

**Olga Svestkova**

Uniwersytet Karola w Pradze

**Katerina Svecena**

Uniwersytet Karola w Pradze

Uniwersytet Czech Południowych, České Budejovice

**Petra Formankova**

Uniwersytet Czech Południowych, České Budejovice

## Czy terapia zajęciowa jest istotna w procesie rehabilitacji?

### Streszczenie

Terapia zajęciowa związana jest ze wszystkimi środkami i etapami rehabilitacji, mimo że w Republice Czeskiej postrzega się ją jako dziedzinę opieki zdrowotnej. W Europie i na świecie ostatnie lata wskazują na istotną rolę terapii zajęciowej nie tylko w opiece zdrowotnej, ale także w sferze społecznej. Terapia zajęciowa jest integralną częścią rehabilitacji. Jej celem jest zachowanie lub przywrócenie zdolności danej osoby poprzez stosowanie konstruktywnych działań i zatrudnienie. Te znaczące działania wybierane są indywidualnie dla każdej osoby ze wszystkich kategorii wiekowych, w zależności od znaczenia, w taki sposób, że może ona prowadzić rutynowe, codzienne życie oraz niezbędne dla niej aktywności zawodowe, edukacyjne, społeczne i rekreacyjne. Terapeuci zajęciowi oceniają stan funkcjonalny danej osoby, w tym jej funkcjonalne zdolności do wykonywania codziennych czynności, funkcje poznawcze w zakresie codziennych czynności, umiejętności motoryczne i funkcje kończyn górnych. Prowadzą także rehabilitację przedzawodową w celu rehabilitacji zawodowej i edukacyjnej oraz diagnozują aktywności w czasie wolnym, które dana osoba jest w stanie wykonać, a także oceniają czynniki środowiskowe, takie jak środki ułatwiające i bariery. W oparciu o wyniki przeprowadzonych badań i diagnozę, terapeuta zajęciowy opracowuje krótko- i długoterminowy plan terapii zajęciowej oraz zaleca dostosowaną terapię zajęciową w celu osiągnięcia możliwie maksymalnej jakości życia. Terapię zajęciową w opiece zdrowotnej prowadzi się zgodnie z zaleceniami lekarza.

**Słowa kluczowe:** terapia zajęciowa, rehabilitacja, czynności codzienne, umiejętności funkcjonalne, rehabilitacja przedzawodowa

### Wprowadzenie

Terapia zajęciowa jest istotnym elementem rehabilitacji. Związana jest ze wszystkimi środkami i etapami rehabilitacji. Rehabilitacja to proces, który pomaga osobom cierpiącym na skutek choroby lub urazu powrócić do poprzedniej

jakości życia<sup>1</sup>, a jeżeli nie jest to możliwe, zmniejsza konsekwencje funkcjonalne w obszarze aktywności lub uczestnictwa, określa ułatwiające czynniki środowiskowe, a w przypadku poważnie niepełnosprawnych obywateli pomaga wspierać ich godne życie. Terapia zajęciowa jest częścią:

1. Rehabilitacji w opiece zdrowotnej;
2. Rehabilitacji społecznej;
3. Rehabilitacji przedzawodowej i zawodowej (tzw. „ergodiagnostyka“ w języku czeskim);
4. Rehabilitacji edukacyjnej.

Zgodnie z czeskim prawem, dziedzina ta klasyfikowana jest do opieki zdrowotnej. W Europie i na świecie tendencja ostatnich lat sugeruje istotną rolę, jaką terapia zajęciowa odgrywa także w innych sferach życia społecznego.

Celem terapii zajęciowej jest utrzymanie/przywrócenie zdolności lub złagodzenie funkcjonalnych konsekwencji choroby albo urazu i pomoc w osiągnięciu godnego życia obywateli o znacznym stopniu niepełnosprawności. W celu przywrócenia zdolności osoby dotkniętej niepełnosprawnością stosowana jest aktywizacja poprzez znaczące działania z możliwością późniejszego przekwalifikowania, edukacji i zatrudnienia<sup>2</sup>. W ramach terapii, na podstawie diagnostyki funkcjonalnej, terapeuta zajęciowy tworzy program indywidualnie dla danego pacjenta/klienta, w celu umożliwienia mu wykonywania czynności codziennych, zawodowych, edukacyjnych, społecznych i rekreacyjnych. W Republice Czeskiej terapia zajęciowa jest nazywana „ergoterapią”. Termin ten pochodzi od greckich słów „**ergon**” (praca) i „**therapeia**” (leczenie). Tłumaczenie tych słów często zakłada nieprecyzyjne wyobrażenie o treści tej dziedziny, ponieważ wielu pracowników służby zdrowia i ekspertów medycyny rehabilitacyjnej traktuje terapię zajęciową również jako terapię zawodową w warsztatach ceramicznych lub drzewnych, w administracji lub w ogrodnictwie. Na początku XX w., kiedy powstała terapia zajęciowa, stanowiła ona istotnie „leczenie przez pracę” w różnego rodzaju warsztatach utworzonych głównie w zakładach psychiatrycznych. Dzisiaj w Republice Czeskiej nadal występuje takie postrzeganie „ergoterapii”, chociaż treść tej dziedziny jest zasadniczo inna. Celem terapii zajęciowej jest osiągnięcie maksymalnego poziomu funkcjonalnej zdolności pacjentów/klientów oraz optymalnej jakości życia. Angielski termin „terapia zajęciowa” jest bliższy dzisiejszej treści tej dziedziny opieki zdrowotnej, ponieważ odnosi się do celu terapii zajęciowej w wieku produkcyjnym, to jest **pracy i zatrudnienia, np. w zawodzie**. W przypadku dzieci, młodzieży, osób w wieku produkcyjnym i osób starszych

<sup>1</sup> O. Svestkova i in., *Metodiky psychosenzomotorického potenciálu cloveka (Methodologies of human psycho-sensorimotor potential)*, Prague, Rozvojove partnerstvi Pentocom, 2008, s. 54

<sup>2</sup> Czech Association of occupational therapists, [online], Prague, Definice ergoterapie (Definition of Occupational Therapy), 2008, [cit. 2013/10/03], available from: [http://www.ergoterapie.cz/Events\\_List.aspx](http://www.ergoterapie.cz/Events_List.aspx)

oznacza to zatrudnienie, np. wszystkie czynności dnia codziennego i uczestnictwo w życiu społecznym. W Czechach powinno się odróżnić zatrudnienie – pracę i zatrudnianie od aktywności, ponieważ w trakcie komunikacji terminy te są często wykorzystywane tylko w związku z pracą, a to znów przyczynia się do błędnego rozumienia ergoterapii.

Określenie „pacjent“ stosowane jest, gdy daną osobę leczy się w systemie opieki zdrowotnej, a określenie „klient“ – gdy dana osoba potrzebuje świadczeń społecznych.

Obecnie w Republice Czeskiej terapeuci zajęciowi (ergoterapeuci) zdobywają wykształcenie na uniwersytetach, uzyskując tytuł licencjata. Ten typ studiów został wprowadzony w 1992 r. W niektórych krajach (np. w Anglii) studenci mogą także w tej dziedzinie uzyskać tytuł magistra. W Republice Czeskiej w 2013 r. przygotowano dwuletni program studiów magisterskich z terapii zajęciowej i mamy nadzieję, że zostanie on udostępniony studentom na Wydziale Lekarskim I Uniwersytetu Karola jesienią 2014 r. Przed 1992 r. terapeuci zajęciowi odbywali naukę w szkołach średnich, zwłaszcza w wyższych szkołach zawodowych albo też uzupełniali swoje wykształcenie w Narodowym Centrum Pielęgniarstwa i Zawodów Niemedycznych w Brnie w postaci przedłużonego szkolenia po zakończeniu studium fizjoterapii w wyspecjalizowanych szkołach średnich.

Terapeuci zajęciowi w Republice Czeskiej mogą znaleźć pracę w systemie opieki zdrowotnej i usługach społecznych. Niestety, rzadko są zatrudniani na Oddziałach Neurologicznych leczących udary mózgu. Często pracują na ostrych oddziałach szpitalnych różnych specjalności klinicznych. Terapeuci zajęciowi są częścią interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacji w regionalnych szpitalach rehabilitacyjnych oraz dziennych ośrodkach rehabilitacyjnych; nowe możliwości dostępne są w lokalnych klinikach w pobliżu domu pacjenta/klienta. Często pracują również w domach opieki społecznej. Odbywają też wizyty domowe, podczas których oceniają przestrzeń życiową i zalecają środki ułatwiające stworzenie mieszkania bez barier, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów. Niestety, usługa ta jest opłacana jedynie jako procedura terapii zajęciowej, a koszty podróży terapeuty do miejsca zamieszkania klienta nie są refundowane. W przypadku usług socjalnych, terapeuci zajęciowi zatrudniani są w różnego rodzaju ośrodkach opieki dziennej, domach pomocy społecznej i innych obiektach socjalnych.

