



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 23. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**Psychiatrická léčebna Bohnice, Divadlo Za plotem
10. a 11. 6. 2011**

červen 2011

Sborník příspěvků z 23. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů

Praha, 10. a 11. 6. 2011

Příspěvky byly předneseny na **23. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v Divadle Za plotem, Psychiatrické léčebny Bohnice, ve dnech 10. a 11. 6. 2011.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, 140 00 Praha 4,
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, Bc. Jana Matochová, Bc. Kateřina Macků, Bc. Kateřina Šuláková, Mgr. Kateřina Svěcená, Bc. Olga Nováková, Bc. Zuzana Rodová, PaedDr. Eva Matějčíková.

© Česká asociace ergoterapeutů, 2011

ISBN 978-80-254-9846-0

Program konference

Pátek- 10. 6. 2011

9:00-10:00	Registrace účastníků konference
10:00-11:45	Dopolední odborný program
10:00-10:20	Prof. MUDr. Pfeiffer, J.: Pojem rehabilitace nelze uplatňovat bez ergoterapie (současné legislativní snahy o legalizaci pojmu rehabilitace)
10:20-10:40	Doc. MUDr. Votava, J.: Terminologie v rehabilitaci a ergoterapii – nástin vývoje a potřeba diskuse
10:40-11:10	MUDr. Fialová, L.: Rekonstrukce spastické horní končetiny
11:10-11:30	Krejčí, I.: Traumatické poranění ruky – ergoterapie v období časně rehabilitace
11:30-11:45	Diskuse
11:45-12:15	Přestávka s občerstvením
12:15-14:00	Seminář Prof. Sadlo, G.: Neuroscience of problem-based learning (překlad do českého jazyka zajištěn)
14:00-15:00	Přestávka na pozdější oběd
15:00-16:30	Odpolední odborný program
15:00-15:30	Dr. Opekarová: Školní poradenské služby ve spolupráci s lékaři při péči o žáky s autismem
15:30-16:00	Faltýnková, Z., Bc. Benešová, B., Bc. Labeckaite, I.: Problematika postury, posturální stability a mobility vozíčkářů
16:00-16:15	Mgr. Wanka, P.: Využití moderních technologií Otto Bock v ergoterapii
16:15-16:30	Diskuse
16:30-17:00	Přestávka na kávu
17:00-18:00	Pokračování odborného programu
17:00-17:40	Bc. Obrtelová, L., Bc. Hejzlarová, V., Mgr. Stupková, V.: Rozpouštění vnitřních a vnějších bariér
17:40-18:00	Uvedení vybraného soutěžního filmu z Mental Power Prague film festival
18:00	Ukončení pátečního programu konference

Sobota- 11. 6. 2011

9:00-10:30 Dopolnední odborný program

9:00- 9:40 Carmen Gloria Fernández Verdejo: Occupational Therapy in Chile - South America (Ergoterapie v Chile- Jižní Amerika)

9:40-10:20 Carmen Gloria Fernández Verdejo: Role of Occupational Therapy in Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Úloha ergoterapie u lidí s autismem a u lidí s poruchou deficitu pozornosti a hyperaktivitou- ADHD)

10:20-10:30 Diskuse

10:30-11:00 Přestávka s občerstvením

11:00-12:00 Zasedání valné hromady ČAE

12:00-13:00 Přestávka na oběd

13:00-14:30 Odpolední odborný program

13:00-13:45 PaedDr. Matějčková, E.: Orofaciální stimulace jako součást ergoterapie

13:45-14:15 Mgr. Šrytrová, M.: Účast ergoterapeutů na soutěžních projektech Západočeské univerzity v Plzni, Projekty – relaxační křeslo, průmyslové myčky

14:15-14:30 Diskuse

14:30-15:00 Přestávka na kávu

15:00-16:00 Odpolední odborný program

15:00-15:20 Bc. Rodová, Z., Bc. Nováková, O.: Rekondiční pobyty- most mezi teorií a praxí

15:20-15:40 Bc. Košťálková, O.: ERGO Aktiv- centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě (a jiném poranění mozku)

15:40-16:00 Bc. Čábelková, V.: Malý zázrak

16:00 Diskuse

Ukončení konference, předání certifikátů

OBSAH

1.	Bc. Čábelková, V.: Malý zázrak	6
2.	Faltýnková, Z., Bc. Benešová, B., Labeckaite, I.: Problematika postury, posturální stability a mobility vozíčkářů	9
3.	Bc. Košťálková, O.: ERGO Aktiv- centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě (a jiném poranění mozku)	11
4.	Krejčí, I.: Traumatické poranění ruky – ergoterapie v období časně rehabilitace	12
5.	PaedDr. Matějčíková, E.: Orofaciální stimulace jako součást ergoterapie	13
6.	Bc. Obrtelová, L., Bc. Hejzlarová, V., Mgr. Stupková, V.: Rozpuštění vnitřních a vnějších bariér	16
7.	PhDr. Opekarová, O., PhD.: Školní poradenské služby ve spolupráci s lékaři při péči o žáky s autismem	18
8.	Prof. MUDr. Pfeiffer, J.: Pojem rehabilitace nelze uplatňovat bez ergoterapie (současné legislativní snahy o legalizaci pojmu rehabilitace)	22
9.	Bc. Rodová, Z., Bc. Nováková, O.: Rekondiční pobyty- most mezi teorií a praxí	23
10.	Prof. Sadlo, G.: Using Problem-based Learning in the Workplace to Enhance Practice	26
11.	Mgr. Šrytrová, M.: Účast ergoterapeutů na soutěžních projektech Západočeské univerzity v Plzni, Projekty – relaxační křeslo, průmyslové myčky	27
12.	Doc. MUDr. Votava, J.: Terminologie v rehabilitaci a ergoterapii – nástin vývoje a potřeba diskuse	31

Název příspěvku: Malý zázrak
Autor: Bc. Veronika Čábelková
Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze

Úvod

Cílem tohoto příspěvku je informovat o možnostech léčby osob po těžkém poškození mozku. Jedná se o výrazné zlepšení stavu vědomí u pacienta v koma vigile po podání Zolpidemu, léku na spaní. Na tyto paradoxní účinky přišla náhodně pečující matka jednoho z našich pacientů. Pro nás bylo toto zjištění zcela nové, ale ve světě již existují četné studie. První zprávy pochází z roku 1997, kdy po podání léku došlo k úpravě akineze a rigidity u pacientky s Parkinsonovou chorobou. V roce 1999 lékař popisuje stav, kdy pacient v semikomatozním stavu po podání léku nabyl vědomí a poprvé po třech letech promluvil. Tento lék byl podán pacientům v době jejich zvýšeného neklidu. Byl vybrán lékaři pro malé vedlejší účinky ve srovnání s ostatními hypnotiky.

Zolpidem patří mezi krátkodobě působící nebenzodiazepinová hypnotika třetí generace. Je používán pro krátkodobou léčbu nespavosti a u některých mozkových poruch. Účinkuje rychle (obvykle během 15 minut) a má krátký eliminační poločas (2-3 hodiny). Zolpidem je k dispozici pod mnoha obchodními značkami, jako příklad uvádím Stilnox, Ambien, Hypnogen.

Kazuistika

Pacient, 41 let, rozvedený, otec 3 dětí, vysokoškolsky vzdělaný, programátor. V září 2008 po pádu s rožalem, při kterém došlo k rozsáhlému poškození mozku, rozvoj spastické kvadruparézy. Během měsíce přechod z bezvědomí (Glasgow coma scale 3 z 15) do koma vigile (GCS 6).

V době prvního vyšetření, březen 2010, kdy rodina žádá konzultaci pomůcek a dalších rehabilitačních postupů, je pacient ležící, nekomunikující, doma plně závislý na péči rodiny a pečovatelské služby. Oči má otevřené, občas krátce fixuje očima, hlavu cíleně neotočí. Horní končetiny v silném spastickém držení, dolní končetiny v extenzi. Hybnost končetin zachována pouze jako reakce na bolest (infekce močových cest - zavedena epicistostomie) nebo mimovolní pohyby. Hlavní přísun živin přes PEG (Perkutánní endoskopická gastrostomie). Malé množství tekutiny a rozmačkanou stravu podávanou 2. osobou po lžičkách pacient spolkne, nerozkouše. Doma vydrží posazen ve speciálním křesle s oporou hlavy do 30 min. Stav hodnocen jako koma vigile, kolísavě minimální stav vědomí, GCS 8.

O rok později přivázejí rodiče pacienta znovu a my máme možnost vidět až zázračné zlepšení zdravotního stavu po stránce fyzické, emoční i kognitivní po podání 1/2 tbl. Stilnoxu (5mg Zolpidemu). Pac. měl v poslední době výrazně porušen rytmus spánku

a bdění. Byl neklidný, péče o něj byla náročná Vyčerpaná matka si večer vzala lék na spaní a půl tablety dala i synovi. K jejímu překvapení došlo během chvíle k aktivizaci pacienta, cíleným pohybům, výrazně se uvolnila spasticita horních končetin. Syn byl neklidný, posadil se na lůžku, chtěl vstát a vykřikoval jednotlivá slova.

