

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Štěpánka Eretová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**PODPORA SOBĚSTAČNOSTI U KLIENTŮ
S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Iva Melicharová

PLZEŇ 2012

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpánka ERETOVÁ**
Osobní číslo: **Z09B0105P**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Ergoterapie**
Název tématu: **Podpora soběstačnosti u klientů s roztroušenou sklerózou**
Zadávací katedra: **Katedra fyzioterapie a ergoterapie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- 1. Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- 2. Stanovit cíl kvalifikační práce
- 3. Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- 4. Popsat metodiku praktické části
- 5. Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- 6. Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- 7. Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- HAVRDOVÁ, E. a kol. Je roztroušená skleróza Váš problém? - průvodce pro lidi s RS, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují. Praha: Edice Roska 1999, 156 s.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. Ergoterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-5583-7
- MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J. Patologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2004, 348+24 stran obrázkové přílohy ISBN 80-247-0785-3
- SILBERNAGL, S., LANG, F., z něm. orig. přeložili Trojan, S., Trávníčková, E., Langmeier, M. a kol. Atlas patofyziologie člověka. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2001, 404 s. ISBN 80-7169-968-3
- FERENČÍK, M., ROVENSKÝ, J., SHOENFELD, Y., MAŤHA, V., ze sloven. orig. přeložila Pokorná, K. Imunitní systém-informace pro každého. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2005, 236 s. ISBN 80-247-1196-6
- HERNDON, Robert M. Multiple sclerosis: immunology, pathology, and pathophysiology. New York : Demos, 2003, 239 s. ISBN 1-888799-62-5

Vedoucí bakalářské práce:

Bc. Iva Melicharová

Katedra fyzioterapie a ergoterapie

Datum zadání bakalářské práce:

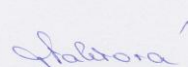
23. září 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2012


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan

L.S.


Mgr. Monika Valešová
vedoucí katedry

dne

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Ivě Melicharové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Eretová Štěpánka

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Podpora soběstačnosti u klientů s roztroušenou sklerózou

Vedoucí práce: Bc. Iva Melicharová

Počet stran: 76

Počet příloh: 13

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: roztroušená skleróza, ergoterapie, všední denní činnosti, léčebná výchova k soběstačnosti, kompenzační pomůcky

Souhrn:

Bakalářská práce „ Podpora soběstačnosti u klientů s roztroušenou sklerózou“ seznamuje se základními poznatky o roztroušené skleróze a možnostech ergoterapie u klientů s RS. Teoretická část obsahuje historii, etiologii, průběh, klinický obraz, vyšetření a typy průběhu nemoci. V samostatné kapitole pojednává o ergoterapii, ergoterapeutickém vyšetření, léčebné výchově k soběstačnosti a možnostech kompenzačních pomůcek u klientů s RS. Praktická část obsahuje čtyři případové studie, které se zaměřují na podporu soběstačnosti klientů. Studie poukazují na problémové oblasti klientů a jejich ovlivnění především s využitím ergoterapie.

Annotation

Surname and name: Eretová Štěpánka

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Self-Care Support for Clients with Multiple Sclerosis

Consultant: Bc. Iva Melicharová

Number of pages: 76

Number of appendices: 13

Number of references used: 28

Keywords: Multiple Sclerosis, Occupational Therapy, Activities of Daily Living, Therapeutic Self-Care Education, Assistive Aids

Summary:

The Bachelor's thesis "Self-Care Support for Clients with Multiple Sclerosis" is dealing with the basic knowledge on multiple sclerosis and possibilities of occupational therapy for clients with multiple sclerosis. The theoretical part contains the history, etiology, course, clinical picture, examination and types of the course of the disease. In a separate chapter it deals with the occupational therapy, ergotherapeutic examination, therapeutic self-care education and possibilities of assistive aids for clients with multiple sclerosis. The practical part contains four case studies which are focused on the support of clients' self-care. The studies point out the clients' problem areas and their influence by means of the occupational therapy.

Obsah

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Roztroušená skleróza	14
1.2 Průběh a prognóza	15
1.3 Klinický obraz RS.....	16
1.3.1 Poruchy zraku	16
1.3.2 Poruchy citlivosti	17
1.3.3 Poruchy motoriky	17
1.3.4 Mozečkové poruchy.....	17
1.3.5 Sfinkterové poruchy.....	18
1.3.6 Sexuální poruchy	18
1.3.7 Deprese a poruchy kognitivních funkcí	18
1.3.8 Paroxysmální symptomy.....	18
1.3.10 Bolest	19
1.4 Vyšetření.....	19
1.5 Typy průběhu nemoci	20
1.5.1 Relaps remitentní (RR) forma.....	20
1.5.2 Sekundárně progresivní (též chronicko-progresivní) forma.....	20
1.5.3 Primárně progresivní forma	20
1.5.4 Relabující progresivní forma	21
1.6 Organizace	21
1.7 RS a těhotenství	21
1.8 RS a sport.....	21
2 Terapie	22
2.1 Farmakoterapie	22
2.2 Rehabilitace	22
2.2.1 Neurorehabilitace.....	22
2.2.2 Fyzioterapie	23
2.2.3 Ergoterapie.....	24
2.2.4 Neuropsychologie	24
2.3 Doplnková terapie.....	24
3 Ergoterapie u roztroušené sklerózy.....	25
3.1 Úvod do ergoterapie.....	25
3.1.1 Definice ergoterapie.....	25
3.1.2 Cíle ergoterapie.....	26

3.2 Ergoterapeutické vyšetření	26
3.2.1 Hodnocení běžných denních činností	26
3.2.2 Funkční hodnocení.....	27
3.2.2.1 Senzomotorické funkce.....	27
3.2.2.2 Kognitivní funkce	27
3.2.3 Hodnocení prostředí.....	28
3.2.4 Specifické vyšetření a škály u RS.....	28
3.3 Ergodiagnostika	28
3.3.1 Pracovní rehabilitace.....	30
3.4 Individuální a skupinová terapie.....	30
3.5 Léčebná výchova k soběstačnosti	31
3.5.1 Ergoterapeutická intervence zaměřená na nácvik ADL a IADL	31
3.5.1.1 Všední denní činnosti.....	32
3.5.2 Koncept manželů Bobathových	34
3.5.3 Kompenzační pomůcky	35
3.5.3.1 Pomůcky k lokomoci	35
3.5.3.2 Pomůcky k sebeobsluze	35
3.5.3.2.1 Hygiena.....	36
3.5.3.2.2 Sebesycení	36
3.5.3.2.3 Oblékání.....	36
3.5.3.2.4 Ostatní pomůcky	36
3.5.4 Bezbariérové úpravy prostředí.....	36
3.5.4.1 Úpravy pro bezbariérovost bytu	37
3.6 Kondiční ergoterapie.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 Formulace problému	40
4.1 Cíl práce.....	40
4.2 Hypotézy	40
4.2.1 Hypotéza 1	40
4.2.2 Hypotéza 2	41
4.2.3 Hypotéza 3	41
4.3 Charakteristika sledovaného souboru	41
4.4 Kazuistika 1.....	41
4.5 Kazuistika 2	48
4.6 Kazuistika 3.....	55
4.7 Kazuistika 4.....	61
4.8 Diskuze k hypotéze č. 1	69

4.9 Diskuze k hypotéze č. 2	69
4.10 Diskuze k hypotéze č. 3	70
Závěr	72
Seznam použité literatury	73
Seznam příloh	75
5. Přílohy.....	76

Seznam zkratek

AA - alergická anamnéza

ADL - Activities of Daily Living - všední denní činnosti

CNS - centrální nervový systém

COTEC - Council of Occupational therapists for the European Countries

DEP - dlouhodobý ergoterapeutický plán

Dg. - diagnóza

DK - dolní končetina

FH - francouzské hole

HK - horní končetina

IADL - instrumentální všední denní činnosti

JM - jemná motorika

KEP - krátkodobý ergoterapeutický plán

KP - kompenzační pomůcky

LHK - levá horní končetina

LVS - léčebná výchova k soběstačnosti

MS - Multiple sclerosis

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation

NS - nervový systém

OA - osobní anamnéza

PA - pracovní anamnéza

PHK - pravá horní končetina

PNS - periferní nervový systém

RA - rodinná anamnéza

RR - relaps remitentní

RS - roztroušená skleróza

SA - sociální anamnéza

TH - terapeutická hmota

TJ - terapeutická jednotka

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Záznamy z terapií u klienta č. 1

Tabulka č. 2 - Vyhodnocení výsledků z testů u klienta č. 1

Tabulka č. 3 - Záznamy z terapií u klienta č. 2

Tabulka č. 4 - Vyhodnocení výsledků z testů u klienta č. 2

Tabulka č. 5 - Záznamy z terapií u klienta č. 3

Tabulka č. 6 - Vyhodnocení výsledků z testů u klienta č. 3

Tabulka č. 7 - Záznamy z terapií u klienta č. 4

Tabulka č. 8 - Vyhodnocení výsledků z testů u klienta č. 4

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala krátce po té, co jsem se setkala na své praxi s mladou ženou, která onemocněla roztroušenou sklerózou. Chtěla jsem se takto dozvědět více informací o nemoci a o možnostech, které může ergoterapie lidem s RS přinést. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na ergoterapii, která má za úkol podpořit a co nejvíce zlepšit soběstačnost klienta.

Než jsem se začala zabývat více lidmi s RS přišlo mi toto onemocnění poměrně vzácné. Bohužel to byl můj velký omyl. Zjistila jsem, že RS je v našich zeměpisných šířkách poměrně časté onemocnění a lidí s touto chorobou neustále narůstá. V České republice se odhaduje, že tuto nemoc má přibližně 10 000 - 13 000 lidí. Ve světě je to pak kolem 2 500 000 nemocných. Nemoc nejčastěji postihuje lidi od 20 do 40 let. Na RS dosud nebyl vynalezen lék, který by nemoc zcela vyléčil. Proto má zde velký význam rehabilitace zejména pak neurorehabilitace, která by měla být multidisciplinární. Důležitá je tak souhra lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, sociální pracovníce a dalších členů.

Odbornou lékařskou péčí se klientům dostává v MS centrech. Neurorehabilitační péčí se zabývá obecně prospěšná společnost CEROS, která rozpracovává a rozšiřuje koncepci rehabilitační léčby nemocných s RS, vybudováním hierarchizovaného systému pracovišť zajišťujících rehabilitační léčbu nemocným s roztroušenou sklerózou a dále osvětovými, vzdělávacími a vědeckými aktivitami. Organizace ROSKA je tradiční sdružení, které sdružuje a pomáhá lidem s RS. Má jednotlivé pobočky v krajích, které zajišťují sociální, sociálně - právní, psychologickou a další pomoc.

Při práci s klienty jsem zaznamenala, že většina z nich se s ergoterapií ještě vůbec nesešla. Domnívám se tedy, že ergoterapie u této diagnózy není stále důsledně zařazená v rámci multidisciplinárního týmu. Doufám, že tato práce ukáže nepostradatelnost ergoterapie při zkvalitňování života u klientů s RS.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Roztroušená skleróza

„Roztroušená skleróza (RS), hlavní představitel skupiny demyelinizačních onemocnění, je autoimunitní onemocnění CNS, vedoucí ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích a postupně k difuzní ztrátě axonů.“ (1, s. 378)

„Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění CNS, v jehož patogenezi se uplatňují autoimunitní mechanismy a při němž dochází jednak k poškození myelinu, jednak k poškození axonů. Ztráta axonů je odpovědná za trvalou invaliditu u RS.“ (2, s. 12)

Přestože je RS chronické oslabující onemocnění a může mít za následek značné zdravotní potíže, nemusí být výrazně snižena délka života. (3)

Pod těmito definicemi si, ale můžeme představit celé spektrum neurologických poruch. Ty se dále rozdělují na typ průběhu nemoci a jeho formu.

1.1 Historie, etiologie onemocnění

U roztroušené sklerózy není zcela známo, jak dlouho již existuje, ale jisté zmínky o ní sahají již do roku 1293, kdy se spisy zmiňují o tom, že vikinská žena Halla trpěla zlou nemocí, při které přechodně oslepla a měla poruchu řeči. Až roku 1860 byl pod mikroskopem objeven myelin a roztroušená skleróza byla popsána jako zvláštní nemoc.

Roztroušená skleróza byla část zaměňována se syfilidem a roku 1868 vydal francouzský lékař J. M. Charcot odborný popis, který byl velmi podrobně popisoval novou chorobu roztroušenou sklerózu. (4)

Příčina roztroušené sklerózy stále není úplně známa, vyskytují se však jisté faktory, které známé jsou. Mezi ně například patří, že roztroušená skleróza se vyskytuje na určitém genetickém podkladě, při kterém je potřeba více genů, ke kterým se musí přidat ještě další faktory prostředí. Také se ví, že roztroušená skleróza je rozšířená v mírném pásu, a že větší riziko vzniku nemoci mají kuřáci, ženy po porodu, lidé s nedostatkem vitamínu D a ti, kteří v dětství jedli průmyslově vyráběné uzeniny. (5)

V bílé hmotě se demyelinizují neurity, a proto se nervové impulsy zpomalují nebo úplně vytrácejí. Těmto demyelinizovaným místům se pak říká sklerotické plaky.

„Onemocnění je charakterizováno mnohočetnými zánětlivými infiltráty v CNS, především v bílé hmotě. V těchto infiltrátech nalézáme aktivované T lymfocyty

a makrofágy, méně B lymfocyty. V akutních ložiscích je přítomna lokalizovaná porucha hematoencefalické bariéry.“ (2, s. 13)

„Aktivované T lymfocyty (produkující protizánětlivé cytosiny = cytokiny jsou bílkovinné molekuly, které slouží imunitním buňkám jako prostředek komunikace s ostatními buňkami), makrofágy a další imunokompetentní buňky prostupují přes hematoencefalickou bariéru a v mozku atakují a destruuji myelin. Myelin v CNS je tvořen oligodendrocyty, v PNS Schwannovými buňkami. Hlavní bílkovinná kompenenta, bazický protein, je imunologicky specifická pro CNS a PNS, ačkoli ostatní bílkovinné komponenty jsou pro celý NS společné. K demyelinizaci dochází proto jen v centrálním myelinu, vznikají vícečetná, nepravidelně rozložená ložiska, která nazýváme plaky. Dochází k chronickému zánětu a destrukci myelinové pochvy v bílé hmotě mozku a míchy. Míra zachování oligodendroglie rozhoduje o možnosti aspoň částečné reparace - demyelinizace. Později dochází i ke ztrátě axonů, kdy již žádná obnova funkce není možná.“ (6, s. 256)

1.2 Průběh a prognóza

„Relaps - také nazývaný podráždění, ataka nebo zápal - je období, kdy se lidé s RS setkají s novým symptomem, nebo se starý symptom objeví znova s plnou nebo částečnou úzdavou. Aby šlo o pravý relaps, musí trvat nejméně 24 hodin a musí být od předchozího oddělen nejméně 30 dny. Většina relapsů trvá od několika dní až po několik týdnů nebo měsíců“ (7)

První ataka nemusí mít často hlavní příčinu, ale nejčastěji se objevuje po infekčním onemocnění, u žen po porodu, po psychickém a fyzickém stresu, po poranění či chirurgickém zákroku atd. Poté následuje období remise a další ataka v průměru nastává za 2 roky, ale může nastat i mnohem rychleji anebo až za několik let či se nemusí objevit už vůbec. O ataku se naopak nejedná při horečnatých onemocnění a celkovém přehřátí organismu např. v sauně nebo při horké koupeli, při tomto stavu se mohou objevit neurologické příznaky (Uhthofův fenomén), které ale vymizí po ochlazení organismu a odpočinku.

Průběh nemoci je individuální a nedá se přesně určitě prognóza. Ví se, že průběh nemoci může mít benigní nebo maligní. Většinou je onemocnění v polovině obou. K závěru, že se jedná o benigní RS, se dochází až retrospektivně, pokud onemocnění nezkrátilo pacientovi život a nezpůsobilo trvalou invaliditu, a proto se tento termín

přestal užívat. Maligní forma RS byla dříve označována jako Marburgova RS. Velmi špatně reaguje na standardní léčbu RS a je charakterizována velmi rychlým nárůstem postižení a smrtí během několika prvních měsíců až roka po objevení prvních příznaků. Maligní typ RS je naštěstí vzácný a jedná se o typ relaxující - progredující RS.

Prognóza závisí hlavně na formě RS, pohlaví, věku, rase, průvodních symptomech a stupni invalidity. Prognóza bývá příznivější, pokud se jedná o ženu nižšího věku s relaps remitentní formou RS, která měla z počátku zrakové symptomy a měla v prvním roce choroby minimum atak a remisí. To je také předpokladem pro benigní průběh. (7)

1.3 Klinický obraz RS

„Akutní vznik neurologických příznaků je dán demyelinizací centrálních drah, tedy kondukčním blokem, který způsobí výpadek funkce. O typu klinických příznaků rozhoduje místo CNS, kde se vytvořil zánětlivý infiltrát (tam, kde je pohromadě více důležitých drah, objeví se polysymptomatická ataka, v oblasti kolem komor se nemusí klinická symptomatologie projevit vůbec nebo velmi nespecificky). Jedním z nejčastějších počátečních příznaků je optická neuritida (zamlžené vidění, bolest při pohybu bulbu, výpadky zorného pole, porucha barevného vidění) nebo poruchy citlivosti (hypestezie, parestezie, hyperestézie bez typické periferní distribuce). Poruchy citlivosti jsou často bagatelizovány nebo přičteny poruchám krční či bederní páteře, a to i u mladých jedinců bez poruchy dynamiky páteře. Vzhledem k tomu, jak je důležitá včasná diagnostika, je nutno na tento problém upozornit. Závažnější příznaky jsou centrální poruchy hybnosti, které jsou provázeny spastickou, vyššími reflexy a přítomností pyramidových iritačních jevů. Během průběhu choroby se různě kombinují a vedou k závažné hybné invaliditě.“ (2, s. 17-18)

1.3.1 Poruchy zraku

V důsledku roztroušené sklerózy často vznikají problémy se zrakem. Často se objevuje jako počáteční příznak RS zamlžené vidění, bolest při pohybu bulbu, výpadek zorného pole či porucha barevného vidění. V průběhu onemocnění mohou vymizet anebo se nově objevit v důsledku onemocnění. Tyto problémy jsou dobře léčitelné a neměli by se zanedbat, i když dojde k samovolnému vymizení problému. Časem by

mohlo dojít až k nenávratnému poškození zrakových nervů. Mezi nejčastější poruchy patří optická neuritida, diplopie, hemianopie a další. (8)

1.3.2 Poruchy citlivosti

Stejně jako poruchy zraku patří i poruchy citlivosti mezi jedny z nejčastějších počátečních příznaků roztroušené sklerózy. Hypestezie, parestezie, hyperestezie, dysestezie se objevují na jakékoliv části těla. Porušené bývá i hluboké a vibrační cití. (9)

1.3.3 Poruchy motoriky

„ Poruchy motoriky jsou centrální spastické monoparézy, spastická paraparéza DK bývá z cervikální oblasti. Výraznou spasticitu provázejí kontraktury, atrofie z nečinnosti a bolestivé noční spasmy. Postižení HK je spíše pozdní. Dráhy pro DK mají delší průběh a jsou proto snáze zranitelné. Hemiparéza je u RS méně častá.“ (10, s. 268)

„Někdy se porucha hybnosti projeví až po delší zátěži končetiny, např. po delší chůzi, a může spočívat jen v pocitu tíže a tuhosti v této končetině. Zároveň může pacient vnímat zvýšené úsilí, které musí vynakládat na ohýbání končetiny.“(9, s. 37)

