smith, 1998), mohla by tím být vyšší cena terapie trochu vykompenzována.

V práci s dětmi nesmíme opomíjet aspekt celé rodiny, měli bychom si zhodnotit role všech členů bydlících s dítětem (Case-Smith, 1998) a jejich spolupráci s nimi. V jedné rodině, kam docházím, se mi například velice osvědčila práce se sourozenci. Pomáhají mi mnou vedenou holčičku motivovat k lepším výkonům. Otázkou také je, což uváděla jako nevýhodu domácí ergoterapie jedna ergoterapeutka, že rodič

v domácím prostředí stále musí být, kdežto pokud dítě přiveze do ambulance, může si odskočit třeba na kávu. Tento bod je relativně diskutabilní, například jedna maminka uváděla, že jí právě na ambulantní terapii vadí, že nevidí, co se se synem při terapii „děje“, na stranu druhou, sama jsem chodila k chlapečkovi, jehož maminka mě v klidu nechala nacvičovat sebesycení a následně si hrát a odešla do jiné místnosti pracovat. Tohle je patrně přesně jeden z bodů dokazujících, že každému vyhovuje něco jiného a že je nutné si vždy (ať v ambulanci či v domácí terapii) dopředu nastavit, jakou formou bude spolupráce mezi terapeutem a rodinou probíhat, aby bylo jasné, kdo od koho co očekává.

Jako každá práce s lidmi i domácí intervence může přinést neúspěch či jiná rizika, na které je nutné si dát pozor. Jak vyplývá z článku z Tchaj-wanu (Wuang, 2013), domácí terapie přinesla výsledky v jemné motorice, ale neprokázala účinnost v hrubé motorice. S určitým neúspěchem či úpravou našich cílů musíme počítat. To úzce souvisí se syndromem vyhoření, je důležité se mu bránit supervizí, ale i relativně praktickými opatřeními. Tím myslím například nápad, který jsem se v rozhovoru dozvěděla od jedné terapeutky, a to mít místnost, kde si jako domácí ergoterapeut budu skladovat pomůcky a materiály, abych si nenosila práci domů.

V ČR není domácí ergoterapie běžnou praxí, nicméně jsem si ověřila, že kdyby byla a rodiče o ní byli informovaní, byla by poptávanou součástí ergoterapie nejen ze strany rodičů, ale jak jsem se dozvěděla, i ergoterapeuti sami by ji rádi zařadili do svých intervencí. Jak píše Case-Smith (1998) všichni členi týmu by měli znát a chápat domácí prostředí dítěte, ať už bude intervence probíhat doma, či ambulantně.

Moje práce by mohla posloužit jako námět k dalšímu výzkumu v této oblasti, k rozšíření povědomí o domácí ergoterapii, jak mezi odbornou veřejností, tak mezi rodiči. Jako možnosti rozšíření tématu bych viděla zajímavé zkontaktovat ranou péči a chodit na domácí návštěvy například s ní. Takováto spolupráce už trochu funguje, raná péče kontaktuje Mgr. Veroniku Vítovou a odkazuje na Mgr. Elišku Haškovcovou a další ergoterapeuty, o kterých ví, nicméně by se tato spolupráce mohla stát běžnou praxí. Další variantou je kontaktovat přímo pediatry a jiné dětské doktory, vysvětlit jim, co to ergoterapie je, pokud v nemocnici není ergoterapeut, nabídnout možnost domácí intervence a objasnit jim, proč by měli rodinám na ergoterapeuty v okolí dávat kontakt.

Určitým rozšířením práce, ale i čistě formou propagace ergoterapie jako takové a konkrétně domácí ergoterapie by mohlo být propagační video a jeho zhodnocení

ergoterapeutů i laickou veřejností, jestli je dobře natočeno, jestli by je oslovilo, jestli by se o ergoterapii na jeho základě lidé více zajímali.

Alternativou, jak zhodnotit domácí ergoterapii v ČR by mohla být čistě praktická studie, kdy by ergoterapeut chodil k rodinám domů a možnosti domácí intervence by zhodnotil z těchto zkušeností. Myslím si však, že tento přístup by trval relativně dlouhou dobu a nezohlednil by zkušenosti více terapeutů. Další možností je oslovovat studenty v různých ročnících a mapovat, jaký mají o domácí ergoterapii přehled či jestli o ní do budoucna přemýšlejí. Vyvstává zde otázka, zda by studenti stáli o rozšíření výuky o tento aspekt? Doufám, že ano.

Domácí ergoterapie u dětí je rozhodně téma, o kterém by se mělo mluvit, a měl by se najít způsob, jak ji propagovat a vhodně zařadit do běžné praxe.

5 Závěr

V domácí intervenci vidím stěžejní právě ono zasazení terapie do běžného života rodičů, tedy života, který žijí rodiče se svými dětmi dvacet čtyři hodin denně, nikoli pouze hodinu v ambulanci. I rodiče, kteří jsou momentálně s ambulantní terapií spokojeni, přiznali, že by jim v určitých ohledech a v určitém období domácí ergoterapie velice pomohla.

Na začátku své práce jsem měla několik cílů, nejprve jsem se chtěla seznámit s poptávkou a nabídkou ergoterapie u dětí jako takové, k čemuž mi pomohly rozhovory s pediatrickými ergoterapeutkami a rodinami s dětmi se speciálními potřebami. Od nich jsem se dozvěděla, co ergoterapeuti rodinám nabízejí a co rodiče od ergoterapie očekávají a jestli byla jejich očekávání naplněna. Tím jsem splnila první cíl. Dalším mým cílem bylo zjistit, zda by rodiče uvítali domácí intervenci a zda by samotní ergoterapeuti chtěli domácí návštěvy zařadit do praxe. I ke splnění tohoto cíle mi pomohly semistrukturované rozhovory. Výsledek je pro domácí ergoterapii pozitivní. Jak už jsem zmínila, i rodiče, kteří jsou nyní spokojeni v ambulantní ergoterapii, našli na domácí intervenci výhody. Ergoterapeutky pracující ambulantně se v rozhovorech shodly, že by rozjetí domácích návštěv bylo skvělé a že by je určitě do svých terapií zařadily, kdyby to bylo možné. Posledním cílem bylo zhodnotit možnosti a úskalí domácí intervence, které shrnuji na konci kapitoly Výsledky.

Forma rozhovorů s maminkami a ergoterapeutkami mi velice vyhovovala, protože jsem mohla být v kontaktu přímo s lidmi, kteří mají zkušenosti z praxe. Ať už mluvím o praxi ergoterapeuta či praxi být rodič dítěte se speciálními potřebami. Před tím, než jsem se s rodiči sešla, nikdy jsem nic neočekávala, i přesto mě velice potěšilo, že všechny maminky byly pozitivní a energické. Samozřejmě během rozhovoru nastaly i chvíle, kdy bylo vidět, že je maminka tématem stresovaná (u jedné maminky to byla diskuze kolem kompenzačních pomůcek, konkrétně sedačky do auta). Nicméně celkově byly maminky velmi kladně naladěné, braly svoji životní situaci jako hotovou a přirozenou věc a vypadaly spokojeně. Myslím si, že tento optimismus velice dobře působí i na jejich děti a to jim prospívá ve vývoji.

Na rozhovorech s ergoterapeutkami mě velice zaujalo, že každá z nich mi řekla něco, co ostatní terapeutky nezmínily, a byl to opět trochu jiný pohled na věc. I když to třeba byla informace, kterou znám ze školy, byla řečená jinými slovy a mohla jsem si ji více uvědomit. Například všichni uváděli, jak je děťátko klidnější ve svém prostředí, ale až jedna ergoterapeutka použila výraz, že se děti doma více předvádí. V podstatě banalita, ale důležitá, dítě se může předvádět jak (pro nás) negativním způsobem a těžko ho pak vrátíme k činnosti, nebo v pozitivním smyslu, kdy se dítě chce předvést v nejlepším světle a dokáže toho víc, než si sami, v ambulanci, umíme představit. Dále mne velice zaujala myšlenka, že by každý domácí ergoterapeut měl mít svou místnost, kde skladuje pomůcky, opět zdánlivě zanedbatelná položka, ale může zabránit nošení si práce domů a v krajním případě až syndromu vyhoření. Další velmi zajímavou věcí pro mne bylo to, že obě dvě ergoterapeutky pracující ambulantně byly na domácí návštěvě jako soukromé osoby, jako přátelé navštívených rodin. Podporuje to mou myšlenku, že rodiny, informované o ergoterapii, mají zájem o domácí intervenci.

Já jsem přicházela do rodin (v rámci získávání informací pro kazuistiku), které již s ergoterapií měly zkušenosti. Což bylo na jednu stranu příjemné z toho důvodu, že jsem nemusela vysvětlovat, co to ergoterapie je a proč je důležitá. Na druhou stranu to, že ergoterapii již znali, mě stavělo i do méně příjemné situace, a to do pocitu, že ode mne očekávají vše, na co byli zvyklí od profesionála, který je již přes deset let v praxi. Z tohoto důvodu jsem byla před prvními návštěvami velmi nervózní. Snažila jsem se v předstihu, bez předchozí znalosti domácího prostředí, vymýšlet konkrétní aktivity, které by se daly s dětmi dělat. Tato „úzkost“ mě ale rychle přešla. Stále, když za rodinou jedu, přemýšlím o adekvátních aktivitách, ale už vím, že se vlastně nemám čeho bát, že děti jsou prostě bezprostřední, a když zrovna nebudu vědět já, co chci dítěti nabídnout, ono si vybere hračku samo a já už se na jeho hru napojím se svou intervencí. Tím, že jsem měla na děťátko vždy dost času, nemusela jsem být nervózní, když jsem chvílemi fungovala pouze jako „parták“ pro hru a nikoli jako parták a terapeut v jedné osobě. Ze své vlastní zkušenosti bych řekla, že chování dítěte v domácím prostředí je variabilnější než ve stacionáři, ale právě domácí prostředí mi nabízí více možností, jak dítě poznat a i dítěti nabízí více možností jak poznat mě, a to nejen jako terapeuta, ale i jako člověka. Z tohoto aspektu mi je domov dítěte velmi příjemným prostředím pro práci, uvolněnějším a otevřenějším pro mezilidské vztahy. Na druhou stranu tento prostor pro tvorbu vztahu nejen s dítětem, ale i s rodičem skrývá jistá úskalí. Tím, že máme i s rodičem bližší vztah, než tomu je v ambulanci či stacionáři, můžeme snadno

narazit na problém hranic. A to ať už v oslovování: máme si tykat či vykat? Hranice času: bude fungovat nepsané pravidlo, dnes tu budu déle, příště odejdu dříve? A v neposlední řadě, pokud je terapie soukromá, se nám vyskytne otázka peněz. Kolik je málo a kolik je již moc? Myslím si, že je důležité si předem s rodiči nastavit všechny tyto hranice a vše narovinu prodiskutovat, aby každý věděl, co má očekávat a na čem je, a aby se vztah vyhnul nepříjemnostem. Nevím, jestli bych chtěla v budoucnu dělat pouze domácí návštěvy, ale jsem si jistá, že je to forma práce, která mne těší a rozhodně ji budu ve své praxi prosazovat a vyhledávat.

Pokud je někde v zahraničí rozvinutá ergoterapie jako obor, většinou se dá v té zemi ergoterapie i studovat. Ovšem po přečtení článků a po zkušenostech ze zahraničí musím přehodnotit svůj názor, že u nás ergoterapie není tolik rozvinutá, jak bychom si představovali. Když však porovnáme fungování ergoterapie v České republice s Belgií či Koreou, potýkají se tyto země s podobnými problémy jako my. Například v Koreji mají podobný zdravotnický systém a ergoterapie doma není pojišťovny nijak hrazená, takže musí probíhat pod „krycími“ názvy. Neměli bychom spoléhat na to, že jsou na tom ve světě stejně jako my, ale na druhou stranu je příjemné vědět, že může být hůř.

Protože rodiče uvedli, že by ocenili podporu a rady právě v začátcích, po narození miminka se speciálními potřebami, myslím si, že by byla do budoucna zajímavá spolupráce s ranou péčí, která již částečně funguje, jak jsem již uvedla výše, ale dala by se tato spolupráce posílit, nebo alespoň zhodnotit její možnosti a efektivitu. Další možností práce navazující na mou bakalářskou práci je zmapování nejlepší formy domácí ergoterapie. Zda by měl být ergoterapeut OSVČ, zda by měl chodit na domácí návštěvy pod nějakou institucí, zda bude z technických a právních důvodů možné zařadit domácí návštěvy do nemocničního provozu. Pro ergoterapeuty je to výzva diskutovat s pojišťovny a zaměstnavateli o domácí ergoterapii, protože kód pro domácí intervenci již máme, co ale teď dál? Jak s ním naložit? Další výzkum by mohl být, jako v zahraničí, s cílem zmapovat, jaká je ideální frekvence a délka domácí návštěvy. Myslím si, že v těchto otázkách se najde ještě mnoho plusů a minusů domácí ergoterapie obecně. Byla bych ráda, kdyby moje práce sloužila jako námět k dalším výzkumům v oblasti domácí ergoterapie. Mohla by sloužit také jako odrazový můstek pro česky psanou literaturu o domácí ergoterapii, které není mnoho.

Myslím si, že domácí ergoterapie by se měla stát nedílnou součástí poskytované ergoterapie u nás. Jak už jsem naznačila, ne pro každé děťátko je domácí intervence vhodný přístup, nicméně si myslím, že například v začátcích, kdy se rodiče dozvědí, že jejich potomek bude potřebovat určitou speciální péči, měl by rodinu navštívit ergoterapeut a pobavit se s rodiči o tom, co může a nemůže přijít v rámci nemoci dítěte, měl by se porozhlédnout v domácím prostředí a hned rodičům říkat jaké možnosti doma mají. Podat rodičům přehled, co je možná čeká. Myslím si, že jsou domácí návštěvy v rámci naší profese velice důležité a doufám, že je sama budu mít možnost zařazovat do své budoucí praxe.

