



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 26. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ**

**Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
21. a 22. 11. 2014**

listopad 2014

Sborník příspěvků z 26. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **26. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, ve dnech 21. a 22. listopadu 2014.

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. Kateřina Macků, Mgr. Jana Náhlá, Mgr. Kateřina Šuláková, Mgr. Kateřina Svěcená Ph.D., Bc. Zuzana Rodová M.Sc., Bc. Olga Nováková M.Sc.,

Vydání 1., Praha, 11/2014

© Česká asociace ergoterapeutů, 2014

ISBN 978-80-905252-2-1

Program konference

Pátek, 21. 11. 2014

9:00- 10:00	Registrace účastníků konference
10:00-11:30	Dopolední odborný program
10:00- 10:15	Mgr. Jana Jelínková, Mária Krivošíková, M.Sc.: Jak šel čas v ČAE
10:15- 10:30	Bc. Alena Bendová: Vzpomínky na počátky ČAE
10:30- 10:45	Doc. MUDr. Jiří Votava: Ergoterapie včera, dnes a zítra- pohled rehabilitačního lékaře
10:45- 11:00	Doc. MUDr. Olga Švestková: Začátky vysokoškolského studia ergoterapie v ČR
11:00- 11:15	Doc. MUDr. Olga Švestková: Ergodiagnostika
11:15- 11:30	Diskuse
11:30-12:00	Přestávka na kávu
12:00-14:00	Pokračování odborného programu
12:00- 12:20	pí. Ivana Krejčí: Chirurgie ruky a ergodiagnostika
12:20-12:50	Mgr. Jana Vyskotová: Hodnocení funkčních deficitů po traumatickém poranění ruky
12:50- 13:10	Bc. Zuzana Rodová M.Sc.: Ergoterapie u pacientů s ataxií
13:10-13:30	pí. Zdena Faltýnková: Co znamená pro vozíčkáře žít zdravě
13:30- 13:50	Mgr. et Bc. Zuzana Gregorová, Bc. Iva Melicharová: Antidekubitní polštář, zádová opěrka, další komponenty vozíku a jejich vliv na vznik defektů na kůži u spinálního klienta
13:50- 14:00	Diskuse
14:00- 15:00	Přestávka na oběd
15:00-16:30	Odpolední odborný program
15:00- 15:15	Mgr. Margita Kučerová: Vzdělávání v ergoterapii- informace z NCONZO v Brně
15:15- 15:30	Bc. Kristýna Hoidekrová: Mirror therapy v ergoterapii
15:30-16:15	MUDr. Martina Hoskovcová, Mgr. Ota Gál: Chronické stadium po CMP: mýty a fakta o rehabilitaci
16:15-16:30	Diskuse
16:30-17:00	Přestávka na kávu, příprava valné hromady
17:00- 18:00	Valná hromada ČAE
18:30-21:00	Společenský večer

Program konference

Sobota, 22. 11. 2014

9:00- 9:30	Registrace účastníků konference
9:30-11:30	Dopolední odborný program
9:30- 10:10	Prof. Gaynor Sadlo: Neuroscience of occupation- some brain science evidence of how occupational therapy works
10:10-10:50	Mrs. Janette Reading: Private OT practice in UK
10:50- 11:10	Mgr. Linda Obrtelová, Mgr. Adriana Kameníková: Mezigenerační setkávání – vliv na seniory
11:10- 11:30	Mgr. Petra Dvořáková: Dítě s dyspraxií v péči ergoterapeuta
11:30- 11:50	Mgr. Michala Nováková, Bc. Petra Zunová: Ergoterapie v akutní psychiatrické péči
11:50- 12:00	Diskuse
12:00-13:00	Přestávka na oběd a kávu
13:00- 15:40	Odpolední odborný program
13:00- 13:15	Dariusz Boháč: Roboticky asistovaná ergoterapie, BTL zdravotnická technika a.s.
13:15- 13:30	MgA. Terezie Macková, Mgr. Monika Valešová, PhDr. Michaela Šrytrová, Mgr. Rita Firýtová: Ergoterapeut v tréninkovém multidisciplinárním týmu - Zdvíhací plošina
13:30- 13:45	Bc. Olga Nováková M.Sc.: Problematika modifikace domácího prostředí. Výstupy projektu Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti
13:45- 14:00	Lucie Junková: Paliativní péče pro děti
14:00- 14:30	Přestávka na kávu
14:30- 14:45	Bc. Vladislava Rusková: Oddělení následné intenzivní péče-ergoterapie jako součást léčebné rehabilitace
14:45- 15:00	Mgr. Marcela Kryski: OSVČ - nová cesta ergoterapeuta
15:00- 15:15	Bc. Tereza Sádlová, Bc. Petra Znamenáčková: Ergoterapie v interní medicíně
15:15- 15:30	Mgr. Olga Košťálková, Mgr. Veronika Slepíčková: Využití volné terapie v rámci denního stacionáře
15:30- 15:50	Diskuse, ukončení konference
16:00	Předání certifikátů

OBSAH

1.	Mgr. Petra Dvořáková: Dítě s dyspraxií v péči ergoterapeuta	6
2.	Mgr. et Bc. Zuzana Gregorová, Bc. Iva Melicharová: Antidekubitní polštář, zádová opěrka, další komponenty vozíku a jejich vliv na vznik defektů na kůži u spinálního klienta	9
3.	Bc. Kristýna Hoidekrová: Mirror therapy v ergoterapii	10
4.	MUDr. Martina Hoskovcová, Mgr. Ota Gál: Chronické stadium po CMP: mýty a fakta o rehabilitaci	13
5.	Lucie Junková: Paliativní péče pro děti	14
6.	Mgr. Olga Košťálková, Mgr. Veronika Slepíčková- Využití volné terapie v rámci denního stacionáře	15
7.	pí. Iva Krejčí: Chirurgie ruky a ergodiagnostika	16
8.	MgA. Terezie Macková, Mgr. Monika Valešová, PhDr. Michaela Šrytrová, Mgr. Rita Firýtová: Ergoterapeut v tréninkovém multidisciplinárním týmu - Zdvíhací plošina	17
9.	Mgr. Michala Nováková, Bc. Petra Zunová: Ergoterapie v akutní psychiatrické péči	20
10.	Bc. Olga Nováková, M.Sc.: Problematika modifikace domácího prostředí. Výstupy projektu Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti	22
11.	Mgr. Linda Obrtelová, Mgr. Adriana Kameníková: Mezigenerační setkávání – vliv na seniory	24
12.	Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.: Ergoterapie u pacientů s ataxií	26
13.	Bc. Vladislava Rusková: Oddělení následné intenzivní péče-ergoterapie jako součást léčebné rehabilitace	28
14.	Bc. Tereza Sádlová, Bc. Petra Znamenáčková: Ergoterapie v interní medicíně	30
15.	Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.: Ergodiagnostika	32
16.	Doc. MUDr. Jiří Votava: Ergoterapie včera, dnes a zítra- pohled rehabilitačního lékaře	33
17.	Mgr. Jana Vyskotová: Hodnocení funkčních deficitů po traumatickém poranění ruky	40

Název příspěvku: Dítě s dyspraxií v péči ergoterapeuta

Autor: Mgr. Petra Dvořáková

Pracoviště: Klinika dětské rehabilitace a CKP FN Motol

Kontakt: petra.dvorak73@gmail.com

ÚVOD

Co je dyspraxie?

Jedná se o vývojovou poruchu motorických funkcí definovanou jako postižení či nezralost v plánování a organizaci pohybů. Takto postižené dítě projevuje nesoulad mezi svými pohybovými schopnostmi a věkem, těžko si osvojuje komplexní pohybové dovednosti, jeho hrubá motorika je zpožděná a následně se objevují problémy s úlohami vyžadujícími jemnou motoriku. Postihuje dovednosti. Patří mezi specifické poruchy učení. Syndrom neobratného, nešikovného dítěte – „clumsy child syndrom“. Prevalence- 6-10% v populaci, 3xčastěji chlapci.

Projevy

- opoždění hrubé a jemné motoriky,
- opožděný vývoj řeči,
- nevyhraněná laterální,
- nedostatek bilaterální koordinace,
- poruchy smyslové percepce(zrak, sluch, hmat...),
- nedostatečné vnímání tělesného schématu,
- zhoršená propriocepce,
- obtíže v prostorové orientaci,
- porucha orientace v čase,
- obtíže v paměťových složkách (krátkodobá paměť),
- zhoršená koncentrace pozornosti a organizace (posloupnost činnosti),
- narušené sociální dovednosti a komunikace,
- emoční obtíže,
- obtíže v ADL.

HLAVNÍ ČÁST

Diagnostika

- nepřímé zdroje - pohovor, dotazník DCDQ,
- přímé zdroje - standardizované testy BOTMP-BOT2, MABC, SIPT.

Týmová spolupráce: ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, spec. pedagog, neuropsycholog a psychoterapeut, zrakový terapeut (optometr), neurolog.

Náprava dyspraxie

Cíl: bez ohledu na věk a metody naučit dítě žít v běžných životních podmínkách

Zaměření terapeutických přístupů dle dosaženého vývojového stádia dítěte:

- předškolní věk,
- ml. školní věk,
- starší školní věk,
- dospívání a dospělost.

Podpůrné strategie:

- pomůcky pro udržení správného sedu (Z-židle),
- adaptace úchopu (pomůcky pro správný úchop psacího náčiní),
- adaptace oblečení,
- alternativní prostředky (tablet, počítač- náhrada psacího písma),
- extra časové dotace pro testy,
- psané instrukce, diáře,
- podpůrné skupiny.

Odstranění primitivních patologických reflexů:

- Moro reflex,
- hledací a sací reflex,
- asymetrický tonický šjiový reflex (ATŠR),
- tonický labyrintový reflex (TLR),
- symetrický tonický šjiový reflex,
- plantární reflex.

Rozvoj vnímání tělesného schématu:

- využití Senzorické integrace (J. Ayeres),
- kineziologický koncept Braingym.

Rozvoj soběstačnosti dle vývoj. období

ZÁVĚR

Porovnání situace u nás a v zahraničí.

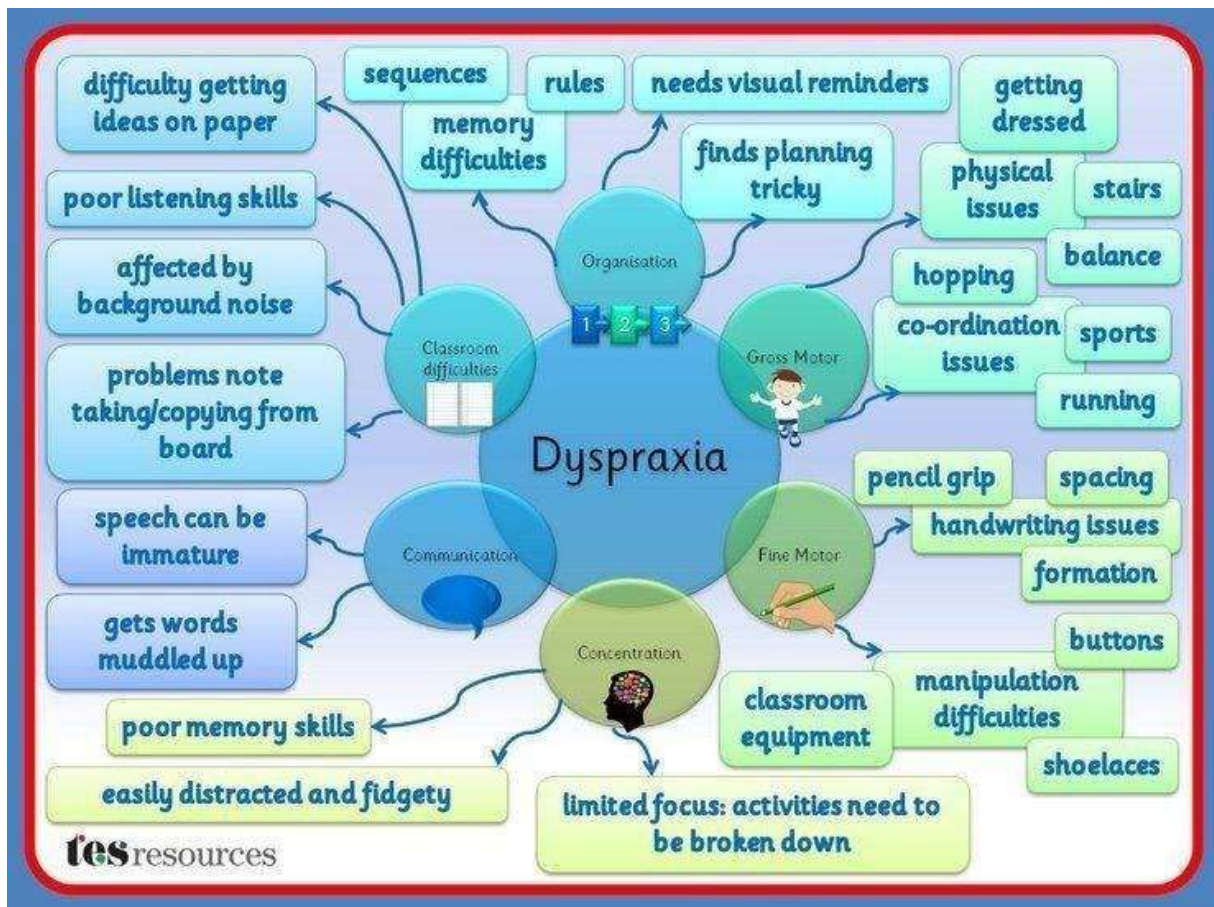
LITERATURA

- Věra Pokorná (1997) Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení (Portál)
- Věra Pokorná (2010) vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti (Portál)
- Amanda Kirbyová (2000) Nešikovné dítě (Portál)
- Olga Zelinková (2009) Poruchy učení (Portál)
- Jucovičová, Žáčková (2010) Neklidné a nesoustředěné dítě (Grada)
- Marja Volemanová (2014) Přetrvávající primární reflexy (Red Tulip)
- Facebook: Dyspraxia USA, Developmental Coordination Disorder (Dyspraxia) and Dyslexia Support, Dyspraxia Foundation, Midlands Dyspraxia Support Group, Sensory integration network, Dyspraxia Ireland, Dyspraxia World