1.3.4 Mozečkové poruchy

„ Mozečkové poruchy jsou poměrně časté, různé intenzity, kolísají od lehké ataxie jedné končetiny až po těžkou ataxii chůze a poruchu rovnováhy, na které se může podílet i spinální ataxie.“ (6, s. 257)

„ Téměř vždy se objevují příznaky mozečkové, spojené s intenčním tremorem, který před cílem má až kymákový charakter. Mozečková bývá i řeč, která je pro roztroušenou sklerózu charakteristická (skandovaná řeč). Typická je i mozečková chůze s ataktickými pohyby při každém kroku. Současná porucha mozečku i pyramidových drah pak různou měrou uplatňuje vliv na svalový tonus, kde se může projevat jako spasticita, tak hypotonie. (11, s. 263)

„Spasticita je definována jako porucha svalového tonu (hypertonie) způsobená zvýšením tonických napínacích reflexů (stretch reflex), které jsou závislé na rychlosti pasivního protažení svalu. Toto zvýšení tonických napínacích reflexů je přímým

důsledkem abnormálního zpracování („processing“) propioceptivních impulsů vedených propioceptivními vlákny třídy Ia a Ib.“ (12, s. 83)

1.3.5 Sfinkterové poruchy

Prvním příznakem u RS bývá retence jen výjimečně. Ovšem až 80% pacientů má v průběhu onemocnění sfinkterové obtíže. Tyto obtíže mohou mít různý charakter a mohou se i různě kombinovat. Mezi ně patří retence, imperativní močení, urgence a inkontinence. Méně časně jsou problémy se stolicí. Nejčastěji se jedná o zácpu, ke které dochází kvůli poruše v drahách nervově zásobujících střev a také kvůli snížené pohyblivosti pacientů. (9)

1.3.6 Sexuální poruchy

Mezi první příznak RS u mladých mužů může být i erektilní dysfunkce. U žen se pak nejčastěji objevuje již během onemocnění snížené zvlhčení vagíny, nízká citlivost genitálií, křeče pochvy během sexuálního styku a potíže s dosažením orgasmu. Všechny tyto problémy však nemusí být zaviněny jen neurologicky, ale i psychicky.(13)

1.3.7 Deprese a poruchy kognitivních funkcí

„Depresi trpí až 50% pacientů s RS, a to bez souvislosti s tíží jejich postižení. Někdy nejde o vlastní depresi, ale o zvýšenou úzkost, podrážděnost. Pacient trpící úzkostí nebo depresí nemůže dobře spolupracovat při léčbě, zvláště při rehabilitaci.“ (9, s. 86)

„ Poruchy v oblasti duševního výkonu (kognitivní poruchy) a paměti, nejsou-i způsobeny depresí, se ovlivňují hůře. Trénink je jednou z nejpodstatnějších věcí. Proto každému člověku s RS neprospěje, musí-li opustit zaměstnání. Kontakty s lidmi, komunikace, vstřebávání nových údajů a jejich zpracování je trénink, který mozek potřebuje, aby spoje mezi nervovými buňkami nezanikaly. (9, s. 87)

1.3.8 Paroxysmální symptomy

S paroxysmálními symptomy se setká během své choroby kolem 20 % pacientů. Jedná se o krátkodobé symptomy, které trvají přibližně 30s až 2 min. Mohou se projevovat tonickými záchvaty, dystonií na HK, paroxysmální dysartrie, paroxysmální ataxie, neuralgie trigeminu, ale i epileptickým záchvatem. (2, 8, 14)

1.3.9 Únava

„ Únava jako stěžejní subjektivní příznak doprovází RS asi v 85 procentech. Neurofyziologické podklady silového a energetického úbytku jsou nervosvalové a metabolické: trvalý hypertonus myofibril, „přemostěná“ paréza, svalová disharmonie, synaptická exhausce, vynucená poloha, nerovnoměrná zátěž, stereotypní režim. Především dekondice, vliv delší inaktivity, ventilační mínus z oslabení dýchacích svalů, omezený krevní oběh, nedostatek vazoaktivních látek, nevyužitelnost energetických rezerv, anaerobní práce svalů s katabolickou nadprodukcí kyseliny mléčné a s prohloubením kyslíkového dluhu, chronický vliv zánětu a provozu jeho mediátorů. Ze zevních faktorů únavu zhoršuje působení tepla, horka, dusná a málo větraná místnost; známá je ochablost po opulentnějším jídle a po některých lécích (svalová relaxancia, cytostatika, interferony, sedativa, ostatně řada léků ji na svých příbalových letáčích nevynechává). Přidružují se pocity neobratnosti, necitlivosti, nepřesnosti, obavy z výsledku, zodpovědná je i deprese, nespavost, selhání zraku, nekoordinace pohybů. Stává se jedním z hlavních důvodů nezaměstnanosti u RS.“(4, s. 24)

1.3.10 Bolest

„Podobně jako únava vykazuje i bolestivé vnímání a tolerance u osob s RS svůj individuální práh. Práh bolesti se rekrutuje z více prvků, roli sehrávají vlohy genetické, povahové, návykové, výchovné, psychologické atd. Nepředstavuje nejhorší ani neodstranitelnou vlastnost choroby, nicméně může vážně stresovat a sehrávat negativní úlohu v reflektorických vazbách, vyvolávat a zvětšovat svalové spasmy, které bolestivou složku fixují. K samým začátkům RS se bolest přidružuje asi v 5 procentech.“ (4, s. 25)

1.4 Vyšetření

Pro roztroušenou sklerózu neexistuje jednoznačné vyšetření, které by tuto diagnózu potvrdilo nebo vyvrátilo. Lékaři se proto opírají o několik vyšetření najednou, která i přesto nejsou stoprocentní. Diagnostikování RS nakonec zůstává v rukou lékaře, který průběžně sleduje jednotlivé pacientovy symptomy. Takto by to mělo ideálně vypadat, ale i v dnešní době bývají některé prvotní příznaky podceňovány například při paresteziích, paraparézy DK, optické neuritidě či při výskytu neuralgie trigeminu nenásledují další vyšetření pro vyloučení diagnózy RS. (2)

Mezi základní vyšetření pro RS patří počítačová tomografie, magnetická rezonance a lumbální punkce. Dalšími pomocnými vyšetřeními jsou evokované potenciály hlavně zrakové a somatosenzorické potenciály, oftalmologické a imunologické vyšetření.

1.5 Typy průběhu nemoci

1.5.1 Relaps remitentní (RR) forma

Tato forma RS je jasně definovaná stadiem relapsů a remisí. Relaps může trvat od 1 do 6 týdnů. Může vyžadovat akutní péči v nemocnici. Není zde žádná progresse mezi relapsy. (16)

U 85 % pacientů začíná onemocnění vznikem ataky. Období atak trvá přibližně 5-15let. Nepříznivý vývoj RR RS je pravděpodobnější u mužů vyššího věku, kterým se v prvních pěti letech onemocnění vyskytlo více relapsů a rychlejší fyzické zhoršení.(2)

„ Některé ataky mohou zanechat následky v podobě patologického neurologického nálezu nebo invalidity, některé se upraví zcela, většinou však během postupu nemoci ubývá schopnosti reparovat následky ad integrum. Zánětlivá aktivita na MRI bývá v relaps-remitentním období choroby nejvyšší.“ (2, s. 22)

1.5.2 Sekundárně progresivní (též chronicko-progresivní) forma

Pokud se jako prvotní příznaky objevují poruchy zraku nebo citlivosti bývá častější průběh z RR RS s dlouhým obdobím k sekundární progresy. Sekundárně progresivní forma RS je pokračováním RR RS většinou po dvaceti letech od začátku onemocnění. Tento přechod je dán vyčerpáním CNS a tím každé další poškození vytváří trvalé následky. Nemusí se ovšem objevit u všech nebo se může objevit i dříve např. muži se s touto fází setkávají o 5 let dříve než ženy. V této fázi je již onemocnění méně zánětlivé s méně akutními záněty a objevuje se postupná a nezvratná progresse onemocnění. Kurtzkeho škálou by bylo možno většinu pacientů zařadit do stupnice 4-5.

1.5.3 Primárně progresivní forma

Počátek této formy RS je spojen se spastickou paraparézou DK a objevuje se častěji u mužů. Typické pro tuto formu je nepřítomnost atak, ale pozvolné zhoršení schopnosti chůze. Často postihuje míchu a je častější v pozdějším věku. Tento typ nemoci se vyskytuje asi v 10 % případů osob s RS. (7,16)

1.5.4 Relabující progresivní forma

Charakteristické pro tento typ je zanechání defektů v CNS po každé atace a progresse mezi atakami, která vede k těžké invalidizaci během několika let. Také mezi atakami dochází k neustálé progresi onemocnění. Naštěstí je tato forma jen u méně procent pacientů. (2)

1.6 Organizace

Ve Spojených státech vznikla roku 1946 první organizace pacientů s roztroušenou sklerózou (National Multiple Sclerosis Society). V Evropě se roku 1967 sdružilo osmnáct národních organizací v Mezinárodní federaci roztroušené sklerózy (MSIF). Za Českou republiku je členskou MS společností od roku 1995 Unie Roska. Unie Roska vznikla roku 1992 a zaštiťuje regionální spolky, které vznikaly v Československu od roku 1983. (4)

Mezi další organizace sdružující pacienty s roztroušenou sklerózou je Sdružení mladých sklerotiků (SMS), obecně prospěšná společnost CEROS, Nadační fond Impuls, Svaz postižených civilizačními chorobami a další.

1.7 RS a těhotenství

Těhotenství ženám s RS není zakazováno, jak tomu dřív bývalo, ale je nutné dodržení některých pravidel. Mezi tyto pravidla patří: dokonalé rodinné zázemí ženy, plánované těhotenství (není důvod v nemožnosti užívání antikoncepce), stabilizovaná fáze nemoci, omezení délky kojení a další. (8)

1.8 RS a sport

Pravidelný pohyb je pro osoby s RS nesmírně důležitý. Pokud je stabilizovaný zdravotní stav doporučuje se pohyb střední intenzity (tzv. aerobní trénink). Vhodná je například jízda na rotopedu, veslařském trenažéru, rychlejší chůze, plavání, běh apod. Velmi záleží také na klinických projevech onemocnění, předchozích sportovních zkušenostech a zvolení vhodné intenzity zátěže. (4)

2 Terapie

Příčina nemoci stále není známá, ale jsou známy některé její mechanismy jejího vývoje. To ovšem není důvod proč tyto pacienty dlouhodobě neléčit. Nemoc se nedá úplně odstranit, ale je možné jí vhodnými způsoby ovlivňovat. Cílem je hlavně zahájit léčbu v době, kdy zánět ještě nestihl poškodit nervová vlákna. Dále se lékaři snaží o včasnou léčbu akutní ataky, o omezení aktivity nemoci a o léčbu obtěžujících příznaků. (9)

2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie u roztroušené sklerózy by se dala rozdělit do šesti skupin - léčba akutní ataky, léčba dlouhodobá k ovlivnění průběhu nemoci, léčba chronické progresy, léčba experimentální, léčba ve stádiu klinických pokusů a léčba symptomatická. Při léčbě RS je důležité léčit každou ataku, která je nejčastěji léčena metylprednisolonem. U léčby dlouhodobé se léky rozdělují na léky první volby, léky druhé volby, léky třetí volby a léky používané k ovlivnění průběhu remitentního stadia RS. Při symptomatické léčbě se léky nejčastěji ovlivňuje spasticita, sfinkterové a sexuální obtíže, únava, deprese, třes, parestezie a bolestivé příznaky. Farmakologická léčba u roztroušené sklerózy je velmi individuální a s řadou vedlejších účinků. Další informace o farmakoterapie u RS mi pro ergoterapie nepřipadá důležité zde uvádět. (8)

2.2 Rehabilitace

Důležitou součástí při ovlivnění průběhu nemoci je rehabilitace. Rehabilitace se zaměřuje hlavně na zlepšení nebo obnovu porušených funkcí. Každá rehabilitace musí být individuální a podle reakce pacienta dále upravována. Při rehabilitaci se musí přihlížet k průběhu a stádiu choroby, míře a charakteru poškození hybného systému.

2.2.1 Neurorehabilitace

Kvalita života lidí s roztroušenou sklerózou v mnohém závisí na neurologické rehabilitaci. Neurorehabilitace využívá principů celistvosti, včasnosti a dlouhodobosti, týmové práce, interdisciplinarity a multidisciplinarity a principu přijetí občanů se zdravotním postižením společností. Včasná neurorehabilitace využívá schopnosti regenerace a zbývající mozkové plasticity. (14)

„K dosažení optimální kvality života je nutno použít tyto základní prostředky včasné neurorehabilitace: fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, neuropsychologie, muzikoterapie, arteterapie a činnost sociálního pracovníka.“ (14, s. 25)

„Terapie na neurofyziologickém podkladě využívá k ovlivnění příznaků a průběhu onemocnění fyziologické procesy, které musí pacient pochopit, prožít a převzít do běžného života. Tato terapie vychází z poznatků o sensorickém učení a adaptaci a využívá při fyzioterapii u RS následující prvky:

- motorické obratné učení, tj. vědomé řízení pohybu, opakování pohybu za účelem zlepšení jeho kvality, optimalizace provedení pohybu, optimalizace časování svalové aktivace ap.;
- adaptivní motorické učení, tj. modifikace motorického výstupu na základě sensorických výstupů;
- podmíněné asociativní motorické učení, tj. využití vztahu mezi podnětem a motorickým výstupem k podmiňování odpovědi;
- neasociativní motorické učení, tj. využití habitace a senzitivace na opakované podněty, kdy se kombinují facilitační techniky tak, aby bylo dosaženo optimální funkce. (1, s. 380)

Vhodná je kombinace stimulačních technik s inhibičními, kde volí prvky z Vojtovy reflexní lokomoce, konceptu Bobathových, sensorické stimulace či proprioceptivní neuromuskulární facilitace. Zejména se u pacientů s RS osvědčuje Vojtova metoda.(1)

2.2.2 Fyzioterapie

Fyzioterapie je při roztroušené skleróze důležitou součástí rehabilitace zejména v prvních stádiích nemoci, kdy se zaměřuje na aerobní trénink a udržení fyzické kondice. Ve stádiích neurologických příznaků se snaží tlumit spasticitu a bolest. Úkolem fyzioterapie je také nácvik rovnováhy a ovlivnění poruch dýchání a dekonkvice. Fyzioterapie se zabývá i technikami k ovlivnění třesu a mikce. (15)

„ V šedesátých letech 20. stol. se ve fyzioterapii neurologicky nemocných rozšířila celá řada metod (například Bobath, Brunnstrom, Fay, Kabat, Rood, Vojta, Perfetti). Tyto metody jsou v současné době používány dle uvážení terapeutů tak, aby bylo dosaženo stanoveného cíle. Již není tak důležité dodržování přesných metodologických pravidel. Je důležitá znalost a porozumění teoretických východisek

pro terapii, praktická aplikace terapeutických prvků (dovednost terapeuta) a vztah mezi terapeutem a klientem.“(15, s. 5) Fyzioterapeuti dále používají také cvičení podle Frenkela, prvky z metody Kennyové a cvičení podle Feldenkraise.

2.2.3 Ergoterapie

„Obecná definice ergoterapie, kterou nabízí COTEC , zní: „Ergoterapie je léčba osob s fyzickým a duševním onemocněním nebo disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života.“ (16, s. 17)

„Hlavním dlouhodobým cílem ergoterapie je dosáhnout pro klienta uspokojivé úrovně a rovnováhy při provádění sebeobslužných a pracovních činností a aktivit volného času, které podpoří uzdravení, zlepší pocit osobní pohody a sociální participace.“ (17, s. 17)

Více se ergoterapií zaměřenou na roztroušenou sklerózu budu zabývat v následující kapitole.

2.2.4 Neuropsychologie

„Nemocné s RS provázejí i kognitivní poruchy (poruchy paměti, pozornosti, plánování, organizace, orientace v prostoru, komunikace). U malého procenta dokonce mohou negativně zasáhnout do vykonávání běžných denních aktivit, ale i pro plánování a aktivní účast na rehabilitační léčbě. V těchto případech je potřeba přizpůsobit styl komunikace, zvolit jiné strategie učení a léčebné metody.“ (15, s. 47)

2.3 Doplnková terapie

Mezi další terapie, které mají pozitivní vliv na průběh roztroušené sklerózy, se řadí hipoterapie, kryoterapie, aromaterapie, balneoterapie, hydroterapie, fototerapie a apiterapie. Vhodné je také dodržování určitých dietních režimů a zařazení pravidelné pohybové aktivity jako je například jóga nebo tai chi. Dále se mezi doplňkové terapie u roztroušené sklerózy řadí i léčba marihuanovými terapeutiky, homeopatie, chiropraxe, osteopatie, hyperbaroxie, akupunktura, akupresura a další. Důležité je ovšem vědět, že roztroušená skleróza je nepředvídatelná a kolísavá, a proto je vhodné se před různými terapiemi dobře poradit s odborníkem.

3 Ergoterapie u roztroušené sklerózy

3.1 Úvod do ergoterapie

První řádky problematiky ergoterapie u roztroušené sklerózy, bych věnovala úvodní citaci z knihy Úvod do ergoterapie od Márie Krivošíkové.

„ Ergoterapie není alternativou k tradičnímu medicínskému modelu ani „třešničkou na dortu rehabilitace“. V dnešním světě chce být rovnocennou součástí rehabilitace. Nejde jí o doktrínu, ale o pohled. Pohled na člověka spíše než na nemoc. Pohled na člověka, pro kterého může být smysluplná činnost jistou nadějí.“

Citace tak dobře vystihuje, že pro klienty, kteří onemocní zatím nevyléčitelnou roztroušenou sklerózou, může být ergoterapie vhodnou rehabilitační metodou nejen v pozdějších stádiích nemoci.

3.1.1 Definice ergoterapie

Mezi jednu z nejstarších definic ergoterapie patří slova George Bartona z roku 1914, který řekl, že „pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá“. George Barton byl také první, kdo použil název ergoterapie. Roku 1922 lékařka H. A. Pattisonová definovala ergoterapii již jako „jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat úzdravu z nemoci nebo poranění“.

První zmínky a pokusy o definování ergoterapii v české literatuře jsou od Ivana Hadraby a kolektivu z roku 1976, který ergoterapii definuje jako „jakoukoliv pro pacienta vhodně zvolenou tělesnou nebo duševní činnost, která je konána pod zdravotnickou kontrolou, která má léčebnou hodnotu, napomáhá návratu nebo náhradě ztracených funkcí, zabraňuje zhoršení a umožňuje zlepšení místního i celkového stavu pacienta“.

Stejně jako ve světě byla u nás ergoterapie v počátcích zaměřena na pacienty s duševním onemocněním. Už roku 1913 byla ergoterapie užívána prof. Rudolfem Jedličkou u dětí tělesným postižením, kde byla cílem hlavně jejich samostatnost.

Definice, které jsem uvedla, jsou v dnešní době již zastaralé nebo neúplně odpovídají dnešním cílům oboru ergoterapie. Definici ergoterapie, kterou v dnešní době prezentuje Česká asociace ergoterapeutů, zní: „ Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních

činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Navíc používá pojem zaměstnávání (occupation) místo činnosti a rozšiřuje ho na „veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které vnímá jako součást své identity.“ Hlavním cílem ergoterapie je pak „umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ (17)

3.1.2 Cíle ergoterapie

Pro cíle ergoterapie je důležitá jejich konzultace s pacientem, jak vzešlo ze zmíněných definic ergoterapie. Mezi cíle ergoterapie především patří podle Reedové a Sandersonové (1983): umožnit jedinci dosáhnout optimální funkce a adaptace v oblastech ADL, práce a produktivní činnosti, hry a volného času, zabránit vzniku poškození vždy, když je to možné a podporovat provádění činnosti.

