



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 22. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**Pedagogická fakulta UK v Praze
4. a 5. 6. 2010**

červen 2010

Sborník příspěvků z 22. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů

Praha, 4. a 5. 6. 2010

Příspěvky byly předneseny na **22. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v prostorách Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze ve dnech 4. a 5.6. 2010.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Albertov 7, 128 00 Praha 2,
www.ergoterapie.cz, info@ergoterapie.org

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Organizační výbor a vydavatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků. Sazba byla provedena ze zasláných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

Organizační výbor konference: Mgr. Jana Jelínková, Bc. Anna Jersáková, Mgr. Kristýna Kölblová, PaedDr. Eva Matějčková, Bc. Olga Nováková, Mgr. Tereza Šťastná, Bc. Zuzana Rodová, Mgr. Marcela Kryski, Mgr. Ludmila Šajtarová, Bc. Jana Matochová, Bc. Doubravka Koubková.

© Česká asociace ergoterapeutů, 2010

ISBN 978-80-254-7276-7

Program konference

Pátek- 4. 6. 2010

9:00- 10:00	Registrace účastníků konference
10:00- 12:00	Dopolední odborný program
10:00-10:20	Pfeiffer, J.: Hodnocení podle MKF
10:20-10:40	Vachek, S.: Využití ergoterapie v péči o občany závislé na cizí pomoci
10:40-11:00	Votava, J.: Mezinárodní klasifikace pomůcek pro osoby se zdravotním postižením – terminologie a využití v rehabilitační praxi
11:00-11:20	Svobodová, Š.: LifeTool – poradna o asistivní technologii
11:20-11:40	Navrátilová, B.: Univerzální design- Design for All
11:40-11:50	Náhlý, R.: Prezentace firmy Meyra
11:50-12:00	Diskuse
12:00- 12:30	Přestávka s občerstvením
12:30- 13:30	Zasedání valné hromady ČAE, představení kandidátů voleb
13:30- 14:30	Přestávka na pozdější oběd
14:30-16:00	Odpolední odborný program
14:30-14:50	Moravčíková, K.: MPT (Matching person and technology) model a proces hodnocení
14:50-15:10	Brabencová, M.: Alternativní formy v ergoterapii I.
15:10-15:30	Vláčilová, P.: Alternativní formy v ergoterapii II.
15:30-15:50	Hartoš, V.: Komplexní péče v dětské a adolescentní psychiatrii (Model Velké Británie)
15:50-16:00	Diskuse
16:00-16:30	Přestávka na kávu
16:30-17:45	Pokračování odborného programu
16:30-16:50	Nondek, M., Benešová, M.: Trénink kognitivních funkcí u klientů s diagnózou schizofrenie, kvalitativní a kvantitativní úhel pohledu
16:50-17:10	Obrtelová, L., Moravčíková, K.: Projekt Asistence o.s. „Práce na míru šitá“- podporované zaměstnávání s využitím asistivní technologie a COPM
17:10-17:30	Kohoutová, M.: ERGODOMA aneb ergoterapie v domácím prostředí
17:30	Diskuse
	Vyhlášení výsledků voleb do výboru ČAE

Sobota- 5. 6. 2010

9:00- 11:15 Dopolední odborný program

9:00- 9:20	Macků, K., Šuláková, K: Švédská ergoterapie našima očima
9:20- 9:40	Abu-Daqa Hrubá, A.: Zkušenosti s multidisciplinárním týmem v zahraničí (Saudská Arábie)
9:40-10:00	Nováková, O., Rodová, Z.: Současná situace ergoterapie v Evropě
10:00-10:20	Kadlecová, H.: Podíl ergoterapeuta na vzdělávání zaměstnanců v ÚVN
10:20-10:40	Čábelková, V.: Ergoterapie po transferu šlach u mladé pacientky s diagnostikovanou CMP v 7. měsíci života
10:40-11:00	Smíšková, Š.: Hiporehabilitace v ergoterapii, ergoterapie v hiporehabilitaci
11:00-11:15	Diskuse

11:15- 12:00 Přestávka s občerstvením

12:00- 13:30 Semináře

- 1. Základní strategie přesunů osob s míšní lézí (postura – stabilita – přesuny):** lektor Zdena Faltýnková
- 2. Metoda Margaret Johnston - možnosti využití nafukovacích dlah Urias v neurorehabilitaci:** lektor Renata Vodičková, DiS.
- 3. Senzorická Integrace jako přístup užívaný v ergoterapii u dětí:** lektor Bc. Zdena Slováková
- 4. COTE- Comprehensive Occupational Therapy Evaluation scale - seznámení s ergoterapeutickým hodnocením a zkušenosti s jeho využitím v pracovní rehabilitaci lidí s psychotickým onemocněním:** lektor Bc. Jana Pluhaříková Pomajzlová

13:30- 14:00 Přestávka na kávu

14:00- 15:00 Dokončení seminářů Ukončení konference, předání certifikátů

OBSAH

1.	Abu-Daqa Hrubá, A.: Zkušenosti s multidisciplinárním týmem v zahraničí (Saudská Arábie)	
2.	Brabencová, M.: Alternativní formy v ergoterapii I.	
3.	Čábelková, V.: Ergoterapie po transferu šlach u mladé pacientky s diagnostikovanou CMP v 7. měsíci života	
4.	Hartoš, V.: Komplexní přístup v dětské a adolescentní psychiatrii – model Velké Británie	
5.	Kadlecová, H.: Podíl ergoterapeuta na vzdělávání zaměstnanců v ÚVN	
6.	Navrátilová, B.: Univerzální design- Design for All	
7.	Nondek, M., Benešová, M.: Trénink kognitivních funkcí u klientů s diagnózou schizofrenie, kvalitativní a kvantitativní úhel pohledu	
8.	Nováková, O., Rodová, Z.: Současná situace ergoterapie v Evropě	
9.	Macků, K., Šuláková, K.: Švédská ergoterapie našima očima	
10.	Pfeiffer, J.: Hodnocení podle MKF	
11.	Smíšková, Š: Hiporehabilitace v ergoterapii, ergoterapie v hiporehabilitaci	
12.	Svobodová, Š: LifeTool – poradna o asistivní technologii	
13.	Vláčilová, P.: Alternativní formy v ergoterapii II:	
14.	Votava, J.: Mezinárodní klasifikace pomůcek pro osoby se zdravotním postižením – terminologie a využití v rehabilitační praxi	

Název příspěvku: **Zkušenosti s multidisciplinárním týmem v zahraničí (Saudská Arábie)**
Autor: Alena Abu-Daqa Hrubá DiS.
Pracoviště: Sultan Bin Abdulaziz Humanitarian City, Riyadh, Saudi Arabia
Stroke Unit, Pediatric Unit
Kontakt: aluskah@centrum.cz

Prvotní impulz a odhodlání se podělit se svými zahraničními zkušenostmi v poli ergoterapie přišel již první rok mého pobytu v této neobyčejné zemi. Celkově jsem v Království strávila 3 roky, z toho půlku na Stroke Unit, poté 1,5 roku na Pediatric Unit. Překvapením pro mne byl celkový počet fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, speciálních pedagogů, sester, lékařů, sociálních pracovníků a dalších profesí v na tak „nízký“ počet lůžek v jednom zařízení.

K dnešnímu dni se čítá v nemocnici cca 200 lůžek, tzv. Inpatient Units, které jsou rozdělené v podstatě dle diagnóz, věku a pohlaví. Tudiž na dospělou a dětskou část (čítá 2 unity-oddělení), dospělá část se dále dělí na mužské a ženské oddělení (zde se již diagnózy nečlení, i tak je tam méně žen než mužů) a 2 oddělení tzv. VIP, které je namíchané. Dospělé mužské se dále dělí na Stroke Unit (CMP), TBI (Traumatická poranění mozku), SCI (Míšní léze a poranění), General Medical (v podstatě směs interny a ortopedie, deformity, amputace, polytraumata). Dále je zde oddělení tzv. Outpatient dětské (Child Developmental Centre), a Outpatient dospělá část což je obdobou našich ambulantních klinik. Dále se zde nacházejí pomocná vyšetřovací pracoviště jako RTG, zubní, oční, protetika a ortotika, laboratoře, plicní a další. Tato vyšetřovací pracoviště jsou jednak pro potřeby pacientů na lůžkách, tak pro zaměstnance. Zajímavostí je též oddělení tzv. Home Health Care, která čítá opět větší počet sester, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří mají úplně jiný režim práce než zaměstnanci v nemocnici. Tito lidé se většinu času ani v nemocnici nevyskytují, provádějí svou péči u klientů přímo v jejich domovech, kdy nemocnice poskytuje auto i s řidičem. Většina klientů jsou bývalí pacienti z nemocnice, kdy nemohou z různých důvodů docházet na ambulantní terapie.

Lůžkové oddělení, tzv. Inpatient Units: počet lůžek se pohybuje v rozmezí 24 – 26, kdy každý pacient má svůj pokoj nebo tzv. Shared room, kdy 2 pacienti sdílejí sociální zařízení, ale pokoje jsou odděleny přepážkou. Na jedno takové oddělení vždy připadá v průměru 5 fyzioterapeutů, 4 – 5 ergoterapeutů, 1 logoped (je-li třeba), 1 psycholog, 1 speciální pedagog (je-li třeba), 1 sociální pracovník, 1 tzv. Vocational therapist, 1 recreational therapist, kolem 15ti sester ve směnném provozu, 1 lékař interního lékařství, 1 lékař se specializací v rehabilitaci, 1 překladatel, 1 patient relation, též 1 manažer a někdy i 1 supervizor rehabilitační části a 1 manažer ošetrovatelské části toho daného oddělení, unitu a nakonec 1 case manager.

Tudiž na jednoho terapeuta (fyzio/ergo) připadá v průměru 6 pacientů na den, což se zdá málo, ale každý terapeut MUSÍ vidět každého svého pacienta 1h denně. Terapeutická jednotka se sestává z 15 min, tudíž musí poskytnout minimálně 4 jednotky denně, nejlépe 2 ráno a 2 odpoledne. Tyto jednotky musí každý terapeut denně vykazovat, účtovat. Většinou to ale závisí na diagnóze pacienta, jeho potenciálu, cílech celého týmu a hlavně rozhodnutí terapeuta, které si musí vždy obhájit.

Jedenkrát týdně je tzv. Team round a Team conference. Konference se většinou týká nově příchozích pacientů (alespoň do týdne od příjmu) nebo závažnějších případů. Konference se vždy zúčastní všichni zainteresovaní terapeuté. Jedná-li se například v

konferenci o mého pacienta, den předem musím vyplnit formulář a při konferenci mám být přítomna, abychom všichni společně projednali daný případ klienta. Rehabilitační lékař se ptá na naše vstupní vyšetření a hodnocení (z mého pohledu na ADL především, stav horních končetin, celkovou mobilitu atp.), na náš cíl – čeho chceme v průběhu hospitalizace dosáhnout, a tím se domlouvá na cíli tak, aby ode všech od nás, šel stejným směrem. Od následujícího týdne tento pacient je diskutován při tzv. Team roundech (vizita), kde opět všichni sdělujeme lékaři jak pokračuje léčba, jaká je progres, zda-li se vyskytl nějaký problém, zda-li potřebuje klient nějakou pomůcku atp. V podstatě týdně se sděluje souhrn informací za uplynulý týden, pokoj po pokoji.