TABULKY A OBRÁZKY

- Obr. č. 1 – Dítě s dyspraxií a jeho obtíže (TES resources)

Obr. č. 1 – Dítě s dyspraxií a jeho obtíže



Název příspěvku: **Antidekubitní polštář, zádová opěrka, další komponenty vozíku a jejich vliv na vznik defektů na kůži u spinálního klienta**

Autoři: **Mgr. et Bc. Zuzana Gregorová, Bc. Iva Melicharová**

Pracoviště: Centrum Paraple, o.p.s.

Úvod:

Cílem prezentace je informování odborné veřejnosti o možných důsledcích nevhodného výběru, nevhodného užívání nebo nevhodné péče o jednotlivé kompenzační pomůcky. Jedná se zejména o riziko vzniku defektu, který ve většině případů hrozí každému uživateli bez ohledu na pohlaví, věk, zdravotní stav, fyzickou aktivitu a míru informační vybavenosti.

Obsah:

Defekt na kůži je jednou z nejčastějších zdravotní komplikací u lidí po poškození míchy. Ohrožuje jejich zdraví a v některých případech i život. V praxi se setkáváme z velké části s defekty zapříčiněnými ze strany pomůcky, kterou klient permanentně využívá. Proto se v naší prezentaci zaměříme na nejběžnější pomůcky (mechanický vozík, antidekubitní polštář, zádová opěrka a další doplňky vozíku). Zabýváme se třemi základními oblastmi, které mohou být primární příčinou vzniku defektu na kůži. Jedná se o nevhodný výběr pomůcky (nesprávná volba druhu pomůcky nebo jejích základních parametrů), nevhodné užívání pomůcky (pramenící z deficitu informací klienta o vhodném užívání a péče o pomůcku), a nefunkčnost pomůcky (ztráta základních vlastností pomůcky před uplynutím její užitné doby). Dle typu příčiny navrhuje následně nápravu. Přednáška je postavena zejména na obrazové dokumentaci jednotlivých případů, se kterými se běžně setkáváme. Můžete se s nimi setkat i Vy.

Závěr:

Hlavní myšlenkou prezentace je šíření informací o nejběžnějších příčinách vzniku defektu ze strany pomůcky. Informace mohou sloužit jako základ pro edukaci klienta, což pokládáme za primární prevenci.

Literatura:

Rehabilitace v klinické praxi, Pavel Kolář et al. , Galén 2009
Jak na to doma, Zdeňka Faltýnková a kol., 2011

Další zdroje:

www.google.cz,

Fotografie z databáze ergoterapie Centra Paraple o.p.s.

Název příspěvku: Využití Mirror therapy v ergoterapii

Autor: Bc. Kritýna Hoidekrová

Pracoviště: studentka NMgr. studia, obor ergoterapie, 1. LF UK v Praze

Kontakt: Hoidekrova.k@seznam.cz

Cílem této práce je seznámit odbornou společnost ergoterapeutů s metodou Mirror therapy, která v České republice ještě není standardně zavedena, avšak v zahraničí se řadí mezi klasické rehabilitační metody.

Úvodem bych ráda zmínila první poznatky o Mirror therapy, které pocházejí z univerzity v San Diegu, kde se profesor Ramachandran zabýval zkoumáním tzv. zrcadlových neuronů. Postupem času zjistil, že je možné využít zpětné vizuální vazby¹, aby mohlo dojít k tzv. oklamání mozku. Tento pojem se v souvislosti s Mirror therapy zcela běžně používá a velice přesně vystihuje principy terapie. Jedná se totiž o umělé poskytování vizuálního vjemu o správné funkčnosti postižené HK. Tato informace je vedena aferentními vlákny² do oblasti mozku, kde došlo k problému. Řídící centrum ať už motorické nebo senzitivní je poškozené, mozek tedy využívá jeho plasticity³ a opravuje či vytváří nové řídicí centrum. Následkem tohoto procesu vedení, vyhodnocení a odpovědi je zlepšení motorické a senzitivní funkce.

Velkým přínosem této metody je využití u mnoha, především neurologických diagnóz, mezi které patří cévní mozková příhoda, Fantomův syndrom po amputaci⁴ hypersenzitivita, sekundární infekce, transfer šlach, CRPS, sensorická reedukace. Z revmatologických diagnóz terapie nalezne uplatnění u revmatoidní artritidy či kloubních deformit.

Dále bych ráda zmínila aplikace Mirror therapy, kde lze využít dvou přístupů, unimanuálního či bimanuálního. Unimanuální přístup ergoterapeut volí v případě, že postižená HK není schopná se motoricky zapojit. Nejčastěji se s tímto přístupem setkáváme u CMP⁵, bezprostředně po operačních stavech, při těžkých kloubních deformitách, silné hypersenzitivitě. Postižená HK je volně uložena za matnou stranou zrcadla a nevykonává žádný pohyb. Terapeut může zaznamenat slabou fascikulaci na postižené HK či náznak provádění pohybu odpovídajícímu motorické aktivitě zdravé HK (její odraz vidí pacient v zrcadle). Jakmile tato situace nastane, může terapeut přistoupit k bimanuálnímu přístupu.⁶

¹ RAMACHANDRAN, V. S. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*, 2009, 132.7: 1693-1710.

² GRÜNERT-PLÜSS, Nicole, et al. Mirror therapy in hand rehabilitation: a review of the literature, the St Gallen protocol for mirror therapy and evaluation of a case series of 52 patients. *The British Journal of Hand Therapy*, 2008, 13.1: 4-11.

³ 5 MICHIELSEN, M. Motor recovery and cortical reorganization after mirror therapy in chronic stroke patients. *Neurorehabil Neural Repair*. 2011, roč. 25, č. 3, s. 223-33. DOI: 10.1177/1545968310385127

⁴ 1 CHAN, Brenda L. Mirror Therapy for Phantom Limb Pain. *New England Journal of Medicine*. 2007-11-22, roč. 357, č. 21, s. 2206-2207. DOI: 10.1056/NEJMc071927.

⁵ SKJUTAR, A. Mirror therapy after stroke and amputation, 31. 10. 2012, pořadatel Södertälje Sjukhus Stockholm.

⁶ ALTSCHULER, Eric L.; HU, Jeong. Mirror therapy in a patient with a fractured wrist and no active wrist extension. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 2008, 42.2: 110-111.

Po správné aplikaci je nutná edukace pacienta do domácího prostředí. Terapeut by měl popsat ne příliš odbornými lékařskými termíny základní principy terapie včetně toho, co se v mozku pacienta odehrává během cvičení.

Terapie by se měla provádět 2-3krát denně po dobu 10 minut v délce šesti týdnů, proto by ergoterapeut měl být seznámen s denním rozvrhem pacienta a domluvit se s ním na přesných časech. Pacient si pak snadněji sám vzpomene, že má cvičit a současně se předejde tomu, že by nevěděl, zda cvičil dvakrát nebo už třikrát – zároveň jde o nácvik orientace v čase⁷.

Ergoterapeut by měl minimálně první dva týdny vést pacientovu terapii, protože u pacienta se ergoterapeut nezaměřuje pouze na horní končetinu, ale kontroluje pacienta jak ze sagitální tak i z frontální roviny. Velmi důležitý je sed pacienta. Již postavení zad, lopatek, klíčních kostí ovlivňuje funkci celé horní končetiny. Ergoterapeut koriguje i dolní končetiny, které by měly být na šířku pánve a v úhlech 90°. Je tedy někdy nutné nastavit správnou výšku stolu či židle.

Velmi důležité pro aplikace Mirror therapy je i sled jednotlivých cviků. V případech, že je terapie strukturovaná pro celou HK, začíná flexí a extenzí v loketním kloubu⁸. Z technických důvodů se MT ve většině případů neaplikuje na oblast ramenního kloubu, zrcadlo nelze vhodně nastavit vůči tělu. Pohyb by měl být veden rovnoměrnou rychlostí a pacient by ho měl mít stále pod kontrolou. Dále se pokračuje k pronaci, supinaci a distálním směrem až k pohybům v DIP, přičemž se v kloubech vždy začíná flexí a extenzí a pak následují další pohyby.

Mirror therapy má v ergoterapii široké využití. Skrze tuto metodu lze ovlivnit čítí, kloubní rozsahy, svalovou sílu, svalový tonus a koordinaci HK. Zlepšení vyjmenovaných jednotek se následně promítne do kvality provádění ADL, které jsou pro kvalitní život nezbytné.

Mezi základní kontraindikace se řadí především neurologická postižení. Jedním z nich je poškození zrakové dráhy, ke kterému může dojít na několika místech průběhu. Mezi nejčastější poruchy se řadí různé typy hemianopsií, korová nebo vrozená slepota, vizuální agnózie krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, nystagmus, strabismus, zákal⁹. Některé z těchto poruch lze kompenzovat brýlemi, proto se ergoterapeut vždy musí pacienta tázat, zda brýle používá. Především u neurologických pacientů by si měl ergoterapeut vyžádat vyšetření zraku nebo v případech, že má podezření na zhoršení zraku.

Dalším typem kontraindikací jsou poruchy kognitivních funkcí a řeči. Terapie není vhodná pro pacienty, kteří se nedokáží koncentrovat a pro ty, kteří mají poruchy řeči v rámci porozumění. U pacientů s afázií je nutné vyšetření klinického logopeda či neurologa, kteří mohou potvrdit nepoškozenost porozumění. V případě že je poškozená paměť jak dlouhodobá, tak krátkodobá, lze tuto poruchu vyřešit psanými instrukcemi do domácího prostředí, nastavením alarmu pro připomenutí desetiminutové terapeutické jednotky.

Mezi kontraindikace se také řadí onemocnění, která se projevují na obou HKK. Nelze vytvořit správnou vizuální iluzi a do mozku by byla vedena špatná informace.

⁷ STIHL, K. Home environment and Mirror therapy, 7. 9. 2012, pořadatel Handkirurgiska kliniken Stockholm.

⁸ STIHL, K. The basic exercises of Mirror therapy in practice, 4. 10. 2012, pořadatel Handkirurgiska kliniken Stockholm.

⁹ ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 1997, s. 444-446. ISBN 80-7169-140-2.

Na závěr bych ráda uvedla, že se jedná o metodu, která lze velmi dobře kombinovat i s jinými terapeutickými přístupy. Terapie vychází z předpokladu zlepšení motoriky a senzitivní složky HK, v rámci ergoterapie je tento předpoklad důležitý především pro správné plnění pADL i iADL.

Seznam použité literatury:

Knižní zdroje:

1. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 1997, s. 444-446. ISBN 80-7169-140-2.

