

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

■	EDITORIAL	
	<i>M. Palát: Léčba prací v systému rehabilitační medicíny</i>	193
■	PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE	
	<i>V. Kříž: Způsoby uplatnění léčby prací v rehabilitaci</i>	195
	<i>V. Kříž: K začlenění léčby prací do společenského systému rehabilitace</i>	203
■	METODICKÉ PŘÍSPĚVKY	
	<i>V. Kříž, M. Křížová: Možnosti využití léčby prací venku — v areálu zdravotnického zařízení</i>	211
	<i>J. Pěkná: Organizační podklady pro provoz úseku ergoterapie</i>	217
	<i>J. Pěkná, H. Selingrová: Zkušenosti s funkčním ohodnocením pacientů pro potřeby sociální služby</i>	225
	AKTUALITY	
	<i>L. Navrátilová: Další vzdělávání rehabilitačních pracovníků v léčbě prací</i>	229
■	RECENZIE KNÍH	216, 223, 224, 223—245
■	SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ	246, 247, 250 252
■	SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP	252, 254
■	OBSAH ROČNÍKA XII/1979	252

Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

This publications is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts.

Re habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XII/1979

ČÍSLO 4

EDITORIAL...

LÉČBA PRACÍ V SYSTÉMU REHABILITAČNÍ MEDICÍNY

Léčba prací nebo léčba zaměstnáním představuje v rámci současné rehabilitace formu terapie, kterou provádějí pod lékařským dozorem vyškolení rehabilitační pracovníci a je přizpůsobená svými formami nemocným a nejruznějším tělesným či duševním postižením, aby se zlepšila funkce omezená příslušným patologickým procesem. Tato definice odpovídá představám Světové federace léčby zaměstnáním (World Federation of Occupational Therapy) z roku 1963.

Úlohy této formy terapie spočívají:

1 ve zlepšení pohyblivosti, svalové síly a koordinace s cílem zlepšení postižené funkce;

2 v náviku denních činností důležitých pro život nemocného, postiženého především tělesně;

3 v návyku postižených na denní povinnosti vyplývající ze zadělení nemocného v domácím i pracovním prostředí;

4 ve zlepšení pracovní zatěžitelnosti a udržení pracovní zručnosti, důležité pro zpětné začlenění do pracovního procesu a konečně

5 v určení tělesné a duševní výkonnosti postiženého, v určení jeho sociální přizpůsobivosti a jeho pracovních návyků a z toho vyplývajících možností začlenit nemocného do pracovního procesu.

Koncepce léčby prací a její jednotlivé úlohy tedy doplňují organicky koncepci rehabilitačního lékařství a rozšiřuje indikační možnosti komplexní rehabilitační péče o tělesně i duševně postižené.

Léčba prací jako metoda nenašla dostatečné uplatnění v rámci rehabilitačních oddělení našich ústavů národního zdraví. Jistě je tu několik důvodů, proč je tomu tak — jedním z nich je zajisté, že metodický program léčby prací je doplňující program pro poměrně krátkodobou rehabilitaci v nemocnicích — přes to však je potřebné se znovu zamyslet nad touto skutečností a hledat

možnosť začlenenia liečby práce do komplexu rehabilitačnej medicíny v našich ústavoch národného zdravia. Snad bude treba modifikovať formy aplikácie jednotlivých programů liečby práci, snad bude nutné také revidovať súčasne stanovisko k postaveniu tejto formy terapie v celom komplexu rehabilitačných opatrení.

Súčasná rehabilitačná medicína na svojich evaluačných úsecoch sa snaží postihnúť celou radu vyšetrení predovšetkým deficit funkčného rozsahu, ktorý vzniká prítomnosťou a vývojom patologického procesu. Stanovenie sníženej funkcie a konštatovanie rozsahu sníženej postihenej funkcie však často nestačí pre komplexný pohľad na nemocného človeka. Sníženie funkcie, získané mnohdy složitým funkčným vyšetrením, však zďaleka nestačí k tomu, aby nám určilo, či postihnutý človek je schopný vykonávať určitý typ zamestnania či určitou činnosť. Funkčné vyšetrenie dáva dobrý obraz o globálnom postihnutí príslušnej funkcie, zďaleka však nehovorí nič o praktických možnostiach realizácie činnosti v zamestnaní. Činnosť v zamestnaní mnohdy není len záležitosťou výkonnosti jednotlivých systémů organizmu, ale je komplexom výkonnosti týchto systémů, to je fyzické a psychické zdatnosti a je také komplexom sociálnej adaptability a sociálnych väzieb k príslušnej činnosti a príslušného prostredia. Mohli bychom hovoriť o sociálnom vehikulu každej činnosti.

Jak vidieť, celá problematika liečby práci či liečby zamestnaním v rámci súčasnej rehabilitačnej medicíny je veľmi složitým dejom, nejen z hľadiska postavenia, ale predovšetkým z hľadiska integrácie do celého komplexu.

Dr. Miroslav Palát, Bratislava

LITERATURA

JOACHIM, K. A. — SCHOLZ, J. F.: Rehabilitation, Bd. 1. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1975.

Jednotlivé práce, zaradené do tohoto čísla, sú príspevkom k problematike liečby prácou a otvárajú pohľad na túto závažnú problematiku súčasnej rehabilitácie.

**ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ
V REHABILITACI**

V. KRÍŽ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž*

Souhrn: Léčbu prací můžeme v systému léčebné rehabilitace využít jako:

1. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na funkčně postiženou oblast;
2. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na funkčně nepostiženou oblast;
3. léčebnou proceduru zaměřenou na zvyšování tělesné zdatnosti a výkonnosti;
4. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na obnovu všeobecných a specifických pracovních dovedností a pracovní vytrvalosti;
5. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na nácvik nových pracovních dovedností;
6. diagnostickou metodu ke zjišťování všeobecných pracovních dovedností, pracovní schopnosti a výkonnosti i pracovní vytrvalosti;
7. jako psychoterapeutickou metodu formou léčby zaměstnáváním.

V článku autor blíže vysvětluje jednotlivé formy využití léčby prací.

Klíčová slova: léčba prací — cílená léčba prací — diagnostický význam léčby prací — kineziologie v léčbě prací — pracovní rehabilitace.

Obecné možnosti uplatnění léčby prací v léčebné rehabilitaci a v celém celospolečenském systému rehabilitace jsou podstatně širší než běžně uváděné dělení léčby prací jen na cílenou léčbu prací a na léčbu zaměstnáváním. V předchozím článku bylo uvedeno, že léčba prací může plnit některé stejné úkoly jako léčebná tělesná výchova, nebo může nahrazovat, doplňovat či zahajovat pracovní rehabilitaci.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

Léčbu prací můžeme v systému léčebné rehabilitace využít jako:

1. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *funkčně postiženou oblast*;
2. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *funkčně nepostiženou oblast*;
3. léčebnou proceduru zaměřenou na *zvyšování tělesné zdatnosti a výkonnosti*;
4. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *obnovu* všeobecných a specifických *pracovních dovedností* i pracovní vytrvalosti;
5. cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *nácvik nových pracovních dovedností*;
6. *diagnostickou metodu ke zjišťování* všeobecných pracovních dovedností, *pracovní schopnosti* a výkonnosti a pracovní vytrvalosti;
7. jako *psychoterapeutickou metodu* formou léčby zaměstnáváním.

Jednotlivé možnosti uplatnění léčby prací vysvětluje tento článek. Vysvětlení i přes použití některých konkrétních případů však zůstává na obecné úrovni, protože speciální problematika i konkrétní postupy jsou obsaženy ve skriptech *Léčba prací*, vydaných Ústavem pro další vzdělávání SZP v Brně v květnu 1977 (počet stran, 196, počet výtisků 800 kusů).

Ad 1. První ze zmíněných způsobů využití léčby prací je *cílené působení na funkčně postiženou část těla*. Při něm vybíráme ty činnosti, při nichž je pacient povahou činnosti nucen či rehabilitačním pracovníkem veden k používání např. úrazem či operací anatomicky a funkčně postižené končetiny. Většinou prvním úkolem je naučit pacienta postiženou končetinu znovu používat maximálně možným způsobem. Řada pacientů si ať vlivem znemožněné pohyblivosti končetiny imobilizací nebo automatickým šetřením končetiny pro bolest „zvykne“ končetinu nepoužívat, nebo používat ji značně omezeně. Tento jev, který se nazývá *alienace* (nebo „funkční paréza“), je běžně známý u poliomyelitiků a hemiparetiků, avšak setkáváme se s ním zcela běžně i u ortopedických pacientů. Dochází k němu nejen po postižení funkce horní končetiny, kdy například pacient používá zdravou končetinu buď ze zvyku nebo proto, že s ní dosud provede činnost obratněji než končetinou postiženou, ale známe jej u postižení dolních končetin.

Typickým příkladem jsou pacientky, které mají dokonale zafixovanou chůzi o francouzských holích s odlehčením jedné dolní končetiny a nichž však již tato potřeba šetření končetiny dávno pominula, končetina je plně nosná, s normální silou a nebolestivá, a přitom se pacientka nedokáže na tuto končetinu plně postavit. Provádí přískoky zdravou končetinou, nedokáže se plně opřít o postiženou končetinu v oporné fázi kroku a hrouť se při pokusu postavit se na postiženou končetinu.

Nácvik používání postižené končetiny, který z neurofyziologického hlediska ovlivňuje nejvyšší etáže řízení pohybové činnosti, je možno z didaktických důvodů považovat za značně nezávislý na konkrétních funkčních možnostech končetiny. Prakticky nemá smysl kromě ojedinělých případů, kde je kompletní a trvalá ztráta motoriky i aference, konkrétně např. při vytržení kořenů brachiálního nervového plexu.

Zcela jiná je však situace u amputovaných, kde pochopitelně aference z amputované části rovněž chybí. Zde však chceme využít fantomových pocitů, vycházejících z vyšších center řízení hybnosti (která obrazně řečeno neberou na vědomí ztrátu části končetiny). Chceme zachovat v těchto centrech zafixovanou představu končetiny před amputací a využít této představy k nácviku

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

používání protézy. Částečně je obdobná i situace u monoplegií a paraplegií dolních končetin, kdy končetina (byť i s určitými pomůckami) je schopna plnit svoji opornou funkci a zachování pocitu končetiny v centrální nervové soustavě můžeme alespoň částečně využít pro opornou funkci končetiny, i když konečný efekt, t. j. stabilní stoj či chůze, docílujeme nácvikem zcela jiných pohybových řetězců a jiných zdrojů aference.

K obnově utlumených stereotypů můžeme využít odvedení pacientovy pozornosti od vlastního těla na prováděnou práci. Často tímto způsobem dokážeme pacientovi, že postižená končetina je použitelná. Na příklad pacienti, kteří se sami nepřinutí zatížit plně dolní končetiny, pokud jsou třeba v zápalu práce nuceni přenést nějaký předmět aniž si to uvědomí, zapomenou na berly a kráčejí po místnosti bez nich. Na druhé straně však tato fixace pozornosti pouze na prováděnou práci může být i nebezpečná, protože totéž co bylo v předchozím případě žádoucí, občas provedou i pacienti, kteří dolní končetiny zatěžovat nesmí!

V další fázi již se v rámci léčby prací věnujeme těm funkcím postižené končetiny, jichž narušení si zjistíme kineziologickým rozbořením (od testovacího rozsahu pohybů a síly svalové až po rozbor jednoduchých i složitých pohybových vzorců).

Na příklad z hlediska rozsahu pohybů můžeme volit takové práce, které vyžadují maximálně možné napětí kloubního pouzdra a kolemkloubních struktur (např. v oblasti ramenního kloubu práce vyžadující pohyb při hranici maximální anteflexe nebo abdukce, retroflexe nebo obou rotací). Cílem je tedy udržet kloubní pohyblivost v momentálním rozsahu a zabránit dalšímu zkracování měkkých struktur kolem cíleně procvičovaného kloubu.

Rozsah pohybů potřebných či požadovaných při práci můžeme zvolit i tak, že cíleně dosahujeme krajních poloh či snažíme se je silou nebo švihem překonat. Pak je to autoregresní procedura, která však vzhledem ke své rizikovosti musí být předepsána lékařem a v případě potřeby i kontrolována v průběhu léčby. Účinnost autoregresních pohybů můžeme zvětšovat zvýšením rychlosti pohybu před dorazem, zvýšením setrvačné hmoty končetiny o váhu nástroje nebo použitím delší páky nástroje. K autoregresu můžeme využívat i hmotnosti pacientova těla, např. při pletí záhonu, kde pacient je ve vzoru klečmo, pracuje zdravou horní končetinou a je opřen o postiženou ruku, což pro ni představuje autoregres do extenze prstů (hlavně MP kloubů) a do dorzální flexe zápěstí. Stejně tak na příklad nucená poloha v podřepu může působit autoregresně na dorzální flexi v hlezenných kloubech (pacient nesmí zvedat paty) a na flexi v kolenních a kyčelních kloubech. Ke zvětšování pohybu v hleznu může sloužit i práce v stoji na různých nakloněných rovinách (tak zvaný „stoj na klínu“). Zde je nutno připomenout, že úhel podložky, na níž pacient stojí, má být nepatrně větší než je maximálně možný úhel plochy celého chodidla. Za zmínku stojí i to, že u hlezenného kloubu, kde je možnost pohybu jen v rozsahu plantární flexe, můžeme autoregresně působit i postupným snižováním podpatku obuvi. Při postižených hlezenných kloubu a zvláště pak při celodenní intenzivní rehabilitaci je však záhodno uvážit, zda i v rámci léčby prací chceme redresně kloub zatěžovat, či zda je účelnější spokojit se pouze se statickým zatěžováním dolní končetiny (za účelem rekalcifikace). V tomto druhém případě pak naopak volíme takovou výšku podpatku či sklon podložky, aby hlezenný kloub nebyl v maximálně možném krajním postavení.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

Nemá rovněž smysl autoregresními pohyby či polohami „trápit“ pacienty, a nichž jsme se klinickým vyšetřením a především pak opakovanými testy přesvědčili, že rozsah pohybu už zvětšit nelze.

Pro cvičení síly svalové využíváme výsledků svalového testu. Pouze výjimečně můžeme použít cílené léčby prací u „dvojkových svalů“, např. tam, kde obě ruce drží nástroj a pohyb vede zdravá končetina, která tím současně dopomáhá pohybu končetiny oslabené (např. pilování, rašplování, hoblování, smirkování). Vykonávání dříve zafixování činnosti oběma končetinami tímto způsobem zde představuje vlastně facilitační prvek. Obnovujeme totiž složitý pohybový stereotyp, jehož část byla porušena. „Dvojkové“ a „trojkové“ svaly můžeme cíleně cvičit i využitím závěsu končetiny na vazivovém aparátu kloubu (např. při paréze brachiálního plexu horního typu práce postiženou končetinou na zemi v předklonu, dřepu či kleku). Toto jsou však spíše možné zajímavosti, hlavní těžiště léčby prací zaměřené na funkčně postižený orgán je v dalším posilování svalových skupin (a to především z hlediska silové vytrvalosti) a v nácviku koordinace svalových skupin, t. j. souladu aktivity a relaxace z hlediska synergií a antagonistů, fixačních a posturálních svalů.

Ad 2. Typickým příkladem způsobu využití léčby prací jako léčebné *procedury zaměřené na funkčně nepostiženou oblast* je výcvik obratnosti jedné horní končetiny při anatomickém nebo jen funkčním ztrátě druhé končetiny nebo její části. Je rovněž častou chybou, že se při postižení jedné dolní končetiny u pacienta imobilizovaného na lůžku (např. při konzervativní léčbě zlomenin dolní končetiny trakcí nebo u zatím omobilních hemiplegiků) nevěnujeme druhé nepostižené dolní končetině a horním končetinám. Pacient pak daleko obtížněji zvládá nácvik stoje a chůze o holích při nezatěžování postižené končetiny.

Do skupiny procedur zaměřených na nepostiženou část těla patří také výcvik síly zachovalého svalstva horních končetin a trupu paraplegiků (superkompence), právě tak jako maximálně možné udržování funkční schopnosti nefixovaných kloubů a pohyblivých svalů na nezasádrované části končetiny (např. patří sem práce prováděné prsty při Collesově zlomenině předloktí, nebo práce na speciálních strojích s bicyklovým pohonem při distorzích a zlomeninách kotníků či fibuly, kdy pacient šlape zdravou i zasádrovanou končetinou, aby udržel rozsah pohybu a síly svalové v koleně a kyčli). Dále do této kategorie také patří výchova nemocných ke správnému držení těla při všech činnostech prováděných v rámci léčby prací.

Ad 3. *Zvyšování celkové tělesné zdatnosti a výkonnosti je úkol*, který je v léčebné rehabilitaci dosti často opomíjen. Zde je nutno si připomenout, že určitý stupeň tělesné výkonnosti je základní podmínkou pro plnou pracovní schopnost pro všechna povolání, která jsou fyzicky náročná. Tento způsob využití léčby prací navazuje na předchozí, pouze se snažíme za použití všech nepoškozovaných či pohybu schopných svalových skupin maximálně zatížit především oběhový systém, jehož výkonnost je většinou limitujícím faktorem tělesné výkonnosti. Zde je nutné si uvědomit, že pokusy na zdravých dobrovolnících, kteří byli uloženi na lůžko, prokázaly, že imobilizací na lůžko dochází k takovému snížení tělesné výkonnosti, že dosažení původního stavu tělesné výkonnosti trvá stejně dlouho jako vlastní doba léčení.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

Pro nemocné, kteří po imobilizaci na lůžku, po níž ještě třeba řadu týdnů nesmí plně zatěžovat jednu dolní končetinu, je chůze s francouzskými berlemi (při nezatěžování či odlehčení jedné dolní končetiny) tak celkově fyzicky náročná, že stačí k udržení i zlepšování tělesné výkonnosti, pokud ovšem pacient chodí denně dostatečně dlouho. U nemocných s postižením obou dolních končetin je možnou tréninkovou metodou pro zlepšení výkonnosti např. samostatná jízda na invalidním vozíku. Ta je však fyzicky méně náročná než obyčejná chůze zdravého člověka. Pokud ji chceme použít ke zvyšování celkové tělesné výkonnosti, musíme ji ztížit jízdou do kopce nebo jízdou v nerovném terénu. Často se na zvyšování tělesné výkonnosti zapomíná u nemocných s postižením horních končetin.

Varovným příkladem je žena, kterou jsme přijali do rehabilitačního ústavu po frakturách obou předloktí, která nebyla schopna pro sníženou tělesnou výkonnost vyjít pěšky do třetího patra.

Pokud je alespoň jedna horní končetina funkčně schopná, využíváme na léčbě prací fyzicky náročných činností, např. činností s pohybem v terénu v nerovném či svažitém, tažení či tlačení vozíku s nákladem, přenášení těžších břemen, práce s motorovou sekačkou trávy či zametačem apod. Obdobný význam jako trénink tělesné výkonnosti na bicyklovém ergometru mají stejným způsobem poháněné speciální stroje pro léčbu prací, které se bohužel u nás prakticky nevyskytují.

Ad 4. Využití léčby prací na *obnovu všeobecných pracovních dovedností* představuje na příklad výcvik práce s různým nářadím všeobecně používaným (kladivo, kleště, šroubovák, pilka, pilník, jehla, lopata apod.). Přitom je třeba připomenout, že základní pohybovou funkcí horní končetiny je úchop a pohyb ruky určeným směrem, základní pohybovou funkcí dolních končetin je stoj a lokomoce. Na jejich výcvik zaměřujeme především pracovní činnosti.

Speciální dovednosti cvičíme pak s kompletní sadou nástrojů používaných přímo v profesi, v níž pacient pracoval a do níž se bude vracet. Tam, kde máme příslušné strojní vybavení, necháváme pacienta, který má k tomu kvalifikaci, pracovat i na těchto strojích. U pacientů s neodstranitelnými anatomickými i funkčními poruchami máme možnost nacvičit konkrétní provedení činnosti náhradním způsobem (substituice), nebo speciální individuální úpravou nástrojů či ovládacích prvků strojů, nebo pomocí kompenzačních pomůček. Provádíme i nácvik pracovních poloh a změn poloh, který může mít charakter všeobecný nebo speciálně zaměřený k pacientovmu povolání (např. práce v křeku, ve dřepu, ve stoji na dvojitém žebříku apod.).

Jakmile nacvičíme správné postavení i pracovní stereotypy, zaměřujeme se na jejich pevné zafixování a současně trénujeme pracovní vytrvalost, t. j. schopnost vykonávat práci stále delší a delší dobu. Přitom je nutné pacienta kontrolovat, aby nedocházelo k nežádoucím polohám či špatným pohybovým stereotypům vlivem únavy. Typickou potřebou výcviku pracovní vytrvalosti je na příklad nácvik delšího sezení u pacientů se sedavým zaměstnáním, např. po zlomeninách obratlů či operacích páteři. Teoreticky bychom měli vycvičit pacienta tak, že by byl schopen vykonávat svoji práci po celou pracovní směnu. K tomu však při současném uplatňování dalších metod léčebné rehabilitace nezbývá časový prostor a tohoto cíle můžeme dosáhnout jen v rámci čisté nebo převažující pracovní rehabilitace.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LÉČBY PRACÍ V REHABILITACI

Ad 5. *Nácvik nových pracovních dovedností* patří sice rovněž zcela jednoznačně do pracovní rehabilitace, přesto ho však používáme v rámci léčby prací, protože by bylo nesmyslné odkládat tyto činnosti na pozdější dobu, je možné je provést, nebo alespoň zahájit v době, kdy je pacient ještě plně v péči zdravotnického zařízení.

Typickým příkladem je třeba nácvik psaní strojem u pacienta, o němž víme, že léčebná rehabilitace bude trvat řadu měsíců a že ani po jejím ukončení nebude schopen vykonávat své původní dělnické povolání. Současně máme však také zjištěno, že tento pacient má u svého zaměstnavatele zajištěno místo buď v administrativě anebo i v provozu (např. mistr, vedoucí skladu, účetní), kde bude pro něj schopnost psaní strojem, nacvičená právě v rámci léčby prací, dobrým předpokladem pro jeho budoucí pracovní uplatnění.

Známe také řadu pacientů, kteří na příklad získali v naší výtvarné dílně takové pracovní zkušenosti, že sa tato výtvarná činnost stala zdrojem jejich výdělků.

Ad 6. V rámci léčby práce provádíme i řadu *diagnostických vyšetření*. Patří k nim např. již dříve zmíněné testování všeobecných i speciálních pracovních dovedností a pracovní vytrvalosti. Vzhledem k tomu, že pacient pobývá na léčbě prací mnoho hodin, týdnů, někdy i měsíců, je při tom pod dohledem zkušených technických pracovníků, rehabilitačních pracovníků i lékařů, prakticky odpadá možnost na příklad simulace pracovní neschopnosti, což je naopak možné při jednorázově prováděných pracovních testech. Opakované provádění pracovních testů umožňuje i lépe odhadnout prognózu pracovní schopnosti. Výsledky těchto testů jsou pak cenným a objektivním podkladem pro rozhodování závodních a posudkových lékařů.

Ad 7. Konečně posledním způsobem uplatnění léčby prací je *léčba zaměstnáváním*, jakožto nespecifická terapie záujmovými činnostmi s výraznou psychoterapeutickou složkou. Může být v některých případech i cílenou terapií. Je to v těch případech, kdy trénuje či ovlivňuje funkce mozku, který k tomu, aby si udržel svou funkční schopnost, potřebuje být neustále zatěžován tak jako třeba sval. Proto má léčba zaměstnáváním svou významnou úlohu na příklad v gerontologii, geriatrii či psychiatrii. V rámci léčebné rehabilitace má svou nepopíratelnou úlohu jako aktivní forma odpočinku.

Na druhé straně je však nutno zvážit, zda pro rehabilitační pracoviště za dnešních značně omezených možností není léčba zaměstnáváním do určité míry luxusem. Má-li totiž pro léčbu prací zcela minimální počet pracovníků, je logické a racionální, že se budeme snažit jejich zkušenosti i kapacitu využívat především pro cílenou léčbu prací, která zcela účelně doplňuje, zkvalitňuje a zkracuje rehabilitační proces.

Je kacířskou otázkou, zda vůbec máme léčbu zaměstnáváním ponechat jako součást léčby prací a léčebné rehabilitace. Zamysleme se trochu nad budoucností. Bude potřebná léčba zaměstnáváním? Rozhodně bude a v podstatě ve větší míře než doposud! Kdo ji bude potřebovat? Přece téměř všichni hospitalizovaní pacienti! Kdo by ji v tomto širokém kvantitativním rozsahu měl provádět? Psychologové? Sociální pracovníci? Kulturní pracovníci? Rehabilitační pracovníci s dnešním vzděláním a specializacemi? Nebo by ji měly provádět zdravotní sestry v rámci komplexní ošetrovatelské péče o nemocné hospitalizované na jejich oddělení? V současné době je nejrealnější poslední varianta. O předposlední variantě — speciálně vzdělávaný pracovník pro léčbu zaměstnáváním (= mimo rehabilitační oddělení) — by se mohlo uvažovat

ЗПЪСОБЫ УПЛАТНЪНІ ЛЪЧБЫ ПРАСІ В РЕХАБИЛИТАСІ

перспективно. За současného stavu, jako jeden z řady organizátorů našeho oboru mám osobně obavu, že kdyby se někdy léčba zaměstnáváním prováděla tak, jak to bylo potřebné, je a bude to nad síly našeho oboru.

Domnívám se, že náš obor je v současné době tak široký, až mu to škodí. Že bychom se měli rozumně snažit jej co nejvíce zúžit, odbourat vše, co patří jiným oborům a o to více se věnovat tomu, co je pro obor specifické, tomu, čím náš obor v rámci svých možností (které budou vždy limitovány řadou faktorů) může nejvíce prospět postiženým osobám, a tím i celé naší společnosti.

Adresa autora: Dr. V. K., Státní rehabilitační ústav,
257 62 Kladruby

В. Кржиж

СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРУДОЛЕЧЕНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме

- Лечение трудом можно в системе восстановительной терапии применять в качестве
- 1) нацеленной лечебной процедуры, ориентированной на функционально нарушенную область
 - 2) нацеленной лечебной процедуры, ориентированной на функционально не нарушенную область
 - 3) лечебной процедуры, направленной на повышение физической выносливости и производительности
 - 4) нацеленной лечебной процедуры, ориентированной на возобновление обычных и специфических трудовых навыков и трудовой выдержки
 - 5) нацеленной лечебной процедуры, ориентированной на выработку новых трудовых навыков
 - 6) диагностического метода для обнаружения обычных трудовых навыков, трудоспособности, производительности и трудовой выдержки
 - 7) психотерапевтического метода в форме лечения занятостью.
- Автор статьи подробно объясняет отдельные формы применения трудотерапии.