Náplň ergoterapeuta: počáteční vyšetření, anamnéza, ohodnocení klienta (co zvládne, co nezvládne), stanovení krátkodobého cíle během hospitalizace (6-8 týdnů, může být prodlouženo), navrhování a předepisování kompenzačních pomůcek, edukace rodinných příslušníků (98% je přítomno během hospitalizace klienta), terapeutická jednotka denně alespoň 1h individuálně, možnost skupinové terapie, týdenní aktualizace dokumentace klienta (změna či pokračování v cílech, stavu klienta), v určitých případech výroba plastové ortézy na horní končetinu, edukace v používání kompenzačních pomůcek, vozíků, speciálních dětských kočárků atp., aktivní účast na středních skupinových terapiích (sensory integration, high functional group) nebo při teoretických lekcích pro rodiče atp.; uzavření dokumentace při propouštění, vytváření závěrečné propouštěcí zprávy a návrhy a stanovení dlouhodobých cílů, případné znovu přijetí (po jaké době a proč).

Každé oddělení, ať dětské či dospělé, má své vlastní programy specializované na tu danou problematiku. Na dětském oddělení máme přidružené programy Aquaterapie (cvičení v bazénu) a Hipoterapie, které jsem byla vedoucí, což neslo více zodpovědnosti, starosti, ale i radosti.

Závěr: začátky v takovém provozu byly pro mě dost náročné. Měla jsem to štěstí, že jsem začínala s velmi malým počtem pacientů, který se postupně navyšoval. Mohla jsem se tedy na začátku v klidu rozkoukávat a zvykat si na novou situaci, kterou jsem v Čechách nikdy nezažila. Řekněme, že jsem se naučila pracovat v hodně velkém fofru a nakonec jsem byla hrdá sama na sebe, že jsem zvládla řídit svůj čas tak, abych stihla vše co mám udělat a přitom nemusela zůstat v práci déle, než by bylo nutné!

Název příspěvku: **Alternativní formy v ergoterapii I.**
Autor: Mgr. Markéta Brabencová
Pracoviště: Psychiatrická klinika FN Brno
Kontakt: Marketa.brabencova@seznam.cz

Úvod

Ergoterapeutické přístupy a metody v posledních letech doznaly proměny zejména ve změně pohledu na artefakt a jeho výslednou podobu. Namísto zhotovování „výrobků“ se klade důraz na vnitřní prožívání během tvorby a na rozhovor týkající se spokojenosti klienta, či jeho nespokojenosti. Nabídkou nových pracovních činností v oblasti ergoterapie vytváříme klientovi možnost nových prožitků, při práci s netradičními materiály a seznámení se s současnou výtvarnou tvorbou.

1. Prožitková ergoterapie

Do ergoterapie vstupuje prožitek, jako důležitý moment v procesu tvorby. Klient nepracuje podle návodu, ani podle přesných pokynů terapeuta, ale jsou mu předkládány možnosti, které si sám vybírá. Při této práci hraje terapeut roli průvodce činností. Jde o předkládání nabídky, větší flexibilitu terapeuta a obměnu činností. Ergoterapeutické dílny nezůstávají u zaběhnutých a osvědčených, léty ověřených činností, ale plánují nové činnosti, které přináší nový prožitek. Využívají se i materiály odpadní, recyklovatelné a uplatnění materiálů v jiných souvislostech.

2. Uplatnění umění 20. století v ergoterapii

Za nejčastěji užívanou formu v ergoterapii lze považovat **happening**. Označení této umělecké formy pochází z anglického jazyka a znamená – přihodit, udát se náhodně. Většina happeningů není zcela náhodná, jsou připraveny terapeuti (v hrubých rysech), může se jednat o formu svázanou tématem, či náhodně vzniklou (jednoduchá forma dramaterapie), společným rysem je narušení pasivity a vtažení diváků do prožitku.

Land art – zemní umění – do širšího povědomí vstoupil tento způsob tvorby v 70. letech 20. stol. V doslovném překladu se jedná o umění krajiny. Na samém počátku to byly velkoplošné zásahy do terénu pomocí nářadí a strojové techniky.

Později zejména v Evropě se tento druh umění změnil v komornější provedení odstranitelných, jemných zásahů, vytvořených často s pomocí přírodních materiálů.

Mobile art – umění mobilů (jedním z představitelů Marcel Duchampe), jedná se o předměty z různých materiálů, volně se pohybující v prostoru, poháněné větrem, vodou nebo dotykem.

Street art – jakékoliv umění vytvářené na veřejném místě, v terapeutickém procesu dochází k překročení konvencí a navázání dialogu se společností. Práce se spreji může probíhat jen na místech k tomuto určených.

3. Výtvarné vyjadřovací prostředky a ergoterapie

Ergoterapie nenabízí pouze základní výtvarné vyjadřovací prostředky (kresba, malba) ale nabízí i jiné výtvarné prostředky, které mají stejnou výpovědní hodnotu. Mezi tyto techniky patří

Koláž – může být plošná nebo trojrozměrná, účinek koláže je často vystavěn na protipólech nebo na nezvyklých spojeních. Koláží se dají opatřit i trojrozměrné předměty, které s tímto povrchem získávají novou sdělnost.

Asambláž – spojení objektů, které spolu nesouvisí a nebyly určeny svým významem k výtvarnému zpracování. Takto shromážděné asambláže vytváří nový významový celek. Často to jsou spojení a kombinování nesourodých reálných prvků.

Práce se sklem – malování na sklo – obraz který vzniká je zrcadlově obrácen, teprve po jeho dokončení vidí autor jeho finální podobu (podklad alobal, metoda malování na sklo lidových obrazů.)

Vitráže – technika tiffany, řezání a broušení skla, spojování cínem.

Pet art – vytváření trojrozměrných objektů z PET lahví, spojování tavnou pistolí nebo horkovzdušnou pistolí.

4. Multimediální techniky v ergoterapii

Zařazení nových medií do terapie se jeví jako nezbytné pro prožitkovou ergoterapii, pomocí fotografií lze rozvinout terapii dlouhodobě s možností náhledu na události minulé. Kombinace multimedií často nabízí samostatnou terapii (animace, malba světlem, proměna v čase).

Literatura

- 1. CASEOVÁ, C. DALLEYOVÁ, A.** Arteterapie s dětmi. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-065-0.
- 2. HORÁČEK, R.** *V dialogu s uměním*. Brno: MU. 1994.
- 3. FONTANA, D.** *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71780-634.
- 4. KLIVAR, M.** *Nová arteterapie v psychopedii*. 1.vyd. Praha: Balt East, 2002. ISBN 80-86383-14-8.
- 5. LIEBMANN, M.** *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.

Název příspěvku: Ergoterapie po transferu šlach u mladé pacientky s diagnostikovanou CMP v 7. měsíci života
Autor: Bc. Veronika Čábelková
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1.LF UK, Praha

Úvod

Cílem tohoto příspěvku je informovat o terapeutických možnostech u pacientů po transferech šlach na horní končetině u osob po cévní mozkové příhodě, komplikované jako v případě mé pacientky, dlouhým časovým úsekem od vzniku hemiparézy a emoční labilitou.

Jako transfer šlach označujeme přemístění části nebo celku tělní části (bez jejího vyjmutí z těla) do jiné pozice, kde přebírá funkci (7). Přesunutá část zůstává napojena na vaskulární a nervové zásobení. V ergoterapii se nejčastěji s tímto chirurgickým zákrokem setkáváme u pacientů s transverzální lézí míšni (tetraplegiků). Cílem je především zlepšení funkčního úchopu a rozšíření spektra ADL a zlepšení kvality života. (3)

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní příhoda, při níž dojde k poškození mozkové tkáně. Jedná se o závažné onemocnění s vysokou mortalitou, které postihuje stále více lidí. Věková hranice osob s výskytem CMP klesá a není výjimkou věk okolo 25 let. Rozlišujeme dva typy příhod. Ischemická CMP – je způsobena nedokrevností v určité oblasti mozku, (cca 85 % CMP). Hemoragická je způsobena krvácením do mozku. Počet všech CMP na 100 000 obyvatel ročně v ČR výrazně převyšuje 350 (2).

Kazuistika

Pacientka, 20 let, stp. p. ischemické CMP s následnou levostrannou centrální hemiparézou v 7 měsících života. Na naší kliniku poslána po operaci šlach na nedominantní horní končetině v oblasti zápěstí a dlaně lékařkou, která provedla operaci ve Vysokém nad Jizerou. První kontakt, vstupní vyšetření, proběhlo 6 týdnů po operaci (březen 2009). Pacientka byla vyšetřena lékařem, psychologem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem. Později bylo doplněno vyšetřením spec. pedagogem. Byla zahájena pravidelná ergoterapie (trvá do dnes), fyzioterapie (10x ve dvou etapách) a občasná spec. pedagogika.

Při vstupním vyšetření je pacientka schopna chůze bez pomůcky, je porucha neurodynamiky se silně fixovanými patologickými stereotypy. Chabé držení těla, astenická. Levou horní končetinu (LHK) si po transferu šlach drží u těla, trvalá flexe loketního kloubu způsobená spasticitou, supinační postavení předloktí, hyperextenze zápěstí, palec v addukci, 2.-4. prst drží ve stříšce. LHK nezapojuje do běžných denních činností (ADL), nyní částečně závislá na dopomoci matky (oblékání, koupel, příprava jídla, jízda MHD, komunikace s lékaři a na úřadech). Kvantitavní poruchy myšlení - zpomalené, nevýpravné, nezralé.

Hlavním problémem nejen začátku terapie byla špatná spolupráce, úzkost, strach, trvalé i náhle vznikající svalové křeče ovlivněné psychickou pohodou, které výrazně ovlivňují celý průběh terapie. Dále odpor a nepřijmutí LHK, nemotivovanost.

V ergoterapii jsme v průběhu terapie využily mnoho možností ovlivnění jak psychického tak fyzického stavu. Přes dechová cvičení, péče o jizvu, stimulaci, protahování, až po aplikaci nafukovacích Urias dlah, cvičení v představách, cvičení před zrcadlem, s vyloučením zraku... Dále nácvik sekundárních úchopů, postupné zapojování LHK do volnočasových činností i běžných denních aktivit, nácvik válcového úchopu pro možnost sebesycení vidličkou s upravenou rukojetí.

Závěr

I když výskyt pacientů po CMP je na naší klinice hojný, tuto pacientku a její problematiku i postup terapie považuji za ne příliš standardní.

V terapii u CMP je nutno zvážit z řady hledisek a postupovat přísně individuálně. Musíme zohledňovat nejenom základní onemocnění, její léčbu, ale také osobnostní postoje a charakter jedince. Přizpůsobit mu nejen výběr terapeutických technika, ale také tempo léčby.