6 Seznam citované literatury

1. AlphaHS. *AlphaHS*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.alfahs.cz/index.php/rodiny-s-detmi-se-zp-adhd/ergoterapie-pro-deti-se-zdravotnim-postizenim>
2. BURKE, S.; O. Harrison, M.B. Kauffmann; C. Wong; Effects of stress point with families of repeatedly hospitalized children; *Journal of Family Nursing*., 2001; 7(2), 128-158
3. CASE-SMITH, Jane a Jane Clifford O'BRIEN. *Occupational therapy for children*. 6th ed. Maryland Heights, Mo.: Mosby/Elsevier, c2010, xv, 857 p. ISBN 978-032-3056-588.
4. CASE-SMITH, J.; *Paediatric Occupational Therapy and Early Intervention*; Butterworth-Heinemann, 1998
5. CASE-SMITH, J. Parenting a Child With a Chronic Medical Condition. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004-09-01, vol. 58, issue 5, s. 551-560 [cit. 2015-04-22]. DOI: 10.5014/ajot.58.5.551. Dostupné z: <http://ajot.aotapress.net/cgi/doi/10.5014/ajot.58.5.551>
6. *Česká asociace ergoterapeutů*. [online]. 2008 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z: www.ergoterapie.org
7. DE VITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
8. Domáci ergoterapie. *Integrační centrum Zahrada*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: www.iczahrada.cz/novinky/domaci-ergoterapie/
9. Ergoterapie. *Canadian Maedical Care, Family Medical Centre*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.cmcpraha.cz/cs-CZ/obor/ergoterapie>
10. Ergoterapie. *Carpe diem Bohemia, s.r.o. Centrum řeči a komunikace*. [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.logopedie-carpediem.cz/nase-sluzby/ergoterapie/>
11. Ergoterapie, psychosociální přístupy, přednáška, ak. rok 2012/2013
12. Ergoterapie u dětí s DMO. *Dobromysl.cz*. [online]. 2002-2012 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1948>
13. Ergoterapie v pediatrii, přednáška, ak. rok 2013/2014)
14. Exkurze, Univerzitní nemocnice Ghent, 12.2.2014

15. Exkurze, centrum Haven, denní stacionář pro děti s kombinovaným postižením, Velká Británie, 26.9.2013
16. FITZGERALD, M. H., A dialogue on occupational therapy, culture, and families. *American Journal of Occupational Therapy*. 58, 2004, 489-498.
17. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, Praha 2005, Portál, ISBN 978-80-7367-485-4
18. HEWITT-TAYLOR, Jaqui. *Children with Complex and Continuing Health Needs: The Experiences of Children, Families and Care Staff*. Great Britain: Atheneum Press, Gateshead, Tyne and Wear, 2008. ISBN 978-1-84310-502-2.
19. HUMPHRY R., M. Corcoran; Exploring the Role of Family in Occupation and Family Occupations, *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 58, 2004, 487-488.
20. Jaké terapie aplikujeme a co nabízíme?. *AUT-Centrum o.p.s.* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.aut-centrum.cz/products/jake-terapie-nabizime-/>
21. Kazuistický seminář Mobilní hospic, Cesta Domů, 24.3.2015.
22. KRÁK, E.; ŠTŮR, I.; ZLÁMALOVÁ, V. *Psychológia v práci detskej sestry*. 2., rozšířené vydání. Martin: Osveta, 1991. 79s. ISBN 80-217-0423-3.
23. Kurz Bazální stimulace, Základní, 25.-26.4.2013
24. Kurz Bazální stimulace, Nástavbový inovační, 27.-28.5.2014
25. LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Vývojová psychologie: pro sestry všech oborů*. 2., aktualiz. vyd. Editor Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9
26. Léčebná rehabilitace. *Jedličkův ústav a školy*. [online]. 28.10.2010 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/lecebna-rehabilitace>
27. LINDERMAN, T. M., K. B. Stewart; Sensory Integrative-Based Occupational Therapy and Functional Outcomes in Young Children With Pervasive Developmental Disorders: A Single- Subject Study; *The American Journal of Occupational Therapy*; 1999 March/April, vol.53 no 2; 207-213
28. LUMOS, Seminář „Komunikace“ v rámci školení „Nástroje analýzy systému péče o ohrožené děti a jejich rodiny“, 3-6.5.2011 v Praze
29. *Metodický portál RVP*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/K/Kombinovan%C3%A9_posti%C5%BEen%C3%AD

30. NOVAK, I., A. Cusick, K. Lowe; A Pilot Study on the Impact of Occupational Therapy Home Programming for Young Children With Cerebral Palsy; The American Journal of Occupational Therapy; 2007 July/August; vol. 61 no 4; 463-468
31. Obory, které lze na 1. LF studovat. *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze*. [online]. 2006-2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.lf1.cuni.cz/podminky-prijimaciho-rizeni>
32. Occupational Therapy degrees. *WHAT UNI?*. [online]. 2007-2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.whatuni.com/degrees/courses/degree-courses/occupational-therapy-degree-courses-united-kingdom/m/united+kingdom/r/9437/page.html>
33. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688
34. Portál IS/STAG. *Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <https://portal.ujep.cz/portal>
35. Praxe, Integrační centrum Zahrada, 2015
36. Praxe, Fakultní nemocnice v Motole, oddělení Dětské rehabilitace, 2013
37. Přednáška, International Health Care Course, únor 2014, Ghent.
38. Přijímací řízení pro akademický rok 2015/2016. *Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://fzs.zcu.cz/study/applicants/prijimaci-rizeni/INFO-P_-FZS_2015-2016.pdf
39. Sbíрка zákonů, Česká republika, Ročník 2014, vyhláška č. 324-326
40. SJ, A. Occupation-based family-centered therapy approach for young children with feeding problems in South Korea; a case study. *Occup Ther Int*. 2014 Mar;21(1):33-41. [20.3.2015] doi: 10.1002/oti.1358.
41. Služby a ceník. *www.ergodoma.cz*. [online]. 2008-2009 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.ergodoma.cz/sluzby.html>
42. Studijní informační systém. *Studijní informační systém*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/studium/index.php>
43. TRAPKOVÁ, L.; V. Chvála; P. Loucká, *Žena a muž v rodině*, 2014, Praha, Vyšehrad, ISBN 978-80-7429-479-2
44. TURNBULL, A.P.; H.R. Turnbull; *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*, 2.vyd; 1997; Columbus, OH, Merrill

45. Úvodní strana. *Mgr. Veronika Vítová, Hnízdo*. [online]. [cit. 2015-03-23].
Dostupné z: <http://www.hnizdo.info/index.htm>
46. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2014
47. Výuka. *Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*. [online].
1991-2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://fzs.zcu.cz/kfe/courses.html>
48. WUANG, Y-P., G.S. Ho; Ch. Y. Su, Occupational Therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial.; *Research in Developmental Disabilities*. 2013, (34), 528-537, [20.3.2015]
49. Znáte pojem ergoterapie?. *Spokojené děti*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-23].
Dostupné z: <http://www.spokojenedeti.cz/detska-rehabilitace/znate-pojem-ergoterapie>
50. Zpravodaj ÚJEP. *Univerzita Jana Evangelisty Purkyně*. [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://zpravodaj.ujep.cz/uchazec/#11/z>

7 Seznam tabulek v textu

Tabulka 1: SWOT analýza domácí ergoterapie

Tabulka 2: SWOT analýza ambulantní ergoterapie

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1: Vzor pro tvorbu SWOT analýzy

Příloha 2: SWOT analýzy jednotlivých rozhovorů

Příloha 3: Semistrukturované rozhovory

Příloha 4: Seznam ergoterapeutických zařízení pro děti a mládež

Příloha 5: Sbírka zákonů č. 326/2014 – kódy pro ergoterapeuty

Příloha 6: Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti

8.2 Příloha 1: Vzor pro tvorbu SWOT analýzy

	POMOCNÉ K dosažení cíle	ŠKODLIVÉ K dosažení cíle
VNITŘNÍ FAKTORY	Strenghts (silné stránky) domácí/ambulantní terapie	Weaknesses (slabé stránky) domácí/ambulantní terapie
	Strenghts (silné stránky) domácí/ambulantní terapie	Weaknesses (slabé stránky) domácí/ambulantní terapie
VNĚJŠÍ FAKTORY	Opportunities (příležitosti) domácí/ambulantní terapie	Threats (hrozby) domácí/ambulantní terapie
	Opportunities (příležitosti) domácí/ambulantní terapie	Threats (hrozby) domácí/ambulantní terapie

8.3 Příloha 2: SWOT analýzy jednotlivých rozhovorů

SWOT domácí terapie, rodina IH

<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Ušetření cesty někam a zpět• Dcera je ve svém prostředí• Terapii si načasujeme (dcera si může odpočinout)• Tím, že je to u nás doma, tak je mi terapeutka velkým zdrojem inspirace• Zapojení té terapie do každodenních aktivit• Lepší komunikace• Zapojení „zajímavějších“ činností (pečení) a čas si je připravit	<u>WD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Cena
<u>SA:</u>	<u>WA:</u>
<u>OD:</u>	<u>TD:</u>
<u>OA:</u>	<u>TA:</u>

SWOT domácí terapie, rodina MT

<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Jak využít domácí prostor• Polohování doma• Jaké věci a jak doma používat• Jak uzpůsobit hrací plochu• Možnosti sycení v domácím prostředí	<u>WD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Cena
---	---

<u>SA:</u>	<u>WA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nejsem se synem, nevím, co se s ním dělá (stacionář) • Syn se v nemocnici bál a křičel
<u>OD:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pomoc při výběru kompenzační pomůcky, podpora 	<u>TD:</u>
<u>OA:</u>	<u>TA:</u>

SWOT domácí terapie, terapeutka BS

<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rodič je v klidu doma, ve svém prostředí • Rodina ví s čím a jak pracovat 	<u>WD:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Čas (dopravní zácpa » opoždění na příchodu k dalšímu klientovi)
<u>SA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rodič nemusí platit • Konzultace s kolegou, kratší čekání na vyšetření • Pro začátečníka: je na koho se obrátit 	<u>WA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Čas (není tolik času na jednoho klienta) • Stresující prostředí (nemocnice)
<u>OD:</u>	<u>TD:</u>
<u>OA:</u>	<u>TA:</u>

SWOT domácí terapie, terapeutka RK

<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Pokud je dítě z daleka, nebo je jeho přemísťování náročné, + že terapeut přijde domů• Navození důvěry s terapeutem doma• Využívám hraček, co má dítě rádo	<u>WD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Nemůžu nabídnout tolik věcí jako v ambulanci• Pro mě jako terapeuta: ježdění
<u>SA:</u> <ul style="list-style-type: none">• Připravím si, co chci dělat (x WD: nevím, do čeho doma přijdu)• Rodič může být při terapii, ale může si i odpočinout	<u>WA:</u>
<u>OD:</u>	<u>TD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Terapeut by měl mít někde nějakou místnost, nějaké zázemí, aby si nenosil práci domů
<u>OA:</u>	<u>TA:</u>

SWOT ambulantní terapie, rodina KB

<u>SA:</u>	<u>WA:</u>
<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Ukázání konkrétních možností s věcmi doma• Rodič se může vyhnout nákupu zbytečných pomůcek	<u>WD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Nedostatek informací o domácí ergoterapii
<u>OA:</u> <ul style="list-style-type: none">• Ergoterapie může být místo kroužku, které má dítě bez handicapu	<u>TA:</u>
<u>OD:</u> <ul style="list-style-type: none">• V prvních měsících, v době dosažení určitých vývojových stádií by maminky poptávaly ergoterapii, ale info o ní se k nim nedostalo	<u>TD:</u>

SWOT ambulantní terapie, rodina KV

<u>SA:</u>	<u>WA:</u> <ul style="list-style-type: none">• Dlouhé vypravování z domu » » únava při příjezdu na terapii
<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none">• Kdyby byla domácí ergo. nikam bychom nemuseli• Přizpůsobení rozvrhu rodiny	<u>WA:</u>

<u>OA:</u>	<u>TA:</u>
<u>OD:</u>	<u>TD:</u>

SWOT ambulantní terapie, terapeutka BŘ

<u>SA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nastavení intenzity terapií (x lůžka) • Děti jsou doma (tedy stabilizovaní) » » chodí jen na terapii (x lůžka) • Více času (x lůžka) • Množství pomůcek k dispozici » » možnost flexibilněji měnit terapii 	<u>WA:</u>
<u>SD:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Děti se víc předvádějí a vymýšlí nové věci, svobodně • Dítě nemá strach z neoblíbené instituce (nemocnice) • Ukázat rodičům, co se dá dělat bez vybavení, které je v ambulanci 	<u>WA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Děti se víc předvádějí a zlobí
<u>OA:</u>	<u>TA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nutnost výborné spolupráce s rodinou • Je-li plná kapacita lůžek, nelze přijímat ambulanty
<u>OD:</u>	<u>TD:</u>

SWOT ambulantní terapie, terapeutka JN

<p><u>SA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilní možnost úpravy času • Psychohygienu pro terapeuta (v ambulanci se často střídá různá klientela) • Všechny pomůcky u sebe • Zázemí instituce, kde ambulanci mám 	<p><u>WA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevidíme reálné domácí prostředí • Omezená frekvence terapií
<p><u>SD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidím domácí prostředí klienta • Nemáme-li pomůcky jako v ambulanci, musíme improvizovat a tím lépe ukázat rodičům co a jak 	<p><u>WD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence všech pomůcek u sebe • Časová struktura (oblékání, svlékání terapeuta atp.) • V instituci je možnost konzultovat pacienta neprodleně s kolegou
<p><u>OA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobré jméno instituce z vás může udělat z pohledu pacienta dobrého terapeuta 	<p><u>TA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutnost perfektní spolupráce rodiny • Špatné jméno instituce – z pohledu pacienta špatný terapeut.
<p><u>OD:</u></p>	<p><u>TD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevím, kdo si mne k sobě objedná • Platba dopravy

8.4 Příloha 3: Semistrukturované rozhovory

Rozhovor domácí terapie, rodina IH

Marianna (dále M): Ráda bych se Vás zeptala, jak jste se o ergoterapii jako takové dozvěděla, kdo Vám ji nabídl, proč, zkrátka jak jste se k tomu dostala?

IH: Co se týče ergoterapie a mojí dcerky, tak jsem s ní poprvé přišla do styku v lázních, kde nám byla nabídnuta jako jedna z terapií, která je dětem poskytována. A tam jsme chodily dvakrát nebo třikrát týdně po půl hodině k ergoterapeutce. Dcera tam chodila na individuální ergoterapii.

M: takže byla dcera sama?

IH: Ano, sama s tou terapeutkou. Jinak já tedy o ergoterapii vím, protože jsem se na ergoterapii dostala, v Ostravě, tehdy to vlastně bylo ještě v rámci nějakého pomaturitního studia fyzioterapie, ergoterapie. Takže já jsem o ergoterapii věděla, ale abych pravdu řekla, když byla dcera pak nemocná, tak vlastně až s problémy s ručičkami jsme začaly i s tou ergoterapií až v těch lázních. Po tu dobu, co jsme byly v lázních, to bylo období zhruba dvou let, jsme vlastně ergoterapii doma neměly. Po návratu z prvních lázní na doporučení fyzioterapeutky právě z lázní k nám začala chodit domů fyzioterapeutka, která pracuje s dcerkou podle Bobath konceptu. Za rok po těch lázních jsme byly v denním stacionáři a tam jsme měly taky ergoterapii. Mě totiž v těch lázních ta ergoterapie nenadchla. Ale v tom denním stacionáři to bylo naprosto skvělé, ta slečna tam byla perfektní, věděla, jak na dceru a mě se tak strašně líbilo, jak dcera s těma ručičkami pracuje. Ta ergoterapeutka měla zajímavý nápady a tam mě napadlo, že bychom se na tu ergoterapii mohly zaměřit trošku víc. Řešily jsme, co s rukama, ale pořád přes tu fyzioterapii. No tak slovo dalo slovo a naše fyzioterapeutka, která k nám docházela domů, mě doporučila ergoterapeutku, která by k nám také mohla docházet domů. V tu dobu ještě chodila dcera do školky a tam děti cíleně ergoterapii neměly. Měly fyzioterapii, ale ne ergoterapii. Takže k nám přišla poprvé ergoterapeutka domů na doporučení fyzioterapeutky.

M: Takže jste o tom začala přemýšlet sama a dohodly jste se s fyzioterapeutkou?

IH: Ano, říkala jsem si, že by bylo dobrý tu fyzioterapii doplnit přímo ergoterapií. Protože mě hrozně namotivoval ten stacionář, kde jsem viděla cílený zapojování těch ručiček a viděla jsem, že to má smysl, v těch lázních si jakoby s dcerkou nevěděli rady. Nyní k nám domů dochází ergoterapeutka už třetí rok. Chodí k nám jednou týdně na hodinu. Já jsem za to ráda, protože dcera může být ve svém prostředí. Za a tím ušetříme

cestu tam a zpátky, což při všech těch možných věcech je příjemné, protože to můžeme načasovat, že si dcera před tím může odpočinout. Ona je docela senzitivní na únavu, aspoň já si to myslím, takže když není dobře naložená, je unavená, tak s ní moc nesvedeme. No, a naše ergoterapeutka si nosí pomůcky většinou s sebou, případně využíváme, co máme doma. A tím, že si nosí pomůcky s sebou, tak je mi velkým zdrojem inspirace. Takže...za prvé má dcera před sebou někoho jiného, kdo jí dává návod, jak by ty ručičky mohla používat, jak si hrát. Dcerka je vděčná, že se jí někdo věnuje, má ráda tu cílenou komunikaci s někým.

Naše ergoterapeutka nám vždycky poradí něco nového, je pro nás inspirací, co s dcerou dělat doma a jak jí zabavit tak aby jí to dělalo i radost. To je hlavní, proč to děláme, aby si uvědomila, že spoustu věcí zvládne v rámci možností sama. A to jí dělá radost, když může jakoby sama něco tvořit.