Na vyšetření, kdy máme možnost vidět pacienta před a po podání léku jsou přítomni lékaři, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped a rodiče pacienta. Po dodání léku za několik minut dochází k „probuzení“ pacienta a my máme možnost vidět a vyšetřit. Vlivem léku je Glasgow coma scale 13 z 15. Pacient sedí na lůžku s mírnou oporou, sleduje okolí, projevuje se emočně, odpovídá jednoslovně na otázky, manipuluje s věcmi na stole, napije se z hrnku...

Závěr

Pacient v těchto dnech dostává pravidelně 2x denně 5 mg Zolpidemu. Jeho účinek trvá cca 2 hodiny. Poté pacient většinou usíná únavou a upadá zpět do stavu před podáním léku, do stavu minimálního vědomí. Kvalita vědomí po podání léku bývá různá, včetně spolupráce pacienta. Pokroky od podávání léku jsou zatím malé, ale mají velký význam především pro pečující rodiče, kteří začali věřit ve zlepšení a „chytli druhý dech“.

Ze studií v zahraničí vyplývá, že kladné účinky mohou být nejen u pacientů s těžkou poruchou vědomí, ale i u těžké spasticity, kde nezabírá obstrukční Botulotoxinu. Dále u afázie v důsledku CMP, u snížené latence vedení vzruchu lícním nervem, u spirocerebelární ataxie II typu, v psychiatrii při léčbě katatonie aj. I při dlouhodobém užívání léku nevzniká tolerance nebo jiné vedlejší toxické účinky. Jediným nežádoucím účinkem v některých případech bývá ospalost.

V únoru 2006 zahájila firma ReGen „Projekt Zolpidem“. Jeho cílem je vyvinout novou formu léku, bez sedativních účinků pro využití široké škály pacientů. Tato nová forma byla objevena v roce 2007 a probíhají další klinické testy.

Literatura:

- Hlávková, M. (2007). Apalický syndrom – navrácení do běžného života. Absolventská práce. Znojmo. Dostupné z <<http://www.apalicky-syndrom.wz.cz/>>
- Richterová, L. (2010). Co je to vlastně vegetativní stav? Diplomová práce. Olomouc. Dostupné z <<http://theses.cz/id/0dij3s/82348-717479570.pdf>>
- <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zolpidem>
- <http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=97>
- <http://www.regentherapeutics.com/rtl/products/zolpidem/>
- <http://www.zachrannasluzba.cz/odborna/gcs.htm>

Související články, video:

- *Prášky na spaní startují "vypnutý" mozek. 2006.*
http://www.rozhlas.cz/leonardo/clovek/_zprava/prasky-na-spani-startuji-vypnuty-mozek--249466
- Evidence for Zolpidem efficacy in brain damage.2005.
<http://www.safpj.co.za/index.php/safpj/article/download/195/195>
- *Effect of ZOLPIDEM on a person with brain damage. 2008*
http://www.youtube.com/watch?v=7sE_r-B1Hcs

Název příspěvku: **Problematika postury sedu, posturální stability a mobility vozíčkářů**

Autoři: Z. Faltýnková, Bc. B. Benešová, Bc. I. Labeckaite

Pracoviště: Centrum Paraple o.p.s. Praha

Poškození míchy jakéhokoliv rozsahu i výšky léze vždy vnímá postižený a jeho blízcí jako psychickou i fyzickou katastrofu – nedovedou si představit další život s ochrnutím a zvládání potřeb každodenního života rodiny. Proto hned od počátku záleží na kvalitě péče týmu odborníků – lékařů, ošetrovatelského personálu, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologů a dalších odborníků a na podpoře rodiny. Dnes již jsou na našem trhu dostupné pomocné prostředky, které člověku s ochrnutím umožňují žít aktivním způsobem života. Kvalitu života však může významně ovlivnit řada faktorů jednak pozitivně, tak i negativně. Cílem našeho sdělení je poukázat na vzájemně se ovlivňující faktory výběru vozíku, postury sedu a propulzního vzoru ovládání vozíku, které přímo určují míru funkční kapacity a soběstačnosti jedince.

Výběr zvláště prvního vozíku, který pacient samozřejmě odmítá, je velmi obtížný pro všechny zúčastněné. Přesvědčit pacienta – budoucího trvalého uživatele vozíku, že vozík hraje rozhodující úlohu pro jeho funkční nezávislost a eliminaci sekundární patologie na horních končetinách a trupu - je pro terapeuty těžký úkol. Kritérií výběru vozíku je celá řada (výška a rozsah poškození míchy, funkční schopnosti pro ovládání vozíku, spasticita, bolesti, omezení kloubního pohybu, prognóza, domácí prostředí...), proto komplexní hodnocení klienta, analýza funkčních schopností, jeho slabých a silných stránek, klade vysoké nároky na odbornost a zkušenosti terapeuta. Před konečným rozhodnutím je důležité praktické vyzkoušení vozíku včetně sedacího polštáře nejen při jízdě, ale i každodenních činnostech.

Vozík a možnosti jeho nastavení jsou základem kvality postury sedu klienta, statické a dynamické rovnováhy. Sed musí být zároveň funkční, což znamená takové nastavení sedadlové jednotky vozíku, která umožňuje volný pohyb horními končetinami včetně efektivity propulzní mechaniky.

Propulzních vzorů ovládání vozíku pomocí horních končetin je několik typů, které vozíčkáři používají často v závislosti na kvalitě postury a stability sedu. Naše zkušenosti ukazují na špatnou propulzní mechaniku většiny našich klientů. Je to často využívaný pohybový vzor označovaný jako „pumping“, naproti tomu správný semicirkulární vzor s aktivační i relaxační fází využívá minimum vozíčkářů. V naší praxi je proto obvyklé, že každému klientovi kontrolujeme nastavení vozíku a způsob propulzního vzoru. Téměř každému druhému klientovi je třeba vozík buď přenastavit, vyměnit zádovou opěrku či podsedák a zároveň jej edukovat o propulzích. Častou příčinou špatné postury jsou také často se horšící svalové dysbalance trupových svalů a horních končetin i asymetrická spasticita. To vede ke špatnému postavení pánve, kyfotickému či skoliotickému držení trupu a k přetěžování určitých svalových skupin horních končetin.

Ke zlepšení postury sedu u našich klientů se nám osvědčil sedací program Jay s možnostmi vypodložení jak pánve, tak pevné zádové opěrky. Někteří tetraplegici ještě navíc profitují ze šlachových transferů na horních končetinách. Jen vzpřímeně sedící klient s potřebnou zevní oporou může efektivně využívat funkční kapacity svých horních končetin a předcházet tak sekundárním změnám na pohybovém aparátu.

Prezentace bude doplněna fotodokumentací a praktickými ukázkami.



Název příspěvku: ERGO Aktiv- centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě (a jiném poranění mozku)

Autor: Bc. Olga Košťálková

Pracoviště: ERGO Aktiv o.s.

Kontakt: olga.kostalkova@ergoaktiv.cz

Úvod

ERGO Aktiv – centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě je specializované pracoviště zaměřené na poskytování následné péče osobám po prodělané cévní mozkové příhodě či jiném poškození mozku.

Centrum ERGO Aktiv nabízí klientům služby poradny (řešení situace po mozkové příhodě) a denního centra (podpora celkové samostatnosti, vlastní aktivity a odpovědnosti klienta). Klíčovými službami denního centra jsou specializovaná ergoterapeutická a fyzioterapeutická péče, dále spolupráce s logopedem, psychologem a organizací podporovaného zaměstnávání.

Hlavní náplň příspěvku

Příspěvek stručně seznamuje posluchače s charakterem a průběhem programu denního centra – náplň, denní aktivity, přístup ke klientům. Konkrétně vyzdvihuje specifika programu, zejm. intenzitu a poskytovanou ergoterapeutickou péči.

Dále prezentace shrnuje cíle a výstupy, které si klienti odnáší. Popisuje hlavní zájem programu – zprostředkovat klientům možnost aktivního se zapojení do života, nabídnout možnost opuštění zažitého stereotypu a hledání nových cest s využitím dosavadních dovedností a schopností či přiblížit možnost návratu do zaměstnání a nastiňuje metody a principy intervence.

Pro názornost je použita stručná kazuistika klientky, která absolvovala tříměsíční program.

Závěr

Příspěvek má popsat a vyzdvihnout podstatnou roli centra v celistvém systému následné péče, kde zaujímá místo na pomezí zdravotní a sociální rehabilitace.

Hlavním cílem je pomoci a podpořit klienta v přijmutí nastalé životní situace a v přechodu z původní role klienta do role aktivního a produktivního člověka. Toto místo v systému ucelené rehabilitace zůstává v současné době v České republice opomíjeno a nedostatečně zastoupeno následkem čehož přibývá klientů nikdy neopouštějících zdravotnická a rehabilitační zařízení. Tímto, nejen že klesá kvalita jejich života, ale též je kladena vysoká zátěž na rehabilitační pracoviště, která jsou zatížena stále se vracejícími chronickými klienty a vzniká nedostatek fyzického i personálního prostoru pro akutní a subakutní případy.

Název příspěvku: Traumatické poranění ruky – ergoterapie v období časná rehabilitace

Autor: Ivana Krejčí

Pracoviště: Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava

Problematika časná péče o ruku je oblast ergoterapie, která je charakterizována především specifickými rehabilitačními technikami v období do 3. měsíce od úrazu.