Ke krátkodobým cílům ergoterapie se řadí hlavně terapie, která rozvíjí, udržuje, podporuje a kompenzuje dovednosti v oblasti senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální. Ergoterapie je v krátkodobých cílech také případně snaží snižovat nebo odstraňovat přítomné bariéry prostředí, které brání uskutečňování činností. Mezi hlavní dlouhodobý cíl ergoterapie pak patří maximální naplnění potřeb, cílů a preferencí klienta, které jsou podstatné pro sebeobslužné, pracovní a volnočasové činnosti.(17)

3.2 Ergoterapeutické vyšetření

Ergoterapeutických vyšetření existuje celá řada, proto se zaměřím pouze na ta vyšetření, která se používají u klientů s roztroušenou sklerózou. Ergoterapeutické vyšetření se zaměřují na hodnocení běžných denních činností, funkční hodnocení a hodnocení prostředí. Z metod využívaných v ergoterapii používáme ke sběru dat rozhovor, pozorování, standardizované testy, dotazníky, sebehodnotící škály a posuzovací škály.

3.2.1 Hodnocení běžných denních činností

Při hodnocení běžných denních činností se hodnotí základní ADL a IADL nebo domácí a komunitní ADL. K hodnocení ADL a IADL se nejvíce používají tyto testy:

Index Barthelové (BI) - viz Příloha 1, Funkční míra nezávislosti (FIM) - viz Příloha 2, Test instrumentálních všedních činností - viz Příloha 3, Index ADL podle Katze - viz Příloha 4 a PULSES Profil - viz Příloha 5.

3.2.2 Funkční hodnocení

U funkčního hodnocení v ergoterapii posuzujeme senzomotorické funkce a kognitivní funkce. (17)

3.2.2.1 Senzomotorické funkce

„Do hodnocení senzomotorických funkcí patří: vyšetření rozsahu pohybu, vyšetření svalové síly, vyšetření svalového tonu, hodnocení jemné motoriky, vyšetření čítí, vyšetření rovnováhy a hodnocení chůze.“ (17, s. 171)

U klientů s roztroušenou sklerózou se zaměřujeme hlavně na tato hodnocení: jemné motoriky, spasticity, třesu, diadochokinézy, ataxie, rovnováhy a chůze na 7,5 metrů. Při hodnocení jemné motoriky se zaměřujeme na hodnocení úchopů a manipulace s předměty, hodnocení kvality jemné motoriky a hodnocení výkonu. K hodnocení se používá Funkční test horních končetin, Funkční test ruky podle Mastného, Purdue Pegboard, Jebsenův-Taylorův test motoriky ruky, Nine Hole Peg Test, Minnessotský manuální test zručnosti a ruční nebo pružinové vigorimetry a dynamometry.

Pro hodnocení spasticky využíváme Tardieuovu škálu a Asworthovu škálu popřípadě modifikovanou Asworthovu škálu - viz Příloha 6. Pro hodnocení třesu využíváme Fahnovy-Tolosoovy klinické škály. Test se zaměřuje na testování třesu obličeje, jazyka, hlasu, hlavy, horních a dolních končetin. Dysdiadochokinéza se vyšetřuje pomocí testu dle Fahna, kdy se u klientů hodnotí tři pohyby na HK a jeden pohyb na DK. Dále se využívá hodnocení ataxie dle Alusi a hodnocení rovnováhy dle Bergera. Vyšetření chůze se u klientů s roztroušenou sklerózou zaměřuje na rychlost chůze na vzdálenost 7,5 metru dle Morrise. (15, 17, 18)

3.2.2.2 Kognitivní funkce

V ergoterapii používáme pouze pro orientační posouzení kognitivních funkcí u klientů s roztroušenou sklerózou Krátkou škálu mentálního stavu - Mini Mental State Examination (MMSE), Montrealský kognitivní test nebo Addenbrookský kognitivní test. Specializovanějším testem pro vyšetření kognitivních funkcí je Hodnocení

kognitivních funkcí pomocí sluchového sčítacího testu (Paced Auditory Serial Addition Test) dle Morrise. Test hodnotí především rychlost zpracování zvukové informace, jednoduché početní dovednosti a schopnost krátkodobé koncentrace. (15, 17)

3.2.3 Hodnocení prostředí

Při hodnocení prostředí se ergoterapeut zaměřuje převážně na domácí prostředí klienta. Domácího prostředí ergoterapeut hodnotí formou domácí návštěvy. Zaměřuje se na zhodnocení provádění ADL v přirozeném prostředí, zhodnocení bariér a rizik v domácnosti klienta. Dále se zaměřuje na exteriér a vstup do interiéru - viz Příloha 7. (17)

3.2.4 Specifické vyšetření a škály u RS

Mezi nejznámější škálu hodnotící klienty s roztroušenou sklerózou patří Kurtzkeho škála - viz Příloha 8. „Kurtzkeho stupnice postižení, známá také jako rozšířená stupnice stavu invalidity (anglicky: *Expanded Disability Status Scale, EDSS*), či také jako Kurtzkeho škála, je metoda kvantifikace zdravotního postižení u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS). Stupnice kvantifikuje postižení u sedmi funkčních systémů. Podle MUDr. Dany Horákové se jedná o zrak, motoriku, kmenové a mozečkové funkce, sfinktery (svěrače), senzitivní obtíže a orientační hodnocení kognitivního postižení a únavy.“ (19)

Kvůli pestrým symptomům se u klientů s RS používají i další specifická vyšetření a škály, které blíže popsala fyzioterapeutka Kamila Řasová v knize Fyzioterapie u neurologicky nemocných. Mezi nejpoužívanější vyšetření u roztroušené sklerózy patří vyšetření zraku, vyšetření vzpřimovacích a rovnovážných reakcí, vyšetření kolenního zámku, vyšetření kvality života a dotazník o zdravotním stavu. Dále se používá Škála sexuálního uspokojení, Škála kontroly močového měchýře, Škála kontroly vyměšování stolice a Modifikovaná škála sociální podpory. Také se používají specifické škály, které hodnotí dopad únavy, bolesti a zrakového postižení na klienta. (15)

3.3 Ergodiagnostika

„Ergodiagnostika je odborné diagnostické posouzení aktuálního (resp. zbytkového) pracovního potenciálu a psychofyzické zatížitelnosti zejména u osob v produktivním věku a v předpracovní rehabilitaci.“ (20)

Na ergodiagnostice se podílí nejčastěji rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog a další. Ergoterapeut je v multidisciplinárním týmu nedílnou součástí. K testování jedinců se používají standardizované testy, prvního nebo specializovanějšího druhého sledu. Testy se používají u osob s neurologickým onemocněním, vertebrogenním onemocněním nebo onemocněním srdce a cév.

Ergoterapeut se zaměřuje na hodnocení funkční kapacity jedince (functional capacity evaluation - FCE) a hodnocení funkce ruky v pracovním procesu. Nejčastěji se používají tyto testy 1. a 2. sledu - viz Příloha 9.

Hlavním cílem ergodiagnostiky je vybrat tu nejvhodnější pracovní činnost, která bude splňovat klientovy dovednosti, představy i přání. Ergodiagnostika má významný podíl na následném nalezení nejvhodnějšího doporučení, které může mít za výsledek návrat do zaměstnání s omezením, úpravu pracovního prostředí, rekvalifikace, pracovní rehabilitace, znovuoobnovení funkčních dovedností či nutné další poradenství a provedení ergonomické analýzy. U klientů s RS má pak velký vliv na nalezení vhodného zaměstnání přístup zaměstnavatele. (18)

„Mnozí lidé s RS opouštějí zaměstnání kvůli symptomům jako únava, funkční postižení a narušení kognitivních funkcí. To může negativně ovlivnit rodinné příjmy rovněž i sebedůvěru osob s RS. Někteří lidé s RS by mohli pokračovat v práci, pokud jim zaměstnavatelé poskytnou pomoc a změni strukturu jejich práce. Zaměstnavatelé mohou upravit a přizpůsobit pracovní prostředí osob s RS, včetně práce na částečný úvazek, přestávek navíc, práce pouze ráno, snížení pokojové teploty, změny pracovních úkolů, práce přes internet, zredukování nutnosti dopravy, poskytnutím ramp, kanceláří blízko toalet a dalšími úpravami a přizpůsobeními.“ (21)

U pacientů s RS se tak hledá funkční potenciál a dovednosti, které mají vliv na nalezení pozitivních schopností v rámci nemoci. Díky tomu pak klient získává, co nejpřesnější doporučení s minimem možných kontraindikací a omezeních. Obzvláště u těchto klientů je ergodiagnostika potřebná zejména kvůli individuálnímu průběhu nemoci. Mít vhodné zaměstnání pak přispívá ke kvalitnějšímu životu člověka s RS.

„Pro ty lidi s RS, kteří opravdu odejdou ze zaměstnání, jsou důležité náhradní aktivity, jež jim dají nějakou životní perspektivu. Například dobrovolné aktivity, kreativní umělecké činnosti, mohou se stát poradci pro lidi s RS, pracovat ve společnostech pro RS, v jejich administrativních centrech, hájit zájmy lidí s RS, dále se vzdělávat atd.“ (21)

3.3.1 Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Úřad práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace.“ (22)

Pojem pracovní rehabilitace je ošetřen ve vyhlášce č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. „Garantem zajištění pracovní rehabilitace je úřad práce ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními, orgány sociálního zabezpečení a školství, zaměstnavateli, odbornými orgány, občanskými sdruženími, církvemi, náboženskými organizacemi a obcemi.“ (18, s. 234)

Dříve se osoby s roztroušenou sklerózou stali velmi rychle uživatelé invalidního důchodu. To vedlo obzvláště v mladém věku, kdy ještě nemuselo být žádné závažné neurologické postižení, k těžko řešitelné ekonomické situaci a k frustraci. V dnešní době, pokud má člověk s RS zaměstnání, které ho uspokojuje a naplňuje, má pro něj převážně pozitivní vliv. U klientů, kterým však stávající zaměstnání přináší spíše únavu, než pozitivní pocity hrozí, že práci budou muset přestat vykonávat. Je žádané domluvit se zaměstnavatelem na častějších přestávkách, důležitých hlavně na relaxaci a pro dodržování stravovacího a pitného režimu. Případně požádat o zkrácení úvazku. (9)

3.4 Individuální a skupinová terapie

Při individuální terapii, též ergoterapii cílené na postiženou oblast, je důležitý vztah mezi ergoterapeutem a klientem. Tento terapeutický vztah je podstatný při jakékoliv terapeutické intervenci. K docílení úspěšného terapeutického vztahu a úspěchu celé terapie je důležitá komunikace s klientem. Mezi postoje či přístupy, které jsou důležité pro terapeutický vztah, patří opravdovost, respekt, vřelost, otevřenost, důvěra, empatie a profesionální chování. Při individuální terapii se snažíme, aby měl klient motivaci k pohybu. Pohyb by měl být přesný, cílený a dávkovaný. U klientů s RS se při individuální terapii snažíme o uvolňování a protahování HK, udržování rozsahu pohybu v kloubech, uvědomování si svého těla, vnímání poloh a pohybů těla, vnímání okolního prostoru a orientaci v něm, procvičování funkčního užití rukou (trénink koordinace a taxy, nácvik úchopů, trénink jemné motoriky, trénink grafomotorických dovedností a podobně). (18)

„Cílenou ergoterapii rozdělujeme podle požadovaného pohybu podobně jako léčebný tělocvik na tři oblasti: zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu.“ (23, s. 12)

Individuální terapie je při ergoterapie potřebná zejména při nácviku ADL či IADL a při nácviku používání kompenzační pomůcky.

U klientů s roztroušenou sklerózou je velmi žádoucí procvičování jemné a hrubé motoriky. Trénování jemné a hrubé motoriky při činnosti, která klienta baví, má pak dobrý vliv na delší udržení soběstačnosti v ADL. Primárním cílem u klientů s RS je tak udržení maximální nezávislosti bez kompenzace a kompenzačních pomůcek. Při skupinové terapii ergoterapeut volí nejrůznější prvky z kreativních činností, muzikoterapie, taneční terapie, reminiscenční terapie, kolektivního procvičování kognitivních funkcí a další aktivity.

3.5 Léčebná výchova k soběstačnosti

Léčebná výchova k soběstačnosti se u klientů s RS využívá převážně v pokročilém stádiu onemocnění. LVS se zaměřuje na praktický nácvik všedních denních činností, které umožňují člověku být nezávislý.

„Podle Case-Smithové et al. (1996) existuje pět způsobů intervence v oblasti ADL: omezení nebo zmírnění poruchy, kompenzační techniky, využití technických a kompenzačních pomůcek, adaptace činnosti a využití dalších osob.“ (17, s. 290) - viz Příloha 10.

3.5.1 Ergoterapeutická intervence zaměřená na nácvik ADL a IADL

Při nácviku ADL a IADL ergoterapeut využívá rámce vztahů, které se zaměřují buď na obnovu původních schopností anebo na kompenzaci poruchy. U klientů s roztroušenou sklerózou tak ve většině případů využíváme kompenzačního přístupu, který je součástí rehabilitačního přístupu též biomechanického přístupu. Nácvik ADL a IADL se uskutečňuje individuální formou zaměřenou na člověka. (17)

„Ke kompenzačnímu přístupu lze zařadit tři intervenční strategie: adaptaci aktivity nebo úkolu, adaptaci nástrojů a předmětů, využití kompenzačních pomůcek nebo modifikaci prostředí. Za účelem zachování výkonu klienta může ergoterapeut použít i kombinaci těchto metod.“ (18, s. 205)

„Včasné nebo nevhodné použití rehabilitačního přístupu může vést ke ztrátě funkce a způsobit větší závislost pacienta buď na používání kompenzačních pomůcek, nebo na asistenci okolí.“ (17, s. 114)

Ergoterapeut se zaměřuje na nácvik přesunů, oblékání, jedení, osobní hygieny, mytí, používání WC a chůze. Při nácviku je důležité dosáhnout maximální soběstačnosti, které je klient schopen. Nesmí se, ale zapomenout na pravidelné cvičení, která klienta udržují ve fyzické kondici, která je důležitá při vykonávání ADL. Mezi IADL, na které se ergoterapeut zaměřuje, patří vaření (příprava jídla, úklid po vaření), úklid domácnosti, údržba prádla a další. Velmi důležitý při nácviku ADL a IADL je i již zmíněný přístup zaměřený na člověka.

„Přístup zaměřený na člověka (nebo též praxe zaměřená na člověka) vychází z teorií humanistické psychologie Carla Rogerse, který ve vztahu terapeut-klient zdůrazňoval empatii, respekt, aktivní naslouchání a pochopení motivace klienta.“ (17, s. 93)

3.5.1.1 Všední denní činnosti

Všední denní činnosti se můžou také nazývat jako bazální, personální, základní běžné denní činnosti či sebeobslužné činnosti. Činnosti ADL vykonává člověk hlavně v domácím prostředí, proto je přínosnější nácvik ADL s ergoterapeutem u klienta doma než v uměle vytvořeném prostředí (ergoterapeutická místnost, cvičná kuchyně či koupelna). Ergoterapeut má tak možnost navrhnout u klienta doma úpravu prostředí, která umožní provádění ADL samostatně či s minimální pomocí. (17)

„Jedná se často o velmi osobní až intimní činnosti, které často souvisí s individuálními návyky osoby, vztahují se k věku, pohlaví, období dne a provádějí se v některých, obvykle pravidelných intervalech. Tyto aktivity jsou nezbytné pro udržení zdraví a jsou pro většinu z nás univerzální.“ (18, s. 150)

Běžné denní činnosti jsou hlavním cílem ergoterapeuta při dosažení soběstačnosti klienta. Ergoterapeut se při nácviku ADL zabývá příjmem jídla, při kterém je důležitá příprava, uspořádání a přenesení jídla a tekutiny z talíře nebo hrnku k ústům. Při oblékání se ergoterapeut s klientem zaměřuje na výběr oblečení, oblékání a svlékání horní a dolní poloviny těla. U koupání či sprchování se ergoterapeut soustředí na přesuny, udržení a zvládnutí změn poloh těla, na dostatečné namydlení, opláchnutí a osušení těla. Osobní hygiena je pak velmi individuální a záleží na klientových zvycích. Další velmi intimní součástí ADL je používání toalety při této činnosti se ergoterapeut

zaměřuje na manipulaci s oblečením, zvládnutí přesunů, udržení a zvládnutí změn poloh těla, očištění tělesných partií a v neposlední řadě případně i zvládnutí manipulace s cévkou či zavedení čípku. Důležitou součástí jak již z jednotlivých činností vyplývá, je i nácvik přesunů. (18)

Soběstačnost v těchto činnostech je důležitá, a proto by měla být pro klienta podle jeho možností a schopností prvořadým cílem terapie s ergoterapeutem. „Náročnost terapeutického programu ADL by měla být stupňována podle schopností pacienta, jeho výdrže a motivace.“ (17, s. 290)

3.5.1.2 Instrumentální běžné denní činnosti

Instrumentální běžné denní činnosti se mohou také nazývat jako činnosti širší soběstačnosti či rozšířené všední denní činnosti. Jak se z názvu může zdát, nejedná se pouze o činnosti, u kterých se používá nějaký nástroj. Mezi IADL se zařazují činnosti, které se uskutečňují v různém prostředí a je potřeba při jich zapojit senzomotorické, kognitivní a sociální dovednosti. Jedná se tedy o náročnější činnosti, které klient během svého života vykonával na základě motivace, osobní preference, životního stylu, rozlišují se na ženské a mužské činnosti a jsou kulturně specifické. K provedení těchto činností je důležitá nejen dobrá fyzická kondice, ale i psychické dovednosti, sociální dovednosti, dovednosti řešení problémové situace a celková interakce klienta s okolím. Mezi nejběžnější IADL řadíme, podle vzniku Hodnocení IADL podle Lowtona a Brodyho z roku 1971, praní prádla, přípravu jídla, vedení domácnosti, nakupování, používání dopravního prostředku, používání telefonu, užívání léků, a hospodaření s penězi. (17)

„Autoři Barer a Nouri (1989, in Law, Baum, Dunn, 2005) rozdělují na základě přezkoumání funkčních hodnocení instrumentální ADL do tří typů aktivit: zaměřené na dopravu/přepravu (např. použití dopravního prostředku, mobilita venku, řízení auta), týkající se domácnosti (např. praní prádla, příprava jídla, úklid domácnosti) a další aktivity orientované i na volný čas (např. péče o zahradu). (17, s. 151)

3.5.1.3 Terapeutické metody při ADL a IADL

Každý nácvik ADL a IADL musí být individuální a zaměřený hlavně na potřeby, schopnosti a omezení klienta, ale také na domácí prostředí. Ergoterapeut učí a doporučuje klientovi možné strategie pro zlepšení jeho nezávislosti. Stupeň a charakter

onemocnění je důležitým měřítkem pro stanovení cíle maximální soběstačnosti. Metody, které ergoterapeuti používají u klientů s roztroušenou sklerózou, by měli být zaměřeny hlavně na šetření energie, kompenzaci poruch a zamezení stresových situací.

