

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Markéta Pejšová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Markéta Pejšová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**Kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické
ovlivnění**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová
Plzeň 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Pejšová Markéta

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické ovlivnění

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran: 95

Počet příloh: 15

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: schizofrenie, kognitivní poruchy, kognitivní rehabilitace

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřená na kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické ovlivnění zejména z pohledu ergoterapeuta. Teoretická část uvádí popis schizofrenie její dělení, formy, průběh a příznaky. Dále uvádí možnosti léčby a popis jednotlivých kognitivních deficitů. V poslední řadě je zde popsána kognitivní rehabilitace jako celek a také její zaměření na jednotlivé kognitivní poruchy.

Praktická část byla prováděna pomocí kazuistického šetření. Během šetření byli sledováni tři klienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, po dobu tří měsíců. Po celou dobu byla prováděna intenzivní kognitivní rehabilitace. Výsledky všech klientů byly průběžně zaznamenávány a vyhodnoceny během výstupního hodnocení a potvrdily tak dané hypotézy.

Annotation

Surname and name: Markéta Pejšová

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Cognitive disorders in Schizophrenia and their therapeutic Influence

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages: 95

Number of appendices: 15

Number of literature items used: 38

Key words: schizophrenia, cognitive disorders, cognitive rehabilitation

Summary:

The bachelor thesis is focused on cognitive disorders within schizophrenia and their therapeutic influence from the ergotherapist's point of view. The theoretical part describes schizophrenia, its classification, form, progress and its symptoms. It also includes options of the medical treatment and descriptions particular cognitive lacks. Besides other things, it describes cognitive rehabilitation as a whole and its focus on particular cognitive disorders. The practical part is based on the casuistic survey. The three inmates, who were diagnosed with paranoid schizophrenia, were observed in three-month period of time. While observation an intensive cognitive rehabilitation was applied on all of them. All inmates' results were continuously recorded and evaluated in output evaluation and confirms so the hypotheses.

Obsah

1	Schizofrenie	10
1.1	Vymezení pojmu schizofrenie.....	10
1.2	Etiologie schizofrenie.....	10
1.3	Klinické formy schizofrenie.....	12
1.4	Průběh onemocnění.....	15
1.5	Příznaky schizofrenie.....	15
1.6	Léčba schizofrenie.....	18
1.6.1	Léčba z pohledu lékaře	18
1.6.2	Komprehenzivní rehabilitace	19
1.6.2.1	Rehabilitace	19
1.6.2.2	Sociální a pracovní rehabilitace.....	19
1.6.2.3	Psychoterapie.....	20
1.6.2.4	Kognitivně behaviorální terapie.....	21
1.6.2.5	Dramaterapie.....	22
1.6.2.6	Muzikoterapie.....	22
1.6.2.7	Arteterapie.....	23
1.6.2.8	Hipoterapie.....	23
1.6.2.9	Ergoterapie.....	25
2	Diagnostika z pohledu ergoterapie	27
3	Kognitivní deficity u schizofrenie	30
3.1	Poruchy vnímání.....	30
3.2	Poruchy myšlení.....	30
3.3	Poruchy orientace.....	30
3.4	Poruchy verbálního projevu.....	30
3.5	Poruchy emotivity.....	31
3.6	Poruchy pozornosti.....	31
3.7	poruchy paměti.....	31
3.8	Poruchy exekutivních funkcí.....	32
3.9	poruchy inteligence.....	32
4	Kognitivní rehabilitace	33
4.1	Struktura kognitivního tréninku.....	33
4.2	Trénink pozornosti.....	34
4.3	Trénink paměti.....	35
4.4	Trénink verbálního projevu.....	36
5	Cíl práce	38
6	Hypotézy	39
7	Charakteristika sledovaných souborů	40
8	Metodologie výzkumného šetření	41

9	Kazuistiky	42
9.1	kazuistika I.....	42
9.2	Kazuistika II.	51
9.3	Kazuistika III.	60
10	Výsledky výzkumného šetření	69
10.1	Vyhodnocení výsledků u klienta č. 1.....	69
10.2	Vyhodnocení výsledků klienta č.2.....	73
10.3	Vyhodnocení výsledků klienta č. 3.....	78
11	Diskuze	83
12	Závěr	85
	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	86
	Seznam obrázků	91
	Seznam grafů	92
	Seznam tabulek	93
	Seznam zkratk	94
	Seznam příloh	95

Úvod

Téma práce jsou kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické ovlivnění v rámci kognitivní rehabilitace z pohledu ergoterapeuta.

Cíl této práce byl zjistit, vliv kognitivní rehabilitace u klientů se schizofrenií na jednotlivé kognitivní deficity.

Bakalářská práce se bude zabývat vysvětlením pojmu schizofrenie, jejím průběhem a příznaky. Popisovat jednotlivé formy nemoci včetně možností léčby a kognitivní rehabilitace zejména z pohledu ergoterapeuta.

Ergoterapeut se snaží zejména o odstranění nebo alespoň zmírnění kognitivního deficitu prostřednictvím intenzivního tréninku jednotlivých poruch. Velice důležité je, aby pracoval pod supervizí a spolupracoval se všemi ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří se léčby účastní. Nejdůležitější je vytvořit důvěrný a bezpečný vztah mezi terapeutem a klientem. Velký důraz, je kladen na individualitu každého a přístup terapeuta tak orientovat směrem na potřeby a přání klienta.

Rehabilitace by měla vést k navrácení schopností, které jsou poškozeny vlivem onemocnění. Jejich navrácení by mělo být alespoň v takové míře, aby byli klienti schopni plnohodnotného života, navazování sociálních kontaktů a provádění sociálních dovedností. (Látalová, 2006)

Kognitivní rehabilitace může u schizofrenie zlepšovat celkový výkon, který se pak odrazí i v reálném životě. Základem kognitivního tréninku je rozdělení větších celků na několik dílčích částí a trénink provádět postupně.

Terapie u schizofrenie by měla probíhat vždy ve spolupráci se všemi členy multidisciplinárního týmu, jedině tak lze dosáhnout nejlepších výsledků. Hlavní je také zapojení rodiny, která hraje velice důležitou roli v terapii. (Motlová, Koukolík, 2004)

Kognitivní poruchy se u každého liší závažností, formou i průběhem. Velkou roli má také schopnost adaptace během celého života. Největší kognitivní deficity se objevují hlavně v chronickém stádiu onemocnění. (Obereignerů, 2011)

Průběh schizofrenie ovlivňuje spousta okolností jako špatná rodinná anamnéza, stres, negativní životní události, neočekávané změny v životě a jiné. (Motlová, Koukolík, 2004)

Kvalita života u schizofrenie může být ovlivněná spousty faktory, jako nedostatečná podpora rodiny, omezené sociální vztahy, nedostatek vhodného zaměstnání. U kvality života hraje však nejdůležitější roli postoj člověka samotného, jak je spokojen,

jak vnímá své postavení ve společnosti, jaký má životní styl, představy, přání a očekávání.
(Motlová, Koukolík, 2004)

1 Schizofrenie

1.1 Vymezení pojmu schizofrenie

V roce 1845 byla schizofrenie označována jako psychóza, dnes se již tento výraz v psychiatrii nepoužívá. Až roku 1980 dostala schizofrenie nový termín pervazivní vývojová porucha.

Dnes dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN - 10 je schizofrenie řazena mezi poruchy duševní a poruchy chování jako Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29).

Definice Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy dle MKN „*Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládnutí, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky.*“ (UZIS, 2014)

„*Schizofrenie je komplexní porucha, kterou je v současné době nutné rozeznat na základě klinických symptomů.*“ (Cohen, 2002,s.157)

Největší výskyt se objevuje v adolescenci v 16 – 18 letech a pak kolem 25. – 30. roku. (Malá, Pavlovský, 2002)

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, negativně ovlivněné jsou kognitivní funkce, ve smyslu kognitivních deficitů. Nejvíce ovlivněné bývají zejména pozornost, exekutivní funkce, paměť, inteligence a řeč. (Malá, 2011)

1.2 Etiologie schizofrenie

Etiologie není zcela jasná, má na ní vliv řada biologických, sociálních, psychologických faktorů. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

„*Dispozicí může být geneticky podmíněná variace některých enzymových, receptorových nebo proteinových struktur. Dispozice může být i funkční nebo morfologická odchylka získaná v průběhu těhotenství*“ (Raboch, Pavlovský, 2013, str. 245)

Biologické faktory – velký vliv mají genetické faktory, např. Pokud onemocní jedno z jednovaječných dvojčat, často onemocní také druhé dvojče v 50 %. Onemocnění dítěte, pokud je rodič schizofrenik je 12 %. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Neurovývojové změny – hlavní problém je mezi chemickými látkami neurotransmitery, kde je narušena rovnováha. Tyto chemické látky se účastní přenosu nervového vzruchu mezi nervovými buňkami. Nejdůležitější roli u schizofrenie mají neurotransmitery dopamin a serotonin. V určitých částech mozku se při zvýšení dopaminu, přenáší příliš mnoho informací a mozková kůra nezvládá rozeznat důležité informace od informací nedůležitých a není schopná je správně zpracovat. Naopak serotonin nám ovlivňuje spánek, emoce, agresivitu, příjem potravy a bdění. Nerovnováha mezi dopaminem a serotoninem způsobuje různé příznaky psychózy. (Raboch, Pavlovský, 2013)

U schizofrenie poruchy konektivity v oblasti mozečku a sociálního mozku. Změny v prenatálním, postnatálním vývoji se projeví v adolescenci. (Malá, 2009)

Dále to může být také hypotéza neurovývojových změn v mozku. U některých pacientů byly zjišťovány výrazné cerebrální atrofie nebo rozšíření mozkových komor. (Zvolský, 1996)

Těhotenství – u dětí kde byla diagnostikována psychotická porucha, bylo zjištěno, že v 70% byla matka během těhotenství vystavena emočnímu a psychickému stresu. Vyšší výskyt schizofrenie je také, pokud byla matka vystavena během těhotenství infekci, pokud se dítě narodilo se sníženou porodní hmotností nebo porodní asfyxií. (Malá, 2008)

Sociální faktory – více se schizofrenie objevuje u nižších společenských vrstev, z toho důvodu, že schizofrenie snižuje možnost uplatnění se na společenském žebříčku ve vyšší kvalifikaci a správně se tak zařadit do společenských vrstev. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Až 40% se objevuje konfliktní rodinné prostředí, většina má již v dětském věku zážitek smrti, špatné vztahy s vrstevníky, většinou jsou odmítáni kolektivem. (Malá, 2008)

Psychosociální faktory – důležitou roli má rodina, která může výrazně ovlivnit průběh nemoci. Pokud seznámíme rodinu a blízké osoby se zdravotním stavem pacienta a budou se tak účastnit léčby a rehabilitačního plánu, může se prognóza výrazně zlepšit. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Hlavní úlohu u schizofrenie hraje rodina, pacienti s dobrým rodinným zázemím mají i dobrou prognózu. Špatná prognóza se vyskytuje hlavně u pacientů, kde je časný začátek onemocnění nebo kde se schizofrenie vyvíjí pozvolna. (Malá, 2008)

1.3 Klinické formy schizofrenie

Formy v dospělosti dle MKN

Paranoidní schizofrenie

„Paranoidní schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, často persekujícími bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné, nebo poměrně nenápadné.“ (UZIS, 2014)