Dodržení metodických postupů je společně s precizním operačním řešením nezbytnou podmínkou úspěšné rehabilitace ruky. Významně ovlivní průběh hojení šlachových a kostních struktur, kvalitu zrání jizvy i případnou redukci otoku. Fyziologické hojení tkání pak umožňuje časnou reedukaci pasivní i aktivní hybnosti a následné zapojení ruky do funkčních stereotypů v rámci ADL.

Prezentace zahrnuje období od 4. pooperačního týdne do ukončeného 4. měsíce od úrazu. Intenzivní rehabilitace probíhala v časovém horizontu jednoho měsíce na lůžkové části KLR, následně pak formou ambulantní péče až do současnosti.

Cílem prezentace je seznámit se s aplikací metodických postupů na konkrétní postižení flexorového i extenzorového aparátu, kostních struktur i periferních nervů formou kazuistiky u pacienta s traumatickým poraněním ruky. Součástí je i postup vyšetření a hodnocení funkčních výsledků s využitím standardizovaných testů.

Název příspěvku: Orofaciální stimulace (OS) jako součást ergoterapie

Autor: PaedDr. Eva Matějčíková

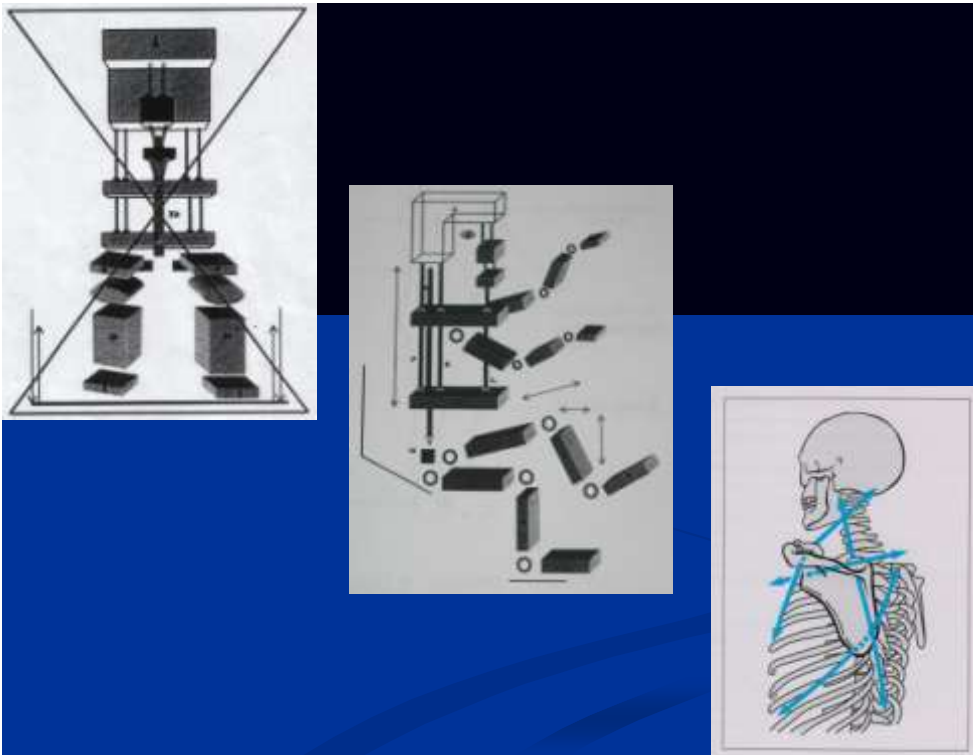
Prezentace:

1. Neuromotorická vývojová terapie

- Somatosenzorický systém
- Senzomotorická stimulace

2. Základ pro ergoterapii

- Rovnováha mezi:
- Posturálním a orofaciálním systémem
- Senzorická integrace
- Vztah k lopatce



3. Vzpřímení na horní končetinu – pohyb hrudního koše k lopatce a její funkce –stabilizující,- spojující a klouzavá

- Postavení dáno aktivací svalstva:
 - HK (horní končetina)
 - Ramene
 - Trupu
- Spojující funkce - lopatka – labilní postavení vyžadující permanentní regulaci

4. Na obličejové straně

- HK přebírá váhu pletence ramenního
 - Příslušné postavení loketního kloubu, předloktí

- Srovnatelné s hybným vzorem dítěte o loket v 4,5 měsíci

5. Ramenní kloub a lopatka

- Aktivací svalstva horní části paže, lopatky během opory na loktech dochází:

- K zevní rotaci horní části paže v RK(ramenní kloub)
- K pohybu jamky RK přes hlavici pažní kosti
- K centraci kloubů (protipohyb obou kloubních partnerů vůči sobě)
- K pohybu hrudního koše směrem k lopatce při vzpřímení na horní končetinu

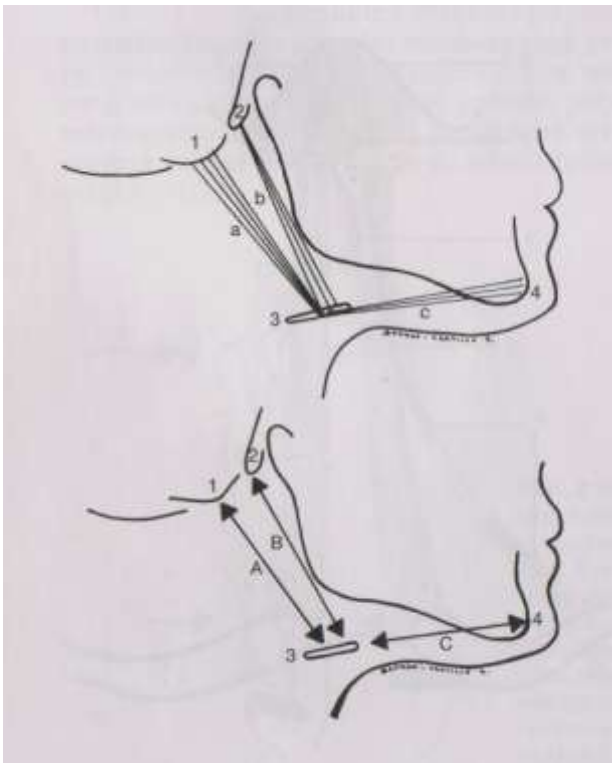
6. Nezbytné sledovat

- Na záhlavní straně – začátek- rameno lehce naléhá k podložce, postupně směr nahoru
- Prodlužování šíje, hlava zůstává ležet stranou na čele
- Lehčí vedení hlavy
- Lopatka okrajem k páteři, spodní úhel na žebra
- Aktivita svalů boční a přední strany hrudního koše
- Funkce m. pectoralis major
- Aktivita vnějších kloubních svalů
- Silnější kontakt lokte s podložkou
- Nastavení zápěstí
- Pronace mezi ulna a radius
- Pohyb ruky v pěst, následně její roztažení, palec v opozici

7. Poloha hlavy a její význam v OS

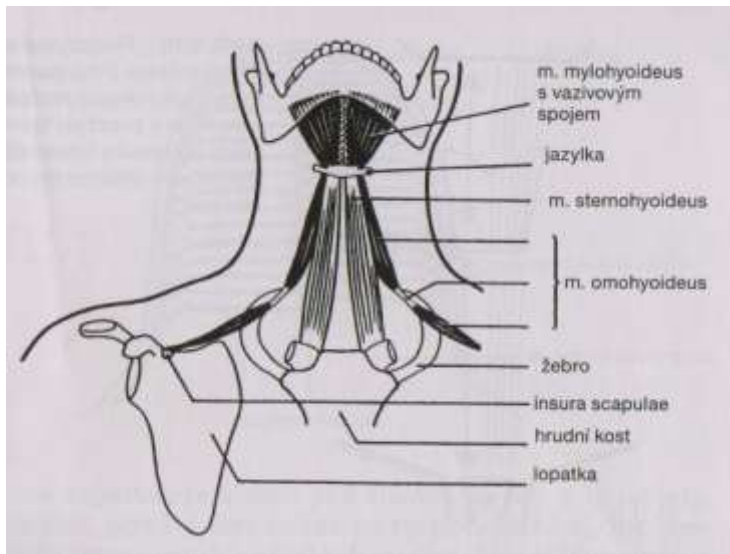
- Nadjazylkové svaly

- M. digastricus
- M. stylohyoideus



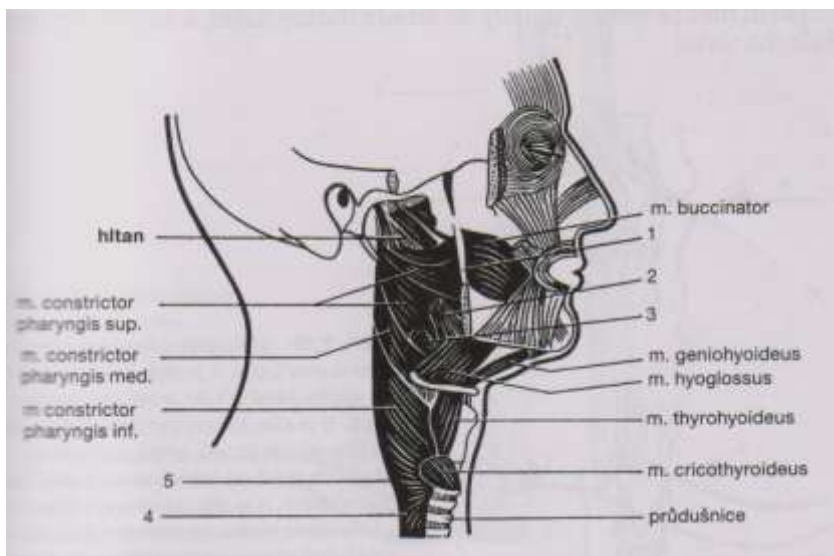
8. Podjazylkové svaly – horní končetina

- M. omohyoideus



9. Svalstvo jícnu a tvářového mechanismu

- Poznátky o funkčnosti orof. komplexu za fyziol.podmínek



Název příspěvku:	Rozpouštění vnitřních a vnějších bariér
Autor:	Bc. Linda Obrtelová, Bc. Veronika Hejzlarová, Mrg. Vlasta Stupková
Pracoviště:	Asistence, o.s.
Kontakt:	linda@asistence.org

Posláním Asistence o.s. je rozpouštět vnitřní a vnější bariéry v životě lidí s postižením. Podporujeme osoby se zdravotním postižením tak, aby mohli žít takovým způsobem života, který si sami zvolí. Důraz klademe na individuální přístup a respekt k osobnosti klienta.

