

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

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Ergoterapie



**Sara Kvasničková**

**Využití metody Affolter v ergoterapii**

Utilization of the Affolter method in occupational therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená

Praha, 5.8.2011

## **PODĚKOVÁNÍ**

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

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutkám a celému vedení Solothurnisches Zentrum Oberwald ve Švýcarsku za umožnění absolvování odborné stáže.

Na závěr chci poděkovat Ondrovi a celé rodině za podporu a pomoc během studia.

## **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: .....

.....

Sara Kvasničková

**Identifikační záznam:**

KVASNIČKOVÁ, Sara. *Využití metody Affolter v ergoterapii. [Utilization of the Affolter method in occupational therapy]*. Praha, 2011. 59 s., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Svěcená, Kateřina.

# ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Sara Kvasničková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená

Oponent práce:

Název bakalářské práce:

Využití metody Affolter v ergoterapii

## **Abstrakt bakalářské práce:**

Tato práce se zabývá metodou Affolter a jejím využitím v ergoterapii. Metoda Affolter patří do modelů využívaných v rehabilitaci osob s poškozením mozku. Vychází z toho, že takový pacient není schopen informace ze svého okolí řádně zpracovat, následkem čehož se nedokáže vypořádat s aktivitami každodenního života. Model Affolterové využívá tréninku každodenních aktivit pomocí guidingu a usiluje o zlepšení organizace vnímání pacienta.

Cílem práce je vytvoření uceleného českého textu o této metodě, čímž se zabývá teoretická část, praktická část je pak věnována výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak se konkrétně metoda uplatňuje v ergoterapii a zda jsou v jejím využití rozdíly u pacientů s těžším a lehčím postižením.

## **Klíčová slova:**

Vnímání

Aktivity všedního dne

Taktilně-kinestetický systém

Vedení (Guiding)

Ergoterapie

**Abstract:**

This thesis focuses on Affolter method and its application in occupational therapy. The Affolter method is classed among methods utilized in rehabilitation of people affected by brain damage. The method assumes that brain injured people are limited in processing information from the surrounding leading to difficulties with activities of daily living. By training of these activities by means of guiding the method endeavors an improvement of patient's information perception.

In the theoretical part the thesis aims to set up a coherent text about Affolter method in Czech, the practical part is dedicated to research of the application of the method in occupational therapy and the differences in application of the method in therapy of more and less affected patients.

**Key words:**

Perception

Activities of daily living

Tactile-kinesthetic system

Guiding

Occupational therapy



# OBSAH

1	ÚVOD.....	1
2	TEORETICKÁ ČÁST .....	3
2.1.	Úvod do problematiky .....	3
2.1.1.	Ergoterapie a důležitost smysluplné aktivity .....	3
2.1.2.	Problematika vnímání u pacientů s postižením centrální nervové soustavy .....	5
2.1.3.	Taktilně-kinestetický systém .....	6
2.2.	Model Affolterové .....	7
2.2.1.	Félicie Affolterová .....	8
2.2.2.	Počátek nového modelu.....	9
2.2.3.	Teoretická východiska modelu .....	9
2.3.	Kořenový model (Das Wurzelmodell).....	14
2.4.	Model Affolterové v kontextu ICF .....	14
2.5.	Oblasti uplatnění konceptu podle Affolterové .....	15
2.6.	Terapeutická metoda podle modelu Affolterové .....	16
2.6.1.	Způsob plánování terapie a začlenění rodiny pacienta do terapie .....	16
2.6.2.	Cíle a efekty terapie podle Affolterové .....	17
2.6.3.	Vedení (Guiding) .....	19
2.6.3.1.	Ošetřovatelský guiding .....	19
2.6.3.2.	Elementární guiding .....	21
2.6.4.	Poskytování informace o pozici těla .....	23
2.6.5.	Učení na úrovni porozumění, adaptace a stupňování.....	24
3	PRAKTICKÁ ČÁST .....	27
3.1.	Cíl práce a výzkumná otázka.....	27
3.2.	Metodologie.....	27
3.3.	Přehled výsledků výzkumu .....	29
3.3.1.	Charakteristika pacientů .....	30
3.3.2.	Popis prostředí terapie .....	31
3.3.3.	Využití guidingu: Rozdíly v uplatnění ošetřovatelského a elementárního guidingu .....	32
3.3.4.	Poskytování informace o pozici těla .....	33
3.3.5.	Komunikace během terapie .....	34



3.3.6.	Využití modelu Affolterové při nácviku ADL .....	34
3.3.7.	Využití prvků modelu Affolterové při přesunech .....	36
3.3.8.	Možnosti polohování podle zásad modelu Affolterové .....	38
3.3.9.	Využití prvků modelu Affolterové při volnočasových aktivitách .....	39
3.3.10.	Časová náročnost terapie .....	40
3.3.11.	Hlavní shody a základní rozdíly využití modelu Affolterové u 3 skupin pacientů .....	41
3.4.	Shrnutí výsledků výzkumu .....	42
4	DISKUZE .....	43
5	ZÁVĚR .....	47
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	49
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	52
8	SEZNAM PŘÍLOH .....	53
	Příloha č. 1 Využití metody Affolter v ergoterapii 1 .....	54
	Příloha č. 2 Využití metody Affolter v ergoterapii 2 .....	55
	Příloha č. 3 Informovaný souhlas 1 .....	56
	Příloha č. 4 Informovaný souhlas 2 .....	57
	Příloha č. 5 Informovaný souhlas 3 .....	58
	Příloha č. 6 Informovaný souhlas 4 .....	59

# 1 ÚVOD

Ke zpracování bakalářské práce na téma „Využití metody Affolter v ergoterapii“ jsem se rozhodla, protože mě tato metoda zaujala už při přednášce, která jí byla věnována v předmětu neurovývojové přístupy. Zaprvé mě zaujala okruhem pacientů, kterým se věnuje. Jsou to pacienti s poruchou centrální nervové soustavy, kteří mají porušené vnímání a zpracovávání sensorických podnětů. To znamená, že jsou to pacienti po poranění mozku, cévních mozkových příhodách, pacienti ve vegetativních stavech, ale i děti s vrozenými vývojovými vadami a další. Dále mě pak metoda zaujala hlavně způsobem průběhu terapie. Terapie probíhá převážně nácvikem vykonávání běžných denních činností pomocí guidingu, podrobněji se o tom zmíním v další části práce. Právě díky tomuto faktu si myslím, že je užitečné o této metodě psát v rámci ergoterapeutické bakalářské práce. Kdo se v rehabilitaci víc zabývá touto oblastí, než právě ergoterapeuti?

Od vyučující i z jiných dostupných zdrojů jsem zjistila, že v České republice tato metoda není téměř využívána, což mi ztížilo jak hledání vhodné stáže, tak i shromažďování literatury ke zpracování práce. Naopak ale právě pro nerozšířenost této metody u nás je podle mého názoru tato bakalářská práce aktuální a může být materiálem pro ergoterapeuty i jiné členy multidisciplinárního týmu, kteří se o metodě chtějí něco dozvědět nebo z ní do svých terapií zahrnout určité prvky.

Za účelem seznámení se s využitím této metody v ergoterapii a vypracování praktické části práce jsem absolvovala stáž v Solothurnisches Zentrum Oberwald, zařízení které poskytuje bydlení, školu, podporu v rozvoji schopností, zabavení a zaměstnání jak dětem, tak dospělým každého věku. Pečuje se zde o osoby s tělesným, mentálním a neurologickým postižením. Jednou z metod, které ergoterapeuti v centru využívají je právě metoda Affolter. V rámci této stáže jsem absolvovala jednodenní stáž v centru pro osoby s poraněním míchy nebo po poškození mozku Rehab Basel, kde ergoterapeuté model Affolterové používají velmi intenzivně.

Cílem bakalářské práce je v první řadě vytvořit ucelený český text o modelu Affolterové, jelikož zatím neexistuje literatura v českém jazyce, která by se touto metodou podrobněji zabývala.

V teoretické části se nejprve krátce věnuji problematice vnímání, taktilně-kinestetickému systému a obecně ergoterapii, dále pak samotnému modelu Affolterové, jeho teoretickým východiskům a nejpodrobněji popisuji samotnou terapeutickou metodu podle Affolterové. Obsahem praktické části jsou výsledky z pozorování. Hlavním cílem této části je nastínit způsob a možnosti využití metody Affolterové v ergoterapii. Popisuje nejobvyklejší prostředí při terapii, odlišnosti ve využívání jednotlivých prvků terapie u různých pacientů a uvádí některé konkrétní možnosti, jak model v ergoterapeutické praxi využít.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Úvod do problematiky

Na úvod práce bych se chtěla krátce věnovat přiblížení ergoterapie a smysluplné aktivity, problematice vnímání a taktilně-kinestetickému systému, jelikož tyto tři pojmy tuto celou práci provází. Metoda Affolter je založena na tom, že se pomocí poskytování velkého množství taktilních podnětů při provádění smysluplných aktivit zlepši schopnost vnímání pacienta.

#### 2.1.1. Ergoterapie a důležitost smysluplné aktivity

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním).“* Pojmem zaměstnávání pak rozumíme všechny činnosti, které v průběhu života vykonáváme a jsou součástí našeho životního stylu a identity (Jelínková, Krivošíková, 2007).

Rada ergoterapeutů evropských zemí pak ergoterapii definuje jako léčbu osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti za cílem umožnit těmto osobám dosáhnout co možná nejvyšší funkční úrovně a nezávislosti ve všech oblastech života (Jelínková, 2009).

Každý člověk má potřebu provádět činnosti, které jsou potřebné pro každodenní život. Potřebuje ráno vstát z postele a obléknout se, dojít k umyvadlu, umýt se, učesat a vyčistit zuby, každý den máme potřebu jíst a použít toaletu. Všechno to vyžaduje schopnost orientovat se v okolním prostředí, zpracovávat přicházející podněty a plánovat činnosti. Pokud se člověk nemůže do každodenních aktivit zapojovat, může to vést ke zpomalení vývoje nebo ke ztrátě funkčních schopností a tím spojené zvýšení závislosti na druhé osobě, což má za následek zhoršení kvality života. Cílem ergoterapie je pomoci osobám se znevýhodněním, aby byli schopni provádět činnosti v oblasti péče o sebe, produktivity a volného času na co možná nejvyšší úrovni.

Hlavním prostředkem, který ergoterapeut při terapii uplatňuje, je tedy provádění činnosti, která je pro osobu užitečná, důležitá a činní jeho život smysluplným. V ergoterapii považujeme činnost za cíl i prostředek terapie (Jelínková, 2009).

Činnosti, které jsou běžně prováděny každý den a kterými zajišťujeme péči o sebe samého, nazýváme v ergoterapii všedními denními činnostmi(dále jen ADL- z anglického originálu Activities of daily Living). Tyto činnosti provádíme automaticky, pravidelně, samostatně za použití k tomu určených nástrojů. Jsou součástí našich návyků, vztahují se k věku, pohlaví a části dne, zároveň je také ovlivněno kulturním prostředím jedince.

ADL rozdělujeme na personální a instrumentální ADL. Do personálních ADL zařazujeme činnosti, které jsou součástí každodenního života od vstávání po ukládání ke spánku. Patří mezi ně činnosti jako příjem jídla, koupání či sprchování, osobní hygiena(umytí obličeje, učešání, čištění zubů, péče o vousy, nanášení make-upu, péče o nehty), oblékání včetně výběru oblečení, použití toalety a hygiena po použití toalety, kontinence moče a stolice a péče o osobní pomůcky či prostředky.

Instrumentální ADL jsou činnosti širší soběstačnosti a vyžadují širší sociální a komunikační dovednosti a komplexní interakci s prostředím. Zařazujeme do nich hospodaření s penězi, používání telefonu, užívání léků, používání dopravního prostředku, nakupování, přípravu jídla a vedení domácnosti (Jelínková, 2009).

Každodenní aktivity člověka provází už od narození. Dítě skrze pečující osobu zažívá, jak je umýváno, oblékáno, krmeno, ve své rodině pozoruje, jak se uklízí, vaří... Nevyhnutelně se dostává do kontaktu s nespočet aktivitami všedního dne, do kterých je postupně více či méně zapojován. Během vývoje jednotlivým aktivitám začíná rozumět a samo je vykonávat.

Tyto aktivity poskytují nespočet taktilních podnětů, jsou rozmanité, přináší nutnost řešit problémy, poskytují změny odporu, díky kterým je taktilní zkušenost intenzivnější a které nám zprostředkovávají spojitost mezi příčinou a následkem, dále jsou významné, tudíž také motivující, a v neposlední řadě mají cíl a jasně definovaný začátek, potřebné kroky a konec (Becker, Steding-Albrecht, 2006).

Podle mého názoru je z toho zřejmé, jak důležité každodenní aktivity jsou, a že se člověk učí a vyvíjí právě skrze ně. Proto považuji nácvik a provádění smysluplných

aktivit jako nezbytnou součást rehabilitace a procesu uzdravování. Podle mého názoru poskytují smysluplné události prostředek pro rehabilitaci jakéhokoliv postižení, jelikož pomocí nich můžeme trénovat jak motorické a senzitivní funkce, ale také kognitivní a psychické funkce.

### **2.1.2. Problematika vnímání u pacientů s postižením centrální nervové soustavy**

Jak uvádí Lippertová-Grünerová (2005), při poškození mozku dochází k omezení všech funkcí mozku, s čímž je spojeno i omezení možností ovládnutí funkcí těla a psychiky. Není postižena pouze motorika a sensorika, ale také koncentrace, paměť, komunikace, chování stejně jako uvědomování si vlastního těla a vnímání času a prostoru. Tito lidé důsledkem toho selhávají ve vykonávání každodenních činností, nejsou schopni ve všedním životě obstát (Habermann, Kolster, 2002).

Zde uvádím několik pohledů na vnímání a jeho důležitost pro život člověka:

- Sociální psychologie popisuje vnímání jako zpracovávání informací do významových celků, které pak vstupují do odpověďové složky chování (Friedlová, 2007).
- Trojan (2001) udává, že „*příjem informací významných pro hybnost, jejich zpracování a integrace v centrální nervové soustavě až po výstup projevující se svalovou činností bývá souhrnně nazýváno senzomotorika.*“
- Díky schopnosti vnímat se člověk naučí pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Vnímání probíhá pomocí smyslů, umožňuje pohyb a naopak. Podle dostupných vědeckých poznatků víme, že se jako první vyvíjí vnímání somatické, dále vnímání chvění, vibrací a vestibulární vnímání (Friedlová, 2007).

Porucha vnímání není diagnózou, ale u různých postižení, jak u dětí, tak u dospělých, se mohou problémy s procesy vnímání objevovat. Při terapii různých onemocnění se často zaměřujeme na sníženou kvalitu výkonů, které pak často mají být zlepšovány izolovaným trénováním, přičemž možná porucha procesů vnímání je často přehlížena a do terapie není zahrnuta (Hofer, 2009).

Právě schopnost vnímat je nezbytná, aby člověk v životě mohl fungovat. Jednoduše by se dalo říct, že pokud člověk nevnímá, kde je a co se s ním děje, pokud nedokáže impulzy, které do jeho mozku neustále přichází z okolního prostředí i vlastního těla, adekvátně přijmout a zpracovat, není ani schopen reagovat, tedy řešit problémy a pohybovat se.

I ergoterapie se zabývá vnímáním, protože ovlivňuje schopnost vykonávat ADL. Při centrálních poruchách vnímání pacient nedokáže správně zpracovat a třídit informace, a naplánovat jednotlivé kroky činnosti, ve kterých z toho důvodu následně selhává. Takový člověk se často nedokáže posadit, protože nevnímá pozici svého těla, neoblékne se, protože neví, jak a ve kterém pořadí jednotlivé oblečení obléknout, nenají se, protože nedokáže použít lžici atd. To vše se ergoterapeut snaží vyřešit a u těchto pacientů je potřeba, aby se zlepšila jejich schopnost zpracovávat informace o svém okolí a vlastním těle, což umožňuje metoda Affolter.