U této formy schizofrenie, se může objevit agresivita proti domnělým nepřítelům. Časté jsou intrapsychické halucinace např: přesvědčení o telepatických schopnostech nebo o tom, že jsou mu odnímány myšlenky a zveřejňovány, nebo mu jsou cizí myšlenky vkládány. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Nejběžnějšími paranoidními poruchami myšlení jsou bludy persekující, vztahovačné, mesiánské, originární, žárlivecké, bludy transformace vlastního těla. Dále se vyskytují halucinace čichové, chuťové, sexuální. (Malá, Pavlovský, 2002)

Hebefrenní schizofrenie

„Forma schizofrenie, u které jsou nápadné změny afektivní, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování neodpovědné, nepředvídatelné, manýrismus je obvyklý. Nálada je nepřiměřená a plochá. Myšlení je dezorganizované a řeč je inkohérentní. Je zde tendence k sociální izolaci. Prognóza je většinou špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle.“ (UZIS, 2014)

Katatonní schizofrenie

„Katatonní schizofrenie je charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatizmem a negativizmem. Ztrnulé postoje mohou trvat dlouhou dobu. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy a s živými scénickými halucinacemi.“ (UZIS, 2014)

Tato forma se projevuje poruchami chování, nadměrná vzrušivost, neklid, impulzivní jednání, negativismus, napodobování a automatismus. Pokud se objeví vzestup teploty při těžkých stavech vzrušenosti, může vést až ke smrti. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Nediferencovaná schizofrenie

„Psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale jež nelze zařadit do žádného z podtypů F20.0-F20.2 nebo takové, které mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik.“ (UZIS, 2014)

Postschizofrenní deprese

„Depresivní stav, který může přetrvávat, se objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé schizofrenní symptomy, ať pozitivní nebo negativní, musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy.“ (UZIS, 2014)

Vyskytuje se při přetrvávání schizofrenních příznaků, pokud měl pacient v minulosti schizofrenní příznaky a v posledních dvou týdnech projevy deprese. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Reziduální schizofrenie

„Chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresse z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhými, nikoliv však nezbytně negativními symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělost afektu, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá řeč v obsahu nebo množství, špatná non-verbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postoji, snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.“ (UZIS, 2014)

Forma kdy po zmírnění či vymizení příznaků, stále přetrvávají negativní příznaky, označuje chronický průběh. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Simplexní schizofrenie

„Porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu. Charakteristické negativní jevy reziduální schizofrenie se vyvíjejí bez jakýchkoli zřejmých psychotických příznaků.“ (UZIS, 2014)

V popředí jsou tu příznaky jako změna chování a ztráta zájmu. Pacient většinou nejví o nic a nikoho zájem, jen se celé dny povaluje a straní se společnosti. Tato forma se vyvíjí plíživě, nemá pozitivní příznaky. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Schizotypální poruchy

„Porucha je charakterizovaná výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu, které jsou podobné schizofrenním, ale určité a charakteristické symptomy se nevyskytnou v žádném stádiu. Přesný začátek neexistuje a vývoj a průběh jsou podobné jako u poruch osobnosti.“ (UZIS, 2014)

Nacházíme zde podivnosti a zvláštnosti v chování jako např.: podezíravost, úzkost, náznaky paranoidních bludů. Objevují se neobvyklé smyslové zážitky, které jsou však korigovatelné a myšlení je podezíravé. (Malá, Pavlovský, 2002)

Schizoafektivní porucha

„ Jsou to epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Stavy, kde afektivní symptomy nasedají na předchozí schizofrenní onemocnění nebo doprovázejí či střídají trvalou poruchu s bludy jiného typu, jsou řazeny pod F20-F29. Nálada, neodpovídající psychotickým symptomům u afektivních poruch, neopravňuje k diagnóze schizoafektivní poruchy.“ (UZIS, 2014)

Schizoafektivní poruchu dále dělíme:

Porucha manického typu

„Porucha kde jsou výrazné jak schizofrenní, tak manické symptomy, takže epizoda choroby neopravňuje ani k diagnóze schizofrenie ani manie. Tato položka by se měla používat jak pro jedinou epizodu, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod je schizoafektivní manického typu.“ (UZIS, 2014)

Poruchy depresivního typu

„Porucha kde jsou výrazné oba typy symptomů, jak schizofrenní, tak depresivní, takže epizoda neumožňuje diagnózu ani schizofrenie ani deprese. Tato položka by se měla používat jak pro jednu epizodu, tak pro recidivující chorobu, kde je většina epizod schizoafektivních, depresivního typu.“ (UZIS, 2014)

Je zde delší a horší průběh než u manického typu. Je zde vysoké riziko sebevraždy pod vlivem depresivní nálady. (Malá, Pavlovský, 2002)

Porucha smíšeného typu

Příznaky schizofrenie společně s bipolární poruchou. (Malá, Pavlovský, 2002)

1.4 Průběh onemocnění

Průběh schizofrenie v dospělosti

Mezi první projevy patří neklid a deprese. Jako další přichází nedostatek sebevědomí, energie a úzkost. Již na začátku onemocnění dochází ke zhoršenému sociálnímu fungování. Schizofrenie začíná u žen o něco později než u mužů. Dlouhodobý průběh je z velké části také ovlivňován sociokulturním prostředím, dále se podílí i psychosociální stres. Život ve špatné společnosti, v neklidném prostředí, ztráta pracovního uplatnění a jiné. Průběh ovlivňuje i rodinná atmosféra a dobré rodinné vztahy. Po pár letech se průběh schizofrenie může zlepšovat. (Motlová, Koukolík, 2004)

Schizofrenie může probíhat jako chronický proces nebo v atakách se stabilním nebo narůstajícím defektem, případně v atakách s částečnou nebo úplnou remisí. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

Pacient není schopen vykonávat správně svou práci, zhoršuje se schopnost starat se sám o sebe, interpersonální vztahy jsou také narušeny. (Malá, Pavlovský, 2002)

Průběh schizofrenie je variabilní. U některých pacientů dojde po první epizodě k uzdravení, u některých dojde však k další epizodě. U takových pacientů schizofrenie na určitou dobu úplně či částečně ustupuje. Akutní epizody schizofrenie mohou být urychlené také životními událostmi. (Cohen, 2002)

Někdy je obtížné určit začátek příznaků, protože se mohou velmi podobat charakterovým rysům. Nemocní si často stěžují na poruchy spánku, bolesti zad, hlavy, svalů, poruchy pozornosti, pocit celkové slabosti a to v období prodromálních příznaků. Postupem se objevují také další příznaky jako je přemýšlení nad maličkostmi, nové zaujetí vírou, změna v oblékání, vyjadřování, chování, podrážděnost, úzkost, vztahovačnost, náladovost. „ *Stále je však třeba mít na paměti fakt, že přibližně 10% nemocných se schizofrenií končí svůj život sebevraždou*“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, str. 247)

1.5 Příznaky schizofrenie

Kognitivní příznaky

Je zde snížená schopnost soustředit se, něco plánovat, vnímat, řešit problémy.

Halucinace, iluze – je to něco co jedinec slyší, cítí, vnímá, ale ve skutečnosti to neexistuje, zdravý člověk to neslyší ani nevnímá. Iluze znamená naopak, že to co dotyčný vnímá a vidí, ve skutečnosti existuje, ale jedinec to vnímá zkresleně než je to ve skutečnosti. Nejčastěji pacient slyší lidské hlasy, které mu mohou říkat, co má dělat, mohou mu rozkazovat nebo ho oslovovat a mluvit k němu. Hlas může patřit člověku známému nebo cizímu a pacient nemusí být schopen určit, co k němu vlastně mluví. Někdy pacient slyší pouhé zvuky. Pokud pacient hovoří o tom, že slyší hlasy uvnitř své hlavy tak se jedná o halucinace intrapsychické. Halucinace projevující se slyšením zvuků a řeči je halucinace sluchová neboli auditivní. Někdy pacient může vidět věci, které neexistují nebo existují, ale pacient je vnímá opět zkresleně, tak se jedná o halucinace zrakové neboli vizuální. Dále to mohou být halucinace čichové, chuťové a tělové, nemocný po těle pociťuje doteky, bolest, pálení a nezvyklé pocity. Pacient může mít také pocit, že myšlenky v jeho hlavě nepatří jemu, že mu je tam někdo vkládá, vysílá, nebo, že mu naopak někdo myšlenky odebírá. (Kučerová, 2010)

Paranoidita – pacient cítí, že se k němu lidé chovají jinak, že se něco děje, něco se mění v okolí, může si to vysvětlovat špatně a situaci si na sebe vztahovat, začne být paranoidní. Změny v myšlení a ve svém chování interpretuje paranoidně a to může mít různou hloubku. (Kučerová, 2010)

Bludy – patologická porucha myšlení, pacient je přesvědčen o skutečnosti, která není pravdivá a kolikrát ani možná. Bludů je mnoho druhů. Časté jsou bludy paranoidní (vztahovačné), pacient může mít pocit, že je pronásledován. Dále bludy hypochondrické, nemocný tvrdí, že trpí vážnou chorobou, atd. (Kučerová, 2010)

Nemocný hůře rozumí lidem okolo sebe a také se postupně uzavírá a přestává komunikovat. Může začít mít strach o svůj život, přestává spát, má pocit, že je sledován, někdy ani nevychází ven z bytu. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Inkoherentní řeč (porucha myšlení) - pacient říká slova, která jsou srozumitelná, ale spojuje je s jinými tak, že to nedává smysl. Okolí pacienta většinou vůbec nechápe, o čem pacient mluví, kvůli špatné větné stavbě.

Pseudofilozofování, plané mudrování – pacient neustále filozofuje proč je život takový jaký je, proč něco není jinak nebo onak, co je smyslem toho či onoho, také nad

náboženskými věcmi, ale naprosto bez logiky.

Vychudlé myšlení – ztráta řeči v určitých situacích, když chce dotyčný něco popsat nebo říct své přání, své pocity. Nemocný většinou mlčí a pouze odpovídá na otázky jednoslovně. Opakuje často stejná slova, má omezenou slovní zásobu.

Úzkosti, anxiety (porucha emotivity) - stavy úzkosti jsou u schizofrenie velice časté a mohou vést až k sebevraždě.

Depresivní prožívání (porucha emotivity) - na pacientovi to nemusí být zřejmé, nemusí o ní ani mluvit nebo se tak projevovat, ale může jí mít a může vést k sebevraždě.

Emoční oploštělost, plochosť (porucha emotivity) – je to neschopnost citově se projevovat, snížená intenzita prožitku a citu, mít někoho nebo něco rád. Takový člověk působí laxe, lhostejně, chladně, bez zájmů.

Emoční ambivalence (porucha emotivity) – pacient nemá něco či někoho rád ve stejný okamžik. Nebo současně něco chce či nechce.

Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost (porucha emotivity) – pacient často hovoří o věcech, které jsou vážné, ale on sám je bere s humorem a dokonce se tomu směje např. Sebevraždě.

Apatie (porucha emotivity) – nemocného nic nezajímá a nic ho nebaví, nejeví o nic zájem.