## Terapia zajęciowa

### Podstawowe działania terapeuty zajęciowego:

- Samowystarczalność, szkolenia z codziennych czynności, w tym zalecanie urządzeń wspomagających;
- Funkcje motoryczne i optymalne funkcje kończyn górnych;
- Funkcja poznawcza, komunikacja;

- Rehabilitacja przedzawodowa;
- Motywacja zachęcająca i pozytywne emocje w zakresie możliwości funkcjonalnych;
- Codzienne zajęcia programowe i rozrywka w czasie wolnym;
- Ocena przestrzeni życiowej i zalecenia rozwiązań ułatwiających osiągnięcie środowiska bez barier;
- Członek interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacji, menedżer przypadku.

Proces terapii zajęciowej rozpoczyna się od diagnozy funkcjonalnej. Na jej podstawie terapeuta zajęciowy przygotowuje krótko- i długoterminowy plan terapii zajęciowej<sup>3</sup>. W procesie terapii zajęciowej terapeuta zajęciowy ponownie ocenia stan funkcjonalny pacjenta/klienta. Ponowna ocena jest przeprowadzana przez interdyscyplinarny zespół, który ocenia skuteczność prowadzonych interwencji oraz możliwości kontynuowania procesu terapeutycznego, jego zmiany lub zakończenia. Terapia zajęciowa i inne terapie oparte są na zaleceniach lekarza odpowiedzialnego za program rehabilitacji danego pacjenta. Spotkania zespołu rehabilitacyjnego odbywają się raz w tygodniu z udziałem wszystkich jego członków odpowiedzialnych za rehabilitację danego pacjenta. Każdy członek zespołu rehabilitacyjnego przedstawia diagnozę funkcjonalną, przeprowadzone zabiegi i wyniki oraz konsultuje dalsze cele i plany z innymi członkami zespołu. Lekarz zaleca wymaganą diagnostykę funkcjonalną i zabiegi wykonywane przez zespół rehabilitacyjny działań oraz przygotowuje raport końcowy. Terapeuta zajęciowy kończy proces terapii zajęciowej, bazując na rozwoju i poprawie zdolności funkcjonalnych pacjenta/klienta. Zakończenie procesu terapii zajęciowej jest uzasadnione tylko wtedy, gdy stan funkcjonalny pacjenta/klienta nie poprawił się w ciągu trzech miesięcy. Terapeuta zajęciowy wykorzystuje obiektywne i standardowe metody oceny stanu funkcjonalnego pacjenta/klienta w połączeniu z kwestionariuszem oceny jakości życia, np. z ich subiektywną opinią. Metody obiektywne mogą zawierać ustrukturyzowany wywiad (historia), ustrukturyzowaną obserwację (aspekcja), różnorodne znormalizowane skale, testy i metodologię. Metody subiektywne mogą zawierać nieformalne wywiady i obserwacje, subiektywne kwestionariusze samooceny i skale. Dlatego terapeuta zajęciowy posiada dostęp do znormalizowanych i niestandardowych ocen i testów<sup>4</sup>.

Interdyscyplinarne zespoły rehabilitacji składają się z:

- Lekarzy;

<sup>3</sup> J. Jelinkova, M. Krivosikova, L. Sajtarova, *Ergoterapie (Occupational Therapy)*, Prague, Portal, 2009, s. 270

<sup>4</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364; O. Svestkova, K. Svecena, *Ergoterapie, „Skripta pro studenty bakalarskeho oboru ergoterapie na 1. lekarske fakulte Univerzity Karlovy”, (Occupational therapy, Textbook for undergraduate (bachelor) students of occupational therapy at the First Faculty of Medicine, Charles University)*, Prague, Charles University in Prague, 1st Faculty of Medicine, 2013, s. 199

- Terapeutów zajęciowych;
- Fizjoterapeutów;
- Psychologów, neuropsychologów;
- Logopedów;
- Nauczycieli wychowania specjalnego;
- Pielęgniarek;
- Dietetyków;
- Protetyków;
- Pedagogów specjalnych;
- Techników biomedycznych.

Oczywiście, pacjent, jego rodzina i przyjaciele są również częścią tego zespołu.

### Podstawowa ocena terapii zajęciowej:

- **Bazowa** – terapeuta zajęciowy uzyskuje podstawowe informacje na temat stanu funkcjonalnego pacjenta/klienta (w tym z dokumentacji medycznej i wskazań/zaleceń lekarza), aby określić skuteczne cele i plan terapii zajęciowej oraz uzyskać informacje na temat rodziny danej osoby, sytuacji społecznej, obecnego stanu zatrudnienia i aktywności w czasie wolnym. Jeśli pacjent nie jest w stanie podać prawidłowych informacji, terapeuta zajęciowy może pracować z jego rodziną lub przyjaciółmi.
- **W trakcie realizacji** – terapeuta zajęciowy określa aktualny stan pacjenta/klienta i porównuje go z poprzednią oceną obiektywnych funkcji, aby stwierdzić, czy określony cel terapii zajęciowej jest skuteczny i czy doszło do pozytywnych zmian w stanie funkcjonalnym pacjenta.
- **Końcowa** – terapeuta zajęciowy podsumowuje wyniki testów funkcjonalnych, interwencji, obiektywnie ocenia stan funkcjonalny po zakończeniu procesu terapeutycznego i wydaje opinię na temat osiągniętych celów leczenia oraz przestrzegania zawodowych planów terapii. Ocenia też skuteczność terapii zajęciowej. Jeśli to konieczne, terapeuta zajęciowy określa długoterminowy plan terapii zajęciowej i wskazuje inne niezbędne środki rehabilitacji oraz ustala rokowanie we współpracy z lekarzem.
- **Follow-up** – zgodnie z prognozą, terapeuta zajęciowy ustala dodatkowe badania i testy oraz, w oparciu o nie, może je w procesie rehabilitacji powtórnie zalecić lub zalecić, zgodnie z procedurami, dalszą terapię w domu. Pacjent/klient zostaje poinformowany, że w razie potrzeby, na przykład gdy wystąpi poprawa lub pogorszenie stanu funkcjonalnego, może on/ona skontaktować się z terapeutą zajęciowym<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364

Przed rozpoczęciem terapii konieczne jest określenie **celów i planów terapii zajęciowej** dla każdego pacjenta/klienta. Przy ich określaniu niezbędne jest wzięcie pod uwagę zdania pacjentów i ich priorytetów; równie ważne są także postawy ich rodzin. Motywacja pacjenta ma duży wpływ na osiągnięcie celów terapii zajęciowej. Jeśli terapeuta nie bierze pod uwagę opinii i poglądów pacjenta, istnieje wysokie ryzyko utraty jego zaufania, a tym samym negatywnego wpływu na przyszłą współpracę z pacjentem. Jeśli pacjent nie wyraża opinii lub posiada priorytety w odniesieniu do celów i planów terapii, które różnią się od opinii terapeuty, terapeuta musi poświęcić wystarczająco dużo czasu, aby wyjaśnić pacjentowi następne etapy terapii oraz określić ich znaczenie i związek w celu zapewnienia osiągnięcia przez niego określonego celu. Współpraca z rodziną i przyjaciółmi jest niezbędna. Kompleksowy plan terapii zajęciowej dzieli się na krótko- i długoterminowe cele oraz krótko- i długoterminowe plany terapii zajęciowej.

**Długoterminowy** cel terapii zajęciowej powinien zostać określony jak najszybciej po diagnozie funkcjonalnej. Są to główne wyniki terapii, które terapeuta i pacjent chcą osiągnąć po długoterminowych interwencjach terapii zajęciowej.

Następnie ustalany jest **krótkoterminowy** cel terapii zajęciowej. Są to odrębne, indywidualne cele prowadzące do osiągnięcia celów długoterminowych. Czas potrzebny do osiągnięcia krótkoterminowych celów terapii zajęciowej sięga czterech tygodni. W niektórych przypadkach (zwłaszcza u pacjentów znacznie niepełnosprawnych, dla których przewiduje się długoterminową terapię zajęciową), osiągnięcie celu krótkoterminowego może zostać wydłużone do sześciu tygodni. Terapeuta zajęciowy powinien zawsze określić przewidywany czas oczekiwania na osiągnięcie danego celu.