Naším cílem je rozpouštění vnitřních i vnějších bariér, se kterými se lidé s postižením nebo s dalším znevýhodněním potýkají.

Asistence o.s. má registrovány sociální služby osobní asistence a sociální rehabilitace. Jádrem služeb sociální rehabilitace je Tranzitní program – systém podpory mladých lidí při přechodu ze školy do dalšího života. Součástí tohoto Tranzitního programu jsou služby Podporované zaměstnávání (podpora klientů na otevřeném trhu práce, nácviky pracovních dovedností), Job-kluby (skupinová forma nácviků dovedností potřebných pro získání zaměstnání). Poradenství ergoterapeutky v oblasti kompenzačních pomůcek, bezbariérové úpravy pracovního prostředí, nácviky soběstačnosti a trénink kognitivních funkcí. Dále pak nácvik práce na počítači s využitím adaptací a kompenzací činností (speciální programy a pomůcky) a prostředí.

Služba osobní asistence je v Asistenci o.s. zaměřena na doprovody klientů do zaměstnání, škol a za volnočasovými aktivitami a s tím spojené činnosti. Poskytujeme ale i celou řadu dalších činností osobní asistence. Služba je doplněna o poskytování poradenství a konzultací v oblasti osobní asistence (sebeurčující osobní asistence - soběstačnost, financování osobní asistence a další). Jedním z výstupů je 20 minutový instruktážní film pro osobní asistenty.

Asistence o.s. poskytuje služby lidem se zdravotním postižením a vnímáme, že tempo bezbariérových úprav naprosto neodpovídá tempu integrace lidí s různými druhy zdravotního postižení ve společnosti. Bariéry ve veřejné dopravě se stávají zbytečnou brzdou ve společnosti, která chce umožnit všem svým členům zapojovat se při různorodých příležitostech.

Jedeme v tom s vámi - www.asistence.org/jedeme.php

Snažíme se zprostředkovat veřejnosti reálné problémy, které denně lidé se zdravotním postižením ve veřejné dopravě v Praze zažívají. Nabízíme osobnostem veřejného života, studentům a všem zájemcům, aby se vypravili z domova do zaměstnání, do školy, kamkoliv po městě na mechanickém vozíku v doprovodu asistenta. Zajímá nás, co během takové cesty zažijí, jak se cítí, jak na ně reaguje okolí.

www.ZaMHDPrístupnou.cz

Získané zkušenosti jsme formulovali do výzvy "Za MHD přístupnou", kterou podpořilo více než 10 000 lidí. Tato vlna zájmu dala vzniknout Pracovní skupině magistrátu Prahy Pro Prahu bezbariérovou a otevřenou a do jejího čela vynesla našeho kolegu z Asistence Michala Pragera, který se z bariérami při svých cestách na elektrickém vozíku denně potýká.

V roce 2010 jsme vytvořili film "**Prague Needs a Revolution**" - výpovědi lidí, kteří se denně přepravují na vozíku veřejnou dopravou v Praze i návštěvnice Prahy z USA a srovnání situace. Tento krátký film vám představíme.

<http://www.youtube.com/user/AsistencePraha#p/a/u/1/J1w-VR8a0ME>

Název příspěvku: **Školní poradenské služby ve spolupráci s lékaři při péči o žáky s autismem**

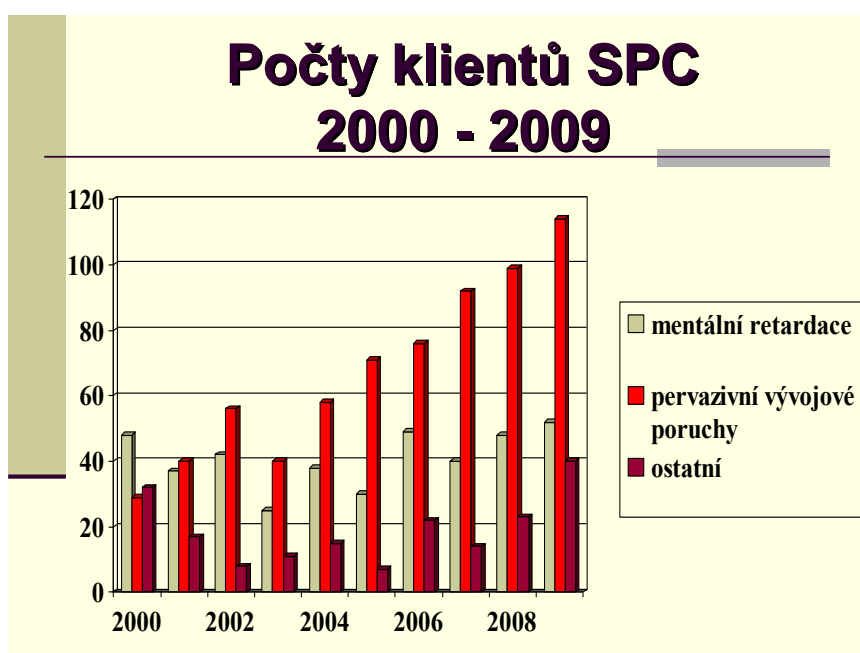
Autor: PhDr. Olga Opekarová, PhD., psycholog SPC v Praze 10- Malešicích

Pracoviště: Speciálně pedagogické centrum při Střední škole, Základní škole a Mateřské škole, Praha 10, Chotouňská 476, Praha 10- Malešice

Kontakt: tel/fax: 274 772 945, spcchotounska@volny.cz,
www.chotounska.cz

Pracuji jako psycholog ve školském poradenském pracovišti (Speciálně pedagogické centrum), které se mimo jiné zaměřuje na koordinační činnost v péči o děti a mládež se specifickými duševními poruchami v průběhu jejich výchovy a vzdělávání, resp. přípravy pro život v dospělosti. Jde jednak o žáky s mentálním postižením, a dále o žáky s pervazivními vývojovými poruchami, resp. poruchami autistického spektra (autismem).

Poruchám autistického spektra (autismu) se v posledním desetiletí v České republice dostalo díky odborné a státem organizované či podporované péči více pozornosti. V souvislosti s tím se rovněž jistě poznatky o těchto poruchách dostaly do jisté míry i do většího popředí zájmu a pozornosti i laické veřejnosti. Uvědomujeme si však také, že ve školských poradenských institucích narůstá množství stejně naléhavých dalších podobně se manifestujících specifických problémů spojených s výchovou a vzděláváním dorůstající generace. Jsou jimi např. Poruchy chování a emocí, Oslabení Školního Výkonu spojeného s impulzivitou žáka, problémy ve vývoji řečových dovedností a komunikace apod., jež je nutné také obdobně systematicky řešit na základě nových poznatků o společenském vývoji.



Z ilustrujícího grafu je patrné, jaký je nárůst klientely autistů ve školských poradenských zařízeních od momentu, kdy se podařilo díky iniciativě zpočátku jednotlivců, později různých odborných sdružení a institucí tuto problematiku systémově řešit. A to zejména pomocí legislativních dokumentů (Školský zákon a jeho prováděcí dokumenty), dále vytvořením zázemí pro diagnostickou a poradenskou činnost pro autisty a jejich rodiny ve formě speciálních poradenských center, a dále také pověřením školních pracovníků pro výchovné poradce a asistenty integrujících škol apod. V tom spatřujeme důkaz pozitivního vlivu společenského zájmu s efektivními postupy na řešení konkrétní specifické problematiky ve školství.

V českém odborném prostředí je projev aktuálního nárůstu výskytovosti poruch autistického spektra u dětí a mládeže spojován především se zkvalitněním diagnostických postupů a odborných poznatků o dané problematice v posledním desetiletí, než s prostými kvantitativními epidemiologickými ukazateli. V níže uvedeném přehledu jsou znázorněno vřazení dané problematiky do celkové zdravotnické taxonomie poruch dle aktuálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí a poruch.

DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ (dle MKN X.)

