



# **SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ**

**z 25. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE  
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ  
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ**

**Emauzské opatství v Praze  
11. 10. 2013**

**září 2013**

# **Sborník příspěvků z 25. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí**

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **25. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v Emauzském opatství v Praze, dne 11. října 2013.

Sborník příspěvků uspořádala: Mgr. Jana Jelínková

Vydavatel: Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, 140 00 Praha 4,  
[www.ergoterapie.cz](http://www.ergoterapie.cz), [info@ergoterapie.org](mailto: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 zaslaných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

**Organizační výbor konference:** Mgr. Jana Jelínková, Bc. Anna Jersáková, Bc. Kateřina Macků, Mgr. Jana Náhlá, Mgr. Kateřina Šuláková, Mgr. Kateřina Svěcená, Bc. Olga Nováková, M.Sc., Bc. Zuzana Rodová.

Vydání 1., Praha, 09/2013

© Česká asociace ergoterapeutů, 2013

**ISBN 978-80-905252-1-4**

## Program konference

**Pátek, 11. 10. 2013**

<b>8:00- 9:00</b>	<b>Registrace účastníků konference</b>
<b>9:00-11:30</b>	<b>Dopolední odborný program</b>
9:00- 9:20	Eva Klusoňová: Vývoj ergoterapie v České republice
9:20- 9:50	Bc.Karin Laská: CI Therapy (Constraint-Induced Movement Therapy) v rehabilitaci po cévní mozkové příhodě
9:50- 10:20	MUDr. Martina Hoskovcová: Rehabilitace pacientů se spastickou parézou
10:20- 10:40	PharmDr. Zdeňka Vondráčková: Co je Huntingtonova choroba, Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě a výzva k ergoterapeutům v ČR
10:40- 11:00	Mgr. Petra Šedivá: Supervize jako nástroj rozvoje pracovníků v pomáhajících profesích
11:00- 11:15	Michal Šilhan: Dynamické tejpování
<b>11:15- 11:30</b>	<b>Diskuse</b>
<b>11:30-12:30</b>	<b>Přestávka na oběd</b>
<b>12:30-14:45</b>	<b>Pokračování odborného programu</b>
12:30- 14:00	Marieke Coussens (Belgie): Play from an OT point of view/ link with brain development, play development and assessment (Hra v ergoterapii- vývoj a hodnocení hry a její souvislost s vývojem mozkových funkcí)
14:00-14:15	Ing. Tomáš Hrdinka: Zpřístupnění počítače pro tělesně hendikepované
14:15-14:30	Doc. MUDr. Jiří Votava: Osobní auto jako pomáhající technika pro osoby se zdravotním postižením
<b>14:30-14:45</b>	<b>Diskuse</b>
<b>14:45- 15:15</b>	<b>Přestávka s občerstvením</b>
<b>15:15-16:45</b>	<b>Odpolední odborný program</b>
15:15- 15:30	Mgr. Pavlína Oborná: Terapie horní končetiny pomocí virtuální reality
15:30-15:45	Mgr. Veronika Slepíčková: Tréninková pracovní místa v kontextu komplexní rehabilitace- cíle, úskalí, případové studie
15:45-16:00	Zuzana Relichová: Poruchy polykání u pacientů s poraněním míchy z pohledu ergoterapeuta
16:00-16:15	Lenka Pavlová: Péče o lidi s postižením v Holandsku (srovnání s ČR)
16:15-16:30	Dončevová Lucie, Kynštová Hana: Nabídka ergoterapie v dětské léčebně Nové lázně Teplice v Čechách
<b>16:30</b>	<b>Diskuse</b>
<b>17:00- 18:00</b>	<b>Valná hromada ČAE</b>

## OBSAH

<b>1.</b>	Coussens, Marieke, MSc.OT: Helping children LIVE their lives. Promoting your child's learning through PLAY	5
<b>2.</b>	Dončevová Lucie, Kynštová Hana: Nabídka ergoterapie v dětské léčebně Nové lázně Teplice v Čechách	7
<b>3.</b>	MUDr. Martina Hoskovcová: Rehabilitace pacientů se spastickou parézou	9
<b>4.</b>	Ing. Tomáš Hrdinka: Zpřístupnění počítače pro tělesně hendikepované	10
<b>5.</b>	Eva Klusoňová: Vývoj ergoterapie v České republice	13
<b>6.</b>	Lenka Pavlová: Péče o lidi s postižením v Holandsku (srovnání s ČR)	18
<b>7.</b>	Zuzana Relichová: Poruchy polykání u pacientů s poraněním míchy z pohledu ergoterapeuta	26
<b>8.</b>	Mgr. Veronika Slepíčková: Tréninková pracovní místa v kontextu komplexní rehabilitace- cíle, úskalí, případové studie	27
<b>9.</b>	Mgr. Petra Šedivá: Supervize jako nástroj rozvoje pracovníků v pomáhajících profesích	28
<b>10.</b>	PharmDr. Zdeňka Vondráčková: Co je Huntingtonova choroba, Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě a výzva k ergoterapeutům v ČR	30
<b>11.</b>	Doc. MUDr. Jiří Votava: Osobní auto jako pomáhající technika pro osoby se zdravotním postižením	34
<b>12.</b>	MUDr. Jarmila Zipserová: CI Therapy (Constraint-Induced Movement Therapy) v rehabilitaci po cévní mozkové příhodě	38

**Název příspěvku:** **Helping children LIVE their lives. Promoting your child's learning through PLAY**

**Autor:** Marieke Coussens, MSc OT

**Pracoviště:** Arteveldehogeschool, Gent, Belgie

[www.arteveldeschool.be](http://www.arteveldeschool.be)

**Early intervention** is a system of services that helps babies and toddlers with developmental delays or disabilities. Early intervention focuses on helping eligible babies and toddlers learn the basic and brand-new skills that typically develop during the first three years of life, such as

- *communication* (talking, listening, understanding);
- *social/emotional* (playing, feeling secure and happy);
- *self-help* (eating, dressing)
- *physical* (reaching, rolling, crawling, and walking);
- *cognitive* (thinking, learning, solving problems);

One might think “Why working with these children while they are still very young?” The primary reason for starting as early as possible is due to the current understanding of neuroplasticity, also known as brain plasticity. This is an umbrella term that encompasses both synaptic plasticity and non-synaptic plasticity—it refers to changes in neural pathways and synapses which are due to changes in behavior, environment and neural processes, as well as changes resulting from bodily injury. **Neuroplasticity** has replaced the formerly-held position that the brain is a physiologically static organ, and explores how - and in which ways - the brain changes throughout life. Based on the premises that early advantages cumulate, so do early disadvantages, we have to start working with children with special needs as early as possible. However, if you look at what children love doing, regardless whether they have special needs – THEY LOVE TO PLAY- and what early intervention services often provide (i.e. working on their communication, cognitive, language and motor development) learning through PLAY is not defined as a primary goal. Nevertheless, **“Play as a necessary occupation for children”** is a view paraphrased in much occupational therapy literature. It seems a simple statement which few would disagree. “Necessary” means that play is essential to assist growth in relationships, concepts, physical aptitudes, cognitive and language development etc... and that children have a drive to play. ‘Occupational’ means something children do with commitment, energy and a sense of purpose. Play can thus be defined as a subjective attitude in which pleasure, interest and spontaneity are combined, and which is expressed through freely chosen behavior in which no specific performance is expected. The challenge within practice for occupational therapists is to retain play as the primary occupation of childhood, based on our confidence as a discipline in

the evidence backed belief that children learn through self-initiated, adult-free, time wealthy play. Hence, in OT pediatric practice, assessments and interventions regarding play should be included as a result of **BEST PRACTICE**.

**Název příspěvku:** **Nabídka ergoterapie v dětské léčebně Nové lázně Teplice v Čechách**

**Autoři:** Lucie Dončevová, Hana Kynštová

**Pracoviště:** FZS UJEP, Velká Hradební 13, 400 96 Ústí nad Labem

**Kontakt:** [ergolucka@seznam.cz](mailto:ergolucka@seznam.cz)

## ÚVOD

Nové lázně Teplice jsou dětskou léčebnou, která se specializuje na léčbu dětí do 18 let věku. Zaměřuje se na léčení všech druhů onemocnění pohybového aparátu a nervové soustavy. Největší procento pacientů je s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO).

Nové lázně Teplice jsou stále více vyhledávanou léčebnou jak pro domácí, tak i zahraniční klientelu. V posledních šesti letech proběhla celková rekonstrukce oddělení ergoterapie. Došlo k jejímu rozšíření, dokoupení pomůcek, vybavení novým nábytkem a zvýšení počtu ergoterapeutů na dvojnásobek původního stavu. V současné době má oddělení ergoterapie dvě optimální místnosti a sedm ergoterapeutů.

Hlavním zdrojem léčby je termální minerální voda z pramene Pravřídlo s výrazným myorelaxačním účinkem v kombinaci s účinnou a kvalifikovanou rehabilitací. Lázně poskytují samopláteckou, ambulantní, příspěvkovou a komplexní léčbu. Vedle ergoterapie se zde využívá Vojtova, Bobathova, Kabatova metoda, systém dle Mojžíšové, synergetická reflexní terapie, myofasciální techniky, elektroterapie, laseroterapie, klasické masáže, termoterapie. Je zde zajištěna přímá účast klinických specialistů z oborů neurologie, pediatrie, ortopedie, psychologie, logopedie na léčbě klientů v indikovaných případech. Nové lázně spolupracují s Ústavem chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou.

Univerzita J. E. Purkyně velmi úzce spolupracuje prostřednictvím studentů ergoterapie a fyzioterapie, kteří absolvují odborné praxe v rámci výuky na oddělení ergoterapie a fyzioterapie. Studenti mají možnost spolupracovat s dětmi a rodiči dětí při tvorbě bakalářských prací a konzultovat s ergoterapeuty pracujícími na oddělení. V lázních pracují tři absolventky univerzity jako ergoterapeutky a v akademickém roce 2013/2014 nastoupí na kombinované studium ergoterapie dvě diplomované ergoterapeutky.

## HLAVNÍ ČÁST

V hlavní části popisujeme zaměření ergoterapie v dětské léčebně Nové lázně. Vytyčily jsme si nejčastější diagnózu, se kterou se při ergoterapii v Nových lázních setkáváme a na kazuistické studii v rámci prezentace představíme, cílenou ergoterapii u dítěte s DMO aplikovanou v dětské léčebně v Nových lázních.

Dětská mozková obrna je neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Prevalence se pohybuje v rozsahu 2 – 3 na 1000 živě narozených dětí. DMO je

postižením neprogresivním, ale nikoli nemněným. Nejvýraznějším projevem je porucha motoriky. Vede k neschopnosti vykonávat motorické funkce v přiměřeném rozsahu. DMO zahrnuje řadu dalších poruch. Postihuje kognitivní schopnosti, intelekt, zrak, sluch, řeč, způsob chování a vyvolává záchvatová onemocnění (Kraus, 2005).