Stąd też cele terapii zajęciowej powinny być realistyczne, konkretne i osiągalne, a kryteria czasowe i pomiarowe określone w sposób bardzo specyficzny i szczegółowy. Kryterium osiągnięcia celu nie musi być określone liczbami, ale może zawierać realizację określonej funkcji; ponadto opisana powinna zostać znormalizowana i obiektywna metodologia.

### **Terapia zajęciowa skoncentrowana na samodzielności**

Poziom samodzielności jest określony przez zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego. W dziedzinie samodzielności, terapeuta zajęciowy dokonuje oceny funkcjonalnej zdolności pacjenta/klienta do wykonywania czynności dnia codziennego (ADL – *activities of daily living*), kluczowych dla ich życia. Czynności dnia codziennego można podzielić na „czynności podstawowe“, znane również jako osobiste (ADL), które mogą obejmować podstawowe działania człowieka, takie jak ubieranie, rozbieranie, mycie, jedzenie i picie, korzystanie z toalety itd. „Aktywności dodatkowe“ z kolei, znane również jako instrumentalne ADL, mogą obejmować działania, które czasami wykonuje inna osoba, nawet w przypadku osób funkcjonalnie zdolnych: pranie, zakupy, sprząatanie itd.



## Ocena

Badanie, ocena i późniejsza diagnoza codziennych czynności mogą być wykonywane za pomocą metod obiektywnych i subiektywnych.

Znormalizowane testy powszechnie stosowane w terapii zajęciowej to:

1. **Skala Barthel (BI)** – test dla określenia czynności codziennych (ADL) – standardowy test dotyczący aktywności życia codziennego. Test obejmuje ocenę dziesięciu podstawowych czynności życia codziennego. Jest to prawdopodobnie najczęściej stosowany test w zakresie codziennych czynności w Europie, szczególnie w krajach niemieckojęzycznych. Wyjściową grupą docelową byli tylko pacjenci z zaburzeniami nerwowo-mięśniowo-szkieletowymi. Test jest dzisiaj stosowany u wszystkich osób niepełnosprawnych. Skala Barthel ocenia wykonywanie czynności codziennych na trzech poziomach: czy pacjent wykonuje czynność samodzielnie, z pomocą lub czy jest całkowicie niezdolny do wykonywania danej czynności. Wadą tej skali jest to, że nie jest wystarczająco wrażliwa na niewielkie zmiany w stanie funkcjonalnym pacjenta/klienta i nie obejmuje funkcji poznawczych, komunikacji i interakcji społecznej. Z drugiej strony, jej zaletą jest szybkie wykonanie i interpretacja<sup>6</sup>. Skalę, która nie wymaga dodatkowego sprzętu, wykorzystują nie tylko terapeuci zajęciowi, ale jest również dostępna dla innych pracowników ochrony zdrowia, takich jak pielęgniarki, personel pielęgniarski, fizjoterapeuci, lekarze i inni.
2. **Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM)** – to ustandaryzowany test dotyczący czynności codziennych, obejmujący niektóre z zagadnień z obszarów poznawczych i psychospołecznych. Łącznie określonych jest siedem poziomów w odniesieniu do poziomu zależności i wymaganej pomocy osoby drugiej<sup>7</sup>. Badanie ocenia osiemnaście funkcji, z czego trzynaście to funkcje fizyczne i funkcje czynności życia codziennego (np. samodzielne żywienie, pielęgnacja, kąpiel, ubieranie górnej i dolnej części ciała, pielęgnacja kosmetykami, przenoszenie, kontrola zwieraczy, poruszanie się/mobilność). Do oceny zrozumienia i ekspresji pacjenta/klienta wykorzystywane są następujące elementy: rozwiązywanie problemów i pamięć<sup>8</sup>. Test został opracowany w 1984 r. w USA. Grupę docelową stanowią pacjenci/klientki w wieku powyżej siedmiu lat, z różnymi rodzajami niepełnosprawności

<sup>6</sup> M. Lippertova-Gruenerova, *Neurorehabilitace, (Neurorehabilitation)*, Prague, Galen, 2005, s. 350

<sup>7</sup> M. Faktorova, *Vysetreni ergoterapeutem a terapie kognitivnich a percepčních poruch u pacientu po postizeni mozku, „neurologie“ (Examination by an occupational therapist and therapy of cognitive and perceptual disorders in patients with brain damage, “Neurology”)*, Prague, Triton, 2003, s. 386; M. Lippertova-Gruenerova, *Neurorehabilitace, (Neurorehabilitation)*, Prague, Galen, 2005, s. 350; O. Svestkova, K. Svecena, *Ergoterapie, „Krehky pacient a primarni pece“, (Occupational Therapy, „Fragile patient and primary care“)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 400

<sup>8</sup> M. Lippertova-Gruenerova, *Neurorehabilitace, (Neurorehabilitation)*, Prague, Galen, 2005, s. 350

(niepełnosprawność funkcjonalna). Pomiar niezależności funkcjonalnej przeznaczony jest głównie dla pacjentów hospitalizowanych, u których musi być przeprowadzony w ciągu 72 godzin od przyjęcia pacjenta i 72 godziny przed jego/jej wypisaniem. Inna wersja testu została opracowana dla pacjentów ambulatoryjnych i w przypadkach ostrych: System Lifeware i AlphaFIM. Specjalna wersja dostępna jest również dla pacjentów pediatrycznych<sup>9</sup>. Zaletą tego testu jest jego wyższa czułość niż Skali Barthel, ponieważ aktywność oceniana jest na siedmiu poziomach. Kolejną zaletą jest to, że zawiera również elementy poznawcze i psychospołeczne. Wszystkie wyniki testu mogą być wizualizowane na wykresie, umożliwiając szybką ocenę jakiegokolwiek poprawy lub pogorszenia stanu funkcjonalnego pacjenta. Słaba dostępność testu jest jedną z głównych jego wad. Stosowanie testu uzależnia się od zakupu rocznej licencji od właściciela praw autorskich. W praktyce zawsze powinna być stosowana jego aktualna wersja, podczas gdy starsza wersja powinna być używana zgodnie z warunkami właściciela praw autorskich – *Uniform Data System For Medical Rehabilitation* (www.udsmr.org)<sup>10</sup>. Stanowi to ogromny problem dla użytkowników w Republice Czeskiej, ponieważ licencja udostępniana jest tylko na jeden rok.

W Europie i w USA testy FIM lub BI są wykorzystywane do określenia, czy usługi rehabilitacyjne dla pacjenta w dalszym ciągu będą pokrywane ze środków ubezpieczeń zdrowotnych. Zależy to od tego, czy stan pacjenta nadal będzie się poprawiał w pewnym czasie, zgodnie z wynikami tych testów.

**3. Pomiar Oceny Funkcjonalnej (FAM – *Functional Assessment Measure*)** – test ten nie jest zbyt dobrze znany w Republice Czeskiej i nie stosuje się go w tym kraju. Jest to wystandaryzowany test dotyczący czynności codziennych, obejmujący, podobnie jak FIM, niektóre pozycje z obszarów poznawczych i psychospołecznych, w tym dodatkowe osiemnaście elementów. Te elementy zawierają możliwość oceny funkcji poznawczych, jak również niektórych z czynności codziennych. Test ten pochodzi z Middlesex w Wielkiej Brytanii. FAM powinien być przeprowadzony w terminie dziesięciu dni od przyjęcia pacjenta/klienta oraz siedem dni przed jego wypisaniem<sup>11</sup>. Zalety i wady testu są porównywalne z testem FIM. Różnica polega na tym, że test ten jest bardziej wszechstronny niż test FIM i nie ma potrzeby wykupywania dodatkowej licencji. Jednakże użytkownik powinien posiadać aktualną licencję na stosowanie FIM i ukończyć kurs praktycznego jego zastosowania.