M: Takže ambulantně jste nikdy ergoterapii neměly?

IH: Ne, jen vlastně ty lázně, pak stacionář a pak rovnou doma. My bychom vlastně mohly chodit ambulantně, ale já jsem rovnou zvolila tu variantu, aby k nám chodila ergoterapeutka domů.

M: Vyhovuje Vám takhle ta frekvence nebo byste byla ráda, kdyby to bylo častěji?

IH: Víte co, teď je to podle mě super, dcera má teď ergoterapii dvakrát týdně, plus jednu s fyzioterapeutkou dohromady ve škole, plus jednu doma. Což je vlastně každý den. Upřímně, kdyby to bylo finančně snesitelnější, tak bych jí klidně ještě jednu ergoterapii týdně přidala. Momentálně, co se týče rozložení ceny a času plus dalších aktivit, tak to je akorát. Ale kdyby to dítě nemělo ergoterapii ve škole, tak bych zvažovala, aby ji měla dvakrát týdně doma, kdyby to bylo možný.

M: Když jste měla v lázních spíš špatnou zkušenost a v denním stacionáři zase dobrou, co jste čekala od té domácí ergoterapie? Asi jste doufala, že to bude jako ve stacionáři, protože jste měla jak pozitivní tak negativní zkušenost...

IH: Já jsem věřila, že ergoterapeutka, která byla doporučena naší fyzioterapeutkou, se kterou jsem byla nadmíru spokojená, tak že ten typ bude dobrý, že ta ergoterapeutka bude šikovná. A nespletla jsem se, je velice šikovná, velice kreativní. Dcerku odhadla, taky ten jejich vztah je velice pozitivní, ergoterapeutka je příjemný člověk a dcera na ní reaguje moc dobře. Což si myslím, že je taky hodně důležité. A další věc je, že vždycky přichází s něčím zajímavým, když už činnost opakuje tak se vrací k tomu, co dcerku baví. Mě se líbí, že ona je zároveň i Bobath terapeut, takže propojuje a kombinuje jakoby dvě věci najednou.

Takže do toho stacionáře jsme chodily každý den čtrnáct dní a ta slečna měla taky úžasné nápady, které byly jednoduché, proveditelné doma, takže mi to přišlo fakt jako zdroj inspirace. Přijde mi to krásné propojení terapie, která dceři pomůže se něco naučit s tím, že si i hraje, takže to mi přijde jako ideální kombinace a myslím si, že když to srovnám s klasickým cvičením, tak je to pro dceru větší sranda. Čím je dcerka starší, tím se sebou nechce nechat manipulovat, má ráda ten svůj prostor. Mimo ergoterapie přišla ergoterapeutka i s nápadem, jak komunikovat, protože dcerka nepoužívá sama ruce, tak jsme vymýšleli, jak vybírat symboly do komunikační tabulky. Pro nás už je to zkrátka komplexní věc a mě velice vyhovuje i jako terapeut i jako člověk.

M: Tak to je úžasný... Vzhledem k tomu, že jste nikdy neměla ambulantní ergoterapii tak to nemůžete úplně srovnat, ale...

IH: Pokud se nepovažuje jako ambulantní ten stacionář...

M: Možná teoreticky i ty lázně, že jste tam docházely, když jste tam byly, tak mohla byste nějak shrnout, co pro Vás byly výhody a nevýhody, už jste říkala, že pro Vás byla výhoda, že někdo dojížděl za Vámi, že ušetříte dvě cesty...

IH: To, že nemusím jet tam a zpátky, což po Praze je velká výhoda. Druhá výhoda, že je dcerka doma, ve svém vlastním prostředí, tudíž můžeme zkoušet jakoby cokoli. Třeba, když ta ergoterapeutka přijde ve chvíli, kdy svačíme, tak se automaticky napojí do procesu toho jídla, takže si sedá místo mě, udělají s dcerkou krmení, pak si jdou umýt ruce a pak jdou ke stolečku pracovat. Pro nás to není jako, přijet někam, sednout a teď se pracuje. Dcerka do toho naskakuje jakoby v běžné činnosti, což si myslím, že by tam mělo být. V tomhle je to naprosto perfektní. A když třeba dcerka spí, tak je tam i určitá flexibilita, že ta ergoterapeutka tam nějakou čtvrt hodinu má, takže my máme i ten čas si jakoby sednout a nějaký věci probrat i bez dcerky. Je tam i lepší komunikace. Když přijdete, aspoň z mého pohledu, do nějaké ambulance, tak ten člověk na vás má opravdu tu hodinu třeba...ale tady, ona třeba tu čtvrt hodinu přidá, někdy zase musí chvíli dřív odjet, takže tohle mě vyhovuje. Nebo si můžeme naplánovat i aktivitu, jako je pečení, vaření, i to je součástí té ergoterapie, já si to v klidu připravím, takže do té terapie můžeme přidat něco úplně jiného, což bychom do té ambulantní dát nemohly. Takže strouháme jablíčko, loupeme, mícháme a tak dále. A ergoterapeutka mi ukazuje konkrétní věci s našimi konkrétními věcmi, který máme doma. My jsme dcerce, předtím než začala chodit do školy, pořídili takový ten pracovní stůl, ve kterém pěkně sedí, takže ona si v klidu sedí doma, u svého stolečku... A ten stoleček si můžeme vzít i do kuchyně, aby hezky seděla, nekinklala se, měla zafixované nožičky...

M: Napadla Vás někdy nějaká nevýhoda té domácí ergoterapie?

IH: Třeba když je hodně unavená a prospí celou tu ergoterapii..to kdybych s ní někam jela tak bych ji budila a pak nevím, jakou by ta ergoterapie měla kvalitu, protože by byla dcerka rozmrzelá. Ale my to využijeme pro tvorbu nějakého plánu, probereme pomůcky, nápady, ukáže mi spoustu nových věcí. Takže vlastně i to vidím jako výhodu...

M: Takže Vás vlastně nikdy nevýhoda nenapadla?

IH: Vlastně ne... Teď mě napadá akorát asi cena...

M: Tak děkuji mnohokrát...

Rozhovor domácí terapie, rodina MT

Marianna (dále jen M.): Nejprve bych se Vás ráda zeptala, jak jste se o ergoterapii jako takové dozvěděla? Jestli Vám o ní někdo řekl, nebo jste si o ni musela říct?

MT: Já už si to popravdě přesně nepamatuju, buď nám o tom řekli z rané péče, od které jsme měli většinu důležitých informací, nebo od rehabilitační doktorky ve fakultní nemocnici.

Nejdřív jsme vlastně chodili ambulantně do fakultní nemocnice a pak přes integrační centrum jsme se dostali k domácí návštěvě.

M: Aha, no a jak dlouho a jak často k Vám ergoterapeutka chodila?

MT: Ono to vlastně byla jednorázová záležitost a rovnou bych odpověděla na to, co jsem si od toho slibovala... na rozdíl od té ambulantní, kde se víc pracuje s tím dítětem jako takovým, tak doma jsem víc chtěla možnosti polohování, jak využít ten náš prostor a to, co používáme, jestli to tak je dobře nebo jestli se na tom dá něco zlepšit, změnit. Nebo jsme přemýšleli i nad tím, jak uzpůsobit hrací plochu, aby mohl syn těma rukama něco samostatně dělat. Řešili jsme také jídlo a pití přímo v těch našich podmínkách.

M: takže jste doufala, že se Vám tyhle věci zasadí do Vašeho prostředí, ne, že to někde jinde dělá někdo jiný?

MT: No jo.

M: Splnilo to Vaše očekávání?

MT: Jo, splnilo.

M: Neměla jste potom pocit, že to mohlo být lepší nebo jiný?

MT: Nene, měla jsem pak spoustu nápadů a způsobů, jak co dělat dál.

M: Ještě se zeptám, kdybyste o tom věděla, někdo to nabízel, měla byste zájem o častější domácí ergoterapii?

MT: Záleží v jaké fázi. Teď když syn chodí do stacionáře a má ergoterapii, tak to je dostačující, ale v období, kdy syn nikam nechodil, tak bych spíš uvítala domácí ergoterapii než docházení do nemocnice.

M: Takže třeba teď Vám přijde, že už to není nutné?

MT: No, co je pro mě teď nevýhoda je to, že já v tom stacionáři se synem nejsem, takže vlastně nevím, co se s nim dělá. Ale kdyby byla možnost, tak kdyby třeba někdo dvakrát do roka přišel na domácí ergoterapii, podívali bychom se, co bych se synem mohla dělat já.

M: Ale na častější bázi už si myslíte, že by to jakoby nemělo cenu?

MT: No, v podstatě už ne, teď už máme ty věci zaběhnuté, už víme co a jak. Už jsme zacvičení v tom, co máme dělat, Spíš ta korekce, nebo když se řeší židlička, vozík, tak je ta podpora k nezaplacení.

M: Jasně. No a Vy už jste to částečně řekla, ale kdybyste mohla nějak říct výhody a nevýhody těch ambulancí a těch domácích návštěv? Jako například výhoda, že to bylo zasazeno do Vašeho prostředí.

MT: Tak nevýhoda ze začátku byla, že syn v nemocnici prostě křičel, což by doma asi nekřičel.

M: Takže si myslíte, že v tom by ze začátku byla výhoda těch domácích návštěv.

MT: Jojo, zase pak by byla otázka ceny. Kdyby to bylo na pojišťovnu tak by to nebyl problém, kdybychom si to hradili sami, tak by byla otázka té ceny, no.

M: Možná by pro Vás byla výhoda, že byste na těch terapiích byla... Na druhou stranu takhle můžete zase dělat jiný věci jinak, když je syn na ambulanci.

MT: Jo, to je důležité říct, že na začátku bylo důležité, abych tam byla, teď když to umím, už to není tak nutné, samozřejmě vždycky se něco najde, vždycky vidí někdo jiný něco, co bych mohla dělat jinak, ale už ta moje přítomnost není tak důležitá jako na začátku.

Rozhovor domácí terapie, terapeutka BS

Marianna (dále jen M): Nejdřív bych se Vás zeptala, jestli jste někdy pracovala ambulantně?

BS: Ano.

M: A teď teda pracujete jak částečně ambulantně tak částečně doma?

BS: Pracuji jak v soukromí, tak mám svojí ambulanci.

M: Mohla byste nějak shrnout, určit nějaké hlavní body, co můžete těm dětem a jejich rodičům v domácí terapii nabídnout. Nebo co jim můžete z Vašeho pohledu poskytnout? Eventuálně, co oni žádají.

BS: Myslíte jako po čem je ta poptávka, co chtějí od toho ergoterapeuta?

M: Ano, ano.

BS: Já asi nejvíc řeším...protože moje zaměření jsou buď děti s poruchami autistického spektra nebo děti s nějakým poraněním mozku nebo s vrozenými vadami mozku...to znamená, že já u těch dětí nejvíc řeším...u autistů orofaciální stimulaci, protože mají velké potíže s polykáním a kousáním. Nebo hodně řeším multisenzorickou integraci pro uvědomění si vlastního těla. Ty děti mají hodně potíže třeba se smrkáním, neumějí smrkat, to je asi můj denní chleba, jakože nácvik smrkání, uvolnit si dutiny – nosní dutiny, ústní dutinu, polykání, jedení a je to vlastně i takový otužování, protože většina těch dětí (70, 80%) prošlo refluxem, takže jsou hypersenzitivní na pachy, vůně, jídla, takže tam se hodně zabývám takovým tím jakoby otužováním. Pracujeme tam na snížení citlivosti vůči tomuhle všemu. Plus tam řeším ty kognitivní funkce, což je jakoby víc podpora těch funkcí, protože většina těch dětí je na tom dobře. Spíš jde o uvědomění si, kam až můžou. U těch dětí s poruchami autistického spektra je to nejvíc ta senzorická integrace, celkově tělo, ruce, nohy. A jelikož mají různé vady...grafomotoriku hodně řeším, včetně přípravy na to psaní a tyhle věci. Já vlastně pracuju s dětma od roku (mladší se ke mně většinou nedostanou, protože než na to ty rodiče přijdou, co jejich dítěti je, tak se pracuje s dětma, co nemají diagnózu), nejmladší dítě jsem měla asi patnáct měsíců. Pracuju s dětma od roku do základní školy, takže do těch osmi, devíti let., maximálně desíti.

M: A potom už to ty děti nepotřebují..?

BS: V rámci toho co dělám, ještě ve spolupráci s kolegyní, která založila centrum, kde pracuji, to je její centrum, já tam pracuji na živnostenský list a dělám si jakoby svoje věci, jsem jako nezávislá jednotka a v podstatě jsme tým, teda tým, o dvou lidech. Ale už se nám to rozrůstá, máme tam i studenty, co tam pracují. Já jsem teda autonomní vůči centru. Do centra chodí děti do patnácti let, takže se vlastně o moc starší děti než těch deset jedenáct nemáme.

U těch neurologických dětí, ať už polymorbidity, dětské mozkové obrny nebo kraniotraumata. Nebo jsou to i onkologičtí pacienti, že mají nádor, ale nezahoubný, který tlačí na nějaká centra, ale jsou ty děti stabilizované. Tak v těchto případech řeším sebeobsluhu, opět senzorickou integraci, hodně řešíme pravá levá a hodně se zabýváme

jakoby propojováním pravé a levé hemisféry. Takže vlastně zase senzoričká integrace, ale jinou cestou, je to v tom, aby si to tělo víc uvědomily, hodně tam řeším tu orofaciální oblast, spíš jakoby kousání, salivace, polykání taky... Je to podobný, ale víc řeším tu sebeobsluhu.

M: Jak často a na jak dlouho docházíte za nějakým klientem?

BS: No, jak často...záleží na tom, co po mě ta rodina chce nebo co já uznám, že to dítě potřebuje, podle toho si stanovuju ten plán, ale většinou chci to dítě alespoň ze začátku vidět minimálně jednou týdně. Díky tomu, že pracuju sama na sebe a díky možnostem a financím si zatím nemůžu dovolit vidět y lidi víckrát než jednou týdně. Je pravda, že některý ty neurologický vidím i dvakrát týdně. Jak dlouho...to se odvíjí od věku toho dítěte, ty úplně malinký mám na hodinu ze začátku, pak zvládají hodinu a půl a nejdelší čas pro mě jsou dvě hodiny. Většinou je v tom čase i konzultace s těmi rodiči, což je pro mě maximálně půlhodina z těch 120 minut. A nebo v průběhu konzultujeme...u mě to funguje tak, že já s nimi dělám tu terapii a ve chvíli, kdy tu terapii dokončím, tak si řekneme proč to děláme. Chci, aby to ten rodič, viděl prakticky, pak si to třeba i vyzkoušel a pak se bavíme, co se proč dělá. Někdy dostávají ty rodiče nějaké materiály a tak.

M: Ale většinou to máte tak, že tu terapii vedete Vy? Nebo jste edukovala ty rodiče a pak tu terapii vedly oni?

BS: Je to tak jak jsem říkala, já vedu začátek té terapie, pokud chci, aby nějakou část dělali oni, třeba tu orofaciální stimulaci, tak to dělám tak, že si první hodinu nasbírám materiály o tom dítěti, udělám si anamnézu, ta první hodina je takový rozhovor, já to dítě pozoruju, někdy mám sebou hračky, co mi pomůžou zjistit, co to dítě umí, povídám si s těmi rodiči o věcech, které potřebuju vědět. Ale nedělám závěry, já si nechávám na poznání toho dítěte tak dva tři měsíce, potřebuju to dítě vidět unavený, neunavený, veselý, neveselý... Na té první hodině řeknu těm rodičům jednu dvě věci a nehodnotím, řeknu, co vidím, ale nehodnotím, jestli je to dobře nebo špatně. Následující hodiny probíhají tak, že já jim třeba ukážu, co chci, aby dělali, tak si to ukážeme a na začátku další hodiny mi musejí ukázat to, co dělají. To dítě vidím až za týden taky proto, aby ty rodiče měli čas si to zpracovat.

