



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 28. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
23. a 24. 9. 2016**

září 2016

Sborník příspěvků z 28. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **28. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala v prostorách 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze pod záštitou prof. MUDr. Marcely Grünerové Lippertové, Ph.D., přednostky Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK v Praze, ve dnech 23. a 24. září 2016.

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 zaslaných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

Organizační výbor konference:

Mgr. Jana Jelínková, Bc. Anna Jersáková, Mgr. Kateřina Svěcená Ph.D., Mgr. Olga Pekárková, Mgr. Marie Vychytilová, Bc. Zuzana Rodová M.Sc., Mgr. Marcela Kryski

Vydání 1., Praha, 9/2016

© Česká asociace ergoterapeutů, 2016

ISBN 978-80-905252-4-5

Program konference

Pátek, 23. 9. 2016

9:00- 10:00	Registrace účastníků konference
10:00-12:00	Dopolední odborný program
10:00- 10:05	Mgr. Jana Jelínková: Úvodní slovo a přivítání účastníků
10:05- 10:35	prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D.: Spasticita a její role v ergoterapii
10:35- 11:05	Doc. MUDr. Aleš Bartoš, PhD.: Jak vyšetřit paměť a další kognitivní funkce
11:05- 11:25	MUDr. Lukáš Zlatohlávek: Výživa pacientů po CMP a její vliv na úspěšnost rehabilitace
11:25- 11:40	PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.: Potenciál spolupráce fyzioterapeuta s ergoterapeutem u neurologicky nemocných
11:40- 12:00	Diskuse
12:00-12:30	Přestávka na kávu
12:30-14:10	Pokračování odborného programu
12:30- 12:55	pí. Zdena Faltýnková: Pozdní důsledky svalových dysbalancí uživatelů vozíku/ osob s poruchou mobility a jejich řešení
12:55- 13:15	Mgr. Michal Vostrý, Mgr. Lucie Dončevová: Efektivita ergoterapeutické intervence za pomoci ICT u osob s Alzheimerovou chorobou
13:15 -13:35	Doc. MUDr. Jiří Votava: Situace ergoterapie v Evropě z pohledu rehabilitačních lékařů a podle zkušeností z evropského kongresu COTEC-ENOTHE 2016
13:35- 13:55	Mgr. Margita Kučerová: Vzdělávání v ergoterapii- informace z NCONZO v Brně
13:55- 14:10	Diskuse
14:10- 15:00	Přestávka s občerstvením
15:00-16:30	Odpolední odborný program
15:00- 15:20	Mgr. Barbora Červenková: Krmení dětí se sensorickou poruchou
15:20- 15:40	Bc. Pavla Hůlková: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v akutní fázi
15:40- 16:00	Mgr. Petra Dvořáková: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v chronické fázi
16:00-16:20	PhDr. Bc. Jaroslava Malček: Kresba dětí ať v rannom a predškolskom veku ako odraz vývinu jeho grafomotoriky
16:20-16:30	Diskuse
16:30- 17:00	Přestávka na kávu
17:10- 18:10	Valná hromada ČAE
18:30-21:00	Společenský večer

Program konference

Sobota, 24. 9. 2016

9:00- 9:30	Registrace účastníků konference
9:30-11:00	Dopolední odborný program
9:30- 9:50	Mgr. Tereza Sádlová: Současné trendy v rehabilitaci horní končetiny u neurologických pacientů
9:50- 10:10	Mgr. Helena Hlochová: Moberg pickup test - hodnocení jemné motoriky a funkční senzitivity rukou
10:10- 10:30	Bc. Ladislava Chanovická: Ergoterapie v neurorehabilitaci ve FN U svaté Anny
10:30- 10:50	Bc. Marika Hrušová: Ergoterapeutická péče u pacientů po amputaci DKK
10:50- 11:00	Diskuse
11:00- 11:30	Přestávka s občerstvením
11:30- 13:00	Pokračování odborného programu
11:30- 11:50	Mgr. Aneta Dominiková, Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D.: Bobath koncept v rehabilitaci v domácím prostředí - kazuistika pacientky po CMP
11:50- 12:10	Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D., MUDr. Markéta Janatová, Ing. Karel Hána: Využití technických prostředků v ergoterapii
12:10- 12:30	Mgr. Jaromíra Uhlířová, Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.: Úloha ergoterapeuta v problematice řízení motorových vozidel v České republice a v zahraničí u lidí s funkčními deficity
12:30- 12:50	Bc. Jana Bali Šoltéssová, Petr Hubalovský: Máma, táta na vozíku?...NO PROBLEM
12:50- 13:00	Diskuse
13:00- 13:45	Přestávka s občerstvením
13:45-15:30	Odpolední odborný program
13:45- 14:05	Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová: „Recovery“- zotavování z pohledu ergoterapie
14:05- 14:25	Bc. Michal Kašpar: Potíže se zotavením
14:25- 14:45	Mgr. Veronika Slepíčková, Mgr. Olga Pekárková: Využití metod sociální práce v komplexní rehabilitaci
14:45- 15:05	P. Krůtová, E. Šestáková: Ergoterapie jako most mezi léčebnou a sociální rehabilitací - jak skutečně funguje? (příklady dobré praxe)
15:05- 15:25	Mgr. Anna Krulová: Zkušenosti s nově vzniklým magisterským studiem ergoterapie
15:25- 15:45	Diskuse
16:00	Ukončení konference, předání certifikátů

ABECEDNÍ SEZNAM PŘEDNÁŠEJÍCÍCH:

1.	Doc. MUDr. Aleš Bartoš, PhD.: Jak vyšetřit paměť a další kognitivní funkce	6
2.	Mgr. Aneta Dominiková, Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D.: Bobath koncept v rehabilitaci v domácím prostředí - kazuistika pacientky po CMP	7
3.	Mgr. Lucie Dončevová, Mgr. PhDr. Eva Buchtelová, Ph.D., Mgr. Petra Pecharová: Komplexní péče z pohledu léčebné rehabilitace u dětí s DMO (Posterová sekce)	8
4.	Mgr. Petra Dvořáková: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v chronické fázi	11
5.	pí. Zdena Faltýnková: Pozdní důsledky svalových dysbalancí uživatelů vozíku/ osob s poruchou mobility a jejich řešení	13
6.	Mgr. Helena Hlochová: Moberg pickup test - hodnocení jemné motoriky a funkční senzitivity rukou	15
7.	Bc. Marika Hrušová: Ergoterapeutická péče u pacientů po amputaci DKK	17
8.	Bc. Pavla Hůlková: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v akutní fázi	18
9.	Bc. Ladislava Chanovická: Ergoterapie v neurorehabilitaci ve FN U svaté Anny	20
10.	Mgr. Anna Krulová: Zkušenosti s nově vzniklým magisterským studiem ergoterapie	25
11.	P. Krůtová, E. Šestáková: Ergoterapie jako most mezi léčebnou a sociální rehabilitací - jak skutečně funguje? (příklady dobré praxe)	27
12.	PhDr. Bc. Jaroslava Malček: Kresba dieťaťa v rannom a predškolskom veku ako odraz vývinu jeho grafomotoriky	29
13.	Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová: „Recovery“ zotavování z pohledu ergoterapie	31
14.	PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.: Potenciál spolupráce fyzioterapeuta s ergoterapeutem u neurologicky nemocných	44
15.	Mgr. Tereza Sádlová: Současné trendy v rehabilitaci horní končetiny u neurologických pacientů	51
16.	Mgr. Veronika Slepíčková, Mgr. Olga Pekárková: Využití metod sociální práce v komplexní rehabilitaci	54
17.	Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D., MUDr. Markéta Janatová, Ing. Karel Hána: Využití technických prostředků v ergoterapii	55
18.	Bc. Jana Bali Šoltésová, Petr Hubalovský: Máma, táta na vozíku?...NO PROBLEM	57
19.	Mgr. Jaromíra Uhlířová, Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.: Úloha ergoterapeuta v problematice řízení motorových vozidel v České republice a v zahraničí u lidí s funkčními deficity	59
20.	Mgr. Michal Vostrý, Mgr. Lucie Dončevová: Efektivita ergoterapeutické intervence za pomoci ICT u osob s Alzheimerovou chorobou	62
21.	Doc. MUDr. Jiří Votava: Situace ergoterapie v Evropě z pohledu rehabilitačních lékařů a podle zkušeností z evropského kongresu COTEC-ENOTHE 2016	65
22.	MUDr. Lukáš Zlatohlávek: Nutriční terapie u pacientů po CMP	69

Název: **Jak vyšetřit paměť a další kognitivní funkce?**

Autor: Doc. MUDr. Aleš Bartoš, PhD. ^{1,2,3}

Pracoviště:

1. AD Centrum
2. UK 3. LF a FNKV, Neurologická klinika, Praha
3. Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Paměť a další kognitivní funkce jsou nezbytnou podmínkou pro dobrou spolupráci při ergoterapii. Ve sdělení budou představeny jednoduché metody jejich vyšetření. Přednáška bude zaměřena na orientační testy, které jsou známé a často ve světě používané a zároveň jsou dostupné v ČR k detekci kognitivních poruch: Test kreslení hodin, Krátký test kognitivních funkcí (Mini-Mental State Examination, MMSE), Montrealský kognitivní test (MoCA) a slovní produkce zvířat. Zároveň budou představeny nové zkoušky vyvinuté v AD Centru: test pojmenování a vybavení obrázků POBAV a pětičárový test obrazcové produkce ČAPR.

Podpořeno granty PRVOUK 34/3LF a NUDZ ED2.1.00/03.0078.

Název: Bobath koncept v rehabilitaci v domácím prostředí - kazuistika pacientky po CMP

Autoři: Mgr. Aneta Dominiková, Mgr. Kateřina Macháčková, Ph.D.

Pracoviště: REHABILITACE Re-habilis, nestátní zdravotnické zařízení, pracoviště fyzioterapeuta

Kontakt: www.re-habilis.cz

Klíčová slova: Bobath koncept, cévní mozková příhoda, domácí fyzioterapie, multidisciplinární tým

Jedinci s neurologickým deficitem, v tomto případě po poškození mozku, mají kromě motorických i řadu kognitivních a psychických problémů. Stupeň zotavení závisí jak na rozsahu a lokalizaci poškození mozku, tak jej významným způsobem ovlivňuje léčba poskytovaná v nemocnici, rehabilitačním ústavu a následně v domácím prostředí. Z toho vyplývá nutnost multidisciplinární týmové spolupráce při diagnostice, terapii i při stanovení krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu. Rehabilitace v domácím prostředí má své nezastupitelné místo a splňuje několik významných aspektů. Současné poznatky prokázaly jednoznačný význam intenzity a celkového objemu terapie. Zejména v postakutní fázi se pouze s účastí rodiny a celého týmu daří tyto principy tzv. 24 hodinové terapie naplnit. Současně se rehabilitace v domácím prostředí může stát řešením silícího ekonomického tlaku na redukci institucionální léčby. To je také filosofií Bobath konceptu, jež je pro fyzioterapii v domácím prostředí nepostradatelný. Pro současný model tohoto konceptu je charakteristické, že terapie je zaměřena na úpravu specifické aktivity v limitu individuálního postižení s cílem zlepšit kvalitu života. Předpokladem znovunabytí optimální motorické kontroly je pracovat na funkčních aktivitách, ne pouze na jednotlivých pohybových vzorech. V rámci této terapie hraje klíčovou roli motivace pacienta a jeho aktivní participace na léčebném procesu. V domácím prostředí pacienta pak tyto aspekty nabývají reálné podoby a Bobath koncept je jako „střecha“, která zaštiťuje počínání všech, kteří se na dané péči podílí.

Na kazuistickém případě demonstrujeme efektivitu domácí fyzioterapie u pacientky s těžkou levostrannou hemiparézou. Tento případ je důkazem, že díky intenzivní péči a spolupráci týmu, dobrému rodinnému zázemí a vhodně zvolenému terapeutickému přístupu lze docílit, i přes nepříznivé počáteční prognózy, výrazného progresu funkčního stavu.

Název: Komplexní péče z pohledu léčebné rehabilitace u dětí s DMO

Autoři: Mgr. Lucie Dončevová, Mgr. PhDr. Eva Buchtelová, Ph.D., Mgr. Petra Pecharová

Pracoviště: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, FZS, KFE

Kontakt: lucie.doncevova@ujep.cz

ÚVOD

Projekt je svým cílem zaměřen na problematiku participace ergoterapie, fyzioterapie a logopedie při terapii dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Následně jsme si vytyčili dílčí úkoly: popsat možné oblasti vzájemné spolupráce mezi fyzioterapeutem, logopedem a ergoterapeutem v rámci terapeutických postupů využitých u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Popsat základní přístupy, které využívá ve své praxi fyzioterapeut, ergoterapeut a logoped. Aplikovat vybrané fyzioterapeutické, ergoterapeutické a logopedické metody u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Poukázat na propojenost a návaznost ve využívání jednotlivých metod fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem.

Cílovou skupinu tvořilo 20 dětí ve věku 3 – 15 let. Soubor dětí spojovala diagnóza dětská mozková obrna s různým stupněm postižení jemné motoriky. Výběr vhodných dětí a následná intervence probíhala v dětské léčebně Nové Lázně Teplice v Čechách. Na podkladě vstupního ergoterapeutického, fyzioterapeutického a logopedického vyšetření byla stanovena osmitýdenní rehabilitační intervence. Individuální ergoterapie a fyzioterapie probíhala 3x týdně 45 min. Celkem proběhlo 24 ergoterapeutický a 24 fyzioterapeutických sezení. Logopedická intervence byla v rozsahu 1x týdně při přímém vedení logopedem, procvičování probíhalo 3x v týdnu v rámci ergoterapie, kdy ergoterapeut pracoval dle instrukcí logopeda. Logopedie pod přímým vedením logopeda proběhla celkem 8x. V souvislosti se zvládnutím Activities

of Daily Living u dětí s DMO jsme poukázali na nezbytnost koordinované spolupráce ergoterapeuta, fyzioterapeuta a logopeda.

HLAVNÍ ČÁST

Nejčastějšími oblastmi spolupráce mezi ergoterapeutem a logopedem je oblast komunikace, grafomotoriky a psaní, kognitivních funkcí (trénink paměti a pozornosti), orofaciální stimulace (lze i zařadit trénink oromotoriky), poruch polykání, kompenzačních pomůcek, terapie funkce horní končetiny, snaha o sjednocení v přístupu a terapii klientů, motivace dětí a rodiny. Obecně pro nácvik běžných denních činností u dítěte s dětskou mozkovou obrnou je nutné zajištění správné postury. Pro vzájemnou spolupráci všech tří profesí jsme shledali nejdůležitější oblastí nácvik jedení. Pohyb ruky k ústům je jedním z archaických pohybů, který je nezbytný pro vykonávání aktivit denního života. Další archaický pohyb, který je nutný k zajištění mobility a stability je opora horní končetiny. Nácvik těchto dvou archaických pohybů jsme zařadili do terapeutického programu ve spolupráci s fyzioterapeutem. Vzhledem ke složitosti problematiky DMO je optimální transdisciplinární přístup zahrnující obory fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a dalších medicínských oborů. Přístup fyzioterapeuta a logopeda v terapii zaměřené na orofaciální oblast přináší kvalitní výsledky ovlivňující nejen funkci jednotlivých segmentů, ale i integraci nacvičených dovedností do aktivit denního života (sebesycení, komunikace....).