Bakalářská práce:

2. HOIDEKROVÁ, Kristýna. Využití Mirror therapy v ergoterapii. Praha, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství.

Články:

3. ALTSCHULER, Eric L.; HU, Jeong. Mirror therapy in a patient with a fractured wrist and no active wrist extension. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 2008, 42.2: 110-111.

4. GRÜNERT-PLÜSS, Nicole, et al. Mirror therapy in hand rehabilitation: a review of the literature, the St Gallen protocol for mirror therapy and evaluation of a case series of 52 patients. *The British Journal of Hand Therapy*, 2008, 13.1: 4-11.

5. CHAN, Brenda L. Mirror Therapy for Phantom Limb Pain. *New England Journal of Medicine*. 2007-11-22, roč. 357, č 21, s. 2206-2207. DOI: 10.1056/NEJMc071927.

6. MICHIELSEN, M. Motor recovery and cortical reorganization after mirror therapy in chronic stroke patients. *Neurorehabil Neural Repair*. 2011, roč. 25, č. 3, s. 223-33. DOI: 10.1177/1545968310385127

7. RAMACHANDRAN, V. S. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*, 2009, 132.7: 1693-1710.

Přenášky:

8. SKJUTAR, A. Mirror therapy after stroke and amputation, 31. 10. 2012, pořadatel Södertälje Sjukhus Stockholm.

9. STIHL, K. Home environment and Mirror therapy, 7. 9. 2012, pořadatel Handkirurgiska kliniken Stockholm.

10. STIHL, K. The basic exercises of Mirror therapy in practice, 4. 10. 2012, pořadatel Handkirurgiska kliniken Stockholm.

Název příspěvku: Chronické stadium po CMP: mýty a fakta o rehabilitaci

Autor: MUDr. Martina Hoskovcová, Mgr. Ota Gál

Pracoviště: Neurologická klinika a centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze

Léčba chronického stadia po CMP se řídí reziduálním neurologickým deficitem a její nejdůležitější součástí je komplexní rehabilitace. Fáze úpravy funkčního deficitu je nejvýraznější 3-6 měsíců po CMP, v dalším průběhu je zlepšení závislé především na intenzitě rehabilitace, pro kterou dosud neexistují jasná doporučení. Z naší klinické praxe a recentní literatury vyplývají následující fakta: 1) drtivá většina chronických pacientů po CMP má výrazné zkrácení svalů (včetně fixních kontraktur) postižených končetin, 2) léčba spasticity (nebo obecně svalové hyperaktivity) často chybí nebo není cílená, což brání nebo zcela znemožňuje zlepšování parézy rehabilitací, 3) běžně používané rehabilitační postupy pro ovlivnění parézy nejsou dostatečně efektivní, protože se neopírají o recentní poznatky o neuroplasticitě a motorickém učení, 4) rehabilitaci motorického deficitu nedoplňuje adekvátní rehabilitace kognitivních funkcí a psychoterapie. Tato fakta jsou příčinou negativních názorů části odborné veřejnosti, podle nichž pacienta v chronickém stadiu po CMP již nelze příliš zlepšit, a naznačují, že současně používané rehabilitační postupy nejsou pravděpodobně dostatečně efektivní. Pro zvýšení efektivity rehabilitace v chronickém stadiu je tedy primárně nutné vycházet ze strukturovaného subjektivního a objektivního vyšetření a ovlivňovat současně oba bludné kruhy dysfunkce, tedy kruh hyperaktivita → zkrácení → hyperaktivita, a paréza → nepoužívání končetiny → paréza. Druhým požadavkem podle principů motorického učení je dostatečná intenzita tréninku, kterou lze zajistit pouze délkou terapie nebo rychlostí a rozsahem trénovaných pohybů. Běžně dostupná ambulantní terapie 2-3x týdně postavená především na facilitačních technikách je nedostatečná, není-li doplněna denním domácím statickým prodlouženým strečinkem, specifickým cvičením paretických svalů a maximálním používáním postižené končetiny podle principů terapie založené na vynuceném používání končetiny (CI-Therapy). Primárním postupem k ovlivnění svalové hyperaktivity (zejména spastické ko-kontrakce a dystonie) je cílená aplikace botulotoxinu do hyperaktivních svalů. V neposlední řadě je nutná kognitivní rehabilitace, logopedie a psychoterapie.

Název příspěvku: Paliativní péče pro děti

Autor: Lucie Junková

Pracoviště: studentka 3. ročníku 1. LF UK v Praze, obor ergoterapie

Pojem paliativní péče se u nás v České republice (ČR) rozšiřuje postupně z odborné společnosti i do laického povědomí. Jak již název vypovídá, nejedná se o léčbu, ale o péči, která nastupuje tehdy, když je pacient v terminálním stadiu smrtelného onemocnění a již není možné mu poskytnout další léčení.

Paliativní péče je zaměřena především na zvýšení kvality života pacienta a umožnění prožití závěrečného období života v klidném a důstojném prostředí – nejlépe v domácím prostředí, pokud je to za daných okolností možné. Dále se snaží zmírnit bolest, mnohé další tělesné projevy a duševní strádání. Se všemi těmito a dalšími změnami, které jsou spojené se závěrečným stádiem nemoci, se pacienti snaží vyrovnat a jedním z cílů paliativní péče je eliminace těchto projevů a pomoc s jejich zvládnutím. Mimo pacienta jsou do péče zahrnuti také nejbližší členové rodiny, i jim se samozřejmě mění život a potřebují odbornou pomoc a podporu.

U nás (v ČR) jsou v současné době tyto služby zaměřeny a poskytovány dospělým a seniorům. Rozvoj paliativní péče začal roku 1989 a roku 1995 vznikl první hospic. K tomuto rozvoji paliativní péče v naší republice došlo zásluhou paní MUDr. Marie Svatošové, která se zasloužila o otevření prvního hospice – Hospic sv. Anežky v Červeném Kostelci (1995). Avšak nejen tato skupina obyvatel se potýká s nemocemi, které v určitém stádiu již nelze léčit. Bohužel jsou i dětské pacienty a jejich rodiny, kteří potřebují tuto péči. Velmi dobrou správou je, že se v letošním roce bude konat první česká konference paliativní péče pro děti.

O tom, že existuje i paliativní péče pro děti, jsme se dozvěděli během zahraničního studijního pobytu. V Belgii je tato služba poskytována již delší dobu a je tedy rozvinutější než u nás. Měli jsme možnost slyšet přednášku paní doktorky o tom, jakým způsobem je paliativní péče poskytována dětským pacientům. Bohužel součástí interdisciplinárního týmu, který poskytuje malým pacientům a jejich rodinám tyto služby, není ergoterapeut, který by určitě neměl chybět.

Rozhodli jsme se tedy, podělit se s vámi o informace, které jsme získali v Belgii a také o to, jak by se ergoterapeut mohl uplatnit v interdisciplinárním týmu paliativní péče.

Paliativní péče nepřidává životu dny, ale dnům život.

Název příspěvku: **Využití volné terapie v rámci denního stacionáře**

Autoři: **Mgr. Olga Košťálková, Mgr. Veronika Slepíčková**

Pracoviště: ERGO Aktiv o. p. s.

Přednáška je založena na zkušenostech ergoterapeutů Odborného centra pro osoby po CMP či jiném poškození mozku ERGO Aktiv o. p. s. s využíváním volné terapie v rámci denního stacionáře. Cílem přednášky je představit tento způsob práce s klientem s jeho pozitivními i negativními aspekty a vytvořit tím prostor pro případnou diskuzi, sdílení zkušeností a rozvojem využívání tohoto přístupu napříč pracovišti zdravotní a sociální péče.

Vzhledem k tomu, že se jedná v České republice o nepříliš využívaný koncept, bude se přednáška věnovat jeho představení a popisu jeho začlenění do ergoterapeutického procesu a intervence.

V úvodu proběhne představení rehabilitačního programu centra (denního stacionáře) a cílové skupiny klientů. Poté následuje seznámení s pojmem volná terapie a úvaha nad její rolí v následné rehabilitaci, procesu transformace osoby z role klienta do role aktivního člena společnosti a převzetí odpovědnosti za kvalitu svého života. Volná terapie bude taktéž reflektována jako motivační prvek v rehabilitaci.

Dále uvedeme konkrétní způsob plánování a zavedení volné terapie na pracovišti – volba frekvence, organizační a personální zajištění, určení náplně volné terapie, monitoring a analýza aktivity klientů. Nedílnou součástí bude prezentace praktických příkladů volné terapie doplněná fotografiemi a zdůvodněním jejího zasazení do individuálních plánů klientů.

Přednáška bude obsahovat bilance nad pozitivy a negativy v aplikaci volné terapie a překážkami a úskalími v jejím zavádění. Představíme též analýzu zpětné vazby od našich klientů po zařazení tohoto konceptu do rehabilitačního programu.

Na závěr přednášky proběhne zamyšlení nad využitím volné terapie u jiných cílových skupin klientů a v jiných typech zdravotnických a sociálních zařízeních.

Název příspěvku: **Chirurgie ruky a ergodiagnostika**

Autor: **Ivana Krejčí¹**

Spoluautor: Mgr. Jana Vyskotová, PhD., OU Ostrava, MUDr. Martin Paciorek, Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky FN Ostrava

Pracoviště: ¹Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava

Rozsáhlé poškození horní končetiny ve smyslu poranění všech měkkých tkání vede často k trvalému funkčnímu omezení při všech každodenních aktivitách.

Fyzické postižení má současně nemalý dopad na psychiku pacienta, což následně vede k rozvoji sekundárních komplikací v průběhu procesu hojení, někdy až k ireverzibilním změnám všech struktur končetiny a následně i celé postury. Pokud dojde k plné nebo alespoň dostačující funkční reedukaci, je to vždy důsledkem kvalitní multidisciplinární spolupráce a aktivního zapojení pacienta do celého léčebného procesu.

Pacient uvedený v kazuistice si způsobil pádem přes skleněnou výplň dveří téměř plnou amputaci horní končetiny v oblasti loketního kloubu. Od samotného zákroku v Centru plastické chirurgie a chirurgie ruky až po ukončení rehabilitace ve FN Ostrava uplynula řada měsíců.

K tomu, abychom byli schopni objektivně zhodnotit celkový zdravotní stav pacienta, současně i efekt zvolených operačních i rehabilitačních postupů, jsme využili metodik navrhovaných ke standardizaci pro budoucí ergodiagnostická centra, která budou ve spolupráci s MZ ČR a MPSV ČR vytvořena v jednotlivých krajích České republiky.

**Název příspěvku: Ergoterapeut v tréninkovém multidisciplinárním týmu-
Zdvíhací plošina**

Spoluautoři: **MgA. Terezie Macková, Mgr. Monika Valešová, PhDr. Michaela Šrytrová, Mgr. Rita Firytová**

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

Kontakt: Terezie.Mackova@seznam.cz, valesmo@kfe.zcu.cz, firytova@kfe.zcu.cz, srym@kfe.zcu.cz

Vážený čtenáři,

každoročně připravuje prof. Ing. Stanislav Hosnedl, CSc. z Fakulty strojní (FST), Katedry konstruování strojů ve spolupráci s Fakultou designu a umění Ladislava Sutnara (FUD) a konzultační podporou Fakulty zdravotnických studií (FZS), Katedrou fyzioterapie a ergoterapie pro studenty semestrální projekty na téma předložené reálným zadavatelem (podnikem, sdružením). Dovolte nám představit semestrální projekt na téma zdvíhací plošina (zařízení k nastoupení a vystoupení pro osoby s omezenou schopností pohybu do/z prostředků hromadné veřejné dopravy), který byl uskutečněn v akademickém roce 2013/2014. Zadavatelem byla projektová kancelář Konstruktionsbüro Dostal. Na tomto projektu spolupracovalo pět studentů. Řešitelský tým byl složen ze dvou studentů FST, jednoho studenta z FUD a dvou studentů FZS, po jednom za obor fyzioterapie i ergoterapie. V řešitelském týmu měl každý student svou pozici v rámci specializace. Ergoterapeut měl v týmu své nezastupitelné místo. Víme, že absolvent ergoterapie může najít v budoucnu uplatnění i v průmyslu, jak ve výrobě, tak i ve vývoji.