M: A průměrně, jak dlouho máte to děťátko v péči? Jako vyloženě od roku až po těch osm?

BS: Jak kdy... Někdy je to o tom, že ty rodiče chtějí třeba něco jiného, někdy může dojít k takový desympatizaci mezi mnou a dítětem, že už jsme spolu dlouho, tak je

někdy fajn toho terapeuta vyměnit. Třeba v centru se střídáme, abychom měly přehled o všech našich dětech, což do budoucna nejde, nicméně někdy uznám, že je dobrý si dát pauzu. Nebo i ty rodiče přijdou, že chtějí pauzu. Když pracuju s dítětem tak vždycky pracuju i s rodičem, protože co se děje s dítětem, to je o tom rodiči, nikdy to není jen o tom dítěti. Takže nedokážu říct, jak dlouho děti mám a nejsem zas tak dlouho v praxi, abych to mohla říct.

M: Jak se o Vás vlastně rodiče dozvědí?

BS: Teď už je to tak, že mi ty rodiče sami volají. Že si mě prostě nacházejí sami. Když jsem byla na Vysočině, kde vlastně nikdo nevěděl, co ergoterapie je, tak tam jsem udělala vlastně takový edukační předvoj lékařům, takže tam se mnou začali spolupracovat pediatri a dětští neurologové. A ti, když zjistili, že se něco mění, tak začali sami dávat těm rodičům kontakt, takže se mi pak i stávalo, že mi volali rodiče čtyřicet kilometrů od mého bydliště, protože o mě slyšeli... Přitom jsem začala záměrně pracovat v nemocnici, abych načerpala kontakty, a po nějakém čase jsem šla do soukromí.

M: Teď by mě zajímalo, jaké si myslíte, že jsou výhody a nevýhody těch domácích návštěv.

BS: Výhody jsou asi ty, že ten rodič je v klidu doma, že je ve svém prostředí, to dítě taky. Což ne vždycky je výhoda, někdy ty děti pracují líp v jiném prostředí než doma. Výhoda je, když to dítě vidíte tam i tam, což já třeba dělám, že jezdím za nimi a oni i navštěvují mě, že to střídáme..

M: Vždycky to střídáte?

BS: Ne, vždycky ne. Někdy. Spíš jako díky mému času jak kdy. Velká nevýhoda pro mne je čas. To znamená, že když jezdím po Praze a zaseknu se někde, tak se mi může stát, že přijedu ke klientovi i o půl hodiny později. To je obrovská nevýhoda. Když člověk dělá na sebe a musí stihnout třeba čtyři lidi v tom dni, nejen kvůli penězům, ale i kvůli těm klientům, tak to je velká nevýhoda. Výhody vidím v tom, že ty lidi vědí, s čím mají pracovat doma, protože spousta rodičů v ambulanci říká: „No, ale vy tady máte hračky a vy tady máte tohle.“ A já jim říkám: „No ale vy je doma máte taky.“ Takže doma ty rodiče vědí, co mají použít, protože já používám věci, co mají doma...hrnce, pokličky, mouku, cukr, fazole, hrách, prostě cokoliv, tkaničky, úplně obyčejný věci, ze kterých je naučím třeba vyrobit nějakou hračku nebo nějakou věc. Když vidím, že dítě je třeba badatel, tak jdeme zkoumat kohoutek. Je prostě důležitý, že ten rodič je v klidu,

že nemusí to dítě vybalit zabalit. A to dítě je taky v klidu, někdy ne. Nevýhoda je pro mě fakt ten čas.

M: Vzhledem k tomu, že pracujete i ambulantně, můžete ty dva přístupy nějak srovnat? Možná teď jako co se týče výhod/nevýhod ambulance.

BS: Opět uvedu ten čas, to je velká nevýhoda, v té nemocnici není tolik času. Další nevýhoda je, že to prostředí je stresující, pořád je to nemocnice. Výhoda je, že ten rodič to nemusí platit z vlastní kapsy. Možná ještě výhoda je, že když potřebujete něco rychle řešit s nějakým kolegou, tak to propojení v té nemocnici. Ta interspolupráce je rychlá. Já v soukromí musím čekat na nějaké vyšetření třeba tři měsíce, těch dětských specializovaných pracovišť je málo a ty čekací doby jsou dlouhé. Pokud to není úplně akutní, tak to čekání je strašné. Takže to.

M: A Vám osobně vyhovuje víc ta domácí terapie?

BS: Určitě, určitě. Já jsem víc v klidu, protože si v uvozovkách dělám já, co chci a dělám si to ve svém čase a v čase, který vyhovuje těm rodinám. Je to pro mě svobodnější. Není tam ta uniformita a to vyplňování tisíc papírů. Když člověk začíná, tak je asi to ambulantní lepší, že má člověk možnost konzultace s kolegou, máte nějakého učitele, na kterého se dá obrátit.

Rozhovor domácí terapie, terapeutka RK

Marianna (dále jen M): Nejdřív bych se chtěla zeptat, jestli jste někdy pracovala ambulantně.

RK: Ano, pracuji, dochází za mnou několik dětí s různým typem postižení.

M: A za některými docházíte domů?

RK: Ano, měla jsem pár dětí, za kterými jsem docházela domů.

M: Co podle Vás můžete v té domácí péči těm rodinám nabídnout? Co si myslíte, že je takové hlavní s čím Vy jako terapeut do té rodiny přicházíte?

RK: Tak já si myslím, že tam je hlavně ta podpora, že jim vůbec někdo může pomoci. Že ten člověk přináší jejich dítěti něco nového, ať už zábavu nebo zpestření, protože ta ergoterapie je zase něco jiného. Myslím si, že tam je hlavně to, že se ta rodina seznámí s těmi věcmi, které pro ně nejsou tak typické. Třeba tu soběstačnost dělají ty rodiče sami a najednou přijde někdo, kdo jim ukáže, že se to to dítě může učit samo za přítomnosti dospělé osoby, i sami ty rodiče je to můžou učit. Vlastně ten terapeut učí jak děti, tak i rodiče a ukazuje jim cestu, směr, kterým můžou zase jít a je to pro ně něco

nového, něco co třeba ještě nezažili, pro některé lidi je to samozřejmost, ale vůbec si neuvědomují, že to nedělají, že se tu soběstačnost naučili dělat za děti a najednou se přijde s tím, že se to dá zkusit i jinak. Takže v tý domácí péči hodně nabízíme tu soběstačnost, učení, jak by to šlo, pomůcky, které můžeme nabídnout, co vůbec nabízí volný trh.

M: Jak často a na jak dlouho na ty domácí návštěvy docházíte?

RK: Docházím jednou týdně na hodinu.

M: Jakoby šedesát minut?

RK: Jo, ta terapie trvá hodinu, tedy šedesát minut.

M: A je v těch šedesáti minutách i konzultace s těmi rodiči nebo to bývá ještě navíc?

RK: To bývá ještě navíc. Většinou ta terapie se stihne za hodinu, a pokud ty rodiče chtějí, tak ta ještě bývá ta konzultace.

M: Jaké si myslíte, že jsou výhody a nevýhody těch domácích návštěv?

RK: Výhoda je, že pokud to dítě nemůže být přemístováno, buď je z daleka, nebo to jeho zdravotní stav nedovoluje, tak si myslím, že je velká výhoda, když ten terapeut přijde k nim domů. Další výhoda je, že když tomu dítěti je málo a je zvyklé na to domácí prostředí, kde se cítí bezpečně, tak je ta první návštěva nebo pár těch prvních návštěv lepších doma, než to dítě přesouvat do cizího prostředí. Což taky záleží na diagnóze, například pro dítě s autistickými rysy by bylo nejlepší, aby se s terapeutem seznámil doma a až pak změnili to prostředí. Myslím si, že v tomhle navození té důvěry k tomu terapeutovi je ta domácí návštěva důležitá.

Nevýhodou je, že já jako terapeut nemůžu poskytnout všechny věci, které můžu mít ve svém ambulantním prostředí. Ať jsou to válce nebo nějaké velké pomůcky jako míče, na kterých můžeme trénovat rovnováhu a mobilitu. Ale zase některé věci tam můžu přinést, některé hračky využít z domova, to, co má to dítě rádo, je to něco, co zná. Má to prostě výhody a nevýhody.

M: A Vám vyhovuje víc co? Kdybyste si mohla vybrat buď jen ambulantní, nebo jen domácí terapii, tak jakou byste si vybrala?

RK: Pro mě jako nevýhoda v tý domácí péči je to ježdění někam, člověk musí plánovat tu cestu a ví, že za nějaký čas musí být zas někde jinde. Tohle je náročné, pokud člověk pracuje ambulantně a zároveň dělá domácí návštěvy. Když má člověk jen ty domácí a naplánuje si třeba čtyři, pět dětí za ten den, tak to asi jde. A zase je to na člověku, pro mě je to třeba unavující jezdit po Praze a někomu to prostě vůbec nevadí.

M: Takže Vám vyhovuje...

RK: Mě tím, že mám stále zaměstnání tak mi vyhovuje těch pár domácích návštěv. Jinak ambulanti, když přijdou za mnou, tak já už si dopředu můžu připravit, co bych s nimi chtěla dělat. Kdyžto, když někam jdu, tak nevím v jaké náladě to dítě bude, co se tam bude dít, takže v hlavě něco připravené mám, ale nemůžu pokaždé tahnout plný batoh, abych tomu dítěti všechno ukázala. Takže z tohohle důvodu to není pro mě.

M: Něco už jste řekla, jako třeba ty pomůcky, ale jestli by Vás ještě nenapadlo nějaké srovnání těch dvou přístupů? Toho domácího a ambulantiho.

RK: Srovnání...no v té ambulanti je určitě to, že pokud chce být rodič při terapii, tak mlže být, ale také se může dohodnout s tím terapeutem, že si zajde nakoupit, na kafe, že prostě nemusí sedět pořád doma. Nebo se můžou jít projít, je to pro ně takový výhodnější. Pro mě je tam to, že já vím, na kolikátou hodinu přijdou, připravím se a to dítě přijde již k připravenému. Když jdu domů, tak přijdu někam, kde se já musím svléknout, zorientovat, teprve tam vyndat ty věci, které s tím dítětem budu dělat. Je to takové prodloužené tímhle... V tý ambulanci navíc můžu s dítětem trénovat rovnou to oblékání, svlékání, protože on je oblečený, když přijde, hned se tam napojí ten trénink tý soběstačnosti, tak přirozeně v adekvátní chvíli. V tomhle je ta ambulanti o něco lepší. Ale pokud je dítě ležící, který potřebuje rozjít, nebo bazální stimulaci, tak je zas lepší ject domů, protože než bych si ho v tý ambulanci napolohovala. Doma se můžu domluvit s těmi rodiči, aby na bazální stimulaci připravili deky atd. Co mě ještě napadá k těm domácím návštěvám, je to, že by terapeut měl tak jako tak mít nějaké zázemí, kde má ty pomůcky uložené. Aby si je neskladoval doma a nenosil si práci domů. Nebo samozřejmě, když má člověk dům, nebo v paneláku kočárkárnu a může si to tam dávat, tak jasně, ale když si představím, že všechno skladuju doma v bytě, tak se z toho zblázním. Mě by třeba ty domácí návštěvy na půl úvazku bavily, ale stejně bych využívala svojí ambulanci pro ty pomůcky.

Rozhovor ambulanti terapie, rodina KB

Marianna (dále jen M.): Nejdřív bych se Vás chtěla zeptat, jak jste se o ergoterapii jako takové dozvěděla? Jestli Vám o ní někdo řekl nebo jste si o ní musela říct, že byste jí chtěla?

KB: Tak protože pracuju v oboru, pracuju jako speciální pedagog, tak o ergoterapii jsem věděla už předem. Nicméně v takovém úzkém kontaktu, že bych pracovala se svým vlastním dítětem, tak takovou zkušenost jsem neměla. Spíš jsem byla přítomná ergoterapií dřív, ještě v ústavu sociální péče, kde se zas pracovalo hlavně s dětma

s mentálním postižením, takže ten záměr byl trochu jiný, než u mojí dcery. Moje dcera má dětskou mozkovou obrnu, hemiparézu, kde jde o to, abychom zapojili tu polovinu, kterou ona nepoužívá. A co nejvíc ji posouvali v tom samostatném oblékání nebo zkrátka, aby byla samostatná. Takže o ergoterapii jsem věděla, ale v souvislosti s mojí dcerou jsem se o možnosti ergoterapie dozvěděla, až když jsme byly v lázních. Tam jsme si zkusili, že to pro dceru má významný efekt a hlavně, že to je příjemná terapie, kterou přijímá velice dobře na rozdíl třeba od cvičení Vojtovy metody, kterou teď taky provádíme, což ty děti nepřijímají tak dobře. Takže jsem se pídila po ergoterapii, nicméně, co jsem hledala v našem okolí tak nejvíc byla poskytována v Motole, kde ale byla úplně nemyslitelná doba čekání. Jenom abychom se dostali do pořadníku, tak bychom museli čekat tři měsíce. A následně by to stejně vypadalo tak, že bychom docházeli jednou za čtyři nebo šest týdnů, což mi připadalo, že je skoro zbytečný. Že je lepší si nasát nějaké informace a intenzivně pracovat doma. A pak jsem zkoušela zadávat ergoterapii dál a našla jsem ergo tady. Dali jsme si tady schůzku a líbilo se nám tady a byli tady ochotní se nám věnovat každý týden. Takže se snažíme o to, abychom docházeli jednou týdně.

M: Takže chodíte jedenkrát týdně a jak dlouho?

KB: Už sem vlastně docházíme přes rok pořád k té samé terapeutce. Plus tady je ta ergoterapie spojená s tím pejskem, což ze začátku bylo fajn, protože z těch lázní k tý ergoterapii neměla dcera úplně dobrý vztah, tak přes toho pejska tady se to zlomilo. A docházíme sem na hodinu.

M: A vyhovuje Vám ta frekvence? Nebo kdyby to bylo možné, tak byste chtěla častěji?

KB: Kdybychom bydleli tady za rohem a mohla bych sem docházet každý den, tak klidně budu. Protože dcerku to baví a vim a vidím, že to má pozitivní vliv na ten úchop, že tu ručku zlepšuje. Ale pro nás to není dosažitelný, protože jsme mimopražský, dojíždíme. Takže takhle jednou týdně je dostačující. Stejně se s ergoterapeutkou dostáváme do kontaktu, co a jak se dá dělat, co si dcera vyzkoušela, co jí baví. Takže máme stejně pak čas si to doma vyzkoušet.

M: A prokonzultovat to ten další týden.

KB: Tak, přesně tak.

M: I vzhledem k tomu, že jste z podobného oboru, tak by mě zajímalo, co jste od ergoterapie očekávala? Co jste očekávala, že se bude dít? I před lázněmi.

KB: Mě šlo o to, že jsme pořád přemýšleli, jak tu dceřinu ručku zapojit do toho schématu, což ne vždycky se nám dařilo, protože už jenom to, že jsem v pozici toho

rodiče, tak dcera ode mne všechno jinak přijímá, než od někoho dalšího. Takže teď to děláme tak, že já sem dceru přivedu a skoro nikdy tady nezůstávám, jenom když potřebujeme něco konzultovat. Dcera pracuje s terapeutkou sama a zjistily jsme, že dcera reaguje úplně jinak, když je tu sama s terapeutkou a jinak když tu jsem. Takže my jsme čekali, že se ta ručka začne víc zapojovat, že se vymyslí činnosti, jak tu ručku zapojovat, jak jí motivovat. To byl vlastně ten prvotní záměr. Až jako v průběhu vlastně vyplynulo to, že potřebujeme i tu soběstačnost zlepšit. Teď jsou ta očekávání taková, že chceme zlepšit to oblékání... zkrátka celkově tu sebeobsluhu.

