

Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii

Bc. Aneta Vávrová, PhDr. Václav Červenka

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Autoři článku se snaží ve zkratce přiblížit čtenářům možnost využití oboru ergoterapie, respektive erudovaného ergoterapeuta, v oblasti akutní i následné gerontopsychiatrie. V oblasti nefarmakologické intervence pacientů s demencí se setkáváme se širokým spektrem profesního zastoupení od sester, psychologů, psychiatrů, činnostních terapeutů, sanitářů a dalších. Zastoupení ergoterapeutů je stále ještě poměrně málo rozšířené, i když je z naší vlastní zkušenosti zřejmé, že práce ergoterapeuta je v oblasti gerontopsychiatrie nezastupitelná.

Klíčová slova: ergoterapie, rehabilitace, terapeutická jednotka.

Use of ergotherapy in gerontopsychiatry

The authors aim at acquainting the reader briefly with the possible use of ergotherapy, or an experienced ergotherapist, in the field of acute as well as follow-up gerontopsychiatry. In the area of nonpharmacological intervention in dementia patients, a wide range of professionals are encountered including nurses, psychologists, occupational therapists, orderlies and others. The involvement of ergotherapists is still relatively little widespread even though it is apparent from our experience that, in the field of gerontopsychiatry, the work of an ergotherapist is irreplaceable.

Key words: ergotherapy, rehabilitation, therapeutic unit.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(3): 107–109

Úvod

Ergoterapie je jednou z důležitých součástí rehabilitace, jelikož pomáhá pacientům řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život nepostradatelné, čímž podporuje pacientovo aktivní začlenění do společnosti a přispívá k zachování optimální kvality života a zachování maximální soběstačnosti v běžných denních činnostech (activities of daily living, ADL), pracovních činnostech a aktivitách volného času.

V kompetenci ergoterapeuta je především nácvik běžných denních činností, výběr a indikace pomůcek, zvyšování či udržování rozsahu kloubní pohyblivosti a svalové síly, cílená rehabilitace ruky, psychické působení na změněnou oblast, ovlivňování hrubé a jemné motoriky, ovlivňování grafomotoriky a řeči, kognitivní rehabilitace a trénink pracovních dovedností (v případě potřeby předpracovní příprava).

Cílem je zhodnocení funkčních schopností pacienta a úroveň pohyblivosti a koordinace, prevence a restituce centrálních funkcí psychiky s promítnutím do sociální oblasti, poskytnutí rady a podpory pacientům a jejich příbuzným.

Současná ergoterapie má i svou vlastní pracovanou diagnostiku. Tradiční rukodělné činnosti, u nás s ergoterapií často spojované, jsou jedním z prostředků tohoto oboru a musí být použity cíleně se zaměřením na návrat aktivní hybnosti či v rámci posílení kognitivní stimulace. Ergoterapeut zhodnotí zájmy, intelektové a mentální schopnosti, charakter pacienta, jeho psychickou odolnost a podle toho volí činnosti. Ergoterapeut není tedy, jak je obvykle mylně

zmiňováno, pouze činnostní či volnočasový terapeut (laik), ale vysoce odborně zaměřený zdravotnický pracovník, jehož odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta přesně vymezuje §7, zákona č. 96/2004 Sb. (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Ergoterapie se člení v základu na ergoterapii zaměřenou na již zmiňované běžné denní činnosti, na terapii zaměřenou na cílenou oblast (zaměřuje se cíleně na obnovení základních a komplexních pohybů postižené části za účelem ovlivňování svalové síly, rozsahu pohybu, taxy, koordinace, orientace, jemné a hrubé motoriky, čítí, vytrvalosti, zlepšení kognitivních a gnostických funkcí, navození správných pohybových vzorců a pohybů), ergoterapii kondiční (ta je důležitá zejména pro psychickou stránku pacienta) a v neposlední řadě ergoterapii zaměřenou na předpracovní hodnocení a trénink.