### **2.1.3. Taktilně-kinestetický systém**

Taktilně-kinestetický systém zprostředkovává a zpracovává sensorické vjemy z kůže jako doteky, teplo, chlad, vibrace a bolest, to jsou taktilní informace (Habermann, Kolster, 2002). Kinestetická složka je ta část, která zpracovává vjemy ze svalů, šlach a kloubů, zprostředkovává informace o pozici těla a jednotlivých částí těla, a o jejich pohybu. To se děje ve spolupráci s vestibulárním systémem. Teprve propojení taktilních a kinestetických informací umožní vnímání vlastního těla a okolí (Becker, Steding-Albrecht, 2006). Bez vnímání vlastního těla není člověk schopný provádět koordinované a kontrolované pohybové aktivity (Bauder-Mißbach, 2005).

Podle Affolterové je tento systém jedinečným mezi sensorickými systémy, jelikož je to jediný smyslový orgán, kterým se opravdu dostáváme do kontaktu s realitou. Pohledem ani poslechem nejsme ve skutečném kontaktu s prostředím, ale taktilně-kinestetický systém dává vnímanému světu podstatu a skutečnost. Tento systém je potřebný k procesu učení. To je sice možné přes pouhé pozorování, nemůže ale být tak efektivní, jako aktivní učení, to znamená, učení zažitím situace (Habermann, Kolster, 2002).

To v podstatě využíváme v ergoterapii, jelikož pacienty neučíme tím, že jim říkáme nebo na obrázcích ukazujeme, co mají dělat, ale snažíme se, aby se věci naučili právě tím, že se aktivit přímo zúčastňují.

## **Změny taktilně-kinestetického vnímání:**

Lidé s poruchami vnímání mají problém z centrální organizací procesů vnímání. Na základě poruchy taktilně-kinestetického systému integrují vjemy jiným způsobem, než zdraví lidé, což má za následek selhávání v činnostech každodenního života. Tito lidé mají problémy započít akci, plánovat ji a správně řadit jednotlivé kroky činnosti. Často nejsou schopni vyvinout dostatek síly na provedení aktivity, předměty padají na zem, aktivita je provedena pomaleji, nebo naopak zbrkleji. Dále se mohou objevit problémy se zapamatováním, mohou být přítomny také změny chování jedince, chybí vytrvalost a schopnost udržet pozornost, jsou omezeni ve schopnosti zohlednit několik aspektů činnosti najednou (Habermann, Kolster, 2002).

Jak jsem výše již zmiňovala, úlohou ergoterapie je nepochybně snaha o to tyto obtíže ovlivnit a umožnit tak člověku fungovat v běžném životě.

## **2.2. Model Affolterové**

Model Affolterové patří do metod využívaných v různých odvětvích rehabilitace a samozřejmě také v ergoterapii, které zařazujeme do neurovývojového rámce vztahů. *„Neurovývojový rámec vztahů vychází z principů řízení motoriky, neuromuskulární facilitace a senzorycké integrace a opírá se také o vývojové teorie.“* (Krivošíková, 2011) Tyto metody v terapii používají hlavně taktilně-kinestetických a senzoryckých stimulů, které pak reflexně ovlivňují také motorický systém.

Lippertová-Grünerová (2009) uvádí model Affolterové jako jednu ze čtyř nejdůležitějších metod tréninku senzitivity a vnímání, které se v rehabilitaci pro zlepšení motorického výkonu používají.

Model byl vyvinut Félicíí Affolterovou ve spolupráci s doktorem Bischofbergem a multidisciplinárním týmem na základě více jak třicetileté klinické výzkumné práce (Nydahl, 2007).

Těžiště modelu bylo nejdříve v pozorování a práci s dětmi s mozkovým poškozením, v minulých letech se začal uplatňovat také v rehabilitaci dospělých s poškozením centrálního nervového systému. Základním předpokladem metody je, že pacient s poškozením mozku má omezenou schopnost získat ze svého okolí relevantní



informace ke zpracování, tudíž je omezen v plánování aktivit (Lippertová- Grünerová, 2005).

Aby se člověk dokázal v každodenním životě vypořádat potřebuje neustále informace o sobě a svém okolí. Tyto hmatatelné informace získává přes smysly, přičemž taktilně-kinestetický systém je pro něj nejdůležitější.

Metoda usiluje pomocí tréninku každodenních situací o zvětšení kapacity možností příjmu a zpracování informací z okolí. Je to terapie zaměřená především na taktilní a vizuální vnímání, proto se při samotném provádění činností nemluví, jedná se o nonverbální terapii. (Lippertová- Grünerová, 2005)

Myslím si, že tento model je převážně ergoterapeutickým modelem právě z důvodu, že terapie probíhá skrze každodenní aktivity, což je základním kamenem ergoterapie.

### **2.2.1. Félicie Affolterová**

Félicie Affolterová je švýcarská logopedka a dětská psychologka. Během své praxe se věnovala hlavně dětem s poruchami sluchu a řeči. Svou praxi začala jako učitelka ve škole pro sluchově postižené děti ve městě St. Gallen, ve stejné době studovala také na ženevské univerzitě psychologii u Jeana Piageta. Na podnět od J. Piageta vedla F.Affolterová také několik porovnávacích výzkumů s neslyšícími a slyšícími dětmi. V roce 1953 ukončila studium učitelství pro sluchově postižené a neslyšící. Poté odjela do Spojených států na univerzitu v Minnesotě, kde absolvovala předměty psychologie, audiologie a patologie řeči a v roce 1961 se Affolterová vrátila do St.Gallenu jako dětská audioložka. Vybudovala ve zdejší nemocnici pedagogicko-audiologické oddělení, kde nepřijímala jen sluchově postižené děti, ale také děti s poruchami řeči, které neměly žádné sluchové vady. Tyto děti přicházely s různými diagnózami jako autismus, poruchy pozornosti, poruchy chování, hyperaktivita atd.

V roce 1967 se do USA ještě vrátila, promovala na univerzitě v Pensylvánii a získala titul „Philosophical Doctor in Speech Sciences“. V roce 2008 ji univerzita v Minnesotě vyznamenala cenou „Distinguished Leadership Award for Internationals“ za její práci s postiženými dětmi po celém světě (Hofer, 2009).

Félicie Affolterová dodnes vede kurzy v Německu, Dánsku a ve Švýcarsku, působí jako poradce na mnoha rehabilitačních klinikách a publikuje.

### 2.2.2. Počátek nového modelu

S podporou svých spolupracovníků a švýcarského fondu na podporu vědy a výzkumu, začal v roce 1970 nový výzkum pod vedením Félicie Affolterové. V roce 1976 dala Affolterová podnět k založení Centra pro poruchy vnímání. Ve stejném roce se také otevřela škola pro děti s poruchami vnímání v St.Gallenu. F. Affolterová převzala vedení centra i odborné vedení školy a zároveň se věnovala popisu vznikajícího vývojového modelu a jeho aplikaci v terapii lidí s poruchami vnímání. Poprvé byl model představen v roce 1984 na konferenci Německé společnosti pro logopedii v Ravensburgu (Hofer, 2009).

Tehdy Félicie Affolterová řekla: *„Ještě jsme nedosáhli vrcholu hory, nejsme ještě tam, odkud máme o všem přehled. I nadále musíme hledat cestu. I přesto si myslíme, že jsme dosáhli důležité výšky, dosáhli jsme tak vysoko, že vidíme na celou cestu, která je již za námi“* (Affolter, 2007).

### 2.2.3. Teoretická východiska modelu

V této kapitole bych ráda shrnula poznatky studií, které Affolterová se svým týmem spolupracovníků dělala. Tyto poznatky vytvořily jednotlivé kameny celé mozaiky- modelu Affolterové.

#### Vývoj člověka podle Piageta:

Affolterová své práci vycházela z vývojového modelu podle Jeana Piageta, který u zdravých dětí popsal hierarchický stupňový model vývoje.

1. Senzomotorický stupeň: Poznávání světa pomocí pohybů a smyslů a získávání vědomí stálosti objektů (0-2 roky)
  2. Předoperační stádium: Dítě chápe význam symbolů, používá jazyka, jeho myšlení je egocentrické (2-7 let)
  3. Stádium konkrétních operací: Dítě dokáže logicky přemýšlet o konkrétních událostech, chápe stálosti počtu, množství a hmotnosti (7-12 let)
  4. Stádium formálních operací: Člověk dokáže logicky myslet o abstraktních pojmech. (12 let a více)
- (Macková, 2006)

Piaget předpokládá, že tyto stupně na sebe navazují a nižší stupeň je předpokladem pro vykonávání činností vyššího stupně (Nydahl, 2007).

Pokud se tedy u dětí objevují odchylky ve výkonech na nižším stupni vývoje, měly by se logicky také na vyšších etapách vývoje objevit odchylky. Affolterová ale zjistila, že některé děti se smyslovým postižením vykazují výkony vyššího stupně, ačkoliv u nich nebyly patrné výkony jednodušších operací (některé děti začnou mluvit, aniž by předtím prošli fází žvatlání, jiné začnou kreslit celou postavu člověka, aniž by předtím kreslily hlavonožce, nebo začnou vykonávat aktivity bez předchozího napodobování).

Félicie Affolterová se svými spolupracovníky během výzkumu zkoumala vývoj percepčních procesů u dětí s nápadným vývojem, se smyslovým postižením či s poruchou řeči a srovnávali je s dětmi zdravými.

Z výsledků první průřezové studie, kdy výzkumný tým testoval zdravé děti od 3 do 14 let, děti se smyslovým postižením a děti s poruchou řeči, považují za důležité zmínit tento poznatek:

- Taktilní informace, které jsou přístupné jak dětem zdravým, tak dětem se smyslovým postižením, jsou důležitější k dosažení komplexního stupně organizace procesů vnímání, než informace vizuální a auditivní. To Affolterová dokazuje tím, že děti s poruchou sluchu či zraku sice ve zvládnutí úkolů zaostávaly, chybění těchto informací ale nebylo tak kritické, aby zabránilo dosažení komplexních výkonů. Vizuální a auditivní informace nejspíše mají stimulační efekt, proto jsou zdravé děti v získávání komplexnějších schopností rychlejší (Hofer, 2009).

Pro praxi z toho vidím jako důležité to, že je přínosné aktivity trénovat ve spojení a vizuálními a auditivními stimuly, které proces učení stimulují, nejdůležitější ale zůstává, aby pacient získal co nejvíce taktilních informací, protože jde o skutečný kontakt s prostředím, díky těmto informacím získáváme o prostředí a předmětech kolem nás nejpodstatnější informace.

Druhou studii prováděla Affolterová s dětmi s poruchou řeči. Affolterová se domnívala, že vývoj těchto dětí by mohl probíhat jinak, než vývoj zdravých dětí. Během 10letého projektu byly děti s poruchami řeči i zdravé děti periodicky hodnoceny na

škále verbálních a neverbálních výkonů, které reprezentují často objevované milníky ve vývoji (např. vznik přímého napodobování, první slova)

Mnoho výsledků této studie se neshoduje s předpokladem modelu, který říká, že vývoj probíhá ve stupních, které na sebe navazují. U dětí s poruchami řeči není žádná souvislost mezi výkony jednodušších a komplexnějších fází vývoje. Vystává zde otázka, zda můžeme nalézt jinou souvislost mezi jednotlivými výkony, která by dokázala vysvětlit vývoj zdravých dětí i dětí s poruchou řeči (Hofer 2009).

Další studie se zabývala pozorováním nápadných a zdravých dětí. Podle Piageta je k vývoji percepčních procesů potřeba stimulace ve formě zkušenosti. Piaget tuto domněnku vytvořil na základě pozorování zdravých dětí. Affolterová řešila otázku, zda se děti s poruchou řeči neliší od zdravých dětí právě v tomto bodě. Její domněnka byla taková, že děti s poruchou řeči skrze spontánní aktivitu získávají jiné nebo méně zkušeností, než děti zdravé. Affolterová s týmem spolupracovníků pozorovali děti z hlediska zkušeností a taktilního hledání informací.

V rámci této studie jsou důležité tyto pojmy:

- **Integrace** znamená vzájemné působení, jednání a ovlivňování všude tam, kde je kladen důraz na vzájemnost a oboustrannou aktivitu na rozdíl od jednostranného působení (<http://cs.wikipedia.org>).

Piaget a Inhelder označují jako interakci zavzetí okolního prostředí organismu do aktivity (Šípek, 1999).

- **Akomodace**- pod tímto pojmem rozumíme modifikaci stávajících kognitivních struktur způsobem, aby bylo možno do nich začlenit nově získané zkušenosti. Piaget uvádí, že pod pojmem akomodace jsou zahrnuty pohyby těla, které vedou ke změně ve vztahu mezi jedincem a prostředím (Hofer 2009).
- **Asimilace** je chápána jako zařazování nových informací, které organismus získá skrze interakci s prostředím, do již existujícího schématu (Langmeier, Krejčířová; 2006).

Hofer(2009) uvádí, že asimilace představuje informaci, která je získávána právě skrze interakci s prostředím a je uložena do již existujících kognitivních struktur.

Vývoj jedince zajišťuje, že se organismus dokáže optimálně přizpůsobit skutečností svého vlastního přirozeného prostředí. Sbíráni zkušeností vyžaduje, aby organismus byl nějakým způsobem aktivní. Aby vznikla

zkušenost, je potřeba interakce. Skrze interakci jsou proměňovány prostorové vztahy a zároveň vytvářeny změny odporu. Ty jsou předpokladem pro vznik taktilních vjemů. Myšlenkové obrazy vnímaných dějů a prováděných aktivit, které si dítě vytváří, označuje Piaget jako schémata. Jsou to kognitivní struktury, kterými dokážeme vzájemně organizovat zkušenosti v mysli. Schémata jsou nejprve jednoduchá a vázaná na konkrétní činnost, postupně se diferencují a umožní chápání jevů na vyšší úrovni. Mechanismy, které tento vývoj k lepší adaptaci osoby na okolní prostředí umožňují, jsou asimilace a akomodace. Společně vedou k prožívání interakcí a tak ke stimulaci vývoje jedince (Hofer 2009).

- **Vývoj pozic a regulace svalového tonu-** V průběhu vývoje se dítě učí své tělo dostávat z lehu do sedu, ze sedu do stoje. To, že se jednotlivé vyšší pozice objevují postupně a až po několika měsících života, můžeme interpretovat tak, že leh, sed a stoj jsou výkony, které se liší ve svých nárocích na schopnosti dítěte. Schopnost měnit pozice umožňuje dítěti se přizpůsobit okolnímu prostředí. Pokud jsou tyto schopnosti omezeny, je to pro dítě velmi limitující a každodenní aktivity se stávají velmi namáhavými.

Affolterová a Bischofberger ve své studii zjistili, že způsob změn pozic u dětí s nápadným vývojem se od způsobu zdravých dětí liší. Zatímco se zdravé děti dokáží naučit rozlišovat mezi zdrojem informací, které patří k prováděné činnosti a zdrojem informací patřící k pozici, tvořit mezi nimi hierarchie, a rozlišovat jejich aktuální důležitost, děti s postižením tuto schopnost organizace vjemů nemají (Affolter, 2007). Znamená to pak, že nejsou schopny správně vykonávat jednotlivé činnosti, což má za následek neschopnost naučit se plné soběstačnosti, kterou pokládám za důležitý aspekt spokojeného života.