Řada F 80-89 PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

F 80 : Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80-80.9)

F 81 : Specifické vývojové poruchy školních dovedností (F 81-81.9)

F 82 : Specifická vývojová porucha motorické funkce

F 83 : Smíšené specifické vývojové poruchy

F 84 : Pervazivní vývojové poruchy (F 84-9)

F 88 : Jiné poruchy psychického vývoje

F 89 Nespecifikovaná porucha psychického vývoje

F 84.0-84.9 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY(PVP)

Poruchy autistického spektra (PAS)

F 84.0 : Dětský autismus

F 84.1 : **Atypický autismus**

F 84.2 : Rettův syndrom

F 84.3 : **Jiná desintegrační porucha v dětství**

F 84.4 : Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F 84.5 : Aspergerův syndrom

F 84.8 : Jiné pervazivní vývojové poruchy

F 84.9 : Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Ve školských zařízeních pracujeme každodenně s dětmi se specifickými vzdělávacími potřebami, jež vyplývají z některého typu jejich zdravotního postižení či oslabení. Jsme proto také stále lépe a systematictěji schopni monitorovat a zaznamenávat různé projevy a důsledky vlivu různých typů zdravotního handicapu u dětí a mládeže na jejich celkový vývoj v průběhu vzdělávání, výchově a zaměstnávání.

Pokud jde o poruchy autistického spektra (autismus), je důležité si uvědomit, že tyto poruchy jsou náležitě popsány v odborných medicínských, psychologických, speciálně pedagogických publikacích na základě usilovného bádání v této oblasti, a tedy na základě aktuální úrovně poznání v této oblasti. Víme proto, že podstatu či příčinu těchto poruch, stejně jako mnoho dalších duševních poruch, není dosud možné zcela potvrdit zobrazovací či jinou exaktní technologií. Musíme proto stále víceméně usuzovat z analýzy přítomné kompozice vnějších symptomů, tedy projevů v jednání a chování daného jedince. Toho si stále musíme být vědomi a postupovat velice obezřetně a s úzkostlivě při shromažďování a pečlivé analýze pozorovaných projevů, tedy i při stanovení přesné diagnózy.

Domnívám se, že všichni specialisté ze školních poradenských pracovišť si dále uvědomují, že v případě autismu jde zásadně o lékařskou problematiku, se kterou se pak snaží adekvátně odborně pracovat v prostředí výchovných a vzdělávacích zařízení. Z dlouholeté praxe také vyplynulo, že školní, výchovná a terapeutická pracoviště mají v tomto směru na rozdíl od ambulancí lékařů například mnohem více času a prostoru k monitorování jednání a chování daného jedince v různých situacích, v přirozeném či adaptovaném prostředí. Z mnoha zahraničních odborných zdrojů máme informace, že většina dětí s podezřením na autismus, bývá pro stanovení přesné diagnózy relativně dlouhodobě hospitalizována ve zdravotnických zařízeních. Zde pak jsou tyto děti odborně vyšetřeny z mnoha hledisek (neurologických, psychiatrických, metabolických, genetických apod.) Dále pak zde mohou být permanentně sledovány při různých přirozených i navozených situacích, aby tak mohla být stanovena následná adekvátní terapie. A to ať léková, pro kompenzaci přidružených zdravotních problémů, anebo výchovná, vzdělávací, apod.

Tuto možnost naše zdravotnictví zatím v takovém rozsahu nemá, respektive se u většiny „autistické populace“ v našich podmínkách neužívá. Máme však možnost speciálně upravit prostředí v běžných i speciálních školách, kde pak pracují psychologové, pedagogové, terapeuti se speciální přípravou, kteří jsou schopni poskytovat cíleně zachycená data o projevech a chování (symptomech) integrovaných autistů :

: každodenně

: v čase

: průběžně

: v závislosti na typu činnosti, resp. zátěže

: v závislosti na úrovni prožitkovosti

: s každodenní možností operativní komparace s informacemi z rodinného prostředí atd.

A to ať již formou prožitkových denníků dítěte, tak pozorovacími archy, škálami apod. Speciální pedagogové ve spolupráci se školními psychology a odborníky speciálních poradenských (pedagogických) center již také vyvinuli řadu pozorovacích škál, jejichž pomocí mohou dokládat profily jim svěřeného dítěte v jednotlivých vývojových oblastech. A to v tzv. startovním počátečním období, tak v časovém etapovém sledu apod. Mohou tedy podat lékařům mnoho nenahraditelných informací, dle nichž lékař může svou následnou či téměř celoživotní péči o dané dítě korigovat.

Lékaři také z pochopitelných důvodů a při nejlepší vůli nemusí při ambulantním vyšetření dítěte s podezřením na některou z autistických poruch postihnout skryté problémy, které se u daného dítěte projevují pouze v konkrétní situaci. Zdrojem informací pro lékaře bývá samozřejmě nejčastěji sdělení rodičů, které může být ovlivněno mj. i emoční stránkou a schopnostmi rodiče postihnout významné momenty v chování dítěte, jako jsou např. reakce na vrstevnické výkonové normy, kompenzující aktivity při nejistotě vzhledem k samostatnému plánování činnosti či vzhledem k typu sociální dynamiky apod.

V tomto ohledu víme o mnoha tzv. typických přidružených problémech, které se u autistů objevují. Např. značná emoční labilita spojená s atypickými afektivními reakcemi, úzkostnost a závislost na systému a logice spojené se stereotypiemi v řeči, chování apod., strach z nejistoty a neúspěchu apod., tedy symptomatika, která bývá také přidružující i k jiným poruchám či problémům spojeným s učením, vyučováním a výchovou dítěte. Tyto problémy bývají rovněž značně limitující až paralyzující ochotu dítěte ke spolupráci s pedagogem či rodičem, a je pochopitelné, že rodiče požadují od lékaře rychlou pomoc a očekávají okamžité účinné prostředky pro úlevu dítěti.

JIŽ MÁME V TOMTO SMĚRU některé dobré výsledky vyplývající s vzájemné spolupráce lékařů se školními poradenskými pracovišti, resp. s psychology a speciálními pedagogy, a dále se školními psychology a výchovnými poradci z integrujících škol, kdy lékaři účelně využívají jejich shrnující zprávy o vývoji, jednání a chování daného dítěte v určitém časovém horizontu, podle něhož pak následně upravují další lékařské postupy, vč. event.medikace. Velmi si toho vážíme a vnímáme to jako projev vzájemného odborného respektu při naší společné práci.

Název příspěvku: **Pojem rehabilitace nelze uplatňovat bez ergoterapie (současné legislativní snahy o legalizaci pojmu rehabilitace)**

Autor: Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

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

Pojem rehabilitace se vyvíjí 93 roků. Začal se používat v USA ke konci První světové války a již v roce 1918 byla v USA rehabilitace uzákoněna. Postupně dosáhla takového významu, že jí přijaly všechny vyspělé státy jako název pro řešení průvodních a následných funkčních obtíží různých závažnějších poruch zdraví. Rehabilitace se nedělí na různé části, je nadřazeným pojmem různých prostředků. Jedním z nejdůležitějších prostředků rehabilitace je ergoterapie.

Velké úspěchy medicíny v posledních desetiletích vedlo WHO k vydání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (MKF), která vedle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), rovnomocně doplňuje evidenci bio-psycho-sociálních problémů a stala se osou řešení rehabilitačních úkolů. Český stát tuto klasifikaci přijal ve Sbírce předpisů České republiky 43. Sdělení Českého statistického úřadu ze dne 18. listopadu 2009 o zavedení (MKF). Dále usnesením vlády České republiky dne 29. března 2010 č. 253, byl schválen Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014. V tomto plánu je kapitola 10. Zdravotní péče a dále jako samostatná kapitola 11. Rehabilitace. Rehabilitace je definována v tomto kontextu jako vzájemně provázaný koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. V případě vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění. Dále je ještě rozveden požadavek, že rehabilitace musí být včasná a navazující jednotlivé složky rehabilitace.

Je nutno zdůraznit, že pracoviště, které chce nést název „rehabilitační“, nebo rehabilitace musí mít jako nedílnou součást úsek **ergoterapie**. Pokud tomu tak není, bude nejvhodnější zavést znovu název oddělení nebo pracoviště fyziatrické, nebo fyzikální medicíny.

Název: **Rekondiční pobyty- most mezi teorií a praxí**

Autoři: Bc. Zuzana Rodová, Bc. Olga Nováková

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

Kontakt: zuzana.rodova@lf1.cuni.cz, olga.novakova2@vfn.cz

V rámci našeho příspěvku bychom vás chtěly seznámit s jednou z aktivit pořádanou Rehalb o.p.s. ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK. Jedná se o rekondiční pobyty.

Historie

První pobyt byl zrealizován v roce 2003 a do dnešního dne proběhlo již šestnáct týdenních rekondičních pobytů. Do loňského roku probíhaly v Krušných horách- Rýžovna, Hřebečná nebo v Lutové v Jižních Čechách. V posledním roce se nám povedlo zrealizovat také dva víkendové rekondiční pobyty- Pecínov a Kladruby a jeden jednodenní rekondiční výlet do Botanicusu Ostrá.

Cílová skupina klientů

Klienty vybíráme z naší cílové skupiny neurologických klientů, kteří absolvovali rehabilitaci na KRL v rámci Denního stacionáře nebo ambulantní formou (klienti po poškození mozku, TBI, CMP, po nádorech mozku, po hypoxiích). Klienti mají různou kombinaci fyzických obtíží, kognitivních obtíží, komunikačních obtíží, smyslových obtíží a obtíží v soběstačnosti (inkontinence, osobní hygiena, oblékání, sebesycení,...). Na týdenní pobyt může jet 16 klientů.