Literatura

1. HOLUBÁŘOVÁ, J., PAVLŮ, D.: Proprioceptivní neuromuskulární facilitace I. Praha:Karolinum, 2008
2. JANOUŠKOVÁ, L., KALINA, M. Cévní mozková příhoda se dnes nevyhýbá ani dvacetiletým. Nemocnice Na Homolce. 2006
3. Kolektiv autorů, Neurologie 2005. Praha: Triton 2005
4. LIPPERT-GRÜNER, M. Neurorehabilitace, Praha:Galen, 2005
5. LORENZO, L. Obnova pohybu po CMP. Praha:Rehalb,2003
6. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi, Grada: 2007
7. Školení v systému ICD-10-PCS, Program Evropské Unie Transition Facility pro Českou republiku, 2002

Název příspěvku: Komplexní přístup v dětské a adolescentní psychiatrii – model Velké Británie

Autor: MUDr. et Mgr. Viktor Hartoš

Dětská psychiatrie je mimořádně podnětnou a zajímavou částí psychiatrické péče. Lékaři vidí děti a jejich rodiny v průběhu jejich vývoje a v širokém spektru od anorexie po autismus, od deprese po zneužívání návykových látek, od problémů ve výchově po psychotické projevy. Dětský psychiatr využívá nejrůznější psychoterapeutické přístupy stejně jako psychofarmakologickou léčbu. Multifaktoriální povaha problémů dětských pacientů vyžaduje multidisciplinární přístup a spolupráci různě zaměřených pracovišť, který se musí stát normou. Souvislost mezi dětskými psychickými potížemi a pozdějším rozvojem psychických onemocnění v dospělosti je stále zřejmější. Je zde značná příležitost pozitivně ovlivnit vývoj dítěte a jeho budoucnost.

Pochopení a úspěšné zvládnutí psychických obtíží dítěte vyžaduje důkladné zvážení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které se mohou podílet na rozvoji symptomů. Je důležité pamatovat na to, že jednotlivé faktory se mohou jednak kumulovat, ale také vzájemně ovlivňovat a vyústit v rozvoj příznaků. Bio-psycho-sociální přístup je užitečný jak ve všech fázích posuzování, tak i v průběhu intervencí poskytovaných dětem.

Když se mladý člověk dostává do psychiatrické péče, je to spíše pro, že sem byl poslán, než že by ji sám vyhledal. To samozřejmě ovlivňuje jeho spolupráci, stejně jako důvěru v terapii a terapeuta. Navíc jen zcela výjimečně se problém týká jen pacienta samotného. Obvykle je závislý na péči rodičů nebo jiných dospělých osob. Různí lidé tak mohou mít rozdílné zkušenosti s psychickými problémy mladého pacienta i jejich rozdílná vysvětlení a také mohou mít rozdílný názor na to, co a jak by mělo vést ke zlepšení situace. Profesionál si musí být vědom této rozdílné dynamiky a zároveň musí zachovat objektivní a nestranný přístup ke všem rodinným příslušníkům. Je nutné si uvědomit, že ačkoliv rodina žádá o pomoc, může mít také pocity selhání a viny v souvislosti s problémy dítěte. To vyžaduje citlivý přístup a komunikační schopnosti.

Příspěvek popisuje organizaci dětské a adolescentní psychiatrie ve Velké Británii, která je celosvětově vnímána jako jedna z nejpropracovanějších a zohledňující výše zmíněné principy.

Název příspěvku: Podíl ergoterapeuta na vzdělávání zaměstnanců v ÚVN
Autor: Mgr. Helena Kadlecová
Pracoviště: ORFM ÚVN Praha

V Ústřední vojenské nemocnici v Praze jsou zaměstnány 3 ergoterapeutky, které působí na Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny (ORFM) a na Léčebně dlouhodobě nemocných. V rámci multidisciplinárního týmu spolupracují s lékaři, fyzioterapeuty, logopedkou, sociálními pracovníky a ošetrovatelským personálem.

Strategií nemocnice pro ošetrovatelství je zavést v péči o pacienty tzv. rehabilitační ošetrování. Zaměstnanců rehabilitačního oddělení není dostatek na to, aby se mohli v dostatečné míře věnovat všem pacientům, kteří jejich intervenci potřebují. Proto je nezbytné zavádět prvky rehabilitace do ošetrovatelského procesu.

Nemocnice má za cíl proškolit své zaměstnance v přístupech k pacientům, které vedou k aktivizaci, podpoře funkce a soběstačnosti a které by se měly stát přirozenou součástí denní práce ošetrovatelského personálu. Tím bude zajištěna rehabilitační intervence i u pacientů, kteří nemají indikovanou fyzioterapii a ergoterapii.

Zaměstnanci ORFM včetně ergoterapeutek se aktivně podílejí na praktických seminářích rehabilitačního ošetrování, které zde pravidelně probíhají. Účastníci se zde naučí důležité prvky rehabilitačního procesu, jako např. polohování, základy pasivního a aktivního cvičení, optimální způsoby vertikalizace, přesunů a chůze, ovládnutí mechanického vozíku, možnosti aktivizace pacientů a vedení k soběstačnosti, seznámí se s kompenzačními pomůckami.

Teoretická část semináře je formou e-learningu. V rámci e-learningových kurzů jsou dále přístupná další specializovaná témata z oblasti rehabilitace. Jeden z nově vytvořených kurzů pojednává o ergoterapii. Jeho cílem je představit obor zaměstnancům a seznámit je s hlavními principy ergoterapie a zásadami přístupu k pacientům.

Ergoterapeutky v ÚVN dále přednášejí své příspěvky na seminářích oddělení i celonemocničních konferencích.

Ve svém příspěvku podrobněji uvedu, jakým způsobem se ergoterapeut zapojuje do vzdělávání zaměstnanců nemocnice. Cílem přednášky je poukázat na důležitost multidisciplinární spolupráce a vzájemného předávání informací mezi obory za účelem zkvalitnění péče.

Dalším cílem je ukázat, jak může ergoterapeut využít výše zmíněných vzdělávacích programů pro zaměstnance nemocnice k jejich seznámení s oborem ergoterapie jako samostatnou profesí a hlubšímu porozumění jeho náplni a přínosu pro pacienty.

Název příspěvku: **Univerzální design- Design for All**
Autor: Ing. arch. Blanka Navrátilová
Pracoviště: Fakulta architektury ČVUT v Praze

Univerzální design je takový design, který splní požadavky lidské rozmanitosti, sociální rovnosti a rovnocennosti; vytváří rovné příležitosti pro všechny lidi ve všech oblastech života, bez ohledu na věk, zdravotní stav, fyzické možnosti, národnost, kulturní nebo náboženské zázemí. Univerzální design je jednoduchý, vycházející z antropometrie, respektující lidskou fyziologii i psychologii.

Co je to univerzální design?

Univerzální design, nebo-li design pro všechny je poměrně mladý přístup k navrhování věcí, staveb a prostředí. Vyvinul se z bezbariérového designu, ale je směřován na všechny lidi bez ohledu na věk, zdravotní stav, fyzické možnosti, národnost, kulturní nebo náboženské zázemí. Jde v něm o víc, než jen o to, aby se věc „líbila“.

Univerzální design je takový design, který splní požadavky lidské rozmanitosti, sociální rovnosti a rovnocennosti; vytváří rovné příležitosti pro všechny lidi ve všech oblastech života. Hledá taková řešení, která produkují budovy, výrobky a prostředí, které jsou využitelná všemi lidmi v co největším možném rozsahu bez nutnosti přizpůsobování nebo speciálních úprav. Univerzální design je jednoduchý, vycházející z antropometrie, respektující lidskou fyziologii i psychologii.

Základní myšlenkou pro vznik univerzálního designu bylo umožnit pohodlný a plnohodnotný život lidem se zdravotním postižením, smyslovým nebo pohybovým. V současné době tvoří až 40% evropské populace osoby se zdravotním postižením, senioři a lidé s dočasně omezenou mobilitou – např. maminky s kočárky, člověk se zraněním, cestující s těžkým zavazadlem. Brzy se ukázalo, že předměty, navržené podle zásad univerzálního designu, nebo prostředí, které respektuje principy univerzálního designu, je příjemné a pohodlné pro všechny lidi, i pro ty bez jakéhokoliv handicapu.

Univerzální design by se měl stát přirozenou součástí práce každého architekta nebo designéra, je však výzvou také pro podnikatele, politiky a úředníky, protože jednoznačně patří mezi prostředky trvale udržitelného rozvoje, především do jeho sociální a ekonomické sféry. A trvale udržitelný rozvoj je dnes bez pochyb klíčovým směrem vývoje lidské společnosti.

Historie univerzálního designu

Kořeny univerzálního designu lze nalézt již v první polovině 20. století v období funkcionalismu, kdy formu stavby určovala především funkce, provozní, ekonomická, sociální, hygienická aj. Rozměry Le Corbusiérovy obytných jednotek byly odvozeny z proporčního systému modulator, ten vycházel z proporcí lidského těla.

V 50. letech 20. století se ve skandinávských zemích objevuje tzv. ergonomický design, nejznámějším představitelem je finský architekt a designér Alvar Aalto. Každý si jistě vybaví jeho návrhy nábytku z ohýbané překližky, který svými tvary a velikostí vychází z přirozených pozic a velikosti lidského těla.

V 60. letech 20. století se objevují první občanská hnutí bojující za práva lidí se zdravotním postižením, vznikají první státní orgány a legislativní opatření věnující se problematice lidí se zdravotním postižením i seniorů. Ve Švédsku se rodí koncepce „Společnost pro všechny“ orientovaná na přístupnost prostředí. Ve Spojených státech amerických vznikají hnutí na podporu veteránů z druhé světové války a z války ve Vietnamu, v roce 1961 jsou zde vydány první standardy pro zpřístupnění budov lidem s tělesným postižením.

V roce 1990 byl schválen v USA zákon The Americans with Disabilities Act, který probudil povědomí veřejnosti o právech osob s postižením. Zakazuje diskriminaci v zaměstnání, požaduje přístup do veřejných budov, do budov ubytování, služeb, k veřejné dopravě a telekomunikacím. Pokud existují fyzické bariéry, které brání přístupu, musí být odstraněny. Roku 1993 byla přijata Standardní pravidla OSN z hlediska rovnosti příležitostí pro lidi se zdravotním postižením.

Od 90. let 20. století vzniká mnoho center a organizací zabývajících se designem pro všechny. V USA vzniklo v roce 1989 Centrum pro univerzální design při Státní univerzitě Severní Karolíny, zakladatelem byl Ronald Lawrence Mace, sám po většinu života upoután na invalidní vozík. Centrum se věnuje především poradní činnosti pro projektanty a designéry, pořádá různé přednášky a workshopy, působí ve výuce na univerzitě a vydává knihy a různé informační materiály s tématem univerzálního designu. V roce 1997 zde bylo za přispění architektů, designérů, strojních inženýrů a vědců zabývajících se životním prostředím formulováno 7 základních principů univerzálního designu.