Ergoterapeut v rámci týmové spolupráce poskytuje informace potřebné pro zajištění vhodnosti (bezpečnosti, ergonomie, ekonomičnosti, hygieničnosti, kognitivních hledisek aj.) navrhovaného produktu pro uživatele s odlišnostmi podle genderu, věku, tělesného postižení. Vyhledává informace z oblasti ekologie, zohledňuje případně účasti i dalších živých bytostí (zejména zvířat). Dále zajišťuje normativní know-how informací rešeršemi předpisů, zákonů a dalších podkladů ohledně vlastností k člověku a okolí, včetně jejich zpracování do formy přímo využitelné pro ostatní studenty v multidisciplinárním týmu. Ovlivňuje spoluřešení, hodnocení a garanci vhodnosti navrhovaného technického produktu z hledisek lidského faktoru při jeho provozování. Nadále ovlivňuje návrh produktu tak, aby mohl být vyráběn, montován, udržován, opravován, likvidován lidmi s odlišnostmi podle genderu, věku, tělesného postižení (přizpůsobení konstrukce, elektrozařízení, designu atd.).

Spolupracuje s týmem na určeném projektu v podobě konzultací se zachováním průmyslového tajemství. Poskytuje konzultace řešení s ohledem na ergonomii práce při výrobě, provozu a likvidaci daného zařízení. Konzultuje řešení produktu s ohledem na zdravotní postižení klienta.

Odborné znalosti studentů FZS, které nabízejí řešitelskému týmu:

- znalost problematiky anatomie, ergonomie, hygieny, psychologie a fyziologie práce, antropometrie
- charakteristika a rozdělení potenciálních zákazníků

- klasifikace pohybových vad
- práce a komunikace s tělesně postiženými lidmi
- možnost osobního kontaktu a konzultace s tělesně postiženými osobami (potencionální zákazníci)
- ovládání manipulace s vozíkem, pomoc při přesunech
- řešení nástupu a uchycení mechanického vozíku
- úprava prostředí pro člověka s handicapem
- konzultace v oblasti programu škola zad
- návrh pracovních a kompenzačních pomůcek pro zaměstnance
- speciální označení vozidel a osob
- legislativa
- přístup k odborné literatuře

Cílem projektu zdvižné plošiny bylo navrhnout zařízení k nastoupení a vystoupení pro osoby s omezenou schopností pohybu do/z prostředků hromadné veřejné dopravy. Dále aby byl produkt vysoce inovativní a konkurence schopný na bázi teorie technických systémů a aby byl i cenově konkurenceschopný. Hlavní technické požadavky byly orientovány především na komfort uživatele (obsluhy), bezpečnost, funkčnost pro uživatele a bezpečnost a lehkost pro personál.

Obr. 1 First design project



Zdroj: Semestrální projekt – zdvižná plošina

Obr. 2 Plošina ve spodní poloze



Zdroj: Semestrální projekt – zdvižná plošina

Obr. 3 Plošina ve zdvihu



Zdroj: Semestrální projekt – zdvižná plošina
Obr. 4 Plošina – složený stav



Zdroj: Semestrální projekt – zdvižná plošina

Cíl celosemestrové týmové práce byl splněn. Došlo k navržení inovativní konstrukce zdvižné plošiny, určené pro snadné vystupování a nastupování, použitelné pro regionální vlaky v České republice. Výroba byla navržena z ekologického materiálu WPC, díky použití materiálu je zdvižná plošina za konkurenčně schopnou pořizovací cenu.

Za největší přínos ale považujeme, že spolupráce mezi studenty jednotlivých univerzitních pracovišť přispěla k nabytí praktických zkušeností studentů v rámci týmové a mezioborové spolupráce. K rozšíření vědomostí a zvýšení možnosti uplatnění na trhu práce. Dále byla posílena informovanost mezi další oborové disciplíny, které mohou úzce s ergoterapií spolupracovat.

Věříme, že na základě této spolupráce se zvýší erudovanost a povědomí o možnostech uplatnění ergoterapeuta a tím se v České republice zvýší uplatnění ergoterapeutů na trhu práce.

Použité zdroje: Hála, F., Novák L., Holán J., Buchartová A., Macková, T. *Prezentace – zdvižná plošina*. In. Odborná studentská konference, Plzeň, 5.6.2013

Název příspěvku: Ergoterapie v akutní psychiatrické péči

Autor: Mgr. Michaela Nováková, Bc. Petra Zunová

Pracoviště: Psychiatrické klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Světovým trendem v oblasti péče o duševní zdraví je změna v systému služeb i v přístupu k jedincům, kteří tyto služby využívají. Úkolem profesionálů z oblasti psychiatrické péče je nejen stanovit hlavní nedostatky a problémové oblasti, ale především se zamýšlet, jakým směrem se mohou ubírat námi poskytované služby. Akutní péče poskytuje léčbu a péči klientům s duševním onemocněním v jejich nejakutnější a nejzranitelnější fázi onemocnění. Nabízí bezpečné terapeutické prostředí v situaci, kdy klient nemůže být léčen a podporován v domácím či jiném alternativním, méně restriktivním prostředí. Léčba je komplexní a ucelený proces, zaměřený především na bezpečnost klientů, jejich zotavení, zapojení se do terapeutického procesu, na jejich sociální úspěch a inkluzi.

Při ergoterapeutické intervenci působí a vzájemně se ovlivňují čtyři klíčové prvky intervence, tj. prostředí - klient – aktivita – terapeut. Jednotlivé prvky mohou být faktorem rozvíjícím, léčebným, zároveň však tyto prvky mohou působit i bariérově. Pro terapeuta je důležité vnímat celý proces celistvě, jednotlivé prvky neoddělovat. Ergoterapeutický proces v oblasti akutní péče, je velmi živý, proměnlivý v závislosti na každém prvku intervence. Ergoterapeut si musí uvědomovat specifika nemocničního prostředí - vliv prostředí při nástupu klienta na oddělení, prostředí na jednotlivých typech oddělení a prostředí ergoterapeutické intervence. Prostor může mít podporující nebo omezující vliv nejen na terapeutický proces, ale i na klientovu důvěru v celý terapeutický systém. V současné době je kladen důraz na proměnu vztahu a postoje terapeuta ke klientovi, který směřuje ke snaze posílení klientova vlivu, aktivního přístupu a zapojování se do celého léčebného procesu. V akutní péči se může zdát zapojování klienta do plánování náročné, ale je nezbytné. Ergoterapie v akutní péči má zvyšovat možnost aktivního podílení se klienta na jeho terapii. To znamená plně zahrnout klientovo rozhodování do individuálních cílů a brát na ně ohled při výběru aktivit. Aktivita je ústřední téma praktického využití ergoterapie. Jsou hodnotným terapeutickým nástrojem, a pokud jsou vhodně a citlivě vybrány, vedou k dosažení terapeutických cílů. Nejčastěji používané aktivity v oblasti akutní

péče je nácvik sociálních dovedností, stres management, trénink kognitivních funkcí, využití hry, kreativní aktivity a trénink všedních denních činností. Posledním jmenovaným prvkem je terapeut. Terapeutovým hlavním nástrojem, se kterým do terapie vstupuje, je jeho osobnost, schopnost navázání terapeutického vztahu ve smyslu partnerství/aliance, ale i jeho získané zkušenosti z praxe a odbornost. Ergoterapie v akutní péči je pro ergoterapeuta obzvláště náročná z hlediska flexibility, kreativity, nepředvídatelnosti situace.

Záměrem tohoto příspěvku není podat přesný „recept“ pro práci ergoterapeuta na oddělení akutní psychiatrické péče, ale bude nám potěšením, pokud povede k zamyšlení, diskusi či se stane inspirací pro další práci.

Literatura:

CREEK, J.; LOUGHER, L. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier Health Sciences, 2008. ISBN 978-0-443-10027-7.

CARA, E.; MacRAE, A. *Psychosocial Occupational Therapy: an Evolving Practice.*, 3rd ed. New York USA: Delmar Cengage Learning, 2012. ISBN-13: 978-1-111-31830-7.

PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. a kol. *Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

Název příspěvku: **Problematika modifikace domácího prostředí. Výstupy projektu Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti**

Autor: **Bc. Olga Nováková M.Sc.**

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 1LF. UK a VFN Praha

Kontakt: olga.novakova2@vfn.cz

Obsah:

Společnost ILA, s.r.o. ve spolupráci s Českou Asociací Ergoterapeutů, vědeckým pracovištěm „Department of Health Sciences“ Lékařské fakulty University v Lundu ve Švédsku a rehabilitačním centrem „Centro de Reabilitacao Profissional de Gaia“ v Portugalsku vytvořila v rámci projektu metodiku nazvanou „SEMAFOR home“ (Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home) sloužící k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí.

Obecným cílem této metodiky je zefektivnění domácích návštěv ergoterapeutů a objektivizace výstupů zejména díky efektivní identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí člověka, který má specifické potřeby. Metodika si klade za cíl bariéry nejen identifikovat dle jejich závažnosti, ale bere v potaz i četnost nutnosti jejich překonávání v domácím prostředí. Výsledkem je pak celkové vyhodnocení architektonických bariér, jehož cílem je navržení konkrétního postupu jejich odstranění dle individuálních potřeb člověka.

Metodika „SEMAFOR home“ se skládá celkem ze tří částí:

- ☞ *Popisná část*- zahrnuje základní identifikaci klienta, popis prostředí, výsledky hodnocení
- ☞ *Subjektivní hodnocení* vyplňované klientem, slouží k identifikaci potřeb a preferencí klienta
- ☞ *Objektivní hodnocení* slouží k identifikaci bariér a jejich vyhodnocení na základě závažnosti a četnosti potřeby danou bariéru překonávat

Využití metodiky „SEMAFOR home“

- Identifikace architektonických bariér z pohledu:
 - ☞ Závažnosti
 - ☞ Četnosti nutnosti jejich překonávání
 - ☞ Potřeb a preferencí klienta
- Objektivní dokumentace o stavu domácího prostředí pro daného klienta
- Možnost vyhodnocení efektivnosti realizovaných bezbariérových úprav
- Možnost srovnání jednotlivých případů
- Možnost statistického zpracování výsledků
- Objektivní podklady pro komunikaci problému s nadřízenými orgány
- Objektivní podklady pro zdůvodnění finanční náročnosti případných bezbariérových úprav
- Motivace klientů k realizaci potřebných bezbariérových úprav

- Vstupní informace o stavu domácnosti klienta vzhledem k jeho aktuálnímu schopnostem pro další odborníky podílející se na realizaci závažnějších úprav (architektů, stavební inženýry, designéry)
- Objektivní podklady pro efektivnější plánování bezbariérových úprav

Macháčová, K., Nováková O., Preclíková, A., Čihařová, K., Dvořák, I. (2014) Metodická příručka. Identifikace bariér v domácím prostředí pomocí metodiky „SEMAFOR home“

Název příspěvku: **Mezigenerační setkávání - vliv na kvalitu života seniorů. Pravidelná setkávání seniorů s dětmi mladšího školního věku a lidmi v produktivním věku**

Autor: **Mgr. Linda Obrtelová¹, Mgr. Adriana Kameníková²**

Pracoviště: ¹Mezi námi, o.p.s.; www.mezi-nami.cz, ²Domov pro seniory Malešice

Kontakt: linda@mezi-nami.cz, psycholog@malesicedcs.cz

Posláním Mezi námi, o.p.s. - Podporujeme pravidelné setkávání generací - seniorů, dětí a lidí v produktivním věku na základě jejich vnitřní motivace, v místní komunitě, s cílem všestranného obohacení a uznání při vzájemné úctě.

Obecně prospěšná společnost Mezi námi vznikla v roce 2013 a jedním z cílů je změnit nahlížení generací na sebe navzájem. Chce, aby se poznávali i ti nejstarší s těmi nejmladšími, aby si rozuměli a společně objevili, jak krásné a zajímavé jsou jejich světy.

Tato setkání se hlavně z důvodu věku nemohou konat bez pomoci nás ostatních, hlavně lidí, kteří s těmito věkovými skupinami pracují, ať jsou to aktivizační pracovníci, ergoterapeuti, pečovatelky, sestry, nebo na straně dětí paní učitelky. Obě skupiny pracovníků v přímé péči jsou velmi vytížené a často také nedostatečně oceněné. Zorganizovat taková setkání se zařízením v okolí je nezdárka obtížným úkolem navíc, který je mnohdy jednostranný. Proto vznikla obecně prospěšná společnost Mezi námi, aby tato zařízení spojovala a dávala pracovníkům potřebnou podporu.