V. Kríž

METHODS OF APPLICATION OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE INSTITUTE OF REHABILITATION IN KLADRUBY

Summary

Occupational therapy can be used within the system of rehabilitation therapy as

1. Therapeutic procedure for functionally affected areas,
2. therapeutic procedure for areas not affected functionally,
3. therapeutic procedure for the increase of physical fitness and ability,
4. therapeutical procedure for regeneration of general and specific working abilities and persistence,
5. therapeutic procedure for the practice and new working skill,
6. diagnostic method for the determination of general working skill, working ability, performance and persistence,
7. psychoterapeutic method in form of occupational therapy.

The author explains in his paper the individual forms of applied occupational therapy.

ZPŮSOBY UPLATNĚNÍ LĚČBY PRACÍ V REHABILITACI

V. Kříž

ANWENDUNGSWEISEN DER ARBEITSTHERAPIE IN DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG

Zusammenfassung

Die Arbeitstherapie kann innerhalb des Systems der Rehabilitationstherapie angewandt werden als

1. gezielte, auf den funktional geschädigten Bereich ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 2. gezielte, auf den funktional nicht geschädigten Bereich ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 3. eine auf die Hebung der Körpertüchtigkeit und Leistungsfähigkeit ausgerichtete
 4. gezielte, auf die Erneuerung allgemeiner und spezifischer Arbeitgeschicklichkeit und Arbeitsausdauer ausgerichtete Behandlungsprozedur, Behandlungsprozedur,
 5. gezielte, auf die Einübung neuer Arbeitgeschicklichkeiten ausgerichtete Behandlungsprozedur,
 6. Diagnostik-Methode zur Feststellung allgemeiner Arbeitgeschicklichkeiten, der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie der Arbeitsausdauer,
 7. psychotherapeutische Methode durch die Behandlung mittels Beschäftigung.
- Der Autor gibt im Artikel eine nähere Erläuterung der einzelnen Anwendungsformen der Arbeitstherapie.

V. Kříž

MÉTHODES D'APPLICATION DU TRAITEMENT PAR LE TRAVAIL DANS LA RÉADAPTATION

Résumé

- Le traitement par le travail peut s'exploiter dans la réadaptation comme
1. un procédé de thérapie approprié, orienté sur la région fonctionnellement affectée
 2. un procédé de thérapie approprié orienté sur la région non fonctionnellement affectée
 3. un procédé de thérapie orienté sur l'augmentation de l'aptitude et capacité physiques
 4. un procédé de thérapie approprié orienté sur le rétablissement des aptitudes générales et spécifiques professionnelles et d'endurance professionnelle
 5. un procédé de thérapie approprié orienté sur l'exercice de nouvelles aptitudes professionnelles
 6. une méthode diagnostique pour la détermination des aptitudes générales professionnelles, de l'habileté et capacité professionnelles et d'endurance professionnelle
 7. une méthode de psychothérapie sous forme de thérapie par l'occupation
- L'auteur donne dans l'article une explication plus large des différentes formes de l'exploitation du traitement par le travail.

**K ZAČLENĚNÍ LĚČBY PRACÍ DO
CELOSPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE**

V. KRÍŽ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr Vladimír Kríž*

Souhrn: Rehabilitace je soustava celospolečenských opatření: politických a státních; ekonomických, sociálních a pracovních; výchovných, psychologických a kulturních; zdravotnických. Jejím úkolem je maximální rozvinutí všech možných duševních i tělesných schopností člověka postiženého vadou, nemocí či úrazem a vytvoření podmínek pro jeho zařazení do společnosti v maximálně možném rozsahu.

Léčebná rehabilitace je samostatná medicínská disciplína se specifickými vyšetřovacími a léčebnými metodami a je zaměřená především na diagnostiku a terapii funkčních poruch organismu jako celku i jeho jednotlivých orgánů. Na základě funkčních vyšetření, objektivním sledováním vývoje funkčních poruch a prostřednictvím působení především na pohybový systém člověka ovlivňuje nejen hybný systém člověka v celé jeho šíři, ale i řadu dalších orgánů a systémů lidského těla a jejich funkcí. Od prvního zjištění poruchy funkce má vytvářet zdravotnické předpoklady pro návrat postiženého člověka do společnosti.

Léčba prací se svou testovací i léčebnou složkou je součástí léčebné rehabilitace. Využívá speciálně vybraných a průběžně kontrolovaných pracovních činností k dosažení stanovených cílů léčebné rehabilitace, souběžně s fyzikální léčbou, léčebnou tělesnou výchovou a nácvikem soběstačnosti.

Klíčová slova: rehabilitace jako celospolečenský systém — léčebná rehabilitace — léčba prací — nácvik soběstačnosti — pracovní rehabilitace — posudková činnost.

I přes dosavadní značně nepříznivý stav, kdy léčbu prací provádějí pouze odborné ústavy a malá část rehabilitačních oddělení ÚNZ, je význam léčby prací jako jedné z metod léčebné rehabilitace značný. Je dosud do značné míry nedoceněn, což většinou vyplývá ze základních neznalostí, co to vlastně rehabilitace je, co je to léčebná rehabilitace jako jedna z částí rehabilitace a co je to léčba prací jako jedna z částí léčebné rehabilitace.

V rámci specifických diagnostických a terapeutických metod léčebné rehabilitace patří léčba prací především k těm preferovaným metodám, v nichž

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

je bezpodmínečně nutná aktivní účast postiženého člověka. Předpokladem maximální aktivity pacienta je jeho motivace. A pro její navození má léčba prací zcela specifické podmínky, protože může využívat k motivaci také konkrétní výsledky pracovního procesu. Zcela specificky můžeme při léčbě prací rovněž využívat dříve nacvičených pracovních stereotypů k cílené pohybové reedukaci. Máme možnost především převedením pacientovy pozornosti z vlastního provádění činnosti na vyráběný předmět tlumit špatné pohybové stereotypy, můžeme je přesněji diagnostikovat, můžeme se přesvědčit, zda nově nacvičené pohybové vzorce jsou dostatečně zafixovány.

Z hlediska způsobu využití léčby prací můžeme ji použít několika způsoby:

1. jako cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *funkčně postiženou* oblast.
2. jako cílenou léčebnou proceduru zaměřenou na *funkčně nepostiženou* oblast.
3. jako léčebnou proceduru zaměřenou na zvyšování celkové *tělesné zdatnosti a výkonnosti*

Tyto první tři způsoby se z větší části překrývají s úkoly léčebné tělesné výchovy.

4. Způsob využití: jako cílená léčebná procedura zaměřená na *obnovu* všeobecně či specifických pracovních dovedností a pracovní vytrvalosti.

5. jako cílená léčebná procedura zaměřená na *nácvik nových* pracovních dovedností.

6. jako diagnostická metoda ke zjišťování všeobecných pracovních dovedností, pracovní schopnosti a výkonnosti, včetně pracovní vytrvalosti.

7. jako psychoterapeutická metoda v rámci léčby zaměstnáváním.

Čtvrtý až šestý způsob využití se překrývá s úkoly pracovní rehabilitace a posudkového lékařství. V rámci posudkového lékařství vytváří předpoklady pro úkoly LPK (lékařských poradních komisí) ústavů národního zdraví a pro úkoly PSKZ (posudkových komisí sociálního zabezpečení). Zde je však nutno upozornit, že pro tyto orgány podávají rehabilitační pracoviště pouze odborné zprávy nebo maximálně doporučení či návrhy, ale v žádném případě nesmí zasahovat do kompetence těchto orgánů. Týká se to především posudkových komisí sociálního zabezpečení ONV, které jsou jediné kompetentní rozhodovat na příklad o tom, zda postižený dostane průkazku TP, ZTP, ZTPP, zda dostane změněnou pracovní schopnost, částečný či plný invalidní důchod, zda mu bude přiznán statut osoby s těžkým zdravotním postižením a podobně. Občas tyto komise protestují se značnou nelibostí (a podle současných předpisů zcela oprávněně) proti některým formulacím ve zprávách rehabilitačních pracovišť, pokud se tam vyskytují konkrétní návrhy, např.: ... pacient nebude schopen svého zaměstnání, ... pacient bude schopen zaměstnání při částečném invalidním důchodu, ... doporučujeme pacientovi průkazku ZTP, a podobně. I když jsme si vědomí, že kromě zařízení pro pracovní rehabilitaci žádné jiné pracoviště než rehabilitační (a to právě díky léčbě prací) nemá takové podmínky k objektivnímu posouzení a praktickému ověření funkčních schopností postiženého člověka, musíme se podle místních podmínek, zvyklostí a především vzájemných interpersonálních vztahů této faktické situaci pružně, taktně a takticky přizpůsobit. Tam, kde je spolupráce rehabilitačních a posudkových pracovišť ideální, k těmto rozporům vůbec nedochází a vyjádření rehabilitačních pracovišť, formulovaná třeba až do úrovně kompetence posudkových komisí, jsou těmito komisemi brána jako hlavní podklad pro jejich

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

rozhodnutí a jsou žádána. Naopak tam, kde tato spolupráce není, jsou posudkáři odkázáni na zprávy obvodních lékařů — chirurgů, internistů, ortopedů, neurologů, které obsahují především morfologicko-patologické údaje, z nichž často ani zkušený rehabilitační nebo posudkový lékař nepozná, jak je pacient postižen z hlediska funkčního. A to je právě pro posudkovou činnost rozhodující a pokud tento funkční nálezný posudková komise nemá k dispozici, je do značné míry odkázána na to, co jí sdělí a předvede pacient předvolaný před tuto komisi v rámci svých zkušeností a možností simulace, agravace či disimulace. Domnívám se, že z hlediska vývoje organizace zdravotnictví a sociálních služeb je povinná spolupráce rehabilitačních a posudkových pracovišť pouze otázkou času. Pro příklady sloučení těchto funkcí nemusíme chodit daleko, neboť např. v NDR plní rehabilitační pracoviště obě tyto funkce.

Stejný trend i v problematice předepisování nejrůznějších pomůcek pro postižené osoby, kde rehabilitační pracoviště minimálně převezme metodické vedení ostatních lékařů tak, aby se zabránilo současnému nepříznivému stavu, kdy:

- a) někteří pacienti, kteří tyto pomůcky potřebují, je nedostatečné, protože o jejich existenci a způsobu získávání většina lékařů málo ví;
- b) jiní pacienti dostanou pomůcky nevhodné;
- c) nebo dostanou sice pomůcky vhodné, ale protože je nikdo nenaučil tyto pomůcky používat, nepoužívají je. Zde je opět perspektiva podstatně užší spolupráce s ostatními odbornými lékaři. Zvláště pak s lékaři protetikých oddělení. A je to opět velký úkol rehabilitačních pracovišť a z nich pak úseků léčby prací a léčebné výchovy k soběstačnosti zvláště. Je ovšem na druhé straně samozřejmé, že pro tyto nové a náročné úkoly musí být rehabilitační pracoviště dostatečně vybaveno, a to jak po stránce kvalitativní (kvalifikace, znalosti a zkušenosti pracovníků), kvantitativní (počet pracovníků, prostory, vybavení) i organizační (postavení rehabilitačních oddělení v systému zdravotní a sociální péče).

Ve zmíněných sedmi možnostech využití léčby prací není úmyslně zahrnuta léčebná výchova k soběstačnosti. Osobně se totiž domnívám, že tato představuje zcela samostatný úsek léčebné rehabilitace se svojí specifickou diagnostickou (testovací) i terapeutickou částí a že i z metodických a organizačních důvodů by jí měla být věnována zvláštní pozornost zcela samostatně, t. j. odděleně od léčby prací. Je pouze tradicí, a to především rehabilitačních ústavů, že jsou úseky léčby prací a léčebné výchovy k soběstačnosti místně a personálně propojeny. Avšak z obecného hlediska a z hlediska rehabilitačních oddělení nemocnic a zvláště s poliklinikou, je vhodné tyto úseky rozvíjet zcela samostatně, již proto, že je k nim potřebná poněkud odlišná specializace rehabilitačních pracovníků a také proto, že důvody, proč některé rehabilitační oddělení nemá rozvinutou léčbu prací, jsou částečně respektovatelné, zatím co plně rozvinutá léčebná výchova k soběstačnosti je bezpodmínečně nutnou metodou každého rehabilitačního oddělení a její nedostatečné provádění je naprosto neomluvitelné. Z praxe jsou totiž známé případy, kdy investujeme značnou část kapacity rehabilitačních pracovišť v oblasti fyzikální terapie a hlavně léčebné tělesné výchovy do pacientů, kde je efekt těchto metod minimální či žádný, zatím co při respektování celkového objektivního stavu pacienta včetně

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOSPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

jeho prognózy by měla být léčebná výchova k soběstačnosti hlavní, nejdůležitější a při omezené kapacitě třeba i jedinou metodou léčebné rehabilitace. Naučit tyto pacienty soběstačnosti je totiž pro ně i pro společnost důležitější, než třeba malé zlepšení pohyblivosti v kloubech či síly svalové, které ve zcela určitých případech nemá pro pacienta žádný praktický význam. Spíše bychom měli do úseku výchovy k soběstačnosti přiřadit nácvik komunikačních schopností, tedy nácvik řeči, psaní, počítání, rozumění smluvené řeči či psanému textu, logické myšlení apod. Schopnost komunikace totiž můžeme zařadit na stejnou úroveň všedních činností sebeobsluhy, jako je například osobní hygiena, jedění či oblékání.

Léčebná rehabilitace je jedinou oblastí medicíny, která fyziologickým způsobem prostřednictvím léčby prací zajišťuje přechod práce neschopného člověka do plné nebo alespoň maximálně možné pracovní schopnosti. Tam, kde není třeba speciálního přeškolení postižených osob, může a má plnit léčba prací úkoly pracovní rehabilitace. Tam kde je třeba pracovní rehabilitace, je léčba prací v celém rehabilitačním procesu spojujícím článkem mezi léčebnou a pracovními rehabilitacemi.

Často používaný pojem návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace je zcela nevhodný a vyplývá z vytrženosti léčebné rehabilitace z komplexu rehabilitačních opatření jako celku. Pojem návaznost, pod kterým si většinou představujeme na příklad navázání jedné metody na druhou, svádí k velice mylné představě, že tam, kde jedna metoda končí, tam druhá teprve začíná.

[Je to asi tak, jako kdybychom v rámci léčebné rehabilitace stanovili pacientovi program tak, že první týden bude mít jen fyzikální terapii, druhý týden jen léčebnou tělesnou výchovu a třetí týden jen léčbu prací.]

Tato představa takzvané návaznosti popírá základní ideu rehabilitace, která spočívá v tom, že *rehabilitace je soustava vzájemně se prolínajících celospolečenských opatření, zaměřených na maximální rozvinutí všech možných duševních i tělesných schopností člověka postiženého vrozenou vadou, nemocí či úrazem a vytvářejících všechny předpoklady pro jeho maximálně možné uplatnění v lidské společnosti*

REHABILITACE JE SOUSTAVA CELOSPOLEČENSKÝCH OPATŘENÍ:

1. politických a státních,
2. ekonomických, sociálních a pracovních,
3. výchovných, psychologických a kulturních,
4. zdravotnických opatření.

Ad 1. Politická a státní opatření vycházejí z prověrek současného stavu rehabilitace, z připomínek pracujících a jejich zastupitelských orgánů, určují směry rozvoje rehabilitace, pro jejich realizaci vydávají zákony, nařízení, usnesení a směrnice. Řídí, koordinují a kontrolují činnost všech resortů a institucí zabývajících se rehabilitací.

Ad 2. Ekonomická opatření umožňují např. budování nových a zlepšování současných rehabilitačních zařízení včetně jejich materiálního a kádrového zabezpečení. Sociální opatření jsou zaměřena jednak k pracovníkům v rehabilitaci, jednak — a to především — k postiženým osobám, jednak k zaměstnavatelům postižených osob. Součástí péče o postižené občany je například systém důchodové péče (částečné a plné invalidní důchody), poskytování výhod držitelům průkazek, TP, ZTP, ZTPP, možnost přeškolení v rámci pracovní rehabilitace apod. Zaměstnavatelům tato opatření

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOSPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

např. ukládají povinnost zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností (ZPS), vytvářet podmínky pro zaměstnávání osob se ZPS, poskytují jim i výhody při přijímání osob s těžkým zdravotním poškozením (TZP), jejichž pracovní uplatnění je možné pouze za mimořádně upravených podmínek.

Ad 3. Výchovná opatření se týkají především postižených osob. Patří sem např. systém jejich školního vzdělávání, preference postižených osob při výběru kvalifikace, zajištění kvalifikace v mimořádně přizpůsobených podmínkách (pracovní habilitace) a podobně. Součástí by měla být i výchova postižených k optimálnímu vztahu ke zdravým osobám, ke společnosti i mezi postiženými samými. Na druhé straně je však nutné zaměřit kulturně-výchovnou práci na zdravé občany, aby tito byli od dětství soustavně vychovávaní k harmonickému soužití s postiženými občany (= integrace postižených občanů). Zjevně či skrytě se projevující snahy o vyčlenění postižených osob z běžného společenského života (= segregace invalidů) jsou důkazem nedostatečného výchovného působení právě v této oblasti.

Ad 4. Zdravotnická opatření na úseku celospolečenské rehabilitace se musí promítnout do direktivního i metodického řízení všech medicínských oborů. Působení současných specialistů pro léčebnou rehabilitaci představuje totiž jen malou část nutného podílu resortu zdravotnictví v celospolečenském systému rehabilitačních opatření.

Všechna tato opatření se musí vzájemně prolínat, vytvářet pevnou síť rehabilitace, v níž slabost kteréhokoliv místa znamená nedokonalost této sítě a tím oddálení, znesnadnění nebo znemožnění dosáhnout jediného a konečného cíle rehabilitace, to je racionalisace postiženého člověka.

Toto je základní filozofická myšlenka rehabilitace a ten, kdo ji nepochopil, nemůže rehabilitaci správně plánovat, řídit ani prakticky provádět.

Vzhledem k tomu, že je třeba stále propagovat potřebu rozvoje léčebné rehabilitace, je nutné vždy také zdůrazňovat, že léčebná rehabilitace, jako celek i její jednotlivé části — léčebná výchova k soběstačnosti, léčebná tělesná výchova, léčba prací a některé druhy fyzikální terapie nejsou pouze terapeutické, všeobecné komplexní terapie, ale mají své zcela specifické nejen terapeutické, ale i diagnostické metody. Na diagnostickou složku léčebné rehabilitaci se totiž často zapomíná, snad také proto, že používaná terminologie vlastně obsahuje jen terapeutickou složku (léčebná rehabilitace, léčebná tělesná výchova, léčba prací apod.). Vlastní a specifické diagnostické i terapeutické metody jsou totiž základním argumentem pro samostatný základní medicínský obor s rehabilitační náplní (ať už se jmenuje jakkoliv). Je zajímavé, jak se na jedné straně složitě a těžko obhazuje základní specializace lékařů pro rehabilitaci, když na druhé straně je zcela plně uznávána a dlouholetými praktickými zkušenostmi prověřena nutnost specializace středního zdravotnického personálu, tedy rehabilitačních pracovníků, včetně jejich pregraduální (školní) i postgraduální přípravy (atestace, kursy, školící místa).

Psychologicko-sociálněekonomickým argumentem speciálně pro potřebný rozvoj léčby prací je její významné ovlivňování pacientů v obecném psychologickém smyslu, že totiž rehabilitovaný člověk i při léčení pracuje. Uchováváme tedy v jeho psychice pocit, že je i v „pracovní neschopnosti“ schopen určitých pracovních činností. Dokazujeme mu, že jeho pracovní schopnost během léčebné rehabilitace stoupá, a tím ho od začátku jeho rehabilitace vedeme k tomu, že se po ukončení rehabilitace do pracovního procesu zase vrátí. To je velice důležitý psychologický význam léčení prací. Psychologicky zde působí i sám název procedury — léčba prací, a to je také jeden z důvodů, proč ne-

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

považuji za vhodné při kontaktech s pacienty nahrazovat laikovi zcela srozumitelný název „léčba prací“ například pojmem ergoterapia, který laikovi neříká vůbec nic.

V příspěvku o postavení léčby prací jsem se úmyslně vrátil k některým základním filosofickým otázkám rehabilitace. Domnívám se však, že chceme-li úspěšně rozvíjet svůj obor, docílit pro něj takové společenské postavení, které odpovídá jeho společenské důležitosti, je bezpodmínečně nutné, aby se pracovníci našeho oboru kromě každodenní náročné práce věnovali i otázkám oboru z hlediska jeho ideologie, propagace, prognostiky organizace a plánování.

Adresa autora: Dr. V. K., Státní rehabilitační ústav,
257 62 Kladruby

V. Кржиж
К ВОПРОСУ ВНЕДРЕНИЯ ТРУДОТЕРАПИИ
В ОБЩЕСТВЕННУЮ СИСТЕМУ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ

Резюме

Восстановительная терапия представляет собой систему общественных мероприятий:

- политических и государственных;
- экономических, социальных и трудовых;
- воспитательных, психологических и культурных;
- медико-санитарных.

Ее задачей является максимальное развитие по возможности всех психических и физических способностей человека, страдающего пороком, болезнью или травмой и создание условий для его социальной реадaptации в как можно большем объеме.

Восстановительная терапия является самостоятельной медицинской дисциплиной со специфическими методами обследования и лечения, ориентированной прежде всего на диагностику и терапию функциональных нарушений организма как целого и отдельных его органов. На основе функциональных обследований, путем объективных обследований, путем объективных наблюдений за развитием функциональных нарушений и путем воздействия главным образом на двигательную систему человека она действует не только на двигательную систему человека во всем ее объеме, но и на ряд других органов и систем человеческого тела и его функций. С момента обнаружения функционального нарушения восстановительная терапия должна создавать медико-санитарные предпосылки для возвращения пострадавшего человека в общество.

Трудотерапия своим тестирующим и терапевтическим компонентами является составной частью восстановительной терапии. В ней применяются специально подобранные и систематически контролируемые виды трудовой деятельности для достижения поставленных целей восстановительной терапии наряду с физической терапией, лечебной физкультурой и выработкой независимости.

V. Kříž
INCORPORATION OF OCCUPATIONAL THERAPY INTO ALL-
SOCIAL SYSTEM OF REHABILITATION

Summary

Rehabilitation is a group of all-social measures:
Political and national;

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOSPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

economical, social and working;
educational, psychological and cultural;
of health.

Their task is the maximal development of all psychical and physical abilities of man affected by a defect, sickness or injury, and the creation of conditions for his integration, to the greatest possible extent, into society.

Medical rehabilitation is an independent medical discipline with specific methods of examination and therapy dealing with diagnoses and therapy of functional disorders of the organism as a whole and its individual organs. On the basis of functional examination, by objective investigation of the development of functional disturbances and by influencing the motor system to the whole extent, not only the human motor system is being influenced, but also a number of organs and system is being influenced, but also a number of organs and systems of the human body and their functions. From the initial detection of disturbances of functions, conditions should be created for the reintegration of the patient into society.

Occupational therapy with its components of testing and therapy is part of medical rehabilitation. It applies specially selected and regularly controlled working activities in order to gain certain targets of medical rehabilitation, parallelly with physiotherapy, exercise therapy and practice of selfsufficiency.

V. Kříž

ZUR FRAGE DER EINORDNUNG DER ARBEITSTHERAPIE IN
DAS GESAMTGESELLSCHAFTLICHE REHABILITATIONSSYSTEM

Zusammenfassung

Rehabilitation ist ein System gesamtgesellschaftlicher Maßnahmen, und zwar:
politischer und staatlicher;
ökonomischer, sozialer und arbeitsmäßiger;
erzieherischer, psychologischer und kultureller;
medizinischer.

Aufgabe der Rehabilitation ist die maximale Entfaltung aller möglichen geistigen und körperlichen Fähigkeiten eines durch ein Gebrechen, eine Krankheit oder einen Unfall geschädigten Menschen sowie die Schaffung von Bedingungen für seine Einordnung in die Gesellschaft im größtmöglichen Umfang.

Die Rehabilitationstherapie ist eine selbständige medizinische Disziplin mit spezifischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Sie ist vor allem auf die Diagnostik und die Therapie von funktionalen Störungen des Organismus als Ganzes und seiner einzelnen Organe ausgerichtet. Aufgrund von funktionalen Untersuchungen, mit Hilfe objektiver Beobachtung der Entwicklung funktionaler Störungen sowie durch das Einwirken vor allem auf das Bewegungssystem des Menschen beeinflusst die Rehabilitationstherapie nicht bloß das Bewegungssystem des Menschen in seiner Gesamtheit, sondern auch viele andere Organe und Systeme des menschlichen Körpers sowie ihre Funktionen. Vom Zeitpunkt der ersten Feststellung einer Funktionsstörung an ist sie berufen, medizinische Voraussetzungen für die Rückkehr des betroffenen Menschen in die Gesellschaft zu schaffen.

Die Arbeitstherapie ist mitsamt ihrem Diagnostik- und Therapeutikteil Bestandteil der Rehabilitationstherapie. Sie wendet zwecks Erreichung der festgelegten Ziele der Rehabilitationstherapie speziell gewählte und laufend kontrollierte Arbeitstätigkeiten an, begleitet von physikalischer Therapie, Heilgymnastik und Übung der Selbstbetreung.

K ZAČLENĚNÍ LÉČBY PRACÍ DO CELOPOLEČENSKÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

V. Kříž

A L'INCORPORATION DU TRAITEMENT PAR LE TRAVAIL
DANS LE SYSTÈME DE RÉHABILITATION SOCIAL

R é s u m é

La réhabilitation est un système de mesures de la société entière:
politiques et étatiques;
économiques, sociales et professionnelles;
éducatives, psychologiques et culturelles;
sanitaires.

Leur tâche consiste à développer le maximum de toutes les facultés possibles intellectuelles et physiques de l'homme affecté de défaut, troubles ou blessure (accident) et à créer des conditions pour son incorporation à la société dans le limite maximum possible.

La réadaptation médicale est une discipline de médecine indépendante avec des méthodes d'exploration et de thérapie spécifiques qui est orientée, avant tout, sur le diagnostic et la thérapie des troubles fonctionnels de l'organisme, comme un ensemble et aussi des organes individuels. D'après les explorations fonctionnelles, le contrôle objectif du développement des troubles fonctionnelles et par l'intermédiaire de l'influence, tout d'abord, sur le système moteur de l'homme, elle influence non seulement le système moteur de l'homme dans toute sa grandeur, mais encore toute une série d'autres organes et système du corps humain et leurs fonctions. A partir du premier diagnostic du trouble fonctionnel, elle doit former des conditions préalables sanitaires pour la rentrée de l'homme affecté dans la société.