<sup>9</sup> UDSMR – *Uniform Data System For Medical Rehabilitation, The Fim System Clinical Guide*, Version 5.2., New York, Uniform Date System for Medical Rehabilitation, 2009, s. 183

<sup>10</sup> K. J. Floriano, *Uniform Date System For Medical Rehabilitation*, Personal communication, 2009

<sup>11</sup> L. Turner-Stikes, *The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure) Developed by the UK FIM+FAM Version 2.1. Brief overview*, 1994



- 4. Skala instrumentalnych aktywności życia codziennego (ADL)** – standaryzowany test instrumentalnych czynności życia codziennego. Za pomocą skali oceniane są następujące obszary: korzystanie z transportu publicznego, sklepów spożywczych, gotowanie, rozmowy telefoniczne itp. Podobnie jak Skala BI – stosując punktację 0, 5 i 10, pozwala klasyfikować trzy różne poziomy funkcjonowania, a więc: czy pacjent wykonuje daną czynność samodzielnie, z pomocą, czy też jest całkowicie niezdolny do jej wykonywania. Zalety i wady tej skali są podobne do skali BI. Wadą testu jest niewystarczająca wrażliwość na niewielkie zmiany stanu funkcjonalnego pacjenta/klienta i *vice versa*, a korzyści to szybkie i proste jego wykonanie oraz interpretacja.

## Terapia

Różne podejścia terapeutyczne wykorzystywane są w terapii zajęciowej, która koncentruje się na samodzielności. Idealną sytuacją jest połączenie każdego z podejść w ramach terapii, wraz z wyborem określonej znaczącej aktywności, w tym konkretnym przypadku, niektórych z codziennych czynności, dobieranych indywidualnie w zależności od umiejętności, wykształcenia, zainteresowań i doświadczenia pacjenta/klienta. Aby upewnić się, czy dana osoba jest samowystarczalna, jak to możliwe w ramach swoich zdolności funkcjonalnych, terapeuta zajęciowy może zastosować:

- Ćwiczenie czynności;
- Ćwiczenie danej czynności z wykorzystaniem mechanizmu zastępczego lub ruchów substytucyjnych;
- Kompensację czynności z wykorzystaniem urządzeń wspomagających lub z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
- Kompensację czynności przy pomocy innej osoby;
- Zalecenie poszczególnych rozwiązań ułatwiających.

Do ćwiczenia danej lub danych czynności za pomocą ruchów zastępczych może być wykorzystana każda z neurorozwojowych metod stosowanych w terapii zajęciowej. Na przykład może obejmować koncepcję Bobath lub technikę Affolter lub też terapeuta może wykorzystywać kierowanie, przy czym kieruje on ruchem pacjenta/klienta. Ze względu na fakt, że zaburzenia samodzielności często pociągają za sobą upośledzenia funkcji kończyny górnej, konieczne jest połączenie kilku metod, np. podejścia neurorozwojowego w połączeniu z podejściem biomechanicznym i kinezyologicznym, w którym terapeuta przygotowuje kończynę górną do wykonywania czynności, takich jak facylitacja lub przybliżanie. Do trenowania samowystarczalności można wykorzystać niektóre z następujących metod w kontekście działań treningowych:

- **Koncepcja Bobath (BC)** jest stosowana u pacjentów/klientów jako podejście mające na celu rozwiązywanie problemów w obszarze zaburzeń

czynnościowych. Terapia prowadzi do możliwie jak najlepszego przywrócenia funkcji; terapeuta próbuje wyeliminować patologię ruchów. Pojęcie to bazuje na naturalnych ruchach, co więcej, podczas wykonywania danej czynności nie należy unikać ćwiczenia niepełnosprawnej kończyny. Terapeuta powinien zachęcić pacjenta do angażowania się we wszystkie czynności w czasie ich wykonywania<sup>12</sup>. BC stanowi podejście 24-godzinne, w którym terapeuta może wybrać tylko część elementów, skutecznych dla pacjenta i stosowanych w ciągu dnia, a nie tylko podczas terapii<sup>13</sup>.

- **Technika Affolter** opiera się na fakcie, że pacjenci z uszkodzeniem mózgu mają zmniejszony poziom odbioru i przetwarzania bodźców z otoczenia, zaburzenia interakcji z otoczeniem i w związku z tym również upośledzoną zdolność ruchu. Celem jest poprawa upośledzonej zdolności postrzegania i przetwarzania bodźców czuciowych. Metoda ta opiera się na komunikacji niewerbalnej i dlatego może być stosowana nawet u pacjentów znajdujących się w stanie śpiączki<sup>14</sup>. Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić, że pacjenci nie są narażeni na „magię”. „Magia” oznacza wszelkie czynności, które są wykonywane przez drugą osobę dla osoby niepełnosprawnej oraz które w normalnych warunkach byłyby przez nią niezależnie wykonywane. Terapeuta zajęciowy stara się wykonywać wszystkie czynności razem z pacjentem/klientem. Metoda stara się zwiększyć przyjmowanie informacji z otaczającego środowiska poprzez praktykowanie codziennych sytuacji<sup>15</sup>.
- **Kompensacja czynności z wykorzystaniem urządzeń wspomagających** pomaga pacjentowi w wykonywaniu codziennych czynności, mając na celu osiągnięcie maksymalnej samowystarczalności. W Republice Czeskiej pacjent/klient może uzyskać urządzenie wspomagające:
  - Urządzenia wspomagające w obszarze osobistym (ADL), refundowane z ubezpieczenia zdrowotnego.
  - Urządzenia wspomagające w obszarze instrumentalnym (ADL), refundowane z tytułu świadczeń społecznych, narzędzia do pracy refundowane ze środków Ustawy o Zatrudnieniu w rozdziale „rehabilitacji zawodowej“, pomoce naukowe dla dzieci i osób dorosłych refundowane na podstawie prawa regulującego działanie szkół podstawowych, średnich i wyższych uczelni z działu o kształceniu osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

<sup>12</sup> L. Meadows, S. Raine, M. Lynch-Ellerington, *Bobath concept: theory and clinical practice, „(neurological rehabilitation)”*, Oxford, Wiley-blackwell, 2009, s. 216

<sup>13</sup> INTERNATIONAL BOBATH INSTRUCTORS TRAINING ASSOCIATION, An international association for adult neurological rehabilitation, [online], Amstelveen, Bobath concept, 2013, [cit. 2013-11-03], available from: <http://www.ibita.org/>

<sup>14</sup> D. Pavlu, *Specialni fyzioterapeutické koncepty a metody I. (Special physiotherapy concepts and methods I.)*, Brno, CERM, 2002, s. 239

<sup>15</sup> M. Lippertova-Gruenerova, *Neurorehabilitace, (Neurorehabilitation)*, Prague, Galen, 2005, s. 350

- Urządzenia wspomagające refundowane przez cywilne stowarzyszenia, fundacje, organizacje charytatywne dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz przyjaciół.
- Urządzenia wspomagające opłacone przez pacjenta/klienta<sup>16</sup>, urządzenia refundowane z planu ubezpieczeń zdrowotnych w Republice Czeskiej, które pacjent może uzyskać na podstawie recepty lekarskiej. Terapeuta zajęciowy zaleci specjalną pomoc/urządzenie, wypróbuje daną pomoc/urządzenie z pacjentem i przeszkoli pacjenta w zakresie korzystania z niego. Niezbędne jest wypróbowanie danego urządzenia w środowisku domowym oraz ewentualnie w otoczeniu, w którym codziennie będzie używane przez pacjenta. Pomoce/urządzenia refundowane przez towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych są wymienione w wykazie *Všeobecná Zdravotní pojišťovna (VZP) (Czech General Health Insurance Company)*. Te pomoce/urządzenia mogą być refundowane w całości lub w części lub nie są refundowane w ogóle i pacjent nabywa je na własny koszt<sup>17</sup>.

Terapeuta zajęciowy wraz z fizjoterapeutą zaleca odpowiednie pomoce i urządzenia wspomagające poruszanie się, np. laski, kule, chodziki, takie jak różnego rodzaju rolki, czteropunktowe, trzypunktowe chodziki, narzędzia do samodzielnej opieki, które czasami nie są refundowane przez ubezpieczenie zdrowotne – np. specjalnie przystosowane sztucce o ograniczonej masie, zakrzywione, z pogrubioną rękojęcią itp., materiały stosowane w przypadkach nietrzymania moczu, pomoce i urządzenia dla osób niepełnosprawnych sensorycznie, dla osób chorych na raka, takie jak peruki, protezy piersi. Mogą one obejmować urządzenia wspomagające wyposażenie łazienki, kuchni, salonu, schodów itp., takie jak poszerzenia deski sedesowej, siedziska wannowe, podnośniki, specjalne półki w kuchni, poręcze, platformy schodowe.