Ergoterapie v Nových lázních je uskutečňována individuální a skupinovou formou. Probíhá 5x týdně třicet minut. Délka lázeňského pobytu je individuální. Ergoterapeut provádí léčbu pomocí hravých aktivit. Blíže se zaměřuje na rozvoj, stimulaci a korekci jemné motoriky ruky. Ukazatelem stupně rozvoje jemné motoriky ruky je také schopnost zvládnout všední denní činnosti. U dětí ergoterapeut zohledňuje vývojová hlediska, tj. jestli různé dovednosti v ADL odpovídají věku dítěte.

U dětí se doporučuje dodržet v nácviku pořadí činností: příjem jídla, osobní hygiena, kontinence, přesuny, svlékání a oblékání, koupání, protože odpovídá normálnímu vývoji soběstačnosti (Krivošíková, 2011).

Rozvoj jemné motoriky ruky má velký význam pro sociální život dítěte. Bude mu sloužit k vykonávání běžných denních činností a je předpokladem pro uplatnění v pracovní činnosti. Jemná motorika představuje jemné pohyby rukou, uchopování a manipulaci s drobnými předměty (Svobodová, 1997). Rozvoj cíleného pohybu a úchopu je nejdůležitější funkcí ruky. U dětí s DMO při uchopování mohou nastat dva problémy: spastické dítě nemůže paži pohnout, atetoidní dítě má pohybů příliš (Trojan et al., 2001). U dětí s DMO se setkáváme se sníženou hybností a obratností horních končetin a s jejich sníženou citlivostí, především v oblasti vlastní ruky. Předpokladem pro zlepšení je procvičování úchopů předmětů různých tvarů, velikostí a kvality povrchu. Při procvičování je důležité děti vhodně motivovat a využívat hru jako prostředek reedukace. Závěrem bychom jen chtěly říci, že v praxi je vždy diagnostika motoriky úzce propojena s reedukací, protože manipulací s předloženým materiálem nejen zjistíme úroveň motorických schopností dítěte, ale současně je i procvičujeme (Přinosilová, 2007).

## ZÁVĚR

DMO řadíme mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Stěžejním cílem rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou je podporovat vývoj dítěte, který je poškozením tělesných struktur a funkcí narušen. Ergoterapie u dětí s DMO je nepostradatelnou součástí léčebné rehabilitace.

## LITERATURA

- Kraus, J. (2005) Dětská mozková obrna. Praha, Czechia : Grada publishing.  
Krivošíková, M. (2001). Úvod do ergoterapie. Praha, Czechia: Grada publishing.  
Přinosilová, D. (2007). Diagnostika ve speciální pedagogice. Brno, Czechia: Paido.  
Svobodová, J. (1997). Předškolní příprava dítěte s postižením v SPC. Brno, Czechia: Masarykova univerzita v Brně.  
Trojan, S., Druga R., Pfeiffer, J. & Votava, J. (2001). Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha, Czechia: Grada Publishing.



**Název příspěvku:**            **Rehabilitace pacientů se spastickou parézou**

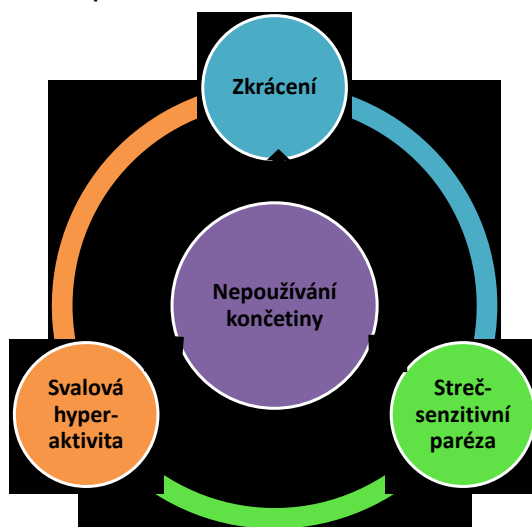
**Autor:**                            MUDr. Martina Hoskovcová

**Pracoviště:**                    Neurologická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Základem rehabilitace pacientů se spastickou parézou je znalost jednotlivých příznaků syndromu centrálního motoneuronu a schopnost posoudit jejich negativní nebo pozitivní vliv na funkční dovednosti pacienta v běžném životě. Kromě objektivizace je pro terapii důležité také subjektivní hodnocení pacientem, který některé příznaky nemusí vnímat jako limitující.

K disabilitě pacienta nejvíce přispívají negativní příznaky syndromu centrálního motoneuronu, a to paréza a zkrácení měkkých tkání. **Paréza** způsobí svalovou dysbalanci a imobilizaci segmentu v nevýhodném postavení s postupným zkrácením více hyperaktivního antagonisty. **Zkrácení měkkých tkání a omezení rozsahu pohybu** přináší vysoké riziko fixovaných kontraktur, deformit a subluxaci kloubů, porušení kožního krytu a myoskeletálních bolestí. Mezi další rizika patří zlomeniny kostí, dekubity a heterotopické osifikace. Určitou výhodou zkrácení nebo kontraktury může být zajištění kloubní stability, která nahradí nedostatečnou fyziologickou stabilitu. U parézy nejsou známy žádné výhody. Oba příznaky se vzájemně ovlivňují a společně se **svalovou hyperaktivitou** (tj. spasticitou, spastickou dystonií, spastickou ko-kontrakcí a synkinézami) přispívají k nadměrnému zvýšenému odporu, tj. *hypertonu*, který vnímáme při pasivním protažení končetiny. Další zkrácení měkkých tkání a kontraktury je potencováno rovněž nepoužíváním končetiny v běžném životě („disuse“), tak typickým pro pacienty se spastickou parézou.

Základem úspěšné terapie u pacientů se spastickou parézou je tedy „prolomení“ dvou vzájemně se prolínajících „bludných kruhů“ v jejichž centru je hlavně nepoužívání postižené končetiny, které zpětně negativně ovlivňuje všechny tři hlavní příznaky vedoucí k disabilitě pacienta.



**Název příspěvku:**            **Zpřístupnění počítače pro tělesně hendikepované**

**Autoři:**                        Ing. Tomáš Hrdinka

**Pracoviště:**                 Spektra v.d.n., Zátišská 1914/1, Praha

**Kontakt:**                    [info@spektra.eu](mailto:info@spektra.eu), tel: +420 241 763 416

### **Abstrakt**

Příspěvek shrnuje možnosti zpřístupnění počítače pro tělesně hendikepované osoby s ohledem na možnost příspěvku na nákup pomůcky od Úřadu práce podle zákona 329/2011 Sb.

**Klíčová slova:** zpřístupnění počítače, těžká funkční porucha hybnosti, ovládání počítače pohybem hlavy, ovládání počítače pohybem úst, ovládání počítače pohybem očí.

### **Úvod**

Od 1. 1. 2012 mají osoby „s anatomickou nebo funkční ztrátou jedné končetiny nebo s těžkou funkční poruchou pohyblivosti“ nárok na příspěvek na nákup zvláštní pomůcky od Úřadu práce (zákon č. 329/2011 Sb.). Vyhláška č. 388/2011 sb. uvádí speciální komponenty osobního počítače (např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení).

Příspěvek je za podmínek podle zákona nárokový, poskytuje se na pomůcku v základním provedení, které vzhledem ke zdravotnímu stavu plně vyhovuje. Standardní spoluúčast je 10% (výše příspěvku 90%) a součet příspěvků za posledních 5 let nesmí přesáhnout 800 tisíc Kč. Při nákupu pomůcky do 24 tisíc Kč se posuzují příjmy žadatele.

### **Trackbally a klávesnice**

Standardní počítačová klávesnice a zejména počítačová myš jsou pro uživatele i s drobnou poruchou jemné motoriky obtížně ovladatelné.

Řešením jsou klávesnice s velkými klávesami, větším odstupem kláves, případně klávesnice s krytem. Jako náhrada myši se nejčastěji používají trackbally, neboť při stisku tlačítka trackballu nemůže dojít k nechtěnému pohybu kurzoru.



Obr. 1 Trackball BigTrack a velkoplošná klávesnice BigKeys

## Tlačítka a rozhraní

Pokud ani velikost tlačítek u speciálních klávesnic není dostatečná, lze využít k ovládání počítače spínače. Používají se především u dětí pro první kontakt s počítačem, ale i např. k ovládání hraček.

Spínačů existuje široká nabídka - počínaje stolními tlačítky různých velikostí, tvarů a síly nutné pro jejich aktivaci přes nožní spínače, spínače na sevření dlaně, nebo dokonce spínače aktivované vdechem / výdechem. Všechny spínače mají jednotný výstup (3,5mm mono jack) a připojují se do rozhraní, které v počítači definuje jejich funkci. Stisk tlačítka se tím převádí na stisk klávesnice, případně na pohyb myši.



Obr. 2 Spínače

## Další možnosti ovládání počítače

V případě, že uživatel nemůže využít k ovládání počítače pohyb rukou, lze využít pohyby jiných částí těla. Nejčastěji používané jsou pohyby hlavy (SmartNav), úst (IntegraMouse), očí (PCEye). Pohyb těla je pak přenášen na pohyb počítačového kurzoru. Nejrychlejší možností, jak simulovat levé a pravé tlačítko myši je spínač. Pokud zdravotní stav nedovoluje klientovi využívat spínače, jednotlivá tlačítka myši jsou řešena vykreslenou nástrojovou lištou na obrazovce, které se aktivují najetím kurzoru.



Obr. 3 Ústí ovládaná myš - IntegraMouse

## Software

Pomocí výše uvedených periférií má uživatel vyřešenou náhradu počítačové myši. Zadávání textu se provádí pomocí softwarové klávesnice vykreslené přímo na obrazovce. Například se zařízením IntegraMouse to znamená najet kurzorem na písmeno, fouknout – tím se napíše jedno písmeno. Psaní pomocí vykreslené klávesnice na obrazovce je v případě psaní slov či krátkých vět dostačující, psaní delších textů je obtížné a pomalé.

Pokud uživatel nemá výraznou vadu řeči, lze pro zadávání delších textů využít diktovací program Newton Dictate. Řeč diktovaná do mikrofonu počítače je programem rozpoznána a přepsána na text na určené místo do počítače (dokument, text emailu, apod.).

V České republice jsou v dnešní době dostupné pomůcky na zpřístupnění počítače i pro těžce postižené klienty a to zejména díky možnosti získat na pomůcku příspěvek od Úřadu práce. Vždy je nutné pomůcku důkladně vyzkoušet, aby s ní uživatel bezpečně a spolehlivě pracoval. Při výběru pomůcky je nutné zohlednit i předpokládaný budoucí stav – o příspěvek na zvláštní pomůcku lze žádat jednou za pět let.