Le traitement par le travail avec son test et son action thérapeutique est un facteur de la réadaptation médicale. Il exploite des activités professionnelles spéciales choisies et contrôlées continues pour arriver aux buts de la réadaptation médicale, parallèlement avec la thérapie physique, la kinésithérapie et les exercices à faire pour la suffisance individuelle.

VIII. medzinárodný Kongres fyzikálnej medicíny a rehabilitácie v Stockholme sa bude konať 25. až 29. augusta 1980. Informácie podá kongresová kancelária:

Physical Medicine
c/O Stockholm Convention Bureau
Jakobs Torg 3
S-111 52 STOCKHOLM, Sweden

Errata

V rehabilitácii č. 1/79 sme uverejnili 2 recenzie Vydavateľstva VEB od autora U. Zwienera, kde došlo k zámene titulov týchto recenzií. Prosíme čitateľov o opravu a ospravedlnenie.

METODICKÉ PRÍSPEVKY**MOŽNOSTI VYUŽITÍ LÉČBY PRACÍ VENKU —
V AREÁLU ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ**

V. KRÍŽ, M. KRÍŽOVÁ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž*

Souhrn: Do repertoáru činností prováděných v rámci léčby prací patří i práce venku. Mají svoji dlouholetou tradici v rehabilitačních ústavech, psychiatrických léčebnách nebo některých ústavech sociální péče. Autoři však upozorňují na to, že léčbu pracemi venku může provádět téměř každé rehabilitační oddělení nemocnice nebo i některá lázeňská zařízení a mohou k ní využít právě volných ploch areálů těchto zdravotnických zařízení. Tímto způsobem je možné zavádět skupinovou léčbu prací i tam, kde zatím nejsou k dispozici potřebné vnitřní prostory pro léčbu prací. Jsou uvedeny příklady konkrétních činností z hlediska pracovnětechnologického i obecné možnosti jejich využití z hlediska medicínsko-rehabilitačního. Současně je možné tento druh aktivní rehabilitace využít k demonstraci a propagaci práce rehabilitačního oddělení.

Klíčová slova: Léčba prací — aktivní rehabilitace — venkovní práce — areál zdravotnických zařízení.

Na možnost provádět léčbu prací v areálu zdravotnických zařízení upozorňujeme především proto, že řada rehabilitačních oddělení ÚNZ má omezené či nemá žádné vnitřní prostory pro provádění léčby prací. Práce venku, např. přímo v areálu nemocnice, prostory pro léčbu prací přímo nabízejí. Pokud jsou tyto práce prováděny poblíž rehabilitačního oddělení, trvá zde i možnost kombinace procedur léčebné rehabilitace za účelem prohloubení komplexnosti léčebné rehabilitace.

Může být např. kombinace: fyzikální terapie jako příprava pro LTV, odpočinek, léčba prací, fyzikální terapie s relaxačním charakterem. Pořadí procedur také může začínat léčbou prací, na ni navazovat fyzikální terapie a končit léčebnou tělesnou výchovou.

Nutným předpokladem pro použití léčby prací v areálu zdravotnického zařízení je spolupráce s hospodářsko-technickým útvarem zařízení, který tyto plo-

chy obhospodařuje. S ním je nutno dohodnout rozsah ploch používaných pro léčbu prací i charakter činností tak, aby práce pacientů rehabilitačního oddělení účelně přispívala ke zlepšování prostředí zdravotnického zařízení. Tento cíl by měl být i hlavním popudem pro pochopení zdravotního i technického vedení ústavu pro rozvoj a potřebnou podporu této oblasti léčby prací.

Protože každé zdravotnické zařízení musí mít údržbu areálu zajištěnou, a to většinou svými provozními zaměstnanci, šetří tímto způsobem prováděné práce kapacitu těchto pracovníků, a umožňují hospodářskému vedení uvolněnou kapacitu provozních zaměstnanců využít jediným způsobem. V rámci dohody rehabilitačního oddělení s vedením zařízení může být dojednána i konkrétní spolupráce provozních pracovníků zařízení s rehabilitačními pracovníky v tom zmyslu, že provozní pracovník zde může v předem dojednané době plnit funkci technického pracovníka léčby prací. Může to mít pro něj i ekonomický efekt, protože může dostávat příplatek za vedení skupiny pracovníků (kterými jsou v tomto případě pacienti rehabilitačního oddělení). Přitom část prací může vést rehabilitační pracovník sám a druhou část ve spolupráci s technickým pracovníkem.

Viditelný efekt této formy léčby prací může zlepšit i postavení rehabilitačního oddělení ve zdravotnickém zařízení působením jak na zdravotnickou, tak na hospodářskou část personálu zařízení. Cíleně vedené práce rehabilitačních pracovníků s pacienty venku totiž představují i veřejné seznamování veškerého personálu s činnostmi rehabilitačního oddělení.

Je dokonce i možné, že když zdravotnický personál na příklad různých oddělení nemocnice uvidí venku pracující pacienty, napadne ho, že by se této veřejně demonstrované metody léčby prací mohla zúčastnit i řada pacientů jejich oddělení, u nichž je dosud ani nenapadlo předepsat jim léčebnou rehabilitaci. Známe dokonce i případy, kdy iniciativa zúčastnit se této formy rehabilitace vychází i ze samých pacientů, kteří žádají ošetřující lékaře o předpis těchto prací, protože sami vidí, že by na ně také stačili a mimo jiné je jim pouhý pobyt venku příjemnější, než nepříjemná izolace hospitalizovaných pacientů na lůžkovém oddělení nebo ambulanci pacientů doma.

Nevýhodou venkovních prací je jejich závislost na počasí. Většinou však nebývá organizačním problémem při nevhodném počasí tuto činnost vynechat.

Zavedení této formy léčby prací může být i vítanou formou socialistické iniciativy pracovníků rehabilitačního oddělení. Vždyť se týká takového závažného a sledovaného úkolu, jako je zlepšování životního a pracovního prostředí. Počítáme-li pouze s vnějším efektem těchto činností, můžeme docílit zlepšení nejen čistoty a estetického vzhledu zdravotnického zařízení, a to jednak pro léčebnou rehabilitaci pacientů, jednak pro rekreaci personálu. Vždyť konkrétním výsledkem léčby prací venku může být na příklad vybudování a udržování travnaté plochy pro cvičení, či hřišť a procházkových tras v areálu nemocnice. Řada rehabilitačních oddělení může takto získat část venkovních zařízení, která jsou dosud známá jen z rehabilitačních ústavů či lázní. Domníváme se, že rehabilitační charakter těchto venkovních zařízení i vlastní rehabilitační provoz v nich by mohl podstatně ovlivnit tolik žádoucí rehabilitační charakter většiny typů našich zdravotnických zařízení a byl by i propagací potřeby rozvoje rehabilitace v tomto zařízení. Na rehabilitační pracovníky, kteří by tyto činnosti ordinovali a řídili, by tato práce kladla některé neobvyklé nároky.

MOZNOSTI VYUŽITÍ LÉČBY PRACÍ VENKU — V AREÁLU ZDRAVOTNÍCKEHO ZAŘÍZENÍ

Za prvé nároky na organizátorskou činnost. Ta počíná jednáním o zavedení této formy léčebné rehabilitace na úrovni ředitelství zařízení, průběžným zajišťováním materiálního vybavení k těmto pracím, plánováním potřebných prací a podobně.

Za druhé jsou to další nároky na znalosti a zkušenosti na úseku léčby prací v oblasti venkovních činností, a to jak z hlediska medicínsko-rehabilitačního, tak i z hlediska pracovnětechnologického.

Za třetí jsou to odlišné nároky na vlastní vedení skupiny pacientů pracujících venku. Tak jako ke každé rehabilitační činnosti musí být i v tomto případě pacient motivován. Motivován musí být především tím, že má ordinovány činnosti, které slouží ke zlepšování jeho zdravotního stavu.

Další vedlejší motivací může být i to, že v rámci své léčby dělá i veřejně prospěšnou činnost, tedy činnost, která slouží ke zlepšení prostředí pro něj, pro všechny ostatní pacienty i pro celé zdravotnické zařízení. Že má možnost svým podílem přispět ke zlepšování zdravotnických služeb, kterých byl doposud jen konzumentem a které mu budou k dispozici, kdykoliv je bude opět potřebovat. Pacienty je možné stimulovat i děkovnými grafickými listy, potvrzujícími jejich účast na budování nemocnice, odměňovat je drobnými dárky např. z léčby prací jiných pacientů.

Je jasné, že pacienty není možné k těmto činnostem nutit. Vždyť řada prací (např. úklidové práce) mohou při špatné interpretaci vytvářet v pacientovi pocit, že dělá něco, co by měl dělat někdo jiný. Že je vlastně pod záminkou rehabilitace k těmto pracím zneužíván. Jakmile se setkáme s tímto přístupem, nelze jej odbýt příkazem. Pokud tohoto pacienta nejsme schopni přesvědčit o prospěšnosti těchto prací především pro něj, raději ho z této formy léčebného procesu taktně vyřadíme.

Repertoár činností v areálu zdravotnického zařízení, které můžeme použít, je překvapivě bohatý, a proto uvádíme jen některé práce jako příklady:

1. práce spojené s vybudováním a udržováním záhonů: např. rytí, vyrovnávání ní terénu, přeprava materiálu, hrabání, válcování, sázení, pletí, zalévání, sklízení;

2. práce spojené s udržováním trávníků: např. hrabání, sbírání kamenů a odpadků, vyrovnávání ploch, dosévání či doplňování poškozených ploch hotovými drny, sečení srpem, kosou, motorovou sekačkou, sušení a odvoz sena, zalévání, hnojení;

3. práce na výstavbě a udržování hřišť: např. vyrovnávání terénu, odvodnění, vybudování jednotlivých vrstev povrchu hřiště s pomocnými zařízeními (např. sloupky, branky, jamky a umělé překážky pro minigolf), válcování, kropení, zametání, hrabání, kartáčování, vyznačení hřišť a jejich příprava k hrám apod;

4. práce na výstavbě a udržování ústavních cest: např. úklid odpadků, zametání koštětem, zametacím strojem, práce s uklízacím strojem, mytí cest, budování a udržování pískových, antukových, kamenitých či dlážděných cest pro pěší, včetně např. speciálních cvičných či testovacích drah v areálu, budování obrubníků, odvodňování cest, v zimě odklizení sněhu, ledu, sypání cest a podobně;

5. práce na budování a udržování sadových úprav: např. sázení, zalévání, okopávání, hnojení a stříhání keřů a stromů; budování a udržování laviček, zábradlí, altánků, přístřešků pro nářadí, plotů (včetně čištění, oprav a natírání).

Z těchto příkladů vyplývá pouze možný konečný efekt vykonávaných prací.

MOŽNOSTI VYUŽITÍ LÉČBY PRACÍ VENKU — V AREÁLU ZDRAVOTNÍCKEHO ZARÍZENÍ

Pro nás jsou však podstatnější široké možnosti pro využití těchto prací k léčebněrehabilitačním účelům. K tomu máme možnost výběru činností:

a) podle požadované celkové zátěže (práce malé, střední či velké intenzity) — k ovlivnění celkové tělesné výkonnosti. Při vhodném výběru můžeme tyto činnosti použít jako cílenou rehabilitaci i u řady interních pacientů (např. u pacientů po infarktu myokardu) i u chirurgických pacientů (od pacientů po běžných a abdominálních operacích až po pacienty po operacích na oběhovém systému);

b) výběru různých pracovních poloh — práce vkleče, v dřepu, vsedě, vstoje, při chůzi po rovině, v terénu a podobně, k ovlivnění pracovní vytrvalosti v určité poloze;

c) k výběru konkrétních činností, kdy podle kineziologického rozboru chceme buď synteticky nacvičovat a upevňovat celé pohybové stereotypy, nebo analyticky ovlivňovat sílu jednotlivých svalových skupin či rozsah v kloubech s omezenou pasivní pohyblivostí.

Také pro tento druh činností můžeme používat některé kompenzační nebo přímo rehabilitační pomůcky. Je to např. obdélníkové prkénko s koženým páskem, pod který zasune pacient ruku tak, aby byly prsty fixovány v natažení. Při pracích v podporu klečmo je pacient opřen postiženou rukou s touto pomůckou o zem a zdravou rukou pracuje. Opřením si provádí autodres do extenze prstů a dorzální flexe v zápěstí a současně staticky zatěžuje skelet končetiny. Autodres např. vytahuje zkrácené flexory prstů, zatížení končetiny je nejučinnější léčbou odvápnění kostí z ruky. Podle stupně anatomického a funkčního postižení a z něj vyplývající zatěžitelnosti organismu jako celku i jeho částí zvláště, můžeme při léčbě tímto typem prací cíleně ovlivňovat i několik funkcí najednou. Většinou se tomu ani nevyhneme. Tím se ovšem vystavujeme riziku, že se nám nepodaří uhlídat vše, zvláště pak pracujeme-li s celou skupinou nemocných. Kriticky si musíme přiznat, že v současné době (pokud se těchto prací vůbec používá) spíše znamenají všeobecné zatěžování organismu, s respektováním nevhodných činností a pracovních poloh a s náznakem uplatnění cílené činnosti léčby. Ale i tam, kde práce venku jsou spíše než cílenou léčbou prací pouze léčbou zaměstnáním, je psychoterapeutický efekt těchto činností přínosem.

Z kádrovopersonálních důvodů nám zatím chybí především řádná kineziologická diagnostika pacientů a řádný kineziologický rozbor jednotlivých činností. V tom je ale právě široká perspektiva léčby a rozhodně to není důvod k tomu, aby byl její rozvoj opomíjen. Vždyť většina činností na úseku léčby prací, ale i v celé léčebné rehabilitaci se historicky vyvíjela a dosud vyvíjí od empirie k vědě, tedy od zkušenostmi získaných poznatků, že některá procedura působí na pacienta příznivě, k vědeckému zdůvodnění a cílenému uplatňování těchto metod. Provádění léčby prací v areálu zařízení umožňuje tedy i za dnešních prostorových podmínek rozšířit repertoár diagnostických a terapeutických možností rehabilitačního oddělení a může přispět i ke zlepšení autority našeho oboru v rámci konkrétního zdravotnického zařízení.

Adresa autorů: V. K., M. K., Státní rehabilitační ústav,
257 62 Kladruby

MOŽNOSTI VYUŽITÍ LÉČBY PRACÍ VENKU — V AREÁLU ZDRAVOTNÍCKÉHO ZAŘÍZENÍ

V. Kržíž, M. Kržížová
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРУДОМ
НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ — В ПРОСТРАНСТВАХ
МЕДИКО-САНИТАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Резюме

К репертуару видов деятельности, осуществляемых в рамках лечения трудом принадлежит и труд на открытом воздухе, имеющий многолетнюю традицию в институтах восстановительной терапии, психиатрических лечебницах и некоторых учреждениях социальной помощи. Однако, авторы обращают внимание на то, что лечение трудом на открытом воздухе может проводиться почти в каждом отделении восстановительной терапии при больницах, а также и в некоторых курортных учреждениях. Для лечения трудом на открытом воздухе можно использовать как раз свободные пространства этих медико-санитарных учреждений. Таким способом возможно вводить групповую трудотерапию и на местах, где до сих пор нет необходимых внутренних пространств для трудотерапии. Приводятся примеры конкретной деятельности с рабоче-технологической точки зрения и общие возможности ее применения с точки зрения медицины и восстановительной терапии.

Одновременно возможно этот вид активной восстановительной терапии использовать для показа и пропагандирования работы отделения восстановительной терапии.

V. Kříž, M. Křížová

POSSIBILITIES TO USE OCCUPATIONAL THERAPY IN THE
OPEN AIR — ON THE AREAL OF A HEALTH INSTITUTE

Summary

The repertory of activities within occupational therapy also includes work in the open air. This kind of therapy has a tradition of long standing in institutes of rehabilitation, in psychiatric institutes and also in other institutes of social welfare. The authors draw attention to the fact that occupational therapy in the open air can be carried out in almost every department of rehabilitation of a hospital or at a spa institute. This work can be carried out on waste plots at any of the mentioned institutes' areal. In this way group occupational therapy can be carried out in places where indoor premises for occupational therapy are not available yet. The authors mention examples of such activities from the general and technological aspect and their application from the point of view of medical rehabilitation.

At the same time this type of activities, — active rehabilitation can be used as demonstration and propagation of the work of the department of rehabilitation.

V. Kříž, M. Křížová

MÖGLICHKEITEN DER ANWENDUNG DER ARBEITSTHERAPIE
IM FREIEN — IM GELÄNDE DER KRANKENPFLEGEANSTALT

Zusammenfassung

Das Repertoire der im Rahmen der Arbeitstherapie ausgeübten Tätigkeiten schließt auch Arbeitstätigkeiten im Freien mit ein. Auf diesem Gebiet gibt es an Rehabilitationsanstalten, psychiatrischen Heilanstalten sowie an einigen Sozialfürsorgeanstalten langjährige Tradition. Die Autoren richten jedoch das Augenmerk besonders auf die Tatsache, daß Arbeitstherapie mittels Arbeiten im Freien fast jede Rehabilitationsabteilung eines Krankenhauses oder auch einige Badekureinrichtungen anwenden können und daß gerade freie Flächen im Gelände dieser Sanitätseinrichtungen für diese Zwecke genutzt werden können. Auf diese Weise wird es möglich, auch dort

MOŽNOSTI VYUŽITÍ LÉČBY PRACÍ VENKU — V AREÁLU ZDRAVOTNÍCKEHO ZAŘÍZENÍ

Arbeitstherapie in Gruppen einzuführen, wo bislang keine dazu notwendigen Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Es werden Beispiele konkreter Arbeitstätigkeiten und ihrer Anwendung vom Gesichtspunkt der Arbeitstechnologie sowie ihrer allgemeinen Nutzung vom Gesichtspunkt der Rehabilitationsbehandlung aus angeführt.

Diese Art der aktiven Rehabilitation kann zugleich auch als Mittel zur Demonstration zur Propaganda der Tätigkeit von Rehabilitationsabteilungen genutzt werden.

V. Kříž, M. Křížová

POSSIBILITÉS D'EXPLOITATION DU TRAITEMENT PAR LE RAVAIL AU DEHORS — DANS L'ARÉAL DE L'ETABLISSEMENT DE SANTÉ

R é s u m é

Dans le répertoire des activités exécutées dans le cadre du traitement par le travail, on classe aussi les travaux au dehors. Ils ont déjà leur longue tradition dans les établissements du rééducation, les établissements de cure psychiatrique ou certains établissements de sollicitude sociale. Cependant, les auteurs attirent l'attention sur le fait que le traitement par les travaux au dehors peut s'exécuter presque dans chaque département de réhabilitation des établissements de santé ou bien même certaines stations balnéaires qui ont ainsi la possibilité d'exploiter les surfaces libres de leur aréal. Ce procédé permet l'application d'un traitement par le travail de groupe même là, où l'on n'a pas à sa disposition des espaces intérieurs nécessaires pour le traitement par le travail. Ici, sont mentionnés des exemples d'activités concrètes du point de vue professionnel-technologique et des possibilités générales de leur exploitation du point de vue de la thérapie médicale et rééducative.

Il est possible d'exploiter, en même temps, ce mode de réhabilitation active dans la démonstration et propagation du travail du département de la réhabilitation.

I. ŠIPOŠ

PSYCHOLÓGIA PAMĚTI

*Vydalo Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava 1978,
1. vydání, 160 stran, obr. 37, cena Kčs 16.—.*

V edici pedagogických a psychologických děl vychází v roce 1978 ve Slovenském pedagogickém nakladatelství drobná monografie dr. Šipoše, pracovníka Slovenské akademie věd, o problematice psychologie paměti. V devíti kapitolách zabývá se autor dílčími otázkami paměti, otázkou metod a metodologie, příčinami zapomínání, krátkodobou a dlouhodobou pamětí, znovu poznáváním, hovoří o modelech paměti: organizace paměti, poslední kapitola se zabývá problematikou neverbální paměti. Početná literatura, jmenný a věcný rejstřík a konečně obsah díla v ruštině a angličtině uzavírají tuto pozoruhodnou drobnou monografii, navazující na publikaci téhož autora z roku 1977 o paměti a znovupoznání. Monografie je výsledkem

cíleného studia a experimentů autora v uplynulých několika letech, kdy se soustavně věnuje se svými spolupracovníky problematice paměti, hlavně z hlediska psychologie. Kniha je určená především psychologům, ale najdou zde zajímavé informace i ostatní vědečtí pracovníci, jako jsou fyziologové a pedagogové. Jednotlivé kapitoly doplňují názorné ilustrace a informující tabulky.

Předností knihy je bezesporu, že přináší přehled současných názorů a experimentálních dat z oblasti výzkumu paměti a každý, kdo se zajímá o tuto problematiku, najde zde syntetický pohled na uvedené otázky.

Dr. M. Palát, Bratislava

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

I. PĚKNÁ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr. Vladimír Kříž*

Souhrn: Úsek ergoterapie je nedílnou součástí rehabilitačního oddělení. Je možné pracovat již v minimálním prostoru 20 m². Jsou uvedeny poznámky k vybavení, organizaci práce, zajištění podmínek bezpečnosti při práci.

Na úseku ergoterapie mohou pracovat rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, nižší zdrav. pracovníci, techničtí pracovníci léčby prací a výtvarníci. Uvádějí se možnosti jejich platového zařazení a jejich pracovní povinnosti.

Hospodaření materiálem je možné při dodržení směrnice ministerstva zdravotnictví provádět několika způsoby. Jsou uvedeny příklady.

Klíčová slova: Úsek ergoterapie — prostor — vybavení — pracovníci (povinnosti, platové zařazení), — hospodaření materiálem.

Prostor a vybavení provozoven

Pokud jsou na úseku ergoterapie zřízeny specializované dílny pro léčbu prací, platí pro jejich vybavení a provoz stejné předpisy jako pro kterékoliv dílny na výrobním úseku.

Požadavek na prostor v provozovně pro zdravého pracovníka je 13 m³ vzdušného prostoru a 2 m² podlahové plochy nezastavěné nábytkem ani zařízením a mimo spojovací cesty mezi pracovišti.

V rehabilitačních odděleních nemocnic a poliklinik se zřizují úseky ergoterapie v posledních letech adaptací různých prostor. Podle zkušeností z ostravských pracovišť [cit. s. Klusoňovou], je nejmenší vhodný prostor pro pracovní léčbu prací 20 m², t.j. alespoň 4 pracovní místa. Počítá se s tím, že se pacienti v pracovních střídají během dne.

Pokud se pracuje s pacienty těžko postiženými, kde je třeba provádět individuální nácvik úchopové funkce ruky, nácvik činností sebeobsluhy, individuální nácvik s protézami a ortézami pro HK, individuální výcvik psaní rukou, má být pro to vyhrazen zvláštní prostor nebo oddělený kout, který má být klidný, čistý a teplý.

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

Z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci mají být v každé pracovně léčby prací vyhrazena pracovní místa pro činnost vsedě, vstoje, pro činnosti čisté a nečisté, klidné a hlučné a přechody mezi pracovními místy. Při malém prostoru lze oddělit pracovní činnosti alespoň organizací pracovního času.

Vybavení pracoven se řídí druhem zavedených pracovních technik. V zásadě má být oddělení ergoterapie vybaveno dostatečným množstvím náradí, které má být uloženo ve skřínkách. Pokud se používají stroje, jedovaté látky, prchavé a snadno hořlavé látky, je třeba při zacházení s nimi zvláštní opatrnosti.

Je nutné vejít do styku s bezpečnostním technikem zdravotnického zařízení a požádat ho, aby vypracoval směrnice BOZ pro úsek ergoterapie. Je vhodné zvát ho i na pravidelné kontroly.

Úsek ergoterapie má mít příruční sklad a kancelář.

V blízkosti oddělení ergoterapie má být šatna, umyvárna a WC pro pacienty.

Pracovny musí mít zajištěno dobré osvětlení, větrání a vytápění. Pro lehkou práci vsedě 22 — 25 °C, pro středně těžkou práci 18 — 20 °C.

Jeden pracovník ergoterapie může provádět léčbu najednou u 6 — 8 pacientů. Tito mohou být i ve dvou dílnách, je-li však mezi nimi průzorná stěna.

Pracovníci (platové zařazení a povinnosti)

Na úseku ergoterapie mohou pracovat pracovníci se zdravotnickou kvalifikací a pracovníci s jinou odbornou kvalifikací, zpravidla technickou nebo výrobní.

Rehabilitační pracovníci

Ve všech funkcích a příslušných tarifních třídách jako na úseku LTV.

Funkce 88 — vedoucí oddělení se specializací v LP	4 tř. 1500 — 2150 zákl. platu
Funkce 102 — RP pro zvlášť náročné práce, metodolog se special. v LP	3 tř. 1400 — 2000 zákl. platu
Funkce 114 — RP pro náročné práce	2 tř. 1300 — 1850 zákl. platu
Funkce 124 — RP pracující pod dohledem zkušeného reh. pracovníka	1 tř. 1200 — 1700 zákl. platu

Zdravotní sestry

Funkce 120 — pracuje pod vedením RP—LP	1 tř. 1200 — 1700 zákl. platu
Funkce 109 — pracuje samostatně (kvalifikace doplněna externí zkouškou z odb. předmětu LP nebo jinou předepsanou formou)	2 tř. 1300 — 1850 zákl. platu

Nižší zdrav. pracovníci

Funkce 128 — masér (pod vedením RP provádí nácvik běžných denních činností)	3 tř. 1300 — 1700 zákl. platu
---	-------------------------------

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

Techničtí pracovníci LP

Jsou honorováni podle tarifního katalogu platného pro provozní zaměstnance zdravotnických zařízení podle své kvalifikace od 4. tarifní třídy do 7. tarifní třídy s platovým rozmezím 1200 — 1740 zákl. platu. Za vedení skupiny pacientů mají tito zaměstnanci možnost dostat příplatek Kčs 120 — 200 měsíčně podle velikosti skupiny a dále měsíčně výkonostní prémie v částce cca 30 — 40 procent základního platu.

Výtvarníci

Jsou zařazeni do nomenklatury funkcí správních zaměstnanců zdravotnického zařízení, a to:

č. 6 (ÚSO + 3 r. praxe) s platem 1200 — 1900 a

č. 5 (ÚSO + 6. r. praxe) s platem 1400 — 2300.

Výtvarníkům mohou být poskytovány pravidelné měsíční odměny podle směrnic pro poskytování pravidelných odměn technicko-hospodářským pracovníkům za úspěšné a iniciativní plnění pracovních úkolů. Určují se procentem základního platu.

Pracují-li na úseku ergoterapie jen rehabilitační pracovníci (na rozdíl od rehabilitačních pracovníků LTV) hmotnou odpovědnost za svěřený úsek, odpovídají za správné hospodaření materiálem, vedou pokladnu a provádějí pravidelné inventarizace. Tyto jejich mimořádné úkoly je možné platově ohodnotit formou osobního hodnocení, případně mimořádnými odměnami z fondu odměn pracoviště.