Evropským zástupcem je Evropský institut pro navrhování a postižení (EIDD), dnes působící pod názvem Design pro celou Evropu (Design for All Europe). Založen byl roku 1993, členy je v současné době 22 evropských zemí, Česká republika mezi ně zatím nepatří. Institut působí jako platforma sdružující sociální pracovníky, architekty, projektanty, designéry a všechny, kteří věří, že jejich práce hraje důležitou roli v transformaci naší společnosti do soudržnějšího, inovativního a udržitelného regionu a chápou, jak moc může univerzální design zlepšit život každého z nás. Základním dokumentem institutu je Stockholmská deklaráce z roku 2004.

Existuje také mnoho národních institucí, které se věnují univerzálnímu designu, jako je například španělská organizace Design for All Foundation, rakouská organizace Design for All, v Čechách se tomuto tématu věnuje organizace Czech design.cz.

Východiska pro vznik univerzálního designu

Obecně lze říci, že pro vznik filozofie univerzálního designu jsou klíčové změny ve společnosti a technologický pokrok. Blíže lze východiska pro vznik a rozvoj univerzálního designu rozdělit do pěti skupin.

První skupinu tvoří **demografické důvody** jako je nárůst počtu obyvatel nebo stárnutí společnosti. Roste počet obyvatel a tudíž roste také počet osob s postižením. Jako příklad si vezměme Českou republiku. Zatímco na konci 18. století žilo na území Čech, Moravy a Slezska 4,25 milionu obyvatel, v roce 1950 to už bylo téměř 9 milionů obyvatel a při posledním statistické sčítání v roce 2000 zde žilo již 10,3 milionů obyvatel, z toho zhruba 1/10 obyvatel se zdravotním postižením.

S tím jak klesá porodnost a stoupá průměrný věk, kterého se lidé dožívají, dochází ke stárnutí obyvatelstva. Podívejme se opět na statistické údaje o České Republice. V roce 1950 tvořil podíl obyvatel starších 65 let 8%, v roce 2000 bylo obyvatel ve věku nad 65 let již 14% celkové populace.

Mezi demografické důvody vzniku univerzálního designu lze také zařadit velký počet válečných veteránů a obětí válek, které se odehrály ve 20. století, především z druhé světové a z války ve Vietnamu. Války 20. století se vyznačují nepříjemnou skutečností, že se neodehrávají pouze na bojištích, ale všude a oběťmi již nejsou jen vojáci, ale také civilisté, stoupá tak počet lidí s jejich následky.

Druhou kategorií tvoří **faktory sociální**, z nichž za nejdůležitější lze označit globalizaci, změnu způsobu života. Vše je dnes rychlejší, vzdálenosti jsou kratší. Stále více lidí má přístup ke vzdělání, ke kultuře, cestování a s tím také narůstá počet lidí, kterým nebyl přístup k těmto věcem umožněn z důvodu fyzických bariér. Baby boom v 60. a 70. letech 20. století dal světu novou generaci lidí, která chce zůstat aktivní i ve stáří, která se na rozdíl od svých rodičů nebude chtít cítit „ošklivá“, nepatřící do společnosti ani ve stáří.

Třetí skupinou důvodů jsou **důvody ekonomické**. V 80. letech, stejně jako nyní udeřila ekonomická krize. Firmy byly nuceny zefektivňovat svoje výrobky tak, aby je mohlo využívat co nejvíce lidí a hledat nové zákazníky a to i mezi lidmi s postižením nebo mezi seniory. Ukázalo se, že je to velmi početná skupina zákazníků, kteří rádi zaplatí za kvalitní výrobky, které dokáží zlepšit jejich nesnadný život.

Velký podíl na vzniku univerzálního designu má **technologický pokrok**, ať už se jedná o rozvoj lékařských nebo rehabilitačních technologií, nebo o objev antibiotik. Dříve smrtelné nemoci nebo těžká zranění dnes přežívá mnohem více lidí, často však s trvalými následky.

Poslední skupinou východisek jsou ta **legislativní**. Sem lze zařadit vznik různých občanských hnutí bojujících za práva lidí s postižením, nebo seniorů a také zákony a vyhlášky vydané vládami jednotlivých států.

Principy univerzálního designu

Ať už se zaměříme na principy vydané americkým Centrem pro univerzální design, nebo na zásady sepsané organizací Design pro celou Evropu (EIDD), základní myšlenky jsou identické: nediskriminovat, minimalizovat složitost, umožnit výběr.

Uvádím zde 7 základních principů univerzálního designu, jak je publikuje Centrum pro univerzální design, protože si myslím, že jsou celkem přehledně zpracované a srozumitelné. Ke každému principu přikládám také praktický příklad pro lepší pochopení.

1) SPRAVEDLIVÉ UŽÍVÁNÍ

Design je užitečný a prodejný osobám s různými schopnostmi.

1a) Poskytnout stejnou možnost použití pro všechny uživatele, identickou pokud možno, nebo alespoň ekvivalentní.

1b) Vyloučit segregaci nebo poznamenávání jakéhokoliv uživatele

1c) Dopřát soukromí a bezpečí ve stejné míře všem uživatelům

1d) Tvořit design příjemný pro všechny uživatele.

Příklad:

Zkušební kabiny ve obchodě s oblečením – alespoň jedna by měla být tak velká, aby si i člověk na vozíku, nebo člověk vyžadující asistenci mohl pohodlně a v soukromí vyzkoušet oblečení.

2) FLEXIBILITA V UŽÍVÁNÍ

Design počítající s širokým spektrem individuálních možností a schopností.

- 2a) Poskytnout výběr v metodách užití
- 2b) Vyhovovat jak pravákům, tak levákům (v přístupu i v užívání)
- 2c) Usnadnit uživateli přesnost a pečlivost
- 2d) Poskytnout přizpůsobitelnost k uživatelově rychlosti

Příklad:

Kuchyňské nebo zahradní náčiní, které je navrženo tak, že ho mohou bez problému užívat jak praváci, leváci. Vyrábí ho například firma americká firma OXO. Už jen název (stejně jako produkty) této firmy je vytvořen v duchu univerzálního designu, ať ho čtete jakýmkoliv směrem (zprava, zleva, shora, zdola), stále ho čtete stejně.

3) JEDNODUCHÉ A INTUITIVNÍ UŽÍVÁNÍ

Použitý design je snadno pochopitelný, nevyžadující uživatelu zkušenost, znalost, jazykové schopnosti nebo vysoký stupeň soustředění.

- 3a) Vyvarovat se zbytečné složitosti
- 3b) Odpovídat uživatelově očekávání a intuici
- 3c) Vybavit výrobek odpovídajícím textovým popisem ve více jazycích
- 3d) Uspořádat informace v pořadí odpovídajícím jejich důležitosti
- 3e) Poskytnou efektivní nápovědu a zpětnou vazbu během a po zpracování úlohy.

Příklad:

Nábytek z Ikei dokáže sestavit za pomoci návodu s obrázky každý, i ten, kdo neumí číst, a to i proto, že se jeho tvůrci vyvarovali zbytečné složitosti a měli v patrnosti intuici.

4) SROZUMITELNÉ INFORMACE

Návrh sděluje důležité informace uživateli efektivně, bez ohledu na okolí nebo na smyslových schopnostech uživatele.

- 4a) Užívat různé způsoby pro sdělení podstatných informací (piktogramy, hlášením, hmatově)
- 4b) Maximalizovat čitelnost podstatných informací
- 4c) Odlišit prvky způsobem, který může být popsán, např. jednoduše podat informaci o směru)
- 4d) Poskytnout kompatibilitu s různou škálou technologií nebo zařízení, která používají lidé s omezenými smysly

Příklad:

Důležité informace by měl zdravý člověk vnímat dvěma nezávislými smysly tak, aby člověk s postižením nějakého smyslu, dostal tuto informaci také. Proto se ve výtazích zobrazuje číslo podlaží na displeji a zároveň je sdělováno hlášením. Moderní

televizní vysílání obsahuje skryté titulky, které pomáhají nejen lidem s postižením sluchu, ale i lidem s omezenými jazykovými znalostmi.

5) TOLERANCE CHYB

Návrh minimalizuje riziko a nepříznivé následky nehod nebo neúmyslných činů.

5a) Instalovat prvky, které minimalizují riziko a chyby, nejvíce užívané prvky nejlépe přístupné, rizikové prvky vyloučit, izolovat nebo zastínit.

5b) Poskytnout varování před riziky a chybami

5c) Poskytnout záchranné tahy

5d) Odradit od nevědomých akcí způsobem, který vyžaduje ostražitost

Příklad:

Tah UNDO nebo ZPĚT tah v počítačových programech poskytují uživateli možnost opravit chybu bez penalizace. Program se Vás také před ukončením práce zeptá, zda chcete skutečně skončit a zda chcete Vaši úlohu uložit, pokud ji sami uložit zapomenete.

6) MALÁ FYZICKÁ NÁMAHA

Design může být použit efektivně, pohodlně, s minimem námahy.

6a) Dovolit uživateli udržovat neutrální pozici těla

6b) Užívat odůvodněnou ovládací sílu

6c) Minimalizovat opakování akce

6d) Minimalizovat dlouhodobé fyzické nároky

Příklad:

Zde bych ráda uvedla velice pěkný příklad z České republiky. Jedná se o láhev minerální vody Korunní, jejíž design má na svědomí Ivan Dlačič. Láhev má příjemný ergonomický tvar – padne do ruky a především má širší uzávěr umožňující otevření lahve za použití mnohem menší síly než u klasických uzávěrů.

7) VELIKOST A PROSTOR PRO PŘÍSTUP A UŽÍVÁNÍ

Odpovídající velikost a prostor je poskytován pro přístup, dosažení, manipulaci a užití bez ohledu na uživatelskou tělesnou velikost, pozici a pohyblivost.

7a) Poskytnout jasný výhled na důležité prvky pro jakéhokoliv sedícího nebo stojícího uživatele.

7b) Dosáhnout na všechny součásti pohodlně pro jakéhokoliv sedícího nebo stojícího uživatele

7c) Vyhovět variantám rukou a uchopením

7d) Poskytnout dostatečný prostor pro použití pomocných zařízení nebo osobní asistenci

Příklad:

Dostatečný prostor kdekoli to jen jde – před vstupními dveřmi, na toaletách a v koupelnách, u poštovních schránek nebo popelnic, mezi regály v obchodech, mezi stoly v restauracích aj.

Použitá literatura a zdroje:

MACE, R. L. *The Universal Design File*. Raleigh: The Center for Universal Design, NC State University, 1998.

MACE, R. L.; HARDIE, G. J. and PLACE, J. P. *Accesible Enviroments: Toward Universal Design*. Raleigh: The Center for Universal Design, NC State University, 1991.

The Center for Universal Design [online]. 2008 [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: <http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciples.htm>.

Design for All Europe [online]. 2009 [cit. 2010-05-06]. Welcome to EIDD. Dostupné z WWW: <<http://www.designforalleurope.org/>>.