Ergoterapeut klientovi s oslabenou a sníženou svalovou silou doporučuje používat lehké předměty, využívat vnější opory a kompenzačních pomůcek, používat obě ruce při činnostech, které se dělají jednou rukou a využívat vliv gravitace. Při poruchách koordinace se u klientů využívá stabilizace předmětů při jejich používání, využívání protiskluzových pomůcek, stabilizace proximálních částí těla. U klientů s poruchami zraku se využívá barevný kontrast, zlepšení osvětlení a snižovat přetížení zraku. Dále je potřeba u klientů s RS dávat pozor na sníženou nebo úplnou ztrátu citlivosti, která se pak může řešit ochranou jednotlivých částí těla před odřením, pohmožděním nebo jiným poraněním. Poruchy citlivosti ergoterapeut řeší také využíváním ostatních smyslů a rozvíjením stereotypů, které nutí klienta věnovat pozornost postiženým částem těla a tak omezují riziko poranění. (17)

3.5.2 Koncept manželů Bobathových

Bobath koncept se zaměřuje na osoby s poruchami CNS. Je to vyšetřovací a terapeutický přístup, který klade důraz na individuální potřeby pacienta a je zde propojený mezi jednotlivcem, rodinou a interdisciplinárním týmem. Je zde důležité pozorování při provádění ADL, mobility na lůžku a při přesunech. Cílem je dosáhnout normálního fyziologického pohybu a funkce. K dosažení cíle je nutné využití inhibičních technik ke snížení dominantních reflexů a patologických vzorů. Současně s pomocí facilitace zlepšit posturální kontrolu a selektivní pohyb. (17)

„Bobath terapie je 24hodinový koncept, který má za cíl následující:

- podporu motorického vývoje,
- odbourávání patologického vzoru,
- regulaci tonusu při jeho poruše,
- facilitaci fyziologického pohybu vedoucí k funkčním činnostem.

Složky cvičení jsou:

- polohování,
- handling,
- příprava,
- facilitace/inhibice.“ (24, s. 411)

3.5.3 Kompenzační pomůcky

„Kompenzační pomůcky jsou takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují disabilitu klienta při některé konkrétní činnosti (tedy např. přizpůsobené přístroje při jídle, navlékač punčoch při jejich navlékání).“ (25, s. 137)

„Kompenzační pomůcky nahrazují porušenou funkci při některé činnosti. Dělí se podle dvou kritérií:

- podle toho, jakou ADL činnost kompenzují (osobní hygiena, oblékání, příjem jídla, koupání, příprava jídla, funkční komunikace, funkční mobilita)
- podle toho, jakou funkci nahrazují (omezený rozsah pohybu, sníženou svalovou sílu, poruchu koordinace, omezenou mobilitu, poruchu kognitivních funkcí).“ (17, s. 307)

Ergoterapeuti radí klientům, jak kompenzační pomůcku používat a následně pomůcku zařazují do nácviku ADL. Nejčastěji používané kompenzační pomůcky v jednotlivých každodenních činnostech jsem uvedla v následujících odstavcích.

3.5.3.1 Pomůcky k lokomoci

Mezi nejběžnější a neznámější pomůcky k chůzi nejen u klientů s RS patří hole, vícebodové a kombinované hole, francouzské berle, pevná čtyřbodová chodítka, skládací čtyřbodová chodítka, pevná dvoukolová chodítka, skládací dvoukolová chodítka, skládací tříkolová a čtyřkolová chodítka, skládací čtyřkolová chodítka nebo čtyřkolová chodítka s vysokou oporou. – viz Příloha č. 11 Pro imobilní klienty je důležité vhodné zvolení mechanického či elektrického vozíku s antidekubitní podložkou do vozíku a dalším příslušenstvím pro vozík. Další alternativní možností je pak elektrický skútr také s bohatým příslušenstvím.

3.5.3.2 Pomůcky k sebeobsluze

Pomůcky k sebeobsluze jsou důležitým pomocníkem k znovuzískání pocitu určité samostatnosti klienta. Pomůcky jsou tak důležitým prvkem k oddálení potřebnosti asistence druhé osoby. Základní a nejpoužívanější pomůcky pro sebeobsluhu jsem rozdělila do následujících skupin.

3.5.3.2.1 Hygiena

Podle potřeb klienta volíme do koupelen s vanou závěsné nebo klasické sedačky do vany případně elektrický zvedák do vany případně celkovou změnu vany na vanu s dvířky. V případě sprchy doporučujeme různé typy sedaček a židlí do sprchy případně pojízdná či kombinovaná pojízdná křesla do sprchy. Dalšími nepostradatelnými prvky jsou protiskluzové podložky, madla do koupelen a na WC, úchyt na sprchovou hlavici, dávkovače mýdel, mycí houba s prodlouženým úchopem a další. Na WC pak můžeme použít různé nástavce, sklopná madla, přenosné podpěry či držák toaletního papíru. Případně používání klozetového křesla, která mohou být pojízdná či elegantně upravené do dřevěného křesla. - viz Příloha 12

3.5.3.2.2 Sebesycení

Mezi pomůcky pro sebesycení patří protiskluzové podložky, vyvýšený okraj na talíř případně talíř s vyvýšeným okrajem, držák horkých talířů, ergonomicky nastavitelný příbor, otvírák sklenic, elektrický otvírák konzerv, drtič a půlič prášků, hrnek s pítkem či s výřezem pro nos a další.

3.5.3.2.3 Oblékání

Mezi kompenzační pomůcky pro oblékání se řadí navlékač ponožek a punčoch, zapínač knoflíků, elastické tkaničky, švédský podavač předmětů a další. - viz Příloha 13

3.5.3.2.4 Ostatní pomůcky

Dalšími pomůckami jsou ortézy, dlahy, ergonomické držáky klíčů, ergonomický úchyt na tužky, bandáže, otočné podložky, stupínky, pojízdné elektronické zvedáky a další. Technické pomůcky dělíme na low-tech a high-tech. Mezi low-tech pomůcky patří upravené klávesnice a myši k PC, kuchyňské vybavení s aktivním dotekem a jiné. Mezi high-tech pomůcky patří hlasově aktivovaný počítač, monitorovací systém bytu aktivovaný dotekem nebo hlasem a další. (17)

3.5.4 Bezbariérové úpravy prostředí

Legislativně bezbariérové byty upravuje zákon č. 132/2011Sb. a technické parametry bytu jsou uvedeny ve vyhlášce 398/2009Sb. Mezi hlavní rizikové oblasti v bytě patří hlavní vstup do objektu, kde se byt nachází, vchod do interiéru, vstupy do

místností, podlaha, celkový prostor, koupelna, WC, ložnice a kuchyň. Častými bariérami pak jsou schody, vysoké prachy, úzké nebo těžké dveře, těžké koberce, běhouny na schodech, nedostatečné osvětlení, vysoká vana, kluzké povrchy, nízká postel, nevhodná výška pracovní desky, výška a hloubka skříněk a polic, nedostatečný prostor pro vozík případně druhou osobu a další. Řešení těchto bariér je velmi individuální a je potřebná domluva s klientem. Některé z bariér v bytě jde odstranit bez většího zásahu do struktury bytu, jiné je potřeba řešit s dalšími odborníky z oblasti stavebních bariér.

3.5.4.1 Úpravy pro bezbariérovost bytu

„Úpravami prostředí se rozumí veškeré speciálně navržené změny v prostředí, které podporují soběstačnost a bezpečné provádění potřebných denních činností. Patří mezi ně adaptační techniky nebo postupy v ergoterapii, které umožňují člověku dosáhnout stejného cíle různými způsoby. Nejběžnější typ úprav můžeme rozdělit do těchto kategorií:

- úprava způsobu provádění činností,
- změna umístění předmětu a nábytku,
- instalace speciálního zařízení a pomůcek,
- stavební úpravy a úpravy většího typu (rozšíření dveří, výměna vany za sprchový kout, instalace schodolezu, ramp). (17, s. 257)

Ergoterapeut se zabývá především adaptací prostředí, která podporuje a usnadňuje provedení činnosti. Ergoterapeut tak bere v ohledu potřeby a dovednosti klienta. Hlavními cíli při ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí je umožnění maximální nezávislosti klienta, odhalit bariéry a doporučit na jejich základě vhodné úpravy prostředí, zvolit vzhledem k bytovým podmínkám vhodné kompenzační pomůcky a naučit s nimi klienta případně člena rodiny jejich bezpečné používání. (17)

„Při hodnocení domácího prostředí se ergoterapeut zaměřuje na:

- dispoziční řešení bytu a jednotlivých místností (např. ty, velikost, stav bytu, výška stropu, přítomnost schodů, podlahovou krytinu, přístupnost jednotlivých prostor domácnosti, vstup do bytu);
- dostupnost služeb (např. typ topení, osvětlení, ventilace, kanalizace);

- vybavení domácnosti (co je přítomno v prostředí, v jakém technickém stavu, funkčnost zařízení, praktičnost a užitečnost vybavení, rozměry nábytku - lůžka, oblíbeného křesla);
- domácí spotřebiče (nástroje, vybavení, elektrické spotřebiče apod.);
- bezpečnost prostředí;
- bariéry a omezení vznikající v důsledku architektonického řešení či instalací nábytku;
- náročnost prostředí v okolí byru, dostupnost služeb, MHD apod.
- dostupné zdroje (např. finanční situace, sociální podporu, již zavedené sociální služby, popř. jejich dostupnost v místě bydliště).“ (18, s. 173)

Nejčastěji se po konzultaci s ergoterapeutem provádějí menší úpravy zejména v koupelně, na toaletě, v kuchyni, v ložnici, ale i při vstupu do bytu. Ergoterapeut v koupelnách doporučuje instalaci madel, sedaček do vany a pořízení protiskluzových podložek. Na toaletě je pak žádoucí mít také madla a zvýšené nástavce na WC. V kuchyni je doporučováno vhodné umístění spotřebičů, kuchyňského náčiní do nižších polic či úplné pořízení nové kuchyňské linky. V ložnici může být potřeba reorganizace nábytku a podle potřeb klienta pak vybavení lůžka tzv. hrazdičkou či žebříčkem, instalovat madla či postranice na lůžku případně pořízením nového lůžka. Nové lůžko by mělo být ve výšce 50cm a mělo by odpovídat potřebám klienta například elektrickým polohováním, antidekubitní matrací a podobně. V celém bytě je pak důležité zajistit bezpečný pohyb klienta. Důležité tak je odstranění vysokých prahů, zajištění elektrických kabelů, odstranění či připevnění koberců. Neméně důležité je také zajištění nočního osvětlení a bezpečného zábradlí ke schodům.

Úpravy bytu, které jsem uvedla, však nemusí všem klientům vyhovovat ani dostačovat. Potom přicházejí na řadu úpravy většího typu, při kterých je většinou potřebné podání žádosti o příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu. Žádost je důležité mít schválenou ještě před zahájením přestavby. Jak již bylo uvedeno při větších úpravách, je vhodná konzultace s odborníky v dané oblasti. Mezi úpravy většího typu můžeme zařadit rozšíření dveří, výměnu vany za bezbariérový sprchový kout, instalaci vhodného umyvadla s pákovou či bezdotykovou baterií, instalaci závěsné záchodové mísy, pořízení bezbariérové kuchyňské linky v „L“ nebo „U“ tvaru s vhodným umístěním kuchyňských spotřebičů a jejich ovládacích prvků, instalace ramp, plošin či výtahů a další potřebné úpravy k dosažení maximální samostatnosti klienta. (18)

Dalším možným řešením při nevyhovujícím bydlení může být i výměna či koupě bezbariérového bytu.

3.6 Kondiční ergoterapie

Mezi další součást možnosti ergoterapeutické intervence u klientů s roztroušenou sklerózou patří kondiční ergoterapie. Jak již název napovídá, jedná se zejména o část ergoterapie, která se zabývá terapeutickými činnostmi a technikami.

Hlavním cílem kondiční ergoterapie je odpoutání klienta od jeho nemoci a dalších nepříznivých vlivů s ní související. Dalším cílem kondiční ergoterapie je procvičování jemné a hrubé motoriky, motivace, sociální kontakt, vzbuzení emocí, udržení klienta v aktivitě a v neposlední řadě udržení dobré duševní pohody.

Pro výkon terapeutických činností a technik ergoterapeut využívá různé přírodní materiály, korálky, pedig, ubrousky, textil, dráty, těsta a další materiály. Následné využití materiálů je závislé na zájmech klienta a zkušenostech, kreativité a originalitě ergoterapeuta. Patří sem i řízené sledování TV, kolektivní četba či poslouchání hudby, společenské hry (např. šachy, dáma, karty) či sportovní činnosti (např. házení šipek, kuželky). (23)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Formulace problému

Roztroušená skleróza není zatím vyléčitelná a s tím souvisí její etiologie, která zatím také není přesně známá. Domnívám se tedy, že pokud se nalezne přesná příčina nemoci, dojde tak ke zlepšení a zkvalitnění celé léčebné péče a tak i ergoterapie.

Přestože jsou tyto představy zatím nejspíš v nedohlednu, nesmíme brát nemocným jejich naději. Musíme se snažit pomáhat jim zdolávat jejich každodenní malá vítězství.

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit problematické oblasti soběstačnosti u vybraných osob s roztroušenou sklerózou. Na základě těchto poznatků zvolit vhodné ergoterapeutické intervence, které klienty podpoří ke zlepšení jejich soběstačnosti.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o roztroušené skleróze, její etiologii, příznacích, průběhu onemocnění, léčbě a alternativní léčbě.
2. Načerpání teoretických a praktických znalostí o možnostech ergoterapie u roztroušené sklerózy, jejího využití a aplikaci daných poznatků v praxi.
3. Vybrání sledovaných klientů a uplatnění u nich vhodné testovací a vyšetřovací metody, kterou povedou k odhalení problémové oblasti.
4. Sestavení vhodných krátkodobých a dlouhodobých ergoterapeutických plánů a doporučení, které podpoří klientovu nezávislost v denním životě v rámci kazuistické studie.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

4.2 Hypotézy

Pro splnění cíle bakalářské práce jsem si stanovila tyto hypotézy:

4.2.1 Hypotéza 1

Pro zefektivnění terapeutické intervence (nácvik sebeobsluhy) je vhodné, aby ergoterapeut docházel do domácího prostředí klienta.

4.2.2 Hypotéza 2

Využitím kompenzačních a adaptačních přístupů dochází ke zlepšení soběstačnosti klienta.

4.2.3 Hypotéza 3

Klienti, kteří používají lokomoční kompenzační pomůcku, mají i bezbariérově upravený byt, který celkově zlepšuje jejich soběstačnost.

4.3 Charakteristika sledovaného souboru

Pro praktickou část bakalářské práce jsem si zvolila čtyři klienty. Sledovaný soubor se skládá ze dvou mužů a dvou žen. Průměrný věk klientů je 57,5 let. S oběma ženami jsem se poznala v rámci své souvislé praxe v organizaci Roska Praha. S jednou z klientek jsem se znala již z rekondičního pobytu od Rosky Praha, kterého jsme se v říjnu minulého roku zúčastnili. Dále jsem jednoho z mužů poznala na praxi ve FN Lochotín a následně jsem k němu docházela 1x týdně domů. Posledního z mých klientů jsem poznala přes svou kamarádku a také jsem se s ním začala přibližně jednou za 14 dní setkávat.

4.4 Kazuistika 1

1. ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: muž

Lékařská dg. hlavní: chronická - progresivní roztroušená skleróza
vedlejší: otok DKK

Věk: 60

Datum onemocnění: 1. příznak RS v roce 1997

Souhrn anamnézy:

OA: V dětství a později neměl vážnější úrazy, až v produktivním věku se začaly objevovat první příznaky RS.

RA: Ženatý, má dceru a vnouče.

SA: Bydlí s manželkou a tchýní v bezbariérovém domě se zahradou.

PA: Je vyučený strojař. V současné době pobírá plný invalidní důchod.

AA: nemá

Abusus: nemá

KP: madla, nástavec na WC, francouzské hole, mechanický vozík, elektrický vozík, toaletní křeslo

2. VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

➤ Zjištění z oblasti pADL

Oblékání/svlékání

Plně soběstačný v oblékání horní těla. Klient má problémy při oblékání a svlékání dolní poloviny těla zejména při oblékání kalhot.

Sebesycení

Plně soběstačný v sebesycení.

Hygiena

Běžná hygiena:

Plně soběstačný v úkonech běžné hygieny např. holení s použitím elektrického strojku.

Koupání:

Částečně soběstačný v koupání s kompenzací vsedě. Přesto, že je dům bezbariérový, je zde nevhodně zvolená rohová vana. Klient tak potřebuje dopomoc s DKK při přesunu do vany a z vany. Při koupání potřebuje pomoc druhé osoby kvůli nedosáhnutí na baterii. Sprchová židle může být pouze v rozšířené části rohové vany, která je daleko od baterie.

Přesuny a mobilita

Zvládá bez asistence přesuny na lůžko a židli. Potíže mu dělá zvýšená spasticita DKK. Přesuny tak trvají delší dobu. K mobilitě v bytě používá převážně mechanický vozík a v exteriéru elektrický vozík. Největší potíže mu dělá přesun na WC, kdy je nutný stoj a chůze.

Vyměšování

Je schopen ovládat svěrače. Z důvodů dlouhé doby přesunu na WC, občas dojde k neudržení stolice. K úniku moči nedochází, protože klient má vždy u sebe láhev na moč.

➤ **Zjištění z oblasti iADL**

Telefonování

Zvládá používat mobilní telefon. Samostatně číslo uloží, vyhledá a vytočí, ale trvá mu to delší dobu.

Transport

Potřebuje pomoc při překonání jednoho schodu při vstupu do domu. Potřebuje pomoc druhé osoby při přesunu do auta a z auta na vozík.

Nakupování

Nákup zajišťuje manželka.

Vaření

Zvládne si ohřát připravené jídlo.

Domácí práce

Úklid domácnosti zajišťuje manželka.

Práce kolem domu

Práci kolem domu vykonává převážně manželka.

Užívání léků

Zvládá si připravit a užívat léky.

Finance

Zvládá samostatně hospodařit s penězi.

➤ **HK**

Má dominantní LHK. V současné době je zhoršená hybnost LHK v oblasti ramene, diadochokinezy, taxy a úchopů (addukce, špetka a úchop nehtový). Klient tak převážně používá PHK.

➤ **Hodnocení vnějšího prostředí**

Bydlí v bezbariérovém rodinném domu. U vchodu do domu je jeden schod, což hodnotím jako bariéru pro vstup do domu.

➤ **Hodnocení vnitřního prostředí**

Celý dům je bezbariérově řešen. Za bariérové považuji nevhodné řešení odděleného WC s úzkými dveřmi (60cm). Dále je nevhodně zvolená rohová vana v rámci samostatného přesunu klienta. Vana tak neumožňuje umístění sedačky, ale pouze sprchové židle v rozšířené části vany. Zvýšený rám dveří při vstupu na terasu a zahradu.

➤ **Kognitivní a fatické funkce**

Nemá porušeny kognitivní funkce. U klienta jsou narušeny fatické funkce z důvodu spasticity obličejových svalů. Řeč je poměrně tichá.

➤ **Psychosociální funkce**

Tráví čas převážně doma s manželkou a tchýní. Často za ním dochází dcera s manželem a vnukem. Sociální kontakt má také s denně docházející fyzioterapeutkou. Ven vychází při dobrém počasí s využitím elektrického vozíku.

➤ **Závěr vstupního vyšetření**

Na základě vstupního vyšetření bylo zjištěno, že má klient problémy při oblékání dolní poloviny těla (krátké a dlouhé kalhoty). Obtíže mu dělají přesuny z vozíku na lůžko a WC, které trvají dlouhou dobu. Při přesunu na WC klient využívá chůze o 2FH, protože jsou dveře příliš úzké na průjezd vozíku. Při přesunu na vanu klient navíc potřebuje dopomoc druhé osoby s DKK. Klient má zhoršenou hybnost dominantní LHK v oblasti ramene, diadochokinezy, taxe a úchopů (addukce, špetka a štipec nehtový).