Výzkum dále ukázal, že před a po změnách pozice těla probíhají u zdravých dětí fáze hledání informace o pozici těla, s kterým je spojena také změna svalového tonu, který se při aktivitách zvyšuje. Po nalezení informace o pozici těla (například opření se, dosednutí na židli, přisunutí nebo pouhé přenesení váhy z jedné strany těla na druhou) a vytvoření změny odporu mezi tělem a podložkou, se svalový tonus naopak snižuje. Tento vzorec se pravidelně opakuje. U postižených dětí fáze hledání informace o pozici těla chybí a nejsou patrné změny svalového tonu. Regulace svalového tonu je

podmínkou pro vývoj adekvátních pohybů v rámci interakce mezi dítětem a prostředím (Hofer 2009).

Pokud tedy dítě (nebo také dospělý) není schopno nalézt informace o pozici svého těla, nemá možnost přizpůsobit svalový tonus situaci, čímž je zase ovlivněna jeho výkonnost v aktivitách. Toto považují za důležité zejména u lidí se spasticitou. Abychom dosáhli co největšího uvolnění a přizpůsobení svalového tonu, je třeba pacientům neustále poskytovat informace o tom, kde se nachází a kde mají pevnou oporu těla, připomínat jim hranice těla, aby měli dostatek hmatatelných informací.

Interakce s prostředím u dítěte bez poruchy vývoje se během prvních dvou let života rapidně mění- stává se komplexnější, čímž se stává komplexnější také hmatatelná zkušenost. Také děti s těžkými poruchami řeči mohou spontánně interagovat s prostředím, tato interakce je ale mnohem prostší a během času se tolik nemění. Získávání zkušeností tím zůstává velmi omezené, jejich interakce s prostředím je méně explorativní, než u zdravých dětí (Hofer, 2009).

Výsledkem studií Affolterové a jejího týmu je tvrzení, že způsob hledání informací u dětí se smyslovou poruchou a u zdravých dětí, je rozdílné. Děti s poruchami řeči vykazují velké potíže dospět při interakci k taktilním informacím (Hofer, 2009).

Na konci 70. let se Affolterová během výzkumu setkala také s dospělými pacienty po poškození mozku. Byli to lidé, u kterých se nedosahovalo pomocí žádných terapeutických metod ke zlepšení jejich změněného chování v rámci každodenních aktivit. Po intenzivním pozorování těchto pacientů došla Affolterová k tomu, že i tito pacienti mají problémy s hledáním a přijetím hmatatelných informací ze svého okolí. Proto v aktivitách selhávají (Habermann, Kolster, 2002).

Z toho je patrné, že terapeutický model, který na základě těchto výzkumů vznikl, není uplatnitelný pouze u dětí, ač byly hlavní výzkumnou skupinou, ale že podobné problémy vykazují také dospělí po poškození mozku.

### **2.3. Kořenový model (Das Wurzelmodell)**

Z výsledků studií vytvořila Félicie Affolterová tzv. Kořenový model vývoje. V tomto modelu neexistují hierarchické stupně ani jejich přímá závislost v rámci vývoje, jako je to u teorie podle Piageta (Nydahl, 2007).

Affolterová svůj model přirovnává ke stromu. Hmatatelné zkušenosti z interakce mezi člověkem a prostředím v rámci každodenních výkonů, jsou označovány jako kořeny stromu. Větve jsou pak představovány jednotlivými schopnostmi, které člověk během vývoje získá. Jednotlivé větve jsou k sobě spojeny nepřímou, přes kořeny. Pokud jsou živeny kořeny, rostou také větve stromu, přičemž jejich růst je rovnoměrný. V modelu Affolterové to znamená, že pokud je člověku poskytnut dostatek hmatatelných zkušeností, mohou se vyvíjet také jeho výkony. Pouze pokud rostou kořeny, mohou růst i větve, to znamená, že pouze rozšířením nebo reorganizací kořenů, je umožněn postup ve vývoji a získávání nových dovedností. Pokud jsou nemocné kořeny, projeví se to na větvích a samotné ošetření větví nestačí k uzdravení stromu. Stejně je to také u člověka s poruchou vnímání. Nepomůže mu, pokud ho budeme učit jednotlivé dovednosti, dokud nezačneme pracovat na jeho kořenech, to znamená, že se musíme při terapii zaměřit na způsob získávání informací. Pokud umožníme člověku zlepšení v přijímání informací a jejich organizaci, můžeme díky tomu sledovat také růst větví, tedy zlepšování jednotlivých výkonů v rámci každodenního života (Habermann, Kolster, 2002; Nydahl, 2007).

Myslím si, že tento model nám může dopomoci k lepšímu chápání problému některých pacientů a umožní nám pohled i z jiné strany, než pouze z pohledu kvality výkonů. Pokud budeme mít na paměti, že některé problémy pacientů ve vykonávání činnosti mohou mít původ v jeho neschopnosti získávat adekvátní informace ze svého těla i z okolí, můžeme se na to v terapii zaměřit.

### **2.4. Model Affolterové v kontextu ICF**

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) neboli Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, byla vydána v roce 2001 Světovou zdravotnickou organizací WHO. Vznikla jako odpověď na potřebu jednotného jazyka při klasifikování osob, kteří mají nějakou disabilitu. „*Cílem*

*klasifikace MKF je poskytnout jednotný, standardizovaný jazyk a rámec pro popis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují. Revidovaná klasifikace definuje složky zdraví a některé stavy, které souvisejí se stavem životní pohody (jako je výchova a práce)“ (WHO, 2008).*

Tato klasifikace poskytuje možnosti uplatnit terapeutické modely interdisciplinárně. V centru ICF stojí participace, tedy účast postiženého na aktivitách každodenního života. Nemoci nejsou popisovány jako pouhé poškození lidského organismu. Mnohem více se snaží zdůraznit právě dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života postiženého a vypracovávat individuální cíle postiženého. Model Affolterové je založen právě na aktivitách každodenního života, na tom, aby se člověk s určitým omezením dokázal vypořádat s dnem každodenního života. Stejně tak je velmi důležitá fáze plánování, cíle terapie se určují týmově se spoluprací postiženého člověka a/nebo jeho rodiny. K určení smysluplných a dosažitelných cílů je třeba, aby se multidisciplinární tým zabíral právě otázkou, jaké aktivity a schopnosti postiženého jsou k dosažení cílů potřebné, a které funkce a struktury jsou porušené. Zřetel je také brán na faktory prostředí, které mohou na proces uzdravení mít facilitující nebo bariérový vliv (Söll, Sander, 2009).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví může být výbornou pomůckou při definování schopností a omezení člověka s disabilitou a při plánování terapie, nejen v případě, že terapie probíhá podle zásad modelu Affolterové, ale ve všech složkách rehabilitace.

## **2.5. Oblasti uplatnění konceptu podle Affolterové**

V publikaci od Habermanna a Kolstera (2002) jsou uvedeny tyto skupiny pacientů, kde je vhodné a výhodné uplatnit terapii podle Affolterové:

- děti a kojenci s odchylkami ve vývoji
- děti a dospělí s poruchou řeči
- děti s obtížemi ve škole a při učení
- děti s poruchou chování
- děti a dospělí s autismem
- děti s lehkou mozkovou dysfunkcí nebo psychoorganickým syndromem.
- děti a dospělí se získaným poškozením mozku
- děti a dospělí s jinými neurologickými onemocněními
- geriatrickí pacienti



- dospělí s psychiatrickou diagnózou

Hofer (2009) uvádí, že je také velmi vhodnou metodou při péči o pacienty v apalickém stavu.

Souhrnně by se podle mého názoru dalo říct, že tato metoda je vhodná při terapii jakéhokoliv člověka, který má problémy s organizací a zpracováváním vjemů, které na něj neustále působí a s tím souvisejícím plánováním aktivit. Obtíže tohoto rázu jsou součástí mnoho diagnóz napříč různými obory. Model Affolterové tedy nachází uplatnění nejen v ergoterapii, ač je podle mého názoru hlavně ergoterapeutickým modelem, ale v praxi se běžně využívá hlavně ve fyzioterapii, v logopedii, ve školách či v péči o kojence a batolata s poruchou vnímání.

## **2.6. Terapeutická metoda podle modelu Affolterové**

### **2.6.1. Způsob plánování terapie a začlenění rodiny pacienta do terapie**

Stejně jako u jiných terapeutických konceptů, i u tohoto modelu je důležitá fáze plánování. Pro ergoterapeuty, a nejen pro ně, je důležité, aby cíle a plány terapie braly v potaz přání, životní styl a zvyky postiženého. Proto je velmi důležité a žádoucí, aby se do plánování zapojil celý multidisciplinárním tým, včetně postiženého a jeho rodiny. S pomocí rodiny se dozvíme o zvycích pacienta, o oblíbených činnostech, ale také věci a aktivity, které rád nemá, což je podle mého názoru stejně důležité. Myslím si, že pracovat s člověkem, motivovat a učit ho něčemu, co je mu blízké, má mnohem větší efekt, než snažit se ho „nutit“ k činnostem, které jsou mu zcela cizí. Dalším zdrojem, jak získat o postiženém potřebné informace, je pozorování. Pozorujeme ho nejlépe v přirozeném prostředí a sledujeme jeho reakce na různé situace, osoby a předměty, způsob komunikace, vlastní aktivitu...

Na základě informací od rodinných příslušníků, z pozorování a lékařských zpráv může definovat základní problémy, které chceme ovlivnit. Důležité je, aby jednotliví členové multidisciplinárního týmu věděli, na čem pracují ostatní, aby rehabilitace a celá péče o postiženého byla co nejefektivnější.

Právě protože se aktivity všedního dne z největší části odehrávají doma, a protože porucha vnímání ovlivňuje celý život postiženého a nemanifestuje se pouze v jednotlivých oblastech života, je důležité, aby terapie a stimulace nebyla omezena na

jednou týdně, ale aby probíhala vždy tehdy, když se postižený setká se smysluplným problémem, který má vyřešit (Hofer, 2009).

K tomu je samozřejmě třeba, aby s terapií byli seznámeni také osoby pečující o postižené. Pokud pečující budou znát základní pravidla terapie, je to velkou pomocí jak pro ně, tak samozřejmě pro pacienta samotného.

### 2.6.2. Cíle a efekty terapie podle Affolterové

Hlavním a prioritním cílem terapie podle Affolterové je zlepšení organizace procesů vnímání, nikoli zlepšení motorické funkce. Jde o to, dopomoci osobám s poruchou vnímání k lepší organizaci a zpracovávání informací, které skrze vedení (viz dále) získají, a k vytváření hypotéz. Vytváření hypotéz v tomto případě znamená zaobírat se aktuální událostí, tzn. kde, kdy, co a jak musím dělat. Pacienti časem získají větší porozumění, flexibilitu a soběstačnost v aktivitách (Habermann, Kolster, 2002).

Výsledek zlepšení vnímání nemůžeme vidět přímo. To zda je pacient schopný informace, které skrze terapii získá, lépe zpracovat, pozorujeme na změnách v jeho chování (Hofer, 2009).

Efekty, dosažených při terapii podle Affolterové, nazýváme krátkodobými, střednědobými a dlouhodobými změnami chování.

O **krátkodobých změnách chování** mluvíme tehdy, když určitá hmatatelná informace k pacientovi dorazí a ten ji začíná zpracovávat (Becker, Steding-Albrecht, 2006). To se děje v souvislosti s intervencí pomocí guidingu.

Krátkodobé se nazývají proto, že trvají jen krátkou chvíli. Je zapotřebí, aby tyto situace nastávaly pravidelně. Výsledkem není provádění výkonů, zatím se jedná spíše o výraz, že aktivita probíhá na úrovni porozumění pacienta.

Do těchto změn (efektů) řadíme:

- **odmlčení se a odvrácení zraku, pohled do prázdna:** jsou známkami první organizace informací. Je to označováno jako změna pozornosti od jednoho smyslu k druhému. V terapii podle Affolterové chceme změnu pozornosti od auditivního nebo vizuálního systému k systému taktilnímu.
- **přizpůsobení svalového tonu** (např. napřímením sedu po poskytnutí informace o pozici těla, položením hlavy nebo horní končetiny v leže): tyto změny se interpretují jako nalezení hledaného zdroje informace v rámci taktilního systému.

- **částečné převzetí pohybu a jazykový projev:** poukazuje na to, že pacient má tolik hmatatelných zkušeností, že je schopen je rozpoznávat a znovu vybavit. Znamená to, že pacient je schopen částečně tvořit hypotézu (Hofer, 2009).

Hofer (2009) ještě uvádí další efekty, které můžeme pozorovat u pacientů v apalickém stavu:

- změna dýchání (zrychlení, zpomalení, prohloubení)
- otevření či zavření očí
- změna mimiky (uvolnění, šklebení, úsměv...)
- zvukové projevy (brblání, pláč, křik)
- pohyby orální oblasti (mlaskání, polykání, otevírání a zavírání úst)
- slinotok (silnější, slabší)
- pacient se přestává nebo začíná potit
- tepová frekvence (zvýšení či snížení)
- bezúčelné pohyby mizí nebo zesilují
- změna barvy kůže v obličeji

Všechny tyto projevy mohou být reakcí na vedenou intervenci a mohou být výrazem pro změnu organizace vnímání nebo také jako výraz aktuálního emocionálního stavu. V každém případě lze z toho usoudit, že intervence k postiženému „dorazila“ a vyvolala reakci (Hofer, 2009).

Problém u velmi těžce postižených pacientů je ten, že u nich většinou nemůžeme pozorovat dlouhodobé ani střednědobé změny chování. V dnešní době je poukazováno hlavně na efektivitu terapie, jsou vyžadovány prokazatelné výsledky a pokud nejsou viditelné změny k lepšímu, hrozí omezení nebo ukončení terapie. Myslím si, že právě u těžce postižených lidí je důležité, aby skrze vedenou aktivitu přišli do kontaktu s okolím, aby mohli něco způsobit, ovlivnit. Proto si myslím, že terapie podle Affolterové těmto lidem poskytuje výbornou možnost účastnit se na dění každodenního života.

**Střednědobé a dlouhodobé změny chování (efekty)** jsou takové změny, které zpravidla zahrnují provedení výkonu. Mluvíme o nich tehdy, pokud se požadované chování objevuje nezávisle na bezprostředně vedené aktivitě a trvá po delší dobu. Střednědobé změny jsou takové změny, kdy pacient po terapii odchází s přizpůsobeným

pohybovým vzorcem nebo mluví zřetelněji. Dlouhodobé změny jsou takové, kdy požadované chování trvá nezávisle na situaci a může být přizpůsobeno také na měnící se okolnosti situace (Hofer, 2009).

V praxi toto znamená, že terapeut musí být schopný velmi dobře během činnosti nejen vést pacienta, ale také pozorovat, aby si mohl těchto reakcí všimnout. Podle toho, jak se pacient při vedené terapii projevuje, usuzujeme, zda můžeme/musíme terapeutickou situaci vytvořit jednodušeji či komplexněji.

Schopnost pozorovat a z pozorování dělat adekvátní závěry pro terapii, je činnost, která je od ergoterapeutů vyžadována velmi často, pozorování je podle mého názoru neodmyslitelnou součástí ergoterapeutické práce.

### **2.6.3. Vedení (Guiding)**

Vedení znamená pomoci člověku přijmout pocíťované informace, které by sám od sebe nemohl získat (Haus, 2005).

Je to základní prvek modelu podle Affolterové a rozlišujeme dva způsoby guidingu.

#### **2.6.3.1. Ošetřovatelský guiding**

Při tomto způsobu guidingu poskytujeme pacientovi hmatatelné informace, které by jinak získat nemohl. Je uplatňován zejména u lidí s velmi těžkým poškozením mozku a u lidí v apalickém stavu. (Nydahl, 2007) U takových lidí je prvotním cílem přizpůsobit péči takovým způsobem, aby pacient dokázal proces sledovat s porozuměním. To znamená, že mohou porozumět jednání ošetřovatele a nemají při tom strach a stres (Söll, 2007). Tento způsob vedení není klasickým guidingem, jelikož ruce pacienta do aktivity nejsou zahrnuty, terapeut aktivitu vykonává sám. V této situaci je pro pacienta obzvlášť důležité, aby pacient cítil, co se s ním děje, co se skrze prováděnou aktivitu mění a kde se nachází (Söll, Sander, 2009).