Abulie, hypobulie (porucha vůle) – nemocný má velmi oslabenou vůli, kolikrát ani nechce vstát z postele či udržovat hygienu. Hypobulie se projevuje tak, že nemocný by rád něco dělal, ale tvrdí, že na to nemá sílu nebo se rychle unaví. Nemá vůli k tomu dodržet, co řekne či nějaký slib.

Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek – nespavost, projevuje se jako porucha usínání, nespavost několik dní nebo časté pobouzení.

Automutilační a suicidální aktivity (porucha pudů, jednání a vůle) – časté jednání pod vlivem halucinací nebo bludů.

Agresivita vůči okolí (porucha pudů, jednání a vůle) – objevuje se velice často, pacient pod vlivem halucinací, může někoho napadnout, někomu ublížit či být nepřátelský vůči okolí.

Porucha identity osobnosti – pacient se může cítit jako někdo jiný, např. králem, svým bratrem atd.

Psychomotorický neklid – pacient nevydrží na jednom místě, má potřebu neustále něco dělat, někam chodit, manipulovat s věcmi. (Kučerová, 2010)

1.6 Léčba schizofrenie

Dle Rabocha (2013) rozlišujeme 3 fáze léčby:

1. Léčba akutních příznaků
2. Pokračování v léčbě tak abychom došli k uspokojivé remisi
3. Udržovací léčba, zachování remise a zamezení relapsu

1.6.1 Léčba z pohledu lékaře

Farmakologická léčba

Hlavní farmakoterapie u schizofrenie je podávání antipsychotik. Antipsychotika jsou léky, na zklidnění a zmírnění psychotických příznaků, navozují spánek. Je zde pravidelné užívání, které postupně vede k odstranění halucinací a bludů. Jsou to léky, které blokují dopaminové receptory. Jejich nežádoucí příznaky jsou, že snižují napětí svalů a mimovolné pohyby. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Je důležitá včasná léčba antipsychotiky z důvodu redukce akutních rizik, ale také chronického průběhu. Nejdříve pacient užívá co nejnižší dávku antipsychotik a na základě snášenlivosti, lékař dávku postupně zvyšuje.

Lékař se zajímá jak o léčbu příznaků tak také o minimalizaci rizika relapsu a o zlepšení kvality života. Antipsychotika je zapotřebí užívat dlouhodobě měsíce až roky, někdy celoživotně. Efektivní léčba bývá také elektrokonvulzivní terapie.

Další psychofarmaka jako antidepresiva nebo antiepileptika se využívají v léčbě schizofrenie pouze jako přídatná. (Mohr, 2012)

1.6.2 Komprehenzivní rehabilitace

1.6.2.1 Rehabilitace

Rehabilitace by měla alespoň částečně vézt k navrácení schopností pacienta, které byly během onemocnění narušeny a tím mu ztížily zapojení do běžného života. Je zaměřená na trénink sociálních dovedností, sociálních vztahů a návratu do společenského života. Je zapotřebí aktivní zapojení pacienta a také respektovat jeho úsilí a vyrovnávání se s nemocí. (Látalová, 2006)

Později může pacient využít zaměstnání s podporou, kde jsou klienti zaměstnání a teprve potom trénují dané zaměstnání. Zaměstnání s podporou snížilo počet hospitalizací, vedlo k lepší spolupráci a vyšší sociální aktivitě.

Dále je jako možnost chráněné bydlení. Je tak pacientům dopřáno cenově dostupné ubytování.

Další možnost jsou svépomocné skupiny, vzájemná podpora lidí. Má velice pozitivní vliv. Každý duševně nemocný má nárok na bydlení, na práci, mimo jiné také na svůj společenský život. Nemocní, kteří navštěvují svépomocné skupiny, si pak dokáží lépe poradit s problémy, nejsou izolovaní, mají více znalostí. (Motlová, Koukolík, 2004)

Do rehabilitace patří také fyzioterapie, která provádí fyzikální léčbu jako vodoléčbu, masáže, elektroléčbu či světloléčbu. Dále kinezioterapii, která využívá pohyb a sport ke zlepšení duševního i tělesného stavu klienta. (Bouček, 2004)

Ergoterapie má v rehabilitaci duševně nemocných důležité postavení, provádí nácvik všedních denních aktivit, kognitivní rehabilitaci, nácvik komunikačních schopností, sociálních dovedností. Má na starosti skupinové terapie i individuální terapie zaměřené na jedince. (ERGOTERAPIE, 2008)

1.6.2.2 Sociální a pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce ve spolupráci s rehabilitačním střediskem. (ICM, 2015)

Dále sociální pracovník, který poskytuje sociální poradenství a sociální rehabilitaci. (SOCIÁLNÍ-VZDĚLÁNÍ, 2010)

Na pracovní rehabilitaci se podílí také ergoterapeut, který provádí ergodiagnostické vyšetření a dále se zabývá předpracovní rehabilitací. (ERGOTERAPIE, 2008)

Ke zlepšení duševního zdraví napomáhá pracovní začlenění. Může pozitivně

ovlivnit průběh nemoci. Dochází k nácviku určitých činností, dovedností, procvičování kognitivních funkcí, zlepšení komunikace, zvýšení sebevědomí a kontakt s okolím a lidmi. Objevuje se klidnější průběh nemoci a problémy se dají dříve podchytit.

(GREENDOORS, 1997)

U nás provádí také sociální a pracovní rehabilitaci u lidí se schizofrenií mnoho organizací jako Fokus Praha, Kolombus, VIDA a jiné. (HELPNET, 2016)

Jedna z nich je také nezisková organizace Green Doors. Je zaměřena na klienty krátkodobě nemocné, snaží se pomoci jim překonat krizi a zařadit je do běžného života. Podporuje klienty a pomáhá v oblasti přípravy na práci. Pořádají kulturní akce, projekty, snaží se o propojení rehabilitace se službami pro veřejnost. Klienti mohou využít sociální a pracovní rehabilitaci v tréninkových kavárnách. Je to vhodné pro přípravu do běžného zaměstnání, určení pracovních cílů, podpora při návratu do zaměstnání. Program trvá rok, nácvik v kavárně je pod dohledem terapeuta. Jsou tu pracovní místa jako poslíček, roznášení letáků, práce za barem a další. Jedná se o tři kavárny Café na půl cesty, Mlsná kavka, Klub V. kolona a každá kavárna má jiné specifické prostředí.

(GREENDOORS, 1997)

Klient ve stabilní fázi má možnost využít komunitní péči, navštěvovat denní stacionáře, docházet na ambulance nebo využít, svépomocné programy.

(Motlová, Koukolík, 2004)

1.6.2.3 Psychoterapie

Psychoterapii může provádět psycholog, který je absolventem vysoké školy filozofické nebo sociálních studií. Psychoterapii lze provádět až po té co získá způsobilost akreditací. Jako další může léčbu provádět psychiatr, který vystudoval lékařskou fakultu a má navíc specializované vzdělání týkající se psychiatrie. (Killarová, 2016)

Důraz je kladen hlavně na edukaci pacienta o jeho zdravotním stavu, o jeho onemocnění, o typu léčby o možnostech léčby, o vedlejších účincích psychofarmak. (Látalová, 2006)

Rozlišujeme individuální a skupinovou terapii. Účinné a dobře působící na pacienta jsou kognitivně behaviorální psychoterapeutické techniky. Mezi metody psychoterapeutické práce patří nácvik dovedností, dramatizace, různé umělecké práce, arteterapie, muzikoterapie, hraní rolí, rozhovor. Terapie pomáhá zlepšit kontrolu nad myšlením, emocemi, vnímáním, představami a chováním. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Individuální terapie.

Je důležitá pro získání důvěry mezi terapeutem a pacientem. Pacient se lépe otevře, bude mít pocit bezpečí a jistoty. Navozuje klidnou a přátelskou atmosféru. Terapeut si s pacientem vytváří důvěrný vztah. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Rozhovor s pacientem by se měl týkat hlavně toho, jak se cítí, co celý den dělá, jaké má pocity, jestli slyší nějaké hlasy nebo má snad pocit, že ho někdo pronásleduje. (Kučerová, 2010)

Skupinová terapie

Pomáhá, aby si pacient uvědomil, že není jediný, kdo má toto onemocnění. Zjišťuje, jaké potíže mají ostatní a může se tak lépe vyrovnat se svou nemocí. Nacházejí také lepší řešení každodenních problémů. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Dále se u skupinové terapie často využívá rozcvička s různými pomůckami a druhy cvičení, tanec, zpěv, hry s míčem, různá slovní cvičení, hraní na jednoduché nástroje v rámci muzikoterapie. Hraní různých scén a rozdělování rolí. (Kučerová, 2010)

1.6.2.4 Kognitivně behaviorální terapie

Od 50. let minulého století zaznamenala léčba mnoho změn. Kognitivně-behaviorální terapie se osvědčila jako jedna z nejlepších metod pro léčbu schizofrenie. V 70. letech minulého století se spíše zabývala nácvikem pracovních a sociálních dovedností. Později se naopak terapeuti zabývali prevencí relapsu. V 80. letech minulého století se terapie posouvala ještě blíže k ovládnutí tzv. relapsu psychózy. Hlavním cílem bylo naučit pacienta rozpoznat tzv. varovné příznaky, které mohou spouštět psychotickou krizi. Později se terapie zabývala halucinacemi a bludy.

V dnešní době se terapie zabývá hlavně subjektivním vnímáním jedince. Zjišťujeme, jak na něj působí jeho nemoc, jak on sám se s ní vyrovnává, jak přijmou jeho nemoc příbuzní a rodina. Stanovuje se určitý terapeutický plán, včetně plnění domácích úkolů, délky a frekvence jednotlivých sezení.

Podobně také zjišťujeme výskyt bludů a halucinací. V případě, že pacient slyší hlasy, ho můžeme naučit relaxační techniky, naučit ho aby dostal hlasy, které slyší pod kontrolu. (Pěč, Probstová, 2009)

Terapie zaměřená na zklidnění pacienta, odbourání stresu a úzkosti a vyrovnání se s nemocí. Pomáhá odstranit negativní myšlenky a chování. Vede k lepší sociální adaptaci. (Raboch, Pavlovský, 2013)

Kognitivně behaviorální terapii může provádět absolvent pětiletého výcvikového

programu. Který založil Mezinárodní institut ODYSSEA. (ODYSSEA, 2016)

Kognitivně-behaviorální terapeut analyzuje vzorce hodnocení a chování, má za úkol tyto vzorce vysvětlit a pomoci je pacientovi během terapie změnit na jiné strategie. KBT pomáhá snižovat především výskyt bludů. (Motlová, Koukolík, 2004)

Tato terapie je v ergoterapii často využívána. Patří sem určité přístupy a techniky jako trénink relaxace, vizualizace, technika kdy se pacient snaží potlačit své negativní myšlenky. (Krivošíková, 2011)

1.6.2.5 Dramaterapie

Výcvik dramaterapeutů je možno v sanatoriu Fokus dále je možné studium dramaterapie a výcvik na Pedagogické fakultě v Olomouci jako obor Dramaterapeut – herní specialista nebo studium Speciální pedagogiky bakalářské tříleté. (Valenta, 2011)