ZÁVĚR

Dle současných domácích, ale i zahraničních odborníků zabývajících se koordinovanou rehabilitací u dětí s DMO by péče týmu odborníků neměla být zaměřena pouze na dítě s disabilitou, ale také na ostatní členy jeho rodiny (Jankovský, 2007; Thylefors, 2000). I v našem výzkumu se potvrdilo, že tato spolupráce, byla pozitivně přijímána nejen terapeuty a dětmi, ale i rodiči jednotlivých malých klientů.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Jankovský J., 2007. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci [on-line], [cit. 2014-6-3]. Dostupné na: http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf
2. Krivošíková M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
3. Thylefors I., Price E., Persson O., Wendt L., 2000. Teamwork in Swedish neuropaediatric habilitation: Child: Care, Health and Development [on-line] [cit. 2014-08-6] Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2214.2000.00162.x/full>

Název příspěvku: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v chronické fázi

Autor: Mgr. Petra Dvořáková

Pracoviště: Klinika dětské rehabilitace a CKP FN Motol

Kontakt: petra.dvorak73@gmail.com

CHARAKTERISTIKA KLIENTA S PERINATÁLNÍ ZÁTĚŽÍ

Výrazná nezralost nervové soustavy u dětí s perinatální zátěží má vliv především na oblast senzomotorického vývoje. Tyto děti přicházejí o přirozenou senzoryckou stimulaci, kterou poskytuje nitroděložní prostředí. Předčasný start do života se do jejich dalšího života promítá v podobě obtíží v senzoryckém procesování. Významně narušená je schopnost jejich senzorycké integrace, což se projevuje v oblasti vnímání těl. schématu, úrovni rovnovážných reakcí, kinestezii, poruchách taktilní senzitivity. Tyto problematické oblasti následně narušují vývoj motorických dovedností, soběstačnosti i kognitivních schopností.

V posledních letech se obraz dítěte s perinatální zátěží v následné péči proměňuje. Dříve nejtypičtější diagnózy jako DMO nebo děti s genetickou zátěží ustupují mírně do pozadí. Dle nedávno zveřejněného výzkumu, který byl proveden na univerzitě v Lundu, více jak 30% dětí s extrémní nezralostí vykazuje poruchy senzorycké integrace, jedná se především o diagnózy PAS, ADHD, SPD.

Role ergoterapeuta v následné péči o děti s perinatální zátěží

Ergoterapeut u dětí s perinatální zátěží využívá znalosti mezníků psychomotorického vývoje a na základě vývojové úrovně stanovuje terapeutické postupy a cíle. Ergoterapeut se zaměřuje především na oblast senzomotoriky- vnímání tělesného schématu, propiocepce, posturálních a rovnovážných reakcí, které návazně určují dosaženou úroveň motorických, kognitivních a komunikačních

dovedností z nichž vyplývá maximální míra soběstačnosti v aktivitách běžného denního života (ADL).

- Hlavní vykonavatel terapie je RODINA dítěte.
- Cílem je naučit dítě žít v běžných životních podmínkách.

Ergoterapeut je součástí multidisciplinárního týmu, kde úzce spolupracuje s pediatrem, neurologem, fyzioterapeutem, logopedem, zrakovým terapeutem, speciálním pedagogem, psychologem.

ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE

Ve svém příspěvku chci ukázat hlavní terapeutické přístupy k dětem s perinatální zátěží v následné péči. S těmito dětmi pracuji obvykle ve věku 2- 7let. Toto období je vývojově dynamické, je zde možnost výrazně ovlivnit sensorické procesy. Zároveň jde o období rozhodující pro školní úspěšnost ve vyšším věku dítěte.

Zařazení ergoterapie je indikováno na základě vyšetření vývojovou škálou (Bayleyova škála), na zjištění obtíží v oblasti sensorického procesování využíváme dotazníkovou formu šetření Short sensory profil. U starších dětí využíváme standardizované vyšetření SIPT. Věnujeme se i funkčním vyšetřením jako GMFM, úchopové testy, testy pro zhodnocení laterality a vizuomotoriky (Bender gestalt test) nebo kognitivních funkcí (Deficity dílčích funkcí, RBMT...).

Ráda bych zdůraznila, že vrámci ergoterapeutické intervence je vstupní branou k rozvoji všech dalších motorických dovedností správný rozvoj sensorického procesování. Zaměřujeme se na zlepšení vnímání tělesného schématu- propiocepce, stimulace rovnovážného ústrojí a posturálních reakcí, rozvoj smyslové percepce taktilní, zrakové, sluchové vnímání.

Hlavní využívané metody:

- Bobath koncept
- Sensorická integrace
- Bazální stimulace
- Sherborne terapie

VIDEODOKUMENT- praktické ukázky z terapie.

Název: Pozdní důsledky svalových dysbalancí uživatelů vozíku/osob s poruchou mobility a jejich řešení

Autor: Zdeňka Faltýnková

Pracoviště: Česká asociace paraplegiků – CZEPA

Česká asociace paraplegiků – CZEPA pomáhá již 26. rokem klientům – vozíčkářům nejen po poranění míchy v jejich návratu do aktivního života. „Umíme se postavit na vlastní nohy“ je mottem organizace, která má celkem 17 zaměstnanců a z toho 8 vozíčkářů, převážně tetraplegiků. Všichni obětavě pracují v rámci jednotlivých projektů organizace, jejímž hlavním posláním je připomínkování legislativy ve zdravotní a sociální oblasti a samozřejmě pomoc jednotlivcům. Včasné kontaktování klientů na spinálních jednotkách a v rehabilitačních ústavech a seznamování s komplexní problematikou míšní léze pomáhá edukovat budoucí vozíčkáře. V rámci interaktivních poraden a tematických setkání jsou klienti informováni o možných zdravotních komplikacích a o pozdních důsledcích poškození míchy. Jedním z témat edukačních programů CZEPA jsou principy správného/zdravého sezení ve všech souvislostech. Toto téma je pravidelně předmětem poraden na SJ a v RÚ, tematických setkání v RÚ Kladruby, seminářů v jednotlivých regionech (12 seminářů, 328 účastníků, z toho 156 vozíčkářů) a na regionálních setkáních (7 regionů, 274 účastníků, z toho 112 vozíčkářů). Pro tyto příležitosti CZEPA vydala publikaci určenou klientům a jejich blízkým s názvem „Co je dobré vědět... když chceš zdravě sedět“.

Sed ve vozíku může být ideální u minima uživatelů, protože musí být především funkční a pomáhat klientovi být soběstačný. Vždy, zvláště u tetraplegiků, jde o kompromis mezi správným vzpřímeným a symetrickým sedem a funkčními schopnostmi vozíčkáře. Výsledné sezení je podmíněné výběrem typu vozíku a jeho konfigurací a antidekubitního sedáku, reflektující individuální potřeby uživatele. Dlouholeté zkušenosti ukázaly, že vzpřímený, symetrický a zároveň funkční sed na dobře nastaveném vozíku je základem pro aktivní život člověka s poruchou mobility a

prevencí zdravotních komplikací, které mohou postihnout téměř všechny orgánové soustavy.

Dysbalance v zachovalé svalové síle, svalovém tonu či spastických svalech na končetinách a trupu se vyskytují u převážného počtu lidí s poškozením míchy. Proto je důležité už u prvního výběru vozíku počítat s prognózou vývoje adaptačních pohybových mechanismů těla a posturálních změn při každodenním používání vozíku. Konfigurace vozíku, možnosti nastavení těžiště a úprav sedadlové jednotky musí reflektovat prognostické předpoklady.

Nejčastějším důsledkem patologického sedu jsou dekubity/ prosezeniny a posturální deformity vyžadující u chronických pacientů i chirurgický zásah. Hluboké dekubity a často se vyskytující píštěle vyžadují plastiku, dlouhodobou rekonvalescenci a také korekci sedu a většinou změnu sedáku. Výhřezy plotének a další závažné změny nad či pod stabilizací páteře vyžadují spondylochirurgické řešení opět s následnou korekcí sedu.

Stranové svalové dysbalance a dysbalance ve svalovém tonu na trupových svalech, na horních i dolních končetinách vždy vedou k posturálním deformitám a ke zřetězení dalších funkčních poruch jako jsou poruchy integrity kůže, špatná stabilita sedu, vegetativní potíže, poruchy dechových funkcí, potíže s trávením, močením, bolestivé stavy atd. Proto je výběr a konečná konfigurace vozíku včetně antidekubitního sedáku a ověření jeho antidekubitních účinků prostřednictvím tlakové mapy (pressuremapping) a také týmová spolupráce při prvovýběru důležitá.

Název příspěvku: Moberg pickup test - hodnocení jemné motoriky a funkční senzitivity rukou

Autor: Mgr. Helena Hlochová

Pracoviště: Klinika rehabilitace a tělovýchovy, FN Motol, Praha

Jemná motorika je definována jako schopnost obratně kontrolovaně manipulovat malými předměty v malém prostoru (1). Zahrnuje všechny pohybové aktivity prováděné drobnými svalovými skupinami, zejména rukou, ale i úst či nohou, vyžadující přesnost při plnění motorického úkolu (2). V tomto příspěvku se chceme zabývat jemnou motorikou ruky, která je projevem vyspělé činnosti mozku a umožňuje jak sebeobsluhu, tak tvořivé činnosti člověka. Mezi základní dovednosti ergoterapeuta je schopnost hodnotit právě jemnou motoriku u klientů, pacientů, kteří se k nám s touto poruchou dostanou. Ve Fakultní nemocnici V Motole, jsme hledali hodnotící nástroj, který by nám s tímto vyšetřením pomohl. Chtěli jsme hodnotit manipulační funkci ruky a to co nejjednodušeji a pokud možno ihned a zdarma.

Moberg pickup test (3) je test, který hodnotí jak manipulační schopnost ruky, ale i jako jediný co jsme našli, který současně hodnotí i sensoriku ruky při manipulaci. V tomto testu se hodnotí rychlost manipulace s drobnými kovovými předměty, které má pacient za úkol co nejrychleji posbírat a vložit do krabičky a to jak dominantní, tak nedominantní rukou. Terapeut měří čas stopkami a zapisuje výsledky. Test se provádí třikrát každou rukou s kontrolou zraku a dále třikrát bez zrakové kontroly. Test by měl proběhnout v celkovém čase do 5 minut. Test sám o sobě není standardizován, my jsme takové standardní podmínky vytvořily pro účel našeho oddělení. U pacientů na našem rehabilitačním oddělení hodnotíme efekt terapii (ergoterapie, fyzioterapie, vodoléčba atp.) během rehabilitačního pobytu na jemnou motoriku ruky, právě pomocí Moberg pick up testu. Pacienta vyšetříme při příjmu a těsně před propuštěním.

Nespornou výhodou tohoto testu je rychlost jeho provedení a možnost znovu hodnocení. Test nám také ihned ukáže vliv sensorického deficitu na funkci ruky. Pomůže nám tak naplánovat cíle terapie. Normativní data k Moberg pick up testu

byly publikovány, ale lze je brát pouze orientačně, protože test není standardizován. Vliv na výsledek má též schopnost učení pacienta, která je nevýhodou tohoto testu.

Literatura:

1. Monique A.M. Berger, Arno J. Krul, Hein A.M. Daanen, Task specificity of finger dexterity tests, Applied Ergonomics, Volume 40, Issue 1, January 2009, Pages 145-147.
2. [Vyskotová Jana](#), [Macháčková Kateřina](#): Jemná motorika: Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování, Grada Publishing a.s., 2013
3. Moberg E.: The unresolved problem- how to test the functional value of hand sensibility. J of Hand Therapy 1991, 4:105-110.

Název příspěvku: Ergoterapeutická péče u pacientů po amputaci DKK

Autor: Bc. Marika Hrušová

Pracoviště: FN Hradec Králové

V současné době přibývá pacientů s amputací dolní končetiny. Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní péče o takové pacienty. Ztráta končetiny pro ně znamená velkou fyzickou i psychickou zátěž, proto i péče o tyto pacienty je velmi specifická. Mezi hlavní oblasti ergoterapeutických intervencí patří nácvik soběstačnosti, vybavení kompenzačními pomůckami, poradenství, návrhy bezbariérových úprav. Pracujeme s pacienty již krátce po amputaci (péče o pahýl, přesuny, posilování HKK, adaptace pacienta i rodiny).

Pro tyto pacienty je důležitý správný výběr a zaměření mechanického vozíku, včetně komponentů. Provádíme analýzu domácího prostředí a dle vývoje výcviku lokomoce pacienta v protéze potřebné kompenzační a lokomoční pomůcky, návrhy úpravy prostředí. Tady je důležitá intervence s rodinou.

Při převzetí protézy se pacient musí naučit ovládat komponenty protézy. Někdy je tato manipulace pro pacienty obtížná pro zhoršení funkčního úchopu. Zhoršení bývá způsobené sekundárními změnami – Dupuyetrenova kontraktura, diabetická neuropatie HKK, deformity drobných kloubů ruky, syndrom Karpálního tunelu, úrazy staršího data s trvalým omezením pohybu daného segmentu a další. Proto HKK věnujeme zvýšenou péči a vedeme pacienta k autoterapii.

Naší snahou je pacienta vrátit do domácího prostředí, integrovat ho do plnohodnotného života a návrat k činnostem, které vykonával před amputací.

Název příspěvku: Ergoterapeutická intervence u dětí s perinatální zátěží v akutní fázi

Autor: Bc. Pavla Hůlková

Pracoviště: Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol – dětská část

Propojení neonatologie a ergoterapie

V současné době pokroky v neonatologické péči posouvají hranice možné záchrany nezralého novorozence stále dál, a tak novorozenců s extrémně nízkou porodní váhou přibývá. V současnosti považujeme za hranici životaschopnosti plodu 24. týden těhotenství. Vedle přežití je stejně důležitým aspektem neonatologické péče také zajištění kvality života. Právě proto ergoterapeuté spolupracují s personálem neonatologických oddělení a s rodinami předčasně narozených dětí téměř od prvních dnů jejich života.

Role ergoterapeuta

Ergoterapeut v neonatologické péči pomáhá zajistit základní potřeby dítěte a to:

- Správnou polohu dítěte
- Kvalitní sensorické vjemy
- Příjem potravy

V rámci ergoterapeutické intervence využíváme zejména prvky:

- Bazální stimulace
- Bobath konceptu

- Orofaciální stimulace

Přínos

Včasnou intervencí přispíváme k vytvoření správného, funkčního, integrovaného tělesného schématu a následně k co nejkvalitnějšímu psychomotorickému vývoji. Dále napomáháme správnému rozvoji percepčních funkcí.