V psychiatrické léčebně v Bohnicích na oddělení gerontopsychiatrie byl institut ergoterapie zaveden poměrně nedávno. Hlavním záměrem bylo zajistit dostatečnou míru odbornosti pro terapeutické aktivity určené pacientům s demencí a zajistit tak dostatečně erudovaný program čítající nejen klasické činnostní složky terapie, ale též kognitivní a fyziologickou složku. Ergoterapeut v úzké součinnosti s ošetřujícím lékařem, psychologem a fyzioterapeutem stanovuje pacientovi, v ideálním případě, individuální ergoterapeutický plán, který přesně odpovídá potřebám daného pacienta. Ovšem s ohledem na množství hospitalizovaných pacientů a personální možnosti není tento individuální přístup možno vždy zaručit a tak se v naší léčebně zaměřuje ergoterapeut převážně

na skupinové aktivity a individuálně je indikována ergoterapie zejména u pacientů s prodělanou cévní mozkovou příhodou v rehabilitační fázi.

Ergoterapeutický proces je založen na vstupním vyšetření, průběžném hodnocení výstupů terapie, a to za použití standardizovaných i nestandardizovaných procedur. Nejrozšířenější a také nejvíce využívané jsou kombinace testu funkční zdatnosti; Barthelové index, který má 10 složek a kromě sebeobslužných činností (oblékání, hygiena) zahrnuje také ovládání moči a stolice a lokomoci (chůze či jízdu na vozíku); citlivější a specifitější hodnocení míry funkční nezávislosti (functional independence measure, FIM), který hodnotí v 7 stupních 18 dílčích hodnot v 6 kategoriích: soběstačnost, inkontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita; IADL – test instrumentálních všedních činností a MMSE. Na základě výsledků vstupního vyšetření (hodnocení) je následně vytvořen jednak krátkodobý plán, přibližně v rozsahu jednoho měsíce, a dále pak dlouhodobý ergoterapeutický plán v rozsahu od 1 měsíce až po několik let.

Od stanoveného plánu se poté odvíjí terapeutické jednotky, které se zaměřují na problémové oblasti pacienta a vytyčují jednotlivé terapeutické cíle.

Terapeutická jednotka

V rehabilitaci je obecně důležité opakování pohybu či určité činnosti, aby přešla do pohybového automatizmu pacienta. Toto je využíváno nejen v rehabilitaci postižené motoriky a hybnosti končetin, ale i v nácviku ostatních postižených funkcí. Je důležité, aby byl nácvik

prováděn na konkrétní činnosti, tím se zvyšuje a přináší pocit seberealizace a sebeuspokojení, čímž zároveň zvyšujeme sebevědomí pacienta. To samozřejmě zlepšuje emoce pacienta a jeho motivaci, což se odráží i na kvalitě myšlení. Tomuto se říká terapeutický okruh (graf 1).

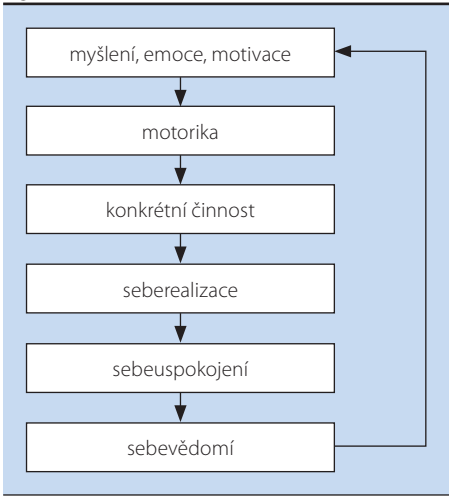
Základní terapeutická jednotka je v ideálním případě v rozsahu 45–60 minut, toto rozmezí lze samozřejmě individuálně upravovat dle náročnosti daného programu či struktury postižení pacientů. Nám se osvědčil modul kratších terapeutických jednotek, kde je možné množství pacientů z oddělení rozdělit do více skupin a získat tak možnost individuálnějšího přístupu. Množství pacientů v takové jednotce by pak nemělo přesáhnout hranici deseti. Harmonogram jednotlivých terapií by měl být pevně dán, aby se pacienti dokázali lépe časově zorientovat, případně si mohli naplánovat volné aktivity.