Zmírňuje sociální a psychologické problémy, zlepšuje možnost vyjadřování se, jedinec díky tomu tak lépe pozná sám sebe, prostřednictvím tvořivosti, je zde zahrnuta jak verbální tak i neverbální komunikace. Dramaterapie se hraje nejvíce skupinově, kde pacient nehraje sebe, ale dostává se do projektivních rolí. Terapeut je také součástí této skupiny, může mít i svou roli a vstupuje do rolí. K dosažení cíle využívá dramaterapie prostředky jako, vyprávění příběhů, improvizace, nonverbální komunikace, využití mýtu a hry. (Pěč, Probstová, 2009)

Cíl dramaterapie je, zvládnutí vlastních emocí, zvládnutí stresu a úzkosti, rozvoj komunikace, zlepšení sebedůvěry, schopnost řešení problémů a určitých situací. (Pěč, Probstová, 2009)

1.6.2.6 Muzikoterapie

Vzdělávací akreditovaný program se nachází na univerzitě v Liberci dále pod Pedagogickými fakultami některých univerzit, jsou několikosemestrální programy. Muzikoterapie je součástí pomáhajících profesí jako psychoterapie, dále v sociálních nebo zdravotnických zařízeních. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Při muzikoterapii se využívá hudba a zvuky za účelem terapie. Pro pacienty s psychotickým onemocněním je mnohem jednodušší vyjádřit své emoce a to jak se momentálně cítí, jak prožívají své onemocnění, prostřednictvím hudby a zvuků. Při této terapii mohou získat kontrolu nad některými symptomy, např. nad hlasy, tím, že o nich

hovoří ve 3. osobě, získávají určitý odstup od toho, co slyší. Jsou vhodné nástroje, které podporují pacientovu představivost a může tak díky nim mít spojení se svým vnitřním světem. Lidé s psychózou jsou velice tvořiví, citliví a mají velkou představivost, proto rádi vyjadřují své emoce tvůrčí cestou. Nejúčinnější je když klient hraje na nástroj, který má i terapeut a ten zrcadlí jeho improvizaci. (Péč, Probstová, 2009)

1.6.2.7 Arteterapie

Arteterapii může provádět člověk s odbornou způsobilostí studiem na Jihočeské univerzitě, kde je bakalářský obor ateliér arteterapie nebo pětiletý výcvik, který pořádá Česká arteterapeutická asociace a také je možnost navštěvovat dvouletý kurz M. Huptycha. Arteterapie používá výtvarný projev, tvořivé aktivity jako možnost vyjádření, ale také ovlivnění lidské psychiky. Napomáhá tak léčení a podporuje zdraví. Cíl je zvýšit u klienta sebevědomí, sebedůvěru, snížit stres, vyjádřit své emoce, sebezpoznání, odhalení vnitřních problémů, uvědomění si problémů, motivace a jiné. Forma může být jak individuální tak i skupinová. (ARTETERAPIE, 2012)

Arteterapie je velkým přínosem zejména u duševně nemocných. Může to být vhodná forma k vyjádření jejich problémů, pocitů, snů či strachu. (Raboch, Pavlovský, 2013)

1.6.2.8 Hipoterapie

Terapii může provádět odborný lékař nebo klinický psycholog, který má akreditovaný psychoterapeutický výcvik. Dále terapeut, který má minimálně středoškolské vzdělání a kurz hipoterapie, ten má za úkol, péči o koně tak o pacienta, hodnocení průběhu a výsledků terapie, plánování terapie a bezpečnost lidí a koní. Částí týmu je také instruktor, který musí mít cvičitelskou licenci, odpovídá za chov koní a výběr vhodných či nevhodných koní na hiporehabilitaci. Přípravuje také koně na hiporehabilitaci a průběh terapie. V poslední řadě také asistent nebo pomocník, vzdělání není nutné, dochází na přípravu koní a na terapie. Léčba je založena na vlastnostech koně v psychoterapeutickém procesu, které slouží k ovlivnění duševních nemocí.

Velice důležitá je tam komunikace mezi klientem a terapeutem prostřednictvím koně, vztah klienta a terapeuta a vztah mezi klientem a koněm, motivace u nespolupracujícího klienta prostřednictvím koně. Zlepšuje také pozornost, která je u klienta zapotřebí při kontaktu s koněm dále emotivita, klient musí překonat strach při práci s koněm. Terapie ovlivňuje i chování, klient se ke koni musí chovat někdy dominantně, někdy podřídivě a tím může sledovat své chování a zjistit tak alternativy svého chování.

Dochází i k trénování kognitivních funkcí tím, že si klient neustále opakuje vše o koni a o jezdecké výstroji. Hippoterapie má velký vliv na zlepšení kvality života u duševně nemocných lidí. (HIPPOREHABILITACE-CR, 2009)

1.6.2.9 Ergoterapie

Tabulka 1 Souhrn rámců vztahů používaných v ergoterapii u psychosociálních postižení

Rámec vztahů	Hlavní koncepty	Zaměření hodnocení	Léčebné aktivity
Behaviorální	Učení a podmiňování chování	Pozorovatelné chování	Behaviorální terapie modifikované chování
Kognitivně-behaviorální	Myšlení emoce sebekontrola a seberegulace sebeuplatnění sebeuvědomění náhled	Výkon činnosti dovednosti chování	Trénink dovedností trénink praktických činností
Psychodynamický (analytický)	Vývojová stadia dynamické nevědomí	Nevědomé potřeby vztahy struktura ega	Psychoterapie kreativní aktivity projektivní aktivity
Humanistický (holistický)	Sebepojetí autonomie svoboda potřeby/pocity	Sebepojetí potřeby situace	Kreativní terapie činnosti, které jsou pro člověka významné

Zdroj: (Krivošíková, 2011, str. 148)

Ergoterapie jako obor má nejstarší tradici v psychiatrii. Ergoterapii předepisuje lékař nebo psycholog, aplikuje se v psychiatrii jak u dospělých tak i u dětí. Ergoterapeut se snaží o odstranění kognitivního deficitu a také deficitu v oblasti afektivní nebo senzomotorické. Podporuje a trénuje u klienta individuální vnímání, komunikaci, sociální dovednosti, schopnost vyjadřovat se. (PSYCHOPEDICKÁ SPOLEČNOST, 2016)

Ergoterapie bude využívat kognitivní rámec vztahů, cíl je zlepšit kognitivní funkce a snížit kognitivní deficit. Zabývá se jak funkcemi kognitivními tak i exekutivními. Rámec dělíme na dva přístupy a to na přístup léčebný a adaptační.

Léčebný přístup

jeho hlavním zaměřením jsou schopnosti jedince a má několik technik. Jedna z nich je trénink transferu, tato technika předpokládá, že pokud se klient zlepší v konkrétním úkolu, automaticky se zlepší jeho výkon i v ostatních podobných úkolech. Jako další je to sensoricko-integrační trénink, během terapie se sledují sensorické vjemy, které působí na klienta a sleduje se adaptační reakce klienta. Využívá se více u dětí.(Krivošíková, 2011)

Aby mohl ergoterapeut provádět kognitivní trénink je zapotřebí absolvovat kognitivní kurz, po kterém získá certifikát o absolvování akreditovaného školení. Měl by být také proškolen v počítačovém programu HAPPYneuron. (BRAINJOGGING, 2016)

Adaptační přístup

je zaměřen hlavně na problémy a jejich řešení pro usnadnění života člověku s kognitivními deficity. Nastavuje pro klienta úkoly v prostředí a tím ho motivuje. Přístup může využít funkční trénink, který opakuje různé aktivity ADL a tím se snaží naučit klienta strategii, jak daný problém v činnosti lze překonat. Trénink se provádí v různém prostředí. Využívá také kompenzaci, klient i terapeut akceptují danou poruchu, ale snaží se najít strategii, kterou by snížily vliv poruchy na provádění ADL aktivit. Klient si je plně vědom svých problémů, ale snaží se je kompenzovat. Lze využít jako vnější kompenzační strategie různé paměťové pomůcky jako kalendář, alarmy, nástěnky, elektronické diáře a jiné. Mezi vnitřní strategie to co si pacient sám vytvoří jako mimotechnickou pomůcku, vnitřní nápovědy, podněty a jiné.

Dále využívá adaptaci, terapeut upraví prostředí tak aby kompenzoval klientův kognitivní problém. U klientů s poruchou pozornosti se bude věnovat úprava prostředí uklizení a poskládání předmětů do jednoho systému aby nedocházelo k rozptýlení. Předpoklad adaptačního přístupu je ten, že vždy lze využít nepostiženou oblast ke kompenzaci oblasti postižené a postupná adaptace a kompenzace napomáhá zlepšení funkčního výkonu klienta. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapie je prováděna buď individuálně, nebo skupinově kolem 7-10 pacientů. Skupina je tvořena pacienty se stejnou indikací. Terapii lze provádět na zahradě, v parku, v exteriéru. Atmosféru má na starost terapeut, který pacienty vede, povzbuzuje, organizuje vykonávanou činnost. Je zapotřebí velká pozornost terapeuta ohledně bezpečnosti. (Klusoňová, 2011)

Ergoterapii v psychiatrii má za hlavní cíl udržet dosavadní schopnosti klienta, zlepšovat schopnosti, obnovovat ztracené funkce. Dále v oblasti komunikace, obnovit sociální kontakty, učit tolerance a komunikace s ostatními, snaha o obnovení soběstačnosti. (Klusoňová, 2011)

Ergoterapie připravuje pacienty na samostatný život prostřednictvím chráněného bydlení nebo dílen. Když ergoterapeut zvolí správnou činnost, odvádí tak negativní myšlenky pacienta. Tím, že se ergoterapeut chová k pacientovi vlídně, chápavě a vždy ho vyslechne a podá mu informace, které potřebuje, se vytváří důvěra mezi pacientem a terapeutem. Je důležité také prostředí přizpůsobit klientovi tak, aby se v něm cítil bezpečně a klidně.

Ergoterapeut provádí také edukativní činnost, jsou to různé přednášky, muzikoterapie, biblioterapie a různé besedy. Dále může provádět také arteterapii, kdy může nemocný své vnitřní pocity vyjádřit pomocí výtvarných technik. Různé rekreační aktivity jako tance, sport, společenské akce, kulturní programy a jiné. Ergoterapeut musí vybrat správnou aktivitu pro odlišné skupiny pacientů. Mezi velice účinné podpůrné terapie patří také muzikoterapie, která využívá hlavně uklidňující, tlumící vliv hudby, kterou lze spojit i se zpěvem nebo tancem. (Klusoňová, 2011)

Ergoterapeut má určitou interdisciplinární roli, měl by spolupracovat jak s lékařem, neuropsychologem, fyzioterapeutem tak se všemi ostatními pracovníky, kteří se podílejí na léčbě klienta. (OCCUPATIONAL-THERAPY, 2016)

2 Diagnostika z pohledu ergoterapie

standardizované testy

Addenbrookský kognitivní test

Test podrobně vyšetřuje kognitivní funkce jako pozornost, orientaci, verbální funkce, paměť a zrakově-prostorové schopnosti. Slouží ke zjištění a vyhodnocení kognitivních poruch. Test obsahuje celkem 26 úkolů, nejvyšší možné skóre je 100 bodů.