Propuštění předčasně narozeného dítěte do domácí péče je považováno za obrovskou výhru celého neonatologického týmu. Avšak je třeba si uvědomit, že to není konec NAŠÍ péče, je to základ, ze kterého bude dítě čerpat v dalším vývoji.

Název příspěvku: Ergoterapie v neurorehabilitaci ve FN U svaté Anny

Autor: Bc. Ladislava Chanovická

Pracoviště: Klinika tělovýchovného lékařství a rehabilitace ve FN U svaté Anny v Brně

Úvod

Cílem tohoto příspěvku je seznámit s intervencí ergoterapeuta v neurorehabilitaci ve FN U svaté Anny.

Neurorehabilitace

V současné medicíně se velmi často setkáváme s pojmem neurorehabilitace. Obsah tohoto pojmu však bývá chápán různě. Velmi často je pod tímto pojmem vnímána každá fyzioterapie prováděná s neurologickým pacientem. Obsah neurorehabilitace je však mnohem komplexnější. Neurorehabilitace je složitý a většinou dlouhodobější proces, který je zabezpečován multidisciplinárním rehabilitačním týmem. V tomto týmu musí být samozřejmě rehabilitační lékař, který spolupracuje s lékaři ostatních odborností (především s neurology, ale i chirurgy, ortopedy a dalšími odborníky podle charakteru postižení pacienta). Dalšími členy týmu by měli být psycholog, resp. neuropsycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, sociální pracovník, protetik a samozřejmě zdravotní sestry. (URL: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurorehabilitace-33805?confirm_rules=1)

Pro upřesnění pojmů uvádím ještě definice některých oborů

Rehabilitace je dle WHO „kombinované a koordinované použití množství léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo opětovný výcvik jedince k nejvyššímu možnému stupni funkční zdatnosti“ (Švestková O, Angerová Y, Pfeiffer J. *Hodnocení zdraví, disability v Evropě. Eurorehab 2006; 16(3–4): 117–120.*)

Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním a pracovním životě. (Lippertová 2005.)

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických (URL: <http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>.)

Ergoterapie na ARO

Pacient v akutním nebo apalickém stavu. V akutní fázi neurologického onemocnění, kdy jsou ohroženy vitální funkce, je potřeba monitorovat jeho vitální funkce je v popředí samozřejmě rehabilitační ošetřovatelství, jehož součástí je polohování, které omezuje vznik deformit nejen na horních končetinách, bolestivého ramene, má vliv na omezení neglect syndromu, pomáhá vytvořit bezpečné místo pro pacienta i uprostřed nemocnice, omezuje nebo zabraňuje vzniku dekubitů, ovlivňuje otoky, preventivně působí na vznik pneumonie, ovlivňuje bolest...atd.

Při práci s pacientem na ARO využíváme především koncept bazální stimulace a k pacientovi přistupujeme v souladu s tímto konceptem. Dále používáme orofaciální stimulaci pro podporu polykání, prvky BK pokud je možné při přístupu k pacientovi, umístění stolku, PNF, affolterové, podpora aferentního toku s využitím facilitace různými materiály. Úzce spolupracujeme s rodinou pacienta a podporujeme ji v aktivní účasti na rehabilitaci pacienta. U každého pacienta individuální přístup

Ergoterapie na JIP 1. NK

Probíhá podobně jako na ARO s ohledem na stav pacienta v úzké spolupráci s fyzioterapeuty a ošetřovatelským personálem. Využíváme dostupné koncepty nebo jejich prvky. I zde spolupracujeme s rodinou pacienta. A ve spolupráci s fyzioterapeuty zde probíhá časná vertikalizace ke které fyzioterapeuti využívají i Erigo® (Systém pro mobilizaci a vertikalizaci pacientů v intenzivní péči)

Ergoterapie na lůžkovém odd. 1. NK

Na lůžkovém odd. neurologické kliniky má již pacient stabilizované vitální fce. Pokračuje tedy ve vertikalizaci, stabilizace sedu, procvičování jemné hrubé motoriky, nácvik sebeobsluhy, orientace v čase, prostoru, podpora dalších KF – paměť, pozornost, využití zájmů, zásady BS, základy BK, využití pohybu přes středovou čáru v diagonále. Využití Armeo[®] Power. (zásady) edukace, kompenzační pomůcky, přesuny, úpravy domácnosti, spolupráce s rodinnými příslušníky.

Ergoterapie na lůžkovém odd. rehabilitace

Pacient, který je přeložen z neurologické kliniky na rehabilitační odd. přechází i se svou ergoterapeutkou, která dále pokračuje v procvičování jemné hrubé motoriky, nácvik sebeobsluhy, orientace v čase, prostoru, podpora dalších KF – paměť, pozornost, využití zájmů, zásady BS, základy BK, využití pohybu přes středovou čáru v diagonále. Využití Armeo[®] Power. (zásady) edukace, kompenzační pomůcky, úpravy domácnosti. Především se soustředíme na individuální potřebu pacienta v souvislosti s jeho sebeobsluhou v domácím prostředí a individuálně podle jeho potřeb a kondice jak fyzické tak kognitivní procvičujeme to co je pro pacienta nejaktuálnější problém, Spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich edukace.

Ergoterapie na lůžkovém DRO

Pacient, který potřebuje pokračovat v rehabilitaci, může dále rehabilitovat na doléčovacím rehabilitačním odd., kde se mu věnuje ergoterapeutka a dále s ním pokračuje v procvičování jemné hrubé motoriky, nácviku sebeobsluhy, orientace v čase, prostoru, podpora dalších KF – paměť, pozornost, využití zájmů, zásady BS, základy BK, využití pohybu přes středovou čáru v diagonále. Využití kompenzačních pomůcek, úpravy domácnosti, spolupráce s rodinou

Ambulantní ergoterapie

Někteří pacienti v chronické fázi onemocnění dále docházejí na ergoterapii ambulantně a pracujeme s nimi na zlepšení nebo udržení současného stavu, využíváme při tom ergoterapeutický stůl, Armeo[®] Power, i již výše zmíněné techniky,

celé koncepty nebo jen jejich prvky. Pacient může využít poradenství v souvislosti se sebeobsluhou a podporu kognitivních fcí ve skupině, kde se učí se kompenzační techniky pro život s poruchou paměti a pozornosti, a respektovat svůj handicap.

Armeo® Power

Přístroj Armeo® Power je určen speciálně pro pacienty s těžkým motorickým deficitem horní končetiny, kteří jsou schopni minimálního či téměř nulového aktivního pohybu. Robotický exoskelet umožňuje aktivní vedení paže pacienta. Senzory reagují na míru aktivity pacienta. Pokud je schopen iniciace pohybu, dostane se mu pak pouze asistence v průběhu jeho provedení. Ve chvíli kdy pacient není schopen pohyb ani zahájit, robot vede jeho paži a pohyb je pasivní. Exoskelet umožňuje pohyb paže ve trojrozměrném pracovním prostoru. Je univerzální pro levou i pravou horní končetinu a nastavitelný dle individuálních rozměrů paže.

System je doplněn o zpětnou vazbu skrze interaktivní virtuální herní prostředí. Klouby exoskeletu jsou vybaveny senzory vyhodnocujícími vynaloženou sílu a dosažené úhly v jednotlivých kloubech paže. (<http://www.stargen.eu.cz/rehabilitace/horni-koncetina/armeo/>)

V terapii u neurologického pacienta je nutno zvážit řadu hledisek a postupovat přísně individuálně. Musíme zohledňovat nejenom základní onemocnění, jeho léčbu, ale také osobnostní postoje a charakter jedince. Přizpůsobit mu nejen výběr terapeutických technik, ale také tempo, délku a dozování terapie. Zároveň je důležitá i interpersonální spolupráce.

Literatura

1. KALVACH P. a kol. Mozkové ischemie a hemoragie, Praha : Grada 2010
2. KOLÁŘ P. Rehabilitace v klinické praxi, Praha :Galén2009 LORENZO, L. Obnova pohybu po CMP. Praha:Rehalb,2003
3. LIPPERT-GRÜNER, M. Neurorehabilitace, Praha:Galen, 2005
4. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi, Grada: 2007
5. <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurorehabilitace-33805?confir>

6. www.stargen-eu.cz/rehabilitace/horni-koncetina/armeo/)
7. <http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>.

Název příspěvku: Zkušenosti s nově vzniklým magisterským studiem ergoterapie. První magistry ergoterapie v ČR

Autor: Mgr. Anna Krulová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v
Praze

Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze bylo v akademickém roce 2014/2015 poprvé v historii otevřeno studium v dvouletém navazujícím magisterském oboru ergoterapie. Tento program nabízí ergoterapeutům prohloubení teoretických a praktických klinických znalostí, je orientován na vědu, výzkum a management ve zdravotnictví. Nechybí také zaměření na odbornou terminologii, interprofesní spolupráci, informační a moderní technologie. Důraz je kladen i na legislativu ve zdravotnictví a v sociální oblasti. Mezi vyučující patří jak ergoterapeuti a fyzioterapeuti, tak odborníci z dalších medicínských oborů, biomedicínští inženýři, právníci, statistici, manažeři apod. Nelze opomenout hostující profesorku ergoterapeutických věd Gaynor Sadlo, emeritní přednostku ergoterapie na University of Brighton, která vyučuje odborné předměty se zaměřením především na vědu a výzkum v ergoterapii a na rovnováhu v zaměstnávání. Ve své výuce využívá novou metodu "Problem Based Learning (PBL)", ve volném překladu "na problém orientované učení".

První dva roky studia sebou přinesly nové zkušenosti, splněná či nesplněná očekávání studentů i pedagogů. V červnu 2016 probíhaly první magisterské státnice. Máme již první absolventky magisterského studia ergoterapie v České republice. Nabízí se nám otázky:

Jaká je organizace studia? Jak probíhaly první státní závěrečné zkoušky? Jaké jsou první diplomové práce? Proč není magisterské studium ergoterapie se specializací? Jakým směrem se dále bude ubírat vzdělávání ergoterapeutů v České republice? Co

můžou magistry nabídnout dnešní ergoterapii u nás, případně ve světě? I těmito otázkami se bude zabývat příspěvek.

Cílem příspěvku je seznámit ergoterapeuty s nejaktuálnějšími informacemi ohledně výuky magisterského studia ergoterapie, přiblížit zaměření magisterského studia ergoterapie v ČR a podělit se o zkušenosti s výukou prvních magistrů.

Název příspěvku: Ergoterapie jako most mezi léčebnou a sociální rehabilitací - jak skutečně funguje? (příklady dobré praxe)

Autoři: Petra Krůtová, Eva Šestáková

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství FN Královské Vinohrady, adresa: Šrobárova 50, Praha 10, PSČ 10034

Anotace:

Příspěvek se zabývá problematikou návaznosti léčebné rehabilitace na sociální. Představí možnosti spolupráce lůžkového zdravotnického zařízení s organizacemi poskytujícími sociální rehabilitaci, konkrétně příklad dobré praxe na pracovišti KRL FNKV. Často se setkáváme s nepochopením této oblasti práce ergoterapeuta. Buď je vnímána jako překračující léčebnou rehabilitaci nebo časově nezvladatelná - ergoterapeut se má věnovat hlavně nácviku konkrétních dovedností a starost o to, co bude pacient dělat, až opustí nemocnici přenechat jiným (nejčastěji panuje představa o sociální pracovníci, což je úplně mimo realitu). Jak se tedy pacient končí léčebnou rehabilitaci v nemocnici dozví o možnostech rehabilitace sociální? Praxe ukazuje, že těžko. Na jedné straně chybí informace od organizací, na straně druhé vůle a čas tyto informace předávat. Z praxe víme, jak důležitá je pro člověka vize další podpory v domácím prostředí. Prevence situace, kdy se člověk z léčebné rehabilitace ocitá doma ze dne na den a ztrácí náplň dne, režim a smysl, proč vstávat ráno z postele.

Přestože nám na tuto aktivitu nezbyvá při práci v nemocni čas, snažíme se vždy při konci hospitalizace s pacientem probrat jeho další kroky po propuštění (pokud o to sám stojí), jeho případné obavy a nabízíme v rámci možností řešení – na míru volíme nabídky jednotlivých organizací nejlépe v místě bydliště. Podklady (letáky, informace) sháníme samy a velmi by nám ušetřilo čas, kdyby přímo organizace projevily větší aktivitu a přinášely letáky přímo na pracoviště. Rády bychom představily příklad ideální praxe v naší spolupráci s Asistencí o.p.s., služba podporované zaměstnávání a Ergoaktivem.

Chceme ukázat jak je důležité navázání spolupráce – ideálně kontaktování case manažera ještě před ukončením pobytu pacienta v nemocnici. Příspěvek dále přiblíží koncept case managementu - specifické metody komunitní práce a dlouhodobé podpory provázející klienta napříč celého systému sociální a zdravotní péče.

K přednášce budou přizváni zástupci organizace Asistence o.p.s., Bc. Eva Hrabalová, a Ergoaktivu, Mgr. Veronika Slepíčková, aby zprostředkovaly svůj úhel pohledu.

Název príspevku: Kresba dieťaťa v rannom a predškolskom veku ako odraz vývinu jeho grafomotoriky

Autor: PhDr. Bc. Jaroslava Malček

Ergoterapia sa venuje diagnostike a terapii jemnej motoriky hornej končatiny, ruky dieťaťa od jeho narodenia. Odraz vývinu motoriky ruky môžeme sledovať v grafickej, kresbovej činnosti dieťaťa. V kresbe sa odrážajú aj psychické procesy, kognitívna úroveň, senzomotorická koordinácia, vizuálna percepcia, sústredenie na vizomotorickú činnosť. Ďalej temperament, emočné prežívanie a iné. Grafické práce sú pre deti prirodzené a príjemné. Do istej miery slúžia ako indikátor duševného vývoja, rozumových schopností.

Výtvarná aktivita má zvláštny, biologický význam. V detstve, období intenzívneho vzniku fyziologických a psychologických funkcií má kresba významnú úlohu jedného z mechanizmov k zlepšeniu tela a mysle.

Každé dieťa v určitom úseku svojho života (zvyčajne v rozmedzí od 2 do 3 rokov) vzrušene kreslí, čmára po papieri. Obrázok sa stáva mocným nástrojom pre učenie a reflexiu reality, opisuje zvláštnosti myslenia, predstavivosti, emócií a vôle, úroveň jemnej motoriky. Umožňuje nám hlbšie porozumieť dieťaťu. Keďže je kresba je spojená s najdôležitejšími duševnými funkciami – zrakovým vnímaním, motorickou koordináciou, myslením a podporuje rozvoj týchto funkcií, pomáha dieťaťu organizovať znalosti, usporiadať a bezpečne modelovať čoraz zložitejšie reprezentácie sveta.