Složení týmu

Tým se skládá z jednoho organizátora, jednoho ergoterapeuta, jednoho fyzioterapeuta, jednoho lékaře nebo zdravotníka a čtyř studentů- 2 studenti fyzioterapie a 2 studenti ergoterapie. Je tedy celkem 8 členů týmu na zajištění programu pro 16 klientů denně od 8:00-22:00, zároveň je nutné zajistit klientům osobní asistenci, to znamená od vstávání a ranní hygieny cca. od 7:00 až po večerní ukládání. Po té následuje tvorba nebo doladění předem přichystaného programu na další den.

Cíl rekondičních pobytů

Cílem pobytu nejsou individuální terapie, ale trénink komunikačních a interpersonálních dovedností, nácvik soběstačnosti a vyzkoušení různých volnočasových aktivit. Všechny aktivity probíhají ve skupině.

Most mezi teorií a praxí

Jedním cílem je, aby došlo ke zlepšení u našich klientů, a to zejména v soběstačnosti, kdy mnozí poprvé mají možnost strávit týden bez doprovodu a pomoci rodiny, což je jeden z velmi motivujících a hybných faktorů. Dalším, neméně důležitým cílem, je i profesní růst studentů, kteří pracují pod supervizí terapeutů. Proto, aby si studenti byli vědomi, co vše během týdenního pobytu musí zvládnout či se naučit, vytvořili jsme analýzu rekondičních pobytů:

Rekondiční pobyt- analýza

- asistence a trénink pADL (fyzická dopomoc, supervize, slovní vedení, ukázka, handling, guiding,...)
 - o přesuny (vozik, židle, postel, WC, sprcha, lavice v kostele, na zem, auto, křeslo v restauraci, lavička, sedadlo v autobuse...)
 - o sebesycení (snídaně, oběd, večeře,...)
 - o oblékání (i asistence při výběru oblečení,...)
 - o osobní hygiena
 - o koupání
 - o použití WC

- asistence a trénink iADL-
 - o nakupování, manipulace s penězi
 - o příprava jídla (vaření kávy, společná večeře,...)
 - o domácí práce (mytí nádobí, úklid, praní, ...)
 - o transport (nastupování/vystupování- auto, autobus)
 - o funkční komunikace (psaní/čtení SMS, telefonování)
 - o léky

- komunikace s klienty s fatickou poruchou (expresivní, smíšenou) a to i velmi těžkou formou

- stimulace a facilitace komunikace mezi klienty

- trénink kognitivních funkcí
 - o paměť (paměť kolečko,...)
 - o orientace
 - o pozornost.....
 - o apraxie

- trénink chůze- interiér/exteriér/schody/terén/různé povrchy

- uvolňování spastické ruky (podávání rukou, vkládání předmětů do spastických HKK,...)

- nácvik úchopů, funkční trénink HKK, zapojování postižené končetiny do činnosti, stimulace cití HKK (rozcvičky, ADL, kreativní činnosti, sportovní aktivity, paměťové kolečko...)

- trénink grafomotoriky (pohledy, autogramiáda,...)
- práce dle Bobath konceptu- přesuny, chůze, sed, stoj, rozcvičky, sportovní aktivity, ADL,...
- manipulace s mechanickým a elektrickým vozíkem (skládání, nakládání do aut, jízda v terénu,...)
- manipulace s dalšími kompenzačními pomůckami (hole, sprchovací vozík, sedačka ve sprše, madla, protiskluzné podložky,...)
- plánování terapií individuálních i skupinových
- příprava a úklid pomůcek pro terapie
- studium dokumentace

- vyšetřování klientů (hodnocení stavu)- pozorování, rozhovor, pohled, pohmat

- spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu
 - o komunikace v týmu
 - o tvorba programu
 - o vedení skupin (rozcvičky, paměťové kolečka, sportovní aktivity, kreativní techniky,...)
 - o uzpůsobování terapií dle aktuálních podmínek (počasí, prostor, aktuální stav klientů, únava,...)
Bez flexibility nelze dělat terapie.
 - o rychlé řešení situací (epileptický záchvat, ztracený klient, pád klienta, zapomenuté věci, nespolupracující klient,...)

Teorie a praxe, praxe a teorie, jedno bez druhého nemůže existovat! Proč se nenaučit hledat a tvořit mosty pro naše klienty a studenty právě prostřednictvím natolik přirozených aktivit jako jsou rekondiční pobyty.

Název příspěvku: **Using Problem-based Learning in the Workplace to Enhance Practice** (Využití učení založeném na řešení problémů na pracovišti za účelem zkvalitnění praxe)

Autor: Prof. Gaynor Sadlo

Pracoviště: Head of Occupational Therapy, Professor of Occupational Science, UK National Teaching Fellow, University of Brighton UK

In today's information age, life-long learning is a necessary part of professional life, enabling us to keep our practice current. Problem-based Learning (PBL) is a special process invented by clinical teachers to improve learning within university courses. This active form of education has now spread around the world, especially within health professions. Now it has come full circle, to structure effective learning in workplaces. This presentation will provide a brief historical background to PBL, showing its sound roots within the philosophy and neuroscience of learning. It will then explicitly show how you may use it at work, especially to develop evidence-based practice (EBP). You will observe a (condensed) demonstration in how to use PBL in a very practical way, either alone, with colleagues or with students, to develop clinical reasoning and update your knowledge. The objective is to enable you to use your rich work environment as a source for formal learning, creating your own 'university of the workplace'.

V současném informačním věku je celoživotní učení nezbytnou součástí profesionálního života, jelikož umožňuje udržovat úroveň poskytované praxe na odpovídající aktuální úrovni. Učení založené na řešení problémů (tzv. problem-based learning, PBL) je specializovaný proces, který vymysleli učitelé na vysokých školách s cílem zlepšit formu výuky. Tato aktivní podoba vzdělávání se nyní rozšířila po celém světě, zvláště mezi zdravotnické profese. Nyní se dostává i přímo na pracoviště jako struktura pro efektivní učení.

Prezentace stručně představí historické pozadí PBL, ukáže jeho souvislosti s filozofií (teorií) a neurovědou učení. Dále jasně ukáže, jak je možné využít PBL v práci, zvláště při vytváření praxe založené na důkazech (tzv. evidence-based practice, EBP). Účastníci budou moci sledovat (zestručněnou) demonstraci, jak je možné PBL využít prakticky, buď samostatně nebo ve spolupráci s kolegy nebo studenty, pro rozvoj klinické úvahy (myšlení) a doplnění svých znalostí. Cílem je umožnit posluchačům využít bohaté pracovní prostředí jako zdroj formálního učení, vytvořením vlastní „univerzity na pracovišti.“

Název příspěvku: **Účast ergoterapeutů na soutěžních projektech Západočeské univerzity v Plzni, Projekty – relaxační křeslo, průmyslové myčky**

Autor: Mgr. Michaela Šrytrová

Pracoviště: Katedra fyzioterapie a ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, ZČU v Plzni

Kontakt: srym@fzs.zcu.cz

Vážený čtenáři,

dovolte mi, abych Vám představila semestrální projekty Západočeské univerzity v Plzni, na kterých se společně podílely Fakulta strojní (FST), Fakulta zdravotnických studií (FZS) a Ústav umění a designu (UUD) Západočeské univerzity v Plzni. Z fakulty zdravotnických studií bylo zastoupeno 7 studentů oboru ergoterapie (Katedra fyzioterapie a ergoterapie). Tyto projekty byly zahrnuty v rámci rozvoje vzdělávání. Třem soutěžním týmům, které tvořila skupina studentů z příslušných fakult, bylo zadáno několik požadavků a také název projektu. Zadanými názvy byly: Transportní relaxační křeslo, Konstrukce průmyslové myčky 1 pro malé a střední součásti a Konstrukční návrh s designérským řešením průmyslové myčky 2.

Projekt relaxační transportní křeslo

Obr.1. Transportní relaxační křeslo – finální verze



Relaxační transportní křeslo bylo zadáno ve spolupráci s firmou Linet, s. r. o. soutěžnímu týmu složenému ze 3 studentů FST, 1 studenta z UUD a 3 studentů FZS (za obor ergoterapie Michaela Mezerová, Světlana Mouleová a Lucie Zábranská). Cílem projektu bylo vytvoření inovativního řešení křesla Eleganca sito D. Hlavními požadavky na výstup projektu byly: zkvalitnění péče o uživatele, usnadnění manipulace pro obsluhující personál, odpovídající míra komfortu pro přepravovanou osobu, splnění hygienických požadavků a umožnění dlouhodobého sezení a změnu polohy. Týmová spolupráce zahrnovala rozdělení dílčích úkolů. To pro studenty ergoterapie znamenalo navštívit zařízení, které by mohlo v budoucnu takové relaxační křeslo využívat. Formou dotazníkového šetření zjišťovali členové týmu požadavky personálu a klientů, které jim usnadnili orientaci v problematice. Dále

náplň práce týmu zahrnovala zmapování trhu daného produktového zaměření, seznámit spoluřešitele s ergoterapií, její filozofií a možným přínosem pro projekt. Zde budoucí ergoterapeutky uplatnily znalosti z ergonomie, dále znalosti o kompenzačních pomůckách a dalších kompenzačních mechanismech. Mezi jejich specifické návrhy pro křeslo patřila opěrka hlavy, úložný prostor pro permanentní močový katétr, křeslo minimálně se 4 kolečky k zajištění dobré stability a polohovatelnost minimálně pro 3 možnosti sedu. Dalším klíčovým požadavkem byla maximální možná hygiena křesla. Schematický model křesla popisuje obr. 2.