M: takže ergoterapie splnila Vaše očekávání?

KB: Ano, určitě. Já musím říct, že hlavně v tom oblékání, přesto, že se to zdá jako úplně triviální záležitost... tak i když jsem se s Laurinkou snažila trénovat obouvání, oblékání, tak jsem neměla nikdy tak dobrý nápad jako ergoterapeutka... ono se to nezdá, ale když nepracuje půlka těla, tak člověk si to ani nedokáže představit, tak vlastně terapeutka, protože už s tím má nějakou zkušenost, tak mi vždycky poradila, jak na to a ono to funguje. Takže je to něco s čím já bych si lámala hlavu a dělala bych to zbytečně složitě a ona tomu dá tu formu.

M: Aha, jasně... Pak bych se chtěla zeptat, jestli k Vám ergoterapeut někdy přišel na domácí návštěvu.

KB: Nenene, my jsme to takhle nikdy neměli, protože jednak dojíždíme a vlastně pro nás je to vzít pomůcku a nějak jí použít..nebo samozřejmě na začátku jsme čerpali nějaké nápady, co doma, ale teď už to umíme.

M: Takže si i myslíte, že byste domácí intervenci nevyužili? Kdyby ta možnost nějakým způsobem byla, tak že byste domácí terapii nechtěla?

KB: Myslim si, že jo. Ještě než jsem věděla o ergoterapii, tak jsem se snažila napojit na ranou péči a hodně jsem usilovala o to, aby přijel někdo z té rané péče, někdo, kdo by mi právě poradil, jak si to domácí prostředí zařídit, jak to dítě motivovat k tomu, aby dělalo to, co já potřebuju. Ale tenkrát se mi nepodařilo s tou ranou péčí zkontaktovat.

M: Tohle právě kdyby viděl ergoterapeut, tak by to bylo pole působnosti, jak Vám pomoci.

KB: Tak, myslim si, že by určitě maminky, co maj ty dětičky malý, tadytu péči využily. Ve chvíli, kdy je dcera větší, tak tam už není tak velká potřeba, ale dřív... Ona vlastně začala chodit ve dvou letech a už to by nám strašně pomohlo, jak třeba udělat ty překážky, aby musela něco zdolávat, jak jí namotivovat, aby si začala víc stoupat, na to by byla ta ergoterapie hrozně šikovná.

M: Určitě, tam je jako výhoda, že člověk pracuje s těmi domácími věcmi, na co je i to děťátko zvyklé... Takže si myslíte, že domácí ergoterapie spíš v začátku.

KB: Spíš v začátku, i když asi i teď by to mělo stejný efekt, ale já vlastně ani nikdy neslyšela, že by tohle šlo, jak jsme mimopražský, tak se tohle téma ani moc neotevřelo.

M: Myslíte si, že by v něčem měla ta domácí ergoterapie pro Vás výhody? Nebo výhody a nevýhody té ambulantní, jestli pro Vás nějaké jsou. A jestli si myslíte, že by pro Vás měla výhody/nevýhody ta domácí ergoterapie?

KB: No tak, faktem je, že když ten ergoterapeut dochází domů, tak se dají využít přímo ty věci, které doma jsou. Ono, když máte dítě, které má nějaký handicap, je to hodně o té finanční stránce. Člověk stále vymýšlí, co všechno koupit, jak to využít. Pak to třeba i koupí, ale neumí to správně využít, takže tam by bylo dobré to, že by se využilo to, co doma máme, naučili bychom se pracovat s tím a odpadly by takový ty neuvážený nákupy. Na druhou stranu, my to máme nastavené tak, že před ergoterapií jezdíme na Vojtovu metodu a dcera to tady pak má jako za odměnu. Takže dcera to má vlastně teď jako koníček. My nemáme čas, aby chodila někam na kroužky, tak má ergoterapii, kterou má za odměnu, ona změnila prostředí, líbí se jí tady.

M: Takže v podstatě pro Vás ani ta cesta, to vypravení se, jako pro některé maminky, není komplikací a není nevýhodou?

KB: My to máme místo cesty na kroužek, takže to neberu nijak negativně.

Rozhovor ambulantní terapie, rodina KV

Marianna (dále jen M.): Nejprve bych se Vás ráda zeptala, jak jste se o ergoterapii dozvěděla? Jestli Vám ji někdo nabídl, nebo jste si musela říct?

KV: Nabídla nám ji neuroložka ve fakultní nemocnici.

M: Řekla Vám paní doktorka, o co v ergoterapii jde?

KV: Ne, všechno nám řekla až ergoterapeutka na první terapii.

M: Splnila ergoterapie Vaše očekávání poté, co jste se dozvěděla, o čem to je?

KV: Rozhodně ano.

M: Jak dlouho jste ergoterapii měli nebo máte?

KV: Zezačátku jednou měsíčně, později jednou za tři měsíce.

M: A jak dlouhé ty terapie byly?

KV: Když jsme měli ergoterapii jednou měsíčně, tak to bylo na půl hodiny, pak na hodinu.

M: Vyhovovala Vám tahle frekvence?

KV: Určitě, na začátku by se syn ani nezvážl soustředit déle než tu půlhodinu. Takže si myslím, že to takhle bylo ideální.

M: Byl někdy ergoterapeut u Vás doma na domácí terapii?

KV: Ne, nebyl.

M: Myslíte si, že byste domácí ergoterapii využila?

KV: Samozřejmě by bylo výhodné, že bych nikam nemusela jezdit, ale my jsme měli Motol blízko, takže si myslím, že bychom to ani pořádně nevyužili.

M: Napadly Vás v průběhu terapií, nebo vymyslela byste nějaké nevýhody ambulantní terapie?

KV: Asi ani ne. Jediné, co je určitě výhoda těch domácích návštěv, že si to víc upravíte do svého rozvrhu. Když jsme se synem jeli do Motola, tak trvalo, než jsme se vypravili a on už byl pak někdy v Motole unavený, tak to byla nevýhoda. Ale jinak nic.

M: Takže jste byla spokojená tak, jak to bylo?

KV: Ano, myslím si, že to tak mělo být a vyhovovalo mi to tak.

Rozhovor ambulantní terapie, terapeutka BŘ

Marianna (dále jen M): Chtěla bych se Vás zeptat, jestli byste mohla shrnout, co můžete dětem a rodinám nabídnout v ambulantní praxi?

BŘ: Co se jim může nabídnout je vlastně klasická individuální terapie. Vzhledem k tomu, že jsem pracovala ve fakultní nemocnici na dětské rehabilitační klinice, tak jsme jim v terapii mohli nabídnout společné stanovení cílů, co oni považují za překážku v normálním vývoji dítěte, co dítě omezuje v normální kvalitě života a v běžných denních činnostech, ale i v rámci hry atd. V návaznosti na to, co by si lékař přál, byly stanoveny společné cíle a jejich plnění. Individuální ambulantní terapie je pro ně výhodná v tom, že nastavení intenzity lze zpočátku ovlivnit a terapie může být častější a když vidíme, že se dovednosti, na které se zaměřujeme lepší, tak můžeme opět intenzitu snížit. Velkou výhodou ambulantní péče je, že děti jsou normálně doma a na ambulantní péči docházejí. Což je hlavní rozdíl mezi lůžkovou a ambulantní péčí. A je to i o tom, že ergoterapie podle mého názoru není o tom, aby rodiče přišli s dítětem a my s ním vytvořili nějakou terapii, ale o tom, že ukazujeme rodičům, jak s dětmi pracovat a ukazovat jim, co se s nimi má dělat, na jaké oblasti by se měli zaměřit a můžeme je to učít i tím, že si to u nás vyzkouší, my je opravíme a vlastně pak by to měli použít doma, respektive denně. Aby to mělo nějaký význam, tak to musí být intenzivní. Není to o tom, že když dělám s dítětem orofaciální stimulaci a to dítě má problémy s příjmem

potravy a oni tu orofaciální stimulaci nedělají denně, pak jí udělají dva dny před tím, než přijdou ke mně, tak to vlastně může vypadat, že to maminka umí hezky, ale pro dítě to nemá žádný význam. Tohle si myslím, že je v ambulantní péči nejzásadnější. Máme na ně vymezeno více času, protože terapie jsou u nás hodinové. Což třeba u těch lůžek nemusí být. Samozřejmě záleží, kolik těch lůžkových pacientů je. I když pro kliniku jsou samozřejmě stěžejní ti lůžkoví pacienti. Ambulantní jsou vlastně až jako něco navíc. Když je kapacita, tak se přijímají ambulantní pacienti.

M: Takže když jsou například lůžka plná, tak se přijímá méně ambulantních pacientů?

BŘ: Může se stát, že když je například hodně lůžkových pacientů k terapii a ještě navíc nějaká kolegyně vypadne, tak se stává, že já jdu a musím odvolat ty pacienty a přeobjednat je na nějaký další termín. Protože samozřejmě ta akutní péče je vždy přednější před tou chronickou. Před těmi chronickými pacienty. Tohle je nastavení toho systému na naší klinice. Je možné, že je to někde jinde jinak, ale u nás to funguje takhle.

M: Co si myslíte, že jsou hlavní výhody a jaké jsou nějaké nevýhody ambulantní péče?

BŘ: Výhody si myslím, že už jsem nějak zmínila. Jednak to, že už ty děti nejsou v nějakém ohrožení, nechci říct života, protože jdeme k pacientům, kteří jsou už nějakým způsobem stabilizovaní. Ale je tam samozřejmě výhodou, že ty děti nejsou omezeny nějakými symptomy nemocí, že je třeba něco nebolí nebo tak. To bych řekla, že je jedna věc. Druhá věc je, že přijdou z toho domova. Přijdou a zase odejdou. Nejsou frustrováni tím pobytem. A děti, které mají nějaké poruchy chování, měla jsem pacienty, kteří nesnášeli vůbec už to, když se přiblížili k nemocnici. To byl chlapeček, který měl, nechci říct autistické projevy, protože tenhle výraz nemám ráda, ale to jeho chování určitě nebylo v pořádku. Neměl ještě stanovenou diagnózu, ale pravděpodobně to ta porucha autistického spektra byla. A tomu to vyloženě nedělalo dobře. Jsem přesvědčená o tom, že kdybych přišla k nim domů, tak by ta práce byla úplně jiná, protože tam když ta hodina se vzala, tak vlastně těch prvních dvacet minut jsme ho jenom uklidňovali. A přesvědčovali jsme ho, že se mu nic nestane. A pak už jsme mohli pracovat, ale to dítě se tím stresem strašně unaví. Takže vám to zkrátí čas, kdy to dítě vlastně naplno pracuje. Ale výhody to má samozřejmě i v tom, že v té ambulanci máte spoustu pomůcek, všechno máte při ruce, máte tam správná ergonomická zařízení. To znamená stůl ergonomický, můžete s dětmi pracovat u zrcadla, na zemi, což třeba na lůžkách, když to srovnám, není tak dobré, protože tam se nemůže všechno zkrátka přenést. Můžete tam toho spoustu donést a třeba jim i měníme ty hračky, i jim tam necháváme ty hračky nebo míčky, aby s nimi mohli třeba trénovat nebo cokoliv, ale

přece jen nějaký válec nebo na zem, je to takový komplikovanější. Jako v té domácí návštěvě, tam taky nemůžete s sebou všechno přivést. Myslím si, že ty prostory ambulance jsou výhodné v tom, že tam je větší ta kreativita a dá se tam víc změnit ta terapie, když zjistíte, že ta terapie úplně nejde, tak máte možnost volit jiné pomůcky a prostředí.

M: Pak bych se chtěla zeptat, jestli jste někdy uskutečnila domácí návštěvu a jestli ano, tak proč? Jaký byl důvod?

BŘ: Nikdy jsem domácí návštěvu neuskutečnila v rámci zaměstnání. Byla jsem několikrát na domácí návštěvě, když jsem řešila tejpování. Bylo to spíš soukromější. To byl tříletý chlapeček, který měl bolesti nohy a měl tam nějaké atypické postavení a měl z toho i špatný stereotyp chůze. Takže jsme zkoušeli tejpování a taky jsem tejpovala děti na koliku. To bylo jediné, kdy jsem se vydala takhle na domácí návštěvu. Ale v rámci zaměstnání ne.

M: Ale když jste byla alespoň takhle na tom tejpování, myslíte, že byste to mohla alespoň nějak srovnat? Přišlo Vám to, že třeba bylo to dítě na to tejpování klidnější?

BŘ: Tak určitě, když máte ambulanci v normálním baráku, kde máte na dveřích sluníčko a přijde to dítě do normálních prostor, tak je to něco jiného, než když jde to dítě za vámi na tu ambulanci do nemocnice. Tam je specifický pach, je to prostě obrovská budova, ty chodby a prostě všechno. Takže tam ty děti zpozorní už jenom tím příjezdem do toho areálu. A samozřejmě mohou být v napětí. To záleží dítě od dítěte. Některý děti přijdou a udělali by nám z ambulance kůlničku na dříví a některý děti tam ani pomalu nemrknou. Takže to se různí, ale určitě ty děti v domácím prostředí víc zlobily. Víc se jakoby předváděly. Bylo vlastně těžší je chytit. Ty miminka, tam je to vlastně jedno, ale ty větší děti tam bych řekla, že to má na tu kázeň spíš jako horší vliv. Ale zase tam na druhou stranu tam vidíte víc ty projevy toho dítěte a můžete si ho lépe vyšetřit. Sám se svobodně pohybuje po tom prostoru a kolikrát ještě vymýšlí různé věci, lezou a prostě se předvádějí. Takže tam člověk i vidí víc než by viděl normálně, když by to bylo například příbuzné dítě.

M: Od 1.1.2015 je v novém sazebníku VZP více úkonů, které nejsou vázány místem. Tak jsem se chtěla zeptat, jestli si myslíte, že třeba do ambulantní péče zařadíte třeba i tu domácí péči?

BŘ: Já bych jako chtěla. Já bych byla ráda už kvůli poradenství v rámci toho, že výhody té domácí péče jsou obrovské. Například rodiče mohou vše vidět právě na té terapii v ambulanci, kde vy máte všechny vhodné pomůcky a pak ten rodič přijde domů

a neví si tak trošku rady. Potom my třeba i dáváme různé návody nebo rady na to jak si jednotlivé pomůcky kompenzovat nebo si je vyrobit doma. Ale pak když ten rodič vidí tu práci s tím dítětem v domácím prostředí, to může daleko víc sám zkoušet. Je to takový lepší návod pro ty rodiče. A já kdybych měla možnost, tak bych určitě u vhodných pacientů ty návštěvy zařadila.

M: A zařadila byste je pravidelně nebo spíše jednou, pak zase ambulanci a pak opět na zkontrolování jak to vypadá?

BŘ: Myslím, že aby se to vůbec prosadilo, tak by to muselo být individuálně podle konkrétního případu. Třeba dětí, u kterých vidíme, že jim vyloženě ta ambulance nesvědčí, nebo jsou to právě děti, které mají třeba větší motorické poškození, nebo u dětí, kdy se po těch rodičích žádá větší intervence jakoby z jejich strany v rámci toho tréninku, tak u těch by pravidelné návštěvy určitě byly vhodné. Ale nedokážu si to představit u všech dětí. Ani nejsem přesvědčená, že by to u všech bylo potřeba pravidelně k nim docházet, ale v určitých případech a například v rámci toho poradenství úpravy prostředí pro to dítě, případně když máte spinálního pacienta, tak doporučení úpravy bytu a naplánování, jak by se tomu člověku v tom bytě lépe žilo, tak to bych považovala za automatické.

Rozhovor ambulantní terapie, terapeutka JN

Marianna (dále jen M): Nejdřív bych se chtěla zeptat, co rodinám a dětem v té ambulantní péči můžete podle Vás nabídnout a nabízíte? Jaké jsou třeba taková hlavní odvětví, která nabízíte?