Povinnosti rehabilitačního pracovníka — ergoterapeuta

1. Stanoví výběr pracovních činností pro úsek léčby prací podle druhu pacientů, pro něž plánuje léčbu.
2. Vypracuje analýzu pracovních činností, které zavedl na svém úseku, a to po stránce pohybové, po stránce celkové fyzické zátěže a z hlediska psychické náročnosti.
3. V dohodě s lékařem odpovědným za léčebnou rehabilitaci stanoví způsob, jak jasně a stručně ordinovat ergoterapii tak, aby byla dodržena míra odpovědnosti lékaře a středního zdravotnického pracovníka. Ordinance lékaře je jen rámcová s upozorněním na kontraindikace.
4. Podle výsledků vlastních vyšetření, testů a podkladů, které získá od státních členů rehabilitačního týmu (rehabilitačního pracovníka LTV, sociální pracovníce, psychologa, ortopedického mechanika, zdravotní sestry lůžkového oddělení atd.) a podle prověřených metodických postupů sestavuje individuálně pro každého pacienta krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapeutické léčby.
5. Stanovuje pracovní čas, pracovní tempo, pracovní pozici, stupeň zátěže, použití protetických a kompenzačních pomůcek a při cílené léčbě prací způsob provádění pracovních pohybů.
6. Denně sleduje reakci pacienta na pracovní výkon a provádí podle ní dozování ergoterapeutické léčby.
7. Plán ergoterapeutické léčby sladuje průběžně s vývojem zlepšování zdravotnosti pacienta a s výsledky dosaženými na úseku LTV.

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

8. O svých postupech a výsledcích svého pozorování a hodnocení pacienta vede dokumentaci a podává pravidelná sdělení lékařů.
9. Provádí hodnocení a testování pracovní zdatnosti pacientů.
10. U osob se změněnou pracovní schopností by měl ve spolupráci se sociálními pracovníky zdravotnického zařízení a příslušnými pracovníky na závodě dávat návrh, jakým způsobem lze ulehčit pracovní podmínky pacientovi po návratu do zaměstnání úpravou pracovního místa, pracovních nástrojů, příp. úpravou pracovního postupu.
11. Nepracují-li na úseku ergoterapie techničtí pracovníci LP, odpovídá za vybavení a hospodaření materiálem a inventářem a za zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a vede hospodářsko-technickou dokumentaci.
12. Může také provádět výcvik k soběstačnosti v sebeobsluze a v činnostech denního života a výcvik v komunikačních dovednostech.
13. Navrhuje pacientovi vhodné kompenzační pomůcky, typ individuálního vozíka a úpravy v bytě, případně i sám zhotovuje drobné pomůcky a úpravy oděvu.
14. Provádí výcvik v zacházení s protézami a ortézami horních končetin a zácvik v používání invalidního vozíku a zácvik v používání kompenzačních pomůcek pro sebeobsahu.
15. Provádí hodnocení a testování soběstačné zdatnosti pacientů.

Povinnosti technického pracovníka LP (příp. výtvarníka)

Jsou-li odborníci kvalifikovaní v určitém technickém oboru, např. zámečníci, truhláři, krejčí, soustružníci, lakýrníci, knihaři, aranžéři, záhradníci aj. — a výtvarníci. Tito pracovníci vedou svěřenou dílnu nebo úsek po stránce technické.

1. Technický pracovník LP odpovídá za vybavení a hospodaření inventářem a materiálem, za správný technologický postup při výrobě a za zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
2. Spolu s rehabilitačním pracovníkem sestavuje plán práce svěřené dílny nebo úseku tak, aby v něm byly zastoupeny všechny činnosti, které jsou žádoucí z ergoterapeutického hlediska.
3. Připravuje materiál, nákresy, vzory výrobků, pomůcky a jednotlivé dílčí pracovní úkoly, instruuje pacienty o správném technologickém postupu a vede pacienty po stránce bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
4. Bez dovození rehabilitačního pracovníka nesmí měnit druh pracovní činnosti, výchovný pozici pacienta, určené pracovní nástroje, určenou váhu břemen, čas určený na léčbu prací v denním programu pacienta, případně, jiné důležité příkazy, kterými rehabilitační pracovník plní ordinaci provedenou lékařem.
5. Zúčastňuje se provádění speciálních pracovních testů a hodnocení pracovní zdatnosti pacientů podle své kvalifikace.
6. Vede hospodářsko-technickou dokumentaci na svém úseku.
7. Výtvarník vede zpravidla výtvarnou dílnu. Vzhledem k své kvalifikaci odpovídá za výtvarnou úroveň všech výrobků léčby prací.

Hospodaření materiálem. Jsou možné tři způsoby:

- I. z p ů s o b

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

Pacienti pracují z vlastního materiálu. Tento způsob není vhodný. Může jako provizorium překlenout kritického období, nežli je oddělení dostatečně vybaveno.

I I. z p ů s o b

Materiál, který se zpracovává na oddělení léčby prací, se hradí z rozpočtu zdravotnického zařízení z položky Všeobecný materiál (např. podobně jako kancelářské potřeby, uklízecké potřeby aj.). Evidence se děje jen při nákupu, materiál se výdejkou přes sklad odepisuje ihned do spotřeby.

Odpovědný pracovník léčby se dohodne s referentem pro zásobování hospodářsko-technické správy (HTS) zdravotnického zařízení, jakým způsobem se bude obstarávat materiál. Může být zakoupen na fakturu — v tom případě je výhodné, aby nákupy prováděl nákupčí spolu s pracovníkem LP, aby nedocházelo k nedorozumění v barvách, kvalitě a množství různých druhů materiálů. Pracovník LP může po dohodě s příslušným pracovníkem HTS nakupovat i sám na účtenky v maloobchodě. Částka účtovaná na jedné účtence nesmí přesahovat Kčs 200,—. Je věcí dohody, jakou částku měsíčně uvolní HTS na tento drobný nákup.

Zhotoví-li se výrobky, které mají hodnotu, zůstávají majetkem zdravotnického zařízení. Slouží k výzdobě rehabilitačního oddělení nebo dalších prostor zdravotnického zařízení. Způsob a evidence těchto výrobků si určí příslušný pracovník HTS. V zásadě není předepsána evidence DKP, které mají menší hodnotu než Kčs 100,—.

Výrobky není možné prodávat. Na úseku ergoterapie není zavedena příruční pokladna. Zkažený materiál se může vyhodit.

Jestliže úsek ergoterapie obdrží darem odpadový materiál, platí pro něj stejné předpisy. Výrobky jsou majetkem zdravotnického zařízení, nesmí se prodávat nemusí se evidovat.

I I I. z p ů s o b

Ve větších zařízeních se řídí hospodářství podle těchto směrnic:

1. Směrnice pro hospodářství s penězi nemocných a určování náhrad při práci nemocných, při léčbě prací v psychiatrických zařízeních. (Věstník ministerstva zdravotnictví z 27. srpna 1962, částka 15 — 17).
2. Sdělení MZd: Odměňování a oceňování výrobků v rámci léčby prací. (Věstník ministerstva zdravotnictví částka 15 z r. 1963.)
3. Sdělení MZd: Léčba prací v rehabilitačních odděleních nemocnic s poliklinikou. (Věstník min. zdravotnictví částka 1 z r. 1966).

Ředitel zdravotnického zařízení stanoví komisi v sestavě: ředitel, správce, rehabilitační lékař, vedoucí rehabilitační pracovník-ergoterapeut, příp. vrchní sestra a pro případ ocenění výrobků pracovník cenového oddělení finančního odboru národního výboru.

HTS otevře pro úsek léčby depozitní účet s názvem „Společný účet nemocných“ (SŮN). Materiál se nakupuje obdobným způsobem jako u II. způsobu (na fakturu, na účtenky). Z položky Všeobecný materiál se však neodpisuje přímo do spotřeby, ale účtuje se na účtě 101 03 02 Materiál ve zpracování. Výrobky je možné předávat jako DKP různým úsekům zdravotnického zařízení do inventáře. Výrobky je možné dále prodávat pacientům i jiným osobám (např. formou bazaru). Cenu výrobku stanoví shora uvedená komise. Buď komise vychází z užití hodnoty výrobku, nebo jen z ceny spotřebovaného materiálu.

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

Pak k ceně spotřebovaného materiálu se připočte spravidla 20 — 30 % přírážka na režijní úhradu. Část této částky se účtuje k dobru SÚN formou, kterou stanoví uvedená směrnice. K dobru SÚN se účtují též příjmy, které získá zdravotnické zařízení za práci, kterou vykonávají pacienti pro cizí podniky v rámci léčby prací.

Prostředky ze SÚN se mohou použít:

1. k zlepšování prostředí pacientů,
2. k zajišťování podmínek pro rozšiřování léčby prací,
3. k financování kulturních a společenských akcí pro pacienty,
4. k odměňování jednotlivých pacientů za práci prováděnou v rámci léčby prací. Týká se hlavně dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, zaměstnaných při práci, za kterou zdravotnické zařízení (skládání lékových krabiček, montáž hraček, lepení filtrů pro hornické kahany aj.) nebo za práci konanou v provozních dílnách zdravotnického zařízení, např. pomocný topič.

Nesmí se použít: k zakoupení diagnostických a léčebných přístrojů, běžných potravin a léků, zdravotnických potřeb a jiných věcí, které je zdravotnické zařízení povinno nemocným opatrovat.

Ředitel zdravotnického zařízení povoluje, které drobné výrobky lze dávat jako suvenýry darem při zvláštních příležitostech. Musí však být evidovány. Obdrží-li oddělení LP materiál darem a použije-li ho na výrobky, musí být tento materiál aktivován, tj. oceněn a zúčtován jako materiál zakoupený. Formu evidence materiálu, pokladní hotovosti a inventáře předepíše příslušný úsek HTS.

Nepodařené výrobky a zkažený materiál se mohou likvidovat jen prostřednictvím likvidační komise zdravotnického zařízení.

Adresa auto.ky: J. P., Státní rehabilitační ústav, 257 62 Kladruby

И. Пиекная

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАБОТЫ
ОТДЕЛЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ

Р е з ю м е

Участок эрготерапии является неделимой составной частью отделения восстановительной терапии. Его деятельность возможна даже на минимальном пространстве 20 м². Приведены замечания относительно оснащения, организации труда, обеспечения условий безопасности труда.

На участке эрготерапии могут работать работники восстановительной терапии, медсестры, низший медицинский персонал, работники трудотерапии и художники. Приводятся возможности их зачисления в систему оплаты труда и их трудовые обязанности.

При соблюдении директив Министерства здравоохранения возможно осуществлять экономию материала несколькими способами. Приведены примеры.

J. Pěkná

DATES OF ORGANIZATION FOR THE OPERATIONAL SECTION
OF ERGOTHERAPY

S u m m a r y

Ergotherapy is an inseparable part of the department of rehabilitation. It can al-

ORGANIZAČNÍ PODKLADY PRO PROVOZ ÚSEKU ERGOTERAPIE

ready be operated in as small a space as 20 m². Remarks on equipment, organization of work and conditions of safety at work are given.

Physiotherapists, nurses and other paramedical health personnel, technical workers for occupational therapy, as well as artists can work at the section of ergotherapy. Wage classification and working duties are listed.

Economy of material is possible within directions of the Ministry of Health in several ways. Examples are presented.

J. Pěkná

ORGANISATORISCHE GRUNDLAGEN FÜR DEN BETRIEB VON
ERGOTHERAPIE-ABTEILUNGEN

Zusammenfassung

Die Sektion für Ergotherapie ist ein organischer Bestandteil der Rehabilitationsabteilung. Die Ergotherapie kann schon auf einer minimalen Fläche von 20 m² praktiziert werden. Es werden Hinweise bezüglich der Ausstattung, der Arbeitssorganisation sowie der Gewährleistung der Unfallverhütung bei der Arbeit gegeben.

Auf dem Gebiet der Ergotherapie können Rehabilitationstherapeuten, Sanitätsschwwestern, Krankenhauspersonal niedrigerer Ausbildungsstufen, technische Mitarbeiter der Arbeitstherapie sowie bildende Künstler arbeiten. Es werden Möglichkeiten ihrer Gehaltseinstufungen und der Festlung ihrer Arbeitspflichten angeführt.

Die Materialwirtschaft kann unter Einhaltung der vom Ministerium für Gesundheitswesen erlassenen Weisungen auf verschiedene Weise durchgeführt werden. Es werden Beispiele angeführt.

J. Pěkná

DONNÉES D'ORGANISATION POUR LE FONCTIONNEMENT
DE LA SECTION DE L'ERGOTHÉRAPIE

Résumé

La section de l'ergothérapie fait intégrale du département de la réhabilitation. Il est possible de travailler sur un espace minimum de 20 mètres carrés. Sont mentionnées les observations à accomplir, l'organisation du travail, la garantie des mesures de sécurité au travail.

Dans cette section le personnel de réhabilitation peut exercer son activité, ainsi que les infirmières, les aides-assistants, techniciens du traitement par le travail et maîtres d'art. Les possibilités de leur classement de salaires ainsi que leurs services de travail obligatoire y sont mentionnés.

Il est possible d'obtenir une économie de matériel de plusieurs manières en respectant les directives du Ministère de la santé. Des exemples sont mentionnés dans l'article.

W. MAXWELL COWAN, ZACH W. HALL, ERIC R. KANDEL
ANNUAL REVIEW OF NEUROSCIENCE

Vol. 2, 1979. *Vydal Annual Reviews Inc., Palo Alto, California*

Jako druhý svazek v roku 1979 vychází cí celou řadu pozoruhodných prací z ob-
Annual Review of Neuroscience, přinášejí- lasti fyziologie, biochemie a biologie ner-

vového systému. Některé práce mají také klinicko-neurologický charakter. Celý svazek představuje praktický výběr otázek velmi aktuální tematiky v oblasti vědy o nervovém systému. Podobně jako v jiných svazcích této ediční řady, úvodní práce věnuje pozornost metamorfóze psychobiologa a je od Seymoura S. Ketyho, představitele psychiatrického výzkumu z Mailmanova výzkumného centra v Belmontu. Je pohledem zkušeného vědeckého pracovníka na vývoj který ve výzkumu mozku a lidského chování probíhal v průběhu posledních padesáti roků.

Ostatní práce nejružnějšího zaměření věnují pozornost fyziologii retiny a některým dalším otázkám fyziologie vidění, problematice neurotransmiterů, otázkám axonové fyziologie a některým problémům centrálního nervového systému, jako na

příklad steroidních hormonů a mozku anebo problematice centrálního katecholaminového neuronového systému. Některé práce mají klinické zaměření — jde o biologii afektivních poruch, vývoj chování dětí a o problém pomalých virových infekcí.

Všechny práce zde uveřejněné jsou aktuální, přinášejí současný stav názorů a poznání a jsou informující nejen pro odborníky v oblasti neurofyziologie, ale i neurobiochemie či klinické fyziologie a kliniky. Svazek má standardní vybavení a je pokračováním nejen edičním, ale i tematickým.

Autorský a věcný rejstřík doplňuje tuto pozoruhodnou monografii přinášející výběr zajímavých a významných prací.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. CHRÁSTEK

TELESNÁ VÝCHOVA V PREVENCI A LÉČBĚ HYPERTENZNÍ NEMOCI

*Avicenum Praha 1978, 245 str., ruské a anglické resumé
Cena 22,— Kčs*

Monografie je věnována závažné problematice tělesné výchovy ve vztahu k hypertenzi. Experimentálně klinické pokusy probíhaly částečně i v našich lázních (Františkovy Lázně, Mariánské Lázně) a kniha má proto také pro komplexní lázeňskou léčbu hypertenze mimořádný význam.

Všeobecné kapitoly jsou věnovány hypertenzi obecně, jejímu vzniku, rizikosti, ovlivněním tréninkem, adaptací na zátěž, a vlivu tělesné práce na krevní tlak. Těžištěm monografie však spočívá v klinických experimentech o hypotenzním vlivu tělesné činnosti, prováděných v průběhu posledních patnácti let. Ovlivňování hypertoničků vytrvalostními zatěžemi se sledovalo jak na labilních juvenilních hypertonicích, tak na hypertonicích fixovaných. V kontrolovaných pokusech byly srovnávány skupiny osob při tréninku několik týdnů trvajícím o různé intenzitě, nebo pro srovnání naopak při tréninku relaxačním, se záměrným vypuštěním tělesné zátěže. Z fyzických zátěží byly sledovány řízená turistika, cvičení, plavecký a lyžařský výcvik a různé typy tréninku na bicyklovém ergometru. Byly sledovány poměry tlaku,

klidové a pracovní EKG, spotřeba kyslíku, srdeční objem, ortostatické změny a dále reakce na modelové psychické zátěže. Z laboratorních testů byly hodnoceny především změny lipidových ukazatelů. Tyto pokusy probíhaly jednak u skupin hypertoniců, kterým byly s určitým předstihem záměrně vysazeny hypotenzivní léky, jednak naopak na osobách, které měly hypotenzivní léčbu jednotně standardizovanou. Zvláště byla propracována léčba beta-adrenolytiky s přihlédnutím k snižování frekvence pulsu.

Mimořádně cenná jsou hodnocení výsledků u longitudinálně sledované kohorty pacientů, která po lázeňských pobytech mohla být pravidelně vyšetřována na pracovišti ústavu tělovýchovného lékařství v Praze.

Monografie je závažným přínosem svým základním kardiologickým příspěvkem, neboť přináší doklady příznivých efektů tréninku v preventivním i léčebním režimu hypertenzí různých typů, k čemuž je právě v lázeňském prostředí příležitost.

V. Křížek, Mariánské Lázně

ZKUŠENOSTI S FUNKČNÍM HODNOCENÍM PACIENTŮ PRO POTŘEBU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

J. PĚKNÁ, H. SELINGROVÁ

*Rehabilitační ústav v Kladrubech,
Ředitel: MUDr. Vladimír Kříž*

Souhrn: Úkolem léčebné výchovy k soběstačnosti je výcvik v činnostech nutných k sebeobsluze (jedení, osobní hygieně, oblékání), ve všedních činnostech (zacházení s věcmi denní potřeby) a v komunikačních dovednostech (psaní rukou, strojem, čtení, řeč). Výsledkem výcviku je určitý stupeň soběstačné zdatnosti, který se zjišťuje funkčními testy. Takový funkční test může sloužit i pro potřebu sociální pracovnice zdravotnického zařízení případně i pro orgány odborů sociálních věcí a zdravotnictví ONV. Příkladem je test používaný v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech.

Klíčová slova: léčebná výchova k soběstačnosti — funkční vyšetření pacienta — sociální služba — návaznost.

Pod pojem ergoterapie zahrnujeme v současné době v Československu i *léčebnou výchovu k soběstačnosti*. Jde o úsek rehabilitační léčby, který se zabývá výcvikem k soběstačnosti u těch pacientů, kteří následkem trvalého postižení na zdraví nejsou schopni se samostatně obsloužit a provádět běžné denní činnosti, vyrovnat se s obecnými životními podmínkami.

Aby byl člověk soběstačný, musí mít dostatečné dovednosti při jedení, osobní hygieně, oblékání, dále při všedních činnostech a cestování a musí být schopen se dorozumět se svým okolím. Při výcviku k soběstačnosti obnovujeme u pacienta pohybové stereotypy narušené postižením, většinou ho učíme nové, za změněných podmínek. Změněných např. amputací jedné dolní končetiny, plegií dominantní horní končetiny, ankylosu v kyčelním kloubu apod. Při těžkém trvalém postižení, když pacient nestačí překonat svou vadu vlastními silami, učíme ho používat v denním životě protetické pomůcky, protězy horních i dolních končetin, ortézy pro paretické horní končetiny, různé typy invalidních vozíků, různé druhy kompenzačních pomůcek, které usnadňují výkon určitých činností, např. oblékače punčoch, podavače, sedátka do vany, speciální přístroje, držáky tužky atd.

Výsledek výcviku, t. j. dosaženou soběstačnou zdatnost u pacienta hodnotíme *funkčními testy*. Aby test nebyl samoučelný, je třeba zaměřit výběr činností, které hodnotíme, i kritériá funkčního hodnocení ke konkrétním účelům.

ZKUŠENOSTI S FUNKČNÍM HODNOCENÍM PACIENTŮ PRO POTŘEBU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V Rehabilitačním ústavu v Kladrubech používáme dva testy:

1. Jeden podrobný, který provádíme na začátku výcviku, pak během léčby ke kontrolním vyšetřením a na konci výcviku. Tento test slouží rehabilitačnímu pracovníkovi jako podklad pro sestavení *výcvikového plánu*. Ukazuje, jak výcvik postupoval a jaké soběstačnosti dosáhl pacient při propuštění.

2. Kromě podrobného testu se vyvinul během posledních pěti let *funkční test pro potřebu sociální služby*. Nazýváme ho stručně sociální test. Má za úkol informovat sociální pracovníce našeho ústavu, resp. orgány sociálního zabezpečení na okresech, v čem bude pacient potřebovat trvale ve svém dalším životě pomoc od sociální služby.

V hlavičce tohoto testu jsou uvedeny základní údaje o pacientovi s diagnosou. Následuje zhodnocení funkčního stavu pacienta popisem. Uvádíme zde stručný popis pohybových schopností pacienta, stav jeho psychiky, příp. komplikace motorického postižení, např. špatným zrakem, poruchou sfinkterů atd.

Vlastní vyšetření se týká jednotlivých denních úkonů, které musí člověk umět provést, aby mohl žít sám v bytě. Každý denní úkon představuje celý soubor dovedností, směřujících k stejnému cíli. Jsou to úkony týkající se:

- a) schopnosti samostatně se pohybovat po bytě a vyjít z bytu ven,
- b) soběstačnosti v denních činnostech,
- c) soběstačnosti v komunikačních dovednostech.

ad a) posadit se na lůžku

sestoupit z lůžka nebo přesehnout na vozík a zpět

chodit po místnosti

dojít ke dveřím bytu a otevřít je

používat invalidní vozík

používat výtah

chodit po schodech — s údajem, kolik schodů ujde

cestovat veřejnými dopravními prostředky

ad b) provést denní hygienu horní části těla

provést denní hygienu dolní části těla

provést celkovou očistu těla

používat: WC, klozetové křeslo, podložní mísu, močovou láhev

uvařit si jídlo a umýt nádobí

ohřát si připravené jídlo

najíst a napít se

obléci si oděv pro pobyt doma

obléci si podpůrné aparáty nebo protézy

provést běžný denní úklid

provést týdenní úklid bytu

topit v kamnech

přinést otop, vynést popel a odpadky

vyprat a vyžehlit drobné prádlo

obstarat nákup

ad c) domluvit se zmluvenou řečí

rozumět psanému textu

psát

Hodnocení úkonů se zaznamenává vsvislou čárkou do rubrik označených číslem 1 — 6. Do rubrik 1 — 4 zaznamenává své hodnocení rehabilitační pracovník.

ZKUŠENOSTI S FUNKČNÍM HODNOCENÍM PACIENTŮ PRO POTŘEBU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

(1 = provede sám, 2 = provede s pomocí druhé osoby, 3 = neprovede, 4 = k provedení činnosti potřebuje vozík). Rubriky 5 a 6 vyplňuje sociální pracovníce. Týkají se jen úkonů, které si pacient není schopen provést sám, ale kde potřebuje pomoc. V rubrice 5 zaznamenává, u kterých úkonů zajistí pomoc rodina a v rubrice 6, u kterých úkonů se žádá pomoc sociální služby.

Vyšetření pro potřebu sociální služby provádí rehabilitační pracovník na výzvu sociální pracovníce během rehabilitační služby v době, kdy je již jasné, že funkční stav pacienta se podstatně nezmění. Tehdy nastává hlavní práce sociální pracovníce u těžko postižených pacientů, t.j. vyřešit, zda se pacient bude moci vrátit do svého bytu ke své rodině, bude-li potřebovat v bytě provést úpravy, jaké bude potřebovat kompenzační pomůcky, jaké typy invalidních vozíků, nebo bude-li ho třeba umístit v některém ústavě.

Tam, kde je pacientova samostatnost podstatně snížena, ale za určité pomoci by dokázal žít dál ve vlastním bytě, v prostředí, na kterém je závislý, obstarává sociální pracovníce po dohodě s rodinou prostřednictvím okresních ústavů sociálních služeb nebo odborů sociálních věcí a zdravotnictví ONV pečovatelskou službu. Sociální test ukáže, v kterou denní dobu má pečovatelka docházet. zda má denně donášet stravu z vývařovny, jestli bude potřebovat její svěřenec pomoc při denním oblékání nebo jen při oblékání k vycházce, bude-li potřebovat pomoc při denní základní nebo jen celkové hygieně několikrát týdně a při kterých činnostech je rodina schopna zajišťovat pomoc sama.

Údaje zjištěné testem lze použít také při umísťování pacientů do ústavu, při volbě druhu ústavu (domov důchodců, ústav sociální péče, léčebna dlouhodobě nemocných) i pak přímo pro informaci pracovníků ústavu při volbě spolu-
bydlících.

Sociální oddělení rehabilitačního ústavu posílá tento test také odborům sociálních věcí a zdravotnictví ONV při žádosti o mimořádné výhody pro občany těžce postižené na zdraví, tj. o průkazky TP, ZTP a ZTP/P. Dále při žádosti o výměnu bytu, má-li dosavadní byt tzv. architektonické bariéry a při žádosti o zvýšení důchodu pro bezmocnost.

Domníváme se, že test, o němž jsme referovali, je příkladem funkčního testu, který dokumentuje výsledky práce rehabilitačního pracovníka a současně může být i jedním z podkladů při plnění dlouhodobého rehabilitačního a zejména racionalizačního plánu trvale těžce postižených osob.

Adresa autorek: J. P., H. S., Státní rehabilitační ústav,
257 62 Kladruby

Я. Пиекная, Г. Селингова
ОПЫТ В ДЕЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ БОЛЬНЫХ
ДЛЯ НУЖД СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Резюме

Задачей лечебного воспитания независимости является обучение тех видов деятельности, которые необходимы для самообслуживания (еда, личная гигиена, одевание), обучение повседневной деятельности (обращение с предметами домашнего обихода) и коммуникативных навыков (письмо рукой, на машинке, чтение, речь). Результатом обучения является определенная степень развития независимости, которая определяется функциональными тестами. Такой функциональный тест может

ZKUŠENOSTI S FUNKČNÍM HODNOCENÍM PACIENTŮ PRO POTŘEBU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

послужить и для нужд работницы отдела социальной помощи санитарного учреждения и для органов отдела социального обеспечения и здравоохранения Районных национальных комитетов. Примером служит тест, применяемый в Институте восстановительной терапии в Кладрубях.