3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

➤ **Silné stránky klienta:**

Fyzická stránka: Soběstačný ve většině pADL.

Psychická stránka: Opora v manželce a dceři.

➤ **Slabé stránky klienta:**

Fyzická stránka: Omezován velkou spastickou DKK.

Psychická stránka: Velmi komunikativní, což někdy ruší průběh terapie.

➤ **Problémové oblasti:**

Klientovy problémové oblasti jsou hlavně přesuny z vozíku na vanu, WC a lůžko, které trvají delší dobu. Problémové je dále oblékání dolní poloviny těla zejména dlouhých kalhot a ponožek. Porušena je diadochokineza, taxe a úchopy (addukce, špetka a úchop nehtový).

➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 6 týdnů:**

- nácvik oblékání dolní poloviny těla
- nácvik přesunů vozík - lůžko, vozík - vana, vozík - WC
- zlepšení špetky a taxe při oblékání košile
- pořízení protiskluzové podložky do koupelny

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

- pokračování v KEP
- zvážení možnosti úpravy koupelny
- pořízení rampy ke vstupu do domu
- zlepšení sociálního kontaktu klienta s okolím (návštěva divadla, kina)
- doporučení rekondičních pobytů a lázní

➤ **Typ terapie, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie v domácím prostředí
- Frekvence terapie: 1 krát týdně
- Délka terapie: 1hod.

Doporučená terapie

- *nácvik přesunů vozík - lůžko*
- *nácvik přesunů vozík - vana, vozík - WC*
- *nácvik oblékání kalhot*
- *nácvik zapínání knoflíků na košili*

4. TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

➤ **Typ terapie:** individuální

➤ **Cíl TJ:** nácvik přesunů (vozík - lůžko, vozík - vana, vozík - WC), nácvik oblékání kalhot, procvičování úchopů

➤ **Náplň TJ:** práce s terapeutickou hmotou, nácvik bridgingu, zapínání zipů a knoflíků, manipulace s drobnými mincemi, snížení spasticity pomocí zklidňující somatické stimulace,

➤ **Předměty, které byly využity při terapii:** terapeutická hmota, froté ponožky, kalhoty, knoflíky, papír, skluzné prkno, francouzské hole

➤ **Referenční rámec:** biomechanický, neurovývojový, zaměřený na člověka, holistický

➤ **Přístup:** ADL, kompenzační, přístup stupňovaných aktivit

➤ **Reakce klienta:** klient byl při terapii neustále rušen svou výřečností

➤ **Silné stránky klienta:** dobrá spolupráce, rychlé pochopení činnosti

➤ **Slabé stránky klienta:** silná spasticita DKK, přílišná rušivá komunikativnost

➤ **Doporučení:** pořízení skluzného prkna ke zrychlení a zlepšení přesunu bez rizika pádu

➤ **Průběh:**

S klientem jsme terapie začínali přesunem na lůžko, který klientovi trval poměrně dlouhou dobu. Při přesunu se klient často obával pádu a k opoře ve stoji nechtěl používat ani 2 FH. Pro zkvalitnění přesunu jsme proto využili skluzné prkno. Při použití skluzného prkna se cítil jistěji a bylo mu doporučeno jeho pořízení. Vleže jsem u klienta prováděla zklidňující somatickou stimulaci pro zmírnění spasticity na DKK. Po té jsme zvolili nácvik oblékání krátkých kalhot nejprve na lůžku. Klient, ale nezvládá oblékání kalhot na posteli s nataženými DKK kvůli silné spasticitě. Nezvládne ani dotažení kalhot přes bridging nebo přes boky, proto jsme zvolili způsob oblékání kalhot vsedě na lůžku. K dotažení kalhot jsme zvolili stoj se zevní oporou o zeď. Klient tak nejprve provede přesun na vozík a následně použije jako zevní oporu zeď. Zapřením hlavy o zeď, přidržením se o poličku a zabrzděným vozíkem za sebou se klient cítí dostatečně jistý. Dojde tak ke stabilizaci DKK pomocí kolenních zámků a hlavy případně přidržením o poličku. Vzniká tak dobrá stabilita pro dotažení kalhot oběma rukama. Ponožky si klient zvládne obléci vsedě na lůžku bez pomůcky. V současné době není možné kvůli architektonickému řešení koupelny uskutečnit přesun do vany bez dopomoci. Pro vyměšování klient v současné době využívá toaletní křeslo ve svém pokoji. Pro nácvik jemné motoriky jsme využili terapeutickou hmotu. S terapeutickou hmotou jsme pracovali hlavně v primárním tvaru malé kuličky a placky. Taxi jsme procvičovali při zapínání knoflíků a třídění mincí.

5. PRŮBĚŽNÁ DOKUMENTACE

Tabulka č. 1

Záznamy z terapií

Datum	Souhrn činností
24.10.2011	vstupní ergoterapeutické vyšetření - Barthelův test základních všedních činností ADL, Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM, Test instrumentálních všedních činností - IADL (provedeno ve FN Lochotín)
31.10.2011	praktické zhodnocení ADL v domácím prostředí - zjištění problémů při oblékání dolní poloviny těla, při přesunech lůžko - vozík a vozík - vana
14.11.2011	nácvik přesunů (lůžko - vozík), nácvik oblékání kalhot a ponožek
21.11.2011	nácvik zapínání knoflíků, nácvik přesunů (vozík - vana)
12/2011 1/2012	přerušeni terapií (souvislá praxe, zkouškové období)
30.1.2012	průběžné ergoterapeutické vyšetření - zhoršení stability a chůze o FH
6.2.2012	nácvik chůze o FH pro zvýšení soběstačnosti při užívání WC
20.2.2012	nácvik přesunů pomocí skluzného prkna, nácvik oblékání dlouhých kalhot a zapínání menších knoflíků
27.2.2012	výstupní ergoterapeutické vyšetření - testování viz vstupní

Tabulka č. 2

Vyhodnocení výsledků z testů

Název testu	Vstupní hodnocení (24.10.2011)	Průběžné hodnocení (30.1.2012)	Výstupní hodnocení (27.2.2012)
<i>Barthelův test základních všedních činností - ADL</i>	65 bodů	70 bodů	70 bodů
<i>Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM</i>	108 bodů	110 bodů	110 bodů
<i>Test instrumentálních všedních činností - IADL</i>	50 bodů	50 bodů	50 bodů
<i>Test kognitivních funkcí - MMSE</i>	23 bodů	25 bodů	26 bodů

6. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA

Zhodnocení průběhu terapie

Klient v průběhu tříměsíční terapie nejvíce nacvičoval přesuny (lůžko - vozík), oblékání kalhot a oblékání košile se zaměřením na zapínání knoflíků a zipů. Klientovi bylo doporučeno sundání područky a podnožku při přesunu a používání skluzného prkna. Skluzné prkno doporučuji, aby nedocházelo k situacím, kdy klient nemůže sám bez pomoci vylézt na postel a musí počkat na pomoc druhé osoby. O těchto situacích klient často hovořil.

Při nácvičování oblékání kalhot bylo klientovi doporučeno obléknout kalhoty vsedě na vozku či lůžku. Pro dotažení kalhot byl nejvhodnější stoj s oporou o zeď a poličku.

Pro nácvičování jemné motoriky zejména špetky a taxy jsme využili přebírání a zapínání různých velikých knoflíků, zapínání zipu a práci s TH. Při těchto činnostech se klient snažil používat hlavně LHK.

U klienta došlo ke zhoršení chůze o FH a kvůli riziku pádu přesto v domě používá převážně mechanický vozík.

V koupelně byla klientovi doporučena protiskluzová podložky při výstupu z vany a i pod sprchovou židli umístěnou v rozšířené části rohové vany.

Návrhy a doporučení

Pro zlepšení přesunů bych klientovi doporučila pořízení skluzného prkna. Dále bych pokračovala v nácvičování oblékání kalhot a oblečení s knoflíky. Klientovi bych také doporučila častější vycházky ven nebo do společnosti (divadlo, kino). Dále bych doporučovala zvažování pořízení rampy pro větší samostatnost klientky při opuštění domu a zvažování úprav v koupelně. Podle stavu klienta bych doporučila účast na rekondičním pobytu či pobytu v lázních.

4.5 Kazuistika 2

1. ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: žena

Lékařská dg. hlavní: primárně-progresivní roztroušená skleróza

vedlejší: těžká osteoporóza zejména páteře a kolen, vestibulocerebelární sy,
slepota na P oko

Věk: 68

Datum onemocnění: 1. příznak RS v roce 1989 - poruchy zraku

Souhrn anamnézy:

OA: V dětství a později neměla vážnější úrazy. V produktivním věku se začaly objevovat první příznaky RS. V roce 2010 utrpěla klientka zlomeninu krčku femuru.

RA: Vdaná a má dva syny.

SA: Bydlí s manželem v bezbariérovém bytě v 1. patře. Přístup do panelákového domu je bezbariérově zajištěn rampou s asfaltovým povrchem.

PA: Pracovala v kanceláři. Nyní pobírá starobní důchod.

AA: nemá

Abusus: nemá

KP: mechanický vozík, vysoké chodítko, nízké chodítko, berle, sedátko do vany, madla, bederní pás, brýle

2. VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

➤ Zjištění z oblasti pADL

Oblékání/svlékání

Plně soběstačná v oblékání horní poloviny těla a částečně soběstačná v oblékání dolní poloviny těla. Největší obtíže klientce dělá oblékání ponožek, kdy je potřeba asistence manžela.

Sebesycení

Plně soběstačná v sebesycení.

Hygiena

Běžná hygiena: Plně soběstačná v úkonech běžné hygieny např. čištění zubů, mytí rukou.

Koupání:

Částečně soběstačná v koupání. Klientka potřebuje sedátko do vany a částečnou asistenci při mytí dolní poloviny těla.

Přesuny a mobilita

Používá k mobilitě v bytě vysoké chodítko a invalidní vozík. Zvládá bez asistence přesuny na lůžko, židli, vozík, WC a vanu. Kvůli bolestem L páteře, kdy jí byla indikována operace páteře, kterou odmítla. Obavy má z chůze o FH, protože trpí častými závratěmi. Dříve FH běžně používala k lokomoci. Klientka proto vychází z bytu na chodbu ve vysokém chodítku pouze s doprovodem druhé osoby.

Vyměšování

Plně kontinentní.

➤ **Zjištění z oblasti iADL**

Telefonování

Používá k telefonování mobilní telefon. Samostatně číslo uloží, vyhledá a vytočí.

Transport

Cestuje minimálně a vždy s pomocí druhé osoby. Při přepravě nevyžaduje speciálně upravený vůz, zvládne se posadit do vozu a vystoupit s minimální pomocí.

Nakupování

Nákup zajišťuje manžel podle seznamu, který mu klientka sepíše.

Vaření

Obědy jsou zajišťovány dovozem jídla do bytu. Jídlo si zvládne ohřát. S pomocí druhé osoby klientka zvládne uvařit jednodušší jídlo. Největší problém má klientka při ohýbání se do dolních částí kuchyňské linky a do spodních prostor ledničky.

Domácí práce

Zvládne lehčí domácí práce např. utírání prachu, leštění zrcadel. S těžšími domácími pracemi jí vypomáhá manžel např. vysávání.

Užívání léků

Pravidelně si připravuje a užívá léky. Potřebuje pomoc s nalepením náplasti na bolest.

Finance

Samostatně hospodaří s penězi.

➤ **HK**

Dominantní je PHK. Povrchové a hlubokého čítí je v normě. Bez výraznějších změn hybnosti a svalové síly. Zvládá všechny úchopy. Mírně problémová je koordinace ruka - oko kvůli slepotě P oka.

➤ **Hodnocení vnějšího prostředí**

Bydlí v 1. patře panelového domu, ve kterém se nachází výtah. Celý dům se nachází na kopci. Přístup do domu je zajištěn rampou s asfaltovým povrchem, která je poměrně strmá a plynule navazuje na chodník. Tento chodník vedoucí z kopce je pro klientku obtížný zdolat.

➤ **Hodnocení vnitřního prostředí**

Celý byt je řešen bezbariérově. Nevhodně je pouze řešen vstup na balkon, který plynule nenavazuje na podlahu bytu, ale je zde 15 cm rám dveří. Klientka se tedy na balkon dostává jen s pomocí manžela.

➤ **Kognitivní a fatické funkce**

Klientka je orientovaná v čase i v prostoru. Při MMSE dosáhla 27 bodů, takže orientačně nejsou porušeny kognitivní funkce. Fatické funkce nejsou porušeny.

➤ **Psychosociální funkce**

Většinu času tráví doma s manželem. Nevychází ven kvůli obavě z pádu a následné operaci páteře. Působí mírně úzkostně kvůli bolestem.

➤ **Závěr vstupního vyšetření**

Na základě vstupního vyšetření bylo zjištěno, že klientka má problémy při mytí dolní poloviny těla, kdy potřebuje dopomoc druhé osoby. Nevládne si obléci ponožky, které jí obléká manžel. Mírné obtíže má s koordinací ruka-oko. Bariérovou pro klientku je vstup do domu a na balkon, kdy potřebuje pomoc druhé osoby.

3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

➤ **Silné stránky klienta:**

Fyzická stránka: Převážnou většinu pADL, zvládne samostatně.

Psychická stránka: Komunikativní a má oporu a pomoc v rodině zejména v synovi.

➤ **Slabé stránky klienta:**

Fyzická stránka: Omezována bolestmi páteře. Bolesti jí brání při mytí dolní poloviny těla, při oblékání ponožek a při používání nízkého chodítka.

Psychická stránka: Úzkostná kvůli svému stavu a minimálně vychází z bytu.

➤ **Problémové oblasti:**

Mezi problémové oblasti klientky patří neobléknutí ponožek, potřeba dopomoci při mytí dolní poloviny těla, mírně zhoršená koordinace ruka -oko, potřeba pomoci při vstupu do domu a na balkon, bolest páteře a závratě.

➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů:**

- nácvik oblékání ponožek pomocí ručníku (navlékače)
- nácvik koordinace ruka-oko

- nácvik mytí dolní poloviny těla s KP, nácvik stability stoje a chůze ve vysokém chodítku mimo byt
- nácvik chůze o FH

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

- pokračování v KEP
- zabraňovat progresi onemocnění
- pořízení čtyřkolového chodítka do venkovního prostředí
- nahlášení poškozené rampy u vchodu do domu bytovému družstvu
- zajištění svozu na cvičení do Rosky Praha

➤ **Typ terapie, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie v domácím prostředí
- Frekvence terapie: 2 krát týdně
- Délka terapie: 1 - 2 hod.

Doporučená terapie

- *nácvik koordinace ruka - oko*
- *nácvik chůze o FH (případně čtyřkolovém chodítku) v exteriéru*
- *odpoutání od bolesti formou křížovek, posloucháním hudby, procvičováním paměti apod.*

4. TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

➤ **Typ terapie:** individuální v domácím prostředí

➤ **Cíl TJ:** oblékání ponožek, zlepšení koordinace ruka - oko, mytí dolní poloviny těla, procvičování paměti, stabilní stoj, chůze o FH po bytě, chůze s čtyřkolovým chodítkem

➤ **Náplň TJ:** nácvik oblékání ponožek pomocí ručníku, nácvik mytí mycí houbou s prodlouženou rukojetí, zlepšení koordinace ruka-oko s použitím obalu od vajec a vkládáním pingpongových míčků, procvičování paměti s využitím pexesa a Kimovy hry, stoj a chůze ve vysokém chodítku a o FH po bytě a na chodbě domu, chůze s čtyřkolovým chodítkem mimo byt, používání výtahu

➤ **Předměty, které byly využity při terapii:** mycí houba s prodlouženou rukojetí, ručník, ponožky, pexeso, Kimova hra, obal od vajec, pingpongové míčky, vysoké chodítko, francouzské hole, ručník, čtyřkolové chodítko

➤ **Referenční rámec:** biomechanický, neurovývojový, zaměřený na člověka, holistický

➤ **Přístup:** ADL, kompenzační, přístup stupňovaných aktivit

- **Reakce klienta:** soustředěnost
- **Silné stránky klienta:** vytrvalost
- **Slabé stránky klienta:** bolest páteře, závratě, obavy z pádu
- **Doporučení:** maximální používání FH v bytě
- **Průběh:**

S klientkou jsme terapie začaly nácvikem oblékání ponožek s pomocí ručníku vsedě na posteli. Po několika pokusech obléknutí sama zvládla a zajímala se o pořízení navlékače ponožek. Dále jsme trénovaly koupání s minimální dopomocí druhé osoby. Klientka si zvládla sama umýt i dolní část těla, kdy se při použití mycí houby s prodlouženou rukojetí nemusela ohýbat.

Pro procvičování koordinace ruka-oko jsme zvolili vkládání míčků do obalu od vajec, což činilo klientce mírné problémy hlavně kvůli podobné barvě předmětů. Preventivně jsme procvičovaly i paměť. K tomu byla použita hlavně Kimova hra a pexeso. Činnosti klientku bavily a dokázala se u nich dobře odreagovat.

Dále jsme s klientkou nacvičovaly stabilnější stoj s použitím bederního pásu a vysokého chodítka. Poté jsme trénovaly chůzi o francouzských berlích po bytě s jistěním terapeuta. Mimo byt jsme nacvičovaly chůzi o vysokém chodítku, ve kterém se cítila jistěji. Ke konci terapií si klientka pořídila čtyřkolové chodítko. Začaly jsme s nácvikem chůze se čtyřkolovým chodítkem po chodbě domu a nácvikem samostatného používání výtahu.

5. PRŮBĚŽNÁ DOKUMENTACE

Tabulka č. 3

Záznamy z terapií

Datum	Souhrn činností
1.12.2011	vstupní ergoterapeutické vyšetření - Barthelův test základních všedních činností – ADL, Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM, Test kognitivních funkcí (MMSE) a Test instrumentálních všedních činností (IADL)
7.12.2011	praktické zhodnocení ADL v domácím prostředí, nácvik stabilního stoje, chůze ve vysokém chodítku
12.12.2011	nácvik oblékání ponožek pomocí ručníku, stoj a chůze ve vysokém chodítku a FH, zlepšení koordinace ruka - oko
13.12.2011	chůze po chodbě s FH s jištěním terapeuta, trénink paměti
2.1.2012	poskytnutí informací a žádosti o příspěvek na mobilitu a doporučení vhodného čtyřkolového chodítka
4.1.2012	nácvik chůze s čtyřkolovým chodítkem mimo byt, nácvik používání výtahu
5.1.2012	výstupní ergoterapeutické vyšetření - testování viz vstupní

Tabulka č. 4

Vyhodnocení výsledků z testů

Název testu	Vstupní hodnocení (1.12.2011)	Průběžné hodnocení (13.12.2011)	Výstupní hodnocení (5.1.2012)
<i>Barthelův test základních všedních činností - ADL</i>	65 bodů	70 bodů	70 bodů
<i>Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM</i>	110 bodů	112 bodů	112 bodů
<i>Test instrumentálních všedních činností - IADL</i>	40 bodů	40 bodů	45 bodů
<i>Test kognitivních funkcí - MMSE</i>	27 bodů	28 bodů	27 bodů

6. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA

Zhodnocení průběhu terapie

Klientka v průběhu třítydenní terapie nejvíce nacvičovala oblékání dolní ponožek, mytí dolní poloviny těla s KP, koordinaci ruka - oko, stoj a chůzi ve vysokém chodítku a o FH mimo byt, nácvik chůze s čtyřkolovým chodítkem a nácvik používání výtahu. Dobře se s ní spolupracovalo, ale při terapiích byla často omezována bolestí

páteře. Doporučovala bych proto relaxaci ve formě poslechu oblíbené hudby, četby apod.