Obr.2. Transportní křeslo – úplná stavební struktura



Projekt průmyslová myčka 1

Obr.3. Průmyslová myčka 1



Projekt Průmyslová myčka 1 byl zadán ve spolupráci s firmou Astos. Soutěžní tým se skládal ze 3 studentů FST, 1 studenta UUD a 2 studentů FZS (za obor ergoterapie Kateřina Ničová a Alice Žurková). Zadáním projektu bylo vytvoření průmyslové myčky pro malé a střední součásti. Zde bylo nutné uvědomit si podstatu ergonomických požadavků a vytvoření takových podmínek, aby nedocházelo

k nepřiměřené pracovní zátěži. Dále bylo pro splnění zadání nutno určit požadované vzdálenosti, výšky a úhly tak, aby odpovídaly antropometrickým a biomechanickým požadavkům. Mezi nutné podmínky patřila i definice pravidel určujících správnou manipulaci se strojem. Šlo například o práci v častém předklonu (více než 15 ohnutí v zádech během dané doby), úklonům, hlubokým ohybům nebo nepřirozeným polohám těla v dřepu, dlouhodobé práci s nataženými nebo předpaženými pažemi a zvedání břemene (muži občasně 50 kg, často 30 kg a ženy občasně 30 kg, často 15 kg). Ergoterapeutické návrhy přispěly k vytvoření výsledného produktu, který splňuje zadané podmínky. Výsledný produkt na obr.3.

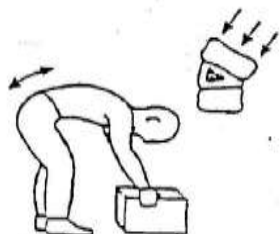
Projekt průmyslová myčka 2

Obr.4. Průmyslová myčka 2



Průmyslová myčka 2 byla zadána soutěžnímu týmu, který se skládal ze 3 studentů FST, 1 studenta UUD a 2 studentů FZS (za obor ergoterapie Jana Krásová a Petra Mikulenková). Specifickým požadavkem zadání bylo sestavení průmyslové myčky s důrazem kladeným na její zdravotní nezávadnost. Projekt zahrnoval seznámení se s ergonomií a s bezpečností obsluhy. Z ergonomického hlediska ergoterapeutky navrhly optimální ovládací prvky, ovládací panel, úchyty pro otevírání, doporučily též manipulaci s břemeny (respektující pravidla zátěže - muži 30 kg, ženy 15 kg). Návrh zahrnoval i použití automatického ukladače těžších břemen - manipulátoru. Studentky se dále podílely na instruktáži správné manipulace s břemeny (obr.5, obr.6).

Obr.5. Manipulace s břemeny - špatně



Obr.6 Manipulace s břemeny – správně



Dalším důležitým požadavkem, byla již zmíněná bezpečnost obsluhy. Zde měly studentky možnost uplatnit znalostí z hygieny práce a BOZP. Posuzovala se hlučnost a použití správných mycích prostředků dle směrnice EU. Na základě toho studentky doporučily ochranné rukavice, ochranný pracovní oděv a pracovní obuv. V úvahu se brala i možnost obsluhy myčky osobou handicapovanou. Ta je umožněna použitím manipulátoru ke vkládání součástí do myčky. Klíčovým prvkem pro tento způsob manipulace je ovládací panel zařízení. Po drobných úpravách lze použít i ruční mytí.

Závěrem mi dovoluje pár slov, která se týkají aktivit studentů ergoterapie. Tím, že byla realizována spolupráce mezi univerzitními pracovišti v rámci zmíněných projektů, došlo k rozšíření možností budoucího působení ergoterapeutů (zapojení do procesu vývoje nových produktů). Dále byla posílena možnost rozšíření informovanosti mezi další oborové disciplíny, které mohou úzce s ergoterapií spolupracovat. Projekty, které zde byly prezentovány, jsou pro nás prvotní zkušeností tohoto druhu a věříme, že se spolupráce rozšíří i mezi další obory, popř. dokonce i mezi univerzitní pracoviště či se do budoucích projektů zapojí další firmy. Naší vizí do budoucna je tímto oslovit nejen studenty ergoterapie, ale též ergoterapeuty působící již v praxi. I malý podnět či nápad je možné realizovat v praxi a v budoucnu by mohl přispět nejen k lepšímu pracovnímu pohodlí našich klientů, ale i jako prevence dalších onemocnění vzniklých v důsledku nesprávné pracovní zátěže. Pestrost projektů poukázala i na inovaci pomůcek, které se využívají ve zdravotním prostředí (např. relaxační křeslo). Umožněme klientům vyšší úroveň péče a pracovníkům kvalitnější pracovní zázemí. Podílejme se na rozvoji a začleňujme se více do aktivit, které nám pomohou posunout ergoterapii opět o krok kupředu.

Poděkování patří všem studentům podílejícím se na projektech a především zmíněným studentkám oboru ergoterapie.

Použité zdroje:

Matoušek, O.; Gilbertová, S. *Ergonomie*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN: 80-247-0226-6.

Mezerová, M.; Mouleová, S.; Zábranská, L. a kol. *Prezentace - Relaxační křeslo* [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné na WWW: <<http://leteckaposta.cz/709103973>>

Ničová, K., Žurková, A. a kol. *Prezentace - Průmyslová myčka* [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné na WWW: <<http://leteckaposta.cz/709103973>>

Mikulenková, P., Krásová, J. a kol. *Prezentace - Průmyslová myčka* [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné na WWW: <<http://leteckaposta.cz/709103973>>

Název příspěvku: Terminologie v rehabilitaci a ergoterapii – nástin vývoje a potřeba diskuse.

Autor: Doc. MUDr Jiří Votava

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN v Praze, Ústav zdravotnických studií UJEP Ústí nad Labem

Kontakt: jiri.votava@volny.cz

Úvod: V průběhu nejméně posledních 30 let sleduji, jak se terminologie v oblasti rehabilitace vyvíjí. Ne vždy jsem s nově zaváděnými termíny spokojen a snažím se vývoj ovlivnit. Současně jsem si vědom, že jsme pod velikým tlakem terminologie anglické. Opakovaně se setkáváme s termíny, které se nám nelíbí a které se také obtížně překládají do češtiny. Přitom naše terminologie z oblasti léčebné rehabilitace úzce souvisí s terminologií z oblasti problematiky osob se zdravotním postižením (OZP), tak jak se objevuje třeba v zákonech či národních plánech.

V oblasti terminologie zanechal hlubokou stopu i můj předřečník, profesor Pfeiffer, se kterým již několik desetiletí spolupracuji. V 80. letech existovala v Rehabilitační společnosti, jejímž byl předsedou, terminologická komise, jejíhož jednání jsem se někdy účastnil, ale ani té se nepodařilo zpracovat jasné vymezení a definici základních pojmů. Nyní působíme s profesorem Pfeifferem oba ve vedení Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny. Přesto však ani tam neprobíhá organizovaná iniciativa terminologii sjednotit a kodifikovat.

Významnými podněty pro rozvoj a korekci české terminologie jsou mezinárodně platné dokumenty, které se problematikou OZP a jejich rehabilitace zabývají. Takovými dokumenty je především Mezinárodní klasifikace funkčních schopností (ICF = MKF) z roku 2001 (a její předchůdkyně IC IDH z r. 1980). Důležitým zdrojem informací, a to i terminologických, může být také mezinárodní klasifikace pomůcek ISO 9999/2007, o níž jsem na konferenci ČAE přednášel přednášel vl Za ještě významnější lze považovat Mezinárodní úmluvu o právech osob se zdravotním postižením z r. 2006, kterou Česká republika ratifikovala v r. 2009, čímž má pro nás platnost zákona. Jako nejnovější materiál, z něhož lze posoudit vývoj terminologie, jsou CBR (tedy community based rehabilitation) Guidelines, které vydala Světová zdravotnická organizace v roce 2010. V překladu tedy podklady pro rehabilitaci v místě bydliště.

Základní verze všech uvedených materiálů jsou pochopitelně v angličtině a vždy je tedy problémem, zda a jak některé problémy přeložit. Vždy jsou nejméně dvě alternativy, tedy zda se snažit o překlad původním českým termínem (tedy např. činnost, porucha), nebo použít výraz mezinárodní, v češtině zdomácnělý (např. aktivita), případně pokusit se o zdomácnění výrazu zcela nepoužívaného (např. impairment, checklist, core set). Zvláště bych se obával zavádět termíny, jejichž správná výslovnost není pro neangličtináře zřejmá.

Nové podněty pro úvahy o terminologii přinesla má mnoholetá spolupráce s ergoterapeuty a účast na výuce ergoterapie. Od 90. let se rozvíjí occupational science, tedy věda o zaměstnávání (bylo by možné mluvit též o teoretických základech ergoterapie) a tím se k nám postupně dostávaly specifické termíny a jejich definice. Já sám sem se s touto problematikou setkal jako lektor knihy Ergoterapie (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová) vydané v r. 2009. Snažil jsem se nebyt vůči zaváděným zahraničním termínům příliš kritický. Autorky naopak v řadě případů text podle mých připomínek upravily.