Kognitivní funkce jsou zde hodnoceny a bodovány jednotlivě a body se nakonec sčítají. Délka testu je 12-30 minut obsahuje také orientační hodnocení v oblasti testu Mini-Mental State Examination

FIM – Funkční míra nezávislosti

Test odhalí potíže po fyzické stránce klienta. Obsahuje celkem 18 položek, ty jsou rozděleny na motorické skóre 13 položek a kognitivní skóre 5 položek. Každou položku lze ohodnotit od čísla 1 až po číslo 7. Délka testu je přibližně 30 minut.

standardizovaná škála

Schwartzova škála hodnocení terapie

Slouží ke zjištění názorů klienta na jeho stav a na to jak se mu daří. Klient označí vždy číslo odpovědi, které odpovídá tomu, jak se mu dařilo v posledních dnech (doba jednoho týdne). Test obsahuje celkem 10 otázek, klient odpovídá na otázku označením čísla od 0 do 6, kdy nula značí negativní hodnocení otázky a směrem k číslu 6 se spokojenost klienta zvyšuje (nikdy 0-1-2-3-4-5-6 neustále nebo téměř stále). Délka hodnotící škály je cca 5 – 10 minut.

Nestandardizované testy

Dotazník

Dotazník vlastní konstrukce, který zjišťuje stav klienta a jeho názor na terapii, po každé absolvované terapii. Dotazník obsahuje celkem 8 otázek, klienti známkuje otázky od 1 do 5 (1- výborně, 2 – chvalitebně, 3 - dobře, 4 - dostatečně, 5 – nedostatečně). Délka dotazníku je přibližně 5 minut

Hodnocení motivace

Motivace, byla u klientů hodnocena pomocí nestrukturovaného pozorování a rozhovoru. Před terapií ve smyslu jak se těšili na terapii, co je motivuje k tomu docházet na terapie. Během terapie byla hlavně sledována motivace danou terapii absolvovat a dokončit. Po terapii hodnocena ve smyslu, co klientům dané terapie přináší, jak se těší na příští terapii. Co je v jejich životě nejvíce motivuje. Každým klientem vytvořen vlastní motivační plán.

Pozorování klienta

U klienta byly pomocí nestrukturovaného pozorování sledovány tyto body.

- Vzhled, kde byla sledována péče o sebe sama a dále oblékání. Hodnoceno bylo, jestli je péče dostačující, zda oblečení nemá zvláštní význam.
- Chování, zejména před terapií, během terapie, po terapii, jeho reagování na požadavky terapeuta, soustředění během terapie, chování k jiným klientům v zařízení a chování k terapeutovi a ostatním pracovníkům.
- Nálada byla sledována před terapií, během terapie a plnění úkolů a po terapii, hodnocena pomocí dotazníku vlastní konstrukce.
- Emoce, bylo sledováno, zda se nevyskytuje úzkost, smutek, zmatenost, otupělost, agresivita.
- Myšlení, bylo pozorováno nejvíce během kognitivní rehabilitace, zda se klient soustředil a byl schopen přemýšlet.
- Prožívání, jak klient zvládá pobyt v zařízení, jak se mu tam líbí, zda mu chybí domov a jezdí tam alespoň na návštěvy, rodina, přátelé, jestli ho někdo chodí navštěvovat, co mu v zařízení PN a v jeho životě nejvíce chybí.

Rozhovor

U všech klientů byl použit nestrukturovaný rozhovor s cílem co nejlépe poznat klienty, jejich život, názory, zájmy, obavy, přání a jejich náhled na nemoc. Rozhovor sloužil k vytvoření kladného a otevřeného vztahu mezi klientem a terapeutem.

Zaznamenávání času

Po každé proběhlé terapii se u klientů zapisovala délka terapie. Sloužila ke zjištění výdrže a trpělivosti. Postupně byla doba terapie u všech klientů prodlužována, jako snaha o zlepšení výdrže.

3 Kognitivní deficity u schizofrenie

3.1 Poruchy vnímání

Objevují se velmi často, z počátku jako iluze později už v podobě halucinací. Halucinace jsou klamné vjemy, ale nemocný je přesvědčen o tom, že jsou pravdivé. Důvodem vzniku halucinací je porucha určité části mozkové kůry, vzniká nekoordinace mezi stimulačními a inhibičními funkcemi, může vzniknout porucha příjmu podnětů. Mezi halucinace řadíme sluchové, tělové ale i čichové. Nemocný se během halucinací může cítit často dezorientován jak ve světě tak i v sobě samém. Jde o poruchu interpretace a špatnému porozumění obsahu, který nemocný vnímá. (Vágnerová, 2004)

3.2 Poruchy myšlení

Patří sem poruchy dynamiky, u schizofreniků je myšlení pomalejší, může dojít k upnutí se na jednu myšlenku a naopak může dojít k myšlenkovému trysku, verbální projev není srozumitelný, slova spolu nesouvisejí a věty nemají význam. Pokud je porucha formálního myšlení, nemocný není schopen plynulosti, ztrácí se v textu, chybí logická souvislost a může vzniknout myšlenkový chaos. Nemocný nedokáže rozeznat co je podstatné a co není, také může špatně vnímat význam určitých slov nebo je nesprávně používat. Další porucha se týká obsahu myšlení, které je pro ostatní většinou nesmyslné, ale nemocný vychází z jeho halucinací a bludů. Nemocný se v bludném světě necítí být sám, ale v reálném světě často není schopen navázat kontakt. Blud se odráží od úvah jedince. V bludech se mohou objevit také negativní zkušenosti či traumata. Bludy bychom neměli nikdy zpochybňovat, vznikají jako obranná reakce na danou situaci a u nemocného by se tak mohla objevit agresivita nebo úzkost. (Vágnerová, 2004)

3.3 Poruchy orientace

Orientace je narušena hlavně v oblasti reality. Nemocný není schopen vnímat podněty a informace a ani si je zapamatovat. Podněty nedokáže rozeznat a dává jim jiný význam. Pro nás běžné činnosti či zvuky vnímá jako zvláštní, má je za určitá znamení. Může tak hledat souvislosti tam kde žádné nejsou. Mají potřebu, aby bylo vše, co jim přijde nějak zvláštní vysvětleno a měli tak jasný závěr, cítí se pak bezpečně a mají lepší jistotu. (Vágnerová, 2004)

3.4 Poruchy verbálního projevu

Porucha verbálního projevu je spojena s poruchou myšlení. Nemocný má nesrozumitelnou řeč, kde chybí souvislost a často má nedostatečnou slovní zásobu. Projevují se bizarním způsobem, opakují třeba jedno slovo nebo slovní spojení pořád

dokola, i když nesouvisí se situací. Vytváří také neologismy, to znamená, že si utvářejí nová slova, která nemají význam a jsou nesmyslná. Jejich verbální vyjádření není souvislé a nedává většinou žádný smysl, mezi slovy není spojitost. (Vágnerová, 2004)

3.5 Poruchy emotivity

Citové reakce jsou neadekvátní, jsou nepředvídatelné, někdy mohou být opačné než by v dané situaci měli být, nemocný se může smát neutrální situaci nebo naopak být smutný v pozitivní situaci. Mohou být přecitlivělí na určité téma nebo podnět. Příčinou je více emočních negativních prožitků, které mohou vést k sociální izolaci. Nejvíce se s emoční labilitou můžeme setkat na počátku onemocnění. Velmi často se u nemocných vyskytují i deprese. Dále se vyskytuje afektivní ambivalence, která se vyznačuje protichůdností citových prožitků. Nemocný může mít rozpolčené vztahy k lidem a také jako další příznak je citová otupělost. (Vágnerová, 2004)

3.6 Poruchy pozornosti

„Funkce pozornosti jsou u pacientů se schizofrenií komplexně narušeny jak po stránce tenacity, koncentrace, rozsahu, distribuce, přepojování.“ (Obereignerů, 2011)

Nemocný se většinou špatně soustředí a rozptyluje ho podněty z vnějšího prostředí. Nedokážou přesunout pozornost z věci, na kterou se soustředí na věc druhou, dále ani dlouhodobě pozornost udržet. Další problém činí rozpoznat důležité jevy od jevů méně důležitých nebo nepodstatných např. na pozadí. Co se týče sluchových podnětů a zrakových, reagují pomaleji, někdy neadekvátně. Porucha pozornosti má často vliv na paměť, během kognitivní rehabilitace nebo testování, kdy klient chybí pro nedostatečné soustředění. (Preiss, Kučerová, 2006)

3.7 poruchy paměti

Paměť dělíme na procedurální a deklarativní. Procedurální paměť se často požívá bez našeho vědomí, jedná se o stereotypy, naučené postupy a jiné. Deklarativní paměť používáme na zapamatování si příběhu, či určitých věcí. Klienti se schizofrenií mají nejčastěji poruchu paměti deklarativní. Lidé se schizofrenií si dobře pamatují dětství a nedávné události, ale mají problém s vybavováním vzpomínek z dospělosti. Deficity se projevují téměř v každé paměti, jak vizuální, akustické tak i sémantické, v poslední řadě i epizodické. Dle délky uchování, je poškozena paměť pracovní, krátkodobá nebo dlouhodobá. (Preiss, Kučerová, 2006).

S pracovní pamětí souvisí schopnost verbálního učení kdy je nejčastěji poškozeno zakódování informací a později problém s vyhledáváním informací. Všechny složky

pracovní paměti se navzájem ovlivňují a exekutivní funkce zde hrají významnou roli z důvodu organizace všech informací. (Rodriquez, Mohr, 2004)

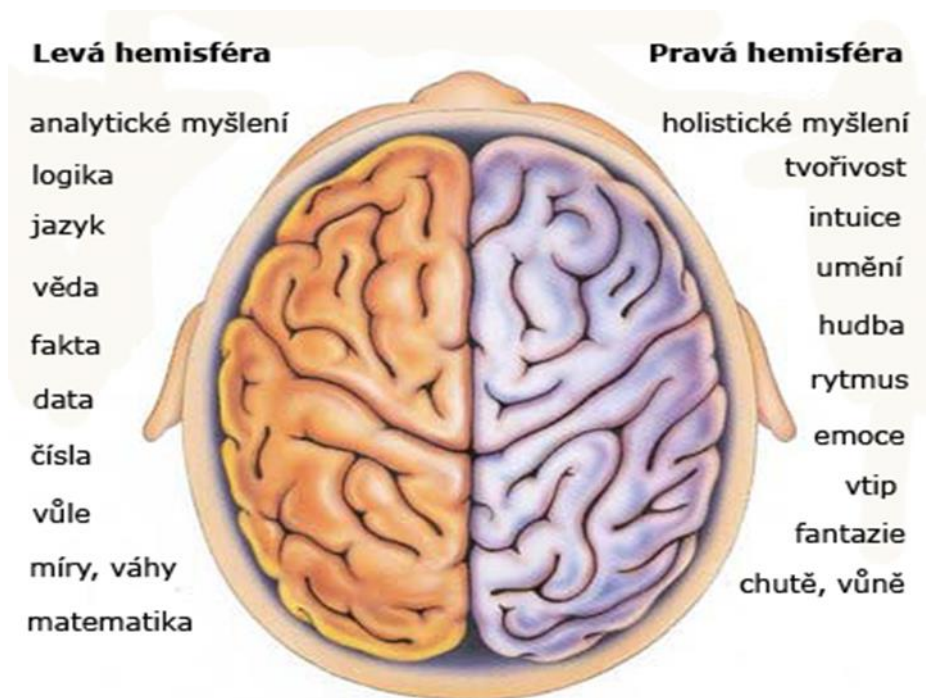
3.8 Poruchy exekutivních funkcí

Hlavní problém při poruše exekutivních funkcí vzniká při plnění úkolů. Nastává problém při plánování, řešení problémů, či pokud mají klienti uskutečnit určitý úkol, při dosažení daného cíle a chybí flexibilita. Nejsou schopni soustředit svou pozornost a paměť k cíli, který je potřeba splnit. Tyto funkce jsou také nezbytné pro péči o sebe samého. (Preiss, Kučerová, 2006)