Línie, tvary, stopy na papieri zrkadlia orientačne vývinové obdobie v ktorom sa dieťa nachádza. Pre odborníka-ergoterapeuta je detská kresba cenným žriedlom informácií pre pomoc a zdokonaľovanie pôsobnosti dieťaťa.

Účelom príspevku je poskytnúť informácie, a tak pomôcť odborníkom v oblasti ergoterapie vyvodit' kognitívne vývojové úrovne dieťaťa prostredníctvom kreslenia. Pre posúdenie grafomotorických schopností bude prezentované použitie zadania kresby ľudskej postavy (od 3. 5 roka dieťaťa) a hodnotenie prítomnosti a

správneho množstva prvkov, častí tela, ako je hlava, oči , ústa, uši, ruky, nohy atď. Aby sa kresba stala užitočnou, hodnotiacou pomôckou, pre poskytnutie informácií o možných ťažkostiach v oblasti senzorických a motorických schopností dieťaťa a vývojového oneskorenia pre ďalšie ergoterapeutické ovplyvnenie.

Název příspěvku: „Recovery“ – zotavování z pohledu ergoterapie

Autoři: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Kontakt: pomajzlovic@centrum.cz

Anotace:

V posledních desetiletích můžeme zaznamenat výrazný posun ve vnímání duševního zdraví a nemoci - ohnisko zájmu se přesouvá od popisu symptomů nemoci směrem k popisu funkční kapacity a participace jedince, rozvíjí se praxe zaměřená na klienta, je zdůrazňován význam aktivního zapojení uživatelů a jejich rodin do péče, uživatelé se stávají nejen partnery ve spolupráci, ale stávají se také pracovníky v některých službách a spolupodílejí se na vytváření systému péče.

Recovery (zotavení) jako postoj, koncept, model či nové paradigma se šíří jako pozitivní vlna, která vnáší naději do očí pracovníků i lidí s duševním onemocněním a významně formuje změny v systému péče o duševní zdraví. Tato paradigmatická změna má významný vliv na prax všech profesí, ergoterapii nevyjímaje. Jak upozorňuje Gruhl (2005): "Toto paradigma zdůrazňuje mnoho konstruktů dobře známých pro ergoterapeuty, zahrnující např. kvalitu života, zplnomocňování (empowerment), naději, smysluplné aktivity a práci. Ergoterapeuté nejsou s těmito konstrukty jen obeznámeni, ale oslovili tyto koncepty spojené se zotavením jak ve výzkumu, tak v praxi." Jak poznamenává Stoffel (2011), stejně jako Scheinholz (2010), **koncept úzdravy se prolíná a velice dobře koresponduje se základními východisky ergoterapie.**

Je proto významné zabývat se tím, jaké můžeme najít provázanosti mezi konceptem zotavení a ergoterapeutickou praxí, jak můžeme posílit rozvoj na zotavení zaměřené praxe a hledat odpovědi na otázku, jaký je specifický přínos ergoterapie na osobní cestě zotavení lidí s duševním onemocněním má a jakým směrem se má dále rozvíjet.

Tento text se připojuje k "novému proudu", popisuje základní znaky na zotavení orientované praxe a snaží se otevřít diskusi, jak je tento koncept provázán

s ergoterapeutickou praxí v České republice. Klade si také za cíl probudit reflexi vlastní praxe a posílit zájem o tento koncept jak v teoretické, tak v praktické rovině.

"Recovery" - zotavování, z pohledu ergoterapie:

Jak již bylo zmíněno, v posledních letech došlo k významným změnám v pojetí péče o lidi s duševním onemocněním. „Podstatou změny je přesun důrazu z epizodické léčby na úrovni symptomatologie..k **důrazu na zotavení z nemoci a životu po nemoci (koncept recovery)**, tedy k léčbě z hlediska dlouhodobé perspektivy duševně nemocného jako pacienta i jako člověka“ (Foitová, 2009, str. 208-209). Zájem je tedy o chápání a ovlivnění nemoci v širším kontextu, v souvislostech života klienta, jeho potřeb, přání, rolí a vztahů, je zdůrazňována osobní zkušenost těchto lidí a potřeba aliance mezi výzkumníky, pracovníky a lidmi s duševním onemocněním. Jak uvádí Foitová (2009, str. 221) „koncept zotavení obrací pozornost ke kvalitě života s nemocí a po nemoci z úhlu pohledu pacienta“.

Abychom zůstali věrni tomuto konceptu, můžeme říci, že nejpřesnější definice „úzdavy“ či „zotavení“ je vždy slovy lidí, jež sami touto zkušeností prošli. Proces úzdavy je vždy zcela ojedinělý, individuální. Přesto je snaha pojem přesněji definovat a konceptualizovat, jak pro potřeby praxe, tak pro potřeby výzkumu a rozvoje péče o duševní zdraví. V odborné literatuře tak můžeme nacházet různá pojetí a definice.

Zde uvádíme známou definici „zotavení“ z úst profesionálů, jež vyjadřuje respekt k osobní zkušenosti klientů: **„Úzdava (zotavení) je hluboký osobní jedinečný proces proměny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí jedince. Je to cesta, způsob žití života, který přináší uspokojení, naději a prospěch s nebo bez omezení způsobených nemocí. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu vlastního života tak, jak jedinec překonává závažný dopad duševního onemocnění“** (Anthony a kol., 2002, str. 31).

Jinou definici zotavení nabízí Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2005), jež byla vytvořena 110 experty v rámci panelových diskusí, kde byli zahrnuti lidé s duševním onemocněním, jejich rodiny a pečující,

advokáti lidí s duševním onemocněním a pracovníci zdravotních a sociálních služeb. V rámci tohoto summitu bylo také definováno 10 klíčových komponent zotavení, viz níže. Bohužel v České republice zatím k takové otevřené diskusi a definování „úzdavy“ mezi odborníky, klienty a jejich rodinami zatím nedošlo, i když snaha a vliv svépomocných organizací narůstá.

„Zotavení duševního zdraví je cesta hojení a transformace, posilující člověka s duševními problémy žít smysluplný život ve společnosti dle vlastního výběru, zatímco usiluje o dosažení svého maximálního potenciálu“ (SAMHSA, 2005, para.3 in Scheinholz, 2010, str. 8).

Onken (2002 in Brown, Stoffel, Munoz, 2011, str.5) doporučuje chápat "zotavení jako produkt dynamické interakce mezi charakteristikami jedince (self/celá bytost, naděje/smysl významu a důvodů), charakteristikami prostředí (základní materiální zdroje, sociální vztahy, smysluplné aktivity, peer podpora, formální služby, pracovníci těchto služeb) a charakteristikami výměny mezi nimi (naděje, volba/zplnomocňování, nezávislost/vzájemná závislost)." Onken (2002 in Brown, Stoffel, Munoz, 2011) uvádí příklady faktorů, které podporují nebo brání zotavení. Stoffel (2011) dále doporučuje užití tohoto listu faktorů jako nástroje pro reflexi a sebehodnocení vlastní praxe ergoterapeutů pro zapracování faktorů, které podporují zotavení.

„Zotavení“ nemusí být nutně spojeno s vymizením všech symptomů duševního onemocnění (tehdy mluvíme o tzv. **úplné úzdavě nebo „symptomatické úzdavě“**, které dle výzkumů dosahuje 20-30 % lidí se závažným duševním onemocněním (Wilken, Hollander, 2005). Řada autorů (např. Wilken, Hollander, 2005, Anthony a kol., 2002, Brown, Stoffel Munoz, 2011, Foitová, 2009) se však shoduje v tom, že daleko významnější je tzv. **„sociální zotavení/úzdava“**, která „zdaleka není nezbytně vázána na úplné vymizení symptomů“ (Foitová, 2009, str. 220). Stejně tak, jako lidé s fyzickou nemocí či omezením, **„mohou i lidé s duševním onemocněním dosáhnout „zotavení“, přestože nemoc není „vyléčena“ nebo mohou ve skutečnosti dosáhnout úplné úzdavy“** (Fisher, Ahern, 1999 in Anthony a kol., 2002, str. 31). Probstová, Pěč (2014) upozorňují na to, že pojmu zotavení se používá ve dvou pojetích - **klinickém** (symptomatická remise, pozorovetelené obnovení kognitivních, sociálních a pracovních funkcí

(Lieberman, 2008)) a **rehabilitačním** (zaměřením na vnitřní proces, dosažení úspěšné životní adaptace a plnohodnotného života při trvajícím duševním onemocnění (Anthony, 2002).

Deegan (1996, str. 96) upozorňuje na to, že "zotavení neznamena léčbu. Zotavení je spíše postoj, přístup a cesta, jak dosahovat, zvládat výzvy dne". Dále připomíná, že není cílem „úzdavy“ normalizovat člověka, není ani cílem navrátit člověka do „stavu před nemocí“ (což lze jen stěží očekávat, neboť člověk je vždy ovlivněn zkušeností s duševním onemocněním, jak upozorňují Davidson, Connell, Tondora, Staeheli, Evans (2005)), nemůžeme také soudit či rozhodnout, kdo dosáhne úzdavy a kdo nikoli. Naší úlohou **je vytvořit pevný, na skutečném zájmu postavený, podporující vztah s těmi, se kterými pracujeme, abychom maximalizovali jejich šance v zotavení** (Deegan, 1996). Je třeba mít na paměti, že každá cesta k zotavení je jedinečná, někdy postupuje rychle, jindy se zpomalí, je provázena úspěchy i neúspěchy, ale vždy je spojena s hledáním smyslu v životě.

Ergoterapeuté mohou významně přispět na cestě k zotavení právě svým zaměřením na hledání smysluplných aktivit v životě (engaging occupation), obnovu či nalezení nových životních rolí, hledání osobního potenciálu člověka atd. Jak upozorňuje Gruhl (2005), ergoterapeuté by měli v stát v čele rozvoje konceptu zotavení, neboť mohou přispět významnou praktickou i teoretickou zkušeností v oblastech, které se ukazují pro proces zotavení jako klíčové.

Gagne (2004 in Weeghel, 2009, str. 21) popsal „čtyři fáze procesu zotavení:

1. „Přemožení“ nemoci - klient je zmaten, destabilizován symptomy, které ho přemáhají. Zaměřuje se především na mentální a tělesné přežití. Tato fáze je spojena s pocity beznaděje, bezmoci a izolace.

2. Zápas s nemocí – zde se otevírá otázka, jak lze žít život s nemocí. Klient vyvíjí způsoby, jak se aktivně vyrovnat se symptomy a znovu nalézt sám sebe. Zápasí především s nedostatkem důvěry a adekvátních reakcí na nemoc. Ještě stále se obává, že ho znovu zaplaví nemoc.

3. Život s nemocí – strach se zmenšuje, protože roste důvěra, že s chorobou lze žít. Klient vyvíjí nové „já“ a učí se znát svá omezení a silné stránky. Restituuje se

spojenectví s nejbližšími zúčastněnými, obnovují se staré role a zkouší nové. Omezení jsou stále ještě pociťována, ale vznikl přístav, kam je možno se uchýlit.

4. Život mimo nemoc – onemocnění se dostává více do pozadí. Klient se cítí spojen s ostatními a je opět schopen plnit požadované role. V různých oblastech se manifestují nadání a možnosti. Je prostor pro nové významy a cíle v životě."

Tyto fáze zobrazují „ideální“ proces zotavení. Ve skutečnosti však takový proces neprobíhá lineárně, je komplexní, dlouhodobý, plný zvrátů, krizí a regresů. Je proto třeba tyto fáze relativizovat a spíše naslouchat osobnímu příběhu klienta a jeho aktuálnímu prožívání a nastavení směrem k úzdavě. „Zotavování je něco, co musí udělat sami lidé s psychickými onemocněními. Ostatní je však v tom mohou podpořit“ (Weeghel, 2009, str. 21).

Anthony a kol.(2002) uvádějí osm východisek/předpokladů úzdravy:

- K úzdavě může dojít bez odborného zásahu. Profesionálové nejsou klíčem k úzdavě, jedinec však ano. Úzdava může být usnadněna díky vlastnímu přirozenému systému podpory. Této schopnosti jedince se využívá např. ve svépomocných skupinách, rodinách, přátelských vztazích apod.
- Společným jmenovatelem úzdravy je přítomnost lidí, kteří v úzdavu věří a stojí při člověku, který úzdavu potřebuje.
- Vize úzdravy nesouvisí s teorií o příčinách duševních nemocí.
- Úzdava může nastat, i když se příznaky nemoci opakují. I při epizodických onemocněních je úzdava možná.
- Úzdava mění frekvenci a trvání příznaků nemoci.
- Úzdava neprobíhá jako lineární proces. Úzdava zahrnuje úspěchy i neúspěchy, období rychlých změn i změn malých.
- Zotavení z následků nemoci je někdy těžší, než zotavení z nemoci samotné.
- Schopnost zotavení se z duševní nemoci neznamena, že člověk nebyl „opravdu nemocný“.

Davidson a kol. (2009) definoval elementy úzdravy, které mohou být pro pracovníky vodítkem, jak lidi s duševním onemocněním podpořit na cestě k jejich zotavení.

<i>Elementy úzdravy (upraveno dle Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli and Evans, 2005, str. 18-19)</i>	
Element	Popis
Obnova naděje a odhodlání	Mít pocit naděje a věřit v možnost obnovení sebevědomí a smyslu, doprovázeno touhou a motivací, je pro úzdravu nezbytné.
Předefinování svého já	Jde snad o nejvíce zastřešující aspekt úzdravy, kdy je duševní nemoc vnímána jen jako jeden aspekt multidimenzionální identity, spíše než jako sociální role "duševně nemocný pacient".
Přijetí nemoci	Jde o první krok k úzdravě, uznání a přijetí omezení, které z nemoci vyplývají. To člověku pomáhá objevit talenty, dary a možnosti, které mu pak umožňují dosáhnout životních cílů navzdory přítomnosti nemoci.
Zapojení se do smysluplných aktivit	Zastávání normální, funkční sociální role a tím přidávání hodnotných příspěvků do společnosti, je základním kamenem úzdravy.
Překonání stigma	Lidé se musí zotavit z důsledků sociálního a společenského stigma, jakož i z účinků samotného onemocnění. Úzdrava spočívá v rozvoji odolnosti vůči stigma a/nebo aktivního boje proti němu.
Přijetí kontroly	Lidé musí převzít hlavní zodpovědnost za svou transformaci ze zdravotně postižené osoby na osobu v úzdravě. Je zde předpoklad, že kontrola nad vlastním životem a léčbou přispívá k obnovení sebevědomí. Lidé mají mít možnost volby, ale měli by mít také příležitost úspěchu i selhání.
Umožňovat a uplatňovat občanství	Vzniká smysl zmocnění a kontroly nad vlastním životem, lidé v procesu úzdravy začnou požadovat stejná práva a brát na sebe stejné povinnosti jako ostatní občané.