J. Pěkná, H. Selingrová

EXPERIENCE WITH FUNCTIONAL EVALUATION OF PATIENTS
FOR THE NEEDS OF SOCIAL SERVICE

S u m m a r y

The task medical education for selfsufficiency is the training of activities necessary for selfservice (eating, personal hygiene, dressing), for general activities (using objects of daily use) and skill of communication (handwriting, typing, reading ect). The result of this training is a certain grade of selfsufficiency which can be determined by functional tests. Such a functional test can also serve the needs of social workers in health institutes and also for the staff of departments of social welfare and health of the District National Council. An example is the test used at the Institute of Rehabilitation in Kladruby.

J. Pěkná, H. Selingrová

ERFAHRUNGEN AUF DEM GEBIET DER FUNKTIONALEN
WERTUNG DER PATIENTEN VOM GESICHTSPUNKT DES BE-
DARFES AN SOZIALEN DIENSTEN

Z u s a m m e n f a s s u n g

Zweck der Rehabilitationserziehung zu Selbstbetreuung ist die Übung von für die Selbstbedienung (beim Essen, bei der Körperhygiene, beim Ankleiden), für die Alltags-tätigkeit (beim Umgang mit gängigen Gebrauchsgegenständen) und für Kommunikati-onstätigkeiten (Schreiben, Maschinenschreiben, Lesen, Sprechen) notwendiger Tätigkeiten. Ergebnis dieser Erziehung und Übung ist eine gewisse Stufe der Selbst-betreuungsfähigkeit, die mit Hilfe von Funktionstests festgestellt wird. Ein derartiger Funktionstest kann auch den Bedürfnissen der Mitarbeiterin für soziale Belange an der Krankenpfle-gestalt oder auch der Organe der Sektionen für Sozialangelegenheiten und Gesundheitswesen der Kreis-Nationalkomitees entsprechen. Als Beispiel wird der an der Rehabilitationsanstalt in Kladruby angewandten Test angeführt.

J. Pěkná, H. Selingrová

LES EXPÉRIENCES AVEC L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE
DES PATIENTS POUR LES BESOINS DU SERVICE SOCIAL

R é s u m é

La tâche de la kinésithérapie orientée vers la suffisance individuelle est l'édu-cation dans les activités qui sont nécessaires pour le service par ses propres soins (prise de repas, l'hygiène individuelle, l'habillement), dans les activités communes (manipulation avec les objets de nécessité quotidienne) et dans les moyens de communication (écriture, taper à la machine, lecture, langage). Le résultat de l'éducation est un certain degré de capacité individuelle qui se détermine par des tests fonction-nels. Ce test peut servir aussi aux besoins du personnel social des établissements de santé respectivement aussi aux organes des départements des affaires sociales et des Comités nationaux de district de la santé publique.

AKTUALITY

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ REHABILITAČNÍCH PRACOVNÍKŮ V LÉČBĚ PRACÍ

I. NAVRÁTILOVÁ

Katedra rehabilitačních pracovníků Ústavu pro další vzdělávání SZP, Brno

Vedoucí: MUDr. Marie Večeřová

Souhrn: V příspěvku je podán přehled možností dalšího vzdělávání rehabilitačních pracovníků v léčbě prací — ergoterapii. Současně je věnována pozornost některým problémům, které bylo třeba řešit při koncipování pomaturitního specializačního studia rehabilitačních pracovníků v léčbě prací. Některé problémy bude třeba do budoucna řešit ve spolupráci s dalšími resorty a organizacemi.

Klíčová slova: Léčba prací — další vzdělávání — školící akce — specializace.

Další vzdělávání zdravotnických pracovníků řídí podle vyhlášky č. 72/1971 Sb. ministerstvo zdravotnictví v dohodě s ministerstvem školství v souladu s rozvojem lékařských, popřípadě jiných věd a v souladu s potřebami zdravotnických služeb.

Další vzdělávání začíná povinnou nástupní praxí, která umožňuje absolventům zdravotnických škol prohloubit a upevnit znalosti získané studiem. Nástupní praxe trvá 6 — 12 měsíců; její délku určí vedoucí pracoviště individuálně.

Krátkodobé školící akce jsou další formou dalšího vzdělávání. Patří sem např. semináře, tematické kursy a školící místa, které mají sloužit ke zdokonalení znalostí, seznámení se speciálními a novými metodami práce, s aktuálními úkoly ve zdravotnických službách event. k přípravě pro výkon určité funkce. Takové školící akce pořádá Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, popřípadě krajský ústav národního zdraví.

Nejdůležitější formou dalšího vzdělávání je pomaturitní specializační studium. Rehabilitační pracovníci mohou získat specializaci ve dvou úsecích práce: v léčebné tělesné výchově a v léčbě prací. Do specializačního studia mohou být zařazeni rehabilitační pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání a mají nejméně tříletou praxi. Do studia je zařazují a do-

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ REHABILITAČNÍCH PRACOVNÍKŮ V LÉČBĚ PRACÍ

poručují příslušní vedoucí pracovníci prostřednictvím organizačněmetodologického odboru příslušného KÚNZ. Studium je výběrové a trvá dva roky, buď formou dálkovou, nebo externí.

Pomaturitní specializační studium v úseku práce léčba prací, organizované podle výše citované vyhlášky, je studiem úplně novým, které v takové šíři zatím realizováno nebylo. V minulosti byla léčba prací součástí specializace rehabilitačních pracovníků v oborech interních a chirurgických.

Příprava tohoto specializačního studia již při svém začátku narážela na některé problémy, z nichž nejzávažnějším byla nedostatečná výuka léčby prací v základním studiu. Celé základní studium rehabilitačních pracovníků je propagováno, vedeno i realizováno především směrem k léčebné tělesné výchově, přestože absolventi končí studium s polyvalentní erudicí pro všechny složky léčebné rehabilitace. tzn. léčebnou tělesnou výchovu, fyzikální terapii i léčbu prací. O disproporcích v základní výuce svědčí i počty vyučovacích hodin jednotlivých předmětů během dvouletého studia (teorie + cvičení + odborná praxe):

léčebná tělesná výchova	612 hodin
fyzikální terapie	272 hodin
léčba prací	102 hodin

V profilu absolventa v základní výuce se uvádí: „Po nástupní praxi se rehabilitační pracovníci uplatňují jako odborní pracovníci v léčebně preventivních zařízeních, v lázeňských zařízeních, v ústavech sociální péče, a to na úseku léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie a po doškolení na úseku léčba prací.“ Tím byla nepřímou přenesena odpovědnost za vzdělání rehabilitačních pracovníků pro potřeby léčby prací na další vzdělávání, především na pomaturitní specializační studium, které jim do značné míry nahrazuje studium základní. Problematická je také skutečnost, že léčba prací není maturitním předmětem. Výuka léčby prací na SZS, jak víme ze zkušenosti, je mnohdy otázkou osobní iniciativy učitele a pochopení žáků.

Při sestavování učebních plánů a pedagogických dokumentů pro specializační studium v léčbě prací jsme museli počítat také s tou skutečností, že se léčba prací ve zdravotnických zařízeních provádí nedostatečně nebo vůbec ne. Specializační studium v léčbě prací je organizováno pouze formou dálkovou a od r. 1976, na základě dohody mezi Ústavem pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě, jej celoštátně vede katedra rehabilitačních pracovníků v Brně.

Během dvou let studia absolvují účastníci studia povinně dva dvanáctidenní kurzy, které se konají v Brně a v Kladrubech, a čtrnáctidenní školící místo v Kladrubech. Výuka v kurzech je rozdělena takto: v prvním kursu, který je zaměřen teoreticky, získají účastníci teoretické základy především v problematice množství, využití, kineziologie léčby prací v různých klinických oborech, psychologické zásady vedení pacienta, základy organizace a řízení úseku léčby prací, možnosti spolupráce a návaznosti s ostatními složkami léčebné rehabilitace i rehabilitace pracovní. Značná pozornost je věnována zásadám při nácviku soběstačnosti a samostatnosti a kompenzačním pomůckám. Druhý kurs je zaměřen prakticky, především na ty pracovní činnosti, které lze v co největší míře využít ve zdravotnických zařízeních. Důležitá část je věnována kineziologickým rozborům pracovní činnosti. Školící místo je zaměřeno na při-

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ REHABILITAČNÍCH PRACOVNÍKŮ V LÉČBĚ PRACÍ

mou práci s pacientem. Účastníci studia během celého pobytu na školícím místě vedou určeného pacienta, vypracovávají pro něj krátkodobý i dlouhodobý ergoterapeutický plán, včetně doporučení pro sociální službu a vybavení ortopedickými nebo kompenzačními pomůckami.

Na závěr dvouletého studia se účastníci podrobí specializační zkoušce. Specializaci v léčbě prací získalo zatím 23 rehabilitačních pracovníků. Toto číslo je ve srovnání s počtem 546 rehabilitačních pracovníků, kteří získali specializaci v léčebné tělesné výchově, jistě malé. Ale odpovídá situaci ve zdravotnických zařízeních. Z jednoduchého průzkumu, který katedra rehabilitačních pracovníků v Brně uskutečnila ve zdravotnických zařízeních ČSR v letech 1975 — 1976 vyplývá, že pro léčbu prací schází prostory, vybavení, finanční prostředky, kvalifikovaní pracovníci i pochopení ze strany vedení ÚNZ. Podle tohoto průzkumu pracuje na úseku léčba prací ve zdravotnických zařízeních ČSR 35 kvalifikovaných rehabilitačních pracovníků (počet RP v ČSR je 2 tisíce). Této skutečnosti odpovídá i zjištění hlavního odborníka pro léčebnou rehabilitaci, který uvádí, že z celkového počtu rehabilitačních výkonů v r. 1975 tvořily výkony léčby prací pouze 1,7 %. Průzkum také ukázal, že na léčbě prací pracuje značné množství pracovníků, kteří nemají zdravotnickou kvalifikaci. Tyto kádry byly mimo naši kompetence a další vzdělávání neměly žádné. V r. 1978 na žádost katedry rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP v Brně byla se souhlasem ministerstva zdravotnictví ČSR udělena výjimka pro vzdělávání ostatních odborných pracovníků na úseku léčby prací. To znamená, že ti pracovníci, kteří mají jakékoliv vzdělání ukončené maturitou a pracují na úseku léčby prací, mohou se zúčastňovat školících akcí pořádaných s touto problematikou, ovšem bez nároků získat specializaci.

Závěr

Další vzdělávání v léčbě prací, především formou pomaturitního specializačního studia, má v posledních letech nesporně stoupající úroveň. Katedra rehabilitačních pracovníků v Brně vydala v r. 1977 učební texty kolektivu autorů Léčba prací, které mají alespoň částečně nahradit naprostý nedostatek odborné literatury. Absolventi školících míst vypracovali několik zdařilých seminárních prací, které budou sloužit jako studijní materiál pro další, kteří se chtějí věnovat léčbě prací. Dnes již víme, že rehabilitační pracovník na pracovišti léčby prací nemůže být pouze „mistrem devatera řemesel“. Více bude záležet na tom, jak bude schopen využít minimální počet pracovních činností tak, aby jejich použití u pacienta bylo optimální pro návrat ztracené funkce, pro získání či udržení soběstačnosti, pro jeho návrat do společnosti.

Vznik komise pro léčbu prací — ergoterapii při České rehabilitační společnosti i konání první pracovní konference na toto téma jsou důkazem aktivní práce všech pracovníků na tomto úseku práce. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků i nadále budou aktivně spolupracovat na řešení všech problémů spojených s léčbou prací, aby tato léčebná metoda získala své oprávněné místo v léčebné rehabilitaci.

Adresa autorky: L. N., Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků
600 00 Brno

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ REHABILITAČNÍCH PRACOVNÍKŮ V LÉČBĚ PRACÍ

L. Navrátilová

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТНИКОВ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, РАБОТАЮЩИХ
В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРУДОМ

Резюме

В статье дается обзор возможностей усовершенствования работников восстановительной терапии, работающих в области лечения трудом — эрготерапии. Одновременно уделяется внимание и некоторым проблемам, которые нужно было решать при составлении плана специализированного обучения работников восстановительной трудотерапии после окончания средней школы. Некоторые проблемы нужно будет в будущем решать в сотрудничестве с другими ведомствами и организациями.

L. Navrátilová

POSTGRADUAL EDUCATION OF PHYSIOTHERAPISTS FOR
OCCUPATIONAL THERAPY

Summary

The report presents a survey about the possibilities of postgradual education of physiotherapists in occupational therapy — ergotherapy. Attention is devoted also to some problems which must be solved when planning postgradual special study of physiotherapists for occupational therapy. Some of these problems will have to be dealt with in cooperation with other departments and organisations.

L. Navrátilová

WEITERBILDUNG VON REHABILITATIONSTHERAPEUTEN IN
ARBEITSTHERAPIE

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden vielfältige Möglichkeiten der Weiterbildung von Rehabilitationstherapeuten in Arbeitstherapie — Ergotherapie — dargelegt. Darüber hinaus wird einigen Problemen Aufmerksamkeit geschenkt, die bei der Erarbeitung des Programms eines postabituriellen Spezialstudiums für Rehabilitationstherapeuten in Arbeitstherapie gelöst werden mußten. Einige Probleme werden zukünftig in Zusammenarbeit mit weiteren Ressorts und Organisationen einer Lösung zugeführt werden müssen.

L. Navrátilová

L'ÉDUCATION SUIVANTE DU PERSONNEL DE RÉHABILITATION
DANS LE TRAITEMENT PAR LE TRAVAIL

Résumé

L'article donne un aperçu sur les possibilités d'une éducation suivante du personnel de réhabilitation dans le traitement par le travail — l'ergothérapie. On porte actuellement une attention spéciale à certains problèmes dont la solution s'avérerait nécessaire dans la conception d'une étude spécialisée après l'examen de maturité du personnel de réhabilitation dans le traitement par le travail. Certains problèmes devraient se résoudre à l'avenir en collaboration avec différents ressorts et organisations.

G. DEEGENER

NEUROPSYCHOLOGIE UND HEMISPHÄRENDOMINANZ

Neuropsychologie a dominance hemisfér

Vydal Ferdinand Enke, Stuttgart 1978, stran 164, obr. 2. Cena DM 39,-. ISBN 3-432-89761-8.

Člověk jako biologická jednotka je mimo jiné charakterizovaný asymetrií morfologickou i asymetrií funkční. Velmi důležitou otázkou představuje z celkového pohledu především dominance jednotlivých mozkových hemisfér. Výraz této dominance není zajímavý jen pro oblast fyziologie, oblast neurologie a jiných medicínských disciplín je zajímavý také pro vývoj lidského jedince.

Psycholog dr. Deegener ve své monografii, vydané jako 3. svazek ediční řady, věnované klinické psychologii a patopsychologii, se zabývá vztahem mezi psychologickým výrazem a poruchami mozkových funkcí, především v oblasti řeči. Jde o pokus najít vztah mezi funkční asymetrií hemisfér, řeči a lateralizací. Po úvodní

kapitole zabývá se autor problematikou dominance hemisfér s přihlédnutím na motorickou převahu pravo- a levorukosti, otázkami teorií funkční asymetrie hemisfér a intrahemisférickou a interhemisférickou organizací mozku.

V dalších kapitolách rezobírá vyšetřovací metody a výsledky funkční specializace hemisfér, hovoří o dominanci hemisfér a problematice řeči a monografii ukončuje závěry výzkumu a možnostmi pro prevenci, terapii a rehabilitaci. Literatura a věcný rejstřík ukončují tuto zajímavou monografii, která se snaží postihnout současný stav znalostí o asymetrii funkcí lidských hemisfér s určitým praktickým zaměřením.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. GLATZEL

ALLGEMEINE PSYCHOPATOLOGIE

Obecná psychopatologie

Vydal Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1978, 266 stran, cena DM 39,-. ISBN 3-432-90071-6.

V řadě Klinická psychologie a patopsychologie jako svazek 5. vychází v roce 1978 monografie prof. dr. J. Glatzela z Psychiatrické kliniky v Mohuči, která je věnována otázkám psychopatologie. Po úvodní kapitole a předmluvě věnuje autor v jednotlivých kapitolách pozornost těm, kteří ve svém díle formulovali dílčí otázky patopsychologie, jako je Jaspers, Freud, Binswanger, v. Gebattel, Minkowski a Stras, dále se zabývá pokusem o určení pojmu patopsychologie, otázkou vztahu patopsychologie k ostatním disciplínám, to je především k somatopatologii, k psychologii a k sociologii. V dalším rozebírá předmět patopsychologie a problém abnormality. Následující kapitoly věnují pozornost psychicky abnormálnímu a konstelaci podmínek psychopatologické skutečnos-

ti. Závěrečná kapitola se zabývá pojmem psychopatologie a choroby. Přehled literatury, věcný a autorský rejstřík ukončují tuto středně rozsáhlou, zajímavou monografii, zabývající se aktuální problematikou psychopatologie.

Problematika vysvětlení patologických dějů v oblasti psychiky je jistě velmi závažná, ale je také jistě velmi obtížná. Není to jen otázka metodického vybavení nutného k postižení těchto jevů, je to i otázka interpretace a vysvětlení odchylek od normy, to je definování abnormality v oblasti poruch. Glatzelova monografie přináší určitý pohled na tuto problematiku psychopatologie, vycházejíc z historických zkušeností.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. CATEL
MEDIZIN UND INTUITION

Lékařství a intuice

Vydal Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1979, stran 64, DM 16,80. ISBN 3-13-571601-5.

Prof. Catel, bývalý přednosta dětské kliniky kielské university, jeden z vynikajících pediatriů německy hovořící oblasti, vydává v roku 1979 v nakladatelství Georga Thiemeho ve Stuttgartě rozsahem nepatrnou, obsahem však velmi závažnou monografii, věnovanou problémům intuice v lékařství. Monografie je vlastně osobním vyjádřením autora k otázkám intuice v medicíně. V několika kapitolách se zabývá postupně pojmem intuice, pojmem kreativita, významem, původem a intuice, deferenciální diagnostikou intuice, problémem intuice a omylu. Závěrečná kapitola shrnuje stručně projednávané otázky: knižička je ukončená poměrně rozsáhlým přehledem literatury a věcným rejstříkem.

Intuice v lékařství, podobně jako je tomu v jiných oblastech lidské činnosti, jako je věda a umění, hraje velmi významnou úlohu, i když její podstatu současnými

vědeckými metodami umíme postihnout. Intuice a diskursivní myšlení představují dva protihráče vzájemně spojené ambivalencí — uzavírá autor svoje úvahy o intuici v medicíně. Intuice je určitým hnacím prvkem i pro praktickou práci lékaře, protože v mnohých případech představuje myšlenkový úvod pro konkrétní, detailní, reálnou a vědecky podloženou činnost, ústící v plausibilní výsledek. Jistě je mnoho nejasného v oblasti výkladu intuice, ale současné metody nedovolují výklad všech jevů představovaných činností centrálního nervového systému.

Catelova drobná monografie je vyrovnaním autora s pojmem existujícím v životě každého lékaře a vědce, na základě bohaté klinické a vědecko-výzkumné praxe se snahou vyjádřit existenci intuice pomocí moderního myšlení.

Dr. M. Palát, Bratislava

K. PRIBRAM
**JAZYKI MOZGA (EKSPERIMENTALNYJE PARADOKSY
I PRINCIPI NEJROPSICHOLOGII)**

Vydalo Izdatelstvo Progress, Moskva 1975, 463 str. Cena 2 rubly

Sovětskou neuropsychologickou školu reprezentoval svým celoživotním dílem A. R. Lurija, americkou stranu reprezentuje sovětský překlad zatím nejvýznamnějšího díla neurofyziologa a neuropsychologa K. Pribrama. Pribram hluboce kriticky přistupuje k behaviorismu a v celé knize aplikuje nejmodernější metody na problémy aktivity mozkových struktur (molekulární biologii, holografii, kybernetiku, genetiku aj.). Vznáší řadu odvážných, diskutabilních hypotéz (např. kapitoly Paradox afazí, Myšlení a řeč). Kniha je rozdělena do čtyř částí. První část — Mozkové funkce: mechanismus dvou procesů reprezentuje schéma T-O-T-E, jehož logický základ se skládá ze dvou recipročních procesů: „test“, vyzkoušení, projevující se dendritový, i a synaptickými spojeními; „operace“ projevená změnou daného stavu prostřednictvím nervových impulsů v re-

ceptorech nebo v centrálních strukturách. O organizaci psychologických procesů jedná druhá část knihy probírající vnímání, hologramy (zvl. optické informace), biologické potřeby, viscerální pocity, zájmy, motivaci, emoce. Třetí část analyzuje nervovou kontrolu a modifikaci jednání v procesu následnosti: pohyb, jednání, kompetence, ukončení jednání, chování, dosažení výsledku. Poslední, čtvrtá část knihy, detailně analyzuje strukturu komunikativního procesu, t.j. znaky, symboly, jejich filtraci, kódování, dekódování, myšlení a řeč. Všechny poznatky jsou prezentovány s interdisciplinární důsledností (včetně neurochemie, psychologie, biologie, sémantiky atd.) se značnou neotickou odvahou. Tato kniha může inspirovat v mnoha ohledech k zamyšlení. Literatura obsahuje 483 významných titulů.

PhDr. V. Smitka, Praha

F. JERUSALEM

MUSKELERKRANKUNGEN. KLINIK-THERAPIE-PATHOLOGIE

Choroby svalů. Klinika-terapie-patologie.

Vydal Georg Thieme-Verlag 1979, str. 350, obr. 156, barevné tabulky 2, tab. 36. DM 26,80. ISBN 3—13—567801—6.

Onemocněním svalů je věnována poměrně malá pozornost. Monografické zpracování této problematiky je spíše výjimkou než pravidlem i když právě tato problematika je klinicky velmi zajímavá, velmi významná a také velmi závažná. Proto je milým překvapením, že se objevuje na knižním trhu pozoruhodná monografie z péra curyšského neurologa prof. Jerusalema, která je věnovaná právě této problematice patologie, kliniky a terapie svalových poruch. Kniha je výsledkem dlouholeté snahy autora věnovat problematice svalových onemocnění takovou pozornost, jakou si právem zaslouhují. Vychází z vlastních zkušeností autorových jednak z pobytu v Neuromuskulární výzkumné laboratoři prof. Engela na Mayo Clinic, jednak z jeho klinické zkušenosti. Formálně je monografie rozčleněná do patnácti kapitol, rozsáhlý přehled literatury a věcný rejstřík ukončují tuto publikaci. Kniha obsahuje velké množství technicky vysoko dokonalých mikrofotografií, početné ilustrace a tabulky doplňují text.

Po základních kapitolách věnovaných normální anatomii svalového systému, všeobecné myopatologii, elektrofysiologickým základům, důležitým pro pochopení svalové funkce a elektrodiagnostiky, bioche-

mickým základům, technice svalových biopsií autor v dalších kapitolách se zabývá všeobecnou klinickou symptomatikou a jednotlivými skupinami svalových onemocnění. Pojednává o progresivní svalové dystrofii, myotonii, spinální svalové atrofii a amyotrofické laterální sklerose, o svalových chorobách se speciální anomálií struktury a kongenitálních svalových onemocněních, dále se zabývá problematikou myositid a kolagenosami, problematikou myasthenia gravis a myastenickými syndromy, paroxysmálními dyskaliemickými obrnami, myopatiemi při metabolických poruchách a konečně otázkami svalových onemocnění při endokrinopatiích.

Pozoruhodné je samo zpracování jednotlivých kapitol a jednotlivých otázek. Kapitoly jsou svým pojetím moderní s vyčerpáním všech informací „up to date“, jednotlivé otázky jsou jasně formulované, lehce a srozumitelně vysvětlené a velmi instruktivně dokumentované.

Jerusalemova monografie se tak řadí mezi díla s velkým informačním potenciálem, moderně zpracovanou tematikou a hlavně vyplňuje určitý hiatus v oblasti patologie, kliniky a terapie postižení svalového systému.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. BARTOSZEWSKI, J. HALAUNBRENNER-LISOWSKA,
Z. MAJCHRZYK

ZABURZENIA PSYCHICZNE WIEKU PODESZLEGO

Psychické poruchy ve stáří

Vydal nakl. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Varšava, 1978, 179 str. Cena 40 zł.

Na první pohled drobná knížka, určená především praktickým lékařům, ale stejně tak ošetřovatelkám, sociálním pracovníkům aj., soustřeďuje na malé ploše maximum informací historických i nejnovějších z oblasti gerontopsychiatrie a gerontopsychologie.

Všeobecně se dnes soudí, že lidé starší šedesáti let potřebují nebo vyžadují pět-kráté častěji lékařskou pomoc než ostatní. Proto je kniha ve velmi stručných,

avšak hutných a vyčerpávajících kapitolách věnována historii gerontopsychiatrie a gerontopsychologie, sociálnímu postavení geronta, biologickým změnám stáří, etiologie a patogenezy psychických poruch stáří. Dále následuje vysvětlení nozologie a jejich specifičnosti s popisem chorob, vznikajících v preseniu — Alzheimerovy choroby, Pickovy a Huntingtonovy choroby, choroby Jakoba-Creutzfeldta aj. Podrobně jsou probírány formy psychoorga-

nických syndromů, změny charakterů, stařecké psychózy psychiatrické (paranoia), maniakálně depresivní; amenní stavy atd. Je podán popis reaktivních stavů na psychická traumata. Autor charakterizuje různé druhy klasifikací psychických poruch, které probíhají na somatické, příp. arteriosklerotické bázi jako např. emocionální inkontinenci, depresivní, paranoidní; je věnována pozornost kardiálním psychózám. Po kapitolách, kde jsou analyzovány samovraždy, alkoholismus, toxikomanie, psychofarmakologie aj. následují dvě kapitoly v naší souvislosti zvláště zajímavé, o rehabilitaci a psychoterapii gerontů. Autor velmi případně upozorňuje, jak je vel-

mi proměnlivý stav, psychofyzický celek geronta, a proto je třeba mnohem obezřetněji než u produktivního věku volit vždy zásadně individuální přístup. Diferencovaný, avšak souběžně komplexně sociálně psychologický přístup k rehabilitaci a psychické aktivaci gerontů v terénu a v ústavní péči je třeba se věnovat mnohem intenzivnější než doposud. Rehabilitace, režimová terapie, trávení volného času atd. je vždy svým způsobem činností s výraznou akcentací psychoterapie se všemi zvláštnostmi, které se sebou nese oblast klinické gerontologie. Podobnou monografickou knížku u nás zatím postrádáme.

PhDr. V. Smitka, Praha

**Z. PIESZEWSKI
FUNKCJONOWANIE EMOCJONALNE PACJENTOW PRZED I PO
ZAWALE SERCA**

Emocionální procesy pacientů před a po infarktu myokardu
Wydało Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań, 1977, 158 str. Cena 38 zł.