JN: Nabízela jsem individuální ergoterapii, zaměřenou primárně na zlepšení jemné motoriky, kognitivních funkcí, celkově kvalitu a zlepšení psychomotoriky, záleželo samozřejmě dítě od dítěte. S tím, že jsem mohla nabídnout i Snoozelen, poradenství ohledně pomůcek, a úprav v bytě, případně ve škole. To je to, co jsem dělal nejvíc. S tím, že frekvence ergoterapie byla většinou jednou týdně, ta byla dělaná vzhledem ke kapacitě. S tím, že mám i zkušenost z nemocnice, že toho jde adekvátně nabídnout víc z té ergoterapie a i vyšší frekvence. Ale jak říkám, nejčastější a nejtypičtější model zakázky mi přijde jednou týdně, nejvíc jemná motorika, kognitivní funkce a celkové zlepšení psychomotoriky. A ještě vlastně zásadní bylo oblékání a jedení. To jsem si ještě

vzpomněla.

M: A jednou týdně byla ta terapie na hodinu?

JN: Jo, byla to hodina, ale se vším všudy, to znamená i s dokumentací, takže ta terapie trvala čistého času tak 40 až 45 minut a zbytek na administrativu. Pokud těch 40 minut klient zvládnul.

M: Dále bych se chtěla zeptat, jaké si myslíte, že jsou výhody nebo naopak nevýhody těch ambulantních terapií?

JN: Nevýhoda může být to, že člověk nevidí reálné domácí prostředí. Ne, že by to nešlo vykomunikovat, ale může docházet k nejasnostem. Vybavuju si příklad, kdy mi jedna maminka řekla, že mají sprchový kout a já jsem hned vymýšlela sedačku do sprchy a ta maminka mi říkala, že takhle malá sedačka neexistuje, ale až když jsem to tam viděla, tak jsem pochopila, že měla pravdu. Ještě si vybavuju, že jsem taky řešila věšení prádla a doma prostě nebyl prostor na sušák. Potom, že ta frekvence bývá omezená. Pokud není dobrá spolupráce klienta, v případě dětí perfektní spolupráce s rodinou, tak pokud někdo pracuje hodinu týdně tak se nikam neposune. Což je rozdíl oproti tomu, když je ergoterapie formou lůžek. Výhoda mi přijde zase, že jde flexibilně upravovat čas. A i psychohygienu pro terapeuta, je to variabilnější, pokud pracujete ve stacionáři stále se šesti pacienty, podle mě je to psychicky náročnější. Kdyžto při té ambulanci se vystřídá i druh tý klientely.

M: A uskutečnila jste někdy domácí návštěvu? A důvod té návštěvy?

JN: Uskutečnila, jednou jakoby na přátelské bázi, už ten klient vlastně nebyl mým klientem a jednou u klienta teda a to šlo hlavně o konzultaci kompenzačních pomůcek. Zjistit, jak je to doma uzpůsobeno.

M: bylo by pro vás možné tyhle dva přístupy, domácí a ambulantní srovnat?

JN: Jakoby ze zkušeností ne, protože na domácí návštěvě jsem byla jednou, dvakrát, takže ne ze zkušeností, ale uvažovala jsem o tom, jestli se tomu nevěnovat jako OSVČ. Avidim tam rizika, výhody, nevýhody. Pokud srovnávám ne ambulance a lůžka, ale ambulance a domácí, tak pro mě je nevýhoda domácí intervence a výhoda ambulantní, že má všechny pomůcky k dispozici a že mám zázemí té instituce, kde tu ambulanci mám. Že nebudu, v dnešní době upřímně řečeno vystavená riziku, že nikdy nevím, kdo si mě k sobě objedná a za jakým účelem. Jestli to, proč si mě objednal je hlavní a jediný problém, co ho trápí, nebo k tomu jsem přidružené věci. Ta instituce hraje roli i pro pacienta, že když Vás zná pod jménem nějaký instituce, tak může očekávat, jestli jste nebo nejste kvalitní terapeut. Ale zase velká výhoda té domácí návštěvy je, že vidíte toho klienta v tom domácím, přirozeném prostředí. Takže můžete ukázat co konkrétně a jak doma trénovat, poradit s pomůckama, vidíte, jak to tam reálně funguje. To je moje

zkušenost z praxe, že ta rodina funguje jinak doma a jinak v ambulanci. A pak taky samozřejmě časový hledisko, pokud jdete na domácí návštěvu, tak se tam musíte nějak dopravit, Takže jednak, kdo tu dopravu zaplatí. Pokud mi chodí klienti do ambulance, tak já si tam maximálně uklidím, dojdu si ba záchod, ale v těch domácích návštěvách se oblékáte, svlékáte, balíte si pomůcky, taháte ty pomůcky s sebou, jestli pojedete autem nebo to budete nosit. Musíte vědět, jakou pomůcku budete brát, nebudete stěhovat válec třeba. Na druhou stranu můžete improvizovat, ukázat těm rodinám co se dá dělat. I mě napadá konzultace...Stalo se mi, že jsem něco chtěla zkonzultovat s kolegou, což v domácí terapii nemůžu.

M: Od 1.1.2015 je v sazebníku VZP méně výkonů vázaných místem, tak by mě zajímalo, jestli plánujete, že byste zařadila domácí návštěvy do své praxe, kdyby to platila pojišťovna a zaměstnavatel to povolil?

JN: Mě připadá, že je to super, a že pokud by s tím zaměstnavatel souhlasil, což by mohl, když to jde vykázat přes pojišťovnu, tak bych to určitě ráda zařadila jako součást. Nemyslím si, že pravidelně, ale vyloženě účelovou, cílenou jo. Třeba ve chvíli, kdy by se řešili ty kompenzační pomůcky, třeba výtah, plošina. Je jednodušší to vidět, než když vám ten rodič popisuje, mamá deset schodů.

8.5 Příloha 4: Seznam ergoterapeutických pracovišť pro děti a mládež

	Kraj	Název	Adresa
1	ČR	Česká asociace paraplegiků (CZEPA)	Ovčáráská 471, Praha 10 – Malešice
2	Jihočeský	ARPIDA, Centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením	U Hvízdala 1402/9; 37011 České Budějovice
3	Jihočeský	Občanské sdružení volnočasových a terapeutických aktivit Kaňka o.s.	Helsinská 2731, Tábor 39005
4	Jihomoravský	ÚSP pro TPM Kociánka Brno	Kociánka 2, Brno 612
5	Královéhradecký	Akutní Lůžková Rehabilitace, ON Náchod	
6	Královéhradecký	Dětský denní rehabilitační stacionář	Gagarinova 639, Hradec Králové 3, 500 03
7	Královéhradecký	Dětský denní rehabilitační stacionář Hradec Králové	Gagarinova 639, 500 03, Hradec Králové
8	Královéhradecký	Fakultní nemocnice Hradec Králové, Rehabilitační klinika	Sokolská 581, Hradec Králové, 500 05
9	Královéhradecký	Fakultní nemocnice Hradec Králové, Rehabilitační klinika	Sokolská 581, Hradec Králové, 500 05
10	Královéhradecký	Rehabilitační ústav Hostinné	Husitská 352, Hostinné, 54371
11	Královéhradecký	Rehabilitační ústav Hostinné	Husitská 352, Hostinné, 54371

12	Královéhradecký	Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, Dětská léčebna Vesna	Nám. Svobody 268, 542 25 Janské Lázně
13	Královéhradecký	Základní škola a Mateřská škola Prointepo s.r.o	Hrubínova 1458/1, 50002 Hradec Králové - Pražské Předměstí
14	Moravskoslezský	AquaKlim,s.r.o., Sanatoria Klímkovice	Klímkovice-Hýlov, 742 84
15	Moravskoslezský	Rehabilitační ústav Hrabyně	Hrabyně 3, 747 67
16	Pardubický	KŘÍŽOVATKA handicap centrum o.s.	Lonkova 510, 53009, Pardubice
17	Pardubický	LENTILKA – Dětské rehabilitační centrum Pardubice	Prodloužená 278, Polabiny II., 530 09 Pardubice
18	Pardubický	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	Kyjevská 44, Pardubice
19	Pardubický	ZŠ a PŠ SVÍTÁNÍ, o.p.s.	Komenského 432, 530 02 Pardubice
20	Pardubický	Základní a Praktická škola Svítání o.p.s.	Komenského 432, Pardubice 53003
21	Plzeňský	Alfa Human Service, kontaktní místo Plzeň	Zborovská 42, Plzeň – Doudlevice, 301 00, Provozovatel: Alfa Human Service, Biskupcova 84, Praha 3, 130 00
22	Praha	Asistence, o.p.s.	Centrum pracovní rehabilitace, Pujmanové 8, Praha 4, 140 00
23	Praha	Centrum denních služeb (=CDS), Diakonie ČCE - Středisko Zvonek v Praze 4	Šípková 1838/1, Praha 4 – Krč
24	Praha	Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží	Ke Karlovu 2, Praha 2
25	Praha	CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin	Křižíkova 56/ 75A, 186 00 Praha 8
26	Praha	Dětské centrum Paprsek - DAR	Alžírská 647/1, Praha 6, 160 00
27	Praha	ErgoAktiv o.s.	Komplex hotelu Olšanka,

			Táboritská 23/1000, Praha 3
28	Praha	ErgoAktiv o.s.	
29	Praha	Hračkotéka sociální firma	Školská 34, Praha 1
30	Praha	Hračkotéka sociální firma	Školská 34, Praha 1
31	Praha	Hračkotéka sociální firma	Školská 34, Praha 1
32	Praha	Integrační Centrum Zahrada	U Zásobní zahrady 8/2445, Praha 3, 130 00
33	Praha	JÚŠ Praha	V Pevnosti 2, Praha 2
34	Praha	Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol	V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
35	Praha	Psychiatrické centrum Praha	Ústavní 91, Praha 8- Bohnice, 18103
36	Praha	Psychiatrická klinika, VFN Praha	Ke Karlovu 11, Praha 2, 12800
37	Praha	Psychiatrická klinika, VFN Praha	Ke Karlovu 11, Praha 2, 12800
38	Praha	Rehabilitační klinika Malvazinky	U Malvazinky 5, 150 00, Praha 5
39	Praha	Thomayerova nemocnice	Vídeňská 800, 149 59, Praha 4
40	Středočeský	Alka o.p.s	Podbrdská 269, Příbram V, 26101
41	Středočeský	Alka, o.p.s.	Podbrdská 269, Příbram V, 26101
42	Středočeský	Oblastní nemocnice Kolín a.s.	Žižkova 146, Kolín 2, 280 02
43	Středočeský	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav	V.Klementa 147, 29301 Ml. Boleslav
44	Středočeský	PN Kosmonosy	Lípy 15, Kosmonosy, 29306
45	Středočeský	Rehabilitační Centrum Nemocnice Beroun, Jessenia a.s.	Prof. Veselého 493, Beroun, 26601
46	Ústecký	Centrum sociálních služeb Děčín, p.o. – Služby pro osoby se zdravotním postižením	Spojenců 214, Děčín 32, 407 11
47	Ústecký	Lázně Teplice v Čechách a.s.	Nové lázně, U Nových lázní 2, Teplice v Čechách
48	Ústecký	Městská nemocnice v Litoměřicích	Žitenická 18, Litoměřice, 412 01
49	Ústecký	Nemocnice Chomutov k.z.a.s.o.z.	Kochova 1185, Chomutov

50	Ústecký	Psychiatrická léčebna	Podřípská 1, Horní Beřkovice, 411 85
51	Vysočina	Nemocnice Havlíčkův Brod	Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod
52	Zlínský	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

	Typ zařízení- Stacionář, Ambulantní, Lůžkové, Školní Jiné	Dg., N- neurologie, O-ortopedie, Ch- chirurgie, Rev- revmatologie, MP - mentální postižení, TP - tělesné postižení, P - psychiatrie, I – interna
1	Terénní služba	N, Tp
2	S,A,Š	N,O, MP TP
3	S, Raná péče, Š, integrované volnočasové aktivity	N, O, MP, TP
4	S, A, L	MP, komb.post., TP
5	L	N,O,Ch
6	S, A	vše
7	S, A (pobyt. zařízení 1-6let, Amb. 0-18 let	
8	L	N, O, Ch, Rev, TP, I
9	L	N, O, Ch, Rev, TP, I
10	A, L	N,O,Ch,Rev,MP,TP,I
11	A, L	N,O,Ch,Rev,MP,TP,I
12	L- lázně, rehabilitační ústav	N, O, MP, TP, P
13	Š, A	N, MP, TP
14	lázně	Vše, i kombinované a gynekologické dg.
15	L	N, O, Ch, Rev, TP
16	A, terénní	N, MP, TP
17	S,A	TP, O, MP, P, N
18	A, L	N, O, Ch, Rev, TP
19	Š	N, MP, TP
20	Š	MP
21	A	N, O, Ch, MP, TP,I
22	Sociální rhb	MP, TP

23	S, A, pobyty	MP, komb.post.
24	A	N, TP, MP
25	A	N (poškozením mozku)
26	S	TP a kombinované postižení
27	S, denní centrum	N, O, TP (zejména osoby po CMP)
28	S, denní centrum	N, O, TP (zejména osoby po CMP)
29	jiné	MP, TP, N
30	jiné	MP, TP, N
31	jiné	MP, TP, N
32	S, A	MP, TP
33	Š, soc.slужby	N, DMO
34	A, L	N, O, CH, Rev,
35	L, S	P
36	L, S	P
37	L, S	P
38	L	N, O
39	L	N
40	S,A	N,MP,TP,DMO, kombinované postižení
41	A poskytované soc. služby, od 1. 1. 2011 registrace na denní stacionář	DMO , komb. postižení, MP,TP
42	A	všechny Dg.
43	L,A	N,O,Ch,Rev,TP,I
44	L, Dílny	P
45	L,A	N, O, CH, Rev, TP
46	Pobytové, stacionář, PSB	MP, P, TP
47	A, lázněňský provoz	N, O, Rev, MP, P
48	A,L, dílny	N,O,Ch, I, (Rev, MP, TP)
49	A,L	N,O,CH,REV,MP,TP
50	L, dílny	P
51	L, A	N, O, Ch, I,TP
52	A, L	N, O, Ch, Rev, I, TP

8.6 Příloha 5: Sbíрка zákonů č. 326/2014 – kódy pro ergoterapeuty

	OM	A – pouze ambulantně				
	OF	18/1 den				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	8		ZULP	ne ⁴⁴	

68. V příloze Kapitola 917 – ergoterapeut zní:

„Kapitola 917 – ergoterapeut

21609	SPECIALIZOVANÉ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE					
	Analýza funkčních schopností pacienta pomocí specializovaných metod či standardizovaných testů/hodnocení (např. ACE-R, MEAMS, Rivermead Behaviorální paměťový test, LOTCA, hodnocení dle Jacobsové, FIM, FAM, A-ONE, funkční test horní končetiny - např. Jebsen-Taylor, Purdue pegboard, JAMAR, AMPS, PEDI). Slouží ke stanovení cíle a plánu ergoterapie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21610	SPECIALIZOVANÉ KONTROLNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ					
	Kontrolní vyšetření funkčních schopností pacienta pomocí specializovaných metod či standardizovaných testů/hodnocení za účelem monitorace změn funkčních schopností pacienta v průběhu terapie (např. MEAMS, ACE-R, Rivermead Behaviorální paměťový test, LOTCA, hodnocení dle Jacobsové, FIM, FAM, A-ONE, funkční test HK- např. Jebsen-Taylor, Purdue pegboard, JAMAR, AMPS, PEDI). Slouží k optimalizaci úprav ergoterapeutického cíle a plánu podle aktuálních potřeb pacienta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/1 čtvrtletí		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21611	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE					
	Analýza zbylých funkčních schopností pomocí ergoterapeutického vyšetření či nestandardizovaných hodnocení/testů. Možno vykázat pouze 1x při zahájení ergoterapie.					