Przy wyborze urządzeń wspomagających terapeuta zajęciowy ocenia nie tylko stan funkcjonalny osób niepełnosprawnych, ale także funkcje poznawcze pacjenta/klienta, które muszą być na takim poziomie, aby pacjent mógł zrozumieć możliwość wykorzystania i instrukcję obsługi urządzenia oraz być w stanie go używać w bezpieczny sposób. Własna inicjatywa pacjenta jest niezbędna, aby mógł on/ona jasno zrozumieć, kiedy i w jakich sytuacjach życia codziennego urządzenie ma być wykorzystywane.

<sup>16</sup> V. Hejzlarova, K. Pokorna, *Poradim si sam! Kompenzacni pomucky a upravy prostredi v praxi (I can handle it myself! Compensatory aids and environmental adjustments in practice)*, Prague, Asistence, o. s., 2012, s. 60

<sup>17</sup> VZP – *Všeobecná zdravotní pojišťovna (Czech General Insurance Company)*, [online], VZP, 2012, [cit. 2012-8-20], available from: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>; V. Hejzlarova, K. Pokorna, *Poradim si sam! Kompenzacni pomucky a upravy prostredi v praxi (I can handle it myself! Compensatory aids and environmental adjustments in practice)*, Prague, Asistence, o. s., 2012, s. 60

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych jest priorytetem, a terapeuta zajęciowy musi zaakceptować ten fakt we wszystkich działaniach z pacjentem. Terapeuta zajęciowy będzie próbował wyeliminować ryzyko upadków przez instrukcje zapobiegawcze, odpowiednie rozmieszczenie mebli, zaprojektowanie antypoślizgowej powierzchni podłogi i zastosowanie odpowiednich urządzeń wspomagających.

## Ocena mieszkania i środowisko bez barier

Wraz z terapią zajęciową, skoncentrowaną na samowystarczalności, często konieczne jest złożenie pacjentowi/klientowi wizyty domowej, tak aby terapeuta zajęciowy mógł ocenić stan funkcjonalny danego pacjenta/klienta w domu.

Wizyty domowe są ściśle związane z zapewnieniem terapii zajęciowej w społeczności. Niestety, w Republice Czeskiej ten obszar terapii zajęciowej nie jest zbyt powszechny, ponieważ terapię zajęciową klasyfikuje się jako zawód opieki zdrowotnej, a opieka zdrowotna i sfery społeczne są rozdzielone stosownie do kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. W praktyce terapeuci zajęciowi pracują w usługach społecznych i ochronie zdrowia. Zgodnie z ustawodawstwem opieki zdrowotnej, terapeuta zajęciowy może być zatrudniony w sektorze ochrony zdrowia, a praca jest refundowana z ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku usług socjalnych, terapeuci zajęciowi często pracują na stanowiskach pracowników socjalnych itp. W związku z tym w praktyce nie jest powszechne, aby terapeuta zajęciowy zapewniał terapię w środowisku domowym pacjenta. Jest to natomiast typowe w Szwecji. Terapeuci zajęciowi zapewniają ocenę środowiska domowego w zakresie dostępu bez barier, a także wspólną terapię w domu.

W Republice Czeskiej najczęstszą usługą jest ocena środowiska domowego. Terapeuci zajęciowi składają wizyty domowe w domach pacjentów, gdzie udzielają im porad dotyczących środowiska, tak aby umożliwić pacjentom bycie samowystarczalnym tak długo, jak to możliwe, bez potrzeby dodatkowej pomocy. W ten sposób określają konkretne rozwiązania ułatwiające i zalecają usunięcie barier. Informacje te oraz przystosowanie, a nawet zmiana przestrzeni życiowej, są niezbędne, aby dać szansę pacjentom niepełnosprawnym na powrót do domu tak szybko, jak to możliwe. Te interwencje domowe pochodzą najczęściej ze środków pomocy społecznej, rzadziej ze środków ochrony zdrowia.

Wizyta w domu powinna odbyć się z wyprzedzeniem, przed powrotem pacjenta ze szpitala. Terapeuta zajęciowy pomaga odpowiednio przystosować mieszkanie lub dom, tak aby osoba niepełnosprawna była samowystarczalna, jak to tylko możliwe.

Inne są relacje ludzi w domu niż w obcym środowisku (szpital, instytucje). Mogą lepiej poruszać się w znajomym środowisku, gdzie są w stanie pokonać pewne bariery. W wielu przypadkach konieczna jest nie tylko ocena stanu środowiska

domowego, ale również prowadzenie szkolenia w zakresie terapii zajęciowej w środowisku domowym pacjenta/klienta. Podczas wizyty w domu niezbędna jest ocena wnętrza mieszkania i zalecenia dostosowania mieszkania oraz zastosowanie urządzeń wspomagających; ważna jest również ocena środowiska zewnętrznego, pobliskiej okolicy mieszkania lub domu oraz zalecenia zlikwidowania barier. Ważne jest, by wziąć pod uwagę otoczenie mieszkania, w odniesieniu do możliwości użycia wózka ręcznego lub elektrycznego, czy pacjent/klient na wózku jest w stanie dostać się do domu, do windy i wydostać z budynku. Konieczne jest, by ocenić szerokość drzwi, wielkość pomieszczeń i innych parametrów architektonicznych. Jeśli mieszkania nie da się przystosować, osoba niepełnosprawna może ubiegać się o mieszkanie bez barier.

Wizyty domowe mogą być również wykorzystywane do podstawowych badań funkcji poznawczych, oceny satysfakcji klienta (kwestionariusz oceny jakości życia) lub do wypełnienia kwestionariusza zainteresowań.

Podczas wizyty w domu terapeuta zajęciowy zaleca:

- prawidłowe rozmieszczenie mebli, tak aby osoba niepełnosprawna miała liczne punkty podparcia w całym mieszkaniu;
- wystarczającą liczbę i dostępność do kontaktów elektrycznych;
- usuwanie wykładzin i progów (eliminacja ryzyka upadku);
- odpowiednie urządzenia wspomagające (np. siedziska wannowe, podkładki antypoślizgowe, uchwyty, poszerzenia WC);
- dalsze przebudowy mieszkania (przebudowa wanny na kabinę prysznicową, WC bez barier przystosowane dla osób niepełnosprawnych).

Podczas wizyty w domu terapeuta zajęciowy powinien współpracować z pracownikiem socjalnym; terapeuta zajęciowy proponuje modyfikacje mieszkania, a pracownik socjalny informuje osobę niepełnosprawna i jej rodzinę o możliwości długoterminowych świadczeń i usług społecznych oraz oferuje im możliwość długoterminowego poradnictwa. Czasami ważna jest także współpraca między terapeutą zajęciowym a fizjoterapeutą, kiedy to zalecane jest wykonywanie odpowiednich ruchów w celu wykonywania określonych czynności w środowisku z barierami.

## **Terapia zajęciowa w celu poprawy zdolności funkcjonalnych kończyny górnej**

Głównym przedmiotem terapii zajęciowej jest podejście terapeutyczne skoncentrowane na kończynach górnych, celem utrzymania ich sprawności funkcjonalnej. Terapia zajęciowa skoncentrowana na umiejętnościach motorycznych jest ściśle związana z terapią zajęciową skoncentrowaną na samowystarczalności, ponieważ osoba z uszkodzeniem kończyn górnych bardzo często ma obniżony poziom samowystarczalności. Jakość życia zależy od poszczególnego przypadku, motywacji i umiejętności danej osoby oraz od możliwości korzystania z urządzeń

wspomagających. Motywacja osób niepełnosprawnych jest bardzo ważnym czynnikiem, ponieważ osiągnięcie bez niej celu nie jest możliwe. Jeśli pacjent/klient nie chce poprawy swego stanu funkcjonalnego, terapeuta, po dokładnym i szczegółowym przeglądzie historii choroby, powinien znaleźć taką aktywność, którą pacjent był w stanie wykonywać w przeszłości oraz może i lubi ją wykonywać w teraźniejszości. Stąd też terapeuta zajęciowy musi pozytywnie motywować pacjenta tak, aby był w stanie wykonywać pewne czynności. Okazuje się, że motywacja zmienia się w sposób pozytywny, gdy pacjent wykonuje czynności, które wywołują w nim pozytywne emocje. W takich przypadkach badanie funkcjonalne mózgu wykazuje silnie zwiększoną aktywność. Terapia powinna być zaplanowana razem z daną osobą i w jej trakcie powinniśmy starać się motywować pacjenta tak pozytywnie, jak to tylko możliwe. Czynność, aby była szkolona, musi być istotna i znacząca dla danej osoby, i każda osoba powinna mieć możliwość własnego wyboru danej czynności.