3.9 Poruchy inteligence

Již v dětském věku se často objevují problémy s řečí, samotářství, může vzniknout i emoční odcizení a zpomalení vývoje motoriky. Později s narůstajícím věkem se začínají objevovat snížené schopnosti kognitivních funkcí. Ze začátku průměrné výkony ve srovnání s ostatními a později i podprůměrné. V adolescenci jsou viditelné různé změny v chování, sociální uzavřenost k okolí, vyhýbání se kontaktu s ostatními vrstevníky. Zjištěno nižší IQ. (Obereignerů, 2011)

Obrázek 1 Hemisféry mozku



Zdroj: (Faixová, 2011)

4 Kognitivní rehabilitace

Díky Kognitivním funkcím můžeme poznávat, plánovat, učit se, být ve spojení s ostatními lidmi, patří mezi základní funkce mozku. „*Stejně jako při tréninku kognitivních funkcí, tak i při kognitivní rehabilitaci postupujeme přes nácvik jednoduchého zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa, přes procvičování prostorové představivosti, řeči, počítání, vizuálního vnímání, prostorově-konstrukčního myšlení a paměti, k nácviku složitějších a vyšších kognitivních funkcí, jako je řešení logických úloh, abstrakce a procvičování exekutivních funkcí. Kognitivní trénink je pak vhodné zakončit zaměřením se na afektivitu klientů, jejich prožívání, sebehodnocení a vzorce chování.*“ (Lippertová Grunerová, 2005)

Během kognitivní rehabilitace je důležité zapojení rodiny a vytvoření vztahu mezi terapeutem, klientem i rodinou. Terapeut se snaží co nejlépe klienta poznat po všech stránkách, tak aby pochopil jak klient žil a byl ho tak schopný navrátit do života, který by odpovídal jeho stylu a představě. (Sohlberg, Mateer, 2001)

4.1 Struktura kognitivního tréninku

Struktura kognitivního tréninku bude obsahovat několik cvičení jak na pozornost, paměť, exekutivní funkce tak také verbální projev. Každé cvičení trvá přibližně 45 minut. Cvičení lze použít jak individuálně tak i skupinově. U každého cvičení budou 3 úkoly, které bude mít dotyčný za úkol splnit. Cvičení bude obsahovat instrukce, podle kterých bude klient postupovat.

Na začátek se terapeut představí a seznámí se s klienty. Jako další krok je přivítání klientů a cvičení, může také znovu říci jména všech zúčastněných. Během cvičení je důležité podporovat mezi klienty komunikaci. Terapeut by neměl u klientů vzbuzovat pocit, že je zkouší, atmosféra musí být klidná, uvolněná. Když se někomu cvičení podaří je důležitá pochvala, ale všechny ostatní je zapotřebí neustále povzbuzovat. Po skončení cvičení mají klienti čas na zhodnocení své práce a celkovou sebereflexi. V poslední části řekne i sám terapeut jak se mu dnešní cvičení líbilo, může klienty inspirovat na další cvičení a rozloučí se s klienty. Klienti se můžou chytit v kruhu a uklonit se navzájem, jako pozdrav nebo jen zamávat na rozloučenou, či si mohou všichni společně zatleskat. Výběr závěrečného rozloučení záleží na terapeutovi. (Klucká, Volfová, 2009)

Pokud provádíme, trénink kognitivní funkce zahrneme, tím do tréninku i osobnostní faktory a také sociální. Všechny tyto složky jsou zapotřebí v běžném životě. Dále je při

tréninku důležité jak nemocný bere sám sebe, jak je schopen adaptovat se prostředí nebo lidem. (Klucká, Volfová, 2009)

4.2 Trénink pozornosti

Cvičení 1

Část 1

Klienti se pokusí říci, jak se dnes cítí a kdyby měla barva vyjádřit jejich pocit, která by to byla. Barvu, kterou si vyberou, použijí na papír, kam svoje pocity znázorní, jakkoliv obrázkem, čarami, kruhy, různé vzory.

Po dokončení ukážou svůj obrázek ostatním a řeknou, co oni na něm vidí a co namalovali.

Část 2

Bude se skládat z toho, že každý klient řekne jednu barvu, ale vždy musí ke své zopakovat ty, které již slyšel od ostatních.

Terapeut nakonec všechny barvy zopakuje pro všechny ještě jednou a řekne také jednu svojí.

Část 3

Každý dostane před sebe papír, na kterém bude několik obrazců, v obrazcích budou tečky, za úkol bude spočítat tečky dohromady a později spočítat tečky v každém obrazci zvlášť.

Cvičení 2

Část 1

Klienti dostanou na výběr z 10 karet se zvířaty. Každý si vybere kartu se zvířetem, které se mu líbí. A řekne celé skupině, proč si vybral zrovna toto zvíře.

Část 2

Klientům se kartičky odeberou s tím, že se zamíchají mezi více kartiček. Po zamíchání je terapeut otočí, aby každý viděl, kde se nachází jeho zvíře. Kartičky se obrátí zpět a jeden po druhém se pokusí obrátit kartičku, o které si myslí, že je na ní jejich zvíře.

Část 3

Klientům budou puštěny zvuky zvířat. Po každém zvuku budou mít nějaký čas na to, aby napsali na papír, které zvíře si myslí, že to bylo. Po skončení nahrávky terapeut řekne postupně, o která zvířata se jednalo a všichni si tak mohou společně zkontrolovat své výsledky.

Cvičení 3

Část 1

Klienti dostanou papír, na kterém bude vždy slovo, které má přeházená písmenka. Budou muset poznat co je to za slovo a napsat ho vedle správně.

Část 2

Úkol bude vybrat si jakékoliv jedno slovo a snažit se aby ho ostatní uhádli, ale bez použití verbálního projevu. Můžou se pokusit vysvětlit slovo gesty nebo pantomimem.

Část 3

Klienti dostanou papír, na kterém budou body označené písmenky. Budou je spojovat podle abecedy a dostanou tak skrytý obrázek.

4.3 Trénink paměti

Cvičení 1

Část 1

Klientům bude přečten příběh dle výběru terapeuta. Po skončení četby, budou mít za úkol napsat na papír postavy, které se v příběhu vyskytovali a popsat je. Nakonec jeden po druhém přečtou svůj výsledek a s terapeutem a ostatními tak vzájemně zkontrolují, zda jsou na papíře všechny postavy.

Část 2

Terapeut ukáže karty, na kterých budou různé postavy, nechá jednu minutu na zapamatování a kartičky obrátí. Klienti napíšou na papír postavy, které si zapamatovali.

Část 3

Terapeut, zapne ukázkou písně, kterou budou mít klienti za úkol poznat a říci její název.

Cvičení 2

Část 1

Klienti dostanou mapu města i s popsanými ulicemi a označením banky, pošty, nákupního střediska, parkoviště, a jiných míst. Dostanou čas na prostudování mapy. Po té dostanou vytištěnou mapu, ale prázdnou, s tím, že doplní vše, co tam patří a co si pamatují.

Část 2

Terapeut řekne jedno písmeno, na které klienti vždy vymyslí jednu věc, jméno nebo město, budou hovořit postupně jeden po druhém a nic se nesmí opakovat.

Část 3

Terapeut uloží každému klientovi jedno písmenko, na které se bude snažit vymyslet a napsat na papír co nejvíce českých jmen. Nakonec každý přečte kolik jmen má na papíře.

Cvičení 3

Část 1

Terapeut vytleská určitý rytmus a klienti ho po něm musí opakovat. Po té každý vytleská svůj vlastní rytmus a ukáže na dalšího, který ho po něm bude muset opakovat.

Část 2

Terapeut ukáže obrázek, na kterém bude několik obrazců, klienti budou mít za úkol si obrázek zapamatovat a obrazce nakreslit na papír tak jak byly na obrázku.

Část 3

Klienti, dostanou papír s tabulkou, kde budou vyspaná čísla a jejich úkol bude, ke každému číslu napsat písmeno, které je pod číslem schováno v abecedě. Nakonec si to společně s terapeutem zkontrolují.

4.4 Trénink verbálního projevu

Cvičení 1

Část 1

Klienti budou mít za úkol jeden po druhém se postupně představit a říci jaké mají koníčky, co mají rádi a naopak.

Část 2

Klienti budou hrát takzvaný slovní fotbal. Jeden řekne slovo a druhý vymyslí další, které musí začínat na poslední písmenko předchozího slova, zapojuje se i terapeut, slova by se nemněly opakovat.

Část 3

Terapeut řekne písmenko a klienti se budou snažit na něj vymyslet co nejvíce slov, napíší je na papír před sebou a nakonec je jeden po druhém přečtou.

Cvičení 2

Část 1

Terapeut vždy řekne slovo a ukáže na klienta, který bude mít za úkol říci slovo opačného významu. Terapeut nejdříve vysvětlí, o jaká slova se jedná a ukáže to na příkladu.

Část 2

Terapeut řekne jedno slovo a klienti budou mít za úkol vymyslet a říci jakým slovem nebo slovy, by se dalo nahradit tak, aby nezměnilo význam.

Část 3

Terapeut, řekne slovní spojení, s kterým budou mít klienti za úkol vytvořit alespoň 3 věty.

Cvičení 3

Část 1

Terapeut řekne jedno písmeno, na které každý řekne alespoň jedno povolání a jedno zvíře.

Část 2

Terapeut bude číst různé otázky a ten kdo bude vědět odpověď tak odpoví. Může se zapisovat, kdo na kolik otázek věděl odpovědí a nakonec se výsledky vyhodnotí. Terapeut může přichystat i nějakou cenu pro výherce.

Část 3

Terapeut pustí ukázkou pohádky a poté ukázkou písničky související s pohádkou. Klienti dostanou papír s vytištěnou písničkou a všichni jí dohromady zazpívají.

5 Cíl práce

Hlavním cílem je zjistit pomocí výzkumného šetření jaký vliv má trénink kognitivních funkcí na poruchy kognitivních funkcí u schizofrenie.

Dílčí cíle:

1. Zjistit vliv tréninku kognitivních funkcí na poruchy paměti, pozornosti, verbálního projevu
2. Zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce stav klienta po terapii a přínos terapie pro klienta, jeho vlastním hodnocením absolvované terapie

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí o diagnóze schizofrenie, o kognitivních poruchách v rámci schizofrenie, o možnostech kognitivní terapie.
2. Vybrání sledovaného souboru a jednotlivé zjištění celkového stavu a stavu kognitivních funkcí.
3. Sestavit vhodnou terapii pro trénink kognitivních funkcí dle poruch kognitivních funkcí.
4. Kontrolovat a porovnávat jednotlivé výsledky testování a délku jednotlivých terapií.
5. Použití nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce k posouzení stavu klienta po terapii a jeho názoru na absolvovanou terapii.