Stockholmská deklarace. Stockholm : European Institute for Design and Disability, Květen 2004. 2 s. Dostupné z WWW: <<http://www.designforalleurope.org/Design-for-All/EIDD-Documents/Stockholm-Declaration/>>.

The Build-for-all Reference Manual. Luxembourg : Build-For-All Partnership. Info-Handicap, Leden 2006. 56 s.

Český statistický úřad [online]. 2008 [cit. 2010-05-06]. Obyvatelstvo - roční časové řady. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu> ČSÚ, data v časových řadách

Název příspěvku: **Trénink kognitivních funkcí u klientů s diagnózou schizofrenie, kvalitativní a kvantitativní úhel pohledu**
Autor: Mgr. Michal Nondek, PhDr. Miroslava Benešová
Pracoviště: Green Doors

Kognitivní deficit sice není pacientů se schizofrenní poruchou součástí základních diagnostických kritérií MKN-10 ani DSM IV., ale je jedním z jádrových projevů poruch schizofrenního spektra (Jaeger et al., 2003, Nuechterlein et al., 2004). Deficit alespoň v některé oblasti kognice nalézáme u 60 až 80 % procent osob se schizofrenním onemocněním (Green, Kern, Heaton, 2004). Projevuje se jako porucha v příjmu, ukládání a zpracování informací. Obtíže v oblasti kognitivních funkcí bývají často přítomny již v premorbidním a prodromálním stádiu onemocnění (Medalia, Richardson, 2005, Sharma, Harvey, 2002), významně ovlivňují průběh nemoci, přetrvávají i po odeznění akutní fáze a jsou farmakologicky obtížně ovlivnitelné (Green, 1999). Současné studie uvádí, že kognitivní deficit stojí za 35 – 60 % obtíží v běžném životě (Green et al. 2000, 2004). Klienti s narušenými kognitivními funkcemi mívají horší dlouhodobou prognózu. Deficit kognitivních funkcí jim zabraňuje efektivně čerpat z psychosociální rehabilitace i dalších terapeutických intervencí. Pouze asi 15 % nemocných se v remisi dostane na průměrnou úroveň běžného výkonu populace (Green, Kern, Heaton, 2004).

Z tohoto důvodu se v posledních letech přikládá stále větší význam nefarmakologickým metodám ovlivnění kognitivního deficitu, jakou je i trénink kognitivních funkcí (dále TKF). TKF je obvykle dlouhodobější program, který usiluje o zvýšení kognitivního a funkčního potenciálu klienta pomocí strukturovaného předkládání různých úloh, cvičení a hlavolamů zaměřených na mentální aktivitu. TKF má v současnosti mnoho podob, které se liší na základě neuropsychologických teorií účinku TKF. Některá pracoviště se více spoléhají na teorii neuroplasticity a pracují s faktem, že dostatečné trénování poškozené funkce se projeví ve struktuře i činnosti mozku (Benešová, Preiss, Kulišťák, 2009). Tento předpoklad se pak projevuje ve vyšší v míře zátěže, drilových cvičení, kdy se pracuje s konkrétní oslabenou funkcí a často probíhají jako samostatná cvičení na PC (Rodriguez et al. 2004, Bellucci et al. 2002). Jiná pracoviště více kladou důraz na kompenzaci deficitních kognitivních funkcí, pracují s metakognicí, přesnou zpětnou vazbou, náhledem vlastního výkonu, heuristickými

strategiemi a kladou vysoký důraz na podporu klienta (Perglová, 2006, Medalia, Richardson 2005).

TKF v O. s. Green Doors upřednostňuje přístup kompenzační. Program probíhá v individuálním settingu a trvá 20 sezení po 90 min., dvakrát týdně. V průběhu jednotlivých tréninkových sezení pracujeme s metodami tužka-papír, ale také s neurorehabilitačním programem Neurop-II. Vedle samotného tréninku naši klienti plní také rozmanité domácí úlohy. Program tréninku reaguje plasticky na zakázku a potřeby konkrétního klienta, se kterými do programu vstupuje. Několikaletá zkušenost nás přivedla k poznání, že zlepšení klientů je podloženo zejména kvalitním osobním vztahem a spoluprací, který se promítá i do úrovně efektivity programu. Zlepšení se projevuje jak na kvantitativní bázi - v neuropsychologických testech, tak i v kvalitativní rovině, ve smyslu zpřesnění sebehodnocení, korektivní vztahové zkušenosti a otevření důležitých témat souvisejících s klientovým běžným životem.

Použitá literatura:

- Bellucci D. M., Glaberman K., Haslam N.: Computer-assisted cognitive rehabilitation reduce negative symptoms in the severely mentally ill, Schizophrenia Research. 2002, Vol. 59, s. 225 - 232.
- Benešová, M., Preiss, M., Kulišťák, P.: Neuroplasticita lidského mozku a její význam pro psychologii. Československá psychologie. 2009, Vol. 53, No. 1, s. 55-67.
- Green, M. F., Nuechterlein, K. H.: Should Schizophrenia be Treated as a Neurocognitive Disorder? Schizophrenia Bulletin. 1999, Vol. 25, No. 2, s. 308-318.
- Green M. F., Kern R. S., Braff D. L., Mintz J.: Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the „Right Stuff“, Schizophrenia Bulletin. 2000, Vol. 26, s. 119 – 136.
- Green M. F., Kern R. S., Heaton R. K.: Longitudinal studies of cognition and functional outcome: implications for MATRICS, Schizophrenia research. 2004, Vol. 72, s. 41 – 51.
- Jaeger J., Czobor P., Berns S. M.: Basic neuropsychological dimensions in schizophrenia, Schizophrenia research. 2003, Vol. 65, s. 105 – 116.
- Neuchterlein K. H., Barch D. M., Gold J. M., Goldberg T. E., Green M. F., Heaton R. K.: Identification of separable cognitive factors in schizophrenia, Schizophrenia research. 2004, Vol. 72, No. 1, s. 29 – 39.

- Medalia A., Richardson R.: What Predicts a Good Response to Cognitive Remediation Interventions? Schizophrenia Bulletin. 2005, Vol. 31, No. 4, s. 942-953.
- Sharma, T., Harvey, P.: Cognition in Schizophrenia: Impairments, Importance and Treatment Strategies. 1st edition. USA, NY: Oxford University Press, 2000, s. 363. ISBN 0 19 262993 X.
- Perglová P.: Kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií, 2006 in Preiss M., Kučerová H. a kol.: Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 349-362. ISBN 80-247-1460-4.
- Rodriguez M., Mohr P., Preiss M., Krulišová O., Kawaciuková R.: První výsledky počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. 2004, Psychiatrie, Vol. 8, No. Suppl. 3, s. 71-75.

Název příspěvku: **Současná situace ergoterapie v Evropě**
Autoři: Bc. Olga Nováková
Bc. Zuzana Rodová
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 1LF UK a VFN Praha
Kontakt: olga.novakova2@vfn.cz
zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Klíčová slova: ergoterapie, Česká Republika, Evropa, profese

Obsah: Profese ergoterapie od svého vzniku na začátku 20. století prošla velkými změnami jak ve světě, tak v České republice. Musí reagovat na legislativní změny, změny ostatních profesí, se kterými pracuje v rámci multi-disciplinárního týmu, i na vývoj celé společnosti. Ve svém příspěvku se proto chceme zaměřit na aktuální informace o situaci ergoterapie v Evropě. Poukázat na to, že ergoterapie má v různých zemích různě silnou pozici ve zdravotnickém, sociálním či školském sektoru, různě silné zastoupení profesních asociací, rozličný stupeň vzdělávání v ergoterapii a formu celoživotního vzdělávání. V jednotlivých evropských zemích je tato situace velmi rozdílná a tato pestrá paleta variant a trendů nám může být inspirací pro vývoj ergoterapie v České Republice.

Literatura:

Summary of the OT profession for 2010, COTEC document, (<http://www.cotec-europe.org/eng/535/>)

World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (<http://www.wfot.org>)

The European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) (www.enothe.hva.nl)

The Council of Occupational Therapist of the European Countries (COTEC) (www.cotec.org)

Kielhofner, G. (2004): Councptual Foundations of occupational Therapy (3rd edition), Philadelphia, F.A. Davies

Taylor, M.C. (2007): Evidence- Based Practice for Occupational Therapist, Oxford, Blackwell Publishing

Tuning Educational Stuctures in Europe (2008) Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.

Název příspěvku: Švédská ergoterapie našima očima

Autoři: Bc. Kateřina Macků, o.s. Baobab

Bc. Kateřina Šuláková, FN Na Bulovce

Úvod

Na závěr našich studií oboru ergoterapie na 1.LF UK jsme v rámci programu Erasmus absolvovaly tříměsíční studijní stáž ve Švédském království. Rozhodly jsme se o nabyté zážitky a zkušenosti s Vámi podělit, neboť shledáváme za vhodné a užitečné mít určité povědomí o situaci ergoterapie i v jiných zemích než v České republice.

Hlavní část

V prezentaci nastíníme:

- Organizační stránku naší stáže
 - ubytování, přivítání, dárky, očkování, zorganizování praxí, základní vybavení pro přežití ve Stockholmu, umožnění praxe navíc, knihovní systém, atd.
- Průběh vysokoškolského studia ergoterapie ve Stockholmu
 - délka studia, semestrální uspořádání, závěrečné zkoušky, praktická výuka, dostupná literatura, projektové práce, atd.
- Pracoviště, které jsme navštívily
 - **KI hospital** - 5. největší nemocnice v Evropě
 - sklad kompenzačních pomůcek a přístup k nim, evidenční systém, počet ergoterapeutů v nemocnici a na jednotlivých odděleních, výzkumy, které zde probíhají, používané testy)
 - **Spinalis**
 - provázanost systému péče o paraplegické klienty, speciální materiální vybavení, personální obsazení
 - **Solberga**
 - zařízení pro seniory s Alzheimerovou demencí, luxus zařízení, ergoterapie – aktivizace, dokumentace ergoterapie ad.
 - **Danderyd Sjukhuset**

- nemocnice postakutní péče, zaměření ergoterapie

▪ **Paliative care, hospic**

- ergoterapeut součástí týmu, spolupráce s dalšími profesemi, odpovědnost za kompenzační pomůcky, ergoterapeut se zde snaží vyplnit poslední přání klientů

▪ **Enebacken**

- zařízení pro seniory založené na filosofii Eden alternative

• Zevrubné srovnání situace ergoterapie ve Švédsku a České republice

- asociace ergoterapeutů, možnosti studia, počet ergoterapeutů v nemocnicích, pracovní zázemí, pracovní uplatnění, finanční ohodnocení, celostátní den ergoterapeutů ad.

Závěr

Rády bychom touto prezentací poukázaly na fakt, že je dobré se občas zamyslet nad „naší“ situací, a pokusit se ji všemožnými způsoby zlepšit. Inspiraci můžeme najít za hranicemi, v knihách, ve výzkumech, na konferencích, u kolegů, mezi sebou, v sobě. Ale pořád platí, že víc hlav, víc ví a jdou víc slyšet, a také že bez práce nejsou koláče.