Již delší dobu se zabývá i odborná literatura psychologickou problematikou psychosomatických chorob civilizačních, ale stále ještě věnuje málo pozornosti emocionálním změnám, ke kterým dochází, proto je tato knížka zajímavým příspěvkem k dané problematice, zvláště metodologickým.

Publikace je rozdělena na dvě části: teoretickou a empirickou. V teoretické části, která zaujímá polovinu knihy, věnuje autor širokou monografickou pozornost analýze psychosomatických a somatopsychologických problémů chorob krevního oběhu a infarktu myokardu v dosavadní světové literatuře. Respektuje zásadu polietiologického traktování somatických chorob a charakterizuje s kritickým pohledem různé teorie a výzkumy včetně stručného pohledu na vývoj názorů, počínaje koncepcemi psychoanalytickými, přes teorie školy učení až po práce nebehavioristické a laboratorní. S kritickým nadhledem akcentuje zvláště poznatky, které mají heuristickou hodnotu. Dále podává přehled o různých názorech na podíl psychogenních a emociogenních faktorů v literatuře, zvláště v souvislosti se stressovými a frustračními situacemi. Velká pozornost je věnována podstatným rozdílům v reakcích pacientů na infarkt myokardu.

na jejich různé změny sledované v různých časových intervalech. Akcentovány jsou problémy úzkosti, depresivních stavů a obranných mechanismů.

Druhá část práce, empirická, podrobně informuje o vlastním výzkumu, který byl uskutečněn na 61 pacientech postižených infarktem a kontrolní skupinu tvořilo 20 pacientů s chronickými poruchami krevního oběhu, ale neprodělavších infarkt. Metodologický autor použil hlavně polostandardizovaného rozhovoru, velmi podrobné explorační volného průběhu (zvl. o životě, existenciálních otázkách aj.), dále sady dotazníků, které byly zaměřeny na sebezhodnocení před infarktem a po něm, dotazníkové škály specifikované na průběh a změny emocionálních stavů. V závěrech empirické části práce autor konstatuje, že jako faktory rizikově emociogenní a psychogenní předinfarktové se jeví statisticky signifikantě: vnějšíkové a vnitřní tenzní stavy, konflikty, sociální a profesionální rivalita, „superdynamický“ způsob jednání, nadměrná ambicióznost, dlouhodobé osobnostní stressy aj. U mladších pacientů vystupovaly do popředí zvláště: existenciální pocity úzkosti, nižší stupeň kontroly emocionálních stavů aj. Psychogenní a emociální změny způsobené infarktem autor charakterizuje pro celou skupinu proban-

dů jako pocit životního, existenciálního, „zaskočení“, na který navazovala zatímní životní bilance. Dále pak je konstatován vyšší stupeň vědomí a kontroly somatických a psychických změn, celkové emocionální citlivosti. Často následovaly stavy deprese a obavy před trvalou invalidizací. Velmi pozitivně se terapeuticky projevilo nejvčasnější nasazení fyzické a psychické rehabilitace, které výrazně pomáhalo zlepšovat emocionální poruchy pacientů po infarktu.

Publikace obsahuje statistické výsledky, rejstřík sady dotazníků aj. včetně bohaté polské a zahraniční literatury. Snad lze mít jisté kritické výhrady pro jednostrannou aplikaci dotazníků, které mohou subjektivně zkreslovat dané informace, ale jde o knížku širěji informativně pojatou s globálními výsledky, která je v našem odborném kontextu velmi přínosná.

PhDr. V. Smitka, Praha

E. HEGYI, I. STODOLA

PRAKTICKÁ TERAPIA KOŽNÝCH A POHLAVNÝCH CHORŮB

Vydavateľstvo Osveta Martin, 1979, strán 332, obr. 1, tab. 6, Cena 25,— Kčs

Postgraduálna a praktická príručka „Praktická terapia kožných a pohlavných chorôb“, ktorá sa zaoberá terapiou najčastejších kožných a pohlavných chorôb, pozostáva:

- a) z časti všeobecnej,
- b) z časti špeciálnej.

Vo všeobecnej časti autori preberajú najdôležitejšie terapeutické postupy a v špeciálnej časti aplikáciu týchto metód pri liečbe jednotlivých kožných a pohlavných chorôb.

Autori ďalej v príručke uvádzajú podrobné návody na liečenie týchto chorôb a detailné rozpisy receptov. V terapii jednotlivých chorôb uplatňujú zásady liečby podľa štádiovosti chorôb a terapeutické postupy uvádzajú podľa druhov. Okrem te-

rapie uvádzajú aj etiopatogenetické poznatky. Náležitú pozornosť venujú aj liečebnej technike.

Táto príručka, určená dermatovenerológom, obvodným a závodným lekárom, je spracovaná formou stručného a heslovitého výpočtu údajov v abecednom poradí. Takéto usporiadanie umožní rýchle vyhľadanie potrebných informácií. Príručka ďalej umožňuje čitateľovi doplňovať poznatky o terapii.

Tak forma a spôsob spracovania príručky, ako aj jej obsah zabezpečujú, že sa stane vzácnou príručkou pre každodennú lekársku prax a iste si získa priazeň všetkých čitateľov.

Dr. V. Schreiberová, Bratislava

R. V. SHORT

REPRODUCTION

Reprodukce

British Medical Bulletin Vol. 35, 1979, Nr. 2. Vydal The British Council, 65 Daviess Street, London

Druhé číslo ročníku 1979 British Medical Bulletin, které sestavil prof. Short z edinburské university se zabývá problematikou reprodukční biologie — vědy o přenosu života. V řadě prací, vyznačujících se informačním spektrem až po současnost — tato skutečnost je typická pro ediční činnost British Medical Bulletin — hovoří se o jednotlivých otázkách repro-

dukční biologie. Jednotlivé práce se zabývají problematikou regulace meiosis v oocytech, fertilisací in vitro a přenosem embrya, kontrolou časného vývoje, určováním pohlaví a diferenciací, vývojem foetu, efektem laktace na fertilitu, neuroendokrinní kontrolou sekrece gonadotropinů, gonadotropní regulací ovariální aktivity. V dalších příspěvcích se hovo-

ří o pituitární kontrole testikulární aktivity, o prostaglandinech a lidské reprodukci, o chromosomální základně lidské infertility a koněčně závěrečné práce věnují pozornost endokrinologii mužské a ženské infertility a výzkumu kontracepce a vývoje.

Monotematické číslo o reprodukci je rozsáhlým přehledem současných názorů na tyto z pára velmi významných vědeckých a klinických pracovníků. Je velmi dobře dokumentované a přináší mnohé poznatky nám všeobecně známé. Je jistě zajímavým příspěvkem k problematice lid-

ské reprodukce v současném světě, kde regulace populace představuje jedno ze závažných společenských opatření. Jako uvádí sestavovatel tohoto monotematického čísla v úvodě, Světová zdravotnická organizace v roku 1972 začala široký program výzkumu, vývoje a výchovy v oblasti otázek lidské reprodukce — komplex prací zařazených do druhého čísla British Medical Bulletin dokumentuje především praktickou snahu realizovat základní informace z oblasti biologie reprodukce.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. MATOUŠEK, V. KVĚTOŇ

MEDICÍNSKO-METEOROLOGICKÁ PŘEDPOVĚĎ A MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ V LÁZEŇSKÉ LÉČBĚ

Balneologické listy, VI, 1978, Suppl. č. 1

Výskumný ústav balneologický, Mariánske Lázně, 193 str.

Uvedená citácia je z obalu tejto informatívnej brožúry. Na prvom, titulnom liste je totiž abecedné poradie autorov opačné údaj o roku vydania je tiež zmenený na 1977. Na šťastie redakcia samotnej práce je ďalej oveľa starostlivejšia a dôslednejšia, takže poskytuje čitateľom množstvo informácií o danej téme.

Úvodné kapitoly podávajú rámcový a historický prehľad vzťahov medzi organizmom a atmosférickým prostredím a ľudskej vnímavosti na počasie. Po krátkom opise biotropných účinkov jednotlivých meteorologických prvkov autori podávajú zasvätený prehľad rôznych metód meteorologickej typológie a klasifikácie, ako aj rôznych konkrétnych systémov komplexnej meteorologickej analýzy na jednotlivých popredných pracoviskách, od Königsteinu a Bad Tölzu až po Jaltu a CNIKF v Moskve.

Druhá polovica knižky je venovaná extraterestriálnym vplyvom na organizmus človeka a súhrnnej prehľadke výsledkov ich výskumu. Aj záujemci o biologické rytmy tu nájdu mnoho zaujímavých faktov. Škoda, že pri interpretácii sa autori niekedy obmedzujú na jednostrannú simplifikáciu, ako napr. pri otázke hebdomádneho výkyvu PN. No rozhodne treba súhlasiť so záverom autorov, že „závislosť

stavu ľudského organizmu od poveternostných dejov možno považovať za preukázanú, i keď väčšina mechanizmov pôsobenia počasie na človeka nie je zatiaľ známa“. Ide o problém, ktorý nadobúda čím ďalej tým väčšiu závažnosť v medicíne.

Posledná časť je venovaná otázkam medicínsko-meteorologickej predpovede za daného stavu nášho zdravotníctva, kde sa úvahy autorov opierajú o širšiu paletu domáciach a zahraničných bádateľov, ktorých názory zďaleka nie sú jednotné. Najväčší význam prikladajú rozsiahlym plánom na rozvoj systému takýchto predpovedí, ktorý má zahrnúť všetky oblasti ZSSR, a vyústiť do konkrétnych profylaktických opatrení. No cesta k praktickej realizácii je veľmi ťažká tak po stránke meteorologickej, ako aj medicínskej. Autori uzatvárajú, že uspokojivé odpovede na množstvo otázok možno získať jedine na základe vlastných skúseností s medicínsko-meteorologickým výskumom a ďalším overovaním jeho výsledkov v praxi.

Na konci práce je zoznam literatúry, pozostávajúci zo 191 položiek prevažne v nemčine a ruštine, ale aj v češtine. Poskytuje dobrý prehľad tým, ktorí sa chcú ďalej zaoberať touto komplexnou a zaujímavou problematikou.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

F. KRAMER

LEHRBUCH DER ELEKTROAKUPUNKTUR (BAND II.)

Učebnica elektroakupunktúry [Diel II.]

Vydavateľstvo Haug — Heidelberg 1979, 75 obrázkov, 47 tabuliek, 326 strán

Tri roky od vydania I. dielu vychádza II. diel učebnice elektroakupunktúry, praktickej príručky pre lekárov, ktorí sa zaoberajú touto metódou. Elektroakupunktúra poskytuje určité výhody oproti klasickej akupunktúre, medzi iným zredukovanie počtu aplikovaných ihiel, podstatné skrátenie doby aplikácie, presnosť pri diagnostike a terapii. Dokonalé zvládnutie tejto metodiky je však náročné a preto autor delí danú problematiku na viac častí. V I. diele oboznamuje so základmi elektroakupunktúry, vybavením pracoviska, liečebnými účinkami nízkofrekventného pulzného prúdu, šírkou diagnostiky a terapie.

II. diel učebnice sa rozdeľuje na 18 častí, v ktorých rozoberá anatómiu a fyziológiu kože, vzťah kože k ostatným orgánom, princípy akupunktúry u národov ďalekého východu. Zvláštnu kapitolu autor venoval diagnostike a terapii v starej Číne. Podrobne sa zaoberá rozložením meridiánov na povrchu tela a lokalizáciou ú-

činných bodov na periférii. V ďalšej časti rozoberá autor princípy elektroakupunktúry a orgánovej diagnostiky a rozoberá rôzne diagnostické a testovacie spôsoby. Ďalej opisuje možnosti overovania účinku medikamentov. Podáva presný návod na vykonanie praktickej skúšky účinku, dávkovania, dĺžky trvania účinku a vedľajších účinkov niektorých analgetík a homeopatických liekov. Opisuje tiež znášateľnosť zubných kovov a náhrad a znášateľnosť iných látok. V posledných troch kapitolách autor názorne opisuje bodovú terapiu elektroakupunktúrou. Kniha je napísaná ľahkým a dostupným štýlom, prináša dobrý prehľad o modifikačných možnostiach klasickej akupunktúry. Pre začiatočníkov v liečbe elektroakupunktúrou je zdrojom poučenia, pokročilým umožňuje učebnica dokonalú orientáciu v presnosti diagnostiky a terapie a ďalších možnostiach prístrojového vybavenia pracoviska.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

J. MÍKA

ÚVOD DO NEUROPSYCHOLOGIE

*Vydalo Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1978, 147 str.
Cena 13 Kčs.*

Vydání této skriptové publikace je zatím v naší odborné neuropsychologické literatuře — nepočítáme-li překlady knih A. R. Luriji — jednou z prvních ucelených a přehledných monografií. Autor vychází ve své neuropsychologické propedeutice především z nutnosti seznámit čtenáře jak s poznatky komplementárních vědních odbořů — především neurologie — anatómie mozku, tak s charakteristikou neuropsychologie, konceptuálně, metodicky a aplikacně. Profesionál-neuropsycholog, jestliže má být jeho pracovní začlenění efektivní, má být rámcově informován o problematice pacientů z širšího hlediska. Podle tohoto pojetí je také rozčleněna publikace.

První kapitola o pojetí neuropsychologie stručně informuje o postupu diagnostické

práce, klinickém, kazuistickém přístupu, užití registračních přístrojů a obecných poruchách psychických funkcí z neuropsychologického hlediska. Druhá kapitola velmi podrobně popisuje z neurologického aspektu topografie a funkce mozku a kapitola třetí je věnována přehledu nejdůležitějších příznaků nervového onemocnění a popisu neurologických vyšetřovacích metod. Symptomy postižení mozkových hemisfér podle jednotlivých laloků jsou charakterizovány spolu s vyšetřovacími neurologickými metodami v kapitole čtvrté. Vlastní neuropsychologická část publikace začíná pátou kapitolou, která pojednává o neuropsychologických metodách zjišťování příznaků mozkových lézí podle metod vypracovaných

laboratoří A. R. Luriji a některých dalších. Podle metod a technik vypracovaných Lurijou a spolupracovníky lze zjišťovat, lokalizovat léze v mozkových hemisférách především v oblasti funkcí fatických, gnostických a poruch praxie. Vždy je uvedeno více variant vyšetřovacích způsobů, a to především proto, že zásadně se respektuje variabilita stavu téměř všech neuropsychologických poruch, a diagnostického cíle lze dosáhnout více způsoby. Jedním ze základních cílů těchto vyšetřovacích metod a technik je, aby nejen byly aplikovatelné v reedukaci, rehabilitaci poruch CNS, ale také, aby z nich vycházely v tom smyslu, že někdy jsou součástí reedukačního procesu a vedou k upřesnění diagnózy. Vycházejí z jedné ze zásad Lurijovské neuropsychologické metody a sice, že zkušebním kamenem diagnostiky je rehabilitace, Mika také koncipuje šestou kapitolu, která pojednává o reedukačních, rehabilitačních metodách vyšších psychických funkcí, vypracovaných v laboratoří L. S. Cvetkové. Cvetkova, L. S.: *Problemy afazii i vosstanovitelnogo obučeniya*, Moskva 1975; Pretože tato publikace byla recenzována,

nepovažují za nutné se o příslušné kapitole šířit podrobněji. Stručně dodáno: autor utřídil reedukační, rehabilitační metody Cvetkové aj. vzhledem k poruchám jako afazie, agnozie, apraxie, aj. podle jednotlivých laloků CNS, zdůraznil podíl psychoterapie, individuálního přístupu a komplexnosti týmové práce. Sedmou kapitolu autor věnuje přehledu nozologických jednotek a označení poruch CNS. Sedmá kapitola podává schéma orientačního neurologického a neuropsychologického vyšetření včetně, a to zdůrazňujeme, životní anamnézy pacienta. Publikaci doprovází základní bibliografie o obrazové přílohy.

Neuropsychologie jako začínající, zvláště u nás, interdisciplinární specializace, má značný rehabilitačně reedukační a psychoterapeutický význam. Jednou z původních publikací bylo Matulayovo Vyšetřování symbolických funkcí z roku 1973, a jáká po něm byla poptávka! Snad se nabízejí možnosti buď aby kolektiv odborníků sestavil tuto monografii, nebo aby se dostalo publikaci Mikově veřejné a širší publicity a obecnějším pojetí.

PhDr. V. Smitka, Praha

S. NAJARIAN, P. DELANEY
VASCULAR SURGERY

Vaskulárna chirurgia

Vydavateľstvo Georg Thieme Publishers Stuttgart, 1978, 627 strán, 130 obrázkov a 53 tabuliek, Cena DM 148.—

Táto kniha je už piatou zo série kníh vydaných z kurzov, ktoré každoročne u-sporiada Univerzita v Minnesote, a to hlavne chirurgická klinika. Kurz usporadúvajú členovia chirurgickej kliniky univerzity a pozvaní profesori.

Kniha sa zaoberá rôznymi problémami cievnych chirurgov, nielen priamo chirurgickými. Nepodáva vyčerpávajúco problémy z vaskulárnej chirurgie. Skôr tu ide o predvídanie a zdôraznenie ďalšieho vývoja v cievnej problematike a z toho vyplývajúcich záverov.

V prvej kapitole Dr. Charles, G. Rob píše o „Histórii arteriálnej chirurgie“, a v jednotlivých etapách sa zaoberá rôznymi témami.

Prvá časť knihy sa venuje neoperatívnym problémom cievneho ochorenia, ďalej pacientom od rizikových faktorov vo vývoji aterosklerózy až k neinvazívnym diagnostickým metódam. Ďalšia časť skúma

operačnú liečbu arteriálnej obštrukčnej choroby od aorty až k distálnym končatinovým artériám, v čom zahŕňa aj by passový materiál a diskusiu o poranení ciev. Ďalšia kapitola sa zaoberá rôznymi viscerálnymi cievnymi ochoreniami, jednak okluzívnymi a jednak aneurizmatickými. V nastávajúcej kapitole sa podáva chirurgický pohľad na cerebrálne vaskulárne ochorenie a po nej sa poukazuje na renálne vaskulárne ochorenie a úlohu chirurga v jeho liečbe. Posledná časť knihy sa zaoberá princípmi koagulácie a liečbou venózneho trombózy a jej komplikáciami.

Celkove možno konštatovať, že kniha prináša moderný prehľad pokrokov v cievnej chirurgii. Je to zvlášť cenné pre chirurga, ale aj pre každého lekára, ktorý má možnosť liečiť pacientov s cievnymi chorobami.

Dr. M. Hubka, Bratislava

I. S. EDELMAN, S. G. SCHULTZ
ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY

Roční přehled fyziologie

Vol. 41, 1979. Vydal Annual Review Inc., Palo Alto, 1979, ISBN 0-8243-0341-5.

Počínaje svazkem 41 z roku 1979 vychází Annual Review of Physiology v nové ediční podobě. Vzhledem na stále stoupající množství informací a na nutnost členit fyziologické poznatky do specializovaných kapitol, dochází i zde k rozdělení jednotlivých prací z oblasti fyziologie do jednotlivých sekcí.

Úvodní práce, právě tak jak tomu bylo i v minulosti, je věnována aktuální tematice z péra významného vědeckého pracovníka. Čtyřicátý první svazek Ročního přehledu fyziologie je uveden prací prof. Kennetha S. Coleho z Biofyzikální laboratoře Národního ústavu zdraví v Bethesda o problematice membrán. Prof. Cole se věnoval dlouhé roky už od 1923 této problematice a jeho práce přináší celý jeho entusiastický postoj právě k těmto otázkám. Celý recensovaný svazek je dělený, jak už bylo uvedené, na jednotlivé sekce, kde jsou zařazeny práce týkající se příslušné problematiky. V sekci gastrointestinální a sekci výživy je vedle úvodního slova S. G. Schultza celkem pět prací zabývajících se především okruhem regulací v gastrointestinálním traktu. Sekce — neurofyziologie uváděná W. J. Freemanem, taktéž pět prací, zabývajících se skeletomotorickými reflexy, spinálními interneurony, posterioním parietálním kortexem a podobně. V třetí sekci s tematikou renální a elektrolytové fyziologie úvodní slovo napsal T. E. Andreoli a sekce obhazuje celkem šest prací s různou tematikou. Komparativní a integrativní fyziologie — další sekce uvedená W. R.

Dawsonem, přináší několik prací o problémech hibernace a dále práce z oblasti reprodukční fyziologie u ryb, replilí a amfibií.

Významné práce jsou zařazeny do další sekce respirační a kardiovaskulární fyziologie, uvedené R. M. Bernem. Velmi zajímavé jsou příspěvky z oblasti elektrofyziologie, významná podle recenzenta je práce o srdečních arytmiích. Elektrofyziologie a následující srdeční kontrakce jsou náplní této sekce. Rozsáhlou část svazku představují práce z oblasti endokrinologie a metabolismu sekce svazku, uvedená S. Mc Cannem. Velká pozornost je tu věnována hormonům a prostaglandinům, otázkám, které v současnosti jsou středobodem zájmu nejruznějších fyziologických i jiných pracovišť. Poslední sekce, zaměřená na buněčnou a membránovou fyziologii, je uvedena J. Gergelym a přináší mimo jiné práce zajímavý přehled o „crossbridge theory“ svalové kontrakce.

Autorský a věcný rejstřík a souborný index autorů i prací ročníků 37 — 41 Annual Review of Physiology, ukončují poslední svazek. Jednotlivé práce zde uvedené mají ilustrační vybavení včetně přehledu další literatury. Svazek 41 Ročního přehledu fyziologie se zařazuje důstojně do řady svazků předcházejících a i když má jiné vnitřní členění — toto členění přispívá k přehlednosti jednotlivých prací — je stejně cenným informačním zdrojem pro oblast fyziologie v krátké minulosti.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. G. CHUSID

FUNKTIONELLE NEUROLOGIE. ANATOMISCHE, DIAGNOSTISCHE UND KLINISCHE GRUNDLAGEN

Funkčná neurológia. Anatomické, diagnostické a klinické základy

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978, 491 strán, 405 obrázkov, 46 tabuliek, cena DM 58,—. ISBN 3-540-08610-2.

Chusidova „Funkčná neurológia“ je ne- „Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology“, ktorej 16. vydanie vyšlo

r. 1976 v USA. Preklad vyhotovili dr. Mauritz a prof Mauritzová.

Kniha má 4 diely a celkom 34 kapitol s dodatkom, venovaným neurologickému vyšetrovaniu, zoznamom literatúry, predmetovým kľúčom pre rigoróza a vecným registrom.

Predložená učebnica je kombináciou neuroanatómie, neurodiagnostiky a klinickej neurológie s prihliadnutím na neurologické ochorenia postihujúce detský vek.

Početné ilustrácie, tabuľky, diagramy a fotografie dopĺňujú text jednotlivých kapitol. Táto bohatá obrazová dokumentácia nie je iba vhodným doplnkom jednotlivých problémov, ale je organickou súčasťou jednotlivých kapitol so širokým pedagogickým a informačným významom. Prehľadný, ľahko zrozumiteľný text, schopnosť postihnúť jadro problému úsporným vyjadrením a zaujímavý výklad zložitých problémov neuroanatómie, neurodiagnosti-

ky i kliniky neurologických porúch svedčia o odbornom aj pedagogickom umení autora, profesora neurológie na newyorskej lekárskej fakulte.

Pozoruhodný je predovšetkým prvý diel, venovaný problematike neuroanatómie centrálneho systému — mozgu a miechy. Zaujímavý je aj tretí diel, ktorý sa zaoberá otázkami neurodiagnostiky. Kniha je určená ako učebnica predovšetkým pre poslucháčov lekárske fakulty, ale mnoho dobrých a cenných informácií tu nájdú aj erudovaní neurológovia a lekári iných zameraní. Pre odborníkov v neurológii je iste dobrým a informujúcim prehľadom, pre iných zdrojom informácií.

16 amerických vydaní tejto učebnice do r. 1976 svedčí o tom, že Chusidova „Funkčná neurológia“ si našla svoje pevné miesto ako štandardné dielo v medicínskej literatúre.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

H. KUDERNA

12. TAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE

12. výročná konferencia Rakúskej spoločnosti úrazovej chirurgie

Hefte zur Unfallheilkunde, Heft 130

Vydalo vydavateľstvo Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1978, 426 str., 101 obr., cena DM 98,-.

ISBN 3-540-08598-X.

12. výročná konferencia Rakúskej spoločnosti úrazovej chirurgie prejednávala otázky úrazovosti z rôznych aspektov. Vyzdvihol sa význam národohospodárskych strát zapríčinených nehodovosťou pri rozličných druhoch úrazov. Jednalo sa o príčinách úrazov z rozličných hľadísk. Na konferencii sa aktívne zúčastnili úrazoví chirurgovia, súdni lekári, športoví lekári, fyziológovia, internisti, psychiatri, psychológovia, sociológovia, technici a právnici. Všetci odborníci upriamili svoju pozornosť na prevenciu úrazov a vo svojich záveroch sa snažili vypracovať nové smernice pre prevenciu nehodovosti.

Z mnohých faktorov, ktoré majú vplyv na úrazovosť a z mnohostrannosti úrazových situácií vyplýva, že úzko zameraní odborníci nemôžu vyriešiť celú širokú problematiku nehodovosti. Ukazuje sa po-

treba viacdimenzionálneho výskumu úrazovosti. Zatiaľ nie sú k dispozícii primerané podmienky alebo vhodná inštitúcia, ktorá by tieto interdisciplinárne aspekty vedela syntetizovať a tým účinne realizovať komplexnú prevenciu nehodovosti.

V záverečnej rezolúcii konferencie sa požaduje, aby sa takáto inštitúcia zriadila. Počas troch dní rokovania konferencie odznelo 77 referátov, ktoré sú zachytené v knihe podľa poradia, v ktorom odzneli. Jednotlivé referáty sú zhrnuté do siedmich kapitol: 1. Otvorenie; 2. Epidemiológia úrazov — Mechanizmy úrazov; 3. Faktory vplývajúce na dispozíciu k úrazom; 4. Zabránenie úrazov v súčasnosti; 5. Dopĺňujúce prednášky; 6. Voľné správy; 7. Zásady pre predchádzanie úrazov do budúcnosti a rezolúcia konferencie.

Dr. A. Krivosudský, Bratislava

BANDSCHEIBENBEDINGTE ERKRANKUNGEN

Diskogenní onemocnění

Vydal Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978, 278 strán, 173 obrázků, 48 tabulek. Cena DM 79,—. ISBN 3-13-555601-8.

Nakladatelství Georg Thieme Verlag ve Stuttgartě vydalo v roce 1978 zajímavou monografii o diskogenních onemocněních, jejich příčině, diagnostice, léčbě, prevenci a posuzování. Monografii napsal prof. Krämer z ortopedické kliniky düsseldorfské univerzity.