První a zatím jediný projekt „Povídej“ vnímá a rozděluje generace na čtyři skupiny. Generaci dětí, kterou v projektu zastupují děti předškolního a mladšího školního věku, generaci lidí v produktivním věku, kterou rozšiřujeme o generaci nazývanou 55+, kde vnímáme mladé aktivní seniory, kteří končí ve svém zaměstnání a otevírá se jim nová životní etapa. Jsou velmi nabiti životními zkušenostmi a stále mají energii a životní entusiasmus. V neposlední řadě je generace seniorů, kteří jsou často odkázáni na nás druhé, jsou to lidé žijící v různých typech zařízení zejména pro potřebu zvýšené či trvalé péče.

Skupina generací se utváří vždy s přihlédnutím k místním podmínkám. Vždy jde však o propojení minimálně tří generací. Setkání a tím i společné činnosti jsou vedeny skupinově. Úvodem spolupracující s Mezi námi představí aktivitu, která byla společně naplánována pracovníky, seniory a dětmi na předchozím setkání. Aktivity jsou plánovány vždy s přihlédnutím ke schopnostem dětí a seniorů a jsou přizpůsobovány na místě konkrétnímu nastavení skupiny (únava, zdravotní stav, počet dětí/seniorů apod.), což je v každé skupině různé.

Aktivity je možné vybírat tak, aby navazovaly na činnosti v zařízeních a byly

vhodné pro konkrétní seniory a z hlediska dětí odpovídaly vzdělávacímu plánu. Setkání se konají ideálně po třech až čtyřech týdnech, kdy v mezidobí probíhají přípravy na ně. Paní učitelky vztahují pohled seniora k činnostem, které ve školce s dětmi dělají: Jak to asi dělají babičky, co si myslí babičky apod.

Stejně tak i u seniorů není mezigenerační setkání jen o konkrétním času, který senior ve společnosti dětí stráví.

Nástupem seniora do domova či jiné instituce dochází k výrazným změnám a ztrátám v jeho životě. Nejen v oblasti jeho každodenních obvyklých činností, známého prostředí, ale v i oblasti jeho sociálních vztahů, které si v průběhu svého života budoval se svým blízkým i širším okolím, včetně rodinných, generačních vztahů. Vzniká tak forma izolace, která je suplována péčí a snahou poskytnout pocit bezpečí. Mění se každodenní režim seniora, jeho sociální interakce, kde převládá kontakt s vrstevníky či personálem. Mnozí senioři a jejich rodiny nadále pěstují vzájemné intenzivní kontakty, avšak to je ideál, nikoliv pravidlo. Svá vnoučata či pravnoučata často znají jen z vyprávění, fotografií, v lepším případě i osobně z návštěv, příliš krátkých na vzájemné sblížení.

Děti jsou a zůstanou pro mnohé z nás bez ohledu na věk určitým zdrojem radosti, pocitu bezprostřednosti, absence přetvářky. Jsou i výzvou k činnosti, k iniciativě, impulzem ke spolupráci a pro seniory obzvláště i impulzem k reminiscenci a zamýšlení se – jaká jsem babička, dědeček, prababička, pradědeček? Jaké to bylo, když jsem byla matkou, otcem? Jaké jsem měl dětství, jaké jsem byl dítě? Nebo v případě, že své děti nemněli, mají možnost zažít něco nového. Děti v nás rovněž vzbuzují touhu pečovat a péče o druhého se pak stává iniciátorem pro péči o sebe sama.

V minulosti bylo běžné, že celé rodiny, tedy i více generací, žily pod jednou střechou. Bylo běžné společně trávit čas, děti slyšely své prarodiče vzpomínat, ale také je viděly ze života odcházet. Vzájemná interaktivní mezigenerační setkávání v sobě nesou nejen potenciál určité substituce absence normálnosti sociálních vazeb a kontaktů, ale mají v sobě, pokud nejsou postavené na rozdělení pozic a činností – aktér a pasivní divák, i enormní potenciál pro osobní růst a to všech zúčastněných stran – dětí, seniorů i dospělých. Ti oscilují mezi rolí facilitátorů, pozorovatelů a zároveň přímých aktérů. Významný je potenciál prožitkový, který může naplňovat radostí a pocitem smyslu. Což konkrétně u seniorů vede ke zvyšování pocitu kvality jejich života. Cílem by mělo být poskytovat péči nejen plánovanou, ale i prožitkovou. Prožitek v sobě nese velký zdroj k stimulaci k pohybu jak fyzickému, tak na vnitřní bázi i psychickému, kognitivnímu. Erwin Böhm ve svém psychobiografickém modelu péče zdůrazňuje jako nejvyšší cíl péče znovuoživení psychiky „elan vital“ jako zdroje pro veškeré konání a životní motivace. Podle něj je veškerá specializovaná i základní péče sekundární z pohledu důležitosti, protože pokud chybí motiv k žití, chybí i motiv k sebebpečí.

Název příspěvku: Ergoterapie u pacientů s ataxií

Autor: Bc. Zuzana Rodová M.Sc.

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 1. LF UK a VFN Praha

Kontakt: zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

V rámci svého příspěvku bych se chtěla věnovat tématu ataxií, vyšetření a její terapie. Budu čerpat informace z kurzu Hodnocení a terapie pacientů s ataxií, který byl pořádán jako jeden z Advanced kurzu Bobath konceptu, který vedla Elia Panturin, Senior IBITA Instruktor, z další literatury a praxe.

„Ataxie je porucha taxie, tedy porucha v provádění správných cílených pohybů“ (Krivošíková, 2011). Je to neurologický symptom, který výrazně ovlivňuje provádění nejen ADL aktivit, ale i všech aktivit, které pacient během dne provádí. Díky tomu má velký vliv na kvalitu jeho života.

Dle různých autorů existuje více druhů dělení ataxií. V rámci Bobath konceptu se využívá dělení na distální, proximální a spojenou ataxii.

Je kladen důraz na kvalitní vyšetření jak na začátku a konci terapeutického procesu, tak na vyšetření na začátku a konci každé terapie. Během toho se naráží na obtížnost změřit kvalitu provedení konkrétní aktivity. Proto se v rámci Bobath konceptu doporučuje využívat Patient Center Measure (PCM), což je vyšetření zaměřené na pacienta. Terapeut si společně s pacientem zvolí konkrétní aktivitu, která je pro pacienta důležitá (často se jedná o ADL aktivitu jako je například česání vlasů) a tu pak pacient provádí na začátku a konci terapeutické jednotky. Pokud je aktivita natočena na video, terapeut může lépe pozorovat změny v právě zmíněné kvalitě provedení. V praxi se využívá kombinace standardizovaných hodnocení s vyšetřeními citlivými pro konkrétního pacienta.

Dle Bobath konceptu by se vyšetření mělo začínat od nejvyšších poloh, kterých je pacient schopen k nejnižší. A terapie začít od nejnižších k nejvyšším. Pacienti jsou často vyššími polohami více motivovaní.

Během terapie se terapeut řídí určitými zásadami: Bobath koncept není série cviků, ale je nutné vše individuálně vybírat a přizpůsobovat konkrétnímu pacientovi. Pracovat pomalu, aby měl pacient možnost se pohybovat kvalitněji. Je snaha o to poskytovat co nejlepší sensorické informace (např. masáž plosky, práce bez bot, drsná podložka, použití polštáře, nafukovací dlahy, využití tejpů,...).

Stimulovat pacienta do dynamické stability a do ne fixace. Využívat rotace, které pacienti s ataxií sami většinou nepoužívají. Nepoužívají se aktivity, které zvýrazňují patologii (např. třes). Snažit se o symetrický pohyb, centraci trupu, centraci kořenových kloubů a kvalitní posturu. Využívat zevní opory (např. polštář). Začít jednoduchým pohybem, pak sekvencí pohybů a postupně je skládat do složitější

činnosti. Zde se opět často jedná o ADL aktivity. Zaměřit se na bilanci, práci v uzavřených kinematických řetězcích, placing a dávání konkrétní zpětné vazby.

Je nutné zmínit nevýhodu Bobath konceptu, kterou je jeho nedostatečné podložení Evidence based practice studii (Jones, 2010, Krivošíková 2011). Mezi jeho výhody naopak patří možnost jeho individuální přizpůsobení konkrétním pacientům na základě zkušeností terapeutů (Cornall, 2010, Krivošíková 2011), díky kterým se celosvětově používá.

Co se týče vlastní terapie, byl v rámci kurzu použit citát od Timothy Hain (2005), který dle mého názoru dobře vystihuje jak k pacientům s ataxií přistupovat. „Tito pacienti jsou tak postižení, že se zdá jako nerozumné, nevyzkoušet všechny možné způsoby.“

Seznam literatury:

Cornall, C. (2010). CSP Bobath debate: Is the Bobath approach relevant to neurophysiotherapy in 2010? A summary of the argument for the Bobath approach being relevant. European Bobath Tutor Association Congress, Madrid

Jones, F. (2010). CSP Bobath debate: Is the Bobath approach relevant to neurophysiotherapy in 2010? A summary for the Bobath approach NOT being relevant. European Bobath Tutor Association Congress, Madrid

Krivošíková, M. (2011). Úvod do ergoterapie. Praha: Grada

Panturin, E. (2011) Materiály z kurzu „Evaluation and Treatment of Patients with Ataxia- The bobath Concept“

Hain, T.C. (2005) What Is Balance and Vestibular Rehabilitation Therapy? Dostupné z www: [cit.16.11.2014] <http://american-hearing.org/disorders/balance-and-vestibular-rehabilitation-therapy/>

Název příspěvku: **Oddělení následné intenzivní péče- ergoterapie jako součást léčebné rehabilitace**

Autor: **Bc. Vladislava Rusková**

Pracoviště: Etoile CZ, Oddělení následné intenzivní péče

Na oddělení následné intenzivní péče (NIP) jsou hospitalizováni pacienti se stanovenou základní diagnózou u nichž došlo ke stabilizaci zdravotního stavu po zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jejichž zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebné rehabilitační péče.

Pracoviště slouží především k péči o pacienty, kteří jsou dosud závislí na podpoře základních životních funkcí, obvykle na plicní ventilaci a cílem je pokračování v zavedeném základním léčebném procesu u pacienta, zbavení jeho závislosti na podpoře základních životních funkcí (pokud to povaha onemocnění vůbec umožňuje), intenzivní každodenní fyzioterapie a zahájení, případně pokračování v nácviku základních životních návyků, ať se již jedná o schopnost komunikace s okolím, příjem potravy či vyměšování.

Pacienti jsou přijímáni ze všech typů oddělení intenzivní i resuscitační péče. Nejčastěji jde o pacienty po úrazech hlavy či komplikovaných úrazech více orgánů, pacienty po úrazech páteře a míchy, pacienty po závažných cévních mozkových příhodách, po rozsáhlých operacích a pacienty s nejrůznějšími chronickými onemocněními plic. Úkolem dlouhodobé intenzivní péče je nejen vyřešení, resp. dořešení, akutního zdravotního problému, ale i nácvik základních životních dovedností a počátek snahy o resocializaci pacienta. Tento proces je komplexní. Zahrnuje jak péči lékařů (anesteziologů, resp. intenzivistů), specializovaných zdravotních sester, fyzioterapeutů, tak i dalších specialistů, jako je sociální pracovníce, psycholog, logoped i ergoterapeut. Do tohoto procesu je zapojována i rodina. V některých případech je možné, aby se rodina i přímo podílela například na rehabilitaci, výživě či nácviku některých základních životních návyků svého příbuzného.

Ve velké míře se na oddělení využívá principů Bazální stimulace, která významně podporuje a urychluje komplexní léčebný proces. Ošetrovatelský i rehabilitační tým sledují stejný cíl a velmi úzce spolu spolupracují. S rehabilitací se začíná bezprostředně po přijetí pacienta na oddělení, jakmile to dovolí stav nemocného a po dohodě s ošetřujícím lékařem.

Ergoterapie na NIP probíhá formou individuální terapie. Ergoterapeut provede vyšetření a stanoví hlavní deficity ovlivňující schopnost sebeobsluhy. Mezi úkoly ergoterapeuta na odd. intenzivní péče patří podpora vnímání a stimulace vědomí, podpora funkce, rehabilitace kognitivních funkcí, nácvik ADL (všední denní činnosti), trénink jemné i hrubé motoriky. Neméně důležitým úkolem je zaměstnání pacienta a zařazení aktivit na pomoc při zaplnění pacientova volného času.

Ergoterapeut od počátku spolupracuje s ostatními členy týmu na vytvoření prostředí, plánu a průběhu rehabilitace, který je konkrétnímu pacientovi nejbližší a nejvíce pomáhá ke zlepšení stavu.