Název příspěvku: **Hodnocení podle MKF**
Autor: Prof. MUDr Jan Pfeiffer DrSc.
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze

Kvantifikace podle MKF je často přijímána negativně nebo s výhradami. Máme skutečně velké množství různých hodnotících systémů podrobných a různě přiléhavých což výsledné hodnoty ve svých důsledcích spíše snižuje. MKF má cíl dosáhnout pokud možno celosvětově (International Classification) relativně jednoduchou informaci o rozsahu a stupni zdraví, které je nějak limitované zdravotní poruchou a naopak kolik funkčního zdraví je možno využít dobře organizovanou rehabilitací. Informace o systému kvalifikátorů MKF vyžaduje tvořivou diskusi a postupně zdokonalovaný výklad.

Název příspěvku: **Hiporehabilitace v ergoterapii, ergoterapie v hiporehabilitaci**

Autor: Mgr. Šárka Smíšková

Pracoviště: Česká hiporehabilitační společnost

Kontakt: www.hiporehabilitace-cr.cz, tel. +420602137843

Hiporehabilitace je metodou animoterapie. Při realizaci všech jejích odvětví nacházíme mnoho prvků, spadajících do ergoterapie. Vzájemná komunikace ergoterapeuta a specialisty, provozujícího hiporehabilitaci je tedy více než žádoucí, jakož i rozsáhlejší participace ergoterapeutů na realizaci metody.

HIPOREHABILITACE je metodou animoterapie. K terapeutickému působení na klienta využívá koně. Kůň má mezi ostatními zvířaty, vhodnými k animoterapii, poněkud specifické postavení. Ke všem aspektům, působícím kladně na klienta, můžeme totiž přidat ještě jeden velmi podstatný fakt. Na koni se dá jezdit. Při jízdě je nutno přizpůsobit polohu jezdce a jeho pohybovou odpověď pohybu koně. Děje se tak naprosto nenápadně, neboť jezdec je po začátku pohybu mimovolně nucen k reflexní odpovědi a reakci pohybového systému na změnu polohy.

Citát o pohledu na svět z koňského hřbetu, je znám dostatečně. Spojíme-li pozitivní emoční ladění klienta-jezdce s pohybovým působením kráčejího koně, získáváme terapeutickou metodu, která nám dává možnost komplexně ovlivnit psychosomatiku člověka. Proto je hiporehabilitaci možno zařadit jako součást komplexní léčby mnoha rozličných potíží.

Právě široká cílová skupina klientů vedla k rozdělení hiporehabilitace na jednotlivé obory. Ty jsou specifikovány podle toho, v které oblasti požadujeme klientovu odpověď. Na oblast pohybu a koordinace je zaměřena **hipoterapie (HT)**. Terapeut se přednostně soustředí na správný přenos pohybu kráčejího koně na klienta. Cílem je stimulace centrálního nervového systému k fyziologické odpovědi na pohybové podněty. Na základě podobnosti biomechaniky pohybu koňské zádi s biomechanikou lidské chůze předpokládáme reakci jezdce ve smyslu kvalitního pohybu, který je za normálních podmínek klientovi odepřen pro porušenou pohybovou a koordinační funkci centrálního nervového systému. Důvodem je například diagnóza dětské mozkové obrny (lze využít pro klienty již od věku dvou měsíců), stav po úrazu páteře, stav po amputaci končetin, degenerativní onemocnění nervového systému, mající za následek zhoršení řízení pohybu a další choroby, spojené s poruchou pohyblivosti a koordinace. Realizace terapie je individuální, vždy pod vedením fyzioterapeuta se specializací pro hiporehabilitaci.

Pro ergoterapii zde nacházíme uplatnění v polohování klienta na koni (obkročný sed, cyklická pohybová stimulace...) , v práci v oblasti senzomotoriky (teplo, dotyky, povrchy...), v hendlingu při ukládání klienta na koně a u vybraných diagnóz i při celkové realizaci terapie.

Kladného působení interakce koně s člověkem využívají obory hiporehabilitace, nazvané **Terapie s využitím koní psychologickými prostředky (TVKPP)** a **Aktivity s využitím koní (AVK)**. Oba tyto obory využívají nejen jízdy na koni, ale specifické prostředí kolem koní. Přestože TVKPP i AVK jsou si metodicky velmi podobné, bylo nutné oddělení těchto dvou oborů z důvodu rozdílné cílové skupiny klientů. TVKPP se věnuje klientům s psychickými znevýhodněními, pracuje zde terapeut (psychoterapeut,

psycholog, psychiatr) a jde o léčbu. AVK pracuje v oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky a sociální sféře, činnost realizuje pedagog (spec.ped., sociální pracovník) a tudíž se jedná o výuku. Do popředí zde vystupuje komunikační složka. Klient prostřednictvím koně může snáze vytvořit, obnovit či korigovat komunikační schopnosti se zvířetem, terapeutem a následně dalšími jedinci. Jízda na koni není cílem terapie, ale jejím vyvrcholením. Důvěra klienta v jeho partnera je na dostatečné úrovni, aby překonal přirozenou psychickou bariéru a využil ochoty a možnosti koně poskytnout pohybový a emoční zážitek. Terapie může být realizována individuálně, nebo ve skupině. Skupinová práce dává klientům rozmanitější prostředí k realizaci komunikačních aktivit.

Pro ergoterapii je zde velké pole působnosti v práci s materiály (seno, sláma, šrot, piliny, sedlový materiál, kůň...), opět senzomotorika, pravolevá orientace, plnění úkolů, pravidelně se opakující úkony, nestandardní aktivní pohyby, polohování, dynamické změny polohy...

Oba druhy terapeutických aktivit mohou vyústit do třetí složky hiporehabilitace, kterou je **Parajezdectví**. Terapie klienta je úspěšná, zvládl spolupráci s koněm a lze mu tedy nabídnout modifikaci jezdeckého sportu, vhodnou pro jeho typ znevýhodnění. Speciální sportovní aktivita se děje za spolupráce terapeuta a sportovního trenéra. V ideálním případě má terapeut zároveň kvalifikaci trenéra. Stav klientova znevýhodnění je odborně posouzen klasifikátorem handicapu a poté je zařazen do skupiny, ve které bude posuzován se stejně klasifikovanými soupeři. Soutěžit lze v disciplínách paradrezura, parajezdectví, paravozatajství, parawestern, paraparkur.

Všechny tři složky hiporehabilitace se vzájemně prolínají a mohou volně přecházet jedna v druhou. Výchozím bodem pro stanovení terapeutického postupu je vždy klient, jeho možnosti a potřeby. Hiporehabilitace není metodou volby a nikdy by neměla nahrazovat ostatní terapeutické metody, vhodné pro daný problém. Vždy má být plnohodnotnou součástí komplexní péče, jejímž cílem je kvalitativní i kvantitativní rozvoj oslabených schopností klienta, jeho rehabilitace. V praxi užíváme standardní postupy při zpracování dokumentace klienta (vyšetření, podrobná anamnéza, cíle dlouhodobé, krátkodobé, edukační a informační pohovory atd.).

Pracovníci a příznivci hiporehabilitace mají v ČR možnost členství v České hiporehabilitační společnosti (ČHS). Tato společnost si klade za cíl rozvoj, propagaci a zkvalitňování metodiky hiporehabilitace, tedy všech aktivit a terapií s pomocí koní pro osoby se zdravotním znevýhodněním a specifickými potřebami. ČHS vznikla v roce 1991. V současnosti prožívá období změn a postupné realizace dlouhodobých plánů. Mezi ty patří zejména akreditace vzdělávání pod hlavičkou společnosti, tvorba klinických zájmových skupin pro vytvoření standardů péče, vytvoření systému garancí pro jednotlivé provozovatele hiporehabilitace, komunikace s odbornou veřejností a mnoho dalších dílčích plánů, směřujících k zařazení hiporehabilitace mezi uznávané léčebné metody. Čeká nás dlouhá cesta přesvědčování a dokazování toho, co dávno všichni víme. Hiporehabilitace je při správné a odborné aplikaci efektivním doplňkem komplexní léčby, je žádána širokým spektrem klientů a její komplexní působení nabízí možnosti, jak pracovat s klientem zajímavě, radostně a zároveň cíleně vzhledem k jeho specifickým potřebám.

Název příspěvku: LifeTool – poradna o asistivní technologii
Autor: Bc. Šárka Svobodová
Pracoviště: Středisko Zvonek v Praze 4, Diakonie ČCE a LifeTool Praha
Kontakt: sarka.svobodova@gmail.com,
lifetool@diakoniecce.cz

LifeTool je bezplatná poradna zabývající se asistivními technologiemi pro alternativní komunikaci. Tato poradna funguje v Praze 4, pro klienty z celé ČR a je jak ambulantní, tak také terénní. Využívá moderní zařízení, která zároveň zapůjčuje klientům domů na vyzkoušení.

Asistivní technologie usnadňuje a současně zlepšuje kvalitu života lidí se zdravotním postižením. Zajišťuje optimální samostatnost a kontrolu vlastního života a podporuje sociální začlenění.

Klasifikace uživatelů asistivních technologií

1) Podle funkčního omezení:

Centrální nebo periferní poruchy řeči (narušená mluvená řeč, čtení i psaní v obou složkách - receptivní i expresivní), neschopnost komunikovat z důvodů psychického a neuropsychického postižení - autismus, mutismus, surdomutismus

Smyslové postižení (zraku, sluchu)

Omezení v oblasti motoriky (včetně amputací)

Omezené mentální schopnosti

2) Podle lékařské, psychologické nebo speciálně pedagogické diagnózy

Postižení vrozené nebo získané

Dětská mozková obrna (DMO)

Downův syndrom a další onemocnění genetického původu

Smyslové postižení

Degenerativní a neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleroza, ALS, SMA, revmatická onemocnění, Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba a další)

Stavy po cévní mozkové příhodě

Specifické poruchy učení a chování

Autismus

3) Podle věku

Každá věková skupina vyžaduje specifický přístup:

Pro malé děti ve věku do 7 let zajišťuje služby raná péče (a rodiče) prostřednictvím konzultací a návštěv pro dítě v přirozeném prostředí domova (z důvodu lepší spolupráce).

Pro děti a mládež školního věku je užívání AT v úzké spolupráci se školou.

Specifickou skupinu tvoří senioři, kteří se „techniky“ velmi často „bojí“.

Pro každého uživatele je třeba najít individuální model, jak co nejlépe dostupnou technologii využívat. (Opakované „ladění“.)

Velkou skupinu uživatelů AT tvoří v širším slova smyslu také příbuzní, terapeuti, asistenti, učitelé a další blízké osoby. Aby užívání AT mělo smysl, musí se také tato skupina „zdravých pomocníků“ naučit s těmito technologiemi zacházet.