## Ocena

Badanie, ocena i rozpoznanie zdolności motorycznych i funkcji kończyn górnych są również możliwe przy użyciu metod obiektywnych i subiektywnych. Najpowszechniejsze są standaryzowane obiektywne testy, które obejmują:

**Test Jebsen Taylor**, wykorzystywany do oceny zdolności ruchowych i funkcji ręki. Test zawiera zadania koncentrujące się na funkcji grafomotorycznej dominującej i niedominującej kończyny górnej, obracaniu kartami i pracy ze światłem i cięższymi przedmiotami. Test ten jest przeznaczony do symulowania czynności codziennych. Czas trwania badania wynosi około 30 minut, a jego interpretacja zajmuje około 15 minut<sup>18</sup>. Wymagany jest tylko jednorazowy zakup testu; instrukcja jest dołączona do testu i jej praktyczne zastosowanie nie wymaga dodatkowego szkolenia.

**Test Purdue pegboard** (model 320 20) jest testem, który symuluje pracę w fabryce. Koncentruje się na zręczności ręki, jej koordynacji oraz ocenie dużych i małych umiejętności motorycznych. Test pochodzi z USA, gdzie był stosowany przy wyborze miejsc do pracy w fabrykach<sup>19</sup>. W Republice Czeskiej stosuje się go

<sup>18</sup> JEBSEN TEST OF HAND FUNCTION, [online], Sydney, Jebsen summary, 2012, [cit. 2013-11-12], available from: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=1025>

<sup>19</sup> PURDUE PEGBOARD TEST USER INSTRUCTION, [online], Parkway North, Purdue Pegboard model 320 20, User manual, 2004, [cit. 2013-11-12], available from: <http://www.google.cz/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=0CJ4BEBYwDg&url=http%3A%2F%2Fwww.siinstruments.com.au%2Flafayette%2Ffiles%2Fdownload%2Flafayette-current-version-purdue-pegboard-test-32020-lafayette-32020-purdue-pegboard-test-manual-pdf.html&ei=-47CUv7eNoTBtAa0roHADg&usg=AFQjCNG-JMZ3d0y6kUyDNsdD5Td9csdqtA&sig2=Q15H6CMMESibqaO6coNcVA&bvm=bv.58187178,d.Yms>



głównie jako część rehabilitacji przedzawodowej, ale może być również wykorzystany do oceny chwytu w celu oceny efektów leczenia. Test zawiera zadania jednocześnie dla dominujących i niedominujących kończyn górnych i dolnych oraz polega przede wszystkim na wkładaniu pinesek do otworów i montażu różnych komponentów.

**Dynamometr Jamar** ocenia siłę mięśni chwytnych dłoni, tj. chwytu na różnych poziomach. Urządzenie składa się z pięciu zakresów: 9 cm, 12 cm, 14,5 cm, 17 cm, 20 cm; w każdym zaangażowane są różne mięśnie ręki<sup>20</sup>.

## Terapia

W ramach terapii można stosować identyczne podejścia terapii zajęciowej skupiające się na samowystarczalności. W zależności od wybranej metody, najczęstszym celem terapii zajęciowej jest tłumienie patologicznych wzorców ruchu i współruchów podczas wykonywania danej czynności. Jest to optymalne dla osiągnięcia najwyższego możliwego zaangażowania obu kończyn górnych podczas wykonywania zwykłych czynności.

W niektórych przypadkach udział ten jest niemożliwy, gdy jedna z górnych kończyn jest porażona lub spastyczna. W takim przypadku terapeuta zajęciowy wspiera co najmniej bierny udział uszkodzonych kończyn górnych w każdej czynności; np. możliwe jest użycie kończyny jako ciężaru w trakcie mocowania przedmiotów. Terapeuta zajęciowy trenuje pacjenta/klienta w celu poprawy małych i dużych umiejętności motorycznych. W trakcie terapii terapeuta zajęciowy wykorzystuje eskalację, a jego celem jest poprawa wydajności pacjenta przez zmianę środowiska lub procesu wykonywanego zadania<sup>21</sup>. Terapia może się koncentrować na określonej aktywności, która stanowi problem dla pacjenta/klienta, tzn. która jest związana z ograniczeniem wykonywania pewnych czynności. Terapeuta wybiera konkretne interwencje, poprawiające funkcję ręki w celu osiągnięcia możliwie optymalnego poziomu aktywności i funkcjonowania.

## Terapia zajęciowa skoncentrowana na funkcjach poznawczych

Funkcje poznawcze wpływają na poziom wykonywania czynności codziennych. W Republice Czeskiej funkcjonalna diagnostyka funkcji poznawczych przeprowadzana jest przez psychologa lub neuropsychologa, podczas gdy terapię behawioralną prowadzi terapeuta zajęciowy. W celu przeprowadzenia tych terapii terapeuci zajęciowi muszą ukończyć dwa semestry specjalnego szkolenia przez neuropsychologa. W niektórych przypadkach pacjent nie ma problemów

<sup>20</sup> JAMAR HYDROLYC HAND USER INSTRUCTION, [online], Parkway North, Jamar Users manual, 2004, [cit. 2013-11-12], available from: <https://www.chponline.com/store/pdfs/j-20.pdf>

<sup>21</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364

z funkcjami motorycznymi, ale nie jest w stanie wykonać pewnych czynności ze względu na niski poziom funkcji poznawczych, np. nie może zapamiętać pewnych ćwiczeń z powodu zaburzeń pamięci. Dotyczy to korzystania z funkcji poznawczych w zakresie praktycznego codziennego życia (zachowania). Terapeuta zajęciowy nie powinien zapominać o bezpieczeństwie osób. Funkcje poznawcze obejmują funkcje uczenia – podstawowe funkcje mózgu – takie jak pamięć, uwaga, zdolności wzrokowo-przestrzenne, umiejętności językowe i mowa<sup>22</sup>.

Oprócz diagnozy przeprowadzonej przez psychologa, terapeuta zajęciowy często przeprowadza wstępną diagnozę różnych elementów funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, myślenie, czytanie i pisanie w odniesieniu do codziennych czynności. Terapeuta zajęciowy ocenia konsekwencje niezdolności do wykonywania różnych czynności, np. gdy pacjent/klient nie jest w stanie się podpisać, odbierać pieniądze z banku, gdzie wymagany jest wzór podpisu.

Terapeuci zajęciowi powszechnie korzystają z różnych standardowych testów poznawczych:

- **Test pamięci behawioralnej Rivermead** jest stosowany do wykrywania zaburzeń funkcji poznawczych, takich jak różnego rodzaju zaburzenia pamięci (wzrokowej, słuchowej, prospektywnej) i innych z wykorzystaniem jedenastu subtestów oceniających funkcje behawioralne i poznawcze w różnych sytuacjach, np. przez identyfikację twarzy lub odtwarzanie artykułu. Specjalna wersja jest dostępna dla dzieci i osób starszych<sup>23</sup>. Zadania obejmują zapamiętywanie twarzy i różnych obrazów. Pacjent musi przypomnieć sobie, którą twarz lub obraz już widział. Kolejne zadanie to zapamiętywanie tekstu po jego przeczytaniu, zapamiętywanie i później przypomnienie sobie drogi wokół pokoju, zapamiętywanie, gdzie zostały ukryte rzeczy osobiste pacjenta i co powinien powiedzieć, gdy po 20 minutach testowania zadzwoni budzik<sup>24</sup>.
- **Minimental state examination** to standaryzowany test, który jest powszechnie stosowany w Republice Czeskiej przez ekspertów medycznych. Jest on używany do badania orientacji w czasie, orientacji przestrzennej, nazewnictwa, uwagi, zdolności do powtarzania i innych zadań. Służy

<sup>22</sup> J. Klucka, P. Volfova, *Kognitivni trenink v praxi (Cognitive training in practice)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2009, s. 150

<sup>23</sup> O. Svestkova i in., *Metodiky psychosenzomotorickeho potencialu cloveka (Methodologies of human psycho-sensorimotor potential)*, Prague, Rozvojové partnerství PENTACOM, 2008, s. 54

<sup>24</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364

przede wszystkim do diagnozowania pacjentów z demencją<sup>25</sup>. Przeprowadzenie testu trwa około 20 minut<sup>26</sup>.