Management symptomů	I když kompletní remise symptomů není nutná, možnost řídit příznaky nemoci je pro úzdravu nezbytná. Úzdrava zahrnuje jak období dobrých a těžkých časů, neúspěchů a úspěchů, tak doby, kdy bývají příznaky více či méně řízené. Posun nastává tehdy, kdy se pouhé přijímání služeb mění na aktivní účast v léčbě a snahu dostat příznaky nemoci pod nějakou míru kontroly.
Podpora od ostatních	Úzdrava se neprovádí sama. Člověk potřebuje společnost a podporu od druhých, ať už jde o rodinné příslušníky nebo přátele, odborníky, členy společnosti nebo vrstevníky, kteří poskytují povzbuzení při překonávání těžkých časů a pomáhají podpořit to dobré.

V odborné literatuře a především v nových výzkumných studiích můžeme nalézt popis řady účinných faktorů v procesu zotavení. Za pozitivní můžeme považovat to, že expertní znalost vlastní zkušenosti s onemocněním je stále více vyzdvihována do popředí a peer experti jsou stále více zapojováni jak do praxe, tak do výzkumných studií. SAMHSA (2009 in Stoffel, 2011) vydalo národní dohodu pro zotavení z duševního onemocnění (National Consensus Statement on Mental Health Recovery) a popsalo **10 klíčových komponent zotavení**, jež se očekává, že budou naplněny ve službách a systému péče na zotavení orientovaném (SAMHSA, 2009 in Stoffel, 2011, SAMHSA, 2011):

- ❖ Řízená uživateli - člověk s duševním onemocněním sám určuje svou cestu zotavení.
- ❖ Individualizovaná a na osobu zaměřená - je mnoho cest k dosažení zotavení založených na osobních jedinečných silných stránkách, potřebách, preferencích, zkušenostech atd.
- ❖ Zplnomocňování - uživatelé mají moc vybrat si z širší možnosti a participovat na veškerých rozhodnutích, skrze zplnomocňování jedinec získává kontrolu nad svým osudem a ovlivňuje organizační a sociální struktury v jeho/jejím životě.
- ❖ Holistická - zotavení zahrnuje celý život jedince, obsahuje všechny aspekty života, zajišťující smysluplný přístup k potřebné podpoře na různých úrovních.

- ❖ Nelineární - zotavení není proces krok za krokem, ale je založený na kontinuálním růstu, občasných krocích zpět, a učení se z těchto zkušeností.
- ❖ Na silných stránkách postavený - zotavení se zaměřuje na cenění si a stavění na mnohočetné kapacitě, talentech, odolnosti, schopnostech zvládnání a neodmyslitelné hodnotě jedince.
- ❖ Peer podpora - vzájemná podpora - zahrnující sdílení zkušeností, dovedností a sociálního učení - hraje nenahraditelnou roli v zotavení.
- ❖ Respekt - komunita, systémy a společenské přijetí a uznání uživatelů - zahrnujíce ochranu práv a eliminaci diskriminace a stigmatu - jsou klíčové v dosahování zotavení. Sebepřijetí a znovunabytí víry v sebe sama jsou obzvlášť významné.
- ❖ Odpovědnost - uživatelé mají osobní odpovědnost pro jejich vlastní péči o sebe a jejich cesty zotavení. Podniknout kroky směrem k jejich cílům může obnášet velkou odvahu. Uživatelé musí usilovato to, aby porozuměli a dali význam jejich zkušenosti s nemocí a identifikovali své strategie zvládnání a procesy hojení k rozvoji vlastního pocitu pohody.
- ❖ Naděje - zotavení poskytuje esenciální a motivující zprávu o lepší budoucnosti - že lidé mohou překonat bariéry a překážky, které je konfrontují. Naděje je internalizovaná, ale může být posílena peery, rodinami, přáteli, poskytovateli služeb a dalšími. Naděje je hnací silou procesu zotavení.

Jak shrnuje Deegan (1988 in Wilken, Hollander, 2005, str. 36): „Zotavení je něco, co člověk s disabilitou musí udělat sám o sobě, ale rehabilitace je něco, co pomáhající profesionálové mohou udělat pro to, aby podpořili proces zotavení“.

Role ergoterapeutů v procesu zotavení:

Jak již bylo zmíněno, koncept "zotavení je v plné shodě s filozofií oboru ergoterapie, která je neodmyslitelně na klienta orientovaná, spolupracující, a zaměřená na podporu odolnosti, plné participace, podporu zdraví a zdravý životní styl, jak popisuje AOTA (2016, str.1).

Osobně považuji tento koncept, nebo spíše toto paradigma, za natolik významné, že by nemělo řídit pouze práci ergoterapeutů v oblasti péče o duševní zdraví, ale mělo by umožňovat nalézat nové možnosti přístupu a práce také v dalších oblastech práce ergoterapeutů. Každý člověk, který prodělá závažné onemocnění se musí vyrovnávat s jeho následky a postupovat svou jedinečnou cestu zotavení. Porozumění tomuto konceptu by mohlo pomoci ergoterapeutům i klientům ve vzájemném přiblížení se a v nalezení účinnější pomoci v těžké životní situaci vyrovnávání se s nemocí.

Významné asociace ergoterapeutů v zahraničí (AOTA, CAOT, Occupational Therapy Australia, College of Occupational Therapists UK) s tímto konceptem již pracují, rozvíjejí ho v rámci některých výzkumů a integrují do doporučených postupů práce. V roce 2011 AOTA identifikovala Koncept Zotavení a Model Peer podpory jako jedno z prioritních témat pro rozvoj ergoterapie.

Alarmující pro situaci ergoterapie v České republice je jistě fakt, že tento koncept není dosud v našem oboru systematicky rozvíjen a oblasti péče o duševní zdraví je věnována jen malá pozornost. Za velmi závažný považuji fakt, že v **rámci probíhající transformace psychiatrické péče v České republice není o ergoterapii nijak uvažováno a v rámci vznikajících Center duševního zdraví není profese ergoterapie nijak zavzata**, ačkoli právě zde by mohla velmi přispět k podpoře rehabilitace a zotavení. Je proto více než nutné, aby se ergoterapeuté působící v této oblasti, stejně jako profesní organizace ergoterapeutů, zasadili o změnu a prosadili zavzetí oboru ergoterapie do koncepce transformace psychiatrické péče a podíleli se na rozvoji dobré praxe ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví.

Jak uvádí Peters (2011, str. 28), „ergoterapie pracuje na umístění sebe sama jako oboru, který zahrnuje a přijímá principy úzdravy“.

Dle AOTA (2011) může ergoterapeut aplikovat při procesu úzdravy v oblasti duševního zdraví tyto znalosti a dovednosti:

- „Učit a podporovat aktivní využívání copingových strategií s cílem pomoci zvládat dopady symptomů nebo nemoci na život jedince a umožnit zapojení do aktivit volby.

- Pomoci identifikovat a implementovat zdravé návyky, rituály a rutinu na podporu wellness a zdravého životního stylu.
- Podporovat identifikaci osobních hodnot, potřeb a cílů, aby se jedinec mohl samostatně rozhodovat, například při zvažování možností bydlení a zaměstnanosti.
- Podporovat vytváření a využívání akčního plánu úzdravy ve skupině nebo individuálně.
- Poskytovat informace ke zvýšení povědomí o komunitních zdrojích, jako jsou skupiny vedené uživateli a jiné možnosti podpory.
- Poskytovat informace o tom, jak sledovat příznaky na fyzickém zdraví (např. management při diabetu, kouření), vypracovat strategie pro kontrolu chronických příznaků a umět rozpoznat a reagovat na akutní změny.
- Podporovat schopnost zapojit se do dlouhodobého plánování (např. rozpočet pro hlavní výdaje, příprava zdravotních směrnic a směrnic pro péči o suševní zdraví), které vede k dosažení osobních cílů úzdravy“.

V odborné literatuře můžeme najít řadu zajímavých výzkumů, které ergoterapeuté již realizovali v souvislosti s konceptem zotavení. Stoffel (2011) povzbuzuje ergoterapeuty k většímu zapojení do výzkumných studií a k implementaci konceptu zotavení do své praxe.

Se zvyšujícím se zájmem o úzdravu, v praxi začíná vznikat evidence a nástroje, které se snaží úzdravu konceptualizovat a vyhodnocovat aspekty úzdravy, jako je naděje, zplnomocnění (empowerment) a sebeurčení. Cambell-Orde, Chamberlin, Carpenter, Leff (2005) sestavili a revidovali první vydání kompendia takových nástrojů. Pro příklad uvádíme některé z nástrojů: **Recovery Assessment Scale, Recovery Enhancing Environment Scale, Hope Scale, Making Decision Empowerment Scale, Empowerment Scale** atd. V praxi je ovšem nabídka nástrojů daleko širší. Stoffel (2011) vybízí ergoterapeuty k seznámení s těmito nástroji a k jejich zařazení v rámci vstupního hodnocení i závěrečného vyhodnocení programu. **Zabývání se tématem úzdravy také může lépe směřovat intervence ergoterapeuta, které tak mohou více odpovídat fázi úzdravy a potřebám klienta v posílení faktorů podněcujících úzdravu.** Výše

zmíněné kompendium a také řada informací, týkající se zplnomocňování a úzdravy, je dostupná na webových stránkách The National Empowerment Center (<http://power2u.org>).

Můžeme si jistě klást otázku, jak ergoterapeuté mohou toto paradigma zapracovat do své každodenní praxe a jak mohou specificky podporovat proces zotavení. Doroud, Fossey (2015) např. ve svém článku konceptualizují zotavení za **použití Modelu MOHO** a doporučují jeho užívání jako vhodného vodítka pro konceptualizaci a vedení na zotavení orientované ergoterapeutické praxe.

I přes řadu obtíží a překážek, jak na úrovni systému, ale také na úrovni profesních paradigmat, osobních postojů, hodnot a přetrvávajících stereotypů vnímání duševního onemocnění, je koncept zotavení spojen s otevřením řady nových možností a především s velkou nadějí a změnou postojů a přístupu. Jak shrnuli ergoterapeuté v rámci šetření, které realizovali v Kanadě White, Casey, Chen (2011), **"zotavení musí být přístup vycházející ze srdce"**.

Použitá odborná literatura:

ANTHONY, W.; COHEN, M.; FARKAS, M.; GAGNE, CH. *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston USA: Center for Psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University, 2002. 406 p. ISBN 1-878512-11-0.

AOTA: *Occupational Therapy's Role in Mental Health Recovery, Fact Sheet*, 2016. Dostupné na: <http://www.aota.org/Practice/Mental-Health/Emerging-Niche/Recovery.aspx>, dne: 31.7.2016

CAMBELL-ORDE, T.; CHAMBERLIN, J.; CARPENTER, J.; LEFF, H. *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures, Volume II*. [online]. Cambridge, MA: The Evaluation Center @HSRI, 2005 [cit. 2013-4-14]. Dostupný na WWW: <http://www.power2u.org/downloads/pn-55.pdf>

DAVIDSON, L.; CONELL, M. J.; TONDORA, J.; STAEHELI, M.; EVANS, A. *Recovery in Serious Mental Illness: Paradigm Shift or Shibboleth?* In DAVIDSON, L.; HARDING, C.; SPANIOL, LER. *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*. 1st ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2005. 484 p. ISBN 13: 978-1-878512-16-1.

DEEGAN, P.E. Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, Vol 19, No 3, p. 91-97. ISSN 1095-158X.

DORROW, N., FOSSEY, E., FORTUNE, T.: *An Occupational Perspective on Recovery for People Experiencing Mental Health Issues*. 2015, ResearchGate, <https://www.researchgate.net>.

FOITOVÁ, Z. *Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. a kol. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

GRUHL, Kl.: Reflections on ... the recovery paradigm: should occupational therapists be interested? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2005 Apr., 72(2): 96-102.

LIBERMAN, R.P.: *Recovery from Disability, Manual of Psychiatric Rehabilitation*. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2008. 588 p. ISBN 978-1-58562-205-4.

PETERS, CH. *History of Mental Health: Perspectives of Consumers and Practitioners*. In BROWN, C.; STOFFEL, V. C.; MUÑOZ, J. P. *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. 1st ed. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2011. 811 p. ISBN 987-0-8036-1704-9.

PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O.: *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

SAMHSA: *Operationalizing Recovery-Oriented Systems, Expert Panel Meeting Report*. 2012. Dostupné na: <http://www.samhsa.gov/sites/default/files/expert-panel-05222012.pdf>, dne: 31.7.2016

SCHEINHOLTZ, M. K. *Occupational Therapy in Mental Health, Considerations for Advanced Practice*. 1st ed. Bethesda, USA: The American Occupational Therapy Association, Inc., 2010. 360 p. ISBN-13: 978-1-56900-274-2, ISBN-10: 1-56900-274-2.

STOFFEL, V.C. *Recovery*. In BROWN, C.; STOFFEL, V. C.; MUÑOZ, J. P. *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. 1st ed. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2011. 811 p. ISBN 987-0-8036-1704-9.

WEEGHEL, J. Van *Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními*. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. a kol. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

WILKEN, J. P.; HOLLANDER, den D. *Rehabilitation and Recovery, A Comprehensive Approach*. 1st ed. Amsterdam: SWP Publishers, 2005. 262 p. ISBN 90-6665-674-3.

WHITE, C., CASEY, R., CHEN, S.P.: *Toward recovery-oriented mental health care: Next steps for occupational therapists*. *Occupational Therapy Now*, Vol. 13.3, 2011. Dostupný na [www. http://www.caot.ca/otnow/May11/mentalhealth2.pdf](http://www.caot.ca/otnow/May11/mentalhealth2.pdf), dne: 31.7.2016

Název příspěvku: Potenciál spolupráce fyzioterapeuta s ergoterapeutom u pacientov s roztrúsenou sklerózou

Autoři: Barbora Sedláková, Kamila Řasová

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství, 3. LF UK a FNKV v Praze

Úvod do problematiky

Až 75 % lidí s roztrúsenou sklerózou (RS) vykazuje sníženou unilaterálnu alebo bilaterálnu zručnosť horných končatín (HK), už aj v začiatkových štádiách nemoci. Dysfunkcia horných končatín tak prispieva k zníženiu schopnosti vykonávať aktivity denného života, znižuje nezávislosť a kvalitu života (Johansson et al. 2007). Aj keď funkcia HK je nepostrádateľná, je jej venovaná len malá časť výskumu. Stratégia liečby u pacientov s RS sa sústreďí najmä na spomalenie progresu ochorenia a udržanie funkčného statusu pacienta. Štúdie sa primárne zameriavajú na zlepšenie funkcie dolných končatín (DKK), zlepšenie stability alebo celkovú kondíciu pacienta, a v porovnaní so štúdiami cieľenými na HKK je ich mnohopočetne viac (Lamers et al., 2015).

Ako uchopiť a smerovať terapiu pre zlepšenie funkcie HKK aby mala maximálny prínos pre pacienta?

Prístupy k terapii dysfunkcie HK sú rôzne: na cieľ zamerané terapie, senzorický tréning, rôzne typy cvičení, ergoterapia – nácvik denných činností, terapie s využitím robotického prístroja, multidisciplinárny prístup - ktorý ale často nie je detailnejšie definovaný, atď. (Lamers et al., 2015).