Pro názornost a informaci uvádím kazuistiky některých pacientů od přijetí po propuštění z oddělení NIP.

Název příspěvku: Ergoterapie v interní medicíně

Autor: Bc. Tereza Sádlová, Bc. Petra Znamenáčková

Pracoviště: Ústřední vojenská nemocnice- Vojenská fakultní nemocnice Praha, Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny

Kontakt: terezasadlova@centrum.cz, petznam@gmail.com

Rehabilitace u interních onemocnění se plně rozvinula v několika posledních letech, jelikož dlouhou dobu zůstávala ve stínu ostatních nálehavějších oborů (ortopedii, neurologii apod.). Fyzioterapie zde našla své jasné uplatnění, důležité je také zmínit důležitý podíl ergoterapeutické intervence, která u interních pacientů má své důležité místo. Pacienti s interními onemocněními jsou často hospitalizováni pro různé obtíže spojené s jejich onemocněními, u mnoha těchto pacientů také dominuje ztráta soběstačnosti jak v domácím prostředí, tak v jiném pobytovém zařízení. Vedle tohoto problému mohou mít pacienti také další přidružené obtíže (např. ztrátu mobility, obavy z pádů, stavy zmatenosti a také často kognitivní deficity). Ergoterapie má tedy jistě u těchto pacientů své jasné uplatnění.

Interní medicína se diferencuje do různých směrů specializovaných druhů, které se zabývají onemocněním různých systémů. Stejně tak je diferencována Interní klinika Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze, kam se vedle fyzioterapie, která zde má již letitou tradici, rozšířila v rámci poskytované rehabilitační péče pacientů s interními onemocněními, také ergoterapie. Interní klinika je zde rozdělena na oddělení gastroenterologie, kardiologie, jednotku intenzivní péče a oddělení všeobecných interních lůžek. Důvodem k rozšíření profese ergoterapeuta na všechna oddělení interní kliniky byl významný podíl snížené soběstačnosti u těchto pacientů a nutná mezioborová spolupráce s fyzioterapeutem. Ergoterapie je zde cíleně u vybraných pacientů indikována ošetřujícím lékařem. Ergoterapeuti zde vedle nácviku soběstačnosti (mobilita na lůžku, vertikalizace, nácvik lokomoce, přesuny, osobní hygiena, oblékání, příjem jídla) také doporučují jednotlivé kompenzační pomůcky, cíleně edukují pacienty a rodinné příslušníky, konzultují s lékaři další nutné rehabilitační intervence, trénují kognitivní funkce apod. Velmi důležitou součástí se také stala instruktáž ošetřujícího personálu pacientů, kteří s těmito pacienty tráví podstatnou část dne. Ve vojenské nemocnici funguje koncept rehabilitačního ošetřování, proto bylo velmi důležité zajistit efektivní přenos informací mezi rehabilitačními pracovníky, sestrami a ošetřujícím personálem.

Přínos rehabilitace obecně u interních pacientů je vysoký a promítá se i do způsobu života. Jeho kvalita se zvýší, a to nejen možnou účastí v profesionálních a sociálních aktivitách, ale i v rodinných vztazích. Ergoterapie by měla být součástí ucelené rehabilitace všech interních pacientů, jelikož se v praxi velmi potvrdilo, že zde má své důležité místo a je schopna cílenou vhodnou intervencí pomoci k znovu nabytí soběstačnosti těchto pacientů.

LITERATURA:

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-807-0135-358.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.

Název příspěvku: Ergodiagnostika

Autor: Doc. MUDr. Olga Švestková Ph.D.

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

Ergodiagnostika je nezbytnou součástí procesu rehabilitace. Měla by začít po stabilizaci funkčního stavu pacient, ale musíme na ni myslet od začátku rehabilitace ve zdravotnictví. Úspěšnost rehabilitace osoby v produktivním věku je začlenění do práce.

Ergodiagnostika je součástí rehabilitace ve zdravotnictví a úzce navazuje na pracovní rehabilitaci, která je v kompetenci úřadů práce.

Pacient je označen pro osobu, která je diagnostikována a léčena, je tedy zařazena do systému zdravotnictví. Klient je člověk, který již žije ve svém bytě, nebo rezidenčním domově ve společnosti a může být např. klientem ÚP ČR, dostávat sociální dávky, jedná se již o participaci, tedy začlenění do společnosti

Ergodiagnostika je v kompetenci zdravotnických zařízení a umožňuje:

- vyšetření obecného funkčního psycho-senzo-motorického potenciálu
- vyšetření funkčních schopností, pracovního potenciálu pro účely zaměstnanosti
- posouzení zdravotního stavu uchazeče o určité zaměstnání vzhledem k rizikům v zaměstnání, dopravě do práce apod.
- posouzení pomůcek a využití nových technologií v pracovním uplatnění
- poskytuje se na žádost praktického, specializovaného lékaře. Vyšetření se platí ze zdrojů zdravotního pojištění
- poskytuje se na žádost ÚP ČR, na základě žádostí neziskových organizací, zaměstnavatelů, fyzických osob. Vyšetření platí ten, kdo ergodiagnostiku požaduje.

Předpracovní rehabilitace řeší již na úrovni rehabilitace ve zdravotnictví diagnostiku a aspekty psycho-senzo-motorického potenciálu (obecné schopnosti pracovat) pro účely návratu pacienta/klienta do zaměstnání či jeho přestupu do procesu pracovní rehabilitace.

Pracovní rehabilitace je prostředkem rehabilitace, který je poskytovaný osobě s disabilitou na základě individuálního plánu s cílem umožnit této osobě získat a zachovat si vhodné zaměstnání a tak ji usnadnit její zapojení nebo opětovný návrat do společnosti. Pracovní rehabilitace je nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti ve vztahu k osobám s disabilitou (osobám se zdravotním postižením).

Název příspěvku: Ergoterapie včera dnes a zítra

Autor: Doc. MUDr Jiří Votava, CSc.

Pracoviště: Fakulta zdravotnických studií UJEP, Ústí nad Labem,
Klinika rehabilitačního lékařství, 1. LF UK Praha

Slíbil jsem, že napíšu své vzpomínky do sborníku, který vydá ČAE ke 20. výročí svého založení. Pro vlastní konferenci mi však připadá, že by to bylo trochu málo a chci tedy pojednat vývoj na základě svých subjektivních a místy i kritických zkušeností a názorů. Mohu vystupovat jako celkem spokojený a po ničem příliš nebažící důchodce. Ale právě proto, že se tak dobře známe a mnozí (mnohé) jste byly mémi žákyněmi, považuji za užitečné otevřít otázky aktuálnější, než je pouhé vzpomínání na doby minulé.

Navíc musím přiznat, že jako každému se mi v životě mnohé plně nedařilo a moje účast na rozvíjení ergoterapie byla jen určitým, i když dlouhým obdobím, kterému předcházelo období elektromyografie, zavádění přenosných stimulátorů, organizace manipulačních kursů s prof. Lewitem či aplikace jógy v rehabilitaci. Toto přecházení od tématu k tématu bylo způsobeno zčásti vnějšími podmínkami (v těch „nesvobodných dobách“), ale také mou povahou, kdy jsem se snažil podpořit trendy, které mi připadaly perspektivní.

Především musím zdůraznit, že historie ergoterapie u nás trvala ne dvacet, ale nejméně čtyřicet let (co já pamatuji) a ještě mnohem déle, nejméně od kurzů „okupační terapie“, které pořádaly americké ergoterapeutky v RÚ Kladruby někdy kolem roku 1950. Já jsem měl malý úvazek (jeden den v týdnu) v Kladrubech v roce 1974 a navštěvoval jsem tehdejší „léčbu prací“, iniciativně rozvíjenou paní Pěknou. Pojem ergoterapie byl zaveden někdy koncem 70. let. V Rehabilitační společnosti pak působila Sekce ergoterapie, jejíž činnost velmi podporoval prof. Pfeiffer a já jsem se účastnil vícekrát jejich konferencí, např. v Brně nebo v novém Lázeňském rehabilitačním ústavu v Karviné.

Změny začátkem 90. let:

Již před „sametovou revolucí“ nastaly postupné změny. Prof. Pfeiffer se snažil prosadit vznik samotného studia ergoterapie. Já jsem se účastnil v r. 1988 kongresu Rehabilitation International v Tokyu, při němž bylo i symposium ergoterapeutické a tam jsem se seznámil s ergoterapeutkou Maud Malick z Pittsburghu, U. S. A., která napsala několik publikací o termoplastických dlahách, pak přijela i do Prahy a během mé následné stáže v USA mi umožnila návštěvu jejich rehabilitačního centra. Byla to první vlašťovka, ukazující, že zahraniční ergoterapeutky jsou velmi vstřícné, ochotné pomoci k rozvoji ergoterapie u nás

V roce 1992 nejen zahájilo studium ergoterapie v Ostravě, ale také jsme jedním autem dojeli na Evropskou ergoterapeutickou konferenci do Ostende v Belgii, já jako řidič, se mnou H. Kolesová, L. Navrátilová a J. Špičková. Byli jsme zástupci první dříve komunistické země, které se akce zúčastnili a přednesli příspěvek.

V roce 1994 pak vznikla ČAE v Ostravě. Já jsem tam tenkrát vezl Zuzanu Dudákovou z naší pražské kliniky, která byla do nového výboru přijata. V témže roce zahájily výuku ergoterapie tři další školy, v Praze jako první bakalářský obor. Spolu

s V. Matolínovou a Z. Faltýnkovou jsem se účastnil Světového kongresu WFOT v Londýně. Tam jsme byli přizváni do Evropské rady ergoterapeutů (COTEC), kde nás od té doby zastupovala Z. Dudáková. Tam byla navázána spolupráce s Hanneke van Bruggen z Nizozemí, tehdejší prezidentkou COTEC. V těch letech také proběhly velmi úspěšné ergoterapeutické konference v Ostravě a v Boskovicích.

ENOTHE, mezinárodní projekt TEMPUS.

Tempus byl program pro rozvoj vysokoškolského studia v bývalých komunistických zemích. Hanneke mě v r. 1995 pozvala na zasedání do Aalborgu v Dánsku, kde zakládala ENOTHE, Evropskou síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání. Toho založení se účastnili také zástupci ostravské školy a též Mária Faktorová (dnes Krivošíková) jako zástupkyně Slovenska. Má cesta byla hrazena přes Tempus, pokračovala do Amsterdamu na Hannečino pracoviště. Tam jsme se domluvili, že podáme žádost o velký tříletý projekt Tempus s cílem zlepšení studia ergoterapie na 1. LF UK v Praze. Projekt byl schválen na období 1996-1999 a zahraničními partnery byla krom Amsterdamu i škola v Lundu (Švédsku) a Glasgow (Skotsku). Krom dalších zisků přinesl projekt i možnost pořádat v Praze semináře se zahraničními ergoterapeuty z partnerských škol, kterých se mohli zúčastňovat i ergoterapeuti z jiných pracovišť v Česku, ale i z dalších okolních zemí. V návaznosti na jeden ze seminářů zorganizovala Hanneke setkání zástupců většiny zemí ze střední a východní Evropy, ať už ergoterapeutů nebo jiných odborníků, kteří měli snahu podporovat v těchto zemích rozvoj ergoterapie. Tak jsme poznali, že na nejvyšší úrovni je ergoterapie v Lublani, Slovinsku a rychle se rozvíjela i v Pobaltí, především v Lotyšsku, kde měli podporu ze Švédska.

Další důsledek projektu Tempus bylo prosazení nového sylabu studia ergoterapie. Mohli jsme argumentovat Minimálními standardy studia, které vydal WFOT (Světové federace ergoterapeutů), hlavně nedostatkem praktické výuky. Proto bylo studium prodlouženo a souvislá praxe probíhala až po 3. ročníku. Mária pak vedla skupinu, která celý sylabus přeložila do angličtiny a poslali jsme žádost, aby WFOT schválil naše studium jako odpovídající celosvětovým standardům. Toho bylo dosaženo v roce 2002. Po roce 2005 bylo ovšem studium znovu zkráceno na původní tři roky, aby odpovídalo dalším bakalářským oborům na 1.LF. Jak jsem se dozvěděl, sám WFOT změnil přístup pro vyžadování minimálních standardů. Jaká se situace nyní a do jaké míry současná bakalářská studia nějakým standardům odpovídají, nemohu posoudit.