**Název příspěvku:**            **Vývoj ergoterapie v České republice**

**Autor:**                        Eva Klusoňová

Péče o zdravotně postižené před 2. světovou válkou.  
Vývoj ergoterapie po 2. světové válce.

Historický vývoj rehabilitace, tedy i ergoterapie, probíhal v úzké závislosti na kulturní, ekonomické a politické situaci ve společnosti a na úrovni zdravotní a sociální péče.

I když nás zajímá především období po 2. světové válce, je potřeba připomenout, že kolébkou ergoterapie, dříve léčby prací, byla zařízení, ve kterých se léčili dlouhodobě nemocní a trvale zdravotně postižení. Byly to **psychiatrické léčebny**, které měly už v druhé polovině 19. století téměř moderní psychiatrickou rehabilitaci, s uplatňováním celodenní režimové léčby a s využitím pracovních i kreativních činností. Léčebny provozovaly zahradnictví, dílny s různým zaměřením, někde i zemědělské statky a lesy. Do léčebných programů byly zavedeny vzdělávací kurzy, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie.

Léčba prací se také uplatňovala **v léčebnách pro nemocné s plicní a mimoplicní tuberkulózou**. Léčení trvalo velmi dlouho a lékaři zjistili, že absolutní klid nevede k dobrým výsledkům a velmi negativně působí i na psychiku nemocných. Vypracovali systém postupného zatěžování pěti režimovými stupni, které určovaly pohybové aktivity a výběr terapeutických činností. Větší léčebny měly i rekvalifikační programy, které absolvovali indikovaní pacienti v závěru léčby (administrativní práce, krejčovství, vazba knih a kartonážnictví, sanitární pracovník).

Koncem 19. století dochází v evropských zemích ke zřizování ústavů pro tělesně postižené. Pokrokoví lékaři a pedagogové prosazují snahy o zlepšení léčby, vzdělávání a výchovy invalidních osob, zejména dětí a mládeže. V našich zemích to byly **Jedličkovy ústavy** v Praze (1913), Brně (1919) Liberci (1906). Pojetí péče o invalidní děti a mládež bylo ve své době velmi moderní a splňovalo kritéria komplexní péče, která zahrnuje léčbu a rehabilitaci, výchovu, vzdělávání a profesní přípravu. V těchto ústavech má kořeny dnešní ucelená rehabilitace. Pozoruhodná je publikace ing. Špačka „Péče o invalidy a jejich pracovní výchova“, ve které propaguje nutnost přiměřeného zaměstnání a osamostatnění postižených osob. Zastává názor, že každý podnik by měl mít vyčleněná pracovní místa pro postižené. Tato kniha vyšla v roce 1916.

Ve výroční zprávě Jedličkova ústavu je uvedeno: nejspolehlivějšími výchovnými a léčebnými prostředky jsou láska, trpělivost, umění, obratnost a peníze. Všech prostředků máme dost, jen peněz se nám nedostává. Tento citát je charakteristický nejen pro tehdejší dobu.

Rukodělnými činnostmi byli zaměstnáváni i pacienti ve vojenských lazaretech.

Od roku 1935 se **Janské lázně** začaly specializovat na léčbu obrn po poliomyelitidě ve spolupráci a odborníky z Warm Springs v USA. Za okupace připadlo území Německu, ale po 2.světové válce byla spolupráce se zahraničními terapeuty

obnovena. Byla zde zavedena funkční ergoterapie dle svalového testu s využitím tkalcovských stavů a závěsů.

Kdo léčbu prací ve výše uvedených zařízeních prováděl? Byli to vychovatelé a učitelé, řádové sestry, někdy i bývalí pacienti nebo kreativní osoby se sociálním cítěním, schopností empatie a dobrým vztahem k nemocným a postiženým.

Potřeba rehabilitace v průběhu let stále sloupala jednak vlivem rozvíjejícího se průmyslu a nárůstem pracovních úrazů, vlivem následků po epidemiích Poliomyelitidy a také vysokým počtem válečných invalidů.

O tom jak byla léčba prací hodnocena svědčí i práce Doc.dr. J. Kozy v roce 1949 v Časopise lékařů českých. Autor se zabývá rehabilitačními problémy ve vnitřním lékařství a zdůrazňuje především nutnost aktivace pacienta. Rozebírá všechny složky léčebné rehabilitace a jejich působení na organismus. Vysoce hodnotí význam zaměstnávání a zavedl známé heslo tří Z, zaměstnávání zahání zoufalství. Vyslovil také přesvědčení, že v každé moderně zařízené nemocnici bude dílnička, ve které si pacienti budou obnovovat a udržovat kondici.

Po 2. světové válce, v roce **1947** zahajuje provoz **Rehabilitační ústav v Kladrubech** a stává se po řadu let školícím střediskem pro rehabilitační terapeutky, nejprve pro vlastní provoz a následně pro celou republiku. Měl pro to všechny předpoklady. Stavební řešení a zařízení odpovídalo potřebám rehabilitace. Byla to původně léčebna pro léčení kostní tuberkulózy. Výhodou byla i blízkost Prahy, odkud mohli snadno dojíždět přednášet špičkoví odborníci. Přišla i pomoc ze zahraničí, **terapeutky z USA** učily naše pracovníky základům rehabilitace. Frekventanty kurzů LTV byli především učitelé tělesné výchovy a také studenti VŠ TV, kteří byli vyloučeni pro politickou nespolehlivost. Instruktory léčby prací učila **terapeutka Jurka Pajtlová**, která obor vystudovala v USA. Několik let působila jako vedoucí úseku léčby prací a byla studnicí vědomostí, dovedností a informací z příkladů své praxe v zámoří.

**Ředitel MUDr. František Picek** čerpal zkušenosti a informace z Kesslerova ústavu v USA a z anglického Stocke Mandeville a aplikoval tyto zkušenosti do podmínek našeho zdravotnictví. Příkladné byly i programy Jedličkova ústavu. Podařilo se mu v Kladrubech zřídit **první speciální rekvalifikační školu** pro doléčené pacienty s trvalým postižením. Škola navazovala na dovednosti a dosaženou soběstačnost klienta v rámci léčby prací, kde byl také podrobně otestován. Pak přešel do dílny zvoleného oboru, kde získal teoretické vědomosti a praktické dovednosti a po závěrečné zkoušce obdržel osvědčení. Ve škole bylo pět oborů : opravář malých elektrospotřebičů, zámečnický, dřevosoustružnický, natěrač, krejčí-opravář oděvů. V plánu bylo vystavění internátu, aby doléčení pacienti neblokovali léčebná lůžka. Tento plán však nebyl realizován, MUDr. Picek byl stranickou organizací KSČ odvolán a škola byla zrušena.

Dalším historicky významným projektem v Kladrubech bylo zřízení **chráněné dílny** v 50tých letech, ve spolupráci s Blanickými strojírnami. Tehdy vedla oddělení léčby prací Američanka **Miss Moors**. Ze strojíren byl do RÚ převeden ucelený výrobní program – výroba kol, později výroba stolních ořezávek a montáž invalidních

vozíků, které byly na základě poukazů distribuovány do celé republiky. Blanické strojírný vedly dílnu po stránce technologické. Medicínsko – rehabilitační hlediska a přiměřenost práce hlídal lékař a instruktorka LP. Pacienti dostávali i finanční odměnu, což nebylo v souladu s vyplácením nemocenských dávek, takže vyplácení bylo zrušeno.

Kladruby měly štěstí na dobré ředitele, kteří chápali význam léčby prací v komplexní rehabilitaci a podporovali její další rozvoj. **MUDr. Balzar** prosazoval hodnocení funkčních schopností a vypracoval soubor podrobných testů. Následný ředitel **MUDr. Kříž** působil také jako hlavní odborník pro rehabilitaci při MZ a podporoval rozvoj ergoterapie. V Kladrubech zaváděl výpočetní techniku jako prostředek pro rekvalifikaci těžce zdravotně postižených. Oba pánové byli neúnavnými lektory vzdělávacích programů pro ergoterapeutky.

Problematikou chráněných dílen se zabývala **ing. Jitka Bálková**. Byla absolventkou VŠ sociální a prodělala stáž v Anglii. V roce 1953 odešla z Kladrub a vybuodovala chráněné pracoviště ve VŽKG a v Gottwaldově (Zlín). Záhy však tragicky zahynula. Dílny ještě nějaký čas fungovaly. Část zařízení z těchto dílen bylo po jejich zrušení převedeno na pracoviště LP v MěN.

Vzdělávání rehabilitačních terapeutů v poválečných letech organizovalo Ministerstvo zdravotnictví formou ročních kurzů pro abiturienty nebo nedostudované vysokoškoláky. Studium bylo koncipováno do tří oblastí:

- fyzikální terapie
- léčebná tělesná výchova
- léčba prací

Od r. 1953 byly kurzy organizovány pro zdravotní sestry s maturitou, ale jen pro úsek LTV. Tyto kurzy byly nesmírně náročné a měly vysokou úroveň. Přednášky se konaly v Praze, praxe na vybraných klinikách v Praze, ale převážně v Kladrubech a několikrát v Mariánských lázních. V kurzech přednášeli špičkoví odborníci jednotlivých klinických oborů.

Absolventkou kurzu léčby prací byla dlouholetá vedoucí ergoterapie v Kladrubech, paní **Jarmila Pěkná**, která ještě zažila působení amerických terapeutek a pracovala pod vedením Jurky Pajtlové. Byla své profesi zcela oddána a má velkou zásluhu na koncepci oboru a vzdělávání dalších ergoterapeutů. Byla také naší první atestovanou ergoterapeutkou.

Dalším ohniskem vývoje léčby prací byl **Výzkumný ústav traumatologie v Brně**, především zásluhou **profesora MUDr. Nováka** a jeho spolupracovníků, kteří publikovali naši první odbornou knihu „Rehabilitace po úrazech“ (1953). Jeho nástupce **MUDr. Mastný** byl velkým propagátorem léčby prací, zejména v terapii ruky a také se podílel na vzdělávání budoucích ergoterapeutů. Obsah knihy je z pohledu tehdejší doby jedinečný, protože propaguje všechny složky ucelené rehabilitace. Zaměstnávání považují autoři za samozřejmou součást terapie. Podrobně se zabývají hlavními zásadami, jako je přiměřenost, gradace, koordinace, vytrvalost a jiné. Velmi rozsáhlá je kapitola zabývající se testy obvyklých činností.

Citace: „Chybou je na příklad zatloukat hřebíky jako cvičení zápěstí a předloktí, ale nic při tom nevyrobít, nebo splétat lýko jen proto, aby se druhý den rozplétalo.“

V roce **1952** byl zahájen provoz v **Rehabilitačním ústavu v Chuchelné**, v letním sídle hraběte Lichnovského. Lokalita ústavu a stavební řešení vytvářely velmi těžké pracovní podmínky.