V knize Petera Nydahla (2007) jsou uvedeny tyto zásady a principy ošetřovatelského guidingu:

- Vedení probíhá během vykonávání každodenních aktivit. Nejčastější činnosti, které jsou takto vykonávány jsou mytí, přebalování, oblékání.
- Celé tělo pacienta je vedeno s ohledem na stabilní okolní prostředí pacienta. Snažíme se dát pacientovi co nejvíce opěrných bodů, abychom zachovali pevné a

stabilní okolní prostředí (Becker, Steding-Albrecht, 2006). V praxi využíváme polohovacích pomůcek, peřin, polštářů, ale také stěn a postranic postele. Důležité je, aby pacient byl v co největším kontaktu s pevnými oporami těla, které určují hranici jeho těla a poskytují potřebné taktilní informace.

- Jednotlivé topologické změny jsou učiněny hmatatelnými. Znamená to, že pokud pohybujeme jednotlivými částmi pacientova těla, snažíme se, aby tyto pohyby změny co nejvíce vnímal. Terapeut během oblékání či mytí jednotlivé části těla nenadzvedává, ale suně po podložce, žínku nebo oblečení souká mezi tělem pacienta a podložkou.

- Po každé akci v rámci činnosti a průzkumu změn, které akcí nastaly, následuje prozkoumání pozice těla- to znamená, že je pacientovi poskytnuta informace o pozici těla, informace o tom, kde se nachází a kde je okolní prostředí.(viz níže)

- Po každé akci a poskytnutí informace na jedné straně následuje stejná sekvence na straně druhé. Toto střídání stran poskytuje oběma mozkovým hemisférám informace a spojuje je dohromady.

- Během aktivity terapeut k pacientovi nemluví, aby se mohl co nejvíce soustředit na taktilní vjemy.

Předpokladem je dobrá výchozí poloha, nejčastěji leh na zádech či boku, také se ale využívá sedu. Mytí probíhá tak, že terapeut posouvá žínku mezi podložkou a tělem pacienta. Končetiny nenadzvedává, čímž vzniká jasně citelná informace, kterou klient může přijmout a lépe sledovat, co se s ním právě děje. Stejným způsobem probíhá i oblékání, terapeut končetiny nenadzvedává, ale souká oblečení mezi tělem pacienta a podložkou (Söll, Sander, 2009; Söll, 2007).

Tento způsob vedení se může z pohledu ergoterapeuta zdát „málo ergoterapeutický“, jelikož vlastně aktivitu vykonáváme za pacienta a pacient sám nic nevykonává. Z tohoto hlediska bychom to mohli spíše zařadit pod ošetrovatelskou péči, faktem ale je, že u lidí s velmi těžkým postižením je tento stupeň vedení pro získání porozumění o každodenním dění a nových informací velmi důležitý. Důležité pro ergoterapii je to, že se aktivita odehrává v rámci každodenních a pro pacienta smysluplných činností.

### 2.6.3.2. Elementární guiding

Tento způsob guidingu se využívá, pokud pacient v rehabilitaci pokročí tak, že je schopen sledovat základní aktivity s porozuměním. Jeho ruce se začnou více integrovat do procesu vykonávání činností. To, zda je postižený připraven na tento stupeň vedení, poznáme podle jeho reakcí při provádění aktivity ošetřovatelským vedením. Pokud na pacientovi poznáme, že ví, co následuje, pozorně aktivitu sleduje a svým tělem jde aktivitě naproti nebo se například při oblékání kalhot sám snaží nasoukat nohu do nohavice, znamená to, že je plně připravený (Söll, 2007).

Zde uvádím základní principy elementárního vedení:

**Pozice těla-** Nejčastější pozicí pro elementární guiding je pozice vsedě. Důležité je, aby pacient byl co nejstabilnější. Okolní prostředí musí pacientovi umožnit bezpečnou pozici těla (Becker, Steding-Albrecht, 2006). Při přípravě terapie je pracovní místo utvořeno tak, aby mohly během aktivity vzniknout hmatatelné možnosti dotyku. Patří k tomu podložka (podlaha, deska stolu, židle) a strany (stěny a jiná pevná boční ohraničení). Pacient nesedí uprostřed místnosti, ale pracovní místo je pokud možno situováno tak, aby měl kolem sebe pevné opory, ze kterých získává další taktilní informace. Pevná podložka je také výhodnější pro samotné uchopování předmětů (Hofer, 2009).

Z důvodu poskytování co nejstabilnějšího okolí, pracujeme při terapii podle Affolterové často v rohu místnosti. U lidí, kteří nemají dostatečnou stabilitu sedu vidím jako další výhodou poskytnutí co největší pevné opory také v tom, že se terapeut pak více může soustředit právě na vedení horních končetin, než aby se musel zaobírat stabilitou pacientova sedu.

**Vedení horních končetin-** Pacientovi je do ruky vložen relevantní předmět, čímž je jeho pozornost okamžitě zaměřena na činnost. V běžném životě provádíme velkou většinu aktivit pomocí obou horních končetin, proto i při vedení zapojujeme obě horní končetiny. Terapeut vede pravou rukou pravou ruku pacienta a levou rukou levou ruku. Své ruce pokládá na hřbetní stranu pacientových rukou, stojí nebo sedí při tom nejlépe za pacientem, pokud to není možné, guiding se provádí ze strany. Dominance končetin se při vedení nebere v potaz. Hlavním cílem je poskytnout co nejvíce hmatatelných informací, taktilní vnímání má být zprostředkováno vlevo i vpravo, důležité je, aby se obě mozkové hemisféry naučily spolupracovat (Habermann, Kolster, 2002). Obě ruce jsou pokud možno vedeny střídavě, pacient tím dostává mnoho

informací o tom, co právě dělá. Sám musí přemýšlet nad průběhem činnosti, které předměty k tomu potřebuje a jak je může použít.

**Verbální projevy při vedení-** Myšlení a plánování aktivity také napomáhá skutečnost, že terapeut při činnosti zbytečně nemluví (Söll, 2007). Aktivitu a cíl terapie samozřejmě pacientovi sdělíme před započítím činnosti, popíšeme jednotlivé kroky a co má být výsledkem činnosti. Během provádění samotné aktivity už ale terapeut mlčí, aby se pacient mohl plně soustředit na aktivitu a vnímání (Habermann, Kolster, 2002). Pro ergoterapeuta, který je zvyklý během terapie s pacienty neustále komunikovat a na každou situaci okamžitě reagovat, toto může být trochu obtížné.

**Rychlost guidingu-** Pohyby terapeuta a klienta jsou na sebe sladěny, rychlost pohybů je taková, jaká je při provádění činnosti běžným způsobem (Habermann, Kolster, 2002). Pro terapeuta to znamená, že musí dobře znát jednotlivé kroky celé aktivity, v terapii tedy hraje roli také důkladná příprava terapeuta.

Skrze elementární vedení se pacient učí hledat informace, identifikovat problémy a nalézat jejich řešení. Pokud je pacient schopen převzít větší část aktivity, může začít s komplexnějšími činnostmi. V tomto je důležitá schopnost terapeuta, jednak rozpoznat vlastní aktivitu pacienta, ale také musí být schopen určit, jak činnosti provádět tak, aby pro pacienta byly opravdu stimulující. Pokud bude způsob provádění činnosti příliš jednoduchý nebo naopak složitý, znemožníme další možné pokroky pacienta. Začínáme na takové úrovni, aby pacient byl schopen děj sledovat, to znamená, že mu například předmět, se kterým budeme pracovat vložíme do jedné ruky a teprve pak vedeme druhou ruku a s předmětem manipulujeme. Pokud je pacient schopen komplexnějších činností, pomocí guidingu pracujeme od samého začátku terapie (Söll, 2007).

Vedení nesmí být chápáno jako uzavřený kruh podnět-odpověď. Je formou bazální komunikace, a to také u lidí v apalickém stavu. Terapeut udělá návrh a pacient reaguje změnou chování, na kterou terapeut opět reaguje (Hoffer, 2009).

Zvláštnost guidingu podle Affolterové je v tom, že v popředí terapie stojí řešení problému a organizace informací, které pacient skrze taktilní vedení získává. V tomto smyslu se model Affolterové liší od jiných konceptů, které sekvence aktivit rozdělují a/nebo je nacvičují zvlášť. Primárním cílem terapie je zlepšení organizace procesů

vnímání. Tento cíl tvoří základ pro cíl sekundární, kterým je zlepšení jednotlivých výkonů aktivit (Hofer, 2009).

#### **2.6.4. Poskytování informace o pozici těla**

Poskytování informace o pozici těla, neboli poskytování informace Kde?, je dalším prvkem, který se provádí při terapii podle Affolterové. Pokud se má člověk umět orientovat v prostředí, musí být schopen určit pozici svého těla. Z důvodu omezené schopnosti přijímat informace o svém těle a okolí, a změněnému vnímání vlastního těla, toho často děti s poruchou vývoje a dospělí po poškození mozku nejsou schopni (Söll, Sander, 2009).

Terapeut se snaží umožnit pacientovi vnímat topologický vztah mezi jeho tělem a prostředím. Změny topologických vztahů jsou důležité pro vnímání a rozpoznání pozice vlastního těla (Habermann, Kolster, 2002). Při terapii podle Affolterové tedy neprovádíme pouze aktivitu pomocí vedení, ale snažíme se, aby pacient během aktivity nezapomněl na to, kde je, kde jsou hranice jeho těla a v jaké pozici se jeho tělo právě nachází.

To je umožněno skrze změny odporu, které nastávají, pokud se naše tělo nebo části těla pohybují a dostávají se do kontaktu s pevnou oporou (Habermann, Kolster, 2002). Změny odporu nastávají při každé činnosti, při každém úchopu a právě skrze tyto změny nám poskytují intenzivní hmatatelnou informaci (Becker, Steding-Albrecht, 2006).

Ze zkušeností víme, že pokud například dlouho sedíme, aniž bychom se hýbali, za chvíli přestaneme podložku, na které sedíme, vnímat, hranice našeho těla jako kdyby se rozplynuly. Stačí ale pouze nepatrné přenesení váhy ze strany na stranu a odpor, který nám podložka dává je hned zase znatelný. Pokud jsme se během sezení nahnuli na jednu stranu, tímto nepatrným pohybem se automaticky opět narovnáme. Pacienti, kteří jsou ležící nebo upoutáni na invalidní vozík a jsou omezeni v motorickém výkonu, nemají proto stálý přísun informací o svém těle, chybí jim hmatatelné změny odporu.

Při poskytování informace Kde? jde o cílenou změnu pozice těla pacienta a prakticky se provádí tak, že terapeut mírným pohupováním posouvá pánev postiženého po podložce, čímž by si postižený měl uvědomit, v jakém vztahu k prostředí se právě nachází. Provádí se jak vleže, tak i vsedě. Během jedné aktivity se to provádí několikrát, nejlépe vždy při přechodu vedení jedné strany na stranu druhou, nebo mezi jednotlivými kroky činnosti. (Habermann, Kolster, 2002; Söll, 2007).



Söll a Sander (2009) uvádí, že pravidelným posouváním pánve pacienta během terapie zabráníme vytvoření velkého svalového napětí nebo že ztratí cit pro bezpečnou pozici těla.

Tento prvek je pro tuto metodu specifický. Tak, jak je prováděn v tomto modelu, se v jiných konceptech nevyužívá.

### **2.6.5. Učení na úrovni porozumění, adaptace a stupňování**

Hofer (2009) píše, že guiding, porozumění a učení jsou tři pojmy, které spolu úzce souvisí a tvoří kostru terapeutické práce podle Affolterové, proto zde uvádím, co podle Affolterové učení na úrovni porozumění znamená a proč je důležité to v terapii brát na vědomí.

V ergoterapii nechceme pacienty pouze vést při činnosti, není cílem, aby byli schopni vykonat aktivitu pomocí guidingu. Jako ergoterapeutka chci, aby byl pacient schopen se v každodenním životě co nejlépe vypořádat sám. Cílem terapie podle Affolterové je, aby se u člověka s poruchou vnímání zlepšily výkony v činnostech každodenního jednání, ve kterých v důsledku neschopnosti organizace vjemů a plánování činností selhávají. Právě přes vedení těla jsou pacientovi zprostředkovávány adekvátní hmatatelné informace o každodenním životě. Model vychází z toho, že skrze guiding je pacientovi umožněn input, neboli vkládání dat do systému, tedy do struktur mozku. To je spolu se stimulací procesů řešících problém podmínkou učení, které vede k větší soběstačnosti (Hofer, 2009).

Pro úspěšný proces učení je potřeba, aby pro člověka každodenní dění představovalo smysluplný cíl. Skrze hmatatelnost věcí se mění chování, přičemž lze pozorovat jednotlivé kroky učení, které se při určité pravidelnosti objevují. Toto učení se rozděluje na 4 stupně:

1. stupeň: Při vedení postižený na doteky reaguje převážně nápadným zvýšením svalového tonu a/nebo odvrácením zraku od činnosti.

2. stupeň: Postižený se s guidingem postupně seznamuje, svalový tonus se reguluje a pohled začíná zaměřovat na aktivitu. To nastane, pokud je postiženému poskytnuto dostatek informací o změnách odporu. Přibývá důvěrnost s hmatatelnou informací.

3. stupeň: Tato důvěrnost se vyznačuje sílením koordinace oko-ruka a delším trváním taktilního kontaktu. Jedná se při tom o intermodální organizaci. Při pozorování můžeme konstatovat, že se tak získaná intermodální informace uspořádá v určitém

pořadí. Změna chování postiženého, například usmívání se, je vysvětlováno jako znovu poznání pocíťovaného.

4. stupeň: Tento stupeň zahrnuje očekávání. Chování přesahuje poznání, protože je do děje zahrnuto něco budoucího (Affolter, 2007). V tomto momentě se očekávání týká činnosti, která bezprostředně následuje. Změna chování nastává důvěrným seznámením se s prostředím. Postižený začíná činnosti sám vykonávat, jeho porozumění dosáhlo zřetelného rozměru.

Vždy se pracuje na úrovni porozumění pacienta, protože porozumění je důležitým předpokladem pro učení. Vedení je smysluplné pouze v případě, když je pacient schopen aktivitu sledovat s porozuměním, pouze tehdy se vedení nestává pouhou manipulací (Scheepers, Steriny-Albrecht, Jehn, 1999).

Souhlasím s výrokiem ergoterapeutky Christine Jenni ze Švýcarska, která říká: „Nepracujeme na pacientovi, ale pracujeme s pacientem“. Pracovat s někým znamená spolupracovat, k čemuž je podle mě nezbytné, aby obě strany rozuměly aktivitě, kterou provádí. Aby pacient rozuměl tomu, co dělá, musíme volit vhodné aktivity a způsob provedení.

Ergoterapie používá termíny adaptace a stupňování. Adaptací rozumíme úpravy prostředí nebo činnosti, které umožňují pacientovi kvalitnější vykonání činnosti. Nejběžnější adaptace jsou přizpůsobení nábytku v místnosti, pracovní pozice, potřebný rozsah pohybů, množství a úprava nástrojů, počet osob při terapii, trvání a struktura činnosti. Stupňování se týká aktivity. Terapeut zvyšuje nebo snižuje její náročnost podle schopností a stavu pacienta. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová; 2009) Do stupňování bych zařadila také míru potřebného guidingu při činnosti, neboli nakolik ji pacient vykonává sám.