Překážky a nevýhody při používání AT

Nedostatek informací o existenci a dostupnosti AT

Relativně vysoká pořizovací cena

Různá úroveň praktických schopností lidí s postižením a z toho vyplývající nemožnost vyvinout technologii univerzálně použitelnou pro všechny bez nutnosti speciálních úprav- snížila by se tak cena

Neochota „doprovázejících osob“ se s AT naučit zacházet a používat je

Augmentativní a alternativní komunikace(AAK)

AAK se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení řeči

Augmentativní (z lat. *augmentare* - rozšiřovat) systémy podporují již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné, komunikační schopnosti

Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči

Systémy AAK

1) Systémy bez pomůcek

cílené pohledy očí, mimika

gesta, gestikulace, manuální znaky (např.jazykový program Makaton)

Výhodou je možnost dorozumívání na větší vzdálenost, jsou kdykoliv k dispozici bez zdlouhavého hledání či listování.

2) Systémy s pomůckami

Předměty

Fotografie

Systémy grafických symbolů (např. PCS, Bliss,piktogramy)

Komunikační tabulky

Písmena a psaná slova

Technické pomůcky s hlasovým výstupem

Počítače

1. Předměty

trojrozměrné symboly, se kterými je možno manipulovat a jsou snadno rozpoznatelné. Jsou vhodné u velmi malých dětí, pro osoby se zrakovým postižením, s kombinací smyslového postižení či u osob s těžkým mentálním postižením. Nevýhodou je, že nemohou reprezentovat abstraktní slova, překrývá se také pojmenování předmětu a související činnost (např. lžička – symbolizuje lžičku samotnou i pojem jíst).

2. Fotografie

Znázorňují předměty, činnosti, osoby, místa. Fotografie je tedy nejrealističtější dvojrozměrné znázornění, je srozumitelnější a "čitelnější" než obrázek či grafický symbol. Fotografie jsou často předstupněm pro abstraktnější symbolické systémy. Fotografie je také velmi motivující – dítě vidí konkrétní, "své" osoby, jsou zobrazeny jeho vlastní zážitky.

3. Systémy grafických symbolů (např. piktogramy)

Různé typy grafických symbolů, černobílých či barevných. Některé se původně využívaly (a mohou využívat i nyní) pro výuku čtení u dětí s postižením. Grafické symboly dětem také pomáhají pochopit na vytváření grafických strukturu prostředí, sled činností v čase (např. strukturované prostředí pro lidi s PAS), stavbu věty, jsou výhodné i pro možnost

vyjádření abstraktních jazykových pojmů.

Existuje řada SW programů symbolů (např. Boardmaker)

4. Komunikační tabulky

Symboly se pro potřeby nemluvící osoby sestavují do komunikačních tabulek. Forma tabulky vychází z potřeb uživatele: organizace symbolů v ploše, případně v prostoru je založena na pohybových a zrakových možnostech uživatele (velikost tabulky, velikost a umístění symbolů, barevný kontrast) a zohledňuje také jazykové potřeby. Vybraný symbol pak nemluvící osoba indikuje ukázněm prstem, pěstí, pohledem, světelným paprskem umístěným na hlavě atd., podle svých motorických možností. Podstatné je zajistit rozšiřování slovní zásoby. Uživatel musí také umět o tabulku požádat.

5. Písmena a psaná slova

Pro nemluvící osoby je velmi výhodné, pokud se mohou vyjadřovat pomocí písma, protože možnosti komunikace jsou pak pro ně mnohem širší než při práci s jakkoliv dobře před připravenou sadou symbolů. Pro budování budoucí „nezávislé“ komunikace je důležité začít co nejdříve budovat schopnost rozpoznat písmena a tištěná slova – zpočátku se kombinují s obrázkovými symboly. Tabulky mohou postupně obsahovat i samostatná písmena, slova, věty a číslice.

6. Technické pomůcky s hlasovým výstupem

Jsou to pomůcky jednoúčelové využívané pouze pro komunikaci. Mohou to být jednoduché pomůcky s tištěným a/nebo hlasovým výstupem s omezeným počtem vzkazů či přístroje s klávesnicí a/nebo displejem, kdy sdělení jsou označena obrázky, fotografiemi, symboly, nápisem. Hlasový výstup může být formou syntetické řeči nebo digitalizované řeči (lidská řeč nahraná na pomůcku).

7. Počítače

Počítač musí být vybaven speciálním softwarem. Výhodou je možnost současného využití počítače např. pro výuku, je také snazší udělat změny podle individuálních potřeb uživatele (periferie, nastavení). Vhodnější je notebook.

8. Bezbariérový přístup k počítači

Počítač je pro řadu postižených skutečnou „bránou do světa“. Je nástrojem k získávání informací všeho druhu, včetně možnosti komunikovat s úřady (státní správou), využívat elektronický podpis, vzdělávat se, komunikovat (e-mail, Facebook apod.), některým může sloužit i jako protetická pomůcka (amputace HK).

Př.: myši (IntegraMouse), trackbally, joysticky; dotykové monitory; klávesnice (Braillovský řádek), hlasový výstup, externí spínače, ovládání pomocí hlasu, ovládání očima,..

Pro děti spec. SW a upravené hračky

Název příspěvku: **Alternativní formy v ergoterapii II.**
Autor: Mgr. Petra Vláčilová
Pracoviště: Psychiatrická klinika FN Brno
Kontakt: vlacilovapetra@seznam.cz

Úvod

Objektové umění jako součást happeningových prezentací.

V umění 20. století dostaly objekty jinou podobu než sběratelskou. Z původního pasivního obdivu k těmto objektům se později stal zájem aktivní. Přírodniny a technické drobnosti byly spojovány do nových celků a staly se základem uměleckých objektů s novým účinkem.

Montáže a konstrukce z různých materiálů dostaly vlastní název – „objekt“. Z nich se pak vyvinula samostatná větev výtvarné tvorby – „objektové umění“. V tomto polymateriálovém umění hrají zvláštní roli věci vyčleněné z běžných souvislostí a povýšené zásahem autora do estetické funkce.

Jde nejvíce o věci náhodně nalezené, které svým tvarem vzbudily pozornost a vyvolaly inspirativní asociace. Tyto výtvarné postupy se staly základnou pro kreativní uvažování v ergoterapii. Objekty představují osobité pojetí předmětů a vypovídají o současném psychickém stavu pacientů.

1. Happeningové prezentace jsou novou formou ergoterapie v posledních pěti letech na Psychiatrické klinice FN Brno.

Happening jako umělecká forma je známa asi 50. let. Jedná se o akci, která je předem naplánovaná a promyšlená a o níž se neví, jakou vyvolá reakci. Diváckou účast lze považovat za základní rys happeningu. Jeho prvotní smysl spočívá v tom, že narušuje pasivitu. I pouhé vnímání, tedy i pozorování musí být aktivní, jenže taková aktivita je skrytá a těžko ji lze kontrolovat. Účastník akce, který věří terapeutovi je však bezprostředně zapojen do děje a účastní se v něm konkrétní činnosti (intenzivně prožívá událost, zejména je-li autorem některého prezentovaného objektu).

2. Využití objektového umění v terapii s pacienty

- postup při zhotovování objektů (několik typů a praktických návodů)
- vznik artefaktů (kdy je dílo dokončené)
- fáze zakončení činnosti (prezentace na veřejnosti)
- fotodokumentace jako jediný doklad o happeningu.

3. Vyrovnání se s pomíjivostí v čase

Ne všechny artefakty, které vznikly v procesu ergoterapie musí vykazovat parametry „výrobku“. Není cílem vytvoření množství stejných věcí, jako je žádoucí v chráněné dílně, která je vystavěna na jiných principech. Cílem tohoto pojetí ergoterapie je zejména prožitek a psychoterapeutické působení na klienta. Někdy dochází k posunu

zaběhnutých hodnot a uvolnění psychického napětí, kde pacient má strach, že zadaný úkol nezvládne a nahradí ho pocitem svobodné volby při vytváření.

Literatura

- 1. CAMPBellová, J.** *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* Praha: Portál. 1998. ISBN 80-7178-428-1.
- 2. KOHOUTEK, R.** a kol. *Základy pedagogické psychologie.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X.
- 3. ŠICKOVÁ – FABRICI, J.** *Základy arteterapie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-408-3.
- 4. ZHOŘ, I.; HORÁČEK, R.; HAVLÍK, V.** *Akční tvorba.* UP – pedagogická fakulta. Olomouc. 1991. ISBN 80-7067-074-6.
- 5. ZHOŘ, I.** *Proměny soudobého výtvarného umění.* SPN Praha. 1992. ISBN 80-04-25555-8.

Název příspěvku: **Mezinárodní klasifikace pomůcek pro osoby se zdravotním postižením – terminologie a využití v rehabilitační praxi**

Autor: Doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.

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

Úvod:

Téma, které prezentuji, považuji za velmi významné pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením a přitom společné pro rehabilitační lékaře, ergoterapeuty a další odborníky. Proto je užitečné vyjasnit si v této oblasti některé pojmy a zlepšit vzájemnou spolupráci.

Ani terminologicky není oblast technických pomůcek dosud jednoznačně ustálena. Původně šlo o podbor ortopedické protetiky, označovaný jako adjuvatika, který zahrnoval drobné kompenzační pomůcky. Nyní jde o rozsáhlou oblast, anglicky označovanou „assistive technology“(AT), který zahrnuje i počítače, vybavení bytu, dopravní prostředky a další témata. Pokusil jsem se před několika lety toto anglické sousloví přeložit do češtiny jako „pomáhající technika“, protože se mi nezdálo vhodné používat v češtině anglicismus „asistivní technologie“. Technologie je přece v češtině chápána spíš jako technický výrobní postup nežli konkrétní výrobky. Užitečné by však mohlo být používat zkratky AT, což činím i v tomto příspěvku.

Když jsem před rokem lektoroval knihu Ergoterapie, vydanou nakladatelstvím Portál, vyjádřil jsem tyto své názory na terminologii v poznámkách ke kapitole Mgr J. Jelínkové o technických pomůckách a ona je tam zapracovala.

Jak jsem se přesvědčil na Evropské konferenci AAATE (Association for Advancement of Assistive Technology in Europe) v září 2009 ve Florencii, existuje v této oblasti rozsáhlý výzkum a mezinárodní spolupráce, při čemž naše republika stojí zatím většinou stranou. Navíc se vyskytuje v anglických textech z této oblasti řada dalších termínů, které bychom měli přeložit, anebo jejich smysl alespoň česky vysvětlit.

Stručná historie:

Již v 70. letech minulého století jsme se s profesorem Pfeifferem podíleli na začátku české výroby kompenzačních pomůcek v podniku Meta, protože jsme si byli vědomi, že jejich aplikace u postižených osob je významnou součástí léčebné rehabilitace. Následně jsme toto téma vyjádřili v publikaci Rehabilitace s využitím techniky (1983).