Velké potíže byly s náborem pracovníků, nehledě ke skutečnosti zoufalého nedostatku rehabilitačních terapeutů v celé republice. Ústav sloužil v prvních letech jen mužům po těžkých úrazech v dolech a hutích. **Ředitel MUDr. Knapěk** byl nucen přijímat místní občany na post pomocného zdravotnického personálu a několik kvalifikovaných sester a rehabilitačních pracovníků bylo donuceno k nástupu na umístěnky KNV. MUDr. Knapěk umožnil svým pracovníkům další vzdělávání a sám se také na vzdělávacích programech aktivně účastnil. Přes všechny potíže fungovala léčba prací v Chuchelné od samého začátku a byla nedílnou součástí léčebného programu pro pacienty po nejtěžších úrazech. Postupně se podmínky zlepšovaly, díky přestavbám a přístavbám se rozšířila kapacita lůžek a otevřelo se oddělení pro ženy a děti.

V ostravském regionu s expanzí těžkého průmyslu a pracovních úrazů byla velká potřeba rehabilitačních pracovišť. Jejich zřizování však bylo plně závislé na přílivu rehabilitačních terapeutů. První rehabilitační oddělení bylo otevřeno v MěN, další v krajské nemocnici a postupně v dalších městech. Velké patronátní závody vypomáhaly po materiální stránce. Uplatňování léčby prací velmi podporovali primáři rehabilitačních oddělení, zejména **MUDr. Edita Volfová a MUDr. Jaroslav Kovář**. Velmi dobře byla vybavena pracoviště léčby prací při městské a krajské nemocnici v Ostravě a v okresní nemocnici v Opavě.

V šedesátých letech vzniká **při SZŠ obor rehabilitační pracovník**. Studium bylo dvouleté po absolvování maturity. Léčba prací byla okrajovým předmětem, na mnohých školách nebyly ani podmínky pro praxi. Pracoviště byla postupně saturována kvalifikovanými terapeuty. V těchto letech nastala u nás pro léčbu prací jakási doba „temna“. Byla považována za nákladnou zájmovou činnost pro pacienty. Mnohá zavedená oddělení z padesátých let byla zrušena. Terapeutky na úseku léčby prací byly stálou rezervou při jakémkoliv výpadku personálu na LTV. Opakovaně provoz rozjížděly a mnohé této činnosti znechuceně zanechaly. Příčinou byly ekonomické poměry, přetrvávající nedostatek terapeutů, nepochopení významu ergoterapie vedoucími pracovníky a mnohdy i lékaři. (U mnohých přetrvává do dnes). Rozvoj ergoterapie zajišťovaly především Rehabilitační ústavy, Jedličkovy ústavy, brněnský VÚT, psychiatrické léčebny a lázeňská zařízení pro rehabilitaci dětí, jako Železnice a zejména lázně Teplice v Čechách. Tam vybudoval **MUDr. Zbyněk Novotný** se svými spolupracovníky **komplexní péči o děti s DMO**, včetně systému ergoterapeutických postupů s cílem integrace. Značnou měrou působil i jako školitel ergoterapeutek.

**V 70 letech** dochází k postupnému ožívání ergoterapie spoluprací rehabilitační katedry doškolovacího ústavu v Brně s Rehabilitačním ústavem v Kladrubech, zavedením specializačního studia. Na výuce teorie se značnou měrou podílel **profesor MUDr. Vladimír Janda, CSc. a MUDr. Jan Pfeiffer, CSc.** Velkou zásluhu na otevření tohoto studia měla asistentka rehabilitační katedry IDV (NCO NZO), paní **Lucie Navrátilová**. Praxi pak zajišťovala v Kladrubech paní **Jarmila**



**Pěkná**, po deseti letech byla praxe převedena do nového Rehabilitačního ústavu v **Hrabyni (1975)** pod vedení kolegyně **Hany Kolesové**.

V roce **1978** vzniká při České rehabilitační společnosti nejdříve **komise, později sekce ergoterapie**. Přípravuje semináře, konference a vydává organizační podklady pro zřizování ergoterapeutických pracovišť. Vydává také Bulletin. Katedra rehabilitace úzce spolupracuje se sekci ET, realizuje tandemové kurzy pro lékaře a terapeutky, organizuje tématické kurzy a školící stáže, vydává učební texty a školí učitelky zdravotnických škol, které ET vyučují.

Na tomto vývoji se značně podílela skupina velmi aktivních ostravských ergoterapeutek, které spolupracovaly s doškolovacím ústavem v Brně a se zdravotnickou školou v Ostravě.

S nástupem demokracie po roce **1989** se otevřely informační kanály a byl umožněn kontakt se zahraničím. Naše delegace měla možnost navštívit Belgie, Dánsko, Švédsko, Španělsko. Nové poznatky, zejména z oblasti školství, motivovaly k otevření **samostatného studia ergoterapie (1993)** nejdříve formou experimentálního, později vyššího odborného studia.

Přicházejí pozvání na zahraniční konference a některé naše ergoterapeutky našly odvahu veřejně vystoupit. V roce **1995** vzniká v Ostravě **ČAE**. Výbor se po určité době přesouvá do Prahy (2007) a navazuje kontakty s mezinárodními profesními organizacemi.

Do problematiky péče o zdravotně postižené vstupují další subjekty, vznikají občanská sdružení, různé organizace i soukromá zařízení, kde se ergoterapie plně uplatňuje. Vzdělávání rehabilitačních terapeutů s mění na vysokoškolské studium. Tuto část historie ergoterapie už tvoříte vy a snad s ní jednou budete seznamovat mladší generaci. Přeji vám, aby vaše cesta vedla šťastnou a tvořivou etapou, kdy středem zájmu naší společnosti je zdraví a důstojný život člověka.

**Název příspěvku:**                    **Srovnání péče o lidi s postižením v Holandsku a u nás**

**Autor:**                                    Lenka Pavlová

### **Abstrakt**

Před MD jsem pracovala 2 roky v Centru pro lidi s handicapem- jednalo se o bývalý ÚSP. Bohužel v době, kdy jsem do zaměstnání jako zdravotní sestra a ergoterapeutka nastoupila, připomínalo toto zařízení stále ÚSP. Centrum je rozděleno na 2 části: denní stacionář, kde jsou klienti s lehčím postižením a „domov“, kde jsou klienti, o které se rodina není schopna postarat, protože jejich postižení je rozsáhlé. Předemnou v tomto Centru žádný ergoterapeut nikdy nepracoval, fyzioterapeut pouze krátkou dobu. V době, kdy jsem nastoupila, nebyli klienti v péči žádného fyzioterapeuta. V roce 2008 naše Centrum navštívily kontroly na dodržování „standardů“ a nebyli příliš spokojené. Byli jsme nuceni udělat změny, které z mého pohledu nebyly vždy pro klienty přínosem.

Naše Centrum spolupracuje delší dobu s holandskou skupinou dobrovolníků, zvanou Vincentius, kteří financují projekty zemí z východní Evropy (viz podrobněji dále), za odměnu jezdí do zmíněných zemí východní Evropy na dovolenou. Já jsem v roce 2008 pro ně dělala překladatelku, za což mě pozvali k nim na stáž s nabídkou, že mi ukáží, jak fungují zařízení pro postižené v Holandsku. Chtěla bych se s Vámi podělit o nabyté zkušenosti:

1. **Vincentius**- dobrovolníci sbírají od běžných občanů staré knihy, oblečení, nábytek, počítače a jízdní kola- ty jsou prodávány na trzích a v bazaru ve Vincentru- z výtěžku Vincentius financuje projekty chudých zemí.
2. **Leer geld**= služby, které Vincentius nabízí dětem z chudých rodin v Holandsku (hlavně přistěhovalců)- výuka jazyka, materiální pomoc (nábytek, učebnice, PC...)
3. **Kindereiland Velp= Dětský ostrov ve Velpu**= komplex služeb pro děti různého věku (jsou zde zdravé děti společně s postiženými: jesle, školka, škola), děti jsou zde od 9 do 15.30 hod., na noc chodí domů.

- méně dětí ve třídě, programy netypické pro školu (fyzioterapie, bazén, Snoezel room, spec. programy na PC, houpačka pro nevidomou dívku)
- děti s nejtěžším postižením: 2 pracovníci na 6 dětí

4. **Domov s pečovatelskou službou pro lidi s mentálním postižením (Het Dorp)**= velký komplex vícepatrových budov s různými aktivitami- vypadá jako budovy u nás ve velké nemocnici)

- „Baxter systém“ na podávání léků- jsou ve fólii se jménem klienta, podává je ošetřovatelka, ne zdravotní sestra
- na dveřích každé místnosti je rozpis aktivit na celý týden, smazává se ta, která už proběhla
- v každé místnosti možnost relaxace: akvárium, králíci, kanárek
- skupinové aktivity (cca 5 klientů/ terapeuta)- neklade se důraz na produktivitu práce, druh aktivity si vždy vybírá klient, málo schopný klient se pouze účastní, nemusí nic vyrábět ani dělat, v komplexu je obrovská nabídka aktivit- většinou 1 terapeut dělá s s klienty stále podobný druh práce, ale terapeutů je tolik, že má klient stále z čeho vybírat. Mezi aktivitami klienti odchází /odjíždí na svačinu, oběd... večer jde klient spát (opět v komplexu), o víkendu má volno
- klienti bydlí každý sám v bytových jednotkách s umyvadlem, WC a sprchou + minikuchyňkou (MW, varná konvice, dřez), na pokoji mají TV a PC
- 2 možnosti bydlení- s pečovatelskou službou nebo bez- ze všech bytů klienti odchází/ odjíždí na aktivity v areálu- buď samostatně nebo s doprovodem
- na chodbě je vždy nástěnka s rozpisem pracovníků, aby klient věděl, kdo je dnes ve službě a kdo přijde zítra
- druhy aktivit: výroba látkových panenek, barvení sádrových odlitků, ozdoby z moduritu, malování na skleničky, vyšívání, poznávačky a pexesa, hry na rozvoj myšlení, společenské hry, puzzle, tělocvična, poslech hudby, film, někteří klienti pracují v místní restauraci, někteří v místním supermarketu, kam chodí klienti nakupovat

- tým pracovníků se skládá z: ošetřovatel, logoped, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut- každý vede svou dokumentaci, 1x ročně se sejdou spolu s lékaři a diskutují o jednotlivých klientech (pokroky, další plán)
- s klientem jde na všechny aktivity „karta zvláštních událostí“, kam se zaznamenávají momentální omezení (např. epi záchvaty...)
- v objektu je prodejna kompenzačních pomůcek, provádějí i bytové úpravy
- používané kompenzační pomůcky skutečně šetří záda zaměstnanců, ne jako u nás v Kutné Hoře...
- **nezaregistrovala jsem zde klienty s nejtěžšími kombinovanými vadami, které znám ze svého pracoviště**