- **Test poznawczy Adenbrook** jest nieco bardziej szczegółowy niż test **Minimal state examination**, który może odróżnić chorobę Alzheimera od demencji miażdżycowej<sup>27</sup>. Łączy on zarówno elementy testu **Minimal state examination**, jak i testu zegara. Zawiera osiemnaście pozycji, które są wykorzystywane do badania procesu przypominania, nazewnictwa, percepcji i innych elementów<sup>28</sup>.

## Terapia funkcji poznawczych

Terapeuta zajęciowy wykorzystuje trening, ćwiczenia i kompensację oraz różne pomoce i urządzenia. Funkcje poznawcze mogą być ćwiczone w szczególności poprzez wykonywanie różnych ćwiczeń, takich jak zapamiętywanie. Pamięć krótkotrwała może być używana np. do ćwiczenia zapamiętywania obrazów, słów i liczb. Funkcje poznawcze są ćwiczone kompleksowo w ramach wspólnych czynności codziennych. Przykładem jest gotowanie – pacjent powinien być zdolny do zapamiętania przepisu i procedury wykorzystania składników. Pacjent może być prowadzony za pomocą różnych narzędzi, takich jak prawidłowo rozmieszczone piktogramy. Pomoce werbalne i niewerbalne wspomagają zapamiętywanie podczas przypominania różnych związków lub pomysłów albo opowiadań związanych z rzeczami i przedmiotami, które pacjent ma zapamiętać.

Aby wyrównać zaburzone funkcje poznawcze, terapeuta zajęciowy stosuje różne zwykłe i powszechnie stosowane narzędzia, takie jak prowadzenie dziennika, z wykorzystaniem ołówka i papieru, tablice informacyjne i pamięciowe, wykresy, budzik, oprogramowanie komputerowe i inne.

## Rehabilitacja przedzawodowa

W ramach rehabilitacji przedzawodowej terapeuta zajęciowy ocenia potencjał funkcjonalny osób do wykonywania pracy. Rehabilitacja przedzawodowa stanowi jeden ze sposobów rehabilitacji. Jednak nie jest ona prowadzona tylko przez terapeutę zajęciowego, ale również przez innych specjalistów z interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego. Rehabilitacja przedzawodowa rozpoczyna

<sup>25</sup> M. G. Folstein, S. E. Folstein, P. R. MC Hugh, *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians*, „Journal of psychiatric research” 1975, Nr 12, s. 189–198

<sup>26</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364

<sup>27</sup> M. Orel, V. Facova, *Clouek, jeho mozek a svet (Man, his brain and the world)*, Prague, Grada publishing, a. s., 2009, s. 256

<sup>28</sup> M. Krivosikova, *Uvod do ergoterapie (Introduction to occupational therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011, s. 364

się w procesie rehabilitacji po ustabilizowaniu stanu pacjenta. Oceniamy jego ogólny potencjał psychosensomotoryczny do pracy i rozpoczynamy rehabilitację zawodową we współpracy z jednostkami zatrudniającymi. Rehabilitacja zawodowa na podstawie Ustawy o Zatrudnieniu należy do kompetencji organów zatrudnienia. Rehabilitacja przedzawodowa w Republice Czeskiej może być teraz oceniana przez doradców zawodowych organów zatrudnienia, którzy zwracają się do wydziału kompleksowej rehabilitacji; w tym przypadku koszty badania zwracane są przez urząd zatrudnienia z aktywnych środków polityki zatrudnienia. W Republice Czeskiej mamy teraz sieć interdyscyplinarnych ośrodków rehabilitacyjnych (w każdym z trzynastu regionów), gdzie tworzymy jednolitą metodologię dla określania potencjału do pracy w ramach projektu UE EQUUEL, a teraz z projektu Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. Tworzymy osobiste, faktyczne i materialne standardy, które Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych do końca przyszłego roku będzie wykorzystywać do udzielenia akredytacji na rozwiązania ułatwiające i będące w stanie w przyszłości, we współpracy z właściwymi organami, przeprowadzić rehabilitację przedzawodową, która będzie refundowana ze środków agencji zatrudnienia. Obecnie lekarz prowadzący może również zarządzać rehabilitacją przedzawodową. Jednakże, jeśli wnioskodawcą jest lekarz, będzie ona tylko częściowo refundowana z ubezpieczenia zdrowotnego. Przypadek taki dotyczy nie tylko rehabilitacji przedzawodowej, ale również badania potencjału funkcjonalnego pacjenta. Pacjent zostanie zbadany przez każdego członka interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacji: lekarza, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, psychologa i, jeśli to konieczne, logopedę, pedagoga specjalnego i pracownika socjalnego. Wnioski z badania są następnie konsultowane na posiedzeniu zespołu rehabilitacyjnego przez jego Członków. Celem jest określenie pozytywnych rekomendacji, zalecenie odpowiednich stanowisk pracy lub, jeśli jest to właściwe, szczegółowych stanowisk pracy, zapotrzebowania na przerwy, pomocy w pracy, ergonomii w miejscu pracy, i zalecenia transportu do pracy lub pracę w domu. Określa się również rekomendacje negatywne, tzn. jakich czynności w pracy należy unikać, aby zapobiec uszczerbkowi zdrowia. Należą do nich ograniczenia noszenia ciężkich przedmiotów i ograniczenia aktywności fizycznej.

W rehabilitacji przedzawodowej, terapeuta zajęciowy zapoznaje się szczegółowo z wywiadem medycznym skoncentrowanym na osiągniętym wykształceniu, czynnościach i doświadczeniu w pracy oraz zainteresowaniach, sporcie i innych, a także określa dalsze szczegóły we współpracy z pracownikiem socjalnym na podstawie wywiadu socjalnego; terapeuta zajęciowy następnie określa ogólnie poziom funkcji poznawczych. Terapeuta zajęciowy diagnozuje i analizuje zdolność do wykonywania codziennych czynności, funkcje ruchowe kończyn górnych, obszary zainteresowania, codzienne i tygodniowe rozkłady zajęć, zwyczaje, subiektywne wyobrażenia o możliwości pracy itd.

Standaryzowane testy stosowane przez terapeutę zajęciowego, fizjoterapeutę i lekarza jako część rehabilitacji przedzawodowej w Republice Czeskiej obejmują także **system pracy Isernhagen**. Jest to zestaw testów, mających na celu ocenę zdolności do wykonywania ciężkiej pracy fizycznej, takiej jak podnoszenie i przenoszenie ciężkich przedmiotów, praca z rękami nad głową itd. To badanie obejmuje również testy dynamometryczne Jamar, oceniające umiejętności motoryczne kończyn górnych i testy subiektywne dotyczące możliwości zatrudnienia.

System Pracy Isernhagen został opracowany w USA i znormalizowany dla Europy. Stosowanie tego testu jest uzależnione od ukończenia specjalnego szkolenia. Jest on przeznaczony dla osób niepełnosprawnych i bez wykształcenia lub dla osób z wykształceniem podstawowym, które wykonują głównie pracę fizyczną<sup>29</sup>.

### **Terapia zajęciowa skoncentrowana na programie codziennym i aktywnościach w czasie wolnym od pracy**

Każdy człowiek powinien mieć poczucie samorealizacji. Jeśli go nie ma, wówczas jakość życia jest ograniczona, co prowadzi do poczucia niezadowolenia i depresji. Wystarczające działania i aktywności w czasie wolnym przyczyniają się do poczucia pozytywnego spełnienia. W związku z tym wspomniany obszar jest ważny, a terapeuta zajęciowy musi uwzględnić go w swojej praktyce. Aktywności w czasie wolnym mogą stopniowo stać się podstawą do długoterminowego planu terapii zajęciowej do zakończenia procesu edukacji lub odnalezienia swego miejsca na rynku pracy. Rekreacja i czas wolny są również konieczne do uzupełnienia zwykłych czynności w pracy, redukcji stresu i relaksu. Aktywności w czasie wolnym związane są z pozytywnymi emocjami i motywacją pacjenta. Motywacja jest bardzo ważna w całej terapii zajęciowej oraz w pełnym procesie rehabilitacji. Identyfikacja zainteresowań pacjenta/klienta może być podstawą do dalszego dostosowania zawodowego planu terapii. Terapeuta zajęciowy musi określić ulubione aktywności pacjentów nie tylko w danej chwili, ale także przed chorobą lub wypadkiem, i starać się znaleźć sposób, aby umożliwić osobie niepełnosprawnej ponowne ich wykonywanie. Czasami adaptacja do środowiska jest wystarczająca, a pacjent może powrócić do swoich zajęć rekreacyjnych. Terapeuta zajęciowy musi określić zainteresowania i aktywność w czasie wolnym, korzystając z wywiadów, standaryzowanych kwestionariuszy lub obserwacji podczas wykonywania określonych czynności. Terapeuta może tworzyć własne niestandardowe formy. Aktywności w czasie wolnym są również ważne dla osiągnięcia optymalnej jakości życia osób w podeszłym wieku.