Adaptaci a stupňování provádíme tedy takovým způsobem, aby pacient co nejlépe chápal situaci a dovedl se v co největší možné míře zapojit.

Affolter a Bischofberger říkají, že cílem podpory pacienta je vést ho a umožnit mu takový způsob učení, aby „mohl být člověkem“ (Hofer, 2009).

Model Affolterové, vycházející z přirozeného vývoje jedince, představuje metodu tréninku senzitivity uplatnitelnou v mnoha oborech rehabilitace včetně ergoterapie. Považuji ji za velmi přínosnou pro ergoterapii z důvodu, že se nezabývá pouze motorickým výkonem, ale také schopností zpracovávat informace, což je u lidí s poškozením mozku často velkým problémem. Za druhé ji za důležitou pokládám díky propojenosti s ADL, které jsou základním kamenem ergoterapie. Svými terapeutickými prvky jako ošetřovatelský a elementární guiding či poskytování informace o pozici těla je tato metoda jedinečná. V praxi se často kombinuje s jinými modely, díky čemuž se efektivita terapie zvyšuje.

## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1. Cíl práce a výzkumná otázka

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jak se v ergoterapii metoda Affolterové u lidí s poruchou vnímání využívá.

Druhým cílem, který s prvním souvisí, je porovnat způsob terapie podle Affolterové u lidí rozdílného stupně poruchy.

**Výzkumné otázky**, které z cílů práce vychází, jsou tyto:

Jak konkrétně může ergoterapeut využít metodu Affolterové v ergoterapii?

Provádí se v ergoterapii terapie podle Affolterové vždy stejně nebo se liší u osob těžce postižených od způsobu terapie u lidí s lehčí poruchou vnímání?

### 3.2. Metodologie

Pro zpracování praktické části jsem využila kvalitativního výzkumu. Strauss a Corbinová (1999) definují tento typ výzkumu jako „*jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ Podle Hendla (2008) probíhá kvalitativní výzkum pomocí intenzivního kontaktu s terénem nebo situací, které jsou obvykle banální a reflektují každodennost jedinců či skupiny. Tento typ výzkumu většinou probíhá v přirozeném prostředí. Usoudila jsem, že tento typ výzkumu bude pro zpracování mé práce nejvhodnější.

Nástroj, který jsem pro sběr dat použila, je pozorování. Pozorování poskytuje možnost sledovat situace a projevy lidí během přirozených událostí a jeho snahou je zjistit, co se skutečně děje, oproti rozhovoru, kdy zjišťujeme, co si respondent myslí. Může být hlavní metodou výzkumu, pokud má popisný charakter, což pro tuto práci platí (Hendl, 2008).

Výzkum probíhal jak formou nezúčastněného, tak zúčastněného pozorování. To znamená, že jsem se do některých terapií sama zapojovala nebo je vedla, do jiných jsem

nezasahovala. Jelikož nemám potřebný kurz, terapii jsem prováděla pod dozorem vyškolené ergoterapeutky.

Sběr dat pro tuto část práce probíhal od března do dubna 2011 v Solothurnisches Zentrum Oberwald a v centru pro osoby s poraněním míchy nebo po poškození mozku Rehab Basel ve Švýcarsku. Solothurnisches Zentrum Oberwald je domovem pro děti a dospělé s vrozeným či získaným poškozením mozku, v tomto zařízení jsem absolvovala 5týdenní stáž, celkem 24 dní. Práci ergoterapeutek v Rehab Basel jsem mohla sledovat jeden den, celkem 10 hodin, v tomto případě se jednalo o pozorování nezúčastněné. V obou těchto zařízeních se model Affolterové využívá jak při terapii, tak během celodenní péče o pacienty.

Kritériem pro výběr pacientů, které budu při terapii sledovat, bylo porucha vnímání nebo přítomnost obtíží při plánování a zvládnání všedních denních činností. Tímto kritériem se výběr o mnoho nezúžil, jelikož toto splňovala velká část pacientů obou pracovišť. Mým požadavkem bylo, abych mohla sledovat terapii pacientů tří mnou vytvořených skupin. Skupiny jsem vytvořila podle schopností pacientů být aktivní, komunikovat, zpracovávat nabízené vjemy a reagovat na ně. Takovéto rozdělení jsem zvolila proto, že se domnívám, že ergoterapie podle modelu Affolterové se bude lišit podle schopností pacientů.

První skupina pacientů je tvořena osobami s těžkým poškozením mozku, kteří vůbec nejsou schopni sami vykonávat jakoukoliv činnost. Do druhé skupiny jsem zařadila pacienty, kteří jsou částečně schopni vykonávat ADL sami nebo jsou schopni činnost alespoň sledovat a s dopomocí se do nich zapojit. Ve třetí skupině jsou pak klienti a pacienti, kteří jsou soběstační, ale v určitých částech aktivit všedního dne mají problém s organizací aktivity nebo plánováním, či činnosti provádějí zbrkle, bez organizace. Druhým požadavkem bylo, aby v každé skupině byli nejméně dva pacienti. Pohlaví ani věk pacientů jsem do kritérií nezařadila.

Nakonec byli pacienti vybráni ergoterapeutkami, které je znají a vědí, kteří pacienti jsou pro můj výzkum vhodní. Celkem jsem tak mohla sledovat 11 pacientů, přičemž se dvěma jsem pracovala po pět týdnů vždy 2krát týdně, dva pacienty jsem pozorovala při terapii 4-5krát a u ostatních jsem byla na terapii přítomna pouze jednou či dvakrát.

Čtyři pacienti byli v apalickém stavu, tři měli poruchy vnímání v důsledku traumatu mozku či cévní mozkové příhody, u tří pacientů (dítě a dva dospělí) bylo těžké postižení mozku vrozené a jedno dítě mělo diagnózu hyperaktivita s poruchou pozornosti.

Jelikož jsem neměla možnost dlouhodoběji sledovat využití modelu Affolterové při terapii, nemohla jsem vyvozovat ze svých pozorování závěry ohledně vlivu terapie na zlepšení vnímání či motoriky pacientů, proto není cílem mého výzkumu prokázat efekt metody na senzitivitu a motoriku pacientů. Výsledky by mohly být značně zkreslené a neměly by vypovídající hodnotu. Svůj výzkum jsem tedy zaměřila na pozorování způsobů využití Affolterovy metody a jejích prvků při ergoterapii, jak se může její uplatnění lišit u různých pacientů a ve kterých oblastech ergoterapie se model nejvíce využívá. Pozorování bylo také zaměřeno na popis prostředí, ve kterém se terapie obvykle provádí.

Fotografie, které jsou uvedeny v přílohách bakalářské práce, byly pořízeny v Solothurnisches Zentrum Oberwald. Zákonní zástupci všech pacientů, jejichž fotografie ve své práci uveřejňuji, byly o důvodu pořizování fotek informovány a podepsali informovaný souhlas o zveřejňování fotografií za účelem publikování v bakalářské práci.

### **3.3. Přehled výsledků výzkumu**

V této kapitole shrnuji poznatky o praktickém využití modelu Affolterové v ergoterapii, které jsem z pozorování terapií a klientů získala. Nejdříve charakterizuji tři skupiny pacientů, jak jsem je rozdělila v kapitole 3.2., poté uvádím poznatky o využití metody v oblastech, ve kterých se podle mých pozorování terapie podle Affolterové využívá nečastěji: v personálních ADL (hlavně osobní hygieně, oblékání a sebesycení), přesunech a polohování, při hře. V těchto oblastech vždy uvádím typické prostředí terapie, způsob provedení terapie a uvedu pozorované reakce pacientů na terapii.

### **3.3.1. Charakteristika pacientů**

#### **1.skupina**

Pacienti v této skupině jsou buď pacienti v apalickém stavu nebo pacienti s velmi těžkým poškozením mozku. Tito pacienti nejsou schopni vykonávat jakékoliv aktivity ani při nich dopomáhat, jsou tedy závislí na 24hodinové péči druhé osoby. Jejich aktivní hybnost je téměř nulová, cíleně žádný pohyb neprovedou, jsou upoutáni na lůžko. Pacienty z obou center jsou ale denně na několik hodin posazovány do speciálně upravených polohovacích invalidních vozíků. Schopnosti komunikace jsou velmi omezené. Někteří dokáží naznačit souhlas či nesouhlas, radost nebo zklamání buď stisknutím ruky, úsměvem nebo hlasovým projevem, terapeut ale musí postiženého dobře znát, aby dokázal význam jednotlivých projevů správně interpretovat, u ostatních je jakýkoliv způsob komunikace nemožný.

#### **2.skupina**

V této skupině jsou pacienti s lehčím stupněm postižení, většinou pacienti s diagnózou cévní mozkové příhody s následkem hemiplegie, apraxie... Dále jsou to osoby s vrozeným či získaným poškozením mozku (dětská mozková obrna, úraz hlavy...) Jsou to pacienti, kteří jsou závislí na péči druhé osoby, do určitých aktivit nebo jejich částí se ale dokáží aktivně zapojit či je dokonce sami provést. Většinou nejsou schopni aktivity úplně správně provádět jednak z důvodu motorického deficitu, ale také kvůli poruše vnímání a plánování činností. Jejich motorické schopnosti jsou ale většinou na takové úrovni, že se mohou pohybovat s dopomocí druhé osoby nebo s kompenzační pomůckou. Komunikace s těmito pacienty je různá, většina z nich není schopna aktivní komunikace(řeč), ale srozumitelně dávají najevo své pocity a přání, libost a nelibost, zlost, bolest a radost.

#### **3.skupina**

Tato skupina pacientů tvoří zbytek klientů, u kterých se metoda Affolterová v obou centrech používá. Jsou to pacienti nebo klienti, kteří jsou téměř soběstační, nemusí mít viditelný motorický deficit, nebo je menšího stupně a tolik neovlivňuje motorický výkon člověka. Jsou schopni se sami pohybovat. Ani v komunikaci nemusí být problém, může být přítomná expresivní afázie, u dítěte například nepřiměřeně malá slovní zásoba, ale jsou schopni aktivní komunikace. Jejich problém spočívá v obtížích

při plánování aktivit, nejsou schopni jednotlivé kroky aktivit správně seřadit, proto jim mohou některé činnosti dělat problémy.

### **3.3.2. Popis prostředí terapie**

Z pozorování charakteristických prvků prostředí při jednotlivých terapiích jsem došla k těmto poznatkům:

- Místnost, kde probíhá terapie je terapeutem vždy před zahájením upravena podle aktuálních potřeb, přesto je ale snaha o zachování přirozeného prostředí pacienta. Úpravy se týkají spíše osvětlenosti pokoje, odstranění překážek, které by mohly způsobit uraz pacienta, zajištění maximálního soukromí a klidu.
- Pokud je to možné, realizujeme terapii v místnostech, kde se daná aktivita obvykle provádí. Tzn. pokud vaříme, terapie probíhá pokud možno v kuchyni, čištění zubů zase v koupelně atd. Pacient si tak snáz zapamatuje, jaké činnosti se pojí ke kterým místnostem.
- Během terapie se minimalizují rušivé elementy, aby se pacient zcela mohl soustředit na terapii. V pokoji je pokud možno přítomen pouze pacient a terapeut, při terapii ve vícelůžkovém pokoji zajistí terapeut soukromí posuvnou zástěnou. Dále je minimalizován okolní hluk (zavřená okna, vypnuté rádio...)
- Pracovní místo pacienta je situováno tak, aby měl co možná největší pocit bezpečí. Při práci v sedě se využívá sedu v rohu, pokud terapie probíhá na lůžku, je dostatek pevných opor zajištěn polohovacími pomůckami a využívá se zdi či postranic postele. Také terapeut svým tělem může poskytovat oporu.
- Na pracovní ploše jsou pouze předměty, které přímo souvisí a aktuální činností, která probíhá. Dává to pacientovi možnost lépe organizovat činnost, spojit si, co vše k jedné činnosti potřebuje, eliminujeme tím nutnost výběru.

Z pozorování vyplynulo, že většina pacientů pozná, pokud se prostředí terapie výrazněji změní a reakcí na to může být menší koncentrace na činnost, protože si nové



prostředí musí obhlédnout, menší spolupráce při aktivitě (cítí se nesvůj v „novém“ prostředí), zvýšení svalového tonu, hlasové projevy jako vzdychání, křik, pláč.

Podle mého názoru se nedá určit jedno typické prostředí, jak má během terapie podle Affolterové vypadat, pouze je vhodné dodržovat jednotlivé požadavky, které jsou na prostředí kladeny a díky kterým jsou efekty terapie lepší. I to je ale často velmi obtížné a ne vždy se podaří tyto náročné požadavky dodržet.

### **3.3.3. Využití guidingu: Rozdíly v uplatnění ošetrovatelského a elementárního guidingu**

Způsob guidingu, který se v terapii využívá, považuji za hlavní rozdíl v terapii osob s těžší poruchou vnímání a osob s lehčím stupněm poruchy.

Zatímco ošetrovatelský guiding se využívá u pacientů, kteří nejsou schopni žádné vlastní aktivity, guiding elementární vyžaduje větší zúčastněnost pacienta, je tedy spíše využíván u pacientů skupiny druhé a třetí.

Pozorování ukázalo, že elementární guiding je v praxi užíván častěji.

Zatímco ošetrovatelský guiding se využívá prakticky jen u velmi těžce postižených, elementární guiding se používá u většiny pacientů.

Ošetrovatelský guiding je využíván převážně za cílem zprostředkovat postiženému informace o dění kolem něj, poskytnout mu možnost něco hmatatelného cítit.

Elementární guiding, používaný například u pacienta v apalickém stavu, umožňuje pacientovi, aby mohl sám něco způsobit, být více součástí aktivity. Pozorovanou reakcí takového pacienta na elementární guiding bylo většinou znatelné zklidnění a uvolnění, zaměření pozornosti na aktivitu, popřípadě oční kontrola aktivity.

U pacientů, kteří jsou schopni se částečně do aktivity zapojit nebo zvládají některé kroky činností sami, se využívá pouze elementárního vedení.

Terapeut se snaží regulovat množství poskytovaného guidingu podle potřeby pacienta tak, aby pracoval na úrovni porozumění pacienta, tzn. aby činnost nebyla příliš lehká, ani těžká.

Pacienti z druhé skupiny většinou vyžadují guiding po celou dobu aktivity s tím, že pokud terapeut postřehne, že pacient vyvíjí aktivitu, přestane jej vést a dokud pacient

činnost koná sám, nechá ho. Terapeutovy ruce ale zůstávají na hřbetech rukou pacienta, aby v případě potřeby mohl okamžitě v guidingu pokračovat.

Pacienti ze skupiny třetí potřebují často guiding jenom na započetí aktivity nebo pro usměrnění během terapie. V praxi to probíhá tak, že terapeut provede guiding a pak nechá pacienta pracovat, aniž by ruce nechal na pacientových. Guiding pak opakuje v případě potřeby během terapie.

U dítěte s hyperaktivitou s poruchou pozornosti se ale využívá guidingu také po celou dobu za účelem zklidnění dítěte při aktivitě. Velmi vhodnou polohou pro takové pacienty je poloha v kleče na zemi, kdy terapeut svým tělem obemyká pacienta a vede ho při aktivitě (viz obrázek 5). Jednak je to velmi výhodná poloha pro guiding, za druhé mu tím poskytuje potřebné stabilní prostředí a dítě se víc koncentruje na činnost.

#### **3.3.4. Poskytování informace o pozici těla**

Tento prvek, jedinečný v modelu podle Affolterové, jsem v praxi moc využívat neviděla. Uvedu dva důvody, proč si myslím, že tomu tak je.