Pre pohybovú koordináciu má zásadný význam senzorická informácia zo zmyslov a propiocepčia zo svalov, kĺbov a vestibulárneho aparátu. Bez senzorického vstupu nie je možná kontrola, učenie, zmena, zlepšenie (Véle F., 1997).

Facilitačné metódy, sú nie presne vymedzené metódy, používajúce neurofyziologické poznatky k uľahčeniu pohybu, ktorý nemocný nemôže vykonať pre poruchu nervového systému (NS). Facilitácia využíva pohybové vzory ako predurčené pohybové možnosti, ktoré sa realizujú pri podráždení príslušnej oblasti NS, kde je pohybový vzor integrovaný. V rehabilitácii pomáha prekonať nedostatok

spontánnych vzruchov. Keď je odstredivá dráha poškodená, takže normálna intenzita podnetov nestačí vyvolať dost' silný vzruch na príslušnej NS platničke - umelo navodzujeme dostredivé podnety, potreba sumácie. Pri terapii je vyslaných mnoho dostredivých vzruchov z periférnych receptorov a facilitujú činnosť poškodených neurónov natoľko že pomôžu preniesť podnet na NS platničku a vykonať daný pohyb (Pfeifer J., 1976).

Horné končatiny sú uchopovacím a manipulačným orgánom človeka a slúžia k sebaobsluže, práci, komunikácii a aktívne sa účastina pri zdieľaní alebo prijímaní kinetickej energie (Véle, F., 1997). Selektívna pohyblivosť HKK, je závislá nie len na normálnej neuromuskulárnej inervácii svalov paže ale taktiež svalov ramenného pletenca, trupu a dolných končatin. Každý kĺb závisí na ostatných kvôli stabilita a kontrole pohybu pri vykonávaní selektívnej hybnosti. Proximálna stabilita je nevyhnutná pre funkciu horných končatín (Edwards S., 2002) .

Pre terapiu je dôležitá nielen posturálna stabilita a motorické učenie, ktoré sú hlavným cieľom práce fyzioterapeuta, ale aj cielená práca s rukou ako takou – uchopovanie, manipulovanie a nácvik činností. A práve tieto činnosti sú jedným z cieľov ergoterapeuta - umožniť osobám zachovať maximálnu sebestačnosť v aktivitách denného života (ADL), pracovných, záujmových a rekreačných činnostiach. Podporiť maximálnu možnú participáciu jedinca v bežnom živote. Využíva špecifické metódy a techniky, nácvik konkrétnych činností či prispôsobenie prostredia. Ergoterapeut pomáha riešiť praktické otázky súvisiace so znížením či stratou sebestačnosti v činnostiach, ktoré sú pre človeka nepostrádateľné.

Štúdia „VPLYV FYZIOTERAPEUTICKÝCH FACILITAČNÝCH TECHNÍK NA FUNKCIU HORNÝCH KONČATÍN U PACIENTOV S ROZTRUSENOU SKLERÓZOU“

Cieľom tejto štúdie je dokázať pozitívny vplyv facilitačnej terapie na funkciu HK, rozšíriť poznatky v oblasti hodnotenia klinických prejavov ochorenia (trasu) a fyzioterapie pacientov s RS. Ide o multicentrickú štúdiu, ktorá je koordinovaná medzinárodnou organizáciou Rehabilitation in Multiple Sclerosis a účastní sa na nej desiat európskych krajín.

Design štúdie

Probandi splňujúci vstupné kritériá boli vybraní z pražským MS centier: diagnóza MS na základe McDonaldových (Polman, 2011) kritérií, porucha funkcie HKK, bez relapsu za posledný mesiac, bez zmeny medikácie, bez kortikoidov za posledný mesiac.

Pacienti absolvovali v priemere 15 terapií počas 9 týždňov. S pacientmi sme pracovali výhradne v ambulantnej starostlivosti. Všetci pacienti pred vstupom do štúdie podpísali informovaný súhlas schválený etickou komisiou 3. LF UK v Praze. Pacienti boli vyšetrení celkom štyri krát. Prvé vyšetrenie prebehlo 1 mesiac pred zahájením terapie, druhé vyšetrenie prebehlo tesne pred terapiami, tretie vyšetrenie hneď po skončení terapií a štvrté 2 mesiace po ukončení terapií kvôli dlhodobému efektu terapie.

Vyšetrenie

V rámci štúdie boli zaznamenané základné deskriptívne údaje zaznamenané v tabuľke 1. Klinické testy zaznamenané fyzioterapeutom a dotazníkové testy zaznamenané pacientom sú znázornené v Tabuľke 2.

Vyšetrenie trasy bolo prevádzané pomocou akcelerometru LIS 3LV02DQ (od firmy ST Micro).

Tabuľka 1: základné deskriptívne údaje

Deskriptívne údaje	
Popisné merania	
Vek	
Pohlavie	
Výška v centimetroch, hmotnosť v kilogramoch, body mass index	
Doba trvania onemocnenia od stanovení diagnózy	
Typ roztrúsenej slerózy	

Úroveň postihnutia	Expanded Disability Status Scale (EDSS) Performance Scales (PS)
Závažnosť únavy	Fatigue Scale for Motor and Cognitive functions (FSMC)
Kognitívne funkcie	Symbol Digit Modalities Test (SDMT)
Užívanie symptomatickej liečby	

Tabuľka 2

Vyšetrenie HKK	
Terapeutom zaznamenané testy	
Úroveň telesnej funkcie a štruktúry	Pinch strength Hand grip strength (JAMAR) Fatigability: plate tapping test Trunk Impairment Scale modified Norwegian version (TIS-modNV)
Úroveň aktivity: výkon	Nine Hole Peg Test (NHPT) Box and Block Test (BBT) Coin rotation task (CRT) Action Research Arm test (ARAT)
Testy prezentované pacientom	
Úroveň telesnej funkcie a štruktúry	Spasticity 0-10 numeric rating scale (NRS/VAS) VAS svalová slaboosť VAS citlivosť VAS koordinácia VAS unaviteľnosť
Úroveň aktivity: vedomé prevedenie	Manual Ability Measurement (MAM-36) ABILHAND Performance Scale hand function (PS hand) Extremity Motor Activity Log (EU-MAL)

Sociálno – ekonomické meranie	
	Euroqol 5 dimensions 5 levels, EQ - 5D - 5L Multiple Sclerosis Impact Scale 29, MSIS – 29

Terapie

V terapii sme použili flexibilné mechanizmy prospešné pre pacienta v akejkoľvek forme. Bolo použité celé spektrum facilitačných prvkov, aby sme čo najlepšie mohli vyhovieť potrebám pacientov s RS. Terapie spočívali vo využití techník z propioceptívnej nemuromuskulárnej facilitácie (PNF) - pohybové vzory, aktívny pohyb proti odporu, rytmická stabilizácia, opakované kontrakcie; aplikovaného PNF - prechádzali sme s ľahších unilaterálne a bilaterálne symetrických až k bilaterálne asymetrickým ipsilaterálnym a kontraleterálnym vzorom (Adler, 1993). Ďalej sme využívali prvky z vývojovej rady na aktiváciu stabilizáciu svalov v oblasti ramenných pletencov a stabilitu horného trupu. Pre ozrejmienie a uvedomenie si pohybov sme využili Feldenkraisovu metódu, aby pacienti viacej vnímali svoje telo, najmä oblasť panvy a horného trupu a končatín (Wildman, F., 1999) .

Výsledky a záver

Štúdie sa zúčastnilo 14 ľudí s RS. Charakteristika súboru je uvedená v *Tabuľke 3*.

Tabuľka 3: Deskriptívne údaje súboru pacientov

Deskriptívne údaje	
vek (roky)	46,5 ± 10,9
Pohlavie M/Ž	3/11
Diagnóza (mesiace)	139,7 ± 62,3
EDSS - úroveň postihnutia	4,4 ± 1,9
Asistenčné pomôcky áno / nie	7/7

Typ RS RR/PP/SP	10 / 1/ 3
Dominancia HK pravá / ľavá	12/2
FSMC - závažnosť únavy	66,8 ± 14,1
SDMT - kognitívne funkcie	43,6 ± 13,2

V našej štúdii sme dokázali pozitívny efekt facilitačnej terapie na funkciu HK najmä na zručnosť a koordináciu. Štatisticky významný výsledok vyšiel pri testoch hodnotiacich postihnutie trupu TISmod NV ($p=0,05$), dotazník dopadu RS - MSIS 29 ($p=0,018$), dotazník na manuálnu zručnosť - Abilhand ($p=0,011$), test aktivity ruky - Action reach arm test (pravá ruka $p=0,03$) a test hodnotiaci rýchle pohyby a koordináciu P/Ľ končatiny - Plate tapping test ($p=0,010/ p=0,018$). Pri testoch hodnotiacich jemnejšie zručnosti HKK (NHPT, BBT, CRT, ...) sa výsledok ukázal ako štatisticky nevýznamný. Predpokladáme, že kombináciou fyzioterapeutického a ergoterapeutického prístupu by sme mohli ponúknuť pacientom efektívnejšiu rehabilitáciu a tým pádom skvalitniť život.

Použitá literatúra:

ADLER, S.; DECKERS, D.; BUCK, M. PNF in practise. 1993.

EDWARDS, Susan. *Neurological physiotherapy: a problem-solving approach*. Elsevier Health Sciences, 2002.

JOHANSSON S, et al.. High concurrent presence of disability in multiple sclerosis. Associations with perceived health. *J Neurol* 2007 June;254(6):767-73.

LAMERS, Ilse, et al. Upper Limb Rehabilitation in People With Multiple Sclerosis A Systematic Review. *Neurorehabilitation and neural repair*, 2016, 1545968315624785.

PFEIFFER, Jan. *Facilitační metody v léčebné rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1976, 267 s

POLMAN CH, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011 February;69(2):292-302

VÉLE F. Kineziologie pro klinickou praxi. Praha: Grada; 1997

WILDMAN, Frank. *Feldenkrais a jeho metoda: cvičení pro každý den*. Pragma, 1999

Název příspěvku: Současné trendy v rehabilitaci horní končetiny u neurologických pacientů

(využití statických progresivních dlah Joint Active System, dynamických ortéz Saebo a funkční elektrické stimulace Bioness H200)

Autor: Mgr. Tereza Sádlová

Kompletní obnova funkce horní končetiny u pacientů po cévní mozkové příhodě nastává pouze u 20% přeživších pacientů. Funkční a na úkol zaměřený trénink (functional task-oriented training) se prokázal jako nejúčinnější pro terapeutickou intervenci ve srovnání s klasickými hands-on terapeutickými přístupy. Společně s vysokým počtem opakování pohybu a vysokou intenzitou cvičení docílíme nejúčinnější stimulace kortikálních změn mozku. Tyto parametry – **funkční a na úkoly zaměřené tréninky – vysoké počty opakování – vysoká intenzita cvičení** - nám umožňují zajistit nové rehabilitační technologie poskytující pacientům trénink obnovy ztracené funkce horní končetiny, které vznikají následkem léze v centrální nervové soustavě (Graham, 2014).

Syndrom horního (centrálního) motoneuronu, který je charakteristický následujícími projevy: parézou, svalovou hyperaktivitou a zkrácením měkkých tkání, narušuje funkci jak horní, tak dolní končetiny a výrazně ovlivňuje výkon denních aktivit pacientů po cévní mozkové příhodě. Schopnost uchopit, držet a manipulovat s předměty zůstává nedostatečná u 55-75% pacientů 3-6 měsíců po vzniku cévní mozkové příhody. Pouze 5-20% pacientů po cévní mozkové příhodě dosáhne téměř plné obnovy funkce horní končetiny (Nakayama et al., 1994). Nejdůležitějším faktorem pro prognózu obnovy funkce horní končetiny zůstává počáteční tíže poruchy motoriky a funkce (Coupar et al., 2012). Autoři udávají, že pacienti bez aktivní hybnosti v ramenním a loketním kloubu při počátcích onemocnění mají nejnižší potenciál obnovit narušené funkce celé horní končetiny (Houwink et al., 2013).

V praxi běžně užívané hands-on neurofyziologické terapeutické přístupy využívající principů např. Bobath konceptu, Proprioceptivní neuromuskulární

facilitace, spirální dynamika nebo jiné facilitační techniky (míčkování, kartáčování) mají jen málo podpůrných důkazů o jejich jisté účinnosti na obnovu funkce horní končetiny u pacientů po cévní mozkové příhodě ve spastickém stádiu onemocnění (Luke et al., 2004; Winter et al., 2011). Naproti tomu existují rostoucí důkazy o klinické účinnosti terapie horní končetiny moderními rehabilitačními technologiemi. Tyto technologie zahrnují mechanická a elektrická zařízení, která pomáhají terapii jednotlivých projevů syndromu centrálního motoneuronu. Výzvou se může zdát, jak začlenit do terapie postiženou horní končetinu s nulovou aktivní funkcí nebo s vysokou svalovou hyperaktivitou a zároveň zajistit doporučené parametry terapie – funkční a na úkoly zaměřené tréninky – vysoké počty opakování – vysoká intenzita cvičení. Cíle terapie horní končetiny s využitím těchto rehabilitačních technologických zařízení je nejen otevírat a zavírat paretickou ruku, ale zejména začlenění postižené horní končetiny do cílených aktivit a výkon běžných denních činností. Požadované parametry terapie spastické parézy splňuje funkční elektrická stimulace Bioness H200, která má podobu funkčně tvarované ortézy na ruku a předloktí a díky pěti povrchovým elektrodám přenáší elektrický proud k motorickým nervům svalů ruky. Ortéza umožňuje pacientovi otevírat a zavírat ruku, dále vykonávat klíčový nebo klešťový úchop díky stimulaci svalů thenaru. Další parametry splňujícím technologickým zařízením je celý systém funkčních dynamických ortéz Saebo – např. SaeboFlex a SaeboReach. Systém Saebo nahrazuje zejména kritéria, která nesplňují pacienti zařaditelní do tzv. terapie zamezeného užívání (z angl. Constraint Induced Movement Therapy) – aktivní extenze prstů a zápěstí. Systém dynamických ortéz Saebo mohou využívat pacienti, kteří mají porušenou úchopovou funkci ruky (obtíže s uchopením, manipulací a uvolněním předmětu) a/nebo mají narušenou funkci tzv. reachingu (natažení se/přiblížení k uchopovanému předmětu) v loketním kloubu. SaeboFlex je na zakázku vyrobená funkční ortéza na prsty, hřbet ruky a předloktí. Ortéza umožňuje pacientovi aktivně uchopovat denní předměty díky flexi a extenzi prstů. Systém variabilních pružin umožňuje pacientovi znovu otevřít ruku tak, aby mohl uchopovaný předmět znovu uvolnit. SaeboReach je určena pro pacienty, kteří mají mimo jiné také omezenou aktivní hybnost v loketním kloubu. Pacientům s tímto motorickým deficitem nahrazuje funkci přiblížení horní končetiny k předmětu v prostoru. Pro prevenci zkrácení měkkých tkání, event. pozdní prevence vzniku

kontraktur využíváme progresivní dlahy Joint Active System. Tyto dlahy se ukazují v praxi jako vhodné k splnění podmínek progresivního prolongovaného statického strečinku svalů do krajní polohy s výdrží zde dle doporučeného terapeutického protokolu. Dlahy na segmenty horní končetiny jsou vyráběny na prsty, zápěstí, předloktí, loket a rameno.