#### 5. **domov důchodců (De Drie Gasthuizen)**- podobné jako u nás

- jednalo se o panelák s výtahem, v každém patře bytové jednotky velikosti 1+0, ložnice oddělena paravanem, v místnosti telefon, TV, minikuchyň, bezbariérová koupelna a WC, klient dostává jídlo 5x denně, vybírá si z jídelníčku (3 možnosti)

#### 6. **nemocnice Arnhem** – vstupní hala, recepce, kavárna- podobné jako u nás

#### 7. **ś Heeren Loo v Otterloo**

- jedná se o soukromou společnost, která má v Holandsku mnoho center, dohromady mají 3 hlavní manažery, ti mají pod sebou 8 top manažerů z 8 regionů, každý z nich má pod sebou dalších 250 manažerů
- název se nechá přeložit jako „klášter v lese“- toto místo skutečně leží několik km od města, obklopené lesem. Toto konkrétní centrum má 1400 klientů z regionu- 250 jich bydlí přímo v tomto lesním centru, ostatní jsou umístěni v menších centrech v okolních vesnicích
- **viděla jsem zde klienty s nejtěžšími druhy postižení**
- komplex je obehnan plotem s vrátnicí- závora je stále otevřená, uvnitř je mnoho **přízemních** budov, ve kterých klienti bydlí, dále je zde administrativní budova, budovy různých aktivit a terapií, farma se zahradou, restaurace, čajovna apod. Mezi budovami je park s úzkými

- silničkami- klienti jezdí na tříkolkách, el. vozících, mikrobusem nebo chodí pěšky
- pracují zde lidé se specializací: psycholog, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut apod. a velké množství ošetřovatelů s podprůměrným vzděláním- **chybí středoškolsky vzdělaný personál**
  - **principem je atmosféra domova + povinnost chodit do práce** (tj. účastnit se aktivit podle svých možností PO- PÁ 9- 15.30 hod.), důležité je, že klient mění prostředí- chodí z 1 budovy do další a „domů“ se chodí jen vyspat, denní program má skutečně pestrý, po práci mohou klienti navštěvovat zájmové aktivity
  - v objektu nenajdete zamčené dveře, všude vládne příjemná nálada mezi klienty i zaměstnanci
  - získala jsem nový pohled na možnosti aktivizace klientů s velmi těžkým postižením- absolutně není kladen důraz na produktivitu práce klienta: u stolu sedí 5 klientů na vozících + 1 terapeut, který vystřihuje 3D přáníčka (ta jsou pak prodávána v obchodech), klienti se účastní pasivně- pouze přihlížejí (spíše méně soustředěně), tato pracovní jednotka trvá 2 hodiny, pak je oběd. Jiná skupina v té době vyrábí jiný výrobek. Klient jede po obědě na jinou činnost do jiné budovy-např. do malířské dílny, kde 1 aktivní klient maluje na stojanu obraz, pracovník vytváří koláž a 3 těžce postižení klienti u stolku z vozíku sledují obě činnosti. Při práci hraje hudba, zdatnější klient z hrnečku upíjí při práci kávu. Nádobí není rozděleno na nádobí personálu a klientů. Personál i klienti pracují v běžném civilním oblečení (džíny, košile...).
  - při přecházení do dalšího areálu jsem venku potkala několik klientů na procházce a na terase jsem viděla teple oblečeného klienta na vozíčku, který vydával velmi hlasité zvuky (byl těžce postižený), ale jeho hlasový projev dělal jemu samotnému dobře. Seděl tam a „povídal“ ještě když jsem se po chvíli vracela, pracovník ho sledoval z vnitřku budovy. Bylo mi sděleno, že v zájmu ostatních klientů nechají klienta, aby byl hlučný v kolektivu (pokud jsou naplněny jeho potřeby a objektivně nemá k hlučnosti důvod) pouze omezenou dobu, potom mu umožní být hlučný

v soukromí nebo mu nabídnou relaxaci v místnosti zvané Snoezelen (= relaxační místnost bez okna, můžeme ji vidět už i v ČR- vodní lůžko-může být vyhřívané, relaxační hudba, světýlka, zrakové a hmatové vjemy- panely s různými materiály: špičaté, kulaté, hladké atd., korále na drátě, různé dřevěné páky, může být houpačka, dlouhé ze stropu visící provazy, bužírky, pruhy plachty...). Tuto místnost mají téměř v každé budově- místnost může být velká, menší nebo miniaturní. Klient v ní může pobývat za účelem momentálního zklidnění, nebo se jedná o pravidelnou aktivitu- na dveřích Snoezelen visí rozpis klientů- v kterou hodinu místnost využije který klient.

- farma se zahradou- zde jsem potkala několik schopnějších klientů, asistujících pracovníků. Starali se o kozu, poníka a voliéra v parku (v ní jsou celoročně holubi, slepice a andulky a nechodící klienti mohou sedět na vozíku před voliérou a sledovat život ptáků), dále pracují na zahradě a vyrábějí různé věnce z přírodních materiálů na prodej, např: věnec z napíchnutých buráků, klasické adventní věnce.
- v některých místnostech mají akvária s rybičkami, jinde klec s kanárem nebo na zemi klec s králíkem. Soužití se zvířaty je pro klienty důležité.
- hlavní manager celého komplexu mi sdělil, že na každý rok má centrum 8 hlavních cílů, které musí klienti absolvovat- jsou rozepsané na velké tabuli, v průběhu roku je tato tabule plněna fotografiemi klientů, účastnících se plnění plánů.

### **Speciální pomůcky:**

- Elektrické zvedáky osob:
  - v Holandsku nikdo klienty ručně nezvedá, používá se zvedáků s různým způsobem zavěšení klienta (dle možností klientovy spolupráce: hrazda, za kterou se klient zapře v podpaží + pracovník mu zafixuje DK spec. popruhy na suchý zip- pro klienta který spolupracuje)
  - klient, který nespupracuje má na vozíku spec. látkovou podložku (pod stehny a za zády), v rozích má podložka 4 pouta, která se připnou ke

zvedáku a klient je zvednut a přemístěn i s touto podložkou, zvednutý klient popojede i se zvedákem

- zvláštní zvedák je např. u bazénu- jeho součástí je kolejnice, klient dojede do vody ve své látkové sedačce po kolejnici
  
- Klouzavé podložky na lůžko:
  - na lůžku klienta je „rukáv“ z klouzavého materiálu (šusták), může a nemusí na něm být bavlněná deka se 4 uchy v rozích. Buď klienta otočíme zatáhnutím za rohy nebo podsunutím svých rukou pod tělo klienta (viděla jsem takto snadno polohovat klienta, vážícího cca 130kg). Tato klouzavá podložka má šířku lůžka a je dvojitá („rukáv“).
  
- Speciální nástavec na vanu:
  - na klasické vaně leží konstrukce z trubek: zvnějšku kopíruje tvar vany- je kolem vany jako rám. Zvnitřku také kopíruje tvar vany, také jako rám a tyto 2 jsou propojené, takže na vaně pevně sedí. Na vnitřním rámu je napnutá pevná plachta s kulatými otvory cca 5 cm velkými, kterými odtéká voda do vany a dále do kanálu
  - klient je zvedákem na tento nástavec položen oblečený, pohodlně leží a je pracovníkem svléknut z látkové „sedačky“ pro zvedání zvedákem+ svléknut z oblečení.
  - poté je osprchován, osušen, osušena je i plachta a na suché plachtě je klientovi dána plena a je obléknut do čistého oblečení a „sedačky“ a zvedákem je přemístěn na svůj vozík
  
- Polohovací vozík pro stání:
  - má podložku na plochy nohou, trup + DK jsou opřeny- tělo je ke konstrukci připoutáno popruhy (aparát je určen pro klienta, který stát může, ale bez pomoci se ve stoji neudrží), součástí je stoleček, na kterém může klient jíst, pracovat nebo z tohoto aparátu klient aktivitu pouze sleduje- nabízí se mu lepší rozhled než ze sedu

- další výhody: prokrvení mozku, snadnější zažívání, posilování svalů potřebných pro vzpřímený stoj, s aparátem je možno popojíždět
- Elektrický zubní kartáček má každý klient na svém pokoji
- Speciální bunda pro vozíčkáře- má vystřihnutá záda (ve tvaru obráceného U, ramena zůstanou zakryta, v oblasti lopatek už látka chybí)- obléká se přes hlavu, poté HKK, boky bundy se utěsní kolem opěradla vozíku, aby nefoukalo na záda
- Každý klient má vlastní vozík s úpravami „na míru“

### **Charakteristika péče o klienty v Holandsku v porovnání se zažitými principy v ČR:**

- Denní režim klienta je přesně zpracován hodinu po hodině dle zájmů klienta, aktivita probíhá mimo prostory, kde klient spí
- Personál využívá moderní technické pomůcky, které šetří jeho fyzickou sílu a zdraví (zvedáky apod.)- pak má víc síly, kterou je schopen věnovat klientovi
- Osobní hygiena- důraz je kladen na vedení klienta k soběstačnosti, proto se ukazuje nevhodným, aby schopnější klienti pečovali o své méně zdatné kamarády. Neboť pracovník odhadne co klient zvládne a cíleně ho vede k větší soběstačnosti, ale jiný klient za něho vše udělá. Přítomnost šikovnějšího klienta při tom, když pracovník pomáhá s mytím méně zdatného klienta je nežádoucí, neboť neumožňuje soukromí – v koupelně by měl být vždy 1 klient + 1 pracovník (pokud je jeho pomoc nutná).
- Vést klienta k soběstačnosti při všech denních činnostech. Např. oblékání- cílem je, aby klient aktivně spolupracoval.
- Je třeba odbourat strach českého personálu o bezpečnost klienta - aby neutekl, aby něco nespokl, aby na procházce nenastydl... **V Holandsku není péče o klienta posuzována jako jeho léčba, ale jako domov a doma se může při různých činnostech stát i nehoda, která např. vyžaduje lékařské ošetření.** Není tedy vhodné klienta izolovat od potencionálního nebezpečí. Klient si druh aktivity vybírá sám, respektujeme jeho volbu.
- Každý klient má vlastní peníze, se kterými může disponovat



- Pracovníci se od klientů ničím neodlišují- oblečením, nádobím, nezaregistrovala jsem ani oddělené toalety
- **Péče o klienta, který se sebepoškozuje v Holandsku-** přes den má na HK speciálně upravené ortézy, které mu umožní dosáhnou na obličej pouze špičkami prstů, aby se mohl poškrábat, ale ne poranit. Na odpočinek po obědě a na noc mu pracovnice převlékla plenu, oblékla pyžamo, na něj klasickou kazajku s dlouhými rukávy, které se zavážou kolem těla klienta. Kolem těla má klient popruh, který se provlékne do 2 pout na krajích lůžka. Navrch je klient přikryt peřinou. Pro relaxaci po obědě je mu nabídnuta hudba- jeho vlastní CD přehrávané na vlastním přehrávači- vše má u sebe na pokoji, zamčené ve skříňce, aby to nerozbil. Tento klient procházíme stejnými aktivitami jako klienti, kteří se nesebepoškozuji- např. 2 hod. dopoledne je na nějakém programu, po obědě si odpočine, pak jde nebo na vozíku jede opět na program, večer jde spát.