Velmi pozoruhodně napsaná kniha, svědčící o bohatých zkušenostech autorových, dobře dokumentovaná, přehledně členěná a prakticky laděná, rozebírá v jednotlivých kapitolách dílčí otázky této závažné klinické problematiky, jakou představují diskogenní syndromy.

Po úvodě a terminologických připomínkách zabývá se autor anatomii a fyziologií intervertebrálního disku, jeho patologií a patofyziologií i jeho degenerací — zde je zajímavý termín diskosa, která má v jádřit právě účast degenerace na poškození disku. Další kapitoly věnují pozornost traumatologii disku a vzniku bolesti v pohybovém segmentě páteře.

Centrální postavení mají další tři kapitoly — cervikální syndrom, torakální syndrom a lumbální syndrom, při čemž nejvíce pozornosti se věnuje právě naposled

vedenému lumbálnímu syndromu. Závěrečné kapitoly této monografie se zabývají prognosou a průběhem diskogenních onemocnění, jejich rehabilitací a prevencí a konečně otázkami posuzování z hlediska praceneschopnosti a invalidity. Bohatý přehled literatury a věcný register ukončují Krämerovu monografii, věnovanou tak závažné problematice, jako jsou vertebrogenní bolestivé syndromy.

Problematika lidské páteře, její fyziologie a především její patologie představují v současnosti jeden z centrálních problémů současné praktické medicíny. Výskyt a neúspěšnost terapie u vertebrogenních bolestivých syndromů, problematika operativního léčení, rehabilitace a především včasná diagnostika jsou otázky, s kterými se setkal jistě každý prakticky zaměřený lékař. Krämerova monografie řeší původním způsobem všechny tyto otázky a představuje současný přehled názorů na problematiku diskogenních onemocnění, opřených o bohatou osobní zkušenost autorovu.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. VARGA, A. V. OBLÝVAČ

VŠEOBECNÁ PATOLOGICKÁ FYZIOLÓGIA

Vydalo vydavateľstvo OSVETA Martin, 1979, str. 400, obr. 138, cena Kčs 35,—.

V edícii učebníc pre lekárske fakulty vydáva vydavateľstvo OSVETA v Martine roku 1979 učebnicu patologickej fyziológie, ktorú napísali spoločne slovenský a sovietsky autor pre potreby vysokoškolských.

Učebnica má 11 kapitol, ktoré sa zaoberajú základnými otázkami všeobecnej patologickej fyziológie. Prvá kapitola vymedzuje význam a históriu odboru patologickej fyziológie, v ďalších sa hovorí o otázkach zdravia a choroby, o príčinách a podmienkach vzniku chorôb. O mechanizmoch rozvinutia choroby a procese

uzdravenia, o reaktivite organizmu a jej poruchách, o úlohách dedičnosti, konštitúcie a pohlavia v patológii, o molekulových základoch patologických procesov, o poruchách homeostázy, o typických patologických procesoch a prejavoch chorôb, o terminálnych stavoch a konečne o starnutí, starobe a chorobe. Každá kapitola uvádza v závere ďalšiu literatúru, učebnica sa končí prehľadom použitých skratiek, registrom a obsahom. Ilustrácia a tabuľky dopĺňujú jednotlivé kapitoly, rozdelené na menšie úseky, ktoré sa zaoberajú otázkami danej tematiky.

Učebnica je venovaná otázkám všeobecnej patologickej fyziológie, ktoré rieši v jednotlivých kapitolách nerovnakého pomeru. Zdalo by sa, že niektoré kapitoly by mali mať väčší rozsah — ide predovšetkým o kapitolu molekulových základov chorôb a o kapitolu záverečnú, venovanú otázkam starnutia, staroby a choroby. Kapitola o príčinách a vzniku chorôb je oproti tomu príliš podrobná pre štádium medicíny.

Túto učebnicu v budúcnosti iste doplní učebnica špeciálnej patologickej fyziológie, pretože iba tak sa umožní čitateľovi komplexný pohľad na závažné otázky fyziológie, ktorý je potrebný nielen pre poslucháčov lekárske fakulty, ale aj pre lekára, ktorý sa zaoberá klinikou jednotlivých ochorení.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. LEHNHARDT
PRAKTISCHE AUDIOMETRIE

Stuttgart, G. Thieme Verlag, 1978. Piate prepracované vydanie, 222 s., 198 obr., 30 tab., cena DM 90,— ISBN 3—13—3690 05—1.

Známa učebnica praktickej audiometrie od prof. Lehnhardta vyšla v piatom vydaní značne prepracovaná, zdokonalená a obohatená o najnovšie poznatky audiológie.

Kniha sa rozdeľuje na 12 hlavných kapitol. V prvej kapitole autor hovorí o základoch akustiky, ktoré sú potrebné na porozumenie ostatnej látky. V druhej kapitole je reč o metodike prahovej audiometrie u dospelých a o špeciálnych metódach, používaných u kojencov a detí. V tretej kapitole uvádza autor súvislosť medzi tvarom prahového audiogramu a patologicko-anatomickými zmenami sluchového orgánu. Štvrtá kapitola sa zaoberá zmenami stredoušnej impedancie pri rôznych poruchách sluchu, ako aj prístrojmi a metódami, ktoré používame na ich vyšetrenie. Piata kapitola je veľmi dôležitá pre každodennú prax — podrobne opisuje spôsoby ako vyradiť nevyšetované ucho z prepočítavania a tak zabrániť nesprávnym audiometrickým výsledkom. Šiesta kapitola sa venuje tzv. nadprahovej audiometrii. Opisuje celý rad testov, ktorými je možné topicky diferencovať perceptive poruchy sluchu kochleárne a suprakochleárne. V siedmej kapitole je reč o adaptačných javoch sluchového orgánu a o unaviteľnosti sluchu. Z výsledkov rôznych testov možno potom posudzovať vnímateľnosť sluchového orgánu na hluk,

resp. na odolnosť voči hluku. Osmá kapitola hovorí o rečovej audiometrii a o predpisovaní slúchadiel. Deviata kapitola skúma metódy, ktoré sú určené na vyšetrenie centrálnych porúch sluchu pri rôznych poškodeniach sluchových dráh a mozgovej kôry. V desiatej kapitole sú opísané rôzne metódy na zisťovanie a dôkaz agravácie, simulácie nedoslýchavosti alebo hluchoty. V jedenástej kapitole autor podáva prehľad audiometrických náleзов u rôznych chorôb sluchového orgánu, ktoré spôsobujú nedoslýchavosť. Poslednú, dvanástu kapitolu venoval autor vyšetrovaniu sluchu pomocou elektroencefalografie. Pre klinickú prax má táto metóda veľký význam, lebo je objektívna. Jej výsledky nezávisia od vôle a údajov vyšetrovanej osoby. V poslednom desaťročí sa veľmi zdokonalila a dobre sa uplatňuje. Často býva označovaná skratkou ERA (Electric Response Audiometry).

Na lepšie porozumenie textu a praktické znázornenie audiometrických náleзов autor uverejnil ako dodatok knihy prehľadný atlas. Zhrnul v ňom výsledky audiometrických vyšetrení u 35 rôznych chorôb sluchového orgánu, zoradených topograficky od chorôb vonkajšieho zvukovodu, cez choroby stredného a vnútorného ucha, ako aj sluchového nervu a sluchových dráh.

Všetky kapitoly sú napísané zrozumie-

teľne, výstižne a majú primeraný rozsah až na stať o predpisovaní slúchadiel, ktorá by mala byť napísaná trochu obširnejšie [autor jej venoval iba 8 strán].

Celkovo možno o piatom vydaní praktickej audiometrie prof. Lehnhardta po-

vedať, že je to kniha na veľmi vysokej odbornej úrovni, napísaná pritom tak zrozumiteľne a pedagogicky, že ju možno označiť za vyhovujúcu modernú učebnicu praktickej audiometrie.

Dr. Z. Barqár, Bratislava

ANDRÉ VAN LYSBETH

JÓGA

Olympia Praha, 1978, 275 str., 22 Kčs.

A. KOGLER

JOGA. ZÁKLADY TELESNÝCH CVIČENÍ

Šport, Bratislava 1978, 120 str., 12 Kčs.

Odborné, tedy lekárske pojednání o jogyze dosud v češtině v knižní formě neexistuje. Proto spolu s laickou veřejností sáhnou i lékaři a rehabilitační pracovníci po dvou příručkách, které vyšly v loňském roce již ve druhém vydání. Ani tyto recenzované knihy se však jistě na všechny zájemce nedostanou, protože literatura o jogyze již se na knižních pultech neobjevila více než pět let.

Obě knihy jsou napsány známými a zkušenými znalci jógových cvičení, vzdělanými v tělovýchově. Lysbeth je významná osobnost evropské jogy, v posledních letech se zúčastnil na dvou kursech instruktorků jogy v Československu. Jeho jóga byla přeložena do mnoha jazyků. Je určena pro řadové účastníky kursů jogy, a proto psané důkladně, názorně a doplněna množstvím ilustrací. Místy však autor příliš beletrizuje a některé údaje medicínského rázu by těžko snesly přísnější kritiku — např. to, že většina zdravých osob dýchá nedostatečně a trpí při tom nedostatkem kyslíku. Několikrát se v knize odvolává na jiné autory či odborníky, kteří jsou možná známí francouzskému čtenáři, my však jejich významnost nemůžeme posoudit.

Koglerova kniha je určena široké veřejnosti, navíc se však obrací v některých částech k výkonným sportovcům a jejich trénerům. Autor se tu projevuje jako zkušený instruktor jogy a současně dlouholetý tělovýchovný pracovník. Toto jeho zaměření musíme mít na mysli vždy, když budeme chtít aplikovat jeho zkušenosti v léčebné rehabilitaci.

Obě publikace věnují většinu místa me-

todice jogových cvičení. Proto je můžeme plně doporučit pro jednotlivé cvičence i pro ty, kteří již mají určité zkušenosti a chtějí vést skupinu začátečníků. Náplň obou knih se pochopitelně zčásti překrývá, současně se však vhodně doplňují. Lysbethova jóga podrobně popisuje nejdůležitější jógové polohy, zdůrazňuje i nejčastější chyby při provádění. Proto je vhodná i pro začátečníky. Jenom okrajově se zmiňuje o dechových cvicích, koncentračním cvičení a dalších praktikách, které jsou podrobně popsány v jiných Lysbethových knihách.

Kogler dokázal na malém rozsahu své knihy probrat nejen polohy základní, ale i další polohy a dynamická cvičení. Uvádí základní druhy dechových cvičení neboli pranájámy, koncentrační a relaxační cvičení, ale i systém od jogy odvozený — autogenní trénink. Zajímavá je kapitola o jogistickém plavání.

Jako v jiných podobných příručkách nás i v těchto dvou poněkud zarazí kapitoly, věnované jogistické výživě. Shodně se zřejmě v tom, že naše běžné stravování má mnoho nedostatků a jsme ochotni vyzkoušet jednoduchou přirozenou stravu. Některé přejímané dietní názory jsou však nedostatečně zdůvodněné: odmítání masa, doporučování třtinového cukru a mořské soli apod. Na štěstí však je těmto otázkám věnováno jen málo místa a dodržování všech zásad není pro praktikování jogy nutné. Celkově obě recenzované publikace lze doporučit jako metodický základ i pro využití prvků jogy ve zdravotnických zařízeních.

Dr. J. Votava, Praha

5. MEZINÁRODNÍ SYMPOSIUM O ELEKTROSPÁNKU A ELEKTROANESTÉZII

(Štýrsky Hradec, Rakousko, 11. — 15. září 1978.)

V prvé části sympozia odezněly referáty týkající se účinku elektrospánku, zavedeného do terapie nespavosti Giljarovským (SSSR). Nově byla zdůrazněna existence nelineárních elektrických dějů v organismu a skutečnost, že organismus si vybírá sám nejhodnější elektrické frekvence z těch, jež jsou mu poskytovány (Bujevič, SSSR). Při podání elektrospánku se zvětšuje rvání jednotlivých cyklů spánku NON REM fáze a zvětšuje se celkové množství REM fáze (De Green, Nizozemí). V léčení nespavosti, též však u migrén, depresí a úzkosti bylo použito stálé homogenní magnetické pole, střídavé elektromagnetické pole, elektronický šum. (Grüner, ČSSR). Efekt elektronického šumu v terapii insomnie byl dále sledován (Rama Rao, Indie). Dvě hodiny aplikace elektrospánku denně se významně osvědčily v rehabilitaci nemocných po infarktu myokardu (Michno, SSSR).

Druhá část sympozia byla věnována elektroanestézii a elektroanalgezií. Elektrická impulsace může působit na retikulární formaci, neméně pak na mediátory nervových vzruchů na synapsích (Bacan, NSR). Alternující impulsní proud o $I = 10$ mA, $f = 30$ Hz byl podáván v prevenci pooperační kyfózy, vznikající jinak po laminotomii v torakolumbálním přechodu (Hemmy, USA). Transdermální elektrostimulace byla použita u 165 osob se ztrátou sluchu. Dosaženo zlepšení o 20 % a ústup tinnitu po dobu 3 až 4 měsíců (Hughes a Arthur, USA). Významně se uplatňuje elektroanalgezie v porodnictví. V těchto případech jde o inhibici bolesti na segmentální či spinální míšní úrovni. Elektrody se umísťují paravertebrálně na Th 10—11 a S2—S4 (Kubišta, Kučera, Rakousko). Vysokofrekvenční (vf) proud modulovaný nízkou frekvencí (nf)

i další tvary impulsů byly použity pro útlum bolestivých senzací při kauzalgií, u bolestí hlavy, u fantomových bolestí, u bolestí při zhoubných nádorech, u dorsalgii, artralgií, u akutních úrazů sportovců (Lébl, Skružný, Pokorný, ČSSR). Transkutábní elektrická stimulace byla podána pro odstranění bolesti u pacientek po císařském řezu, po abdomální hysterektomii (Lederberger, USA) a neméně po srdečních operacích (Magora, Israel). Implantace elektrod subdurálně nad zadní a přední míšní oblast při podání vf proudu, modulovaného nf se osvědčila při tlumení jinak nezvládnutelné bolesti u zhoubných nádorů. K zmírnění obtíží rovněž přispěla cerebrální implantace elektrod za použití proudu téže charakteristiky u cerebrálních spastiků, u mozkomíšni sklerózy, u deformujících svalových dystonií, u spastické teritcolis, u parkinsoniků (Larson, Sances, USA). Elektrostimulace pravoúhlými impulsy i diadynamickým proudem (elektrody 35 cm² umístěny nad i pod děložou) byla použita jakožto úvod hypokineticých porodů (Sandu, Rumunsko).

Třetí část sympozia byla věnována elektroakupunktuře. Byly popsány významné efekty elektroakupunktury při úporných migrénách (Grabow, NSR) u srdečních operací (Budinger, NSR a Kramer, NDR) při urologických operacích (Kramer, NDR), u tonsilektomií, operací disku, laparotomií, při sectio caesarea (Pauser, Rakousko) při zubní extrakci, při excizi tumorů ve tváři (Podlesh, Pauker, NSR). Elektroakupunktura je účinná jakožto analgetická metoda v průběhu porodu. Akupunkční jehly zde byly zavedeny do bodu 21 a 23 dráhy žlučníku, do bodu 29 dráhy žaludku, do bodu 11 dráhy ledvin. Použitá velikost proudu byla 0,5—1 mA, frekvence 8—15

Hz, trvání impulsu 0,5 msec. [Kubišta, a Kučera, Rakousko]. K zavedení elektrostimulační analgézie je doporučován vpich vždy čtyřmi akupunkčními jehlami do obvyklých míst ucha oboustranně. Podíl akupunktury po snížení podávaných analgetik při chirurgických zákrocích je významný. Tak celková dávka fentanylu mohla být snižena až na jednu dvacetinu [Martin, NSR]. Elektroakupunktura má význam v léčení abúzu alkoholu i dalších drog [Pattersonová, Anglie, Sytinskij a Galiskaja, SSSR]. Je upozorňováno na význam frekvence impulsů při této terapii. Obvyklá léčba při abúzu opiátů byla nejuspěšnější při frekvenci 70–95 Hz, při abúzu kokainu a mafetaminu při frekvenci 200 Hz, narkomanie marihuany při frekvenci 70 Hz, nikotinismus odpovídal nejvýrazněji na frekvence 5–10 Hz. Doba léčení: 7 dnů. Jestliže při elektroakupunktura v terapii narkomanie vznikla deprese, byla použita frekvence 300 či 500 Hz, jestliže se projevila nespavost, pak aplikovaná frekvence 30 Hz [Pattersonová, Anglie]. Při farmakoakupunktura v terapii bolesti byl 0,5 – 1 mg ketaminu [tj. asi dvacetina obvykle podávané dávky] injikován do „Nového bodu č. 28“. Výsledkem zákroku byl útlum bolesti po dobu dvou hodin. Teprve po této injekci byla prováděna elektroakupunktura pramených bodů — tj. bodů s vysokou „energií“, které mají analgetický efekt. Jsou to body 36 dráhy žaludku, ev. bod 8 dráhy ohříváčů [Rosenberger, NSR]. Bylo zjištěno, že magnetické pole o velikosti 400 gaussů [G] snižuje kontrakci svalu po

elektrické stimulaci n. inschiadiku v nervosvalovém preparátu žáby. Při velikosti pole 4000 gaussů pak nevznikne kontrakce vůbec. Tato skutečnost předpokládá průtok elektronů podél nervu a je dále doložena i elektrografii [tj. Kirlianovou fotografií]. Při jednoduché stimulaci září nerv žlutooranžově. Jestliže je při elektrické stimulaci nerv v magnetickém poli 400 G, pak na elektrografickém snímku je barva modravá, je-li nerv v okamžiku elektrické stimulace v magnetickém poli o indukci 4000 G — pak nezáří vůbec. [Lederberger, USA]. Ovlivnění průtoku elektronů podél nervových drah je podkladem pro vysvětlení jevů elektroakupunktury a akupunktury. Elektrické proudy a elektrická polarita jsou také významné při hojení i čistění ran a dekubitů. Změna pozitivní polarit posttraumatického pahýlu žabí končetiny za negativní — pomocí malého stimulatoru — vedla k tomu, že žábě narostla nová končetina, stejně jak tomu je jinak obvyklé u posttraumatického pahýlu končetiny mloka. Zde totiž dochází k změně polarit ve smyslu negativním spontánně, [Lederberger, USA]. Tyto objevy hluboce zasahují do klasických představ neurofyzologie a ve své podstatě zamítají představu o pouze „kabelové“ cestě vzruchu v nervovém systému [Maas, USA]. Mohou však přispět k vysvětlení účinku nejen elektroakupunktury, ale také elektroanestézie, elektroanalgézie, magnetických i elektromagnetických polí a neměně i hypnózy.

Dr. O. Grüner, Jeseník

SYMPOSIUM „O SRDCI A ZAMĚSTNÁNÍ“, PAŘÍŽ 26. A 27. BŘEZNA 1979

Dvoudenní zasedání Evropské kardiologické společnosti bylo rozděleno do čtyř sekcí:

1. zhodnocení metabolické a kardiovaskulární zátěže při práci;
2. kardiovaskulární choroby při čítené pracovnímu prostředí;
3. návrhy na pracovní činnost při nemocech srdce a
4. zdravotněsoudní problémy.

J. Durnin [Skotsko] ukázal, že při standardním zátěžovém testu je velká variabilita mezi jednotlivci (až 50 % meta-

bolické hodnoty), i když jsou to lidé se stejnou váhou a věkem.

M. Rogowsky [Belgie] se spolupracovníky se zabývali prací svářečů. Zdůraznili značný rozdíl mezi zátěžovým testem za laboratorních podmínek a zátěží při práci. Vycházeli z dřívějších prací, že výkon v pracovní době nemá přesahovat 36 % VO_2 max. [Bonier]. Svářeči byli vyšetřováni v automobilové továrně tak, že pracovali vždy 2 minuty a 2 odpočívali. Spotřeba kyslíku se postupně zvyšovala, až dosáhla 36 % maximální hodnoty. Zjistí-

ii, že metabolická spotřeba se zmenší, když dělníci pracují v vhodné helmou a plastickým krytem obličje a v přirozené poloze, kterou lze dosáhnout změnou polohy svařovaného automobilu. Nejnáročnější výkon byl zaznamenán při svářeči nad hlavou. Proto navrhl změnu polohy auta tak, aby svářeči mohli pracovat za fyziologicky výhodných podmínek.

I. Astrandová [Švédsko] poukázala na to, že statická práce se nedá prodloužit na víc než dvě-tři minuty. Maximální výkon trvá jen 10 — 15 % tohoto času. Při statické práci stoupá VO_2 max. jen málo, ale tepová frekvence a krevní tlak hodně. Práce rukama zvyšuje krevní tlak podstatně víc než práce dolními končetinami. Minutový výdej srdce bývá přibližně stejný. Proto se při práci horními končetinami objeví dříve anginózní bolest. Jako příklad profesí, kde to přichází v úvahu, uváděla malíře pokojů, tesaře nebo umývače oken.

S. Jonsson [Švédsko] rozebíral změny cirkulace při ischemické chorobě srdeční. Většina nemocných má normální hodnoty diastolického tlaku v levé komoře v klidu, ale abnormální vzestup tlaku při zátěži. Při tom nemocní s anginou pectoris měli podstatně nižší výkon srdce přepočtený na práci za jeden tep. Překvapivé bylo, že u nich nalézal také nízký krevní volum. Ukázal dále, že plnicí tlak v levé komoře je podstatně vyšší vleže než vsedě, při stejném minutovém objemu srdečním (měřeno termodilucí). Upozornil na to, že anginózní bolest v chladu je vyvolávána reflexně z působení chladu na obličej s drážděním zakončení trojklaného nervu.

P. Sleight [Anglie] studoval variabilitu krevního tlaku měřeného interarteriálně během 24 hodin. Ukázal nápadný vztah mezi vzestupem krevního tlaku při zátěži a zvýšením koncentrace katecholaminů v krvi. Tyto vzestupy jsou v nepřímém vztahu k senzitivitě baroreflexů. Na základě těchto pozorování došel k názoru, že odpověď tlaku na standardní zátěž je ovlivněna tlumící akcí baroreceptorů. Největší vzestup tlaku a plazmatických katecholaminů mají osoby s nízkou reflexní činností.

G. Luez [Belgie] a spol. hodnotili nemocné s ICHS při práci Holterovým přístrojem, který umožňuje trvalou registraci tepové frekvence a posunů ST z EKG.

Metoda se zdá být příliš nákladná a navíc hodnocení úseku ST není zcela spolehlivé.

V druhé sekci se probíraly kardiovaskulární choroby ke vztahu k pracovnímu zatížení a prostředí.

M. Kornitzer [Belgie] přednesl některé výsledky multifaktoriální preventivní studie v průmyslu. Vyšetřil 8187 mužů ve věku 40 — 59 let. Z toho 14 % vykonávalo těžkou a 26 % lehkou práci. Nalezl negativní vztah mezi náročností práce a cholesterolemíí.

J. Richard [Francie] studoval výskyt ischemické choroby srdeční u 7484 mužů z Paříže. Na základě 6 a 1/2-letého sledování zjistil, že frekvence onemocnění byla přibližně stejná v různých sociálních a profesionálních skupinách. Naproti tomu úmrtnost na ICHS byla významně nižší u méně náročných povolání.

J. M. Mallion [Francie] se spolupracovníky ukázali, že u mladých zdravotních sester (průměrný věk 25 let), které pracují na tři směny na reanimační jednotce, se hodnoty tepové frekvence ani krevního tlaku významněji nemění při službě ve dne a v noci. Hodnoty krevního tlaku systolického a diastolického se však mírně zvyšují ke konci každé pracovní směny.

S. Degre [Belgie] zjistil, že trvalý hluk 80 až 110 dB neovlivňuje při zátěžovém testu hemodynamické hodnoty ani spotřebu kyslíku.

J. Fabián rozebral vztahy mezi výsledky zátěžových testů u nemocných za 6 měsíců po infarktu myokardu nebo po přímé revascularizaci myokardu a prospektivním pracovním zařazením těchto nemocných. U nemocných, kteří se zapojili do pracovního procesu ať již v kterékoliv z pracovních kategorií, nalézali ve směs příznivější laboratorní ukazatele fyzické výkonnosti, než u těch, kteří práci nenastoupili.

Ve třetí sekci která se hlavně týkala návrhu pracovní zátěže pro nemocné se srdečními chorobami, bylo několik zajímavých přednášek. K nim patřilo především sdělení H. Roskamma [Německá spolková republika], který uvedl obecná pravidla, jimiž se řídí návrat do práce. Patří sem motivace nemocného, ekonomická situace (např. nezaměstnanost), doporučení praktického lékaře, který se často „jistí“, a doporučení kardiologa. Od kardiologa se očekává, že na základě komplexního

posouzení symptomů, rozsahu a závažnosti poškození srdce (EKG, angiografické nálezy) a jeho funkčních důsledků včetně arytmií nejzodpovědněji zhodnotí zdravotní stav a prognózu včetně rizika nebo smrti. Uvedl dále, že u těžké tělesné práce záleží především na funkčním stavu myokardu [např. horníci] zatím co u osob s převažující psychickou zátěží [např. piloti letadel nebo řidiči autobusů], záleží především na stavu věnčitých tepen.

Sledováním 578 nemocných mladších než čtyřicet let, z nichž většina byla vyšetřena koronarograficky, zjistil, že frekvence náhlé smrti stoupá s počtem uzavřených koronárních tepen a s výskytem poruch kontrakce levé komory. Třetina nemocných se vrátila do své původní práce, 22 % má lehčí práci než dříve, 16 % je v důchodu a 7 % je nezaměstnaných. V penzi je více převážně fyzicky pracujících než převážně psychicky pracujících nemocných.

Podle A. Brioleta [Francie] záleží zaměstnání nemocných s ischemickou chorobou srdeční na jejich funkční kapacitě na možném riziku komplikací, na motivaci, na dřívějším charakteru práce a na tom, jaká je možnost nového zaměstnání, vyžaduje-li to zdravotní stav. Nízká funkční kapacita se obvykle projeví anginózní bolestí při práci menší než 90 W a tempové frekvenci nižší než 130/min. Tito nemocní také mávají deprese ST větší než 2 mV. Je ovšem rozdíl mezi rutinním pracovním testem a denní aktivitou. Normální osoby mohou pracovat 8 hodin při 25 — 40 % VO_2 max. Největším problémem jsou nemocní s Prinzmetalovou angínou. Jako kuriozitu citoval 24-letého nemocného, který 8 let po infarktu vylezl na Mont-blanc.

Kozłowski [Polsko] rozebral hodnocení a možnosti pracovní zátěže u hypertoniků a u nemocných s ICHS. Doporučuje, aby hypertonici nevykonávali statickou práci a aby pracovní zátěž nepřesáhla 30 % VO_2 max. Zjistil také, že ke konci pracovní směny stoupá postupně hypertonikům krevní tlak. Ve svém oddělení nerozlišoval hypertoniky stádia 1. a 2. U nemocných s ICHS měřil zátěžový tep při práci a v klidu. Nenašel však nápadný rozdíl.