V naší léčebně začíná obvykle terapeutický program krátkým komunitním setkáním, kterého se zúčastní všichni pacienti daného oddělení. V rámci komunitního setkání se začíná terapií realitou, kdy jsou pacientům sděleny aktuality dne, datum, významná jubilea vázaná k dnešnímu dni, je zde nastíněn program dne a rozdělení pacientů do jednotlivých pracovních skupin. Součástí je i přivítání nových pacientů či rozloučení se s odcházejícími pacienty. Program terapeutické jednotky se dělí standardně do tří skupin, a to části kognitivního tréninku, činnosti terapie a tělesného cvičení (návlek jemné a hrubé motoriky).

Kazuistika

Osmašedesátiletá pacientka byla přeložena na naše oddělení na základě žádosti z interní kliniky pražské fakultní nemocnice. V osobní anamnéze měla pacientka kromě cévní mozkové příhody

Graf 1. Schéma úrovní a posloupností působení rehabilitační léčby, „terapeutický okruh“ (Ressner, Šigutová 2001)



(CMP) hypertenzní nemoc, poruchu lipidového metabolismu a stav po gynekologické operaci před lety. V rodinné anamnéze je prodělaná ischemická CMP u obou rodičů. Z hlediska psychiatrie se jedná o prvopobyt. Před odchodem do starobního důchodu pracovala jako instrumentářka na chirurgii, poté si přivydělávala jako uklízečka. Před dvěma měsíci prodělala pacientka ischemickou CMP s levostrannou hemiparézou, přidružená výraznější motorická afázie, dále organická depresivní porucha. Pacientka byla při přijetí neklidná, neschopná se orientovat při provádění všedních úkonů, nespolupracující, výrazně apraktická, ladění pesimistické, zahleděná do vlastních obtíží. Léčena byla antidepresivy, atypickými neuroleptiky, antihypertenzivy a antikoagulanciemi. Nepravidelně užívala hypnotika třetí generace.

S ohledem na poměrně krátký odstup od prodělané CMP bylo v rámci léčby navrženo zařazení pacientky do individuálního ergoterapeutického programu.

Dosažením 70 bodů v Barthelové indexu všedních denních činností se potvrdila u pacientky lehká závislost v ADL aktivitách. Dále byly vyšetřeny senzomotorické, psychosociální a kognitivní schopnosti, funkční vyšetření úchopů, povrchového čítí, mobility, svalové síly a svalový rozsah. Na základě výstupů z vyšetření a zohlednění silných a slabých stránek a problémových

oblastí byl pro pacientku navržen krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán.

Nástin krátkodobého ergoterapeutického plánu

Cíl: zapojit při činnosti obě horní končetiny, ovlivnění jemné motoriky na PHK, zlepšení kognitivních funkcí, správná artikulace při mluvení.

Plán je sestaven na dobu 21 dnů při frekvenci terapie 5x týdně 30 minut formou individuální terapie spolu se skupinovou terapií 5x týdně 60 minut. Jednotlivé složky terapie jsou v tabulce 1.

Nástin dlouhodobého ergoterapeutického plánu

Plán je sestaven na dobu 4 měsíců při frekvenci terapie 5x týdně 30 minut formou individuální terapie spolu se skupinovou terapií 5x týdně 60 minut. Jednotlivé složky terapie jsou v tabulce 2. Cílem je ovlivnění spasticity HK.

Realizace a průběh terapie

Pacientka se přes počáteční nedůvěru plně zapojila do ergoterapeutického procesu, který byl po dohodě s ošetřujícím lékařem naordínován. Pravidelnost a četnost individuálního cvičení zajišťovaly zlepšení v oblasti hrubé a jemné motoriky a tím i aktivnější úsilí pacientky samé.