**Název příspěvku:** **Poruchy polykání u pacientů s poraněním míchy z pohledu ergoterapeuta**

**Autoři:** Zuzana Relichová

**Pracoviště:** Fakultní nemocnice Motol

### **Abstrakt**

Porucha polykání (dysfagie) je pro člověka nejen překážkou pro příjem stravy a tekutin, ale také sociální bariérou, čímž je myšleno např.: porucha polykání vlastních slin, což může být nepředstavitelnou bariérou při běžných denních aktivitách a styku s okolím.

S poruchou polykání jsme se setkávali již dříve, ale až posledních několik let se na ni nahlíží s větším respektem. Může mít různé příčiny.

Pacienti s míšním poraněním mohou mít dysfagii způsobenou např.: po intubaci per os, po operačním přístupu v oblasti krku, při kombinovaném poranění (mozek + mícha, bulbární syndrom), při a po tracheostomii.

Mechanismus polykání je narušen např.: striktura jícnu, parézou svalů jazyka a polykacích svalů, chybění části úst a trávicího traktu nebo vymizení polykacího reflexu.

Při léčení a odstraňování dysfagie je důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, který se nejčastěji skládá z lékaře, rentgenologa, fyzioterapeuta, zdravotní sestry, logopeda, ergoterapeuta a dalších specialistů.

Role ergoterapeuta spočívá v důkladném vyšetření pacienta a následné terapii. Během terapie se provádí orofaciální stimulace, zevní i vnitřní. Dále pak nácvik polykání a zácvik rodiny i pacienta do autoterapie.

**Název příspěvku:** **Tréninková pracovní místa v kontextu komplexní rehabilitace- cíle, úskalí a případová studie**

**Autoři:** Mgr. Veronika Slepíčková

**Pracoviště:** Ergoterapeut v ERGO Aktiv – Centrum odborné péče pro osoby po CMP

**Kontakt:** [veronika.slepickova@ergoaktiv.cz](mailto:veronika.slepickova@ergoaktiv.cz)

### **Abstrakt**

Přednáška stručně představuje problematiku tréninkových míst v rámci komplexní rehabilitace osob se získaným poškozením mozku (ZPM). Zaměřuje se na stanovení reálných cílů v kontextu následné rehabilitace a způsob jejich dosahování. Dále nastiňuje nejčastější problémy, které vznikají v rámci začleňování na tréninkové pozice a techniky vedoucí k jejich překonávání. Součástí prezentace jsou i případové studie klientů s různou formou a mírou znevýhodnění (sociální, duševní, kognitivní, motorické), které demonstrují proces začleňování osob se zdravotním postižením do zaměstnání.

Struktura prezentace

- Tréninková místa v kontextu komplexní rehabilitace osob se ZPM
- Typové pozice pro tréninková pracovní místa osob se ZPM
- Očekávané problémové oblasti
- Reálně vzniklé problémy
- Problémy a strategie řešení vzniklých problémů
- Případové studie
- Shrnutí a návrhy „best practice“

**Název příspěvku: Supervize jako nástroj rozvoje pracovníků v pomáhajících profesích**

**Autor:** Mgr. Petra Šedivá

**Abstrakt**

V současné době se v oblasti pomáhajících profesí čím dál více do popředí zájmu dostává otázka kvality poskytované péče a vztah mezi pomáhajícím a klientem či pacientem.

Supervize je metoda, která je zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí pracovníka a stejně tak na zvládání emočního napětí, která se při pracovní činnosti v kontaktu s lidskou bolestí, bezmocí a problémy často objevuje. Cílem příspěvku je představit pojem supervize, objasnit její funkce a význam supervize pro pracovníka jako jeden z nástrojů podpory profesního rozvoje a prevence syndromu vyhoření.

Supervize je v ČR rozšířena především v neziskových organizacích a ve statních organizacích poskytujících sociální služby. Pracoviště poskytující převážně zdravotnickou péči ji zatím vyhledávají minimálně a spoléhají se na rozvoj profesních dovedností jednotlivých pracovníků na základě odborného vzdělávání, rad od nadřízených či zkušených spolupracovníků.

Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných. Nejvíce se na popis procesu probíhajícího při supervizi asi hodí pojmenování „získávání nadhledu“.

Supervize se může zaměřovat na vedení případu i na týmovou spolupráci.

Supervidovaný společně se supervizorem hledání řešení problémových situací, učí se zvládat běžné i náročné pracovní situace, rozvíjí svou schopnost sebereflexe a zvědomuje si některé skryté souvislosti, které se v jeho pracovní činnosti mohou vyskytovat.

*Obecným cílem supervize je pomoci supervidovanému:*

- nahlížet případy, které řeší, ještě z jiného úhlu pohledu;
- umožnit mu poznat nové přístupy;
- případně ho i poučit a podpořit při jeho profesionální jeho profesionální nejistotě;
- povzbudit k další práci;
- posílit jeho odolnost proti stresu a syndromu vyhoření;
- umožnit mu lépe využívat osobní a odborné zdroje;
- poskytnout kontrolu profesionality a etiky práce.

*(Hawkins, Shohet, 2004)*

Supervize je převážně realizována formou pravidelných setkání supervizora a supervidovaného či více supervidovaných. Tato setkání se odlišují od jiných setkání tím, že jsou organizovaná a strukturovaná. Zároveň je supervizorem podporovaná

kreativní a důvěrná atmosféra, která umožňuje rozvíjet hledání nových řešení či postupů, které pracovníka z nějakého důvodu právě v danou chvíli nenapadla.

Pro to, aby supervize mohla plnit své základní funkce, je důležité vybrat si vyhovujícího supervizora, tedy supervizora, ke kterému má supervidovaný důvěru, může k němu být otevřený, mluvit bez zábran o svých myšlenkách a pocitech a přemýšlet o zpětných vazbách.

Častým očekáváním supervidovaných je, že supervizor poskytuje konkrétní rady, kontroluje supervidovaného a hodnotí jeho práci. Opak je pravdou. Supervize je prostorem, kde se setkávají dva odborníci. Supervidovaný jako odborník na svou pracovní činnost, vedení konkrétního případu, týmu apod. a supervizor jako profesionál zodpovědný za vytvoření bezpečného prostoru, podporu při rozvoji pracovních dovedností či hledání a objevování potřebných metod či nástrojů.

Supervize je nástroj důležitý pro podporu pracovníků, nicméně její dopady jsou přínosné i pro jednotlivé klienty či pacienty, protože jen spokojený a vzdělaný pracovník může poskytovat profesionální péči a vytvořit s člověkem, kterému pomáhá, důstojný a kvalitní vztah.

**Název příspěvku:** **Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě (SPHCH)**

**Autoři:** PharmDr. Zdeňka Vondráčková, předsedkyně společnosti

**Kontakt:** [www.huntington.cz](http://www.huntington.cz)

Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě (SPHCH) byla založena v roce 1991 jako svépomocné občanské sdružení, aby vytvořila podpůrný a vzdělávací program na pomoc pacientům trpícím Huntingtonovou chorobou (HCH) a jejich rodinám, aby lépe porozuměly problémům a byly schopny je překonávat.

Huntingtonova choroba (HCH) je dědičné neurodegenerativní onemocnění, charakterizované mimovolnými pohyby, poruchami chování a demencí. K nástupu příznaků dochází obvykle v dospělosti, nejčastěji mezi 35. – 45. rokem života. Progresivní ubývání tělesných a duševních schopností vede k úplné závislosti pacienta na péči okolí. Je to relativně řídké onemocnění s výskytem 1 nemocný na 10 000 – 20 000 obyvatel. HCH se v rodinách vyskytuje po řadu generací a je velkou zátěží pro pacienty i jejich rodiny. Účinná léčba dosud neexistuje. Příbuzní a partneři postižených i osoby v riziku jsou obvykle po léta konfrontováni s povahou i průběhem choroby. Mívají velmi přesnou představu o její neodvratnosti i o dědičném přenosu. Rodina se dostává do sociální izolace, především kvůli změně životního stylu a nepochopení okolí. Někdy může hrát značnou roli též snaha onemocnění utajit. Zátěž je umocňována pocitem výjimečnosti, daným řídkým výskytem onemocnění. Rodina obvykle nezná kromě příbuzných nikoho se stejnými problémy a ani u odborníků vždy nenalezne patřičné poučení

V České republice se předpokládá kolem 700 – 1000 nemocných s Huntingtonovou chorobou a 4 000 – 5 000 osob v riziku nemoci. Společnost proto nepracuje pouze pro pacienty trpící HCH, ale též pro osoby v riziku a pro pečovatele, na které je kladeno největší, a často desítky let trvající břemeno péče o celou rodinu. Dalším velkým problémem jsou děti v rodinách, kde je nemocný otec nebo matka. Zde je nejdůležitější včasná otevřenost, aby děti porozuměly situaci doma a spolupráce s dětskými psychology. Pro osoby v riziku jsou nejdůležitější otázky genetického testování a dalšího vyrovnání se s osudem. Zde má největší význam edukace genetiků, psychologů a psychiatrů.

HCH bere pacientům postupně vše, hovoříme zde o tzv. izolovaném kognitivním deficitu. Znamená to, že pro tyto pacienty jsou denní rutiny potřebné pro výkon všedních denních činností často zapomenuty a pacienti mají problémy s prováděním dříve automatizovaných pohybů a s plánováním běžných činností. Bylo prokázáno, že existuje významná souvislost mezi funkčními schopnostmi pacienta na jedné straně a poruchou kognitivních funkcí na straně druhé. Z tohoto důvodu má být trénink kognitivních funkcí nedílnou součástí terapie pacientů s HCH.

Ergoterapeutická a fyzioterapeutická péče u pacientů s HCH na základě všech výzkumů, které byly prováděny po celém světě je prokazatelně nesmírně důležitá a umožňuje pacientům udržet si své schopnosti a svou soběstačnost co nejdéle. Proto

včasná a dlouhotrvající individuální ergoterapeutická a fyzioterapeutická péče je součástí komplexní rehabilitace pacientů s HCH. Tato pomoc jim dává naději, že vše nepůjde tak rychle a že je o ně ještě stále zájem. Je to podstatné i pro jejich duševní pohodu. V ČR zatím nemáme povědomí, že by tento typ péče byl pacientům nabízen a byl běžnou součástí terapie. Zatím je to spíše na individuálním přístupu pečovatелů.