A posledním podnětem je informace, dostupná na stránkách České asociace ergoterapeutů. Terminologická komise ENOTHE vytvořila v r. 2008 slovník základních pojmů s jejich definicemi. V r. 2009 byla vytvořena terminologická komise ČAE, která tuto databázi ergoterapeutické terminologie přeložila do češtiny s vědomím, že některé z uvedených termínů se u nás nemusí běžně používat. Věřím, že tento důležitý čin bude zmíněn v jiném příspěvku, a proto se tím nebudu zabývat v detailu. Dobrým námětem k diskusi však je, do jaké míry má mít každá profese svoji terminologii a zda týž termín může být jinou profesí z oblasti rehabilitační medicíny definován a používán odlišně. Kriterium správnosti a vhodnosti určitého termínu by pak měla být i pravidla českého jazyka, která prosazuje a rozvíjí Ústav pro jazyk český ČAV, kde lze v případě nejistoty hledat pomoc v Internetové jazykové příručce (<http://prirucka.ujc.cas.cz>) nebo v poradně na čísle 257 531 793.

Jsem si vědom toho, že v krátkém příspěvku nemohu probrat všechny sporné termíny, navíc jde o téma konfrontační a nikdo, tedy ani já nemusí, mít vždy a zcela pravdu. Uvádím proto jen pojmy významné, nebo jako příklad a podnět k dalším úvahám a diskusím.

Hlavní část: Pojem **rehabilitace** je dostatečně běžný a na první pohled srozumitelný. Pokud mluvíme o **rehabilitaci osob se zdravotním postižením**, musíme si uvědomit, že zde nemůžeme uplatňovat původní představu o návratu do původního stavu zdraví. O to více to platí pro situaci u dětí, a proto se již dříve objevil málo používaný pojem **habilitace** (ačkoliv není nijak vysvětlen, natož definován).. Jeho význam i frekvence používání se zvýšila od schválení Mezinárodní úmluvy o právech OZP z r. 2006. Její článek č. 26 má titul **Habilitace a rehabilitace**, kde habilitace je chápána jako programy pro děti, jejichž cílem je podporovat co nejnornálnější vývoj dítěte. Rozumným kompromisem zřejmě bude, pokud tento pojem budeme chápat, ale pro zjednodušení používat pouze pojem **rehabilitace**, jak je to v Národním plánu integrace OZP na léta 2010 – 2011, který z mezinárodní úmluvy vychází.

V roce 1988 jsem se setkal na světovém kongresu Rehabilitation International s anglickým pojmem **comprehensive** pro spojení několika složek rehabilitace OZP. Navrhl jsem a začal pak používat pojem **ucelená** rehabilitace, což odpovídá významu anglického slova, i když se vyskytuje i převod anglického výrazu do češtiny, tedy **komprehenzivní**. Byla v tom snaha bránit používání termínu **komplexní**, který se v angličtině nepoužívá, alespoň ne v těchto souvislostech a v češtině se jako „komplexní rehabilitace“ často chápe třeba solux-trakce-masáže- LTV. Tento výraz se pak objevil např. v titulu dvou publikací, naší (Votava a kol.) i docenta Jankovského a také v jedné

z verzí připravovaného Zákona o (ucelené) rehabilitaci. V této souvislosti se opět objevil názor, že rehabilitace může být jenom ucelená. Je pravda, že zdravotníci i širší veřejnost chápou rehabilitaci často nesprávně jako záležitost medicínskou. Ve zmíněné Mezinárodní úmluvě se nemluví o ucelené rehabilitaci, ale o komprehenzivních, tedy ucelených rehabilitačních službách – což je v české verzi nesprávně přeloženo jako „komplexní“. V článku 26 „Zdraví“ se však též zdůrazňuje potřeba přístupu k **léčebné rehabilitaci**.

Od schválení Mezinárodní klasifikace IC IDH v r. 1980 pak nastává snaha o vytváření příhodných českých termínů. Ze tří hlavních pojmů byl anglický **impairment** nahrazen již v publikaci klasifikace v příloze časopisu Rehabilitacia pojmem **porucha**, čili negativní změna na úrovni orgánu nebo tělního systému. Pokud bychom se měli vracet

k anglickému pojmu, muselo by být toto rozhodnutí důkladně odůvodněné. Další pojem, **disability**, byl nejprve překládán jako **disaptibilita**, abychom se nakonec ustálili na jednoduše počestěné formě **disabilita**. **Handicap** (či -kep) je pojem, který se v češtině až příliš udomácněl. Mnohdy se zdá kratší a odbornější mluvit o osobách **handicapovaných** nežli **se zdravotním postižením**, aniž si uživatel uvědomuje, že to znamená znevýhodnění vinou špatných podmínek. V nové klasifikaci ICF již tento pojem naštěstí zcela zmizel.

S novou klasifikací ICF se projeví dva nové, z angličtiny snadno převzaté pojmy: **aktivita** a **participace**. Původní pojem **disability** nahradila **activity limitations**, pojem **handicap** nahradila **participation restriction**. V rámci kurzů ICF se účastníci seznamují se **kontrolním seznamem ICF**, který se v souladu s anglickou verzí označuje **checklist**. Byla opakovaně provedena jeho jazyková úprava a také já jsem měl k jeho termínům řadu připomínek. Mimo jiné navrhuji, abychom v souladu s angličtinou obě změny rozlišili a mluvili o **omezení aktivit**, ale **snížení participace**.

Důležitou oblastí rehabilitace i ergoterapie je aplikace **technických (kompenzačních) pomůcek**. Ve zmíněné normě ISO 9999/1997, která je platná i u nás, se mluví o **assistive products**, což je v českém překladu názvu přeloženo jako **pomůcky**. Ve známém seznamu VZP se mluví o **prostředcích (zdravotnické) techniky**. Jedná se v současnosti o rozsáhlou oblast, zahrnující i přizpůsobení prostředí, pro níž je zastřešující název **assistive technology**. O překladu tohoto sousloví jsem přemýšlel a navrhuji česky **pomáhající technika**. Technology se dá totiž přeložit jako technologie, což znamená v češtině výrobní postup, tak i technika. A výrazy „asistivní“, „asistující“ mi připadají podivné. Navíc se běžně používá sousloví „pomáhající profese“.

A konečně několik pojmů vyloženě ergoterapeutických. Odkud se vzal pojem **sebesycení**? Myslím, že to zavedl doc. Hadraba. Proč se tomu bráním? Podstata činnosti přece není sycení, tedy zahnání hladu, ale přijímání a zpracování potravy. Hledáme obdobu anglického pojmu **feeding**. V překladu ICF je to **jídlo**, v Ergoterapii (2009) **příjem jídla**, navrhuji zvážit **jedení, konzumace jídla (potravy)**.

Nepochybně klíčový pojem je **occupation**. Zavedený pojem **zaměstnávání** má řadu nevýhod: ne- ergoterapeuti to mohou chápat jako získání pracovního místa (zaměstnávání OZP). Singulár se neliší od plurálu, obtížně by se vytvářelo přídavné jméno. V tom má výhodu pojem **činnost** – plurál **činnosti**, přídavné jméno **činnostní**. Navíc má čeština výhodu, že můžeme paralelně užívat pojmy **činnost** a **aktivita**,

pokud je budeme správně definovat. A **výkon zaměstnávání** by srozumitelněji vyjadřovalo spojení **provádění (vykonávání) činnosti**. Dále doporučuji rozlišit **habits**, což jsou oprava **zvyky**, od **routine**, něco ve smyslu **běžný postup**. A konečně **process**, překvapivě není mezi pojmy z ENOTHE. Zkuste je definovat, ale ekvivalentnější by byly výrazy **průběh** nebo **postup**.

Závěr: Je velmi chvályhodné, že ergoterapeuti svou profesí budují a výběr vhodných pojmů a jejich definice je toho významná součást. Je důležité, aby řada termínů byla společná pro různé profese a aby se jejich chápání podstatně nelišilo.

Literatura:

CBR Guidelines, 2010, Geneva, WHO

J. Jankovský (2001): Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha, Triton.

J. Jelínková, M. Krivošíková, L. Šajtarová (2009) Ergoterapie. Praha, Portál.

P. Kolář et al. (2009): Rehabilitace v klinické praxi. Praha, Galén.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. (2008) Praha, Grada

Mezinárodní úmluva o právech osob se zdravotním postižením(2007), Praha, www.nrzp.cz

J. Votava a kol.(2005): Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha, Karolinum.

PARTNEŘI:

Fakturační adresa:

DMA Praha s.r.o.

Krajanská 339

149 00 Praha 4

www.dmapraha.cz

Centrála – distribuce:

DMA Praha s.r.o.

Kunice 207

251 63 Stránčice



Otto Bock ČR s.r.o.

Protetická 460

33008 Zruč-Senec

www.ottobock.cz

Otto Bock®

QUALITY FOR LIFE

Meyra ČR, s.r.o.

Kontakt: Hrusická 2538

141 00 Praha 4 Spořilov

www.meyra.cz

MEYRA®
ORTOPEDIA

Usnadníme lidem pohyb