Tabulka 1. Krátkodobý ergoterapeutický plán

podpora paměti	slovníky, obrázky, hádanky, tajenky, doplňovačky, sada pro kognitivní trénink
podpora řeči	orofaciální stimulace, návlek správné výslovnosti slov, afatický slovník, ukazování na předměty – jejich pojmenování, tvorba smysluplných vět
návlek písma	úchop tužky, psaní čárek, vlnovek, jednotlivých písmen, slov a postupně vět
návlek čtení	nacvičení jednotlivých písmen, skládání jednoslabičných slov, tvoření jednoduchých vět, souvětí
uvolnění spasticity HK	míčkování, senzorická stimulace pomocí přírodnin, uvolňování HK, návlek úchopů, ADL aktivity
kreativní techniky	tradiční ruční práce, práce s textilem, hmotami, papírem, práce s přírodními materiály, kresba a malba

Tabulka 2. Dlouhodobý ergoterapeutický plán

podpora paměti	paměťové hry, afatické slovníky, hádanky, tajenky, doplňovačky, sady pro kognitivní trénink
podpora řeči	zvyšování slovní zásoby, biblioterapie
návlek písma	psaní jednotlivých písmen, slov, vět, souvětí, psaní dopisu, stupňování: psaní na tabuli, na velký papír, do sešitu, do řádku – křídou – fixem – pastelkou – perem
návlek čtení	skládání slov, vět, čtení jednotlivých písmen, slov, vět, slabikář, články
uvolnění spasticity HK	míčkování, senzorická stimulace pomocí přírodnin, uvolňování HK, návlek úchopů, ADL aktivity
návlek všedních dovedností	návlek při výběru oblečení, oblékání ve správném pořadí, zapínání zipů, cvoků, knoflíků, vázání tkaniček, samostatný úchop přístroje (lžice)
sebesycení	manipulace s předměty – přístrojem, talířem, hrnkem, návlek používání kompenzačních pomůcek pro sebesycení (obrázky 1, 2, 3)

Obrázek 1. Speciálně upravený příbor

Výraznější zapojení pacientky do skupinových kognitivních programů se projevilo až po několikátýdenním individuálním nácviku fatických funkcí, to napomohlo pacientce ke ztrátě studu a strachu z možného selhání a odblokovalo nechuť ke skupinovým aktivitám. Svůj podíl na zlepšení stavu měla jistě i nasazená antidepressivní léčba. Znamky apraxie přetrvávají, ale jsou spíše způsobeny zbrklostí pacientky než výraznější poruchou motoriky. V retestu (po 10 týdnech) dle Barthelové došlo k nárůstu celkového bodového ohodnocení na 85 bodů, což lze pokládat za úspěch.

Obrázek 2. Talíř se zvýšeným okrajem

V rámci ergoterapeutického plánu byl stanoven i program připravený pro propuštění pacientky do domácí péče. Stanovuje systém cviků a praktických činností, které bude pacientka vykonávat a které kontinuálně naváží na dlouhodobý ergoterapeutický plán. Součástí je také přehled možných pomůcek ulehčujících zvládnutí běžných denních činností.

Shrnutí

Institut ergoterapeuta se na našem gerontopsychiatrickém oddělení velice osvědčil. Jedná se o zdravotnické pracovníky, kteří svou odborností dokáží komplexně pojmout obsáhlou škálu terapeutických úkonů od kognitivního tréninku, přes behaviorální terapii až po motorická cvičení. Včasná terapie zaměřená nejen na somatickou stránku pacienta, ale i na stránku psychickou

Obrázek 3. Univerzální držák potravin

se zaměřením na kognitivní funkce významně ovlivňuje celkový stav pacientů včetně depresivní symptomatiky, která je u pacientů po CMP častá. Ergoterapeut se stává platným členem ošetrovatelského týmu a jeho působení může výrazně přispět ke zlepšení stavu pacientů.

Literatura

1. Jelínková J, Křivošíková M. Konceptce oboru ergoterapie. ČAE 2007.
2. Nebudová J. Cévní mozkové příhody. Triton, Praha 1998.
3. WHO: Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Grada Publishing, Praha 2004.

Bc. Aneta Vávrová

Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
aneta.vavrova@plbohnice.cz