<sup>29</sup> O. Svestkova i in., *Metodiky psychosenzomotorického potencialu cloveka (Methodologies of human psycho-sensorimotor potential)*, Prague, Rozvojove partnerstvi PENTACOM, 2008, s. 54

## Wnioski

Celem terapii zajęciowej jest włączenia pacjenta do jego środowiska domowego w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia. Środkiem do osiągnięcia tego celu jest znacząca aktywność dobierana indywidualnie w zależności od osobowości pacjenta/klienta. Nowoczesna filozofia terapii zajęciowej używa modelu biopsychospołecznego Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, WHO<sup>30</sup>. Klasyfikacja uwzględnia całościowy model rehabilitacji oraz terapii zajęciowej, który koncentruje się na zdolności funkcjonalnej, uczestnictwie w życiu społecznym, ułatwiających czynnikach środowiskowych, czynnikach osobistych osoby niepełnosprawnej, a więc postrzega osobę jako całość, w połączeniu ze środowiskiem, w którym żyje<sup>31</sup>.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia w maju 2001 r., jest podzielona na części składowe, domeny i czynniki kontekstowe. Konieczne jest, aby wziąć pod uwagę funkcje i struktury organizmu na poziomie narządów, aktywności oraz ich ograniczenia, ograniczenia uczestnictwa, wraz z barierami środowiskowym utrudniającymi lub ułatwiającymi, a także czynniki osobowe. Powinno się ocenić takie sytuacje, w których osoby niepełnosprawne się znajdują; po rozwiązaniu tych sytuacji za pomocą różnych ułatwień, osoba niepełnosprawna może w pełni cieszyć się swoim „**zdrowiem funkcjonalnym**“.

**Celem terapii zajęciowej jest osiągnięcie optymalnej jakości życia osoby niepełnosprawnej.** Obejmuje on szybki powrót do środowiska domowego, proces kształcenia (szkoła, przekwalifikowanie), rynek pracy i powrót na powszechny rynek pracy, z pomocą zatrudnienia wspomaganego lub chronionego stanowiska pracy i przy użyciu wszelkich dostępnych świadczeń długoterminowych oraz mechanizmów wsparcia dostępnych w Republice Czeskiej. Terapeuta zajęciowy to ważny, kluczowy i niezastąpiony ekspert, który jest niezbędny do osiągnięcia optymalnego włączenia i jakości życia osoby niepełnosprawnej na każdym etapie egzystencji.

## Literatura

CZECH ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, [online], Prague, Definicje ergoterapie (Definition of Occupational Therapy), 2008, [cit. 2013/10/03], available from: [http://www.ergoterapie.cz/Events\\_List.aspx](http://www.ergoterapie.cz/Events_List.aspx)

<sup>30</sup> O. Svestkova, J. Pfeiffer, *Mezinarodni klasifikace funkcnich schopnosti, disability a zdravi, „Neurorehabilitace”*, (International Classification of Functional Abilities, Disability and Health), „Neurorehabilitation“, Prague, Galen, 2003, s. 350

<sup>31</sup> O. Svestkova, P. Sladkova, K. Svecena, *Mezinarodni klasifikace funkcnich schopnosti, disability a zdravi, WHO (MKF)*, International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO (ICF), Prague, Charles University in Prague, 1st Faculty of Medicine, 2010, s. 44



- Faktorova M., *Vysetreni ergoterapeutem a terapie kognitivnich a percepčních poruch u pacientu po postizeni mozku*, „NEUROLOGIE“ (Examination by an occupational therapist and therapy of cognitive and perceptual disorders in patients with brain damage), „Neurology”, Prague, Triton, 2003
- Floriano K. J., *Uniform Date System For Medical Rehabilitation*, Personal communication, 2009
- Folstein M. G., Folstein S. E., MC Hugh P. R., *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians*, „Journal of psychiatric research” 1975, Nr 12
- Hejzlarova V., Pokorna K., *Poradim si sam! Kompenzacni pomucky a upravy prost edi v praxi (I can handle it myself! Assistive devices and environmental adjustments in practice)*, Prague, Asistence, o. s., 2012
- INTERNATIONAL BOBATH INSTRUCTORS TRAINING ASSOCIATION, An international association for adult neurological rehabilitation, [online], Amstelveen, Bobath concept, 2013, [cit. 2013-11-03], available from: <http://www.ibita.org/>
- JAMAR HYDROLIC HAND USER INSTRUCTION, [online], Parkway North, Jamar Users manual, 2004, [cit. 2013-11-12], available from: <https://www.chponline.com/store/pdfs/j-20.pdf>
- JEBSEN TEST OF HAND FUNCTION, [online], Sydney, Jepsen summary, 2012, [cit. 2013-11-12], available from: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=1025>
- Jelinkova J., Krivosikova M., Sajtarova L., *Ergoterapie (Occupational Therapy)*, Prague, Portal, 2009
- Klucka J., Volfova P., *Kognitivni trenink v praxi (cognitive training in practice)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2009
- Krivosikova M., *Uvod do ergoterapie (Introduction to Occupational Therapy)*, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011
- Lippertova-Gruenerova M., *Neurorehabilitace, (Neurorehabilitation)*, Prague, Galén, 2005
- Meadows L., Raine S., Lynch-Ellerington M., *Bobath concept: theory and clinical practice*, „Neurological rehabilitation”, Oxford, Wiley-blackwell, 2009
- Orel M., Facova V., *Clovek, jeho mozek a svet (Man, his brain and the world)*, Prague, Grada publishing, a. s., 2009
- Pavlu D., *Specialni fyzioterapeutické koncepty a metody I. (Special physiotherapy concepts and methods I.)*, Brno, CERM, 2002
- PURDUE PEGBOARD TEST USER INSTRUCTION, [online], Parkway North, Purdue Pegboard model 320 20, user manual, 2004, [cit. 2013-11-12], available from: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=0CJ4BEBYwDg&url=http%3A%2F%2Fwww.si-instruments.com.au%2Flafayette%2Ffiles%2Fdownload%2Flafayette-current-version-purdue-pegboard-test-32020-lafayette-32020-purdue-pegboard-test-manual-pdf>

- html&ei=-47CUv7eNoTBtAa0roHADg&usg=AFQjCNG-JMZ3d0y6kUyDNsdD5Td9csdqA&sig2=Q15H6CMMESibqaO6coNcVA&bvm=bv.58187178,d.Yms
- Svestkova O., Svecena K., *Ergoterapie (Occupational Therapy)*, „Krehky pacient a primarni pece”, (Occupational Therapy), „Fragile patient and primary care”, Prague, Grada Publishing, a. s., 2011
- Svestkova O. i in., *Metodiky psychosenzomotorickeho potencialu cloveka, (Methodologies of human psychosensomotor potential)*, Prague, Rozvojové partnerství PEN-TACOM, 2008
- Svestkova O., Sladkova P., Svecena K., *Mezinarodni klasifikace funkenich schopnosti, disability a zdravi, WHO (MKF), International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO (ICF)*, Prague, Charles University in Prague, 1st Faculty of Medicine, 2010
- Svestkova O., Svecena K., *Ergoterapie, „Skripta pro studenty bakalarskeho oboru ergoterapie na 1. lekarske fakulte Univerzity Karlovy”*, (Occupational therapy, Textbook for undergraduate (bachelor) students of occupational therapy at the First Faculty of Medicine, Charles University), Prague, Charles University in Prague, 1st Faculty of Medicine, 2013
- Svestkova O., Pfeiffer J., *Mezinarodni klasifikace funkcnich schopnosti, disability a zdravi, „Neurorehabilitace”*, International Classification of Functioning, Disability and Health, „Neurorehabilitation“, Prague, Galen, 2003
- Turner-Stikes L., *The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure)*, Developed by the UK FIM+FAM Version 2.1., Brief overview, 1994
- UDSMR – Uniform Data System For Medical Rehabilitation, *The Fim System Clinical Guide*, Version 5.2., New York, Uniform Date System for Medical Rehabilitation, 2009
- VZP – Vseobecna zdravotni pojistovna (Czech General Insurance Company), [online], VZP, 2012, [cit. 2012-8-20], available from: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>