Prvním důvodem je ten, že model Affolterové je především konceptem. Každý koncept má své specifické prvky, které se při terapii využívají. Je ale samozřejmě možné podle potřeb pacienta využívat prvků z více konceptů. V praxi se to uplatňuje často. Jak se ale míchají jednotlivé koncepty, je logické, že z jednotlivých modelů nepoužívají všechny prvky, ale jen některé. Z modelu Affolterové je to podle mých pozorování guiding a jeho zásady, které se využívají nejvíce, dále se pak terapeut snaží poskytnout pacientovi co největší množství opěrných bodů a stabilní prostředí, přičemž se právě poskytování o pozici těla často vynechává.

Druhým důvodem je podle mě ten, že mnozí pacienti jsou natolik aktivní, že jim je během terapie poskytováno dostatek změn odporu tím, jak během činnosti přenáší váhu nebo se posunou nepatrně po podložce. To automaticky poskytuje informaci o tom, kde a v jaké pozici se pacient nachází.

Za určitý druh poskytování informace o pozici těla také považuji korekci sedu v případě, že se pacient naklání na jednu stranu. Navedením k pohybu pánve směrem do podložky nastává změna odporu, pacient ucítí podložku a dostává i informaci o pozici, ve které se nachází. U pacientů zároveň většinou lze pozorovat viditelné narovnání sedu.

Během pozorování jsem zjistila, že u pacientů ze skupiny 2 a zejména 3, tento prvek ne zřídka působí rušivě. Při přerušení aktivity za účelem posunutí pánve po podložce často sice docházelo k zavedení pozornosti na to, kde se pacient nachází, avšak koncentrace na aktivitu se tím přerušila natolik, že bylo obtížné dosáhnout toho, aby se pacient na aktivitu znova zaměřil, někteří pacienti také protestovali křikem, negativními gesty či zvýšením svalového tonu v celém těle. Oproti tomu pouhé nasměrování pánve proti směrem k podložce tak rušivě nepůsobí a podle mého názoru dosáhne srovnatelného výsledku.

Myslím si, že poskytování informace o pozici těla způsobem, jak ho popisuje Affolterová je nejvýznamnější u pacientů, kteří nevykazují žádnou nebo minimální pohybovou aktivitu a jsou tím výrazně omezeni v získávání informací o tom, kde a v jaké pozici se nachází.

### **3.3.5. Komunikace během terapie**

Podle zásad terapie podle Affolterové terapeut zbytečně nemá při terapii mluvit a odvádět tím pacientovu pozornost od činnosti.

Dodržování této zásady jsem pozorovala hlavně u terapie pacientů v apalickém stavu. Ergoterapeutka k pacientovi přijde, pozdraví a oznámí, co se bude v následujících minutách odehrávat, během samotné terapie ale s pacientem už nekomunikuje.

Během terapií, které jsem sama vedla, jsem pozorovala, že někteří pacienti, kteří nepotřebují už tak velký guiding, spíše potřebují vedení při začátku aktivity a zejména pak pacienti s apraxií, mnohem snáze vykonávají aktivitu sami, pokud dostávají mimo taktilních podnětů ještě podněty auditivní v podobě jednoslovných vět typu „Česat. Česat.“ nebo „Umýt. Umýt.“.

Jeden z pacientů, který měl velkou poruchu pozornosti a jen velmi těžko ji zaměřoval na právě prováděnou aktivitu, dokázal při vedení a současném slovním doprovodu velmi pozorně sledovat, co vlastně sám dělá.

### **3.3.6. Využití modelu Affolterové při nácviku ADL**

Z výzkumu a z dostupné literatury vím, že právě při nácviku ADL se model Affolterové využívá nejčastěji. Podle mého názoru je to především kvůli tomu, že

všechny tyto aktivity představují smysluplné činnosti, jsou to aktivity, které vykonáváme každý den, nabízí se tu tedy možnost intenzivní terapie.

**Nejčastěji prováděné ADL** jsou dle výsledků pozorování v modelu Affolterové oblékání a sebesycení. Další často využívané aktivity jsou osobní hygiena, koupání/umývání a přesuny.

U mého vzorku pacientů, se kterými se pracovalo pomocí ošetřovatelského guidingu, byly nejčastějšími aktivitami právě osobní hygiena a umývání na lůžku, spojené s oblékáním.

U pacientů, se kterými jsme pracovali přes elementární guiding, to byly aktivity oblékání a osobní hygiena.

Přesuny do této kapitoly nezačleňuji a věnuji jim samostatnou kapitolu, protože se provádí velmi specificky a poněkud odlišně, než ostatní ADL.

**Aktivity se provádí běžným způsobem.** Pokud to jde, snaží se terapeuti aktivitu co nejvíce přizpůsobit běžnému provádění, tzn., že osobní hygienu s klienty provádí v koupelně u umyvadla, nácvik sebesycení u stolu v jídelně nebo kuchyni.

Pokud terapeut ví o návyku nebo speciálním způsobu, jakým pacient danou aktivitu prováděl před onemocněním, snaží se tyto zvyklosti pokud možno dodržovat.

**Celou aktivitu nebo sled aktivit provádíme pokud možno vždy stejným způsobem.** Pokud se pacient má naučit aktivitu sám provádět, musí se opakovat, aby měl možnost se jednotlivé kroky naučit. U některých pacientů, kteří už jsou navyklí na určitý způsob provádění aktivity, jsem pozorovala výraznou nervozitu, zvýšení svalového tonu, ztrátu koncentrace na aktivitu a bránění se guidingu, pokud došlo ke změně pořadí kroků aktivit během terapie. Viditelné je to nejvíce u osobní hygieny, kde je třeba dodržovat sled aktivit i prostředí terapie vždy stejné, aby pacient terapii mohl co nejlépe sledovat.

Pokud chce ergoterapeut zařadit nový krok nebo aktivitu, změnit prostředí terapie apod., je vhodné to učinit postupně, aby si pacient mohl zvykat a terapie v něm nevyvolávala zmatek a stres, což má opačný účinek, než je naším cílem.

**Nácvik ADL nejčastěji probíhá v rámci normálního režimu dne.** Ergoterapeut si nevyčleňuje určitou část dne na nácvik oblékání, ale snaží se oblékání

trénovat právě v době, kdy se pacient potřebuje opravdu obléknout. Je to výhodné jak pro pečující, tak pro pacienta, který získá lepší povědomí o tom, kdy jaká aktivita během dne obvykle probíhá.

Nejčastějším uplatněním ergoterapeuta pro využití metody Affolter je podle výsledků právě ráno, kdy je potřeba pacienta umýt, obléknout, popřípadě přesunout či přepolohovat.

Dalšími nejvhodnějšími dobami jsou samozřejmě čas snídaně, oběda a večeře na nácvik sebesycení.

Výzkum ukázal, že ergoterapeuti model Affolterové využívají k tréninku ADL také při jednotlivých terapiích během dne, kdy se například pomocí elementárního guidingu může oloupat a sníst pomeranč a poté si umýt ruce.

### **3.3.7. Využití prvků modelu Affolterové při přesunech**

Způsoby, jak přesunout pacienta, který toho není schopen sám, je mnoho. S přesunem, který níže uvádím, jsem se setkala v Rehab Basel v rámci ergoterapie pacienta v apalickém stavu (skupina pacientů č.1). Tento přesun nevyžaduje od pacienta aktivitu a není ani pro terapeuta příliš náročný, proto si myslím, že je právě pro tyto pacienty uplatnitelný. U pacientů, kteří vykazují částečně vlastní aktivitu ergoterapeutky používají jiných přesunů (např. podle Bobatha)

Tento způsob přesunu jsem nenalezla v žádné z dostupných literatur. Ergoterapeutky centra jej ale během terapie běžně využívají a je koncipován podle zásad konceptu Affolterové, tzn. prioritou je poskytnout pacientovi po celou dobu přesunu pokud možno nejvíce taktilních informací a pevných opor, přesun probíhá velmi pomalu, dbá se na to, aby pacient mohl každou sekvenci prožít a zpracovat. Z tohoto důvodu si myslím, že tento transfer je vhodný uplatnit během ergoterapie zvláště osob v apalickém stavu.

#### **Popis transferu**

*1. Výchozí poloha-* pacient leží na boku, zády k té straně, na kterou jej budeme přesouvat. Z čelní strany je poskytnuta opora velkým polštářem, záda jsou volná. Vrchní dolní končetina je mírně pokrčena, pod hlavou je nízký polštář. Židle/invalidní vozík je souběžně umístěna vedle postele, opěradlo směřuje k čelu postele. Umístíme ji tak, aby opěradlo bylo ve výšce těsně nad pasem pacienta. Mezera mezi židlí a postelí

(u invalidního vozíku prostor, kde je kolo) vyplníme polštářem. Výšku postele nastavíme o něco výše, než je výška židle. (obr. 1)



Obrázek 1



Obrázek 2

2. *Sunutí pánve z postele na židli*- terapeut pomalu sune pánve pacienta po posteli přes polštář směrem na židli. Sunutí probíhá velmi pomalu. Společně s pánví budou automaticky také nohy směřovat blíž ke kraji lůžka. Dbáme na to, aby celá pánev byla v dotyku s podložkou, aby pacient neměl pocit nejistoty. Je dobré, pokud nejsou přítomni dva terapeuti, si připravit polohovací kvádr na nohy, aby nespadly z lůžka, a stejně jako zbytek těla měly neustálou oporu, suneme je po podložce, nenadzvedáváme je. Pánev suneme tak dlouho, dokud není z části na židli. Nohy jsou pak položeny na kvádr. Neustále kontrolujeme, zda je zajištěná dostatečná opora zepředu a podle potřeby posunujeme polohovací polštář. (obr. 2)

3. *Zvedání horního dílu postele do polohy sedu*- pomocí dálkového ovládání zvyšujeme horní část postele, aby se pacient dostal do sedu. Při tom druhou rukou pacienta jistíme ze zadu. Pánev necháváme volně, aby se mohla překloupat na židli, terapeut musí pacientovi nechat dostatek místa, ale může svými stehny částečně jistit dolní končetiny pacienta v oblasti kolen, aby pocit opory pro pacienta byl ještě větší. Horní polovina těla pořád zůstává na lůžku a je zepředu polohována polštářem. (obr. 3)



Obrázek 3



Obrázek 4

4. *Dokončení přesunu na židli-* terapeut dokončí transfer posunem horní poloviny těla z lůžka na židli. Opět se snaží zajistit, aby trup pacienta byl co nejdéle v kontaktu s podložkou. Pacientovi dáváme co největší oporu ze strany, na kterou se pacient přesunuje. Ležící pacienty většinou přesunujeme do invalidních vozíků s područkami, které poskytují dostatečnou oporu, aby pacient neměl pocit, že padá do prázdna, židle na fotografii není pro pacienty, kteří nemají stabilitu trupu, nejvhodnější, terapeut v tomto případě musí klienta dostatečně jistit. Polštář pacient objímá horními končetinami, což také dodává pocit jistoty. Nohy z kvádru sundáme tím způsobem, že je suneme po stěnách kvádru dolů až na zem, nenadzvedáváme je. Nakonec je většinou potřeba ještě posunout pánev směrem dozadu. (obr. 4)

### **3.3.8. Možnosti polohování podle zásad modelu Affolterové**

Stejně jako u transferu (viz 3.3.7.), existuje také způsob polohování, lépe řečeno přepolohování, který využívá prvků modelu Affolterové. Polohování je důležitá součást péče o imobilní pacienty a patří také do náplně práce ergoterapeutů.

Dle mého názoru toto polohování kombinuje zásady polohování, bazální stimulaci a metodu Affolter a proto maximálně využívá možnosti stimulace pacienta.

#### **Popis způsobu polohování:**

- Terapeutka vždy přichází k pacientovi a pozdraví ho, současně se ho dotkne celou dlaní na části těla (nejčastěji je to rameno), na kterém se domluví celý rehabilitační tým. Tato část těla je podle principu bazální stimulace nazývána iniciační místo a zpravidla se odlišuje iniciační místo pro rodinu a ošetrovatelský personál (Friedlová, 2007)
- Před začátkem terapie terapeut vždy vysvětlí pacientovi, co budou dělat, i když má pocit, že ho pacient neslyší nebo nevnímá.
- Při terapii se téměř nemluví, terapeutka maximálně občas pacienta povzbudí, pochválí, krátce okomentuje činnost, volí při tom jednoduché krátké věty.
- Pacienta odkryje způsobem, že deku pomalu roluje směrem dolů až k nohám. Nikdy se deka z pacienta nestrhává.
- Terapeutka se snaží, aby pacient neustále byl v co největším kontaktu s polohovacími pomůckami, aby neustále cítil hranice svého těla.

- Ze strany, na které zrovna terapeut pracuje, polohovací pomůcky odendáváme postupně, můžeme je sunout podél těla pacienta, aby cítil odpor. Strana, na které nepracujeme zůstává zapolohovaná.
- V průběhu polohování poskytujeme informaci o poloze těla (searching for information), například při přechodu z dolní končetiny na horní končetinu, při přechodu z jedné strany na druhou apod.
- Pohyb končetin probíhá pouze sunutím po podložce, polohovací pomůcky umisťujeme způsobem, že ji nasoukáme pod pacienta, nikoli že zvedneme část těla, pod kterou pomůcku chceme dát.
- Otáčení pacienta probíhá v několika fázích, nepolohujeme rovnou z boku na záda, ale využíváme pozice na poloboku. Každou pozici zapolohujeme způsobem, jako by to byla konečná pozice, i když po chvíli budeme v polohování pokračovat.
- Ukončení terapie probíhá stejně jako začátek terapie, terapeut pacienta přikryje a rozloučí se dotekem na iniciačním místě provázený slovním komentářem.
- Pokud je polohování spojené s hygienou nebo oblékáním (viz níže), trvá celá terapeutická jednotka déle a obě tyto činnosti nejlépe zařadíme ve chvíli, kdy pacient leží na zádech.

#### **Zásadní rozdíly polohování podle Affolterové a běžného polohování:**

Minimální mluvení

Poskytování informace o pozici těla

Postupné polohování

Časová náročnost- na rozdíl od běžného polohování, tento způsob běžně zabírá celou hodinu. Pacientovi je poskytnut čas jednotlivé kroky činnosti vstřebávat a co nejvíce vnímat.

#### **3.3.9. Využití prvků modelu Affolterové při volnočasových aktivitách**

Volnočasovými aktivitami zde myslím všechny aktivity, které nesouvisí s péčí o vlastní osobu, přesuny a polohováním.

Jelikož je v ergoterapii nejdůležitější soběstačnost v péči o sebe sama, k těmto aktivitám se ergoterapeuti dostávají spíše u pacientů třetí skupiny, to znamená u takových, kteří jsou téměř soběstační a tolik nevyžadují trénink sebeobsluhy.



Tyto činnosti se provádí výhradně pomocí elementárního guidingu. Míra guidingu, který je pacientovi poskytován, záleží na jeho schopnostech se s aktivitou vypořádat.

Nejfrekventovanější jsou různé herní aktivity, malování, vystřihování, dá se ale říct, že jakoukoliv aktivitu lze provádět pomocí guidingu.

Nejčastějšími pacienty a klienty, se kterými se provádí volnočasové aktivity uplatněním modelu Affolterové, jsou děti s dětskou mozkovou obrnou a děti s hyperaktivitou s poruchou pozornosti.

V praxi jsem ale také viděla využití malování u pacienta v apalickém stavu. U těchto pacientů považuji za hlavní smysl provádění takových činností to, aby mohli něco vytvořit, vidět viditelný, hmatatelný výsledek, něco způsobit.

### **3.3.10. Časová náročnost terapie**

Potřebu většího množství času pro terapii považuji za jednu z hlavních charakteristik terapie podle Affolterové. Z praxí, které jsem během studia absolvovala vím, že ergoterapeut má na jednoho pacienta většinou půl hodiny až hodinu. Během té doby je často potřeba nějaké menší přípravy v podobě přesunu, svlékání, příprava horní končetiny na aktivitu apod. Na samotný trénink smysluplných aktivit již často i přes snahu ergoterapeuta mnoho času nezbývá.