	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S2	2	45
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	107		ZULP	ne	

21612	KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ					
	Klasifikování funkčního stavu osoby s disabilitou z bio-psycho-sociálního pohledu především v oblasti tělesných funkcí, aktivit a participací a faktorů prostředí. Určení výše kvalifikátoru výkonu a kapacity v oblasti komponent aktivit a participací u osoby s disabilitou. A dále určení výše kvalifikátoru u bariéry a facilitátoru v oblasti faktorů prostředí u osoby s disabilitou pomocí škály MKF.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 3/1 čtvrtletí		S3	3	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	89		ZULP	ne	

21613	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM KONTROLNÍ					
	Kontrolní vyšetření slouží k monitorování změn funkčních schopností pacienta/klienta v průběhu terapie a přispívá k optimalizaci úprav terapeutického plánu podle aktuálních potřeb. Při ukončení terapie vypracuje ergoterapeut závěrečnou zprávu o výstupech terapie pro ošetřujícího lékaře, v průběhu terapie zprávu o aktuálním stavu a postupu terapie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/čtvrtletí		S2	2	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	71		ZULP	ne	

21614	ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ					
	Vyšetření prováděné ergoterapeutem za účelem doporučení vhodných produktů a technologií pro překonání bariér v aktivitách a participaci denního života. Ergoterapeut při vyšetření posuzuje aktuální schopnost provedení denní činnosti v porovnání s jeho výkonem za předpokladu dostupnosti vhodných technologií					

	a produktů k usnadnění denních činností. Na základě zjištění doporučuje vhodné facilitátory.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 6/1 čtvrtletí		S2	2	20
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	48		ZULP	ne	

21621	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ					
	Výkon zahrnuje vhodné specifické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá terapeutické a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pomůcek a náčiní za účelem zlepšení nebo zachování senzomotorických, kognitivních, percepčních a funkčních schopností pacienta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 36/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	105		ZULP	ne	

21622	ERGOTERAPEUTICKÉ METODY NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADE					
	Aplikace metod a přístupů založených na neurofyzilogickém podkladě do ergoterapeutické intervence (např. Bobath koncept, metoda Affolterové, Orofaciální stimulace, Bazální stimulace, PANat koncept, PNF, Spirální dynamika, Neurodynamika, Senzomotorická stimulace, Senzorická stimulace, atp.), včetně příslušného vyšetření.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21623	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE S VYUŽITÍM DÍLEN					
	Zahrnuje cílené terapeutické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá kreativní a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pracovního náčiní a nářadí. K terapeutickým činnostem se řadí zejména výroba keramiky, rukodělné práce se dřevem a kovem. Pro výkon terapeutických činností je nutné odpovídající technické vybavení pracovních dílen, popř. vyčlenění pracovního					

	prostoru v místnosti ergoterapie k zajištění potřebných bezpečnostních opatření při terapeutické činnosti.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	99		ZULP	ne	

21625	NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ - ADL					
	Trénink všedních denních činností personálních a instrumentálních, pod vedením ergoterapeuta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 48/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	79		ZULP	ne	

21627	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ					
	Skupina 3-5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	11
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	11		ZUM	ne	
	Body	49		ZULP	ne	

21629	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ S VYUŽITÍM DÍLEN					
	Skupina 3-5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí a tréninku tolerance pracovní zátěže. K výkonu je nutné odpovídající technické vybavení pracovního místa, popř. samostatných pracovních dílen. K možným terapeutickým zaměstnáním v tomto výkonu patří práce se dřevem, kovem, výroba keramiky.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	11

	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	11		ZUM	ne	
	Body	49		ZULP	ne	

21631	CÍLENÁ ERGOTERAPIE RUKY					
	Cílená ergoterapie zaměřená na ruku, zápěstí, loket, pletenec ramenní, u různých onemocnění, porážových a pooperačních stavů postihujících horní končetinu. Zahrnuje např. artritická a revmatologická onemocnění, vrozené vývojové vady, traumata, fraktury, amputace, lymfedém, poranění periferních nervů, poranění cévního systému, poranění centrálního nervového systému, u bolestivých stavů (např. fibromyalgie, komplexní regionální bolestivý syndrom), poranění šlachového aparátu, neuromuskulární onemocnění.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den		S3	3	30
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ano	
	Body	89		ZULP	ne	

69. V příloze v Kapitole 999 – univerzální mezioborové výkony výkony č. 09543 a 09544 znějí:

„09543	SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ					
	Vykazuje se s výkonem klinického vyšetření provedeným pojištěnci staršímu 18 let při návštěvě u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, ambulantního specialisty, klinického psychologa, klinického logopeda a při návštěvní službě poskytnuté praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost.					
	Kategorie	P				
	OF	bez omezení				
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	0		ZULP	ne	

09544	SIGNÁLNÍ VÝKON POBYTU V ZAŘÍZENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE					
	Signální výkon se vykazuje současně s každým dnem, kdy je pojištěnci poskytována lůžková péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění.					
	Kategorie	P				
	OF	bez omezení				
	OM	BOM -				

8.7 Příloha 6: Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru ERGOTERAPIE PRO DĚTI

1	Cíl specializačního vzdělávání	75
2	Vstupní podmínky a průběh specializačního vzdělávání	75
3	Učební plán	76
3.1	Učební osnova základního modulu	76
3.1.1	Schopnosti a dovednosti po absolvování základního modulu.....	78
3.2	Učební osnovy odborných modulů – povinné	79
3.2.1	Učební osnova odborného modulu OM 1	79
3.2.2	Učební osnova odborného modulu OM 2	80
3.3	Schopnosti a dovednosti po absolvování odborných modulů.....	81
4	Hodnocení výsledků vzdělávání v průběhu specializačního vzdělávání	81
5	Profil absolventa	82
5.1	Charakteristika výstupních vědomostí, dovedností a postojů, tj. profesních kompetencí, pro které absolvent/ka specializačního vzdělávání získal/a způsobilost	82
6	Charakteristika akreditovaných zařízení a pracovišť	83
6.1	Akreditovaná zařízení a pracoviště	83
7	Tabulka modulů	85
8	Seznam doporučených zdrojů	85

1 Cíl specializačního vzdělávání

Cílem specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Ergoterapeut pro děti osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

2 Vstupní podmínky a průběh specializačního vzdělávání

Podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání ergoterapeuta dle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších právních předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.).

Specializační vzdělávání nemusí být uskutečňováno při výkonu povolání, účastník vzdělávání však musí před přihlášením se k atestační zkoušce splnit dobu výkonu povolání stanovenou § 56 odst. 6 zákona č. 96/2004 Sb.

Část specializačního vzdělávání lze absolvovat distanční formou studia nebo metodou e-learningu apod.

Optimální doba specializačního vzdělávání je 18 – 24 měsíců, kterou lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin vzdělávacího programu. V případě, že celková délka specializačního vzdělávání se od celodenní průpravy liší, úroveň a kvalita nesmí být nižší než v případě celodenní průpravy.

Vzdělávací program obsahuje celkem 440 hodin teoretického vzdělávání a praktické výuky. Praktická výuka tvoří alespoň 50 % celkového počtu hodin, včetně odborné praxe na pracovištích akreditovaného zdravotnického zařízení v rozsahu stanoveném tímto vzdělávacím programem. Požadavky vzdělávacího programu je možné splnit ve více akreditovaných zařízeních, pokud je nezajistí v celém rozsahu akreditované zařízení, kde účastník vzdělávání zahájil. Akreditovaná pracoviště disponují náležitým personálním, materiálním a přístrojovým vybavením.

Vzdělávací program zahrnuje modul základní a moduly odborné se stanoveným počtem kreditů, přičemž ukončení každého modulu je realizováno hodnocením úrovně dosažených výsledků vzdělávání.

Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru Ergoterapie pro děti je:

- zařazení do oboru specializačního vzdělávání,
- výkon povolání v příslušném oboru specializačního vzdělávání minimálně 1 rok z období 6-ti let v rozsahu minimálně ½ stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby do data přihlášení se k atestační zkoušce,
- absolvování teoretické výuky,

- absolvování odborné praxe na akreditovaném pracovišti (minimálně 1 týden) a na pracovištích schválených vedoucím studia, v souladu s platnými právními předpisy a vzdělávacím programem,
- získání stanoveného počtu kreditů určených vzdělávacím programem,
- úspěšné složení atestační zkoušky.

3 Učební plán

Nedílnou součástí vzdělávacího programu je vedení studijního průkazu a záznamu o provedených výkonech v rámci celé odborné praxe. Počet výkonů uvedených v kapitole 3.2 *Učební osnovy odborných modulů - seznam výkonů a jejich četnost* je stanoven jako minimální, aby účastník specializačního vzdělávání zvládl danou problematiku nejen po teoretické, ale i po stránce praktické.

3.1 Učební osnova základního modulu

Základní modul ZM	Organizace a legislativa v ergoterapii	
Typ modulu	povinný	
Rozsah modulu	5 dnů teorie, tj. 40 hodin	
Počet kreditů	20	
Cíl:	Vybavit ergoterapeuta znalostmi potřebnými k organizačnímu a metodickému vedení ergoterapeutické péče.	
Téma	Rozpis učiva	Minimální počet hodin
Vzdělávání dětí	Vzdělávací aktivity u dětí, psychologické aspekty, specifický přístup k pacientům s autismem, ADHD, fatickou poruchou, s poruchou polykání, mentálním deficitem, prefrontálním syndromem, alternativní přístupy v komunikaci.	2
Právní problematika ve zdravotnictví	Základní zákonné a prováděcí předpisy ve zdravotnictví. Práva a povinnosti zdravotnických pracovníků. Povinná mlčenlivost. Právní odpovědnost ve zdravotnictví.	3
Moderní management v ergoterapeutické péči	Management a role manažera. Klíčové role a funkce vedoucího pracovníka ve zdravotnictví. Kultura organizace. Strategický management. Management změn. Management času. Budování a řízení pracovního týmu. Personální management a rozvoj lidských zdrojů.	4
Kvalita a bezpečí zdravotní péče	Strategické řízení kvality zdravotní péče. Indikátory kvality ergoterapeutické péče a jejich sledování. Standardy ergoterapeutické péče, správné vedení zdravotnické dokumentace.	4

	Řízení rizik a prevence nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních včetně sledování a vyhodnocení. Externí a interní kontrola kvality.	
Interpersonální dovednosti ergoterapeuta	Podpůrné techniky zvládnání pracovní zátěže. Podpůrné techniky v komunikaci s agresivním pacientem, komunikace se zvláštními skupinami pacientů. Etický přístup k pacientům a jejich blízkým s ohledem na věk a charakter onemocnění. Identifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů, kulturní potřeby apod.	4
Edukace	Edukace pacientů a jiných osob. Specifika edukace dětí, cizinců a zvláštních skupin nemocných. Tvorba edukačních materiálů. Zásady moderní prezentace.	4
Průzkumné a výzkumné šetření v ergoterapii	Charakteristika, specifika a význam ergoterapeutického výzkumu. Techniky výzkumu, výzkumný proces a jeho fáze, etapy výzkumné práce. Volba a způsob vyhledávání vhodných témat (evidence-based practice – praxe založená na důkazech), kritické hodnocení odborných pramenů. Etika výzkumu. Prezentace výsledků, aplikace poznatků do praxe.	5
Vybraná problematika veřejného zdraví	Vymezení problematiky veřejného zdraví, determinanty zdraví a jejich aktuální situace v ČR, aktuální zdravotní politika v evropském kontextu.	2
	Radiační ochrana – ionizující záření, jeho základní druhy a vlastnosti, nepříznivé účinky ionizujícího záření, radiační zátěž obyvatel, způsoby ochrany před ionizujícím zářením, zásady pro pobyt v prostorách se zdroji ionizujícího záření, legislativa v oblasti radiační ochrany, odpovědnosti při využívání zdrojů ionizujícího záření.	2
	Problematika závislostí – škodlivé užívání návykových látek (dále jen NL) a závislostí na NL v ČR. Přehled NL zneužívaných v ČR a jejich vlastností, zdravotní a právní aspekty související se zneužíváním NL a závislostí na NL.	2
Krizový management ve zdravotnictví	Mimořádné události a katastrofy (typy katastrof, definice katastrofy a medicíny katastrof, spektrum postižení). Krizová připravenost (definice, legislativní zázemí, orgány krizového řízení a jejich úkoly, organizace ve zdravotnictví, základní pojmy, plán krizové připravenosti zdravotnického zařízení). Hromadný výskyt	3

	postižených (základní pojmy, zdravotnický záchranný řetězec, zdravotnická záchranná služba, traumatologický plán nemocnice – základní úkoly, organizace práce při hromadném příjmu, třídění pacientů). Evakuace nemocnic (zásady evakuace, evakuační plán). Ochrana obyvatelstva (definice a základní pojmy, hlavní zásady, prostředky individuální ochrany, základní vybavení domácnosti, informování obyvatelstva, vzdělávání).	
Ukončení modulu	Hodnocení, shrnutí, zpětná vazba.	5
Výsledky vzdělávání	<p>Absolvent/ka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zná zásady vzdělávání dětí, • umí rozeznat a posoudit neetické a protiprávní chování spolupracovníků a vyhodnotit jeho důsledky, • zná základní zákonné a prováděcí předpisy ve zdravotnictví a je si vědom/a právní odpovědnosti ve zdravotnictví, • umí vysvětlit význam pojmu management, řízení a vedení, popsat a vysvětlit kulturu organizace a její význam, • chápe nutnost vlastního odborného růstu a rozvoje, • umí rozpoznat své postoje, přístupy, způsob komunikace při personální práci, při efektivním hospodaření a při zjišťování potřeb a přání klientů/pacientů a jejich rodin, • uvědomuje si neustálou potřebu zvyšování kvality práce a spolupráce, • zná zásady prevence pochybení ve zdravotnické praxi, • zná vybranou problematiku edukace dětských pacientů, • navrhuje a vypracovává plány edukace dětského pacienta, případně rodinných příslušníků a jiných osob, • postupuje dle moderních a vědecky ověřených metod, podílí se na výzkumných šetřeních a projektech, • zná účinky ionizujícího záření, systém radiační ochrany, zásady pro uplatňování požadavků radiační ochrany a praktické metody ochrany, • zná základy krizového managementu a umí se podílet na přechodu činnosti zdravotnického zařízení ze standardních podmínek do činností za podmínek nestandardních. 	
Způsob ukončení modulu	Diagnostické metody (např. kolokvium k závěrečné práci na zvolené téma, test, ústní zkouška, apod.).	

3.1.1 Schopnosti a dovednosti po absolvování základního modulu

Absolvent/ka základního modulu je připraven/a:

- podílet se na kontinuálním zvyšování kvality a bezpečnosti ergoterapeutické péče,
- koordinovat práci členů rehabilitačního týmu,
- hodnotit kvalitu ergoterapeutické péče,

- identifikovat faktory ovlivňující kvalitu života pacientů,
- podílet se na průzkumných a výzkumných šetřeních,
- navrhovat a vypracovávat plány edukace dětského pacienta, blízkých osob,
- připravovat edukační materiály.

3.2 Učební osnovy odborných modulů – povinné

Cíl: Připravit ergoterapeuta pro požadované činnosti konkrétního oboru specializace.