Rehabilitace horní končetiny pacientů po cévních mozkových příhodách se prokázala nejefektivnější a nejúčinnější s výkonem intenzivních, opakujících se a na úkoly orientovaných cvičení (Graham, 2014). Optimističtější prognózu pro obnovu ztracené funkce a vyšší zapojení postižené horní končetiny do výkonu denních aktivit poskytl vývoj rehabilitačních technologií, jež některé z nich jsou popsány výše.

Referenční zdroje:

- 1) GRAHAM, J. Technology for rehabilitating the upper limb after stroke: the hand. *BJNN, Stroke association supplement*, 2014. 10(2): 19-24 s.
- 2) NAKAYAMA H., JORGENSEN, HS., RAASCHOU, HO., OLSEN, TS. Compensation in recovery of upper extremity function after stroke: the Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 1994. 75(8): 852-857 s.
- 3) COUPAR, F., POLLOCK, A., ROWE, P., WEIR, C., LANGHORNE, P. Predictors of upper limb recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*, 2012. 26(4): 291-313 s.
- 4) HOUWINK, A., NIJLAND, RH., GEURTS, AC., KWAKKEL, G. Functional recovery of the paretic upper limb after stroke: who regains hand capacity? *Arch Phys Med Rehabil*, 2013. 94(5): 839-844 s.
- 5) LUKE, C., DODD, KJ., BROCK, K. Outcomes of the Bobath concept on upper limb recovery following stroke. *Clin Rehabil*, 2004. 18(8): 888-898 s.
- 6) WINTER, J., HUNTER, S., SIM, J., CROME, P. Hands-on therapy interventions for upper limb motor dysfunction following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. 6: CD006609.

Název příspěvku: Využití metod sociální práce v komplexní rehabilitaci

Autor: Mgr. Veronika Slepíková, Mgr. Olga Pekárková

Pracoviště: ERGO Aktiv, o.p.s. – Centrum moderní rehabilitace osob se získaným poškozením mozku

Kontakt: veronika.slepickova@ergoaktiv.cz

"Plánování zaměřené na člověka je cestou, při níž se ptáme, jak se člověk může v normálním životě projevat jako dobrý přítel a přínosný občan." (John O' Brien v rozhovoru pro Quip v r. 2008).

Příspěvek představuje, jak už název napovídá, využití metody/přístupu sociální práce v komplexní rehabilitaci – konkrétně se jedná o přístup „plánování zaměřené na člověka“ (PZČ). Koncept plánování zaměřené na člověka byl vyvinut zhruba před dvaceti lety, jako soubor nových přístupů v práci lidem se zdravotním postižením. Představuje systematickou cestu pro vytvoření plánu vedoucího ke splnění cílů, přání a potřeb klienta. Jedná se o soubor principů, jejichž uplatnění může přinést vhodná řešení složitých životních situací klienta. Celý koncept se navíc vyznačuje tím, že nepracuje s diagnózou klienta, ale jeho reálnými cíli a sny. Proč tedy tento koncept nevyužívat i při vytváření cílů ergoterapeutického plánu v rámci sociální, ale i zdravotní rehabilitace u osob s komplexními problémy?

Struktura příspěvku

- Klíčové principy PZČ
- Rozdíl mezi individuálním plánováním a PZČ
- Vliv využití PZČ pro práci ergoterapeuta
- Kazuistiky a využití plánování zaměřené na člověka u konkrétních klientů

Název příspěvku: **Využití technických prostředků v ergoterapii**

Autoři: **Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D. (1), MUDr. Markéta Janatová (2), Ing. Karel Hána, Ph.D. (2)**

Pracoviště: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (1), Společné pracoviště biomedicínského inženýrství Fakulty biomedicínského inženýrství a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (2)

V dnešní době můžeme hovořit o éře moderních technologií. Tento trend začíná pronikat také do rehabilitace. Mnoho rehabilitačních center v České republice zakoupilo drahé přístroje ze zahraničí, na kterých s pacienty provádí terapii jejich funkčních deficitů. Tyto přístroje využívají jak fyzioterapeuti, tak ergoterapeuti, kteří na nich s pacienty trénují motorické a kognitivní funkce.

K tréninku v rámci terapie však není nezbytné kupovat přístroje za miliony, ale i v českých podmínkách se objevují běžně dostupné a stažitelné aplikace do mobilních telefonů, tabletů i počítačů, jak pro trénink kognitivních funkcí, tak pro trénink motorických funkcí. Za některé přístroje je sice potřeba zaplatit určitý obnos, ale ve srovnání se zahraničními přístroji jsou tato řešení dosažitelná i pro menší pracoviště. V poslední době je na vzestupu i tzv. telerehabilitace, kdy terapeut využívá například Skype, nebo různé senzory fyziologických funkcí a pohybu (například na principu akcelerometrů) pro monitoring terapie pacienta v jeho domácím prostředí. Přestože tato forma terapie není proplácená pojišťovnou, na některých pracovištích se již využívá.

Na 1. LF UK ve spolupráci se Společným pracovištěm biomedicínského inženýrství Fakulty biomedicínského inženýrství a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy již vyvinuli technici ve spolupráci s lékaři, fyzioterapeuty a ergoterapeuty různé aplikace a technické přístroje:

Představení technických pomůcek

- Homebalance – interaktivní systém pro trénink rovnováhy, který může využívat jak fyzioterapeut, tak ergoterapeut. Jde o plošinu, která je napojena na tablet se speciálním softwarem. Tento systém je možné využít jak pro běžné terapie, tak pro domácí využití u pacientů v rámci samostatného cvičení, případně pod dohledem terapeuta za pomoci Skype. Běžná cena stabilometrických plošin se pohybuje ve stovkách tisíc, zatímco tento systém v desítkách tisíc korun.
- Cognitive (Trénink paměti a pozornosti) – aplikace pro Android, volně dostupná pro trénink kognitivních funkcí
- Relaxace – volně dostupná aplikace pro Android pro nácvik relaxačních technik, která obsahuje návodné grafické scény jak relaxovat a dýchat; součástí je hudební podklad vytvořený muzikoterapeutkou
- Grafomotorická pomůcka – pomůcka, která je ve spojitosti s tabletem a speciálním softwarem efektivním nástrojem pro trénink grafomotoriky; tento celý systém obsahuje různá zadání pro trénink grafomotoriky, návody a speciální pomůcku pro snímání tlaku prstů při úchopu a psaní

V současné době se rozvíjí tréninkové a terapeutické deníky v kombinaci s diářem, který mohou využívat jak pacienti po poškození mozku, tak pacienti v adiktologických zařízeních při léčbě odvykání u různých typů závislostí. Pacienti mohou zaznamenávat své pocity, ale i své zadané a provedené úkoly, které dostali od terapeutů. Ve vývoji je také modifikace testu pracovní křivky. Jde o test, který se využívá pro účely ergodiagnostiky. Jeho výsledky však mohou být zkreslené, pokud je proveden u pacientů s poškozeným úchopem. Pacient kvůli svému omezení nesplní normy, které jsou vázané na počet a čas a proto by modifikace do elektronické podoby za využití různých kompenzačních pomůcek mohla těmto klientům pomoci naplnit normy.

Je tedy zřejmé, že i terapeuti mohou využívat běžné dostupných a volně stažitelných aplikací pro trénink motorických a kognitivních funkcí a využívat běžných her. Moderní technologie se dostávají i v rehabilitaci čím dál více do popředí.

Název příspěvku: Máma, táta na vozíku?...NO PROBLEM

Autoři: Bc. Jana Bali Šoltésová, Petr Hubalovský

Pracoviště: Centrum Paraple, o.p.s.

Úvod:

V současnosti se společnost velmi zabývá sexualitou a sexem lidí s handicapem. My v rámci této přednášky chceme poukázat na řešení možných pozitivních následků vyplývajících z této základní životní potřeby, a to rodičovstvím lidí s poškozením míchy.

Obsah:

Cílem prezentace je informování odborné ergoterapeutické veřejnosti o možnostech využití kompenzačního přístupu v problematice rodičovství u klientů po poškození míchy. Přednáška je tvořená na základě letitých zkušeností ergoterapeutů, instruktora soběstačnosti a klientů Centra Paraple. V rámci této problematiky dlouhodobě sledujeme i další možnosti na komunitních portálech v zahraničí – například ve Švédsku.

Obsahem této přednášky jsou převážně ukázky jednotlivých odvětví péče o dítě. Mezi něž patří například hygiena (koupání, přebalování), krmení, nošení, přemísťování, trávení volného času a další aktivity související s rodičovstvím. Přednáška je postavena zejména na obrazové dokumentaci jednotlivých případů, se kterými se běžně setkáváme. I když jsou naše zkušenosti z praxe spinálních klientů, myslíme si, že je možné z nich částečně čerpat i při řešení této životní situace u jiné cílové skupiny vozíčkářů.

Závěr:

Hlavní myšlenkou prezentace je zamyšlení se nad možnostmi kompenzačního přístupu v problematice rodičovství na vozíku. Informace mohou sloužit jako základ pro edukaci klienta.

Zdroje:

www.spinalistips.se

www.pinterest.com

zkušenosti klientů Centra Paraple, o.p.s.

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

Název příspěvku: **Úloha ergoterapeuta v problematice řízení motorových vozidel v České republice a v zahraničí u lidí s funkčními deficity**

Autoři: **Mgr. Jaromíra Uhlířová (1), Mgr. Kateřina Svěcená, Ph. D. (2)**

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (1), Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Téma řízení automobilu u osob se získanými funkčními deficity je velmi důležité řešit, protože v České republice nejsou k dosažení efektivní nástroje zhodnocení pacientova funkčního stavu a jeho schopnosti pro řízení automobilu.

V řadě Evropských zemí se pacientovými schopnostmi řídit vůz zabývá celý tým pracovníků v rámci rehabilitace. Pro mnoho pacientů je možnost řídit naprosto nezbytným faktorem pro život, protože jim umožňuje mnoho položek ze soběstačnosti a nahrazuje jim dolní končetiny.

Pro celkové zhodnocení schopnosti řídit vozidlo je v ČR nezbytné hodnocení psychologa, který využívá různých hodnotících nástrojů. Hodnocení motorických funkcí a funkčních schopností však není možné adekvátně zhodnotit, v ČR na toto hodnocení neexistují efektivní nástroje. Do této oblasti by měli být zavzati také ergoterapeuti a fyzioterapeuti, kteří jsou schopni zhodnotit spolu s psychologem komplexně funkční stav pacienta a to nejen jeho schopnosti řídit vůz. V některých dalších státech Evropy, které mají rehabilitaci na vysoké úrovni se ergoterapeuti podílí na procesu zhodnocení funkčního stavu pacienta, zaměřeného na řízení vozidla. V celkovém hodnocení není možné jen zohlednit, že člověk s funkčním deficitem aktivitu řízení vozidla zvládá, ale je nezbytné vzít v úvahu, že tato osoba po verdiktu lékaře bude moci kdykoli řídit automobil po neomezeně dlouhou dobu. Je tedy potřeba zohlednit např. i unavitelnost pacienta.

Ergoterapeutická intervence u osob se získanými funkčními deficity může být zaměřena na hodnocení funkčních schopností v oblasti řízení motorových vozidel a

následně na poradenství a návrh optimálního řešení ve formě adaptace řízení dle typu funkčního poškození, případně u dané osoby trénovat poškozené funkce a tak schopnosti potřebné k řízení dále cíleně rozvíjet a zlepšovat. Základem všeho je však efektivní zhodnocení pacientových schopností. Např. v severských zemích se ergoterapeuté zapojují do procesu hodnocení pacienta pro účely řízení vozidla v několika fázích:

1. Hodnocení „Off road“ – Klinické hodnocení

- a. Hodnocení v ordinaci terapeuta způsobem tužka – papír - zde terapeuti hodnotí např. schopnost periferního vidění, hodnocení funkční motoriky, schopnost k ovládnutí pedálů a volantu a případné doporučení adaptace; dále ergoterapeut hodnotí percepční a kognitivní schopnosti, reakční časy, schopnosti reprodukce mozku toho, co pacient vidí; ergoterapeut odebírá anamnézu zaměřenou na oblasti historie jízdy - typ vozidla, typ pohonu a doporučuje případné adaptace
- b. Hodnocení na simulátoru – v některých zemích jsou k dispozici pro efektivní hodnocení simulátory silničního provozu, které dokáží efektivně změřit např. reakční časy pacienta v provozu a zjistit, zda je pacient schopen adekvátně reagovat i v krizových situacích, případně jak je unavitelný.

2. Hodnocení „Onroad“ – Během těchto hodnocení ergoterapeut spolupracuje s učitelem autoškoly. Ergoterapeut zde hodnotí fyzické schopnosti (např. únava, hodnocení vytrvalosti zvládnout vozidlo apod.), kognitivní schopnosti (např. schopnost uvědomit si rizika provozu), visus a percepci (např. schopnost rozhlížet se během jízdy, vnímat informace z provozu a následně adekvátně jednat dle aktuálních podmínek), ergoterapeut hodnotí i reakce pacienta v provozu (např. reakce na všechny situace vzniklé dopravním provozem, schopnost zvládat neobvyklé situace, adekvátně reagovat na chodce, schopnost, řízení na dálnici apod.)

- a. Hodnocení spolu s instruktorem autoškoly na cvičném parkovišti

b. Hodnocení s instruktorem autoškoly v provozu

V ČR existuje pouze dvojitý statut a to buď že pacient vlastní řidičský průkaz nebo nevlastní. Jediná odlišnost je, že pacient může mít řidičský průkaz pouze pro vozidla s automatickou převodovkou. V Belgii a některých dalších evropských státech existují další přizpůsobení a omezení řidičského průkazu, např.:

- Pacient může řídit vozidlo jen do určité vzdálenosti od svého bydliště
- Pacient může řídit vozidlo jen v denní dobu, kdy je světlo
- Pacient může řídit jen odborníky stanovenou maximální rychlostí

V České republice není legislativou příliš nastaven systém pravidel, jak postupovat, pokud pacient získá funkční omezení, např. následkem poškození mozku. V zahraničí je často celá problematika konkrétněji ošetřena zákonem. Např. v Belgii je automaticky pacientům po poškození mozku minimálně na 6 měsíců odebrán řidičský průkaz, kdy pacient má povinnost kontaktovat příslušný registr řidičů a pokud následně přetrvávají funkční deficity, obrací se pacient na specializované centrum pro hodnocení schopnosti osoby řídit vozidlo

V ČR osobám se zdravotním postižením pomáhá stát finančním příspěvkem v podobě získané dávky na zvláštní pomůcku, tedy i pořízení motorového vozidla, podle zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění. Vyhláška č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, upravuje možnost získání zvláštní pomůcky pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, kam spadají mimo jiné také úpravy motorových vozidel. O tyto dávky je možné žádat na Úřadu práce.