Při spolupráci s celosvětovou organizací „Rehabilitation International“ jsem začal od r. 1988 udržovat kontakty s její komisí ICTA. Tato zkratka znamenala nejprve „International Commission for Technical Aids“, později při nezměněné zkratce se název změnil na „...for Technology and Accessibility“, čímž je vyjádřeno, že se zabývá nejen pomáhající technikou, ale i bezbariérovým prostředím. Tato komise pořádá až dosud řadu seminářů, na nichž se aktivně podíleli i ergoterapeuti, především britská ergoterapeutka M. Ellis, jedna z organizátorek kongresu WFOT v r. 1994 v Londýně. Současným předsedou evropské sekce ICTA je profesor D: Šimšík z Košic.

Po roce 1990 se dále rozvíjela evropská spolupráce v této oblasti, m.j. jednáním v Třeboni, které organizoval Ing M. Misauer. Jeho snaha zavést v této oblasti u nás systém a vytvořit „Centrum rehabilitačního inženýrství“ a v krajích „Centra technické pomoci“ nebyla nakonec úspěšná. V zahraničí se však kontakty dále rozvíjeli, vznikla

zmíněná organizace AAATE, která od 90. let pořádá v dvouletých intervalech evropské konference. Účastnil jsem se v r. 2001 konference v Lublani a znovu vloni konference AAATE ve Florencii.

Konference probíhala po tři dny obvykle v pěti paralelních sekcích. Většina témat se nezabývala jednotlivými technickými pomůckami, ale vytvářením bezbariérového prostředí, přístupného i pro osoby se zdravotním postižením. Účastníci byli odborníci různě zaměření, hodně technici, významná skupina přednášejících byli také ergoterapeuti. Aktivní účastníci byli z většiny západoevropských zemí, z východoevropských např. Slováci, Maďaři a Slovinci.

Příspěvky byly otištěny (podobně jako v r. 2001) v rozsáhlé publikaci, kterou účastníci obdrželi. Zároveň se prezentovalo i několik evropských projektů z oblasti AT, především EdeAN (European Design for All e-Accessibility Network), na jehož výsledné publikaci se podílejí i čeští inženýři M.Feitová a V. Fabián, kteří vyvinuli systém pro ovládání počítače pohyby očí. Další významný projekt, EASTIN, bude podrobněji zmíněn níže.

ISO Norma 9999/2007, EASTIN:

Jeden z organizátorů konference, R. Andrich z Milána, mě po konferenci oslovil. Informoval mě, že existuje mezinárodní norma technických pomůcek a že je použita v jeho vyhledávači EASTIN, který by rád přeložil do všech řečí EU, tedy i češtiny. Z jeho podnětu jsem začal pátrat a zjistil jsem toto:

Anglická verze dokumentu „Assistive products for persons with disability - Classification and terminology“ byla schválena v roce 2007 jako evropská norma ISO 9999/2007. Současně se je tato klasifikace členem „Rodiny mezinárodních klasifikací WHO“ spolu s Mezinárodní klasifikací nemocí (ICD) nebo Mezinárodní klasifikací funkčních schopností (ICF). Jde již o čtvrtou verzi této klasifikace.

ISO 9999 definuje základní pojmy. Jako pomáhající produkty chápe jakékoliv výrobky, zařízení, technické systémy či software, které slouží k prevenci, kompenzaci, monitorování či překonávání zdravotního postižení či omezení. Klasifikace je velmi široká, Nezahrnuje však následující kategorie: Léky. Výrobky používané výhradně profesionálními zdravotníky. Netechnická řešení (např. osobní asistenci). Finanční podpora.

Klasifikace je úrovněvá, každá úroveň je označena dvojciferným kódem tak, aby mezi čísly byly mezery pro případné budoucí zařazení dalších kategorií.

Tato norma byla v říjnu 2007 přijata také pro ČR Českým normalizačním institutem pod názvem „Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením – Klasifikace a terminologie“. Nebyla však přeložena do češtiny. Podnik Normy.cz mi j na objednávku vytiskl (má 86 stran) za poplatek 729 Kč, avšak odmítá ji poskytnout v elektronické formě.

Proto mě příjemně překvapilo, že je tato norma dostupná na serveru EASTIN, jehož kontaktní osobou je právě R. Andrich. V letech 2004-2006 proběhl evropský projekt, který shromažďoval nabídky jednotlivých výrobců AT. Nyní je dostupný v plném rozsahu v 7 sedmi jazycích, je stále aktualizován a jeho tvůrci mají snahu jej přeložit .do všech oficiálních evropských jazyků.

Rozdělení vychází z ISO 9999/2007. U každé úrovně klasifikace je uveden počet nabízených produktů.Uvedu první úroveň s kódy a počtem výrobků:

04 Pomůcky pro osobní léčebnou péči. 6063

05 Pomůcky pro trénování v dovednostech. 1590


06 Ortézy a protézy. 4779

09 Pomůcky pro péči o sebe a ochranu. 10 080

12 Pomůcky pro osobní mobilitu. 13 556

- 15 Pomůcky pro udržování domácnosti. 2424
- 18 Vybavení nábytkem a úpravy v bytech a dalších prostorách. 12 525
- 22 Pomůcky pro komunikaci a informaci. 9 124
- 24 Pomůcky pro ovládání předmětů a přístrojů 3454
- 27 Pomůcky pro úpravu životního prostředí. 580
- 30 Pomůcky pro rekreaci. 1885

Jako příklad postupného přecházení na nižší úroveň až k jednotlivým výrobkům uvádím: Pomůcky pro komunikaci a informaci (9 124) se dělí na 13 dalších kategorií, z nich 22 12 Pomůcky pro kreslení a psaní (720) se dále dělí na 9 dalších kategorií, z nich 22 12 09 Pomůcky pro podepisování (43), z nich jako příklad:

	<i>Special writing paper/plastic (ISO 22.12.18)</i>
	<i>Signature guides, stamps and writing frames (ISO 22.12.09)</i>
	Commercial name: STOP-GO PAPER
	Manufacturer: Taskmaster Ltd
Insert date: 25/11/1994 -	

Uveden název výrobku, výrobce, datum zařazení a obvykle zobrazení. Je patrné, že se podařilo shromáždit velký počet výrobků z řady evropských zemí.

Situace v České republice.

Nejrozšířenější jsou u nás prostředky AT, které plně či částečně hradí pojišťovny. Do roku 2006 vydávala VZP obvykle 2x ročně Číselník Zdravotnických prostředků (dříve Prostředků zdravotnické techniky). Jednou z výhrad bylo, že tyto číselníky jsou nepřehledné a najít pomůcku, vhodnou pro konkrétního pacienta je podle nich neskutečné. Lékaři jsou proto mnohdy závislí na firmách, dodávajících pomůcky, které vydávají katalogy s vyobrazením pomůcek a často přímo konkrétní pomůcky doporučují. V seznamu hrazených kompenzačních pomůcek jsou pouze pomůcky pro mobilitu a osobní hygienu, zatímco pomůcky pro další ADL, především oblékání či konzumaci potravy hrazené nejsou. Další možnost příspěvku na pomůcky ze sociálního odboru obecního úřadu je velmi omezená a příslušná vyhláška zastaralá.

V současnosti jsou u Číselníky, vydávané 4x ročně, dostupné pouze na internetu, přitom však snadnost vyhledávání konkrétních pomůcek se nezlepšila, myslím, že spíše naopak. Vloni jsem jménem výboru Společnosti rehabilitační medicíny jednal o těchto otázkách se zástupci VZP. K mým podkladům pro jednání se za ČAE velmi konstruktivně vyjádřila Mgr Jelínková. Také jsem při té příležitosti navázal kontakt s paní Š. Dvořákovou, představitelkou Společenstva výrobců a prodejců zdravotnických prostředků, která sdružuje většinu firem. O spolupráci při řešení této problematiky projevila zájem i Národní rada osob se zdravotním postižením. Následné jednání na VZP přineslo některé vzájemné informace, ale problémy vyřešeny nebyly. Proto považuji za potřebné v něm v budoucnu pokračovat.

Přitom musíme vycházet ze situace v ČR, že předpis pomůcky mohou vystavit pouze lékaři vybraných odborností a kontrolují jej pak (a v některých případech zamítají) revizní lékaři pojišťoven. V řadě evropských zemí (např. v Nizozemsku) mohou pomůcky předepsat nebo přímo přidělit ergoterapeuti. To je u nás zatím nereálné. Proto bychom měli zdůrazňovat význam spolupráce lékařů a ergoterapeutů. Ti mají nejlepší předpoklady k tomu, aby prováděli výběr, vyzkoušení, nácvik používání, případně úpravu pomůcky.

Diskuse – závěr:

I pro mne samotného je klasifikace pomůcek ISO 9999/2007 nová, ve srovnání s našimi číselníky podstatně širší, takže mnohé zde uvedené výrobky by u nás nebyly jako pomůcky chápány, natož pak uvedeny v Číselníku. Přesto pokládám za užitečné, aby se s ní ergoterapeuti i rehabilitační lékaři seznámili především prostřednictvím serveru EASTIN. U vybraných pacientů, kdy na našem trhu není nejvhodnější pomůcka dostupná, by pak bylo vhodné usilovat o získání pomůcky ze zahraničí. To by mohlo být podkladem pro další jednání s pojišťovnami či Ministerstvem zdravotnictví. V některých případech by bylo možno se odvolávat na Mezinárodní úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, která už byla u nás schválena jako zákonná norma.

Další výzvou by bylo přeložit ISO 9999/2007 do češtiny. Měli by o to zájem kolegové z EASTINu, umožnilo by to přístup k informacím širokému okruhu našich občanů, ať už se zdravotním postižením nebo jejich příbuzných. Takový překlad je poměrně nesnadný, jak jsem se přesvědčil při překládání pouhých ukázek pro tento příspěvek. Pokud by k tomu došlo, byla by vhodná spolupráce lékařů, ergoterapeutů, techniků, případně i jazykovědců, aby byly vybrané termíny opravdu vhodné a mohly se v budoucnosti jednotně používat.

Literatura:

Assistive Technology – Added Value to the Quality of Life. AAATE 2001, IOS Press Amsterdam 2001, 742 str

Assistive Technology from Adapted Equipment to Inclusive Environments. AAATE 2009. IOS Press Amsterdam 2009, 898 str.

Jelínková Jana, Krivošíková Mária, Šajtarová Ludmila: Ergoterapie. Portál Praha 2009, 270 str.

Pfeiffer Jan, Votava Jiří: Rehabilitace s využitím techniky. Avicenum, Praha 1983, 316 str.

Principles and practice in Europe for e-Accessibility. Editor: C. Sik Lányi, Pannonian University Press, Vészprém 2009, 185 str.

www.eastin.info

www.edean.org

www.vzp.cz

PARTNEŘI:

Fakturační adresa:
DMA Praha s.r.o.
Krajanská 339
149 00 Praha 4

Centrála – distribuce:
DMA Praha s.r.o.
Kunice 207
251 63 Stránčice
www.dmapraha.cz



Meyra ČR, s.r.o.
Kontakt: Hrusická 2538
141 00 Praha 4 Spořilov
www.meyra.cz

MEYRA®
ORTOPEDIA
Usnadníme lidem pohyb