Po skončení projektu přijel nějaký Angličan provést audit. Bylo to dost nepříjemné, najatá sekretářka na projekt již skončila svůj úvazek a já jsem musel jako vedoucí projektu sám vysvětlovat jednotlivé položky. Nakonec žádné zásadní připomínky nebyly.

V té době již vyšli i první absolventi pražské fakulty, z nichž někteří se rychle zapojili do aktivit na Klinice rehabilitačního lékařství a také v zahraničí. Pravidelně se naši zástupci účastnili na každoročním shromáždění ENOTHE (v Essenu, Yorku, Lublani). Měli jsme zástupce v COTECu i ve výboru ENOTHE, nejprve Z. Dudákovou, pak Máriu. Ta tradice, že jeden člen výboru ENOTHE je z „východních“ zemí, se stále udržuje, před časem tam byla Bulharka, nyní Estonka.

Zároveň se zapojením absolventů ergoterapeutických škol do praxe, postupně i do výuky a do organizace ČAE se projevil rozdíl mezi dřívějšími ergoterapeutkami z atestací, a absolventkami studia. Zkušené ergoterapeutky z praxe doufaly, že se

pro ně vytvoří cesta ke snadnému získání bakalářského titulu. Čerstvé bakalářky se zase odvolávaly na příslib, že budou moci pokračovat v magisterském studiu ergoterapie. Obě tyto možnosti se začaly realizovat až v poslední době, tedy po více než 15 letech.

Kolem roku 2000 se objevila možnost absolvovat Evropské magisterské studium ergoterapie. Jako první této možnosti využila Mária. Současně se aktivně účastnila přípravy na zasedání ENOTHE v Praze v roce 2003, což byl navíc Evropský rok zdravotně postižených. Organizace se účastnily tehdejší studenti, kterým Hanneke navíc umožnila finanční podporou účastnit se předchozího shromáždění, myslím v Portugalsku. To byla také jediná situace, kdy jsme měli zástupce ve studentské sekci na shromáždění ENOTHE. Z těchto „šťastných ročníků“ pak vyšly další aktivní ergoterapeuti, např. Olga Nováková a Zuzana Rodová. Ta také letos úspěšně završila evropské magisterské studium, což je v současnosti spojeno s mimořádným úsilím a zřejmě i finančními obětmi.

I po skončení projektu pokračovala navázaná zahraniční spolupráce, na jejímž udržování jsem se nejdříve podílel, později pak šla pochopitelně mimo mě. Zmínil bych velkou vstřícnost kolegů z Gentu v Belgii (Filip Dejonckheere), jejichž kursu jsem se účastnil já i další a kteří i nadále, např. přednáškami v Praze, v kontaktech pokračují.

Tedy tedy v poměrně krátké době převzali nové absolventky většinu výuky ergoterapeutických předmětů, alespoň na pražské fakultě, a také větší část organizace ČAE. Hanneke tyto změny cíleně podporovala a já jsem ji plně chápal. Také měla zřejmě pocit, že ergoterapie v ČR je již schopna stát na vlastních nohou a svoji intenzivní podporu začala věnovat rozvoji ergoterapie jinde, především v Gruzii a Arménii.

Mé další aktivity a jejich propojení s ergoterapií.

Oblasti mého zájmu vesměs vyplývají z mé spolupráce s profesorem Pfeifferem a s jeho vnímání rehabilitace. Především šlo o spolupráci s organizacemi osob se zdravotním postižením, na národní úrovni s podnikem Svazu invalidů META. Tam se rozvinul program ergodiagnostiky (tento mezinárodně neznámý pojem se dostal i do názvu ergoterapeutické výuky) a při Metě také působila skupina vozičkářů, vedená Alenou Kábrtovou a Zdenkou Faltýnkovou. Z té později vznikla jednak Pražská organizace vozičkářů, sportovní oddíl Meta Praha a konečně Svaz paraplegiků. Toho všeho jsem se já i řada dalších kolegů z kliniky zúčastnili.

Mezinárodně jsem od r. 1988 spolupracoval s celosvětovou organizací Rehabilitation International (RI), od r. 1991 až dosud jsem národním tajemníkem, tedy zástupcem národní organizace v RI, kterou je v současnosti Národní rada osob se zdravotním postižením (NRZP). RI sdružuje odborníky i postižené osoby a v jejích řadách jsem se poprvé setkal s pojmem comprehensive rehabilitation, což jsme přeložili do češtiny jako rehabilitace ucelená. A je jasné, že propojení léčebné rehabilitace s ostatními složkami je především úkolem ergoterapeutů. Členkou RI je také WFOT a na akcích RI jsem se i s některými ergoterapeutkami setkal, např. v r. 1998 s Karen Jacobs z USA, někdejší prezidentkou AOTA, která se pak v r. 2008 účastnila konference ČAE v Praze. RI prožívala rozkvět v 80. a 90. letech, bohužel je to v posledních letech organizace slabá a málo funkční.

V roce 1991 zorganizoval prof. Pfeiffer naší účast na 3. Mezinárodní Abilympiádě (soutěži postižených osob v pracovních a zájmových dovednostech) v Hong Kongu.

Tato tradice se k nám přenesla především zásluhou vozíčkářů z Pardubic. Činnosti, v nichž se soutěží, mají blízko k ergoterapeutické tradici. Já jsem pak byl v přípravném výboru 5. Mezinárodní Abilympiády v roce 2000 v Praze. Měl jsem za úkol propagovat předem tuto událost v zahraničí, takže jsem se např. účastnil s honkonžskou podporou světového kongresu WFOT v Montrealu v r. 1998.

Přes RI jsem se také dostal do kontaktu s odborníky v oblasti technických pomůcek. V RI totiž velmi aktivně působila ICTA (Mezinárodní komise pro technologii a bezbariérovost), jejíž sekretářkou byla v 90. letech ergoterapeutka Magie Ellis, dříve též prezidentka kongresu WFOT v Londýně. A touto cestou jsem se seznámil s organizací AAATE (Asociace pro rozvoj pomáhající techniky v Evropě, jejichž dvou konferencí jsem se zúčastnil – 2001 v Lublani a 2009 ve Florencii. Těchto akcí se účastní různí odborníci, významně i ergoterapeuti. Od r. 2009 jsem v pravidelném kontaktu s Renzo Andrichem, propagátorem mezinárodní klasifikace pomůcek ISO 9999, otcem portálu www.eastin.eu, na němž je tato klasifikace k dispozici.

Od r. 1986 až dosud jsem také členem výboru odborné společnosti, nazvané nejdříve Rehabilitační společnost, od 90. let Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny (SRFM). Jejímí členy byly vždy krom lékařů i fyzioterapeuti a ergoterapeuti, např. L. Navrátilová z Brna byla kdysi členkou výboru. V letech 1998 až 2012 jsem byl jejím vědeckým sekretářem, nyní jsem místopředsedou. Výbor společnosti ve své většině podporoval rozvoj ergoterapie a v konkrétních případech účinně spolupracoval s výborem ČAE. Asi v r. 2004 podpořil zavedení samostatných ergoterapeutických výkonů pro pojišťovny. V roce 2012 oba výbory daly negativní vyjádření k návrhu MZd na organizování kurzů pro „pracovní terapeutů“.

V roce 2001 byla hlavním tématem sjezdu SRFM v Luhačovicích ergoterapie. Vzpomínám si, jak Mária Krivošíková vyzývala své kolegyně, aby se aktivně účastnily. Řadu let se těchto každoročních sjezdů aktivně účastní Marie Vítková z Boskovic, která je příkladem ergoterapeutky ze staré školy a přesto velmi dobře přijala nové principy ergoterapie. Vyvinula také značné úsilí a účastnila se kongresu WFOT 2002 ve Stockholmu a Evropského ergoterapeutického kongresu 2008 v Hamburku.

V rámci SRFM vznikla v r. 2008 Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace, která organizovala řadu seminářů, na nichž se účastnili aktivně i ergoterapeuti. Podobně na seminářích Neurorehabilitační sekce. V r. 2012 vznikla při SRFM Komise pro technické pomůcky. Její vedoucí, velmi aktivní primář Karel Moses z Kladrub, nejen jednal jako zástupce společnosti na MZd, ale prosadil také překlad klasifikace pomůcek do češtiny.

Od r. 2003 až dosud zastupuji SRFM jako delegát v evropské sekci PRM (fyzikální a rehabilitační medicíny). Lékaři, delegáti ze všech evropských zemí, se scházejí dvakrát ročně v různých městech Evropy, diskutují o aktuální otázkách a připravují různé materiály. Mám tedy možnost srovnávat situaci v různých zemích, třeba i ve vztahu k fyzioterapeutům a ergoterapeutům. Mnohde lékaři vnímají především fyzioterapeuty jako svou konkurenci, natož aby se podíleli na rozvoji ergoterapie. Jsem proto rád, že u nás je tomu jinak. V r. 2012 jsem zorganizoval průzkum o používání ICF v různých evropských zemích, přičemž jsem zjišťoval i to, do jaké míry jej používají ergoterapeuti.

V České lékařské společnosti existují i další odborné společnosti, na jejichž činnosti se ergoterapeuti podílejí, konkrétně Zdenka Faltýnková v České společnosti pro míšní léze.

Fakulta zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem – moje účast.

Vzpomínám si, jak mne na Ergoterapeutické konferenci v Mostě v roce 2005 vyzvala Dana Šlechtová, tehdejší vedoucí Ústavu zdravotnických studií v Teplicích., ke spolupráci na výuce ergoterapie, což mě potěšilo. Jak se mi snižoval jako důchodci úvazek a rozsah výuky v Praze, skutečně jsem tuto nabídku přijal.

Mezitím se výuka přestěhovala do Ústí nad Labem pod křídla University J. E. Purkyně (UJEP), v r. 2012 se Ústav změnil na Fakultu zdravotnických studií (FZS) a již dříve se jejím vedoucím (a nyní děkanem) stal můj dobrý známý, docent Miroslav Tichý.

Má účast na výuce se od r. 2006 postupně rozšiřovala, učil jsem jednotlivé předměty, jako Úvod do ergoterapie či Ergoterapie v neurologii, postupně zadával témata pro diplomové práce. V roce 2011 jsem byl požádán, abych byl garantem oboru ergoterapie. To je spojeno s dalšími úkoly. Vždy jsem se snažil, aby se výuky ergoterapeutů účastnili především kvalifikovaní ergoterapeuti. Proto jsem rád, že na fakultu nastoupila Lucie Dončevová a velmi si vážím účasti ergoterapeutek z rehabilitačního oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí na praktické části výuky.

V roce 2008 jsem zastupoval UJEP v zahraničí, a to na Evropské konferenci v Hamburku, kde jsem se setkal nejen s Hanneke, ale i s Ann Carduff z Glasgow, která je příkladem osoby s postižením (následky po poliomyelitidě), která se stala ergoterapeutkou a v této profesi se významně uplatnila, jak prezentovala na přednášce v hlavním sále. Účastnil jsem se také shromáždění ENOTHE téhož roku v Berlíně. Byla to užitečná zkušenost, ale vnímal jsem i údiv některých účastnic, co tam vlastně, vzhledem k mé profesi (a možná i věku) dělám.

Proto jsem se v následujících letech zasazoval o to, aby FZS své členství v ENOTHE udržovala a na zasedání posílala své zástupce z řad pedagogů, což se střídavě dařilo, letos tedy zrovna ne. Také jsem vyzýval studenty, aby o účasti na shromáždění uvažovali a fakultu, aby je v tomto úsilí finančně podpořila, ale v tom jsem úspěch neměl.

Zjistil jsem také, že studenti ergoterapie se nemají možnost podílet na výměně prostřednictvím projektů Erasmus a navázal jsem tedy kontakty s některými zahraničními fakultami v našem okolí a zvláště ve „slovansko-jazyčné oblasti“. V první řadě s Universitním ústavem Soča v Lublani, který jsem znovu dvakrát navštívil a utvrdil si svůj obdiv k němu. Několik smluv bylo podepsáno, při přednáškách se snažím působit na studenty, aby možnost zahraniční stáže zvážili. Zatím byly v Ústí dvě studentky z Chorvatska, které mluvili velmi dobře anglicky, na rozdíl od některých našich přednášejících. Má přijet někdo z Polska.

Ještě do jednoho boje s větrnými mlýny jsem se na ústecké škole pustil. Zjistil jsem, že řada studentů ergoterapie obtížně zdolává zkoušku u latiny, dokonce znovu začínají studium, když ji opakovaně nezvládli. Prošel jsem texty a zjistil, že je tam dost látky, kterou nejen ergoterapeut, ale ani lékař nikdy nebude potřebovat. Snažil jsem se svým kouzlem působit na přednášející paní magistru a také jsem svůj názor vyslovil na poradách katedry. Nevím, jaký byl výsledek, zatím se aspoň změnila paní přednášející.