Tyto výsledky budou porovnávány, diskutovány a následně konfrontovány s odbornou literaturou, která potvrdí nebo vyvrátí stanovené hypotézy.

6 Hypotézy

Předpokládám, že:

1. Intenzivním tréninkem kognitivních funkcí, může dojít ke zlepšení kognitivních poruch v oblasti paměti, pozornosti a verbálního projevu
2. Postupným prodlužováním doby terapie lze přispět k lepší výdrži klienta během tréninku kognitivních funkcí
3. Ergoterapeutická intervence zaměřená na sebehodnocení klientů po terapii, povede k automatické sebereflexi

7 Charakteristika sledovaných souborů

K posouzení vlivu tréninku kognitivních funkcí na kognitivní deficity byl vybrán sledovaný soubor 3 klientů s diagnózou paranoidní schizofrenie z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Jedná se o dvě ženy, jednu ve věku 50 let, u které proběhla první hospitalizace od 30. 3. 2015 na oddělení č. 22, přijata po náhlém zhoršení stavu. Hospitalizace byla u klientky nařízena soudně. Druhá ve věku 62 let, která byla v zařízení opakovaně hospitalizována, poslední hospitalizace proběhla 28. 2. 2014 na oddělení č. 22. Hospitalizace začaly v roce 2003, kdy se stav klientky výrazně zhoršil poté, co suicidoval její syn. A jednoho muže ve věku 45 let, který byl opakovaně hospitalizován na oddělení č. 20, poslední hospitalizace proběhla 15. 10. 2015, kdy se jeho stav zhoršil poté, co byl propuštěn domu.

Aktivní spolupráce probíhala od 30. 11. 2015 – 3. 3. 2016., tzn. po dobu tří měsíců na oddělení č. 20 a č. 22. Bylo provedeno vstupní, průběžné a výstupní vyšetření. Byl proveden rozhovor, dále pozorování, hodnocení motivace, zaznamenávání délky terapie a vyplnění dotazníku vlastní konstrukce po každé proběhlé terapii.

Společným znakem sledovaného souboru byly kognitivní deficity a tak možnost uplatnění kognitivní rehabilitace.

Klienti byli vybráni na doporučení ergoterapeutky daného pracoviště. A na základě domluvy s každým z nich, vznikla společná spolupráce.

8 Metodologie výzkumného šetření

Metody testování byly u všech vybraných klientů stejné. Jednalo se o kvalitativní výzkum a byly použity následující metody šetření. Nestrukturovaný rozhovor, který byl využit denně. Sloužil ke zjištění informací, o spokojenosti s terapií a k vytvoření kladného vztahu mezi klientem a terapeutem. Dále bylo použito nestrukturované pozorování, zaměřeno zejména na prostředí kde se terapie odehrávala, na klienta samotného, na jeho chování, vzhled, řeč, náladu, emoce, myšlení a prožívání.

Standardizované testy FIM – Funkční míra nezávislosti k posouzení fyzického stavu a ACE-R - Addenbrookský kognitivní test k posouzení kognitivních funkcí. Dále byla využita standardizovaná škála, Schwartzova škála hodnocení terapie, k zjištění stavu klienta a nestandardizované testování v podobě dotazníku vlastní konstrukce, který sloužil k posouzení sebereflexe.

Byla hodnocena také motivace pomocí nestrukturovaného pozorování a rozhovoru. Před terapií, během terapie a po terapii a zaznamenáván čas po každé proběhlé terapii, který sloužil ke zjištění výdrže a trpělivosti klientů.

Výzkumné šetření je stavěné na odběru kazuistických dat. Informace byly odebrány pomocí nestrukturovaného rozhovoru, pozorování a z lékařské dokumentace. Všechny informace a data, jsou zpracovány v kazuistické studii.

Odběr dat byl prováděn po dobu tří měsíců a testování bylo provedeno vstupní, průběžné a výstupní. U všech vyšetření byly použity stejné testovací metody. V kapitole výsledky výzkumného šetření jsou graficky znázorněny data všech klientů.

9 Kazuistiky

9.1 kazuistika I.

Pohlaví: muž

Věk: 45 let

Diagnóza:

Hlavní: Paranoidní schizofrenie

Vedlejší: diabetes

Hospitalizace: opakovaná hospitalizace

Příjem: 15. 10. 2015

Anamnéza:

Čerpáno z rozhovoru s klientem a z lékařské dokumentace.

Osobní anamnéza

Běžná dětská onemocnění, léčí se s diabetem.

Nynější onemocnění

Paranoidní schizofrenie, bolest kloubů. Opakovaně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, přijat 15. 10. 2015 na oddělení č. 20. Po poslední hospitalizaci propuštěn, bydlel s matkou a otcem, uvádí komplikovaný vztah k otci, údajně s ním otec nekomunikuje, to klient špatně snáší a tím došlo ke zhoršení klientova stavu. Sám tak požádal o návrat do PN.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná k NO

Pracovní anamnéza

Klient je vyučený zámečnick.

Sociální anamnéza

Žil s rodiči v rodinném domě, nyní se s rodinnou vidí na svátky a jednou za měsíc, když požádá o propustku na jeden den. S matkou má velice kladný vztah, jezdit navštěvovat ho však nemůže, je vážně nemocná. Důchod má. Má přiděleného opatrovatele.

Kompenzační pomůcky

Klient používá denně brýle.

Zájmy

Poslech hudby, navštěvování kostela alespoň jednou týdně, procházky, četba

Denní program klienta dle PN:

- 07:00 – nácvik vstávání, oblékání
- 07:15 – ovlivnění fyzického stavu klienta ve formě skupinové rozcvičky
- 07:30 – snídaně
- 08:00 – probíhá komunita s psychologem, vrchní sestrou a ergoterapeutkou zaměřená na předání informací klientům, zjištění stavu klientů, řešení běžných věcí a problému spojené s fungováním oddělení
- 08:30 – komunita č. 2 – Norské fondy, komunita s psychologem a ergoterapeutkou sloužící k přípravě klienta a jeho poučení o přeložení na nové oddělení, poskytnutí informací týkajících se nového oddělení a programu do kterého bude klient zařazen
- 08:30 – 10:30 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, v úterý nácvik IADL aktivit ve cvičné kuchyňce, ve čtvrtek a v úterý nácvik IADL aktivit – práce na pokoji v PN - vyklizení a umytí nočního stolku, přinesení čistého povlečení, sundání starého povlečení, umytí postele a povléknutí peřin
- 11:00 – oběd
- 11:30 – 13:00 – polední klid na oddělení, odpočinek
- 13:00 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, v pátek skupina s psychologem, ve čtvrtek se klient účastnil muzikoterapie, která byla skupinová pod vedením muzikoterapeutky, v pondělí nácvik ADL aktivit – osobní péče - holení, koupání, oblékání
- 15:00 – konec terapie
- 15:00 – 16:00 – nácvik pohybové aktivity – procházka po areálu PN
- 17:00 – večeře
- 18:00 – klient využívá večerní čas pro své zájmy jako je hudba, četba a odpočinek
- 21:00 - spánek

Vstupní vyšetření:

Dne: 30. 11. 2015

Hodnocení FIM:

- Motorické dovednosti: 90/91 bodů,
- Kognitivní dovednosti: 29/35 bodů
- Celkem: 119/126 bodů

Hodnocení ACE-R:

- Pozornost a orientace: 16/18 bodů
- Paměť: 14/26 bodů
- Slovní produkce: 8/14 bodů
- Jazyk: 26/26 bodů
- Zrakově-prostorové schopnosti: 13/16 bodů
- Celkové hodnocení: 77/100 bodů

Problémové oblasti:

Motorické dovednosti:

Kontrola močové měchýře: klient trpí urgentní inkontinencí

Kognitivní dovednosti:

Chápání: klient potřebuje pro pochopení názornou ukázkou, hlavně během terapie, dostatečné vysvětlení jednotlivých úkolů

Sociální interakce: klient komunikuje omezeně a nevyhledává příliš kontakt s ostatními klienty v zařízení, s terapeuty komunikuje dostatečně

Řešení problémů: klient je nesvéprávný má přiděleného opatrovatele, nezvládá manipulaci s léky ani cestování – nutná pomoc druhé osoby

Paměť: problém v oblasti krátkodobé paměti s rychlým zapamatováním slov po kratším časovém úseku, dále s vybavováním a znovupoznáváním

Pozornost a orientace: klient má problém s pozorností na delší dobu, stěžuje si na únavu, orientován je časem, místem i osobou

Slovní produkce: klient rozumí, ale má značné omezení pokud je úkol omezen časem, pomalejší psychomotorické tempo

Zrakově-prostorové schopnosti: klient rozpozná obrazce, ale při překreslování mírné potíže, s udržení tvaru a překreslení obrazců na přesná místa

Sebehodnocení klienta:**Pro sebehodnocení klienta byla vybrána Schwartzova škála hodnocení terapie**

Tabulka 2 Schwartzova škála hodnocení terapie u klienta č. 1

Výroky	Hodnocení klientem (nikdy 0-1-2-3-4-5-6 neustále nebo téměř stále)
1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen s tím co mohu dělat.	6
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	5
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.	4
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	6
5. Dovedu si užít legraci.	6
6. Jsem celkově spokojen se svým duševním zdravím.	6
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	5
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.	5
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	5
10. Mám klid v duši.	5

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Nestrukturované pozorování

Vzhled: klient neměl problém s péčí o sebe samého, měl vždy upravený vzhled, denně nosil brýle

Chování: vždy milí, někdy když hovořil o své minulosti, byl smutný, protože by měl rád rodinu a děti. Nerad hovořil o své rodině, s otcem nemá dobré vztahy, údajně se s ním otec nebaví a matka je vážně nemocná. Často hovořil o ženách ve svém životě, vyprávěl rád o svých vztazích a také bohu, je silně věřící. Chování k ostatním klientům v zařízení bylo bez problému, klient se příliš nezapojoval do skupinových aktivit. K personálu se choval vždy mile, ochotně, pokud byl v zařízení naplánován výlet, aktivně se zapojoval.

Nálada: každou terapii měl veselou náladu, na naše setkání se vždy těšil

Řeč: tempo řeči mírně zpomalené, často když hovořil o své minulosti a svých vztazích, přeskakoval z jedné věci na druhou, vyprávění bylo neuspořádané

Myšlení: klient byl během terapie soustředěný jen určitý časový úsek, bludy nebyly přítomny, nikdy o žádných nehovořil

Prožívání: klient je v zařízení PN spokojen, je tam raději než doma, protože rodiče si s ním údajně málo povídají a tím se jeho stav zhoršuje, těší se na nové oddělení, na které bude přeložen, doufá, že se později jeho stav na toliklepší, aby mohl jít do jiného zařízení. Domu jezdí na návštěvy cca jednou za dva měsíce, těší se vždy na matku, že jí může doma alespoň s něčím pomoci a vidět jí. Na návštěvy za ním chodí jeho přítel kněz, matka nemůže z důvodu nemoci. Nejvíce v životě klientovi chybí, žena, rodina a děti.