Terapeuty, kteří se mají s pacientem s HCH setkat poprvé a nemají s nimi zkušenost, je však vždy třeba upozornit, že existuje jeden velký komunikační problém, který opět vyplývá z projevů nemoci. A tou je správná motivace pacienta ke spolupráci. Pacienti se často za sebe stydí, že spoustu činností již nezvládají a velmi dobře si uvědomují své handicapy (špatná komunikace, mimovolní pohyby, křeče, problémy s pamětí, podrážděnost, atd.) jsou proto velmi často netrpěliví, podráždění atp. Pakliže se pacienty podaří zmotivovat ke spolupráci, musí to terapeut pocítovat jako velkou odměnu za svou práci.

Pokud máte zájem a nebojíte se zkusit tuto výzvu, čili pacienta s HCH, budeme velice rádi, když požádáte o další informace a spolupráci s SPHCH.

Neváhejte se s námi spojit!

Sídlo společnosti: SPHCH, Velké náměstí 37, 500 01 HRADEC KRÁLOVÉ, [www.huntington.cz](http://www.huntington.cz), Registrace MV ČR ze dne 14. 5. 1991 č. VSC/1-6616/91-R, změna stanov dne 30. 3. 2006, IČO: 40614603, Běžný účet u České spořitelny č. 1543349/0800, telefon 723 349 327

Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě byla založena 14. 5. 1991 jako svépomocné neziskové občanské sdružení v Praze. Zakladatelkou byla MUDr. Jana Židovská, CSc., která ji také deset let vedla. První impuls přišel z Mezinárodní organizace pro pomoc při Huntingtonově chorobě (IHA) od tehdejšího předsedy Gerrita Dommerholta, který krátce po „sametové revoluci“ v květnu 1990 oslovil ČR s nabídkou pomoci při zakládání svépomocné organizace pro toto řídké onemocnění.

IHA byla založena již v roce 1967 Marjorie Guthrie, vdovou po americkém folkovém zpěvákovi Woody Guthrie (1912-1967), který trpěl Huntingtonovu chorobou. Matka a bratr Gerrita Dommerholta také zemřeli na HCH.

Vzhledem k odbornosti MUDr. Jany Židovské (psychiatrie s nástavbou lékařské genetiky) byla pověřena výborem Společnosti lékařské genetiky, aby zmapovala situaci v Čechách a začala spolupracovat s Gerritem Dommerholtem. Během druhé poloviny roku 1990 tak navázala MUDr. Židovská přes Gerrita dobré styky nejenom s nizozemskou, ale i kanadskou a australskou organizací, které poskytly řadu informačních materiálů, aby si mohla vytvořit představu o cílech a dopadu činnosti takovýchto svépomocných organizací.

Prvotním úkolem bylo oslovit v rámci Čech a Moravy co nejvíce rodin s výskytem HCH a zjistit jejich zájem o vybudování svépomocné organizace, která by poskytovala

všestrannou podporu a pomoc rodinám s výskytem HCH. Najít tyto první rodiny bylo velice obtížné. Neexistoval specialista se systematickým dlouhodobým zájmem o tuto diagnózu a například na neurologické klinice v Kateřinské ulici v Praze, kde se později konstitovala pracovní skupina pro HCH, se za období posledních 20 let (1970-1990) podařilo najít jen 17 pacientů. V Thomayerově nemocnici v Praze díky MUDr. Evě Havrdové, se našlo dalších 10 pacientů.

První osobní setkání s členy rodin proběhlo v Praze dne 11. 4. 1991 za účasti G. Dommerholta, který přítomným 25 osobám z 16 rodin vysvětlil cíle a význam svépomoci, která v té době byla pro nás až na výjimky neznámou. Založení organizace bylo jednoznačně uvítáno a záhy byla SPHCH registrována jako občanské sdružení s celostátní působností.

Dne 15. 7. 1991 byla SPHCH přijata též za člena Mezinárodní asociace (IHA), později i Evropské asociace. Členství nám zajišťuje volný přístup k řadě informačních materiálů a přináší mnohé obohacující kontakty a inspiraci pro práci české společnosti. Rovněž jsme se stali členy českých zastřešujících patientských organizací (NRZP – Národní rada zdravotně postižených, ČRHO – Česká rada humanitárních organizací), což nám zjednodušuje žádosti o dotace, bez nichž by nebyla možná další činnost.

V březnu 1991 se uskutečnil první víkendový Rekondičně-edukační pobyt v Horních Beřkovicích, následně v květnu druhé víkendové setkání za přítomnosti Gerrita. Na jaře 1992 také vyšlo první číslo periodického zpravodaje Archa. V červenci 1992 se uskutečnilo první jednodenní setkání SPHCH na Moravě – v Brně. Víkendová setkání se pořádají 2x ročně, z toho na jaře vždy na Moravě, 2x ročně vychází zpravodaj Archa a bylo vydáno množství informačních letáků a brožur, pokrývajících celou problematiku HCH.

Postupně byl vytvořen multidisciplinární tým odborníků (genetik, psycholog, psychiatr, neurolog, ergoterapeut, logoped, dětský psycholog, sociální pracovník), který se nejen podílí na činnosti SPHCH, ale při své odborné práci (publikace, přednášky, výuka) seznamuje s problematikou HCH u nás a zdůrazňuje nezastupitelný význam zpětné vazby poskytované od rodin. Bez svépomocné organizace by v Čechách bylo daleko problematičtější především zvládnutí přístupu ke genetickému testování metodou přímé DNA analýzy, které je v ČR dostupné od r. 1994.

Po roce 1999 byla navázána úzká spolupráce s Diecezní katolickou Charitou (DKCH) v Hradci Králové, kam se v roce 2006 přeneslo i sídlo společnosti z původního sídla v Praze.

Na návrh RNDr. Jiřího Stejskala, ředitele královéhradecké DKCH byla zřízena půjčovna zdravotnických pomůcek pro pacienty s HCH, kterou provozuje právě královéhradecká DCH. Díky intenzivní korespondenci Ing. J. Hrudý s anglickou firmou Kirton a díky financím z Tříkrálové sbírky byla na konci roku 2003 zakoupena první speciální křesla pro pacienty s HCH pod názvem Halesworth a vanové zvedáky Aquatec Fortuna.



V roce 2005 byl sortiment rozšířen ze stejných zdrojů o nový typ křesla od stejné firmy pod názvem Omega. Na konci roku 2005 se nám po několikaleté spolupráci s firmou PROMA REHA Česká Skalice, podařilo nakoupit do půjčovny první dvě polohovací elektrická lůžka, která mají speciální polstrování a upravené bočnice pro pacienty s HCH. V roce 2006 byla dokoupena opět z Tříkrálové sbírky další lůžka. Dále jsme nechali ušít antidekubitní podložky na tato křesla, které si mohou rodiny pro své pacienty v půjčovně zakoupit.

## Znak



Jedním z poznávacích znamení všech sdružení a společností po celém světě je symbol, nebo přesněji znak, který používá i SPHCH.

Znak představuje hlavu a horní torzo jedince, neboť Huntingtonova choroba může postihnout jak duševní tak fyzické funkce. Zmenšený prostor uvnitř symbolu odráží omezené fyzické anebo duševní schopnosti postižené osoby.

Symbol je na místě květu rostliny, aby byl znázorněn růst a rozvoj činnosti společností pro Huntingtonovu chorobu na celém světě a je také znamením naděje - známkou, že aktivita a úspěchy posledního desetiletí budou mít pokračování, stejně jako naděje všech lidí, kteří jsou spojeni s SPHCH a bojují s touto zákeřnou nemocí.

**Název příspěvku:** **Osobní auto jako pomáhající technika pro osoby se zdravotním postižením**

**Autor:** Doc. MUDr Jiří Votava, CSc.

**Pracoviště:** Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze  
Katedra fyzioterapie a ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, UJEP Ústí nad Labem

**Kontakt:** [jiri.votava@volny.cz](mailto:jiri.votava@volny.cz)

### **Úvod:**

Vystupuji zde jednak jako čestný člen ČAE, dále jako ten, který se na výuce ergoterapie v Ústí nad Labem podílí a o problematice osobních aut krom jiného přednáší, ale také jako člověk, který auto většinu života řídí. Zvláště po třech operacích kyčlí jsem si vyzkoušel, jak moc auto jako důležitou pomůcku potřebuji a jak musím způsob řízení svému aktuálnímu stavu přizpůsobit. Věřím, že pro ergoterapii je tato problematika důležitá a perspektivní, její řešení však vyžaduje spolupráci s řadou dalších odborníků.

Cílem rehabilitace osob se zdravotním postižením (dále jen OZP), na němž se ergoterapeuti významně podílejí, je dosažení optimální kvality života. Důležitým předpokladem toho je i možnost cestování, a to na krátkou i delší vzdálenost. Přes zlepšování dostupnosti veřejné dopravy stále hrají roli důležité pomůcky osobní automobily, ať už je postižená osoba sama řidičem nebo ne. Ergoterapeuti i v rámci poradenství by měli své klienty informovat, jaké mají předpoklady auto řídit, jaké jsou předpoklady pro získání příspěvku na jeho koupi, jaké jsou možnosti úprav a doplňků.

V ČR jsou předpoklady pro řízení auta stanoveny zákonnými normami. Významně se na hodnocení psychické způsobilosti podílí Asociace dopravních psychologů ČR a v tomto směru odkazují na zkušeného klinického psychologa J. Šplíchala. Hodnocení předpokladů pro řízení však je také problematika širší a celoevropská. Chci zde seznámit z rozsáhlým materiálem v angličtině, který jsem získal od profesora Č. Marinčeka z Lublaně, který se touto problematikou zabývá z několika hledisek. Automobily a jejich úpravy jsou zahrnuty i v evropské klasifikaci pomáhající techniky (assistive technology) ISO 9999/2011, o níž jsem referoval na konferenci ČAE v roce 2011 a již lze bezplatně získat na webu - [www.eastin.eu](http://www.eastin.eu) .

## **Hodnocení předpokladů pro řízení osobního auta:**

Chci zde referovat o publikaci „Handbook of disabled driver assessment“ tedy „Příručku hodnocení postižených řidičů“ z roku 2009. Jde o elektronickou publikaci o 510 stranách. Autorský kolektiv je mezinárodní, většinou z Velké Británie. Mezi dvaceti autory jsou i čtyři ergoterapeuti, z toho S. Chadwick a M. Denholm ze Skotského centra pro hodnocení řízení v Edinburghu. Dalšími autory jsou fyzioterapeuti, lékaři, právníci, neuropsychologové, technici a učitelé z autoškol.