Podle mých zkušeností trvá při terapii podle Affolterové každá aktivita několikanásobně déle, než při běžné terapii. Samotné přepohování nebo přesun zpravidla trvá skoro hodinu.

Pokud terapeut na pacienta nemá vyměřenou delší dobu terapie a chce celou terapii koncipovat ve smyslu modelu Affolterové, lze předpokládat, že se terapie bude sestávat pouze z jedné aktivity. Za hodinu nelze přepohovat pacienta do potřebné polohy a zároveň se s pacientem například najíst.

V Basilejském centru Rehab je tým ergoterapeutů dostatečně velký na to, aby u vybraných pacientů vždy jeden ergoterapeut mohl strávit delší dobu dopoledne, kdy se s pacientem stačí přesunout, umýt a obléknout.

Často je ale terapie koncipována tak, že se pouze určitá část z ní provádí podle metody Affolter (například osobní hygiena), přesun ale probíhá běžným, rychlejším způsobem.

Časovou náročnost terapie podle Affolterové nesmí ergoterapeut zapomenout zohlednit při plánování terapie.

Myslím si, že právě tento aspekt terapie podle Affolterové může být překážkou jejího většího uplatnění v ergoterapeutické praxi právě pro časovou vytíženost ergoterapeutů.

### **3.3.11. Hlavní shody a základní rozdíly využití modelu Affolterové u 3 skupin pacientů**

V posledním bodě této části práce bych chtěla shrnout nevýraznější body, ve kterých se využití modelu Affolterové u 3 skupin pacientů (viz 3.3.1) shodují či liší.

1. skupina:
- převážně ošetrovatelský guiding
  - terapie spíše vleže
  - využití přesunu a polohování
  - využití hlavě při oblékání, osobní hygieně a koupání
  - častější využívání poskytování informace o pozici těla
  - častější dodržování mlčení během terapie

Mezi druhou a třetí skupinou pacientů jsem výraznější rozdíly v terapii nepostřehla, proto je uvádím společně.

2. a 3. skupina:
- využívá elementárního guidingu
  - terapie spíše v sedě, v kleče
  - méně často poskytuje informaci o pozici těla
  - využívá se při všech možných aktivitách
  - guiding často není během celé aktivity

- Shodné rysy všech skupin:
- snaha o co největší poskytnutí taktilních informací
  - vytvoření stabilního prostředí během terapie
  - provádění aktivit běžným způsobem
  - snaha spojit terapii s denním režimem
  - eliminace předmětů, které nesouvisí s prováděnou aktivitou
  - časová náročnost terapie

### 3.4. Shrnutí výsledků výzkumu

Na závěr práce uvedu v bodech stručnou charakteristiku využívání metody Affolter v ergoterapii:

- Při terapii se využívá charakteristického prostředí s minimem rušivých elementů, poskytující pacientovi bezpečí. Je uzpůsobeno aktuální činnosti, stejně tak dostupné předměty vždy souvisí s aktivitou.
- Hlavním terapeutickým prvkem je guiding. Využívá se elementárního a ošetrovatelského guidingu, přičemž elementární guiding je využíván častěji. Ošetrovatelské vedení se spíše využívá u velmi těžce postižených pacientů.
- Míra poskytovaného guidingu závisí na potřebě pacienta, terapeut jej během činnosti přizpůsobuje na základě reakcí pacienta.
- Poskytování informace o pozici těla je v ergoterapii využíváno méně často. Důvodem může být to, že pacient je natolik aktivní, že nemá potřebu, aby mu tyto informace byly poskytnuty druhou osobou, nebo využívá terapeut jen některých prvků terapie podle Affolterové a tento záměrně vynechává.
- Zásadou je, že při terapii omezujeme komunikaci s pacientem na minimum.
- Nejčastějšími aktivitami, které se v terapii podle Affolterové při ergoterapii využívají, jsou oblékání, sebesycení, osobní hygiena, koupání. Zvláštním způsobem se provádí také polohování a přesun. Lze ji ale využít téměř u jakékoliv činnosti.
- Metoda Affolter je časově velmi náročná. Každá aktivita trvá mnohonásobně déle, než obvykle. Terapeut musí mít k dispozici dostatek času.
- Největšími rozdíly ve využívání metody Affolter u osob s různě těžkým postižením jsou zejména způsob zvoleného guidingu a vybraná aktivita pro terapii.

## 4 DISKUZE

Ve své práci se zabývám využitím modelu Affolterové v ergoterapii.

Tato metoda patří podle Lippertové-Grünerové (2009) mezi nejčastější formy tréninku senzitivity a vnímání. Z toho důvodu se domnívám, že je potřeba tuto metodu přiblížit také v naší republice, což bylo také důvodem, proč jsem si zpracování tohoto tématu vybrala.

Jak uvádí Hofer(2009), porucha vnímání není diagnózou, ale je projevem provázející mnoho onemocnění a postihuje osoby každého věku. Považuji proto za důležité, aby se také ergoterapie mohla zabývat řešením těchto poruch.

Z mého pohledu je metoda Affolter ergoterapeutickou metodou. A to zejména ze dvou důvodů. Prvním z nich je, že je model založen na smysluplných aktivitách, druhým důvodem je, že je uplatnitelná v několika oblastech působení ergoterapeuta- jak v tréninku ADL, tak v polohování a ve volnočasových aktivitách.

To, že terapie podle Affolterové trénuje jak vlastní poruchu vnímání, tak ovlivňuje následně motorický výkon pacienta a vede k větší soběstačnosti, vidím jako výrazné a hlavní pozitivum této metody. Využitím jedné metody můžeme dosáhnout zlepšení v několika oblastech možných obtíží pacienta. Další pozitivum, které v tomto modelu vidím, je to, že jej můžeme využít prakticky kdekoli a kdykoli během dne a prakticky během jakékoliv aktivity. Mohl by být označen jako 24hodinový koncept, kdy se snažíme při každém jednání s pacientem postupovat podle zásad modelu a zapojit se mohou všichni, jednotliví členové multidisciplinárního týmu i rodina.

Hlavním negativem modelu Affolter je podle mého názoru časová náročnost jednotlivých terapií. Myslím si ale, že pokud je dodržována zásada, že se jednotlivé aktivity trénují podle denního režimu a navíc se zapojí celý tým i rodina, může pacient těžit z této terapie během velké části dne.

Hofer(2009) i Post(2001) uvádějí, že největším negativem terapie může být absence znatelných změn vnímání. K dosažení malých úspěchů je nutná dlouhodobá terapie. V dnešní době, kdy je kladen důraz na prokazatelné a změřitelné zlepšení výkonnosti pacienta je to obzvláště těžké. Zlepšení vnímání jako takové nezměříme, co ale můžeme pozorovat, jsou změny chování pacienta. Nejčastěji jsou to však změny krátkodobé, které trvají po dobu terapie, dlouhodobých změn se dosahuje obtížněji. Post(2001) ale říká, že čím častěji během aktivit přes celý den využíváme modelu

Affolterové, tím častěji a dlouhodoběji se budou krátkodobé změny chování objevovat. Nakonec je tedy můžeme označit za dlouhodobé, to znamená, že přetrvávají i po terapii, nejsou závislé na konkrétní aktivitě a pacient je schopen je projevit i v jiných aktivitách.

S tímto tvrzením souhlasím, jelikož se mi potvrdilo také během mé stáže. U pacientů, které jsem během 5ti týdenní stáže pozorovala, jsem mohla pozorovat jednotlivé krátkodobé změny chování. Během této krátké doby jsem ale dlouhodobé změny nepozorovala, jelikož v modelu Affolterové je 5 týdnů opravdu krátká doba. U pacientů, se kterými jsem pracovala intenzivněji, jsem ale mohla pozorovat zlepšení v dané aktivitě, kterou jsme během terapií prováděli. Naučenou dovednost ale tito pacienti nebyli schopni aplikovat i do jiné situace, schopnost byla tedy v tomto případě vázaná přímo na onu konkrétní činnost. I to je ale podle mého názoru pozitivní výsledek terapie, i přesto, že nutně nevykazuje známky lepší organizace vnímání. Ukazuje ovšem na to, že je pacient schopný se učit a má tudíž potenciál se zlepšit.

V praktické části mé práce jsem se zabývala otázkou, jak může ergoterapeut konkrétně model Affolterové při terapii využít. Podle autorů Hofera(2009) i Habermannové a Kolsterové(2002) je tato metoda v ergoterapii velmi cenná. Je zřejmé, že má v ergoterapii své místo. Všichni autoři, kteří píšou o svých zkušenostech s touto metodou uvádí jako nejčastější aktivity, které se během terapie Affolterové provádějí, oblékání, osobní hygienu, umývání a sebesycení. To se shoduje také s výsledky výzkumu. Většina autorů ale také uvádí, že aktivit, které takto můžeme provádět je nespočet. Hlavním předpokladem, aby terapie mohla být označována za terapii podle Affolterové, je především poskytování co největšího množství taktilních informací pomocí guidingu, stabilního prostředí poskytujícího oporu a poskytování informace o pozici těla.

Způsob, jakým se pak jednotlivé aktivity provádějí se nijak neliší od běžného způsobu provádění, naopak, dbá se na to, aby se provádění činnosti pomocí guidingu co nejvíce podobal běžnému způsobu. Z pohledu ergoterapeuta je to důležité, jelikož usiluje o to, aby pacient mohl provádět aktivity co nejpřirozeněji.

Poskytování informace o pozici těla je pro tuto metodu jedinečný a uvádí ho každá literatura, zmiňující metodu Affolter, zároveň je však podle mých zkušeností prvkem, který se v terapii často vynechává. Podle zkušeností ale vím, že je to buď z toho důvodu, že terapie probíhá jen z části podle metody Affolter a terapeut tento prvek

v konkrétní terapii nepovažuje za důležitý, nebo je to proto, že pacient se sám dokáže natolik pohybovat, že během terapie dostává dostatečné množství informací o pozici svého těla.

Literatura, která se metodě Affolter věnuje podrobněji, však tento prvek považuje za samozřejmou součást terapie a žádná z nich se nezmiňuje o tom, že by se využívala jen u části pacientů.

Také mě překvapilo, že jsem se nikde nedočela o tom, že by právě tento prvek mohl působit rušivě a být pacientovi nepříjemný, jak jsem to během stáže několikrát pozorovala. Tento rozdíl připisuji aktuálnímu stavu pacientů, se kterými jsem pracovala nebo to mohla způsobit také nezkušenost terapeutky či nevhodné provedení. Jak jsem ale uvedla, stejného efektu bez znatelného narušení aktivity lze dosáhnout také jiným způsobem poskytnutí informace o pozici těla, který v modelu Affolterové není zmiňován. Nicméně si ale myslím, že pro pacienta není důležité, jak se toto provádí, ale hlavní je, že získává pojem o tom kde a v jaké pozici se nachází.

Polohování a přesuny jsou dvě aktivity, o kterých jsem v literaturách, pojednávajících o metodě Affolter, žádné zmínky nenalezla. Ergoterapeutky Rehab centra v Basileji ale obě tyto aktivity v rámci terapie podle Affolterové používají. Jak polohování, tak přesun se dá provést mnoha způsoby, v obou těchto případech jsou vidět klasické prvky polohování a přesunu, zároveň jsou ale zohledněny aspekty modelu Affolterové. Proto si myslím, že tyto dvě aktivity jsou u mnohých pacientů (zejména v apalickém stavu nebo pacientů s minimální pohybovou aktivitou) velmi dobře využitelné a můžeme je zařadit do aktivit, které lze v ergoterapii využít. Největší překážkou ve využití je ale nutnost delšího času. Jak přesun, tak polohování totiž vyžadují několikanásobně delší dobu, než by vyžadoval přesun například podle Bobatha nebo jiný způsob polohování. Velkou výhodou transferu je ale to, že je poměrně nenáročný a terapeut ho může zvládnout sám i pokud je pacient těžší nebo vůbec nepomáhá.

Druhou otázkou, kterou jsem si pro svůj výzkum položila, bylo, zda se liší provádění terapie u pacientů s těžkým postižením od způsobu terapie pacientů z lehčím stupněm poruchy.

Za tímto účelem jsem vytvořila tři skupiny pacientů, u kterých jsem terapie sledovala a porovnávala rozdíly či stejné prvky. To se ukázalo jako zbytečné, jelikož

výraznější rozdíl je pouze u první skupiny pacientů, tedy velmi těžce postižených, terapie druhé a třetí skupiny pacientů se od sebe výrazně neliší.

Rozdíly první skupiny o ostatních jsou hlavně v prvcích metody, které se u daných pacientů využijí, nikoli však v prostředí nebo jiných zásadách terapie. Požadavky na prostředí a základní zásady terapie zůstávají vždy stejné, což uvádí také Hofer(2009). To znamená, že je snaha o co největší poskytnutí taktilních informací, pacient je ve stabilním prostředí, aktivity se pokud možno provádějí běžným způsobem a berou v potaz denní režim pacienta, při terapii jsou v pracovním prostoru pouze předměty, které s prováděnou aktivitou přímo souvisí.

U pacientů s těžkým postižením se využívá hlavně ošetřovatelského guidingu a terapie probíhá převážně vleže. Není u nich prováděno mnoho aktivit, většinou pouze oblékání, umývání a osobní hygiena. Naopak polohování a transfer jsou prvky, které jsou využívány výhradně u těchto pacientů. Sebesycení pomocí elementárního vedení podle mého názoru není využíváno z důvodu častého příjmu stravy přes sondu.

U pacientů s lehčím stupněm postižení využíváme převážně elementárního guidingu nejčastěji v pozici v sedě. Zásadním rozdílem je tedy to, že pacient je více zapojen do vlastní aktivity, terapie není zaměřena pouze na získání informací o činnosti a dění kolem pacienta, pacient sám se ale musí uplatnit a snažit se něco vyřešit. Další odlišností je častější vynechávání poskytování informace o pozici těla a nárůst možných aktivit, které lze při terapii provádět. V rámci této velké skupiny pacientů je pak hlavní rozdíl v míře potřebného guidingu.

Míra guidingu ovšem také závisí na aktuálním stavu pacienta, který terapii výrazně ovlivňuje a terapeut by měl vždy aktuální činnost přizpůsobit stavu pacienta. Často se stává, že jeden pacient potřebuje během jedné terapie minimální guiding, ale v jiný den není schopen bez soustavného guidingu aktivitu vůbec provádět. Někdy naopak pacient v apalickém stavu natolik sleduje aktivitu, že je cítit nepatrná dopomoc při aktivitě a terapeut pro tuto terapii z ošetřovatelského guidingu přejde na elementární guiding.

Domnívám se tedy, že hlavním měřítkem pro způsob provádění terapie podle Affolterové není až tak míra postižení, jako spíše aktuální nálada a stav pacienta, s jehož proměnlivostí musí každý terapeut počítat.

## 5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit ucelený český text o metodě Affolter, který zájemce seznámí jak s vývojem metody a teoretickými východisky, tak i se samotnou terapeutickou metodou. Tato metoda se uplatňuje nejvíce v německy mluvících zemích, kde je již poměrně rozšířena a rehabilitačním pracovníkům včetně ergoterapeutů je většinou velmi známá. Jelikož u nás je problematika poruchy vnímání u osob s postižením mozku stejně aktuální jako jinde, domnívám se, že ucelený text o této metodě může být přínosem nejen pro pracovníky z řad ergoterapeutů.

Poruchy vnímání s následkem selhávání v situacích běžného života se netýkají pouze osob s velmi těžkým postižením, ale široké škály pacientů. Takové obtíže mohou být viditelné jak u dětí, tak u dospělých, u osob s vrozeným či získaným postižením, u osob téměř soběstačných i u osob, které jsou závislé na nepřetržité pomoci druhé osoby.