Během tohoto léta jsem se zapojil do projektu ústecké university na podporu studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zjistil jsem, že takových projektů probíhá na různých českých universitách několik, díky štědrosti fondů EU, a věřím, že na této problematice, tedy asistenci pro vysokoškoláky se zdravotním postižením, by se měli podílet i ergoterapeuti.

V tomto školním roce učím také již podruhé první ročník kombinovaného studia ergoterapie a mám z těchto studentek dobrý pocit. Některé z nich už mají kvalifikaci v ergoterapii, jiné ne.

Současnost a budoucnost – co a jak dál.

Z některých vývojových trendů v současnosti a nedávné minulosti mám opravdu radost. Je to především otevření magisterského studia v Praze, o něž byl velký zájem. Z vlastní zkušenosti vím, že očekávat třeba od členů vědecké rady lékařské fakulty plné pochopení významu ergoterapie a podporu jejího studia by bylo naivní. V toto směru vždy záleží na „osvícených jedincích“ mezi nimiž mohu jmenovat svého přítele a příležitostného spisovatele Petra Bartůňka, který měl na 1.LF jako proděkan bakalářské obory na starosti.

Těší mě také vydání několika monografií a učebních textů, které vyšly téměř 20 let po Ergoterapii I, II. Knižku J. Jelínkové, M. Krivošíkové a L. Šajtarová „Ergoterapie“ jsem dokonce lektoroval. Spolu s „Úvodem do ergoterapie“ M. Krivošíkové a zčásti i se skripty „Ergoterapie“ 1.LF UK vnímám tyto publikace jako ergoterapii obecnou, a chybí tedy dosud ergoterapie speciální, zaměřená na hlavní diagnózy, nebo lépe typy klientů. V tomto směru mě potěšila „Ergoterapie pro praxi“ E. Klusoňové, kterou chápu jako reakci na předchozí publikace. Alespoň zčásti zahrnuje ta „speciální“ témata a především znovu připomíná autorku, jejíhož přínosu k ergoterapii si moc vážím.

Z dále sleduji úsilí ergoterapeutek, které se pustily na nejistou půdu soukromého podnikání a fandím jim. Tady bych jmenoval Veroniku Schönovou, jejíž práci s klientem jsem mohl i osobně sledovat a těší mě, že se na vysoké úrovni snaží rozvíjet ergoterapii u dětí.

Pozitivní je to, že každoročně vychází několik desítek (30-60?) nových ergoterapeutů a věřím, že se postupně tato „kvantita mění v kvalitu“, jak učí dialektika. Přesto si nejsem jist, zda se jich neztrácí více, než by bylo nutné. Chápu relativní ztráty vlivem mateřských povinností a věřím, že je to jen ztráta dočasná.

Oceňuji, zase trochu z dálky, funkci výboru ČAE a obětavost jeho členek. Tím, že mi Anička Jersáková posílá nabídky na zaměstnání ergoterapeutů, vidím, že zájem zde je. Důležité jsou pravidelné konference, proti minulé v posledním desetiletí pouze v Praze. Pořádání jinde by bylo pro organizátorky jistě složitější, ale věřím, že by aktivovalo i ergoterapeuty z míst vzdálenějších od Prahy. Nevím, jak by se to projevilo na účasti.

Zarážející je, že po roce 1995 nevzniklo žádné další studium ergoterapie, jenom jedno ubylo v Mostě. Marně jsem přemlouval své kolegy v Brně, Olomouci či Hradci Králové., aby takové studium otevřeli. Každý začátek je těžký a počáteční nadšení zřejmě vyprchalo. Nevím, do jaké míry a kde by mohli vznik nového programu iniciovat sami ergoterapeuti,

Jednu cestu ke spojení sil a snad i zlepšení kvality výuky bych viděl v užší spolupráci mezi čtyřmi školami. Víím, že se o tom mluvilo, třeba taková spolupráce existuje, ale ze svého (ústeckého) pohledu ji příliš nevidím. Mohlo by jít o výměnu materiálů, návštěvy přednášejících, diskusi o koncepci, propagaci dalších možností studia, zkušenosti s výměnou studentů v rámci Erasmu apod.

A týká se to také udržování a rozšiřování mezinárodních kontaktů, i když je jistě otázka jak a proč. Velmi bych byl pro to, aby školy, pokud možno všechny, udržovaly své členství v ENOTHE a účast na každoroční shromáždění. Především jde o zástupce

z řad pedagogů, i když vím, že není vždy snadné najít osobu, která je kvalifikovaný ergoterapeut, současně pedagog na plný úvazek, umí dobře anglicky a může se vyvázat z rodinných povinností. A navíc aby jí to fakulta byla schopna a ochotná zaplatit.

Ještě víc bych si přál, aby se shromáždění mohli účastnit zástupci studentů, i když na to získat finance je složitější a zisk možná menší, student odstuduje a někde zmizí. Přesto věřím, že by to pro studenty a čerstvé absolventy byla dobrá zkušenost.

Samozřejmě by naši ergoterapeuti, zvláště z vysokých škol, měli odborně růst a snažit se účastnit, nejlépe i aktivně, větších odborných akcí. Kongresy WFOT se konaly a budou konat v zemích vzdálených – Chile, Japonsku, příští bude v Kapském Městě v Jihoafrické Republice. Tak doufejme, že ten další bude v Evropě. Nevím, zda se někdo od nás účastnil těch předchozích. Příští Evropský kongres bude v r, 2016 v Irsku.

A konečně věřím, že by se ergoterapeuti měli seznamovat se situací ergoterapie v blízkých zemích, možná přes Erasmus, ale i jinak, přes vzájemné kontakty a projekty. V některých zemích jsou na tom podobně jako u nás, někde lépe, třeba ve Slovinsku. Někde naopak hůře, především na Slovensku a věřím, že bychom to měli vnímat trochu jako svůj dluh, abychom těmto zemím v rozvoji ergoterapie pomohli.

A samozřejmě bych velmi uvítal, aby se více rozvinula možnost pro hotové, ještě třeba rodinou nezatížené ergoterapeutky pracovat v cizině. Už byly na konferencích přednášky s podobnými zkušenostmi. Myslím, že by ČAE měla tyto zkušenosti sledovat a nabízet. Pamatuju si s dřívějších ergoterapeutických kongresů, že tam bývaly firmy (hlavně z USA), které se zabývaly náborem ergoterapeutů ze zahraničí. Otázkou je, máme-li informace, jak je kvalita našich ergoterapeutů v současnosti v cizině hodnocena a za jakých podmínek by se tam mohli uplatnit.

Závěr:

A jaký já jsem ergoterapeut, že do všeho mluvím a každému radím? Samozřejmě žádný. Maximálně čestný. Tedy jednak v tom smyslu, že jsem čestným členem ČAE, jednak protože se snažím bez osobních cílů pohánět rozvoj ergoterapie dopředu. A doufám, že na ty moje nápady někdo z vás zareaguje a pokusí se je zrealizovat.

Název příspěvku: **Hodnocení funkčních deficitů po traumatickém poranění ruky**

Autor: Jana Vyskotová¹, Iva Krejčí², Kateřina Macháčková¹

Pracoviště: ¹ Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Katedra rehabilitace

² Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika léčebné rehabilitace

Úvod

Postižení funkcí horních končetin po traumatickém poranění může podstatně ovlivnit kvalitu života pacienta vlivem vzniku funkčních deficitů, představujících překážku ve vykonávání běžných denních aktivit, pracovních aktivit a volnočasových aktivit. Každou aktivitu ovlivňují faktory interní (motorické, sensorické, kognitivní, percepční, osobnostní) a externí (prostředí). Složitý systém lidské ruky je využíván jak k uchopování, tak k manipulaci. Jsme schopni uchopovat objekty nejrůznějších tvarů a velikostí prostřednictvím propojené aktivity několika prstů, nebo prstů a dlaně. Současně jsme schopni vykonávat širokou škálu kreativních a praktických úkonů, jako je šití, psaní, malování, sochaření, hra na hudební nástroje atd. Klíčovým rysem manipulace s nástroji je schopnost kontrolovat jemnou motoriku a produkci síly jednotlivých prstů (Vyskotová, Macháčková, 2013). Ruce mají rovněž specifický význam z hlediska somatosenzorických funkcí. Tyto funkce zahrnují jednotlivé modalities čítí. Sensorické informace jsou nutné pro jednoduché i opakované pohyby. Dotek hraje zásadní roli pro vnímání vlastností předmětu (jako např. tvrdost, textura, teplota, hmotnost atd.). Sensorické systémy jsou organizovány k přijímání, zpracování a přenosu informací z periferie do mozkové kůry. Na funkce horní končetiny je však nutno se rovněž dívat celostně, jako na integrovanou součást lidského těla. Podílejí se na balančních a lokomočních funkcích.

Cílem sdělení je formou kazuistiky poukázat na hlavní aspekty týkající se hodnocení funkčních deficitů po traumatickém poranění ruky.

Hlavní část

Ke stanovení vhodné a přiměřené terapie je nutno ohodnotit míru funkčních postižení horní končetiny. Hlavní motorickou funkcí je funkce manipulační. Hlavní sensorickou funkcí je funkce hmatová. K tomu se přidávají další důležité funkce – komunikační (haptika, gestikulace) a posturálně-lokomoční (účast horních končetin při lokomoci, opěrné funkce atd.).

Testování manipulačních funkcí je poměrně složité. Musíme totiž posoudit jak zjevnou stránku této funkce, tak skryté aspekty zjevné stránky. Zjevnou stránku představuje pozorovatelný manipulační výkon (testovaný jedinec svede nebo nesvede požadovaný úkol za požadovaných podmínek). Vnitřní stránku představuje zvolená strategie (co se má udělat) a taktika (jak daný úkol provést, jakou má motivaci, zda úkol chce či nechce provést atd.). Proto je nutno provést kvalitní analýzu (Vyskotová, Macháčková, 2013). Základním cílem každého hodnocení je určit atypické pohybové vzory a kompenzační mechanismy. Dalším problémem je interpretace těchto atypických pohybových vzorů, zda jde o primární patologii, sekundární reakci nebo adaptaci na tuto patologickou změnu. Vyšetřující sleduje, zda pacient může splnit zadané úkoly, jak snadno, jak přesně a jak rychle to činí. Jako

nejvýhodnější se zatím jeví použití kombinace různých typů úkolů, které odhalí větší množství deficitu a jeho lokalizaci. Výhodná je zde kombinace kvantitativního a kvalitativního hodnocení, které umožní popsat existující deficit, určit jeho míru a hodnotit vývoj takového onemocnění a úspěšnost léčby. Pro přesnou funkční diagnostiku je nezbytné použití speciálních testů a škál, aby nedošlo k přehlédnutí diskrétních poruch, zanedbání možnosti úpravy v rámci rehabilitace, a tím i nevyužití pacientova potenciálu.

Závěr:

Předpokladem pro normální výkon motorických funkcí horní končetiny je zajištěná fungující integrita efektorového systému: posturální kontrola (trup, pletenec ramenní, segmenty volné horní končetiny), centrované klouby, selektivní pohyb mezi jednotlivými segmenty, neporušené senzorycké funkce, neporušená kognice a percepce.

Literatura:

VYSKOTOVÁ, J., MACHÁČKOVÁ, K. (2013) *Jemná motorika. Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada Publishing.

PARTNEŘI:

DMA Praha, s.r.o.

Kontakt: U Dálnice 207, 251 63 Kunice, www.dmapraha.cz



BTL zdravotnická technika, a.s.

Kontakt: Makovského náměstí 2, 616 00 Brno, www.btl.cz



Meyra ČR, s.r.o.

Kontakt: Hrusická 2538, 141 00 Praha 4 Spořilov, www.meyra.cz



PATRON Bohemia a.s.

Kontakt: Českolipská 3419, 27601 Mělník, www.patron.eu



Nakladatelství Portál, s.r.o.

Kontakt: Klapkova 2, 182 00 Praha 8, www.portal.cz, naklad@portal.cz





Sborník příspěvků z 26. celostátní odborné konference

České asociace ergoterapeutů s mezinárodní účastí

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

e-mail: info@ergoterapie.org, bulletin.cae@seznam.cz

IČO: 62348451