G. P. Sanna [Itálie] a spo. registrovali u 85 nemocných s infarktem EKG dlouhodobě na Holterově přístroji. Nejprve při

pobytu v nemocnici a v druhém týdnu infarktu; jak za měsíc po propuštění a konečně při návratu do práce. V této době stoupl počet poruch rytmu.

B. Caru [Itálie] sledoval 31 osob WPW se syndromem s typem A i typem B. Nenašel u nich zvláštní problémy při pracovním zatížení. V diskusi se upozorňovalo na tvrzení Durerovo, že u těchto lidí je vyšší riziko náhlé smrti. Většina účastníků však soudila, že riziko náhlé smrti není velké. Pokud jsou asymptomatictí, mohou provádět jakoukoliv činnost. U těch, kteří mají příznaky, je indikováno intrakardiální EKG vyšetření Hisova svazku. Fejfar navrhl, aby Evropská kardiologická společnost zorganizovala v několika zemích perspektivní prognostickou studii zaměřenou na tyto otázky.

M. Rulli [Itálie] se pokusil o posouzení prognózy u 99 tisíc mužů ve věku 40 — 59 let, rozdělených do tří skupin podle stupně fyzické pracovní zátěže a podle závažnosti pracovní zodpovědnosti. Úmrtnost na ICHS za 5 let byla větší u osob se sedavým zaměstnáním a mírnou fyzickou zátěží, než u těžce pracujících. U osob s vysokou pracovní zodpovědností bylo vyšší riziko úmrtí na ICHS.

R. Carré [Francie] probral některé kardiologické problémy v leteckém průmyslu. Po zachování integrity organismu a kardiiovaskulárního ústrojí je nejdůležitější vyrovnat se s akcelerací při startu a při přistání. Dalšími významnými faktory je náhlý pokles barometrického tlaku a hypoxie. Pro kardiologa je obtížné zjistit, kdy začíná abnormalita. Provádějí asi 15 000 zátěžových testů za rok a při pochybném EKG nálezů koronografií. U dvou ze tří osob je angiografický nález abnormální. Uvedl dále, že v posledních deseti letech klesl počet kuřáků leteckého personálu z 65 % na 35 %. Odborová organizace požádala, aby se také zakázalo kouřit v pilotových kabině.

V sekci věnované problémům lékařsko-právním I. Vuori [Finsko] rozebral okolnosti náhlé smrti u 836 mužů s ICHS. Smrt nastala při práci v pracovní době u 27,4 % a při tělesné práci v mimopracovní době u 38,4 %. Za ostatních situací v 34 %. Ve volném čase nastala smrt nejčastěji při chůzi, méně často při jiných aktivitách. Vzácně to bylo při běhu a při lyžování nebo při náhlém psychickém stressu. Rozbor literatury ukázal, že

riziko náhlé smrti při řízení automobilů nebo letadla je velmi malé.

B. Nicolas (Francie) ve své přednášce zdůraznil, že rozhodující slovo pro pracovní zařazení, schopnost nebo neschopnost vykonávat zaměstnání, má ve Francii odborník pro pracovní lékařství. Je samozřejmě nutná spolupráce mezi ním a kardiologem.

Ukázalo se (J. Faure, Francie), že 60 % náhlých úmrtí v pracovní době je způsobeno kardiální poruchou. Když taková náhlá smrt vznikne a prokáže se jejich vztah k práci, považuje se za pracovní úraz, i když postižený trpěl srdeční chorobou.

V závěrečném slově v rozboru ankety „kdy je infarkt myokardu pracovní úraz“, Fejfar poukázal na to, že situace u nás i v některých jiných zemích je odlišná (viz KARDIO 77, č. 2 a 3).

Zasedání bylo velmi užitečné. Bylo to

první jednání na úrovni Evropské kardiologické společnosti o kardiovaskulárních chorobách ve vztahu k práci. Medicínské otázky se zdají být stejné. Rozdílná je ovšem složka sociální a ekonomická, která záleží na společensko-ekonomickém zřízení té které země. Na zasedání bylo pozváno malé množství mezinárodně známých a vynikajících odborníků. Tím více vyniklo, jak málo víme o tom, jak se adaptuje cirkulace při osmihodinové pracovní zátěži. Pořád ještě na pracovní výkonnost usuzujeme hlavně z krátkodobých pracovních testů, prováděných za laboratorních podmínek. Metodicky jen zřídka měříme dlouhodobé základní jednoduché hemodynamické parametry jako je puls, tlak a EKG. Pokud budou přednesená sdělení otištěna alespoň v souhrnech, bude to dobrý podnět pro hlubší práci v této oblasti.

Z. Fejfar, J. Fabián, Praha

ZPRÁVA Z I. PRACOVNÍ KONFERENCE ERGOTERAPIE

V červnu 1978 byla při České rehabilitační společnosti založena komise ergoterapie, která si dala pro začátek tyto úkoly:

1. Utvoření členské základny
2. Výměnu informací
3. Pomoc při zřizování nových pracovišť ergoterapie
4. Působení na vzdělávání rehabilitačních pracovníků v ergoterapii
5. Uspořádání pracovní konference

1. pracovní konference se konala ve dnech 20. a 21. března 1979 v Ostravě pod záštitou odboru zdravotnictví Severomoravského KNV, ředitelství Krajského ústavu národního zdraví v Ostravě a Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. Ostrava, jako místo konání konference, nebyla zvolena náhodně. Na území Severomoravského kraje je nejvíce rehabilitačních oddělení se zavedeným úsekem léčby prací — ergoterapie.

První den probíhalo jednání v konferenčním sále hotelu Atom. Po projevech hostů přednesla úvodní referát MUDr. E. Volfová, prim. rehabilitačního oddělení KÚNZ v Ostravě. Zabývala se historií i perspektivou ergoterapie. Vyzvedla pokrokové snahy prof. Jedličky v pražském ústavu pro zmrzačené děti, kde byly děti

připravovány do života také různými pracovními činnostmi. I dnes se ukazuje nutnost využití pracovních činností v rámci komplexní rehabilitační péče.

MUDr. V. Kříž věnoval svůj referát problematice ergoterapie v traumatologii a ortopedii. Dotkl se i některých koncepčně filosofických otázek rehabilitace vůbec. Zdůraznil nutnost spolupráce rehabilitačních oddělení s posudkovými komisemi sociálního zabezpečení NV. Funkční nález by měl být rozhodující pro posouzení pacientovy pracovní schopnosti. Léčebná rehabilitace je jedinou oblastí medicíny která fyziologickým způsobem, prostřednictvím léčby prací, zajišťuje přechod práce schopného člověka do plné nebo alespoň maximálně možné pracovní schopnosti. Zajímavý byl názor na léčebnou výchovu k soběstačnosti, která představuje důležitý úsek léčebné rehabilitace, ne pouze léčby prací. Důvody, proč v praxi není zavedená cílená léčba prací, jsou částečně respektovatelné. Léčebná výchova k soběstačnosti by měla být bezpodmínečně nutnou metodou každého rehabilitačního oddělení a její neprovádění je neomluvitelné.

Doc. Pfeiffer věnoval svůj příspěvek otázkám využití a možnosti ergoterapie v neurologii dospělých a v geriatrii. Rov-

něž on zdůraznil význam nácvičku denních činností, při kterých je někdy potřebné včas a správně využít kompenzačních pomůček. S pomůčkami má být pacient seznámen již během rehabilitačního procesu, aby se staly nedílnou součástí a potřebou, nikoliv obtíží pro pacienta.

MUDr. I. Hadraba referoval o ergoterapii především u vrozených a získaných vad u dětí, o nácvičku různých činností pomocí kompenzačních pomůček a o výcviku s protetikou pomůčkou.

O ergoterapii u dětských neurologických pacientů, především u dětí s DMO, velice názorně a poutavě mluvil prim. MUDr. Z. Novotný. Význam hračky, léčby hrou bohatě ilustroval na velkém počtu diapozitivů. Ukázal, jakým způsobem lze děti naučit základním činnostem jako je oblékání, jídlo apod., které jim pomohou ke správné společenské integraci.

S problematikou ergoterapie v psychiatrii seznámil účastníky konference MUDr. V. Mikula. Práce u psychiatrických pacientů má být společensky užitečná, čímž se podporuje pocit sebevědomí a užitečnosti. V další části sdělil praktické zkušenosti s prováděním léčby prací i pracovní terapie v Psychiatrické léčebně v Kroměříži.

Odpoledne prvního dne bylo věnováno exkurzím na pracoviště léčby prací v ostravských zdravotnických zařízeních. Účastníci měli možnost srovnat pracoviště různě velká i různě bohatě vybavená. Snad se stali inspirací pro vznik dalších pracovišť pro léčbu prací.

Druhý den jednání probíhal v Rehabilitačním ústavu v Hrabyni, kde účastníky uvítal ředitel MUDr. J. Stříbrný a krátce je seznámil s historií tohoto zařízení. S. Klusůňová, vedoucí sestra, na konkrétních příkladech a údajích uvedla, s jakými problémy začínali, především na úseku léčby prací. V současné době pracuje na léčbě prací 5 rehabilitačních pracovníků, dříve vedou instruktoři s různým vzděláním kvalifikací. Tři z nich jsou těžce tělesně postižení, ale byly jim vytvořeny optimální pracovní podmínky, takže výsledky jejich práce jsou velmi dobré. Plánují zde zavést poradenskou službu pro tělesně těžce postižené, ve které se budou zabývat adaptací pomůček i prostředí pro tyto pacienty.

Možností využití léčby prací v areálu zdravotnického zařízení nastínil autoři MUDr. Kříž, Křížová z Rehabilitačního ú-

stavu v Kladruzech. Viditelný efekt takových prací (budování, údržba sadových úprav, hřišť, ústavních cest) může zlepšit i postavení rehabilitačního oddělení ve zdravotnických zařízeních působením jak na zdravotnickou, tak na hospodářskou část personálu. Takové činnosti jsou náročnější na plánování i organizaci práce, ale jejich přínos je nesporný.

S. Pěkná sdělila své bohaté praktické zkušenosti s cílenou léčbou prací využitím tkalcovských technik. Kineziologický rozbor jednotlivých pracovních postupů, možnosti adaptace pracovních nástrojů, byly zde názorně provedeny v souladu s požadavky správného dozování, prevenci únavy i aktivního odpočinku.

Další příspěvek autorek Pěkné a Selingerové ukázal možnosti spolupráce úseku léčby prací se sociálním oddělením tak, jak se to provádí v Rehabilitačním ústavu v Kladruzech.

S. Štěpařová souhrnně přednesla výsledky léčby prací u 250ti pacientů s Collesovou zlomeninou na rehabilitačním oddělení III. chirurgické kliniky FN v Brně. Zajímavě vyřešili měření síly svalové, především úchopu, vzhledem k pracovnímu zatěžování.

Další dva referáty úzce spolu souvisely. S. Špičková seznámila přítomné s výukou léčby prací na Střední zdravotnické škole v Ostravě. Zdůraznila, že celá praktická výuka rehabilitačních pracovníků v léčbě prací závisí na iniciativě učitele a porozumění žáků. Platné osnovy nesplňují požadavek pro výchovu rehabilitačních pracovníků dostatečně vzdělaných pro potřeby léčby prací. S. Navrátilová z Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně uvedla, že vzhledem k tomuto faktu nahrazuje pomaturitní specializační studium v léčbě prací ve značné míře studium základní.

Další část jednání byla věnována problematice léčby prací v psychiatrii. O nutnosti navázat správný kontakt s novým pacientem mluvila s. Malá. Sdělení praktických zkušeností z dalších pracovišť přednesly s. Hlinická, Příkrylová a další. Týkaly se aktivačních postupů u schizofreniků na psychiatrii atd. Pracovní terapii v širším pojetí byl věnován příspěvek prof. Kukala z Dobřan. O současných formách práce u dětských psychiatrických pacientů hovořili pracovníci z Psychiatrické léčebny v Opařanech.

Závěr druhého dne jednání patřil prohlídce Rehabilitačního ústavu v Hrabyni. K pojmem léčba prací a ergoterapie, které se prolínaly během celého jednání konference — léčba prací jako léčebná metoda, je u nás pojmem známým, často však přijímaným pacienty ne zcela pozitivně. Nový termín — ergoterapie — zahrnuje všechny činnosti dříve uvá-

děné v léčbě prací a mnohé další, nové. V praxi půjde především o to, zda se tato léčebná metoda (ať již léčba prací či ergoterapie) stane nedílnou součástí komplexní rehabilitační péče tak, jak jsou k tomu dány předpoklady koncepcí i potřebami socialistického zdravotnictví.

L. Navrátilová, Brno

USNESENÍ

1. PRACOVNÍ KONFERENCE KOMISE ERGOTERAPIE ČRS

V dnech 20. a 21. března 1979 se uskutečnila první pracovní konference ergoterapie ČRS v Ostravě, která přijala toto usnesení:

1. Ergoterapie je nedílnou součástí léčebné rehabilitace a je jí proto nutno věnovat stejnou pozornost jako ostatním metodám.
2. V co nejkratší době zřídít ve stávajících rehabilitačních pracovištích — včetně lázeňských odděleních ergoterapie a při nově zakládaných pracovištích již toto oddělení jako nedílnou součást plánovat.
3. Pověřit komisi, aby vypracovala co nejdříve návrh základního vybavení ergoterapeutického oddělení různých typů zdravotnických zařízení.
4. V ergoterapii je třeba řady speciálních pomůcek, které jsou zatím u nás nedostupné, a proto doporučujeme, aby tato zařízení, pokud se vyrábějí v zahraničí, byla zařazena do dovozu.
5. Nejdůležitější problém je nedořešená otázka vzdělávání rehabilitačních pracovníků v ergoterapii. Doporučujeme, aby výuka ergoterapie na SZŠ — odbor Rp byla prohloubena a stala se rovnoprávným maturitním zkušebním předmětem. V této souvislosti uvážit změnu obsahu přijímací a talentové zkoušky, která je příliš zaměřena na fyzickou zdatnost a nepřihlíží k manuální zručnosti, která je pro ergoterapii velmi užitečná. Upozorňujeme příslušné orgány na kritickou situaci v ubývajícím počtu rehabilitačních pracovníků, jejichž platové zařazení je tak nízké při jejich kvalifikaci, že nacházejí v mnoha jiných pracovních oborech mnohem lepší platové podmínky. Nezávisle na tom je nutné podstatně zvýšit počty absolventů SZŠ — obor Rp, které nestačí krýt ani současnou potřebu minimálně personálně vybavených rehabilitačních pracovišť. Současné řešení přeškolením zdrav. sester není ekonomické.
6. Pověřit komisi, aby připravila 2. pracovní konferenci s tématem „Léčebná výchova k soběstačnosti“ v Praze a Kladrubech v roce 1981.

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, připravuje na školní rok 1979/80 tyto školní akce:

Kursy:

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 2. rok studia

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia.

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 19. 5. — 1. 6. 1980

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, 1. rok studia.

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1979

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 7. 4. — 24. 4. 1980

Obtížnější úseky naplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací, 2. rok studia, celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia

Místo konání: Kladruby u Vlašimi

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 10. 9. — 22. 9. 1979

Náplň: Obtížnější úseky naplně pomaturitního specializačního studia

Tematický kurs v Kabatově technice — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zdravotnických zařízení a lázeňských organizací, kteří ve své práci používají uvedenou techniku a mají nejméně 3 roky praxe.

Místo konání: Praha

Doba trvání: 3 týdny

Termín: 8. 10. — 26. 10 1979

Náplň: Zvládnutí teoretických znalostí a praktických dovedností v neurostimulační facilitační technice.

Tematický kurs v rehabilitaci ruky, celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, přednostně pro ty, kteří absolvovali školící místo v letech 1973 — 1978 v uvedené problematice.

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 24. 9. — 7. 10. 1979

Náplň: Sjednocení metodik léčebné rehabilitace při poraněních, popáleních a plastických operacích ruky.

Tematický kurs o nových poznatcích v léčebné rehabilitaci

Určení: Pro vedoucí lékaře rehabilitačních oddělení a jejich vedoucí rehabilitační pracovníky, kteří neabsolvovali kurs v letech 1978 — 1979

Místo konání: Praha

Doba trvání: 2 týdny

Termín: bude určen dodatečně

Náplň: Sjednocení moderních diagnostických a terapeutických postupů v léčebné rehabilitaci.

*Poznámka: Kurs je společnou akcí kabine-
tu léčebné rehabilitace ILF v Praze a ka-
tedry rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP
v Brně pro lékaře a rehabilitační pracov-
níky z jednoho pracoviště.*

Tematický kurs v léčebné rehabilitaci nemocných s vertebrogenními poruchami

Určení: Pro lékaře rehabilitačních oddělení, kteří prošli základním školením zaměřeným na vertebrogenní poruchy a jejich rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují a kteří neabsolvovali kurs v letech 1978, 1979.

Místo konání: Praha

Doba trvání: 2 týdny

Termín: druhá polovina ledna

Náplň: Sjednocení léčebné rehabilitačních postupů u nemocných s vertebrogenními poruchami.

*Poznámka: Kurs je společnou akcí kabi-
netu léčebné rehabilitace ILF v Praze a
katedry rehabilitačních pracovníků ÚDV
SZP v Brně pro lékaře a rehabilitační
pracovníky z jednoho pracoviště.*

Školící místa

Školící místo v léčbě prací — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do pomaturitního specializačního studia v úseku léčba prací k 1. 9. 1978 a pro jiné odborné pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují.

Místo konání: Kladruby u Vlašimi, pracoviště: Rehabilitační ústav

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 15. 10. — 26. 10. 1979

29. 10. — 9. 11. 1979

12. 11. — 23. 11. 1979

26. 11. — 7. 12. 1979

14. 1. — 25. 1. 1980

11. 2. — 22. 2. 1980

28. 1. — 8. 2. 1980

11. 2. — 22. 2. 1980

25. 2. — 7. 3. 1980

Náplň: Individuální práce s nemocným, praktická aplikace získaných teoretických poznatků a zkušeností.

Školící místo v rehabilitaci gynekologických onemocnění — celostátní

- Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice
Místo konání: Brno, pracoviště: KUNZ, I. ženská klinika Fakultní nemocnice s poliklinikou, nám. Sovětských hrdinů 1
Doba trvání: 1 týden
Termín: 8. 10. — 12. 10. 1979
22. 10. — 26. 10. 1979
5. 11. — 9. 11. 1979
19. 11. — 23. 11. 1979
3. 12. — 7. 12. 1979
4. 2. — 8. 2. 1980
- Náplň: Metodické postupy v léčebné tělesné výchově v předoperační péči, v intenzivní pooperační péči a problematice některých gynekologických onemocnění.
- Školící místo v léčebné rehabilitaci dětského věku — celostátní
- Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice
Místo konání: Praha
Doba trvání: 2 týdny
Termín: 1. 10. — 12. 10. 1979
15. 10. — 26. 10. 1979
5. 11. — 16. 11. 1979
3. 3. — 14. 3. 1980
17. 3. — 28. 3. 1980
- Náplň: Metodiky léčebné rehabilitace dětského věku odpovídající růstovým a vývojovým obdobím na úsecích interních, neurologických a chirurgických onemocnění.
- Školící místo v používání přenosných stimulatorů — celostátní
- Určení: Pro rehabilitační pracovníky rehabilitačních oddělení nemocnic v poliklinice, kteří pracují s neuromuskulárními stimulatory
Místo konání: Praha, pracoviště: neurologická klinika, fakulta všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, Kateřinská 30
Doba trvání: 1 týden
- Termín: 10. 9. — 14. 9. 1979
1. 10. — 5. 10. 1979
22. 10. — 26. 10. 1979
12. 11. — 16. 11. 1979
3. 12. — 7. 12. 1979
- Náplň: Možnosti využití neuromuskulárního stimulatoru ke stimulaci, nácviku chůze, elektrogymnastice
- Školící místo v léčebné rehabilitaci nemocných s diabetem
- Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v uvedené problematice
Místo konání: Plzeň: pracoviště: Rehabilitační oddělení KÚNZ, Marxova 13
Doba trvání: 2 týdny
Termín: 27. 8. — 7. 9. 1979
1. 10. — 12. 10. 1979
5. 11. — 16. 11. 1979
3. 12. — 14. 12. 1979
22. 1. — 1. 2. 1980
3. 3. — 14. 3. 1980
31. 3. — 11. 4. 1980
5. 5. — 16. 5. 1980
- Náplň: Problematika fyzické zátěže u nemocných s diabetem, praktické provádění léčebné tělesné výchovy především v ambulantní složce
- Školící místo v základech psychoterapie
- Určení: Pro rehabilitační pracovníky zdravotnických zařízení všech typů kteří ve své práci využívají psychoterapeutických metod.
Místo konání: Kroměříž, pracoviště: psvchiatrická léčebna
Doba trvání: 3 týdny
Termín: 8. 10. — 26. 10. 1979
5. 11. — 23. 11. 1979
3. 3. — 21. 3. 1980
- Náplň: Základní metody psychoterapie s aplikací na určený okruh nemocných v praxi rehabilitačního pracovníka.

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se uskutečnily ve dnech 27. 3. a 28. 3. 1979 závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova. Dvouleté náročné studium v tomto úseku práce ukončilo a specializaci získalo 7 rehabilitačních pracovníků:

Hanausková Zdenka — OÚNZ Praha 1

Kožišková Dagmar — OÚNZ Praha 10
Melicharová Daniela — PN Praha 10
Novotná Ivana — OÚNZ Rokycany
Pijanovská Jarmila — Vojenská nemocnice Olomouc
Plachá Milada — OÚNZ Pelhřimov
Smejkalová Ludmila — KÚNZ Brno

B. Chlubnová, Brno

23. až 26. apríla 1979 sa konali na Ka-
tedre rehabilitačných pracovníkov Ústavu
pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravot-
níckych pracovníkov v Bratislave závereč-
né skúšky pomaturitného špecializačného
štúdia na úseku práce liečebná te-
lesná výchova. Záverečnú skúšku
absolvovali:

Lýdia Czelingerová, ÚNZ, MB, rehab. odd.
NsP Bezručova,
Bratislava
Drahomíra Erdšová, NsP Galanta
Jana Gécová, OÚNZ Trnava
Eva Gočová, OÚNZ Topoľčany

Mária Chalúpková, ÚNZ MB, ÚP Mýtna
Bratislava
Eva Kobetičová, VÚHB Bratislava
Ľudmila Kufaková, Čsl. štátne kúpele
Rajecké Teplice,
liečebňa Nimnica
Viera Nemčovičová, OÚNZ Poprad
Marta Poláková, Štátne sanatórium Bra-
tislava
Ľudmila Slepíčková, Čsl. štátne kúpele
Rajecké Teplice
Olga Ďuriníková-Škachová, SZŠ Bratislava

M. Bartovicová, Bratislava

OBSAH ROČNÍKA XII/79

EDITORIAL

<i>Palát, M.</i> : Kardiovaskulárny program a rehabilitace	1
<i>Palát, M.</i> : Medzinárodný rok detí a súčasná rehabilitácia	65
<i>Palát, M.</i> : Časový faktor v rehabilitácii	129
<i>Palát, M.</i> : Léčba prací v systému rehabilitační medicíny	193

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

<i>Jouza, P., Bartsch, D.</i> : Rehabilitace disfunkcí čelistních kloubů metodou dle Schultheho a naše zkušenosti s ní	131
<i>Kříž, V.</i> : Způsoby uplatnění léčby prací v rehabilitaci	195
<i>Kříž, V.</i> : K začlenění léčby prací do celospolečenského systému rehabilitace	203
<i>Palát, M.</i> : Možnosti a hranice evaluácie v procese liečebnej rehabilitácie v kardiológii	147
<i>Příbyl, R., Molčan, J.</i> : Vytváranie životného štýlu a psychiatrická rehabilitácia	67
<i>Tesařová, A.</i> : Hodnocení dynamiky lidského těla	3

METODICKÉ PRÍSPEVKY

<i>Gašparíková, N.</i> : Liečebná telesná výchova pri imobilizačnom syndróme u ge- riatrických pacientov	153
<i>Kříž, V.</i> : Význam tělesné výchovy a sportu u paraplegiků	97
<i>Kříž, V., Křížová, M.</i> : Možnosti využití léčby prací venku — v areáli zdravot- nického zařízení	211
<i>Lachová, M., Lániková, V.</i> : Psychoterapia a možnosti cielenej aplikácie muziko- terapie v rehabilitačnom programe	167
<i>Marková, J., Macourková, M.</i> : Naše zkušenosti s obrnou lícního nervu II. část	79
<i>Marčíková, H.</i> : Metodika nácviku Kabatovy facilitační techniky	13
<i>Mikulajová, M.</i> : Pracovná motivácia ako faktor sociálnej rehabilitácie a pracov- ného znovuzaradenia schizofrenikov	159
<i>Pjeiffer, J.</i> : Standardizace rehabilitačního vyšetření	71
<i>Pěkná, J.</i> : Organizační podklady pro provoz úseku ergoterapie	217
<i>Pěkná, J., Selingrová, H.</i> : Zkušenosti s funkčním ohodnocením pacientů pro potřeby sociální služby	225
<i>Suchá, H.</i> : Vliv časné pooperační intenzivní rehabilitační péče na výskyt trombo- embolických komplikací	39

- Škodáček, P., Dobrucká, E., Domáň, J.: Zmeny kroku pri koxartróze po kompletnej kúpeľnej liečbe
- Ždichynec, B., Poláček, I., Holzerová, O., Kobza, R., Rechmani, B. A.: Porovnaní zmien na záťažovom elektrokardiogramu pri bicyklovej ergometrii a Masterově „Two-step“ testu a pri standardizovanom izometrickom testu u starších osob

AKTUALITY

- Navrátilová, L.: Další vzdělávání rehabilitačních pracovníků v léčbě prací

SÚBORNÉ REFERÁTY

- Palát, M., Kišoň, Š.: Súčasná problematika hyperlipoproteinémie
- Tichý, A.: Metoda hodnotení výsledků léčby nemocných trpících koxartrózou

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

- Kubín, Z.: Dr. Jaroslav Suchan — padesátiletý
- Palát, M.: MUDr. Bohumil Chrást, CSc. — šedesátiletý

RECENZIE KNÍH

- 12, 38, 42, 51, 52, 53, 54—59, 78, 88, 96, 109, 110, 111—122, 145, 146, 151, 152, 166, 172, 183, 184, 186, 187, 188, 216, 223, 224, 233—245

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

- 60, 61, 62, 123, 125, 126, 189, 190, 246, 247, 250, 254

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

- 63, 128, 191, 252, 254