Klientka po pořízení čtyřkolového chodítka nejvíce nacvičovala chůze po chodbě a používání výtahu. Kvůli špatnému počasí zatím nechtěla nácvik uskutečňovat venku. Přesuny na balkón jsme řešily s použitím FH a jištěním terapeuta. Klientka zvládla tuto bariéru překonat po předchozím nácviku chůze o FH a zlepšením stability ve stoji. Po doporučení mycí houby s prodlouženou rukojetí byla klientka samostatnější při mytí dolní poloviny těla. Klientku se podařilo zkontaktovat na cvičení v MS Centru, kam začala 1x týdně dojíždět a zlepšila se tak její sociální integrace s okolím. Klientce se během terapií významně zlepšila nálada a podařilo se tak klientku částečně odpoutat od bolesti.

Návrhy a doporučení

Doporučovala bych udržovat maximální soběstačnost klientky. Dále bych doporučovala nácvik chůze s čtyřkolovým chodítkem v exteriéru s doprovodem druhé osoby. Následně umožnit klientce s doprovodem nakupování v blízkém obchodě a motivovat jí tak k vycházkám ven.

4.6 Kazuistika 3

1. ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: muž

Lékařská dg. hlavní: primárně-progresivní roztroušená skleróza

Věk: 32

Datum onemocnění: 1. příznak RS v roce 2006 - poruchy rovnováhy

Souhrn anamnézy:

OA: Klient v dětství prodělal běžné dětské choroby. V dětství a později neměl vážnější úrazy, až v produktivním věku se začaly objevovat první příznaky RS.

RA: Svobodný a bezdětný.

SA: Bydlí s rodiči v rodinném domě, kde má k dispozici dolní patro domu.

K vchodovým dveřím vedou tři schody a do druhého patra domu vede 20 schodů. Další schody jsou do dílny v dolním patře domu.

PA: Je vyučen truhlářem. V současné době pracuje na chráněném pracovišti, kde obsluhuje bezpečnostní kamerový systém. Pobírá plný invalidní důchod.

AA: nemá

Abusus: 4 cigarety/denně, 2 piva/obden

KP: francouzské hole

2. VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

➤ Zjištění z oblasti pADL

Oblékání/svlékání

Plně soběstačný v oblékání horní těla a dolní poloviny těla. Při oblékání mu dělá největší obtíže zavazování tkaniček a zapínání menších knoflíků.

Sebesycení

Plně soběstačný v sebesycení.

Hygiena

Běžná hygiena:

Plně soběstačný v úkonech běžné hygieny např. holení, čištění zubů.

Koupání:

Částečně soběstačný v koupání. Klient používá sprchový kout, kde má problémy s rovnováhou kvůli krátké výdrži ve stoji bez opory.

Přesuny a mobilita

Chodí o 2 FH paretickou chůzí se zakopáváním o PDK. Zvládá bez asistence přesuny na lůžko, židli a WC. Problémy má při chůzi do schodů, kdy zakopává o pravou nohu. Dále má problémy při vstávání.

Vyměšování

Je plně kontinentní.

➤ Zjištění z oblasti iADL

Telefonování

Nemá problémy s používáním moderní techniky. Plně využívá mobilní telefon a PC pro komunikaci s přáteli.

Transport

Potřebuje na delší vzdálenosti odvoz druhé osoby zejména v zimním období.

V létě často využívá k přepravě jízdu na kole (ujede cca 15km převážně z kopce).

Nakupování

Nakupuje si sám v místním obchodě. Nakoupené zboží přenáší v batohu.

Vaření

Zvládne si uvařit jídlo nebo si ho jen ohřát.

Domácí práce

Zvládá běžný úklid domácnosti. S vytíráním a vysáváním mu pomáhá maminka.

Práce kolem domu

Zvládá některé práce kolem domu, u kterých je možnost se přidržovat např. natírání plotu a sekání trávy. Většinu prací vykonává otec.

Užívání léků

Zvládá si připravit a užívat pravidelně léky.

Finance

Samostatně hospodaří s penězi.

➤ **HK**

Má dominantní PHK. Při oblékání se objevil mírný třes a porucha jemné motoriky. Po vyšetření bylo zjištěno omezení při špetce, úchopu piketovém a nehtovém. Po vyšetření taxe horních končetin, byla zjištěna porucha taxe ve finální části pohybu.

➤ **Hodnocení vnějšího prostředí**

Bydlí v přízemí rodinného domu. Ke vchodu domu vedou tři schody. Často chodí do dílny v dolním patře domu, ke které vede 20 schodů se zábradlím. Při chůzi po schodech dělá klientovi problémy zakopávání o PDK.

➤ **Hodnocení vnitřního prostředí**

Uvnitř rodinného domu nejsou žádné bezbariérové úpravy. Problémové je hlavně zvládání schodů v domě a mobilita ve sprchovém koutu.

➤ **Kognitivní a fatické funkce**

Nejsou porušeny kognitivní a fatické funkce.

➤ **Psychosociální funkce**

Setkává se často se svými přáteli. Rád se seznamuje s novými lidmi a často navštěvuje koncerty a kina.

➤ **Závěr vstupního vyšetření**

Na základě vstupního vyšetření bylo zjištěno, že klient má problémy při zavazování tkaniček a zapínání menších knoflíků. Po vyšetření HKK byly zjištěny omezené úchopy (pinzetový, nehtový a špetka). Pozorováním klienta při oblékání byl patrný mírný třes a přestřelování pohybu. Při sprchování ve sprchovém koutu se u klienta brzy objeví nerovnováha. Dále je nejistý při chůzi po schodech, kdy zakopává o pravou nohu.

3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

➤ Silné stránky klienta:

Fyzická stránka: Zvládá, převážnou většinu pADL samostatně.

Psychická stránka: Psychicky stabilní a komunikativní.

➤ Slabé stránky klienta:

Fyzická stránka: Při teplotě nad 27°C a při pobytu na přímém slunci nastává únava až úplné omezení pohybu.

Psychická stránka: Na chůzi se negativně odráží stres v důsledku zvýšení spasticky na DKK.

➤ Problémové oblasti:

Mezi problémové oblasti klienta patří problémy v úchopech (pinzetový, nehtový a špetka), ataxie, nejistota ve sprchovém koutu, zakopávání při chůzi hlavně po schodech, obtíže při vstávání a časté noční směny v zaměstnání.

➤ Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů:

- procvičování jemné motoriky formou individuální ergoterapie (skládání puzzle, origami)
- nácvik oblékání košilí s většími a menšími knoflíky
- nácvik zavazování tkaniček
- nácvik správného vstávání
- nácvik chůze do schodů a ze schodů s použitím peroneální pásky příp. ortézou
- použití madla příp. sprchové židle při sprchování
- zajištění vhodnějších podmínek u zaměstnavatele

➤ Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- pokračování v KEP
- zkontaktování s Roska Praha (možnost účasti na rekondičních pobytech)
zajištění pravidelné sportovní aktivity např. plavání, nordic walking, jóga)

➤ Typ terapie, frekvence a délka terapie

- Individuální terapie v domácím prostředí
- Frekvence terapie: 2 krát týdně
- Délka terapie: 1hod.

Doporučená terapie

- *individuální ergoterapie k procvičování jemné motoriky formou práce se dřevem, tvoření z fotografií, puzzle apod. podle zájmů klienta*

- *nácvik chůze s peroneální páskou*
- *nácvik chůze po schodech s peroneální páskou*
- *nácvik odolnosti vůči stresu (doporučení vhodné literatury) a relaxačních aktivit*

4. TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** procvičování JM, nácvik zavazování tkaniček, nácvik zapínání košilí, nácvik vstávání, nácvik chůze po schodech s peroneální páskou, nácvik vstávání
- **Náplň TJ:** skládání puzzle a origami, zavazování tkaniček na výcvikovém panelu, zapínání a přebírání různě velkých knoflíků, ošetření nohy (míčkování, mobilizace prstů a metatarsů, dorsální vějíř), bridging, aproximace do pánve ve stoji, nácvik vstávání s bimanuálním držením, chůze o FH s peroneální páskou po schodech
- **Předměty, které byly využity při terapii:** košile, tkaničky, knoflíky různých velikostí, špendlíky, puzzle, papír, francouzské hole, peroneální páska, zápěstní závaží, židle
- **Referenční rámec:** biomechanický, neurovývojový, zaměřený na člověka, holistický
- **Přístup:** ADL, kompenzační, přístup stupňovaných aktivit
- **Reakce klienta:** motivovanost ke zlepšení soběstačnosti
- **Silné stránky klienta:** cílevědomost, odhodlanost splnit cíl terapie
- **Slabé stránky klienta:** rychlý nástup únavy a třes při činnostech zaměřených na přesnost
- **Doporučení:** použití zápěstního závaží při třesu, pořízení madel a protiskluzové podložky do sprchového koutu případně sprchové sedačky, používání peroneální pásky při chůzi po schodech

➤ **Průběh:**

S klientem jsme během terapií procvičovali jemnou motoriku a taxi při oblékání horní poloviny těla např. zapínáním zipu a knoflíků, vázáním kravaty apod. Při individuální ergoterapii jsme zlepšovali úchopy při skládání puzzle, zapichováním špendlíků do korkové nástěnky a skládáním origami. Problémové zavazování tkaniček jsme nacvičovali nejprve na výcvikovém panelu. Při terapiích bylo používáno zápěstní závaží, aby nedocházelo k třesu ruky.

Při nácvičku chůzi s peroneální páskou jsme terapii zahájili ošetřením nohy a mobilizací lýtky vsedě. Poté jsme začali nacvičovat správné vstávání s pomocí bimanuálního držení a přenesením těžiště těla. Klient s pomocí terapeuta začal nacvičovat chůzi po schodech s použitím peroneální pásky a FH. Klient byl nejprve nejistý a potřeboval mírnou dopomoc terapeuta.

5. PRŮBĚŽNÁ DOKUMENTACE

Tabulka č. 5

Záznamy z terapií	
Datum	Souhrn činností
28.11.2011	vstupní ergoterapeutické vyšetření - Barthelův test základních všedních činností - ADL, Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM, Test instrumentálních všedních činností - IADL
1.12. 2011	praktické zhodnocení ADL v domácím prostředí, individuální ergoterapie (puzzle, origami)
5.12. 2011	nácvik vstávání, nácvik chůze s FH a peroneální páskou, procvičování jemné motoriky formou zapínání a rozepínání různých velikých knoflíků
12.12.2011	chůze po schodech s FH a peroneální páskou s mírnou dopomocí terapeuta
15.12.2011	zlepšení soběstačnosti ve sprchovém koutě s použitím madel, nácvik zavazování tkaniček
3.1. 2012	nácvik oblékání košile, skládání origami
5.1. 2012	výstupní ergoterapeutické vyšetření - testování viz vstupní

Tabulka č. 6

Vyhodnocení výsledků z testů			
Název testu	Vstupní hodnocení (28.11.2011)	Průběžné hodnocení (15.12.2011)	Výstupní hodnocení (5.1.2012)
<i>Barthelův test základních všedních činností - ADL</i>	90 bodů	90 bodů	90 bodů
<i>Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM</i>	120 bodů	122 bodů	122 bodů
<i>Test instrumentálních všedních činností - IADL</i>	75 bodů	75 bodů	75 bodů

6. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA

Zhodnocení průběhu terapie

Klient v průběhu čtyřtýdenní terapie zlepšoval úchopovou funkci ruky potřebnou pro každodenní soběstačnost. Během terapií procvičoval jemnou motoriku a taxi hlavně při zapínání různě velkých knoflíků, zavazování tkaniček a při skládání puzzle. Při třesu HKK bylo doporučeno používání zápěstního závaží, které u klienta třes zmírnilo. Po doporučení si klient pořídil do sprchového koutu sprchovou židli, madlo a protiskluzovou podložku. Došlo tím k jeho větší jistotě při sprchování. Chůzi po schodech jsme trénovali s peroneální pásky, která klientovi umožnila stabilnější chůzi. Klient se dozvěděl o možnostech rekondičních pobytů přes Rosku Praha a podal si přihlášku na pobyt s hipoterapií. Klient se v zaměstnání domluvil na možnostech úpravy pracovní doby a bylo mu vyhověno. V zaměstnání má maximálně dvě noční směny do měsíce.

Návrhy a doporučení

Klientovi bych doporučila najít si vhodnou celoroční sportovní aktivitu, která ho bude bavit a odreaguje se u ní. Dále doporučuji setrvat v zaměstnání, ve kterém je klient spokojen. Případně přihlídnout ke stavu klienta a dohodnout se zaměstnavatelem změny ve způsobu práce. Dále bych doporučovala účast na rekondičních pobytech a pobytech v lázních.

4.7 Kazuistika 4

1. ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE

Klient: žena

Lékařská dg. hlavní: chronická-progresivní roztroušená skleróza

vedlejší: osteoporóza, zlomenina krčku femuru

Věk: 70

Datum onemocnění: 1. příznak RS v roce 1964 - poruchy zraku

Souhrn anamnézy:

OA: Klientka v dětství prodělala běžné dětské choroby. Neměla vážnější úrazy.

V produktivním věku se začaly objevovat příznaky RS. Od roku 1995, po zlomenině krčku femuru, se převážně pohybuje na mechanickém vozíku.

RA: Rozvedená a bezdětná. Sourozence nemá a o rodičích nemluví.

SA: Bydlí sama v 1. patře činžovního domu (32 schodů). V bytu jsou menší bezbariérové úpravy (odstraněné prahy, širší dveře).

PA: Vyučena soustružnicí a pracovala jako účetní do roku 1973. Poté byla v plném invalidním důchodu. Nyní klientka pobírá starobní důchod.

AA: nemá

Abusus: 2x denně káva

KP: mechanický vozík, madla, sedátko do vany, brýle

2. VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM

➤ Zjištění z oblasti pADL

Oblékání/svlékání

Plně soběstačná v oblékání horní a dolní poloviny těla.

Sebesycení

Plně soběstačná v sebesycení.

Hygiena

Běžná hygiena:

Plně soběstačná v úkonech běžné hygieny např. česání, mytí obličeje.

Koupání:

Částečně soběstačná v koupání. Klientka potřebuje sedátko do vany a částečnou asistenci kvůli nestabilnímu trupu vsedě bez opěry zad a předloktí.

Přesuny a mobilita

Používá k mobilitě převážně invalidní vozík. V přesunech na lůžko, židli, vanu a vozík je plně soběstačná. Problém má v přesunu na WC. Klientka se při přesunu musí přidržet madla, udělat 2 kroky a otočit se. Není tedy možný přesun z vozíku na WC kvůli dispozičnímu řešení WC. Zvládá 2x týdně schody z bytu a do bytu s pomocí asistentky a odpočinkovými pauzami.

Vyměšování

Trpí na urgentní inkontinenci. Problémy s udržením stolice nemá.

➤ Zjištění z oblasti iADL

Telefonování

Používá k telefonování mobilní telefon. Zvládá samostatně používat PC a MP3.

Transport

Potřebuje při transportu pomoc asistenta. Většinou cestuje speciálně upraveným vozem, který umožňuje převoz bez přisedání z vozíku.

Nakupování

Nakupuje s doprovodem druhé osoby kvůli zhoršené mobilitě v exteriéru a obav z neznámých lidí.

Vaření

Samostatně si uvaří celé jídlo např. smažený květák s vařeným bramborem.

Domácí práce

Zvládá lehčí domácí práce. S těžšími domácími pracemi např. s mytím oken, sundání záclon, vytíráním podlahy klientce vypomáhá pečovatelka.

Užívání léků

Zvládá si připravit a užívat pravidelně léky.

Finance

Zvládá samostatně hospodařit s penězi.

➤ **HK**

Má dominantní PHK. Klientka dobře zvládá silové úchopy a některé jemné úchopy (rozpěťový úchop, pěst, extenze prstů, boční úchop, addukce prstů, špetka). Nejproblémovější je úchop pinzetový, který se projevil zejména při zapínání malých knoflíků. U klientky se po vyšetření taxie objevila ataxie.

➤ **Hodnocení vnější prostředí**

Bydlí v činžovním domě v 1. patře. Vstup do domu je opatřen těžkými dveřmi. Poté následují 4 schody a další dveře ve formě oboustranně otevíracích dveří. K bytu vede dalších 28 schodů. Tyto bariéry zvládá s pomocí asistentky, která dochází podle potřeb klientky. V okolí domu je dobrá občanská vybavenost.

➤ **Hodnocení vnitřního prostředí**

V bytě jsou odstraněné prahy a šířka všech dveří vyhovuje šířce vozíku. Místnosti jsou pro klientku dobře přístupné. Největší bariéru tvoří samostatné WC, kde klientka musí ujit 2 kroky s přidržením se o madlo a otočit se. Není tedy možný přesun z vozíku na WC kvůli nevhodně umístěnému umyvadlu. Další bariérou je částečně upravená kuchyňská linka, kde jsou nevhodně vysoko umístěny poličky.

➤ **Kognitivní a fatické funkce**

Nejsou porušeny kognitivní funkce. Klientka dosáhla plné počtu bodů v MMSE. Fatické funkce jsou bez poruchy.

➤ **Psychosociální funkce**

Dochází 1x týdně na cvičení do MS Centra Rosky Praha, kde se setkává se svými přáteli. Ke kontaktu se známými a přáteli využívá mobilní telefon.

➤ **Závěr vstupního vyšetření**

Na základě vstupního vyšetření bylo zjištěno, že klientka má problémy při koupání. Problémy jí dělá hlavně udržení rovnováhy na sedačce do vany, která je bez opěrky. Po vyšetření HKK byla přítomna ataxie a problémy při pinzetovém úchopu. Problémový je také přesun na WC, kdy klientka nemůže využít přesunu z vozíku kvůli nevhodně architektonicky řešenému WC. Nevhodné je také umístění poliček v kuchyni, které jsou příliš vysoko. Klientka je také odkázána na pomoc druhé osoby při opuštění bytu.

3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

➤ **Silné stránky klienta:**

Fyzická stránka: Zvládá, většinu pADL a iADL samostatně.

Psychická stránka: Komunikativní a pozitivně laděná.

➤ **Slabé stránky klienta:**

Fyzická stránka: Omezována spastickou paraparézou DKK.

Sociální stránka: Nemá oporu a pomoc v rodině.

➤ **Problémové oblasti:**

Mezi problémové oblasti klientky patří přesun na WC, nekvalitní pinzetový úchop, ataxie, odkázání na druhou osobu při opuštění bytu a nevhodné umístění poliček v kuchyňské lince.

➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů:**

- zlepšení jemné motoriky a taxie HK
- zlepšení ovládání komunikačních programů na PC
- pořízení francouzských holí
- nácvik stability stoje a chůze po schodech

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

- pokračování v KEP
- udržení stávající soběstačnosti
- podání přihlášky na rekondiční pobyt
- úprava nevyhovující linky
- zjištění možností bezbariérového bydlení

➤ **Typ terapie, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie v domácím prostředí
- Frekvence terapie: 2 krát týdně
- Délka terapie: 1 - 2 hod.