Pokud by se povedlo v ČR, tak jako v některých evropských zemích, propojit a navázat diagnostické metody rehabilitačního programu s autoškoly a firmami, které upravují automobily, a nastavit efektivní systém spolupráce a systém ucelené rehabilitace, zvýšila by se kvalita života lidí s různými funkčními omezeními.

Název příspěvku: Efektivita ergoterapeutické intervence za pomoci ICT u osob s Alzheimerovou chorobou

Autoři: Mgr. Michal Vostrý, Mgr. Lucie Dončevová

Pracoviště: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií

Kontakt: Michal.Vostrý@ujep.cz

Obecně slovo demence v dnešní moderní době děsí spousty lidí, především ve vyšším věku. Z výzkumů je patrný fakt, že zvyšováním průměrné délky života narůstá počet seniorů na území České republiky, zatímco roku 2007 bylo evidováno na 2 688 078 seniorů, v roce 2013 již tento počet vzrostl o necelých 200 000 (na 2 857 856). Podle projektů Českého statistického úřadu bude na našem území v roce 2020 dokonce 28 % seniorů, což je téměř třetina obyvatel (Vostrý 2016).

Například z občasného zapomínání se brzy stane závažný problém, který klienta dokáže značně demotivovat k jakékoliv další činnosti. Stává se postupně závislým a jeho veškerá činnost postrádá smysl. Nejčastějšími typy jsou Alzheimerovy choroba, Vaskulární demence nebo Pickova nemoc. V tomto výzkumu jsme se zajímali o již zmíněnou Alzheimerovou chorobou, kdy dochází k závažnému neurodegenerativnímu onemocnění mozku. Dochází k zániku mozkových buněk a tím ubývá mozková hmota. Tato demence je nejčastějším typem a to až v 75 %. Ve světě Alzheimerovou chorobou trpí na 21 000 000 lidí, v České republice se počet pacientů pohybuje kolem 130 000 (Koukolík 1999).

Cílem výzkumu bylo nastínit vlastní problematiku onemocnění a přiblížit postupy rehabilitace se zaměřením na ICT (herní konzole s kinektem) a poskytnout tak i alternativní možnosti, které lze v ergoterapii využít. Jako metodiku jsme využili pozorování, rozhovor, anamnézu a s tím spojené ergoterapeutické vyšetření. Pro komparaci vstupních a výstupních výsledků jsem spolupracovali se standardizovanými

testy, které v ergoterapeutické praxi nejsou neznámé, především se jednalo o Addenbrookský kognitivní test (MMSE + ACE-R), Barthel index a geriatrickou škálu deprese. Pro realizaci bylo vybráno 30 seniorů (100 % žen) s Alzheimerovou chorobou ve věkovém rozmezí 65 – 90 let. Metodou losování byly klientky rozděleny po 15 do experimentální skupiny a do skupiny kontrolní.

Na základě tohoto rozdělení bylo provedeno vstupní vyšetření a po ukončení intervence výstupní vyšetření s následnou komparací výsledků, kde bylo viditelné zlepšení u experimentální skupiny.

Literatura

1. BADDELEY, Alan D., 1999. *Vaše paměť*. Brno: Books, 335 s. ISBN 80-721-7080-5.
2. FLEMR, Libor et al. *Pohybové aktivity ve vědě a praxi: konferenční sborník u příležitosti 60. výročí založení Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 527 s. ISBN 978-80-246-2621-5.
3. FRANKOVÁ, Vanda, 2010. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 70 s. ISBN 978-802-0424-235.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
5. HÁTLOVÁ, Běla, Jiří KIRCHNER a Jitka SUCHÁ, 2010. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Praha: Asociace psychologů sportu. ISBN 978-80-87504-00-0.
6. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
7. ALÍKOVÁ, Eva, 2011, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
8. MCINTYRE, Anne a Anita ATWAL, 2005. *Occupational therapy and older people*. Malden, MA: Blackwell, 235 p. ISBN 14-051-1409-6.
9. MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 978-802-1050-297.

10. VOSTRÝ, M. *Efektivita edukačních intervencí u osob s Alzheimerovou chorobou.* Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta. 2016, 94 s., 22 s. příloh

Název příspěvku: Situace ergoterapie v Evropě z pohledu rehabilitačních lékařů a podle zkušeností z evropského kongresu ENOTHE-COTEC

Autor: Doc. MUDr. Jiří Votava

Pracoviště: Katedra fyzioterapie a ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, Universita J.E. Purkyně, Ústí n. L.

Kontakt: jiri.votava@volny.cz

Úvod:

V příspěvku se spojují zkušenosti lékaře, který se víc než 20 let snaží u nás podporovat rozvoj ergoterapie (též jako vyučující zprvu v Praze, nyní v Ústí nad Labem) s informacemi, které jsem získal jako delegát České společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny (SRFM) v Evropské sekci fyzikální a rehabilitační medicíny (PRM), což je součást Evropského svazu odborných lékařů (UEMS).

Po sametové revoluci nastala u nás nová fáze rozvoje ergoterapie. V krátké době bylo na 5 školách otevřeno studium ergoterapie, v r. 1994 byla založena ČAE a při navazování mezinárodních kontaktů jsme zjistili, že západoevropští ergoterapeuti jsou velmi aktivní a ochotní nás podporovat.

V letech 1996 až 99 probíhal na 1:LF UK v Praze mezinárodní projekt pro rozvoj studia ergoterapie, iniciovaný prezidentkou ENOTHE Hanneke van Bruggen. Během projektu probíhaly v Praze semináře zahraničních lektorů, kterých se zúčastnili i zástupci dalších postkomunistických zemí. V r. 1999 se pak konala v Praze schůzka zástupců 10 postkomunistických zemí (ergoterapeutů, lékařů i dalších odborníků), kteří usilovali o rozvoj či zavedení ergoterapie. Tato zkušenost umožnila navázat kontakty a zjistit, jak různá situace v jednotlivých zemích je.

V mezinárodní spolupráci pak u nás pokračovali především čerství absolventi

ergoterapie a západní ergoterapeuti soustředili svoji podporu do dalších zemí, např. Gruzie či Arménie.

Jiný pohled na problematiku pak umožnila spolupráce s evropskými lékaři prostřednictvím sekce pro fyzikální a rehabilitační medicínu (PRM), kde působím od r. 2003 jako jeden z delegátů Společnosti rehabilitační medicíny. Tato sekce sdružuje lékaře ze všech zemí EU a z řady dalších. Základním dokumentem, který popisuje situaci v evropských zemích, je „Bílá kniha fyzikální a rehabilitační medicíny“, která byla naposledy vydána v r. 2007 a v tomto roce se chystá její aktualizace, na níž se budu podílet. Považuji za důležité, aby tam byla podrobněji popsána i spolupráce lékařů s ostatními odborníky, v první řadě ergoterapeuty. Proto jsem vytvořil formulář se 16 otázkami, žádající na delegátech z jednotlivých zemí informace o situaci ergoterapie u nich a vztah rehabilitačních lékařů k ní. Přišlo celkem 30 vyplněných dotazníků a o získaných informacích chci stručně referovat.

Výsledky:

Celkem ve 13 se užívá pro označení profese výraz „ergoterapie“, v 11 „occupational therapy“ a 6 označení v místním jazyce, značí něco jako „pracovní terapie“ (arbetsterapi, delovna terapija aj.). Ve 25 zemí je ET schválena jako zdravotní specializace a ve 23 jsou ergoterapeuti členy rehabilitačního týmu. V 19 zemích musí doporučit ergoterapeutickou intervenci lékař, aby byla hrazena pojišťovnou. Výrazně se liší celkový počet ergoterapeutů od 58 000 (Německo) po 2 (Ukrajina). Ve 21 zemích působí ergoterapeuti i mimo zdravotnictví, v 15 i v rámci soukromé praxe. Ve 23 zemích je bakalářské studium ergoterapie, v 8 též magisterské. Profesionální organizace ergoterapeutů jsou ve 23 zemích.

Jak podporují lékaři ergoterapii: Všeobecná podpora je udána ve 24 zemích, v 17 podporovali lékaři vznik a rozvoj studia ergoterapie. Ve 20 zemích se lékaři podílejí na výuce ergoterapie. V 12 se lékaři aktivně podílejí na národních ergoterapeutických konferencích. V 11 zemích spolupracují organizace rehabilitačních lékařů s organizacemi ergoterapeutů, např. při přípravě legislativních úprav. V 8 zemích žádný vztah neexistuje. V 11 případech se respondenti domnívají, že nejsou žádné překážky pro rozvoj ergoterapie, ve 14 případech jsou různé překážky

uváděny: Nízký počet ergoterapeutů, špatné hrazení ergoterapie, nedostatečné vzdělávání ergoterapeutů aj. Nebyly udány žádné podstatné názorové rozdíly či konflikty mezi lékaři a ergoterapeuty, zatímco ve vztahu mezi lékaři a ergoterapeuty jsou rozpory z některých zemí hlášeny. Lékaři vesměs oceňují spolupráci s ergoterapeuty jako důležitou a pozitivní.

Diskuse:

Otázkou je, jak jsou zjištěné údaje spolehlivé. Vzhledem k tomu, že respondenti jsou delegáty svých zemí v PRM sekci, měli by situaci znát. Zčásti jsou přesnější údaje uváděny na stránkách ENOTHE, avšak náš průzkum zahrnuje i ty země, které nemají v ENOTHE ani COTEC zastoupení.

Průzkum demonstruje velké rozdíly, které mezi evropskými zeměmi v oblasti ergoterapie existují. Příčinou může být např. různá tradice ergoterapie či různá úroveň vzdělání. Porovnáme-li počty ergoterapeutů a PRM lékařů, je ve Velké Británii téměř 300x více ergoterapeutů než lékařů, v severských zemích či Belgii více než 10x, v ČR asi 2x více, v ostatních postkomunistických zemích (krom Slovinska) je počet ergoterapeutů stejný nebo nižší než PRM lékařů.

Rozdíly mezi evropskými zeměmi lze ilustrovat i na aktivních účastnících prvního Evropského ergoterapeutického kongresu (COTEC a ENOTHE), konaného v červnu 2016 v městě Galway v Irsku. Autoři téměř 500 aktivních příspěvků pocházejí většinou ze západoevropských zemí, z postkomunistických zemí je asi 25 aktivních účastníků, a to ze Slovinska a jiných zemí bývalé Jugoslávie, baltských zemí, Polska či Bulharska. Z ČR nebyl do programu žádný příspěvek ergoterapeutů přihlášen.

Přesto však v ČR má ergoterapie stále dobrou úroveň, což lze ilustrovat probíhajícími studii (včetně kombinovaného v Ústí a magisterského v Praze), publikacemi i touto konferencí. Dobrou zprávou je i to, že další evropský ergoterapeutický kongres bude pořádat ČAE v r. 2020 v Praze.

Jako určitý dluh, který vnímám i osobně, je praktická neexistence ergoterapie na Slovensku. Jsem přesvědčen, že by se naši ergoterapeuti a vysoké školy mohli na rozvoji tamější ergoterapie podílet, ať už studii slovenských studentů v ČR nebo účastí na otevření studia tam. Podobně téměř chybí ergoterapie v Maďarsku,

Rumunsku, nebo třeba v Makedonii a na Ukrajině.

Shrnu bych tedy, že úsilí západoevropských ergoterapeutů podpořit v průběhu posledních 25 let rozvoj ergoterapie v postkomunistických zemích bylo jistě úspěšné, ale jenom částečně. Zlepšení situace by mohlo být dosaženo spoluprací zahraničních (aktivních a zkušených) ergoterapeutů, a to včetně českých, s místními podporovateli rozvoje ergoterapie, především s rehabilitačními lékaři, kteří chápou důležitost ergoterapie pro moderní rehabilitaci a kteří by dokázali přesvědčit místní politiky, aby ergoterapii uznali a podpořili jí legislativně.

Přál bych si proto, abychom se setkali všichni na příštím Evropském ergoterapeutickém kongresu v r. 2020 v Praze, aby na něm bylo hodně přednášejících z ČR a z dalších zemí střední a východní Evropy a aby mohl být referován rozvoj ergoterapie v některých těchto zemích.

Název příspěvku: **Nutriční terapie u pacientů po CMP**

Autor: **MUDr. Lukáš Zlatohlávek, Ph.D.**

Pracoviště: III. interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze, přednosta: prof.
MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

Výživa pacientů v nemocničních zařízeních je stále velice podceňována. Pacient po cévní mozkové příhodě, který má jednak často omezené možnosti p.o. příjmu a vyžaduje nemalé množství energie pro rekonvalescenci a zejména rehabilitaci by tím a o to více měl mít zvýšenou pozornost stran zachování adekvátního energetického příjmu.

Další nevýznamnou rolí výživy je její role v sekundární, ale zejména i primární prevenci všech kardiovaskulárních příhod obecně. Důsledný apel na správnou, racionální stravu by měl být součástí všech jejích doporučení.

Ve vztahu k rehabilitaci a pohybové aktivitě pacientů po CMP hraje i svou roli farmakoterapie. Velice často je uváděná (zejména poslední dobou pod vlivem medií) statinová myopatie. Tato myopatie jistě existuje a u vybraných onemocnění hraje velice důležitou roli, nicméně není její frekvence tak markantní jak se udává. A i v těchto případech lze pacientovi velice usnadnit pohybovou aktivitu změnou farmakoterapie či úpravou životního stylu.

PARTNEŘI:

DMA Praha, s.r.o.

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



Otto Bock ČR s.r.o.

Kontakt: Protetická 460, 33008 Zruč-Senec, www.ottobock.cz

Otto Bock®

QUALITY FOR LIFE

3lobit, o. z.

Kontakt: Vlčkova 18, 811 04 Bratislava, www.senza-shop.cz, www.3lobit.sk,
www.snoezelen.sk, info@3lobit.sk



Cool city

Kontakt: Markéta Novotná, Wuchterlova 585/14, 160 00 Praha 6, obchod@coolcity.cz,
www.coolcity.cz



CZ. TECH Čelákovice, a.s.

Kontakt: Stankovského 1200/46, 250 88 Čelákovice, www.cztech.cz, www.roho.cz,
roho@cztech.cz



CZ.TECH
Čelákovice, a.s.



the ROHO group
shape fitting technology®



**Sborník příspěvků z 28. celostátní odborné konference České asociace
ergoterapeutů**

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

e-mail: info@ergoterapie.org

IČO: 62348451

ISBN 978-80-905252-4-5