Publikace uvádí, že v Evropě jsou asi 3 miliony řidičů se zdravotním postižením. Podle direktivy Evropské unie, která je platná od začátku roku 2013, je třeba pro OZP vytvářet podmínky pro řízení vozidel. Pokud je osoba schopná řídit jen vůz se zvláštní úpravou, měla by projít odborným hodnocením.

Jsou podrobně rozebrány činnosti, které jsou součástí řidičových dovedností a které by měly být samostatně posuzovány, tedy sezení, pozorování okolí, ovládání plynu, brzdy, spojky a řadicí páky a dalších ovládacích prvků.

Vlastní hodnocení je rozděleno na část mimo auto a v autě včetně zkušební jízdy. Hodnocení mimo auto zahrnuje krom psychologických testů či hodnocení zraku i hodnocení somatické, tedy rozsah pohybů, svalovou sílu a koordinaci. Právě na tom se podílejí ergoterapeuti.

Hodnocení během jízdy se skládá z řady dílčích posudků – např. jak dokáže hodnocený koordinovat ovládání rychlostí a brzdění, jak řeší situaci na křižovatkách či jak udržuje správnou polohu auta na vozovce a vzdálenost s ostatními auty. Toto hodnocení běžně provádějí instruktoři řízení, ale jistě i ergoterapeut, který se jízdy účastní, by mohl uplatnit své připomínky a návrhy.

V dalších částech publikace se podrobně popisují všechny alternativy řešení hlavních ovládacích prvků. Konečný oddíl pak popisuje důsledky všech běžných diagnóz, které způsobují zdravotní postižení. Řeší se také složitá psychologická situace, kdy klient dostane informaci, že v současnosti není řízení schopen. Zde pak nejen psycholog, ale i ergoterapeut může poradit, jak si v takové situaci uspořádat život či jakým tréninkem nacvičit zvládnutí požadovaných kritérií.

Autoři nabízejí, že by bylo vhodné přeložit publikaci do dalších jazyků. Byl by to náročný úkol, avšak pak by mohli dané informace využít všichni odborníci, kterých se problematika řízení týká.

### **Možné úpravy osobních automobilů u nás:**

V ČR existuje osm firem, které se zabývají úpravami osobních automobilů pro OZP (viz např. [www.iroa.cz](http://www.iroa.cz), [www.jenca.cz](http://www.jenca.cz), [www.kopek.cz](http://www.kopek.cz), [www.rucniovladani.cz](http://www.rucniovladani.cz)). Je významné, že nejméně u třech jsou zakladateli a spolujednateli firmy vozíčkáři, zkušení řidiči a šikovní technici. Tyto firmy se zabývají těmito úpravami:

Úprava řízení: Jde nejčastěji o různé řešení ručního ovládání, při čemž je v autě zachován i běžný typ ovládání, který umožňuje jeho používání i nepostiženým osobám. Další možnost je úprava pedálů pro osoby malého vzrůstu. Je konečně i možnost úprav pro osoby s amputací jedné či obou horních končetin .

Usnadnění nastupování: Úpravy se mohou týkat jak řidiče, tak i spolujezdce. Jedná se o otočná sedačka, případně s vysunutím z auta a snížením výšky na úroveň sedadla vozíku. Může jít i o upravený transportní vozík, jehož část se změní v sedadlo automobilu. Dále přesuvná deska, vyplňující mezeru mezi vozíkem a autem, pro špatně chodící osoby nástupní schůdek.

Pomůcky pro nakládání vozíku: Naviják usnadní naložení vozíku za sedadlo postiženého řidiče. Jeřábek umožňuje naložení elektrického vozíku do zavazadlového prostoru. Jednodušší, avšak méně bezpečné jsou ližiny, po nichž vozík do prostoru najede. U dodávkových vozů se montují nájezdové rampy či hydraulické plošiny.

### **Osobní zkušenost s úpravou automobilu:**

Na závěr chci uvést své čerstvé osobní zkušenosti. Vzal jsem si za úkol zajistit pro známou vozíčkářku nakládání elektrického vozíku do kombíku Logan. Nejprve jsem si vypůjčil lyžiny, s jejichž pomocí lze vozík do zavazadlového prostoru vyvézt. Několikrát jsem této manévru úspěšně zvládl, ale jindy vozík s lyžin sjel a jen s úsilím jsem pád zbrzdil. Proto jsme se rozhodli pro montáž jeřábku, který tento manévru bezpečně zvládne. Majitel firmy na úpravu aut v Kostelci nad Labem J. Hurt prožil téměř padesát let na vozíku, známe se víc než třicet let ještě z doby, kdy byl zaměstnán v podniku Meta. Jeho firmaa montuje jeřábky vlastní konstrukce. Bylo

nutné auto a později i vozík do firmy dovést, ale výsledkem je bezpečné nakládání elektrického vozíku.

### **Závěr:**

Ergoterapeuti by měli mít aspoň základní informace o tom, zda jejich klienti mají předpoklady pro řízení auta a jaké úpravy jim umožní plně auto využívat. Ergoterapeuti, kteří se seznámí se zahraničními zkušenostmi v této oblasti, by pak mohli spolupracovat s firmami a podílet se na návrhu konkrétních úprav pro jednotlivé klienty.

### **Literatura:**

Hunter J., de Vries J et al.: Handbook of disabled driver assessment. Institute for Rehabilitation, Ljubljana, 2009, 510 s. ISBN 978-961-6060-75-2

Kay L.G. et al.: Contribution of off-road tests to predicting on-road performance: a critical review of tests. Aust. Occup. Ther. J. 2012, 59(1): 89-97.

J. Šplíchal: Přehled zákonných norem, vztahujících se k posuzování psychické způsobilosti k řízení motorových vozidel. <http://www.psychoservice.eu/?page=clanek&id=246>

Zupan A., Marinček Č.: Assessment of driving abilities and car adaptations. Rehabilitation, Ljubljana, Vol. 12, 2013, Suppl. 1:36-41

[www.eastin.eu](http://www.eastin.eu)

[www.iroa.cz](http://www.iroa.cz)

[www.jenca.cz](http://www.jenca.cz)

[www.kopek.cz](http://www.kopek.cz)

[www.rucniovladani.cz](http://www.rucniovladani.cz)

**Název příspěvku:** **CI Therapy - v rehabilitaci po cévní mozkové příhodě**

**Autoři:** MUDr.Jarmila Zipserová, Bc.Karin Laská

**Pracoviště:** Sanatoria Klimkovice

**Kontakt:** [www.sanatoria-klimkovice.cz](http://www.sanatoria-klimkovice.cz)

CI Therapy (Constraint - Induced Movement Therapy) neboli nuceně navozená terapie je unikátní souhrn rehabilitačních technik, které výrazným způsobem redukuje deficit poškozené končetiny v chronické fázi po cévní mozkové příhodě, u nemocných s roztroušenou sklerózou anebo stavů po traumatickém poškození mozku. CI Therapy byla vyvinuta na Universitě v Alabamě v USA výzkumným týmem pod vedením Dr. Edwarda Tauba Ph.D., a s vynikajícími výsledky aplikována u několika stovek pacientů. **Podstatou nuceně navozené terapie - CI Therapy** je pomocí tzv. shapingu (tvarování, formování), speciálních protokolů a opakovaných pohybů podpořit pod vedením speciálně vyškoleného terapeuta zapojení postižené končetiny a v maximálně možné míře normalizovat tak její funkčnost. **Sanatoria Klimkovice jsou jediným pracovištěm** certifikovaným Universitou Alabama ve střední Evropě, **kteří tuto terapii nabízejí.** Nuceně navozená terapie - CI Therapy je vhodná pro pacienty po cévní mozkové příhodě traumatickém poškození mozku, nebo diagnostikovaní roztroušené sklerózy - **v subchronické fázi onemocnění - po ukončení akutní léčby** v nemocnici nebo v **chronické fázi** onemocnění. Výsledky léčby nejsou závislé na věku pacienta ani času, který uplynul od konkrétního postižení. Před nástupem léčby je stav každého potencionálního pacienta podrobně hodnocen lékařem za účelem posouzení vhodnosti léčby a šance pacienta dosáhnout zlepšení. V rámci hodnocení je posuzován zdravotní stav, soběstačnost a možnosti zapojení postižené končetiny. Nuceně navozená terapie - CI Therapy trvá tři týdny. Na denní rehabilitační program (mimo víkend) navazují další procedury, které významně ovlivňují výsledek léčby. V terapii je nutné pokračovat také v domácím prostředí. Po skončení léčby obdrží každý pacient základní set instrukcí a úkolů na procvičování s cílem udržení hybnosti končetiny a jejího dalšího zlepšení. Základem nuceně navozené terapie - CI Therapie je podpořit neuroplasticitu mozku, jejímž důsledkem je znovuoobnovení hybnosti na určitém stupni rozsahu u konkrétní končetiny. Proto je program rozdělen na: rehabilitaci horní končetiny a rehabilitaci dolní končetiny. Nuceně navozená terapie - CI Therapy nezajistí návrat hybnosti do úplného normálu. Prostřednictvím terapie však dochází k reorganizaci mozkové aktivity a tím zvýšení motorické schopnosti končetiny, což není možné dosáhnout klasickou rehabilitací. Celkový stupeň zlepšení je vysoce závislý na motivaci pacienta a jeho přístupu k dodržování podmínek terapie.

**PARTNEŘI:**

**Fakturační adresa:**

**DMA Praha s.r.o.**

Krajanská 339

149 00 Praha 4

[www.dmapraha.cz](http://www.dmapraha.cz)

**Centrála – distribuce:**

**DMA Praha s.r.o.**

Kunice 207

251 63 Stránčice



**Meyra ČR, s.r.o.**

Kontakt: Hrusická 2538

141 00 Praha 4 Spořilov

[www.meyra.cz](http://www.meyra.cz)

**MEYRA®**  
**ORTOPEDIA**

Usnadníme lidem pohyb

**CZ. TECH Čelákovice, a.s.**

Stankovského 1200/46, 250 88 Čelákovice

Tel.: 326 993 844, 326 994 520

Fax: 326 993 845

[www.cztech.cz](http://www.cztech.cz), [roho@cztech.cz](mailto:roho@cztech.cz)



**Nakladatelství Portál, s.r.o.**

Klapkova 2

182 00 Praha 8

Tel: +420 283 028 111

[www.portal.cz](http://www.portal.cz), [naklad@portal.cz](mailto:naklad@portal.cz)





**Sborník příspěvků z 25. celostátní odborné konference**

**České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí**

Vydává ČAE ČR, Kloboučnická 1627/7, Praha 4, 140 00

e-mail: [info@ergoterapie.org](mailto:info@ergoterapie.org), [bulletin.cae@seznam.cz](mailto:bulletin.cae@seznam.cz)

IČO: 62348451