Doporučená terapie

- *zlepšování jemné motoriky*
- *zlepšení kontaktu se známými přes ICQ a e-mail*
- *kondiční ergoterapie* např. korálkování, tkaní, pletení, háčkování, poslech hudby
- *zajištění KP sedačka do vany s opěrkou a područkami (případně otočná verze sedačky)*
- *nácvik stability stoje u stolu*
- *nácvik chůze ze schodů a do schodů o francouzských holích*

4. TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA

➤ **Typ terapie:** individuální

➤ **Cíl TJ:** zlepšení jemné motoriky a taxie, zlepšení ovládnutí komunikačních programů na PC, pořízení MP3 přehrávače, kondiční ergoterapie (korálkování, pexeso), nácvik chůze o FH při používání WC a při chůzi po schodech

➤ **Náplň TJ:** zapichování různě velkých špendlíků do jehelníku, navlékání jehly, práce s terapeutickou hmotou, pověšení prádla se zaměřením na kvalitní stisk kolíku, nainstalování a používání ICQ se slovním vedením, nácvik ovládnutí MP3 přehrávače, stoj u stolu s aproximací do DKK, nácvik chůze po schodech s FH a mírnou dopomocí terapeuta, nákup MP3 přehrávače

➤ **Předměty, které byly využity při terapii:** terapeutická hmota, francouzské hole, PC, kolíky, skládací sušák, MP3 přehrávač, špendlíky, jehelník, jehly, stůl

➤ **Referenční rámec:** biomechanický, neurovývojový, holistický, zaměřený na člověka

- **Přístup:** ADL, přístup stupňovaných aktivit, kompenzační
- **Reakce klienta:** aktivní spolupráce
- **Silné stránky klienta:** soustředěná, snaživá, vytrvalá
- **Slabé stránky klienta:** obava z pádu při chůzi
- **Doporučení:** zjištění možnosti bezbariérového bydlení, pořízení sedačky do vany s opěrkou a područkami
- **Průběh:**

S klientkou jsme během terapií trénovaly jemnou motoriku při praktických každodenních činnostech (pověšení prádla, navlékání nitě na jehlu, zapichování špendlíků a jehel do jehelníčku). Pro koordinaci pohybu a trénink jemných úchopů ruky jsme použily terapeutickou hmotu s použitím různých technik.

S klientkou jsme během terapií nacvičovaly větší jistotu při chůzi o FH, které si po doporučení pořídila. Chůzi jsme trénovaly nejprve po bytě hlavně při přesunech na WC. Poté, kdy se cítila jistěji, jsme začaly trénovat chůzi po schodech.

Jednu terapeutickou jednotku jsme zaměřily na nákup MP3 přehrávače, kdy byla přítomna i asistentka klientky. Začaly jsme u klientky doma přípravou na chůzi po schodech. Nejprve nácvikem stoje se zevní oporou o stůl a aproximací do DKK. Následoval nácvik chůze o FH po schodech s dopomocí a dozorem terapeuta. Klientka zvládla v poměrně krátkém čase bez odpočinku sejít všechny schody. Klientka potřebovala v exteriéru pomoci s pohybem na vozíku. Cesta do obchodu byla dlouhá přibližně 500m a převážně do kopce, což klientce činilo největší problém při pohybu venku. Po zakoupení MP3 přehrávače následovalo nacvičení nahrávání hudby z PC do přístroje. Také jsme trénovaly komunikaci přes ICQ a e-mail.

5. PRŮBĚŽNÁ DOKUMENTACE

Před souvislou praxí:

S klientkou jsem měla možnost se poznat již v říjnu na týdenním rekondičním pobytu organizovaným Roskou Praha. Na pobytu probíhala kondiční ergoterapie formou korálkování. Tato činnost dělala klientce problémy kvůli zhoršenému břiškovému úchopu a přítomné ataxii. Pro klientku by bylo nejprve vhodnější trénovat jemnou motoriku a taxi s většími korálky a následně činnost stupňovat. Domluvily jsme se na mém docházení k ní domů v průběhu praxe. Klientka se mi svěřila s obtížemi

při zdolávání schodů. Domluvily jsme se na nácviku chůze o FH. Klientka si do začátku mé praxe FH sehnala.

Tabulka č. 7

Záznamy z terapií

Datum	Souhrn činností
28.11.2011	vstupní ergoterapeutické vyšetření - Barthelův test základních všedních činností - ADL, Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti - FIM, Test kognitivních funkcí (MMSE), Test instrumentálních všedních činností (IADL) a Funkční test HK (orientačně)
6.12. 2011	zhodnocení ADL formou pozorování v domácím prostředí, procvičování JM
8.12.2011	procvičování JM, nácvik stoje, chůze o FH, přesun na WC s pomocí FH, práce na PC
14.12.2011	nácvik stability stoje, chůze po schodech s oporou o FH, nákup MP3
5.1.2012	výstupní ergoterapeutické vyšetření - testování viz vstupní

Tabulka č. 8

Vyhodnocení výsledků z testů

Název testu	Vstupní hodnocení (29.11.2011)	Průběžné hodnocení (8.12.2011)	Výstupní hodnocení (5.1.2012)
<i>Barthelův test základních všedních činností ADL</i>	85 bodů	85 bodů	90 bodů
<i>Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti FIM</i>	114 bodů	114 bodů	116 bodů
<i>Test instrumentálních všedních činností IADL</i>	55 bodů	55 bodů	55 bodů
<i>Test kognitivních funkcí - MMSE</i>	27 bodů	28 bodů	30 bodů

6. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA ERGOTERAPEUTA

Zhodnocení průběhu terapie

Klientka v průběhu terapií nejvíce nacvičovala jemnou motoriku, taxi, nácvik přesunů na WC, stabilitu stoje se zevní oporou, chůzi s FH a chůzi po schodech s oporou o FH.

Po doporučení si klientka pořídila FH, se kterými jsme nejprve nacvičovaly přesuny na WC. Přesuny na WC klientka brzy úspěšně zvládla, a proto jsme zvolily krátkou chůzi po bytě jako přípravu na chůzi po schodech. Nácvik byl důležitý zejména

pro větší jistotu klientky ve stoji a při chůzi. Po zvládnutí krátké chůze po bytě jsme začaly odstraňovat narušený stereotyp chůze ze schodů a do schodů. Klientka při nácvičku chůze po schodech potřebuje pomoc a dozor.

Klientka během třítydenní terapie zvládla krátkou chůzi v bytě sama, při přesunu na WC s oporou o FH. V případě, kdy klientka není schopná přesunu na WC (např. při horečnatých stavech), bych volila použití toaletního křesla v blízkosti lůžka. Dále klientka udělala mírné pokroky v chůzi o FH do schodů a ze schodů, při které potřebuje pomoc a dozor terapeuta. Nadále bych doporučovala trénovat chůzi po schodech pro zafixování stereotypu.

S klientkou jsme zlepšovaly jemnou motoriku a taxi při věšení prádla, navlékání nitě na jehlu, zapichování špendlíků a jehel do jehelníku, práci s TH. Dále jsme nacvičovaly úchop (hlavně pinzetový) např. skládáním a lepením luštěnin a těstovin na papír podle vzoru.

S klientkou jsme zlepšovaly její samostatnost při práci na PC. Klientka byla velmi vnímavá a jednotlivé postupy si za krátkou dobu osvojila.

Klientka zatím nechtěla zatím řešit rozmístění vysoko umístěných poliček, na které ve stoji s oporou o linku dosáhne s natažením jedné HK. Klientka slíbila vyřízení příspěvku na uhrazení sedačky s opěrkou a područkami až půjde za svým lékařem.

Klientka je i nadále odkázaná na pomoc druhé osoby při opuštění bytu, ale již s mírnou pomocí zvládne sejít schody o FH. Klientka ve svém věku nevyhledává přílišný kontakt s okolím a je spokojená s komunikací přes PC a mobil. Pravidelně opouští byt minimálně jednou týdně při dojíždění na cvičení v MS Centru Rosky Praha.

Návrhy a doporučení

Klientce bych doporučila pořízení sedačky do vany s opěrkou a područkami, která zlepší stabilitu sedu ve vaně. Pokračování ve zkvalitňování jemné motoriky a taxi při běžných činnostech v domácnosti. Maximální používání FH hlavně při přesunech na WC. Při chůzi po schodech bych nadále doporučovala dohled. Dále bych doporučovala zřízení Tísňové péče AREÍON od Život90, hlavně kvůli lepšímu pocitu klientky. Zajištění možnosti bezbariérového bydlení přes sociální pracovníci.

4.8 Diskuze k hypotéze č. 1

Svou první hypotézu jsem směřovala na význam prostředí, ve kterém se terapeutická jednotka (nácvik soběstačnosti) odehrává. Hypotéza se mi potvrdila.

Jak jsem již uvedla v teoretické části, většinu ADL klient provádí v domácím prostředí. Proto jsem zvolila docházení ke klientům domů. Musím uvést, že podle reakcí klientů byl nácvik soběstačnosti, který byl prováděn v jejich vlastním domácím prostředí pro ně nejen užitečnější a efektivnější, ale i ekonomicky výhodnější. Druhou stránkou věci je, zda by tento systém „domácí ergoterapie“ byl finančně podporován pojišťovnami.

Důležité však je, že při návštěvách u klienta v jeho přirozeném prostředí, dochází ke konkrétnímu řešení jednotlivých problémových oblastí v reálních činnostech na reálném místě. Klient si tak sám nejlépe uvědomí, které činnosti ADL a IADL mu dělají největší obtíže a stane se tak plnohodnotným partnerem při vytváření krátkodobého i dlouhodobého ergoterapeutického plánu. Ergoterapeut pak může snáze ověřit a zhodnotit provedení činností ADL v domácím prostředí. Dále pak může navrhnout vhodnou adaptaci činnosti či využít vhodnou kompenzační pomůcku. Klient si je tak při činnostech jistější a snaží se nácvik provádět intenzivněji, když je ve svém prostředí, které dobře zná., protože ho následně bude v domácím prostředí používat i nadále.

V neposlední řadě je také posílen vztah mezi klientem a terapeutem, který při domácích návštěvách má přeci jen osobnější význam než při nácviku soběstačnosti v nemocnici, rehabilitačním ústavu apod.

4.9 Diskuze k hypotéze č. 2

Svou druhou hypotézu, která se týká kompenzačních a adaptačních přístupů, jsem se snažila uplatnit v praxi. Velmi důležité je ke každému klientovi přistupovat individuálně a pochopit a uvědomit si jeho vlastní potřeby. Nemyslím si, že je příliš vhodné klienta nutit do situací, které mu nejsou příjemné, nebo se při nich ocitá ve stresových situacích.

Při využívání kompenzačních a adaptačních přístupů jsem se tak zaměřila na potřeby a přání klienta, které musí jít ruku v ruce s cílem terapie. Také jsem zjistila, že je velmi důležité pohlížet na již zaseté návyky klientů a snažit se je maximálně využívat

a vylepšovat pro zlepšení soběstačnosti. Při volení adaptačních a kompenzačních přístupů je pak velmi důležité snažit se klienta motivovat a zbytečně mu nezabraňovat v uskutečňování jeho maximální dosažené soběstačnosti. Je zde tak velmi důležitá komunikace mezi ergoterapeutem a klientem.

Nejčastěji jsem volila v rámci kompenzačního přístupu výběr vhodné kompenzační pomůcky, která maximálně podpořila soběstačnost klienta. Při výběru KP byl důležitý nejen rozhovor a pozorování při dané činnosti, ale i vlastní přání klienta na KP. Nevhodné se mi zdá zahrnout klienta příliš mnoho KP. Mohlo by pak dojít k opačné situaci, kdy klient místo, aby byl soběstačnější, se stane závislý na KP, které třeba ani zatím nemusí potřebovat. Přínosnější by tedy pro klienta mělo být zvolení vhodných adaptací či kompenzací, při kterých nebude potřebovat KP. Mezi adaptace či kompenzaci činnosti se dá považovat využití sedu místo stoje, oblékání většího oblečení, zapínání větších knoflíků či používání pouze jedné ruku k zapínání, používání odlehčených předmětů, používání bot na suchý zip a další. Pokud je již třeba, aby klient danou činnost prováděl s KP či s pomocí druhé osoby, je potřeba jeho maximální spoluúčast.

Po zvolení vhodného kompenzačního a adaptačního přístupu se mi potvrdilo zlepšení v soběstačnosti klientů, což jsem uvedla ve vypracovaných kazuistikách.

4.10 Diskuze k hypotéze č. 3

Ve své třetí hypotéze se zabývám, zda klienti, které jsem si zvolila pro případové studie, mají bezbariérově upravené prostředí na základě používání lokomoční pomůcky. Pro své případové studie jsem si zvolila čtyři klienty. Z toho jedna žena bydlela v bezbariérovém bytě a jeden muž v bezbariérovém domě. Zbývající dva klienti měli v bytě jen minimální bezbariérové úpravy. Všichni klienti používali lokomoční pomůcku.

Klient bydlící v bezbariérovém domě využíval k lokomoci převážně mechanický vozík. Při rozhovoru s klientem, který jsem provedla ve FN Lochoťín, jsem považovala za samozřejmé samostatnou možnost vstupu do domu a na balkón, možnost pohybu s vozíkem až k WC a samostatné umytí ve vaně. Po následném docházení ke klientovi domů byly zjištěny vážné nedostatky v bezbariérovosti. U klienta navíc došlo po přestěhování do bezbariérového domu na místo ke zlepšení jeho samostatnosti ke zhoršení. Hlavně kvůli mytí v rohové vaně, na které nebylo možno pořídit sedačku. Jak byl již klient zvyklý z předchozího bytu. Klient také nemůže bez pomoci druhé osoby

opustit dům kvůli zbytečně umístěnému jednomu schodu u vchodu do domu. Domnívám se tedy, že při koupi bezbariérového domu či bytu je vhodné, aby se klient poradil s odborníky v dané oblasti, aby nemuselo docházet ke zhoršování soběstačnosti.

Klientka bydlící v bezbariérovém bytě používala k lokomoci v interiéru převážně vysoké chodítka a při pohybu v exteriéru mechanický vozík. V bytě jsem shledala nevhodně řešený vchod na balkon, který klientka ze začátku řešila s pomocí manžela. Nejobtížnější, ale bylo a je pro klientku zvládnutí strmé a poškozené rampy při vstupu a východu z domu, kdy je potřeba dopomoc druhé osoby. Klientka se přemísťování po rampě obává a je to tak pro ni velmi omezující.

U obou klientů bohužel dochází pouze k částečnému potvrzení mé hypotézy. Byt či dům je sice částečně upraven (níže umístěna okna, nainstalovaná madla, široké dveře, odstraněné prahy aj.), ale bohužel v důležitých částech bytu jako je koupelna, WC a hlavně vchod z domu či bytu vzniká bariéra pro klienta bariéra.

U zbylých dvou klientů, kteří nemají byt bezbariérově upravený, ale mají pouze menší úpravy, zatím nedochází k většímu omezení v samostatnosti. Kromě jedné klientky, která potřebuje dopomoc při zdolávání schodů z bytu. Tato klientka, ale zatím byt opustit nechce, protože zdoláváním schodů si dokazuje, že tuto bariéru dokáže pořád ještě zvládnout, i když s dopomocí. Kdysi jí totiž jeden lékař řekl, že by měla chodit co nejvíc po schodech.

Tímto bych zhodnotila třetí hypotézu, že používání lokomoční pomůcky a bezbariérově upravený byt je u každého z klientů velmi individuální záležitostí. Zlepšování soběstačnosti vhodně zvolenou úpravou může nastat, ale je třeba, když nedochází ke koupi či pronajmutí bytu na míru klienta, aby si klient nechal poradit od odborníka na bezbariérovost.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila uvést vhodné ergoterapeutické intervence podporující soběstačnost klientů s roztroušenou sklerózou. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části se zabývám onemocněním jako takovým, možnými terapiemi u tohoto onemocnění a ergoterapií. V praktické části uvádím čtyři případové studie, které mají přímou souvislost s cílem práce a se stanovenými hypotézami. V každé kazuistice jsem se snažila uplatnit své zkušenosti z ergoterapie tak, aby přinesli klientům podporu v jejich soběstačnosti.

U klientů s RS shledávám ergoterapii jako velmi potřebnou součást multidisciplinárního týmu. Také se domnívám, že docházení ergoterapeuta ke klientům domů je dobrý posun k přiblížení se potřebám klientů a docílení zlepšení jejich soběstačnosti.

Při sběru materiálů k této práci jsem měla možnost zúčastnit se rekondičního pobytu v Českém ráji pořádaném sdružením Roska Praha. Během tohoto pobytu jsem si uvědomila, jak důležité je pomoci umožnit těmto lidem, co nejvíce plnohodnotný život, který měli před „reskou“. K tomu je důležitá spolupráce a souhra více lidí a samozřejmě také dostatečná motivace klienta. Přestože tato nemoc je zatím nevyléčitelná člověk by svůj boj s ní neměl vzdávat, měl by žít ne jen přežívat.

Závěr své práce bych věnovala citaci z knihy „Je roztroušená skleróza Váš problém?“ od Evy Havrdové a kol., která na závěr knihy uvádí několik rad Jak žít s RS. Uvedla bych proto dvě z nich, které mi přijdou jako nejdůležitější nejen pro nemocné.

„Radujte se z každého dne. Netrapte se hloupostmi. Snažte se uchovat si náhled na situaci. Mějte ji ve svých rukou. Radost a štěstí nejsou příliš závislé na vnějších okolnostech. Když se Vám něco nepovede, nezakládá to tragédii.“

„Pokud byl váš život žit až dosud beze smyslu, máte jedinečnou šanci přijmout výzvu života a smysl mu dát. Udělejte něco ze své situace. Vezměte nemoc jako hozenou rukavici.“

Seznam použité literatury

1. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
2. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: MAXDORF, 2005. 89 s. ISBN 8073450690.
3. FINLAYSON, Marcia. *Occupational therapy practice and research with persons with multiple sclerosis*. New York: Haworth Press, c2003, 148 s. ISBN 07-890-2381-4.
4. LENSKÝ, P. *Roztroušená skleróza - strategie přístupu k chronické nemoci*. Praha: Edice Roska 2002, 182 s.
5. HAVRDOVÁ, E. a kol. *Roztroušená skleróza první setkání*. Praha: Edice Roska 2004, 125 s.
6. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. ISBN 8024608944.
7. Úvod do druhů onemocnění RS. *Roska: časopis České multiple sclerosis společnosti*. 2010, č. 3, s. 3.
8. PLESS, Misha. Jak zvládat poruchy zraku. In: [online]. 2007. vyd.[cit. 2011-10-24]. Dostupné z: www.roska.eu
9. HAVRDOVÁ, E. a kol. *Je roztroušená skleróza Váš problém? - průvodce pro lidi s RS, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují*. Praha: Edice Roska (1999), 2006, 187 s.
10. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 364 s. ISBN 8024706237.
11. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 9788024711355.
12. KAŇKOVSKÝ, Petr; BAREŠ, Martin; DUFEK, Jaroslav et al. *Spasticita : mechanizmy, diagnostika a léčba*. Praha : MAXDORF, 2004. 423 s. ISBN 88073450429.
13. Tabu-sexuální problémy. In: [online]. [cit. 2011-10-24]. Dostupné z: www.roska-prerov.cz
14. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2000, 101 s. ISBN 80-725-4117-X.

15. ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšní*. Praha: CEROS, 2007. 131 s. ISBN 9788023993004.
16. FINLAYSON, Marcia. *Occupational therapy and multiple sclerosis*. Repr. London: Haworth Press, c2003, 148 s. ISBN 978-186-1563-484.
17. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
18. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-5583-7
19. [Http://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho_stupnice_posti%C5%BEn%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho_stupnice_posti%C5%BEn%C3%AD)). [online]. [cit. 2011-09-13].
20. [Http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/ergodiagnostika](http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/ergodiagnostika). [online]. [cit. 2012-01-22].
21. Principy kvalitního života lidí s RS. [online]. 2007[cit. 2012-02-12]. Dostupné z: www.roska.eu
22. [Http://www.mpsv.cz/cs/8](http://www.mpsv.cz/cs/8). [online]. [cit. 2011-02-22].
23. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie: Učeb. pro stř. zdrav. šk. stud. obor rehabilitační prac.* 2. vyd, 1. vyd. v Avicenu. Praha: Avicenum, 1990. 169 s. ISBN 80-201-0004-0.
24. HROMÁDKOVÁ, Jana. A KOLEKTIV. *Fyzioterapie*. Vyd. 1. Jinočany: H&H, 2002. 428 s. ISBN 80-860-2245-5.
25. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
26. [Http://www.equalcr.cz/files/clanky/1287/03_EDOST_II.pdf](http://www.equalcr.cz/files/clanky/1287/03_EDOST_II.pdf). [online]. [cit. 2011-11-23].
27. Materiály získané z praxe
28. Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky - katalog DMA 2011

Seznam příloh

- Příloha č. 1** - Barthelův test všedních činností ADL (27)
- Příloha č. 2** - Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti (27)
- Příloha č. 3** - Test instrumentálních všedních činností IADL (27)
- Příloha č. 4** - Index ADL podle Katze (17, s. 237)
- Příloha č. 5** - PULSES Profil (17, s. 236)
- Příloha č. 6** - Modifikovaná škála podle Ashwortha (12, s. 181)
- Příloha č. 7** - Hodnocení domácí návštěvy (17, s. 256)
- Příloha č. 8** - Kurtzkeho škála (1, s. 379)
- Příloha č. 9** - Ergoterapeutické testy 1. a 2. sledu (26)
- Příloha č. 10** - Použití různých terapeutických přístupů při nácviku ADL (17, s. 291)
- Příloha č. 11** - Příklady lokomočních pomůcek (28)
- Příloha č. 12** - Příklady pomůcek k hygieně (28)
- Příloha č. 13** - Příklady pomůcek k oblékání (28)

5. Přílohy

Příloha č. 1

BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL) (provádí sestra)

činnost	úroveň schopnosti	skóre	datum			
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10				
	s pomoci (krájení, mazání apod.)	5				
	neprovede	0				
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomoci	5				
	neprovede	0				
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5				
	neprovede	0				
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5				
	neprovede	0				
5. kontinence moči	plně kontinentní (celý týden)	10				
	občas inkontinentní (max. 1x denně)	5				
	inkontinentní, katetrizován	0				
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní (max. 1x denně)	5				
	inkontinentní	0				
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10				
	s pomoci	5				
	neprovede	0				
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15				
	s malou pomocí (verbálně nebo fyzicky - vydrží sedět)	10				
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5				
	neprovede	0				
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15				
	s pomoci nad 50 m	10				
	na křesle 50 m	5				
	neprovede	0				
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10				
	s pomoci	5				
	neprovede	0				
		skóre:				
		hodnotila sestra:				

HODNOCENÍ: 0 - 40 bodů vysoce závislý 65 - 95 bodů lehká závislost
 45 - 60 bodů závislost středního stupně 100 bodů nezávislý

Příloha č. 2

HODNOCENÍ FUNKČNÍHO INDEXU SOBĚSTAČNOSTI -profil FIM-

	datum:	příjem	kon- trole	propu- štění
<u>Osobní péče:</u>				
A. Jídlo				
B. Péče o zevnějšek				
C. Koupání				
D. Oblékání – horní končetiny, trup				
E. Oblékání – dolní končetiny				
F. Intimní hygiena				
<u>Kontinence:</u>				
G. Kontinence – močový měchýř				
H. Kontinence – konečník				
<u>Přesuny:</u>				
I. lůžko, židle, vozík				
J. WC				
K. Vana, sprcha				
<u>Lokomoce:</u>				
L. Chůze / Vozík <input type="radio"/> Chůze <input type="radio"/> Vozík <input type="radio"/> Obojí				
M. Schody				
Pohybová dovednost: součet (max. 91 bodů) 				
<u>Komunikace:</u>				
N. Chápání <input type="radio"/> Audio <input type="radio"/> Video <input type="radio"/> Obojí				
O. Vyjadřování <input type="radio"/> Verb. <input type="radio"/> Neverb. <input type="radio"/> Obojí				
<u>Sociální aspekty:</u>				
P. Sociální kontakt				
Q. Řešení problémů				
R. Paměť				
Psychické funkce: součet (max. 35 bodů) 				

CELKOVÉ SKÓRE: součet (max. 126 bodů)

--	--	--

Tabulka hodnocení:	
Nezávislost 7 Plná soběstačnost (opakovaně) 6 Částečná soběstačnost (pomůcka)	<i>bez pomoci</i>
Částečná závislost 5 Potřebný dohled 4 Minimální pomoc (nemocný = 75% +) 3 Střední pomoc (nemocný = 50% +)	<i>s pomocí</i>
Plná závislost 2 Výrazná pomoc (nemocný = 25% +) 1 Plná pomoc (nemocný = 0% +)	

Příloha č. 3

Jméno
klienta:

Datum
vyšetření:

Test instrumentálních všedních činností IADL

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. telefonování	a) vyhledá samostatně číslo, vytočí je b) zná několik čísel, odpovídá na zavolání c) nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	a) cestuje samostatně dopravním prostředkem b) cestuje, je-li doprovázen c) vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	a) dojde samostatně nakoupit b) nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby c) neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	a) uvaří samostatně celé jídlo b) jídlo ohřeje c) jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
5. domácí práce	a) udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací b) provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu c) potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	a) provádí samostatně a pravidelně b) provede pod dohledem c) vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	a) samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty c) léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
8. finance	a) spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje b) zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi c) neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů: závislý v IADL
- 45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL
- 80 bodů: nezávislý v IADL

Příloha č. 4

Index ADL podle Katze (Katz et al., 1963)

činnosti (bodování 1 nebo 0)	nezávislost (1 bod) bez jakékoliv asistence (dohled, slovní, fyzická)	závislost (0 bodů) s asistencí (dohled, slovní, fyzická) nebo úplná závislost
koupání bodování _____	provádí samostatně nebo potřebuje pomoc při mytí jedné části těla (např. zad, genitálu nebo postižené končetiny)	asistence při koupání více než jedné části těla, dopomoc při přesunech do/z vany nebo úplná závislost na asistenci
oblékání bodování _____	zvládne vybrat oblečení ze skříně nebo zásuvek, oblékne si šaty i svrchní oděv, zvládne zapínání; může potřebovat asistenci při zavazování tkaniček	potřebuje dopomoc při oblékání některých částí nebo se sám neobleče
používání WC bodování _____	zvládne dojít na toaletu, svléknout se, očištění, obléknout se a úpravu oděvu	potřebuje dopomoc při přesunech, při očištění, oblékání nebo používá kompenzační pomůcky (mísa, toaletní židle)
přesuny bodování _____	nepotřebuje asistenci při přesunech na/z postele a židle; může při tom používat kompenzační pomůcky nebo opření se	potřebuje dopomoc při přesunech z/do postele nebo židle nebo přesun nezvládne vůbec
kontinence bodování _____	kontroluje močení i defekaci	částečná nebo úplná inkontinence močení nebo defekace nebo používá katétr, urinály, mísu
příjem potravy bodování _____	zvládá jíst z talíře zcela samostatně	potřebuje částečnou nebo úplnou asistenci při příjmu jídla nebo používá sondu
celkové bodování: _____	vyhodnocení: 6–5 bodů nezávislost, plné provedení činnosti 4–3 bodů mírná závislost, střední výkon 2–0 bodů závislost	

Příloha č. 5

PULSES Profil - zkrácená verze

	P = fyzický stav	U = horní končetina	L = dolní končetina	S = senzorika	E = vyměšování	S = sociální funkce
norma (1)	norma, stabilizovaný stav	plná funkce	plná funkce	plná funkce	kontinentní	norma (podle věku), schopen plnit sociální role
mírná porucha (2)	občasná kontrola lékařem (1× za 3 měsíce)	nevyžaduje asistenci, částečné postižení	chodící, mírné postižení DK	mírná funkční porucha (mírná dysartrie, afázie)	občasná inkontinence ve stresové situaci	nevyžaduje dohled, dopomoc při sociálních interakcích
středně těžká porucha (3)	časté kontroly u lékaře (1× týdně)	nutná asistence druhé osoby v ADL	výrazněji omezená chůze	středně těžká porucha, vyžaduje asistenci, afázie	pravidelná inkontinence nebo retence moči	nevyhnutný dohled, závislost na asistenci druhé osoby
těžká porucha (4)	vyžaduje intenzivní zdravotní péči	plná závislost v ADL, výrazné postižení HK	plná závislost (nechodící), použití vozíku	plná závislost v komunikaci, globální afázie	plná inkontinence nebo retence moči	vyžaduje stálou péči v instituci
skóre						

Příloha č. 6

Modifikovaná škála podle Aswortha

0	svalový tonus nezvýšen
1	mírné zvýšení svalového tonu zachytitelné na konci rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
1+	mírné zvýšení svalového tonu patrné po asi polovinu času rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
2	výraznější zvýšení svalového tonu patrné po celou dobu rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
3	zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb obtížný
4	postižená část je v trvalém abnormálním postavení (flexi či extenzi apod.)

Příloha č. 7

Hodnocení domácí návštěvy

Jméno: Věk:
Adresa:
Datum domácí návštěvy: Domácí návštěvu provedl :

A. Mobilita

Je schopen samostatné chůze A / N
Kompenzační pomůcky (mechanický/elektrický vozík, typ, jiné)

B. Kognitivní status – orientačně

Orientace místem, časem, prostorem A / N Potíže s pamětí A / N
Náhled na bezpečnost doma A / N
Porucha zraku A / N Porucha sluchu A / N

C. Asistence druhé osoby

Počet členů žijící v společné domácnosti:
Home care, ošetrovatelská péče A / N Počet hodin:
V jaké oblasti: PADL: IADL: Celkem:
Činnosti, které zvládá samostatně: vaření: praní: domácí práce:
nákup: cestování:

D. Hodnocení vnějšího prostředí

Typ bydlení:

Vnější bariéry:

Podlaží, výtah, počet místností, je přístupnost do všech místností:
Dostupnost služeb (obchod, MHD, lékař):
Je možné provést stavební úpravy (včetně specifikace):

E. Hodnocení vnitřního prostředí (jednotlivé místnosti)

KUCHYŇ

š. dveří: pracovní plocha: užívané el. spotřebiče:
pomůcky (vaření, příjem jídla):

KOUPELNA

š. dveří: vana/sprcha – parametr: madla A / N
protiskluzná podložka A / N sedačka A / N
zvedák A / N

Další kompenzační pomůcky v koupelně:

WC

š. dveří: nástavec A / N v.: madla A / N

LOŽNICE

š. dveří: lůžko, v.:
komoda A / N
Úpravy:

Kontakty se sousedy a známými:

Navrhované úpravy v bytě:

Navrhované úpravy v okolí:

V

Podpis terapeuta:

Příloha č. 8

Kurtzkeho škála (EDSS)

0	Normální neurologický nález (stupeň 0 ve všech FS)
1	Žádná dysabilita, minimální neurologický nález v 1 FS (tj. stupeň 1)
1,5	Žádná dysabilita, minimální neurologický nález ve více než 1 FS (stupeň 1)
2	Minimální dysabilita v 1 FS (stupeň 2), ostatní FS stupně 0 nebo 1
2,5	Minimální dysabilita ve 2 FS (stupeň 2), ostatní FS stupně 0 nebo 1
3	Lehká dysabilita v 1 FS (stupeň 3), ostatní FS stupně 0 nebo 1 nebo mírná dysabilita ve 3–4 FS (stupeň 2), ostatní FS stupně 0 nebo 1 a zároveň chůze bez omezení
3,5	Chodící, ale se střední dysabilitou v 1 FS (stupeň 3) a 1–2 FS stupeň 2 nebo ve 2 FS stupeň 3 nebo v 5 FS stupeň 2 a v ostatních FS stupně 0 nebo 1
4	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na vzdálenost alespoň 500 m, činnost 12 h denně navzdory relativně těžké dysabilitě: 1 FS stupeň 4, v ostatních FS stupně 0 nebo 1 nebo kombinace nižších stupňů přesahující limity předchozích stupňů
4,5	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na vzdálenost alespoň 300 m, činnost po většinu dne, těžká invalidita: v 1 FS stupeň 4, v ostatních FS stupně 0 nebo 1, event. kombinace nižších stupňů přesahující limity předchozích stupňů
5	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na vzdálenost alespoň 200 m, ekvivalent FS je 1 krát stupeň 5 a ostatní FS stupně 0 nebo 1, nebo kombinace nižších stupňů překračující definici pro stupeň 4,5
5,5	Schopnost ujit bez pomoci a odpočinku alespoň 100 m
6	Nutná jednostranná opora (hůl, berle) k ujití alespoň 100 m bez přestávky nebo s přestávkou
6,5	Chůze s oboustrannou oporou (hole, berle) na vzdálenost alespoň 20 m bez přestávky
7	Pacient není schopen ujit ani 20 m s oporou, převážně odkázán na vozík, na kterém se přepravuje sám, tráví na vozíku v bdělém stavu alespoň 12 hodin
7,5	Pacient není schopen ujit s pomocí více než několik kroků, omezen je pouze na vozík, potřebuje pomoc při transportu na vozík a jízdě na něm
8	Pacient je převážně odkázán na lůžko nebo vozík, ale většinu dne tráví mimo lůžko, jsou zachovány některé sebeobslužné schopnosti – obecně možnost užitečného použití HK
8,5	Pacient je většinu dne upoután na lůžko, je do určité míry schopen užívat HK, jsou zachovány některé sebeobslužné schopnosti
9	Bezmocnost, pacient je upoután na lůžko, je schopný jíst a komunikovat
9,5	Zcela bezmocný ležící pacient, neschopný efektivně komunikovat a jíst/polykat
10	Smrt následkem RS

Příloha č. 9

Ergoterapeutické testy 1. sledu

název	Indikace – co se testuje
Jebsen - Taylor	jemná motorika
Purdue - Pegboard, Model #32020	jemná motorika, ergodiagnostika, manuální test
Dynamometrie Jamar	síla stisku, ergodiagnostika
Pracovní křivka dle Emila Kraepelina a Richarda Pauliho	koncentrace a pozornost administrativní činnost, ergodiagnostika
Modelové činnosti (MČ): - kognitivní funkce, jemná motorika (např. zaslání balíčku) - sebeobsluha (např. vaření kávy a polévky) - práce s počítačem - administrativní činnosti - manuální činnosti (různé práce montážní, v dílně)	nosná část ergodiagnostiky, dle volené modelové činnosti komplexní možnosti posouzení dovedností, jemné i hrubé motoriky, kognitivních funkcí, koncentrace a pozornosti pro manuální činnosti, řešení problémů, atd.
AMAS - Activity Matching Ability System	ergodiagnostika, porovnání subjektivních schopností uchazeče s nároky pracoviště
LOTCA - Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment	hodnocení závažnosti poruchy kognitivních funkcí
Hodnocení bolesti	objektivizace bolesti
BI – Barthel index	personální všední denní činnosti – základní sebeobsluha
I ADL – Instrumental Activity Of Daily Living	instrumentální – rozšířené všední denní činnosti
MMSE – Minimental State Examen	mentální schopnosti, stanovení závažnosti demence

Ergoterapeutické testy 2. sledu

název	Indikace – co se testuje
Vyšetření číti	hodnocení taktálního číti, více zaměřeno na horní končetinu
FIM – Functional Independence Measures	všední denní činnosti
COPM	zjištění problémů v oblastech: sebeobsluha, produktivita a volný čas
RBMT	vyšetření poruch paměti
ONT	vyšetření kognitivních funkcí
MEAMS	vyšetření kognitivních funkcí - u starších osob
BIT	přítomnost nebo absence unilaterálního vizuálního neglect syndromu
Předpracovní hodnocení dle K. Jacobsové	soubor testových situací, pracovní dovednosti, schopnosti a návyky, určeno pro mládež s mentální retardací
VKT – Všeobecný kancelářský test	zjištění obecných kognitivních dovedností
Struktura dne	denní režim, sledování rozvrhnutí a vyplnění dne
Dotazník zájmů	přehled zájmů klienta, frekvence vykonávání aktivity, ovlivnění postizením
Squala	hodnocení kvality života
Dotazník schopností zvládat problémy	schopnost využívání různých strategií pro zvládání obtížných situací

Příloha č. 10

Použití různých terapeutických přístupů při nácviku ADL (upraveno podle Case-Smithová et al., 1996)

přístup	problém: zapínání knoflíků pravou horní končetinou
omezení poruchy	zlepšit rozsahy pohybu na horních končetinách a využít činností, které jsou náročné na manipulaci a zručnost ke zlepšení jemné motoriky; snížení spasticity na horní končetině, taktilní stimulace a reedukace
kompensační techniky	zapínání knoflíků pouze jednou rukou
využití technických a kompenzačních pomůcek	použití zapínače knoflíků, úprava oblečení (např. elastické zapínání), jiný typ zapínání (háčky, patentky)
adaptace činnosti	použití jiného oblečení – např. nahradit košili mikinou nebo svetrem, použít větší číslo košile, která je před oblečením již zapnutá
osobní asistence	pacient požádá o pomoc druhou osobu
vývojový	před nácvikem zapínání procvičovat jemnou motoriku pomocí skládaček, vhadzování geometrických tvarů do krabice s otvory, puzzle

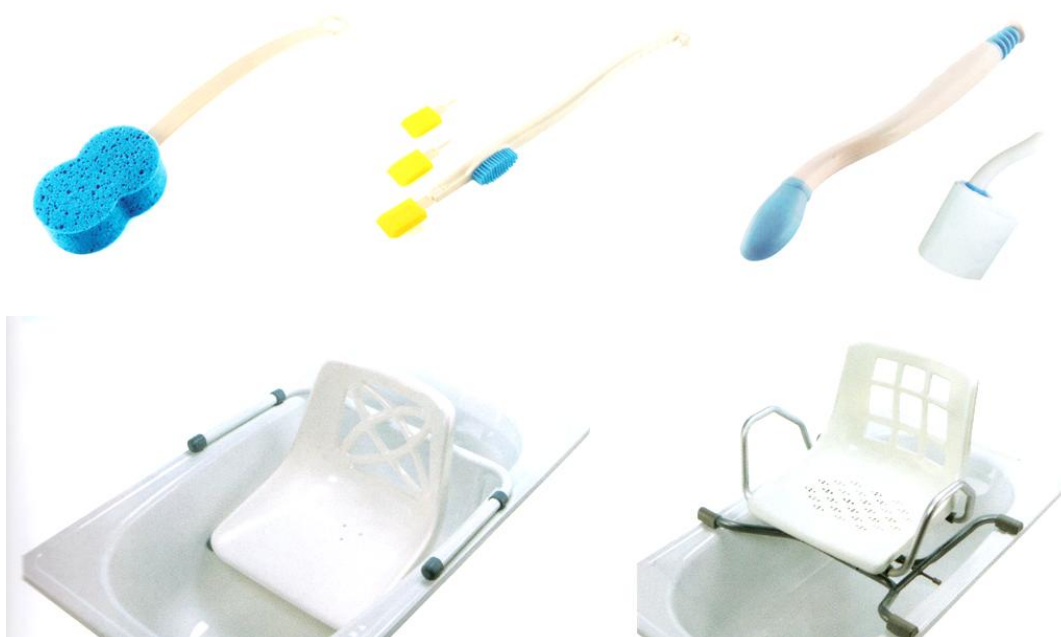
Příloha č. 11

Příklady lokomočních pomůcek



Příloha č. 12

Příklady pomůcek k hygieně



přední pohled



přední pohled



přední pohled

Příloha č. 13

Příklady pomůcek k oblékání