Metoda Affolter patří do metod používaných právě u osob s poruchami vnímání a zpracovávání informací z okolí. Patří mezi metody tréninku senzitivity. Jako jeden z mála se tento model nezaměřuje primárně na zlepšení motorického výkonu aktivit, ale cílem intervence je především zlepšení na úrovni příjmu a zpracování informací z okolí.

Terapie podle Affolterové využívá specifických prvků. Hlavním prvkem je guiding, pomocí kterého se pak vykonávají aktivity, které mají pro pacienta nějaký význam, jsou smysluplné. Smysluplnost aktivit je také důležitým aspektem, kterým se terapeut při terapii podle Affolterové řídí.

Tento způsob terapie nepřináší rychlé viditelné výsledky, což je považováno její za největší negativum. Zlepšení organizace vnímání nemůžeme vidět přímo. Abychom dosáhli viditelných výsledků ve formě zlepšení výkonů, je třeba věnovat pacientovi opravdu mnoho času. Tyto výsledky se totiž často objevují teprve po několika měsících či letech provádění terapie podle Affolterové. Terapeut, rodina i pacient tedy musí být trpělivý a vytrvalí, pokud chtějí dosáhnout cíle.

V praxi se podle mého pozorování metoda Affolter využívá jako koncept. Z toho jednak vyplývá to, že se při jednotlivých terapiích ne vždy využívá všech prvků a zásad terapie, za druhé je možnost tento koncept kombinovat s jinými modely, což může při vhodném využívání všech dostupných možností přinést pacientům maximální užitek. Znakem konceptu je také to, že není využíván pouze při jednotlivých terapiích, ale co



nejvíce během celého dne. Z toho vyplývá, že je nutné, aby se zapojil celý multidisciplinárním tým včetně rodiny pacienta.

Praktická část práce je zaměřena na praktické využití metody Affolter v ergoterapii. Cílem výzkumu bylo popsat jak je metoda konkrétně uplatnitelná v ergoterapii a jak se případně terapie liší u pacientů s různě těžkými poruchami vnímání.

Výzkum, probíhající pomocí pozorování podle mého názoru dokázal odpovědět na položené výzkumné otázky a dosáhl cílů výzkumu. Z výzkumu vyplynulo, že při terapii podle Affolterové je využíváno charakteristického prostředí a jedinečné jsou především prvky terapie, kterými jsou ošetřovatelský a elementární guiding a poskytování informace o pozici těla. Výsledky také korespondují s literaturou o této problematice v tom, že hlavními oblastmi, kde se metoda Affolter v ergoterapii využívá, jsou ADL, konkrétně oblékání, sebesycení a koupání. Speciálním a jedinečným způsobem se pak provádí transfer a polohování.

Způsob provádění jednotlivých prvků se nemění s růzností poruch jednotlivých pacientů, liší se ale jejich využití. Stejně tak se liší i jednotlivé činnosti, které se u jednotlivých pacientů provádějí.

Podle výsledků výzkumu je významnou charakteristikou metody také její časová náročnost z hlediska jednotlivých terapií. Ergoterapeut musí mít k dispozici dostatečný prostor pro každou jednotlivou aktivitu.

Jak uvádí dostupná literatura, je velmi žádoucí kombinovat tuto metodu s jinými, aby se zvýšila možnost úspěchu a výsledky byly viditelnější. V praxi se toho využívá, nejčastěji je kombinována s metodou podle Bobatha.

Touto prací bych chtěla přispět k rozšíření povědomí metodě Affolter. Myslím si, že je velmi užitečnou metodou pro mnohé pacienty, s kterými se ergoterapeut během své praxe setkává a může být v ergoterapeutické praxi dobře využitelná v několika oblastech působení ergoterapeuta. Je škoda, že v České republice zatím není téměř rozšířena.

## 6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AFFOLTER, Félicie. *Wahrnehmung Wirklichkeit und Sprache*. 10. Villingen-Schwenningen : Neckar -Verlag, 2007. 335 s.

AFFOLTER, Félicie; BISCHOFBERGER, Walter. *Nichtsprachliches Lösen von Problemen in Alltagssituationen bei normalen Kindern und Kindern mit Sprachstörungen*. 10. Villingen-Schwenningen : Neckar -Verlag, 2007. 366 s.

BAUDER-MIßBACH, Heidi. *Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung: Rehabilitation nach hoher Querschnittlähmung*. 1. Hannover : Schlütersche, 2005. 281 s.

BECKER, Heidrun; STEDING-ALBRECHT, Ute. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. 1. Stuttgart : Thieme, 2006. 449 s.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. Praha : Grada, 2007. 168 s.

HABERMANN, Carola; KOLSTER, Friederike. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. 1. Stuttgart : Thieme, 2002. 579 s.

HAUS, Karl-Michael. *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen : Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Alltagsorientierte Therapieansätze*. 1. Heidelberg : Springer, 2005. 367 s.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2. Praha : Portál, 2008. 407 s.

HOFER, Adrian. *Das Affolter-Modell*. München : Pflaum, 2009. 249 s.

JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Koncepce oboru ergoterapie*. ČAE, 2007. Dostupné také z WWW: <[http://www.ergoterapie.org/files/koncepce\\_oboru\\_ergoterapie.pdf](http://www.ergoterapie.org/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf)>

JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária; ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1. Praha : Portál, 2009. 272 s.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. Praha : Grada, 2011. 368 s.

KUBNY-LÜKE, Beate. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. 1. Stuttgart : Thieme, 2003. 403 s.

LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. Praha : Grada, 2006. 368 s.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha : Galén, 2005.

LIPPERTOVÁ- GRÜNEROVÁ, Marcela. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. 1. Praha : Galén, 2009. 148 s.

MACKOVÁ, Lucka. *Postřeh.com* [online]. 25.1.2006 [cit. 2011-06-05]. Kognitivně vývojové pojetí osobnosti. Dostupné z WWW: <http://postreh.com/phprs/view.php?cisloclanku=2006012201>.

NYDAHL, Peter. *Wachkoma : Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*. 2. München : Urban&Fischer, 2007. 248 s.

POST, Elke. Das therapeutische Führen nach dem Affolter-Konzept. *Ergopraxis* [online]. 2001, 2, [cit. 2011-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://ergopraxis-elkepost.de/Dateien/Das-therapeutische-Fuehren-nach-Affolter.pdf>>.

SCHEEPERS, Clara; STEDING-ALBRECHT, Ute; JEHN, Peter. *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart : Thieme, 1999. 445 s.

SÖLL, Jürgen. In kleinen Schritten zum Ziel. *Die Schwester Der Pfleger*. 2007.

SÖLL, Jürgen; SANDNER, Bettina. Informationen spürbar machen. *Die Schwester Der Pfleger*. 2009.

STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu : Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. Boskovice : Albert, 1999. 228 s.

ŠÍPEK, Jan. *Eldar* [online]. c1999 [cit. 2011-06-06]. Jean Piaget, Bärbel Inhelderová: Psychologie dítěte. Dostupné z WWW: <<http://eldar.cz/kangaroo/seminarky/dite.html>>.

TROJAN, Stanislav, et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. Praha : Grada, 2001. 228 s.

WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví : MKF*. 1. Praha : Grada, 2008. 280 s.

*Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 21.9.2006 [cit. 2011-08-04]. Interakce. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Interakce>>.

## **7 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ADL- Activities of daily living

Všední denní činnosti

ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

WHO- World Health organisation

Světová zdravotnická organizace

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Využití metody Affolter v ergoterapii 1

Příloha č. 2: Využití metody Affolter v ergoterapii 2

Příloha č. 3 - Informovaný souhlas 1

Příloha č. 4 - Informovaný souhlas 2

Příloha č. 5 - Informovaný souhlas 3

Příloha č. 6 - Informovaný souhlas 4

## Příloha č. 1 Využití metody Affolter v ergoterapii 1



**Vystřihování z papíru**



**Loupání jablka**

## Příloha č. 2 Využití metody Affolter v ergoterapii 2



**Sebesycení**



**Malování na květináče**



# Příloha č. 3 Informovaný souhlas 1

Biberist, im April 2011

## Verwendung von Fotos in einem Praktikumsbericht und einer Abschlussarbeit

Sehr geehrte Eltern oder Vertreter

Die Praktikantin Sara Kvasnickova, Studentin der Ergotherapie in Prag, möchte in ihrer schriftlichen Aufgabe zum Praktikum und in ihre Abschlussarbeit Bilder aus ihrer praktischen Arbeit mit Bewohnern unseres Zentrums verwenden. Dazu benötigt sie Ihr Einverständnis. Die Bilder werden ausschliesslich in den genannten Arbeiten verwendet, dienen der Dokumentation der praktischen Arbeit und können allenfalls zu weiteren Ausbildungszwecken von Fachpersonen verwendet werden.

Wir bitten Sie auf dem unteren Teil dieses Schreibens Ihr Einverständnis mit der Unterschrift auszudrücken und uns zukommen zu lassen.

Für Ihre geschätzte Mithilfe danken wir Ihnen im Voraus und grüssen Sie freundlich.

**Solothurnisches  
Zentrum Oberwald**

  
Christine Jenni  
Bereichsverantwortliche Therapie

Vorname, Name BewohnerIn: Sandra Bernhard

Geburtsdatum BewohnerIn: 14. Dez. 1975

Wir sind mit der Verwendung von Bildern für einen Praktikumsbericht und eine Abschlussarbeit im Rahmen der Ergotherapie Ausbildung an der Karlsuniversität Prag einverstanden, vorausgesetzt, die Würde unseres Sohnes/unsere Tochter bleibt gewährleistet.

Ja  Nein

Ort, Datum: Hornwil 13. April 2011

Bemerkungen:

Unterschrift Eltern/Versorger: 

Solothurnisches Zentrum Oberwald  
Waldstrasse 27 | 4562 Biberist | Tel. 032 671 26 26 | Fax 032 671 26 27  
E-Mail: info@zentrumoberwald.ch | PC 45-1167-0



## Příloha č. 4 Informovaný souhlas 2

Biberist, im April 2011

### Verwendung von Fotos in einem Praktikumsbericht und einer Abschlussarbeit

Sehr geehrte Eltern oder Vertreter

Die Praktikantin Sara Kvasnickova, Studentin der Ergotherapie in Prag, möchte in ihrer schriftlichen Aufgabe zum Praktikum und in ihre Abschlussarbeit Bilder aus ihrer praktischen Arbeit mit Bewohnern unseres Zentrums verwenden. Dazu benötigt sie Ihr Einverständnis.  
Die Bilder werden ausschliesslich in den genannten Arbeiten verwendet, dienen der Dokumentation der praktischen Arbeit und können allenfalls zu weiteren Ausbildungszwecken von Fachpersonen verwendet werden.

Wir bitten Sie auf dem unteren Teil dieses Schreibens Ihr Einverständnis mit der Unterschrift auszudrücken und uns zukommen zu lassen.

Für Ihre geschätzte Mithilfe danken wir Ihnen im Voraus und grüssen Sie freundlich.

**Solothurnisches  
Zentrum Oberwald**

  
Christine Jenni  
Bereichsverantwortliche Therapie

Vorname, Name BewohnerIn: Nyan Freuler

Geburtsdatum BewohnerIn: 26. März 2005

Wir sind mit der Verwendung von Bildern für einen Praktikumsbericht und eine Abschlussarbeit im Rahmen der Ergotherapie Ausbildung an der Karlsuniversität Prag einverstanden, vorausgesetzt, die Würde unseres Sohnes/unsere Tochter bleibt gewährleistet.

Ja  Nein

Ort, Datum: Oberglöfingen, 15 April 2011

Bemerkungen:

Unterschrift Eltern/Versorger: 

Solothurnisches Zentrum Oberwald  
Waldstrasse 27 | 4562 Biberist | Tel. 032 671 26 26 | Fax 032 671 26 27  
E-Mail: info@zentrumoberwald.ch | PC 45-1167-0



# Příloha č. 5 Informovaný souhlas 3

Biberist, im April 2011

## Verwendung von Fotos in einem Praktikumsbericht und einer Abschlussarbeit

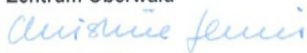
Sehr geehrte Eltern oder Vertreter

Die Praktikantin Sara Kvasnickova, Studentin der Ergotherapie in Prag, möchte in ihrer schriftlichen Aufgabe zum Praktikum und in ihre Abschlussarbeit Bilder aus ihrer praktischen Arbeit mit Bewohnern unseres Zentrums verwenden. Dazu benötigt sie Ihr Einverständnis.  
Die Bilder werden ausschliesslich in den genannten Arbeiten verwendet, dienen der Dokumentation der praktischen Arbeit und können allenfalls zu weiteren Ausbildungszwecken von Fachpersonen verwendet werden.

Wir bitten Sie auf dem unteren Teil dieses Schreibens Ihr Einverständnis mit der Unterschrift auszudrücken und uns zukommen zu lassen.

Für Ihre geschätzte Mithilfe danken wir Ihnen im Voraus und grüssen Sie freundlich.

**Solothurnisches  
Zentrum Oberwald**

  
Christine Jenni  
Bereichsverantwortliche Therapie

Vorname, Name BewohnerIn: Flück Nicole

Geburtsdatum BewohnerIn: 16.12.1973

Wir sind mit der Verwendung von Bildern für einen Praktikumsbericht und eine Abschlussarbeit im Rahmen der Ergotherapie Ausbildung an der Karlsuniversität Prag einverstanden, vorausgesetzt, die Würde unseres Sohnes/unsere Tochter bleibt gewährleistet.

Ja  Nein

Ort, Datum: Grenchen, 13.4.2011

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....

Unterschrift Eltern/Versorger: Flück N.

Solothurnisches Zentrum Oberwald  
Waldstrasse 27 14562 Biberist | Tel. 032 671 26 26 | Fax 032 671 26 27  
E-Mail: info@zentrumoberwald.ch | PC 45-1167-0



## Příloha č. 6 Informovaný souhlas 4

Biberist, im April 2011

### Verwendung von Fotos in einem Praktikumsbericht und einer Abschlussarbeit


Sehr geehrte Eltern oder Vertreter

Die Praktikantin Sara Kvasnickova, Studentin der Ergotherapie in Prag, möchte in ihrer schriftlichen Aufgabe zum Praktikum und in ihre Abschlussarbeit Bilder aus ihrer praktischen Arbeit mit Bewohnern unseres Zentrums verwenden. Dazu benötigt sie Ihr Einverständnis. Die Bilder werden ausschliesslich in den genannten Arbeiten verwendet, dienen der Dokumentation der praktischen Arbeit und können allenfalls zu weiteren Ausbildungszwecken von Fachpersonen verwendet werden.

Wir bitten Sie auf dem unteren Teil dieses Schreibens Ihr Einverständnis mit der Unterschrift auszudrücken und uns zukommen zu lassen.

Für Ihre geschätzte Mithilfe danken wir Ihnen im Voraus und grüssen Sie freundlich.

**Solothurnisches  
Zentrum Oberwald**

  
Christine Jenni  
Bereichsverantwortliche Therapie

Vorname, Name BewohnerIn: Hasani Musar

Geburtsdatum BewohnerIn: 12.03.1976

Wir sind mit der Verwendung von Bildern für einen Praktikumsbericht und eine Abschlussarbeit im Rahmen der Ergotherapie Ausbildung an der Karlsuniversität Prag einverstanden, vorausgesetzt, die Würde unseres Sohnes/unsere Tochter bleibt gewährleistet.

Ja  Nein

Ort, Datum: 14.04.2011 Solothurn

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....

Unterschrift Eltern/Versorger: T. Hasani

Solothurnisches Zentrum Oberwald  
Waldstrasse 27 | 4562 Biberist | Tel. 032 671 26 26 | Fax 032 671 26 27  
E-Mail: info@zentrumoberwald.ch | PC 45-1167-0