3.2.1 Učební osnova odborného modulu OM 1

Odborný modul – OM 1	Ergoterapie v pediatrii	
Typ modulu	povinný	
Rozsah modulu	10 dnů teorie, tj. 80 hodin	
Počet kreditů	40	
Téma	Rozpis učiva	Minimální počet hodin
Nové poznatky v oblasti pediatrie z pohledu ergoterapie	<p>Úvod do odborného modulu. Novinky v neurofyziologii lidské motoriky, ontogenetický vývoj dítěte, vývoj a řízení posturální motoriky, řízení a vývoj selektivní hybnosti – vývoj a řízení úchopových a polykacích funkcí.</p> <p>Specifika dětského věku, vývojová kineziologie. Rychlost vývoje, retardační kvocient, jeho výpovědní hodnota.</p> <p>Specifika ergoterapie u dětí, možnosti komunikace.</p>	40
Ergoterapeutické metody, postupy	<p>Speciální ergoterapeutické diagnostické postupy v pediatrii (hodnocení fyzických, psychických, smyslových, kognitivních funkcí, hodnocení v oblasti soběstačnosti, hry)</p> <p>Specializované metodiky a terapeutické přístupy aplikované v ergoterapii v pediatrii (např.: Bobath koncept, přístup dle Affolterové, Bazální stimulace, aplikace nafukování dlah apod.), ergonomie.</p> <p>Psychologický přístup k dětským pacientům a jeho rodině. Edukace rodičů dítěte.</p> <p>Speciální kapitoly v pediatrii (specifika ergoterapie u problematiky dětí s DMO, skoliózy v různých věkových skupinách, respiračních onemocnění, genetiky, onkologie a hematologie, revmatologie u dětí) včetně poúrazových stavů (polytrauma), kraniotrauma, CMP v dětském věku, periferní parézy, meningomyelokély, artrográfozy, Ch-M-T, myopatie, atd.</p>	38

	Dynamika a prognóza centrální koordinační poruchy. Ergoterapeutická léčba dětského věku, ergoterapeutický program. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví a její uplatnění v klinické praxi (v ergoterapii). Nové poznatky v ortetice, protetice, adjuvance u dětského pacienta.	
Ukončení modulu	Hodnocení, shrnutí, zpětná vazba.	2
Výsledky vzdělávání	Absolvent/ka: <ul style="list-style-type: none"> • si uvědomuje odlišnosti (specifika) dětského věku a poskytuje dětem ergoterapeutickou péči s ohledem na tyto odlišnosti (specifika), • odliší fyziologický vývoj dítěte od patologického vývoje, umí stanovit hlavní deficit (problém) dětského pacienta, • stanoví hlavní problém, cíl a umí zdůvodnit ergoterapeutický program, který je specifický pro dětský věk, • edukuje rodiče dětského pacienta a umí vést techniku jejich domácí terapie, • umí vést ergoterapeutickou léčbu dětského pacienta ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, • zohledňuje zvláštnosti psychologického přístupu k dětskému pacientovi při poskytování ergoterapeutické péče, • zná nové trendy v oblasti technických a kompenzačních pomůcek, • používá funkční testy pro hodnocení ADL, mobility, funkcí ruky apod., • aplikuje a částečně zhotovuje či upravuje protetické pomůcky, • zná zásady korekce postury a ergonomie při aplikaci protetické (kompenzační) pomůcky a při provádění ergoterapeutických činností. 	
Způsob ukončení modulu	Diagnostické metody (např. kolokvium k závěrečné práci na zvolené téma, test, ústní zkouška, apod.).	

3.2.2 Učební osnova odborného modulu OM 2

Odborný modul – OM 2	Odborná praxe na pracovišti akreditovaného zařízení	
Odborná praxe	320 hodin praxe	
Počet kreditů	120	
Seznam výkonů		Počet výkonů
Komplexní ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností a funkčních schopností u pacienta s neurologickým onemocněním dle vlastního výběru (polytrauma, kranio-trauma, stp. CMP, DMO, periferní paréza HK, neuro-ortopedické problémy, myopatie)		2
Komplexní ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností a funkčních schopností u pacienta s ortopedickým onemocněním dle vlastního výběru		2

Komplexní ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností a funkčních schopností u dětského pacienta s diagnózou DMO	2
Doložit písemně zpracovanou kasuistiku u dětských pacientů s neurologickou diagnózou (schválené školitelem odborné praxe)	1
Doložit písemně zpracovanou kasuistiku u dětských pacientů s ortopedickou diagnózou (schválené školitelem odborné praxe)	1
Doložit písemně zpracovanou kasuistiku u dětských pacientů s interní diagnózou (schválené školitelem odborné praxe)	1

3.3 Schopnosti a dovednosti po absolvování odborných modulů

Absolvent/ka odborných modulů je připraven/a:

- adekvátně provést komplexní ergoterapeutické vyšetření včetně použití odpovídajících hodnotících nástrojů,
- stanovit hlavní problém, cíl terapie, správně volit ergoterapeutické postupy a přístupy,
- pomoci dětskému pacientovi při jeho začlenění do sociálního i pracovního prostředí,
- napomáhat adaptaci na změněné životní podmínky,
- sledovat a vyhodnocovat stav dětského pacienta z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod,
- doporučovat a provádět nácvik v používání kompenzačních a technických pomůcek adekvátně k věku dítěte,
- navrhnout změny vedoucí k upřesnění ordinací v souladu s funkčním stavem dětského pacienta a jeho změnami,
- provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL), herních aktivit, úchopových činností a schopností ruky, kognitivních funkcí atd., v nemocničním a ve vlastním sociálním prostředí,
- aplikovat herní a kreativní techniky jako terapeutický a diagnostický prostředek,
- vést odbornou praxi.

4 Hodnocení výsledků vzdělávání v průběhu specializačního vzdělávání

Akreditované zařízení přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele, který je zaměstnancem akreditovaného zařízení. Školitel vypracovává studijní plán a plán plnění praktických výkonů, které má účastník vzdělávání v průběhu přípravy absolvovat a průběžně prověřuje znalosti (vědomosti a dovednosti). Odborná praxe na odborných pracovištích probíhá pod vedením přiděleného školitele, který je zaměstnancem daného pracoviště, má specializovanou způsobilost v oboru, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a potvrzuje splněné výkony.

- a) Průběžné hodnocení školitelem:
 - školitel pravidelně a průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka specializačního vzdělávání. Do studijního průkazu zapisuje ukončení každého modulu a získaný počet kreditů.
- b) Předpoklad pro vykonání atestační zkoušky:
 - absolvování teoretické a praktické výuky, včetně splnění požadované odborné praxe v akreditovaném zařízení potvrzené ve studijním průkazu a splnění výkonů obsažených ve vzdělávacím programu potvrzené přiděleným školitelem,
 - získání příslušného počtu kreditů.
- c) Vlastní atestační zkouška probíhá dle vyhlášky č. 189/2009 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů.

5 Profil absolventa

Absolvent specializačního vzdělávání v oboru Ergoterapie pro děti bude připraven provádět, zajišťovat a koordinovat základní, specializovanou a vysoce specializovanou rehabilitační péči v oboru ergoterapie. Je oprávněn na základě vlastního posouzení a rozhodnutí, v souladu s platnou legislativou § 74 vyhlášky č. 55/2011 Sb., zabezpečovat v rozsahu své specializované způsobilosti stanovené činnosti, ke kterým je připraven na základě tohoto vzdělávacího programu a platné legislativy.

5.1 Charakteristika výstupních vědomostí, dovedností a postojů, tj. profesních kompetencí, pro které absolvent/ka specializačního vzdělávání získal/a způsobilost

Ergoterapeut pro děti se specializovanou způsobilostí v oboru ergoterapie je připraven/a:

- navrhovat informační materiály pro pacienty,
- sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod,
- doporučovat a provádět nácvik v používání kompenzačních a technických pomůcek,
- edukovat rodiče případně osoby jimi určené, ve specializovaných ergoterapeutických postupech,
- hodnotit kvalitu poskytované ergoterapeutické péče pro děti,
- vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumu do klinické praxe,
- připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
- vést specializační vzdělávání v oboru své specializace,
- hodnotit úroveň psychomotorického vývoje dítěte a diagnostikovat potíže ve výkonu aktivit lokomoce, kognitivních funkcí, komunikačních a sociálních dovedností dítěte,

- provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním a ve vlastním sociálním prostředí s použitím specializovaných diagnostických a léčebných postupů,
- aplikovat specializované ergoterapeutické postupy vycházející z biomechanického, neurovývojového, kognitivně-percepčního, behaviorálního, psychoanalytického, humanistického přístupu nebo z přístupu zaměřeného na skupinu,
- podílet se na orofaciální terapii s cílem zabezpečení a posílení základních vitálních funkcí jako dýchání, polykání, příjem a zpracování potravy, vylučování, terapie dysfágií, navození a tréninku řečových a komunikačních dovedností dítěte,
- navrhovat úpravy domácího prostředí a doporučovat polohovací pomůcky, hračky a další pomůcky pro rozvoj senzomotorických a psychomotorických dovedností a sebeobslužných činností dítěte podle vývojového věku dítěte,
- u dětí předškolního a školního věku poskytovat ergonomické poradenství (např. úprava pracovní plochy, výběr speciálního stolu, židle) a podílet se na přípravě dítěte na školu.

6 Charakteristika akreditovaných zařízení a pracovišť

Vzdělávací instituce, zdravotnická zařízení a pracoviště zajišťující výuku účastníků specializačního vzdělávání musí být akreditovány dle ustanovení § 45 zákona č. 96/2004 Sb. Tato zařízení musí účastníkovi zajistit absolvování specializačního vzdělávání dle příslušného vzdělávacího programu. Minimální kritéria akreditovaných zařízení jsou dána splněním odborných, provozních, technických a personálních předpokladů.

6.1 Akreditovaná zařízení a pracoviště

Personální požadavky	<ul style="list-style-type: none"> • Školitelem se rozumí zaměstnanec akreditovaného zařízení ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších právních předpisů, který organizuje a řídí teoretickou nebo praktickou část specializačního vzdělávání.* • Školitelem může být pouze ergoterapeut se specializovanou způsobilostí v oboru specializace nebo rehabilitační pracovník se specializací Léčba prací a je držitelem „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“. Výjimku tvoří školitelé vzdělávacích programů, které byly nově koncipovány nebo nebyly dosud realizovány a školitelé tedy nemohli získat specializovanou způsobilost. Pro výkon činnosti školitele však musí splnit podmínky, které jsou stanoveny příslušným vzdělávacím programem. • Školitelem může být i jiný zdravotnický pracovník včetně lékaře a ergoterapeut dle § 7, odst. 1 a odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., pokud je držitelem „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“, po předchozím vyjádření profesní organizace. • Lektorem se rozumí zdravotnický nebo jiný odborný pracovník, který se podílí na výuce v teoretické části specializačního vzdělávání.
-----------------------------	---

* Školitelem může být i mentor, pokud splňuje požadavky na školitele stanovené vzdělávacím programem

	<ul style="list-style-type: none"> • Lektorem může být zdravotnický pracovník, který je držitelem „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“. • Lektorem může být i lékař s atestací v příslušném oboru. • Lektorem může být i další odborný pracovník s jinou kvalifikací (JUDr., Ing., atd.), která odpovídá zaměření vzdělávacího programu (předměty jako je ekonomika a financování, právní problematika, krizový management, organizace a řízení, atd.). • Pedagogické schopnosti. • Doklady o odborné, specializované, event. pedagogické způsobilosti.
Materiální a technické vybavení	<ul style="list-style-type: none"> • Musí odpovídat standardům a platné legislativě. • Pro teoretickou část vzdělávacího programu standardně vybavená učebna s PC a dataprojektorem a s možností přístupu k internetu. • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).
Organizační a provozní požadavky	<ul style="list-style-type: none"> • Pro teoretickou část vzdělávacího programu – jiná zařízení, která mají smluvní vztah s poskytovatelem zdravotní péče dle příslušného oboru specializace. • Pro praktickou část vzdělávacího programu – poskytování zdravotní péče dle příslušného oboru. • Pro praktickou část vzdělávacího programu smluvní vztah s jedním nebo více akreditovaným zařízením z důvodu zajištění komplexnosti vzdělávacího programu.
Bezpečnost a ochrana zdraví	<ul style="list-style-type: none"> • Součástí teoretické i praktické výuky je problematika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, hygieny práce a požární ochrany včetně ochrany před ionizujícím zářením. • Výuka k bezpečné a zdravé neohrožující práci vychází z požadavků platných právních a ostatních předpisů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. • Požadavky jsou doplněny informacemi o rizicích možných ohrožení v souvislosti s vykonáváním praktické výuky, včetně informací vztahujících se k opatřením na ochranu před působením zdrojů rizik.

7 Tabulka modulů

Specializační vzdělávání v oboru				
Kód	Typ	Název	Rozsah	Počet kreditů
ZM	P	Organizace a legislativa v ergoterapii	1 týden T – 40 hodin	20 (á 4 kredity/den)
OM 1	P	Ergoterapie v pediatrii	2 týdny T – 80 hodin	40 (á 4 kredity/den)
OM 2	P	Odborná praxe na pracovišti	8 týdnů Pr – 320 hodin z toho:	120 (á 3 kredity/den)
		- na lůžkovém dětském odd.	1 týden – 40 hodin	
		- na dětské neurologii	1 týden – 40 hodin	
		- na dětské ortopedii	1 týden – 40 hodin	
		- na akreditovaném rehabilitačním odd.	1 týden – 40 hodin	
		- na psychiatrické klinice (drogově závislých a jiných patologických závislostí)	1 týden – 40 hodin	
		- na dětské psychiatrii	1 týden – 40 hodin	
- lázně, RHB ústavy s dětskými klienty	1 týden – 40 hodin			
- specifická zařízení – po chirurgických rekonstrukcích ruky aj.	1 týden – 40 hodin			
			T – teorie Σ 120 Pr – AZ Σ 320 hodin	
			Celkem 440 hodin	180 kreditů

Vysvětlivky: P – povinné, T - teorie, Pr – praxe, P – AZ – praxe na akreditovaném pracovišti

8 Seznam doporučených zdrojů

Doporučená literatura
BARTOŠOVÁ, D. <i>Dětské infekční nemoci. Trendy soudobé pediatrie – sv. 2.</i> 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 84 s. ISBN 80-7262-206-4.
BÁRTLOVÁ, S. <i>Sociologie medicíny a zdravotnictví</i> , 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
ČELKO, A. M. <i>Dětské úrazy a popáleniny: nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem.</i> 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 71 s. ISBN 80-7262-189-0.

DAVIDO, R. <i>Kresba jako nástroj poznání dítěte</i> . 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 205 s. ISBN 80-7178-449-4.
DYLEVSKÝ, I. <i>Speciální kineziologie</i> . Praha: Grada, 2009. 180 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
ÉTIENNE, B., CHRISTELLE, L. <i>Alergie u dětí</i> . 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 152 s. ISBN 80-7178-936-4.
FEDOT, M., MINARIK, M. KUNOVSKÝ, P. <i>Intenzivna starostlivosť v pediatrii</i> . 1.vyd. Martin: Osveta, 2002. 435 s. ISBN 80-8063-094-1.
GALGALE, D. C. <i>Rehabilitace orofaciální oblasti</i> . 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. <i>Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti</i> . 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 239 s. ISBN 80-247-0226-6.
GILLBERG, CH., PEETERS, T. <i>Autismus- zdravotní a výchovné aspekty</i> . 2.vyd Praha: Portál, 2003. 122 s. ISBN 80-7178-856-2.
HOBDAYOVÁ, A., OLLIEROVÁ, K. <i>Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi</i> . Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-378-1.
HRSTKOVÁ, H. <i>Výživa kojenců a mladších batolat</i> . 1.vyd. Brno: NCONZO, 2003. 77 s. ISBN 80-703-385-6.
JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. <i>Ergoterapie</i> . Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 80-7367-583-7.
KOLÁŘ, P. a kol. <i>Rehabilitace v klinické praxi</i> . Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
KIRBYOVÁ, A. <i>Nešikovné dítě. Dyspraxie a další poruchy motoriky</i> . 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 206 s. ISBN 80-7178-424-9.
KLÍMA, J. <i>Pediatric – učebnice pro SZŠ a VZŠ</i> . 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 319 s. ISBN 80-86432-38-6.
LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. <i>Preklinická pediatrie</i> . 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
LEBL, J., ZAPLETALOVÁ, J., KOLOUŠKOVÁ, S. <i>Dětská endokrinologie. Trendy soudobé pediatrie – sv. 3</i> . 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 479 s. ISBN 80-7262-250-1.
MINIBERGEROVÁ, L.; JIČÍNSKÁ, K. <i>Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky</i> . 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.