Hodnocení motivace

motivace byla hodnocena pomocí nestrukturovaného pozorování a rozhovoru Klient měl motivaci, že docházel na terapii rád a bavila ho, věřil tomu, že kognitivní rehabilitací, dojde ke zlepšení jeho problémových oblastí, chtěl zlepšit své problémové oblasti. Zařazení do programu „Norské fondy“ byla pro klienta velká motivace, těšil se na nové oddělení. Vytvořil si motivační plán, kam vložil všechna svá přání, sny, cíle v životě a věci, které ho naplňují.

Průběžné hodnocení

Zaznamenávání délky terapie

Tabulka 3 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 1

Datum terapie	Délka terapie
30.11.2015	20 minut
2.12.2015	20 minut
3.12.2015	30 minut
4.12.2015	30 minut
8.12.2015	Cvičná kuchyňka – pečení bábovky
9.12.2015	40 minut
10.12.2015	45 minut
15.12.2015	Cvičná kuchyňka – pečení cukroví
16.12.2015	40 minut
17.12.2015	50 minut
4.1.2016	Výlet vánoční trhy Plzeň
5.1.2016	50 minut
7.1.2016	Muzikoterapie - zpívaná
14.1.2016	40 minut
21.1.2016	50 minut
28.1.2016	Muzikoterapie
4.2.2016	60 minut
11.2.2016	50 minut
18.2.2016	55 minut
22.2.2016	45 minut
3.3.2016	60 minut

Zdroj: vlastní

Problémové oblasti: u klienta je potřeba zaměřit se na výdrž a trpělivost během terapie, postupně tak prodlužovat délku jednotlivých terapií

Ergoterapeutický plán:

Cíl ergoterapie:

- Motivace
- Zlepšit paměť krátkodobou i dlouhodobou
- Zlepšit zrakově- prostorové schopnosti
- Zlepšit pozornost během terapie
- Zjistit cíle klienta, vytvoření motivačního plánu
- Zlepšit výdrž a trpělivost klienta během terapie
- Zlepšit komunikaci s ostatními klienty, zapojování do skupinových aktivit
- Obsah terapie orientován na zájmy klienta (náboženství, hudba, četba, příroda a jiné)

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Ovlivnění paměti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění pozornosti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění verbálního projevu pomocí slovních her
- Ovlivnění zrakově-prostorových schopností pomocí her a nácviku činností v praxi
- Vytvoření motivačního plánu a udržení motivace
- Ovlivnění výdrže a trpělivosti během kognitivního tréninku pomocí postupného prodlužování terapií

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Nadále provádět kognitivní rehabilitaci
- Zapojovat klienta také do skupinových aktivit, pro zvýšení komunikace s ostatními klienty
- Klient zařazen do projektu Norské fondy, snaha o sociální interakci klienta
- Podporovat cíle klienta
- Udržovat motivaci

Typ terapie, frekvence a délka:

Typ terapie: individuální, skupinová

frekvence terapie: 30. 11. 2015 – 8. 1. 2016 – 3x týdně, 14. 1. 2016 – 3. 3. 2016 – 1-2x týdně

délka terapie: individuální nebo skupinová dle přání, rozsahu terapie a výdrže klienta, první terapie cca 20 – 30 minut, další terapie se čas postupně zvyšoval až na 60 minut

Příklad terapeutických činností:

Využití kognitivních cvičení, pracovních listů a her, u všech klientů byla prováděna stejná terapie, měnil se však obsah, který byl vždy orientován na zájmy daného klienta.

- Hra vyber barvu (ovlivnění paměti, psychického stavu, verbálního projevu)
- Kognitivní cvičení obrazce (ovlivnění paměti, pozornosti a orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Hra kartičky se zvířaty (ovlivnění paměti, pozornosti a orientace, verbálního projevu)
- Hra zpřeházená písmenka (ovlivnění pozornosti a orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Pracovní listy spojování písmenek (ovlivnění pozornosti a orientace)
- Hra slovní fotbal (ovlivnění verbálního projevu, paměti, pozornosti)
- Kognitivní cvičení četba příběhu (ovlivnění pozornosti a orientace, paměti, psychického stavu)
- Kognitivní cvičení ukázky písni (ovlivnění pozornosti a orientace, verbálního projevu, psychického stavu)
- Pracovní list mapa města (ovlivnění paměti, pozornosti a orientace, zrakově-prostorových schopností)
- Hra řekni písmeno (ovlivnění paměti, verbálního projevu, pozornosti)
- Kognitivní cvičení slovní spojení (ovlivnění paměti, verbálního projevu)
- Kognitivní cvičení ukázky pohádek (ovlivnění pozornosti a orientace, paměti, verbálního projevu, psychického stavu)
- Hra aktivity (ovlivnění verbálního projevu, pozornosti, zrakově-prostorových schopností, pohybové aktivity, psychického stavu)

Terapie s klientem probíhala ve dnech: 30. 11. 2015, 2. 12. 2015, 3. 12. 2015, 4. 12. 2015, 8. 12. 2015, 9. 12. 2015, 10. 12. 2015, 15. 12. 2015, 16. 12. 2015, 17. 12. 2015, 4. 1. 2016, 5. 1. 2016, 7. 1. 2016, 14. 1. 2016, 21. 1. 2016, 28. 1. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 18. 2. 2016, 22. 2. 2016, 3. 3. 2016

Referenční rámec: kognitivně-behaviorální, humanistický

Přístup: léčebný, adaptační

Závěrečná zpráva:

ACE-R

Ve výstupním vyšetření bylo u klienta v testu ACE-R mírné zlepšení v oblasti paměti a slovní produkce, v ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

FIM

V testu FIM nedošlo během průběžného ani výstupního vyšetření k žádným změnám.

Schwartzova škála hodnocení terapie

Klient změnil své bodování u výroku č. 3 z č. 4 na č. 5. Dále také u výroku č. 9 a 10, který klient hodnotil při vstupním hodnocení č. 5 a při výstupním č. 6.

Délka terapie

Byla zaznamenávána během všech terapií s klientem. V průběžném a výstupním hodnocení je viditelné zvýšení délky jednotlivých terapií a tím i ovlivnění výdrže a trpělivosti klienta.

Hodnocení motivace

Klient měl při vstupním, průběžném i výstupním hodnocení motivaci, docházet na terapie, účastnit se terapií, pracovat s terapeutem. Byl vždy v dobré náladě, na naše setkání se těšil a aktivně se zapojoval do zadané práce.

Dotazník

Po každé terapeutické jednotce, klient vyplnil dotazník, který sloužil k zjištění zájmovosti terapie a stavu klienta. K porovnání byly vybrány tři terapie.

9.2 Kazuistika II.

Základní informace:

Pohlaví: Žena

Věk: 50 let

Diagnóza:

Hlavní: Paranoidní schizofrenie

Vedlejší: bolesti zad – neléčené

Hospitalizace: 1. hospitalizace, na základě nařízení soudu

Příjem: 30. 3. 2015

Anamnéza:

Čerpáno z rozhovoru s klientkou a z lékařské dokumentace.

Osobní anamnéza

běžná dětská onemocnění

Nynější onemocnění

Paranoidní schizofrenie, časté bolesti zad, které klientka nikdy neléčila. Před hospitalizací žila u rodičů v RD, uvádí, že přestala chodit do zaměstnání, postupně přestala úplně vycházet z domu a nesplácela půjčky, které měla. Pokračovalo to několik měsíců, až jí hrozila exekuce a předvolání k soudu. Klientka ztratila zájem o cokoliv. Byla tak přijata do PN v Dobřanech na základě nařízení soudu, na oddělení č. 22, 30. 3. 2015.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná k NO

Pracovní anamnéza

Klientka vystudovala střední ekonomickou školu, pracovala jako sekretářka, bankovní poradce, účetní a pojišťovací poradce.

Sociální anamnéza

Klientka žila u rodičů v RD, je svéprávná, nemá přiděleného opatrovatele, pobírá důchod. Matka a otec nejedí klientku navštěvovat, ale ona jezdí na návštěvy domu cca 1x

za měsíc, s rodiči uvádí dobrý vztah. Do PN ji jezdí navštěvovat její dcera.

Kompenzační pomůcky

Klientka nemá

Zájmy

Plavání, četba, vyšívání, dřívě běžky, klientka má ráda práci u které jsou viditelné výsledky.

Denní program klientky dle PN:

- 07:00 – nácvik vstávání, oblékání
- 07:15 – ovlivnění fyzického stavu klienta ve formě skupinové rozcvičky
- 07:30 – snídaně
- 08:00 – probíhá komunita s psycholožkou, vrchní sestrou a ergoterapeutkou zaměřená na předání informací klientkám, zjištění stavu klientek, řešení běžných věcí a problému spojených s fungováním oddělení. Na začátku komunity vždy otázky na klientky typu, jaký je den, kdo má dnes svátek, zda znají někoho s tímto jménem. Na konci zadán úkol do příští komunity, vždy spojen s aktuálním dnem, svátky, ročním obdobím atd..
- 08:30 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, ve čtvrtek nácvik IADL aktivit ve cvičné kuchyňce, ve čtvrtek a v úterý nácvik IADL aktivit – práce na pokoji v PN - vyklizení a umytí nočního stolku, přinesení čistého povlečení, sundání starého povlečení, umytí postele a povléknutí peřin
- 11:00 – oběd
- 11:30 – 13:00 – polední klid oddělení
- 13:00 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, ve středu skupina s psychologem, v úterý se klientka účastnila muzikoterapie, která byla skupinová pod vedením muzikoterapeutky, v pondělí nácvik ADL aktivit – osobní péče, koupání, oblékání, úprava zevnějšku
- 14:00 – svačina
- 15:00 – nácvik pohybové aktivity – procházka po areálu PN
- 17:00 – večeře
- 17:30 – nácvik JM – vyšívání, sledování TV
- 21:00 - spánek

Vstupní vyšetření:

Dne: 30. 11. 2015

Hodnocení FIM:

- Motorické dovednosti: 91/91 bodů
- Kognitivní dovednosti: 32/35 bodů
- Celkem: 123/126 bodů

Hodnocení ACE-R:

- Pozornost a orientace: 17/18 bodů
- Paměť: 17/26 bodů
- Slovní produkce: 10/14 bodů
- Jazyk: 25/26 bodů
- Zrakově-prostorové schopnosti: 14/16 bodů
- Celkové hodnocení: 84/100 bodů

Problémové oblasti:

Slovní produkce: klientka potřebovala více času u terapie než se dokázala vyjádřit, rozumí dobře, má menší problém pokud je úkol omezen časem, psychomotorické tempo o něco pomalejší

Sociální interakce: klientka se příliš nezapojovala do skupinových aktivit, neměla potřebu být v zařízení v kontaktu s ostatními klienty, raději preferovala samotu, chtěla mít klid na vyšívání, četbu, s terapeutem a ostatními pracovníky komunikovala dostatečně

Paměť: problém v oblasti krátkodobé paměti, s vybavováním a znovupoznáváním, klientce dělá problém zapamatování si a zároveň po určité době vybavení si více slov

Pozornost a orientace: problém po delší době se soustředěním a trpělivostí během terapie

Zrakově-prostorové schopnosti: klientka měla menší problém u překreslení obrazců u sečení teček v prostoru a v jednotlivých obrazcích

Sebehodnocení klienta:

Pro sebehodnocení klientky byla vybrána Schwartzova škála hodnocení terapie

Tabulka 4 Schwartzova škála hodnocení terapie dle klienta č.2

Výroky:	Hodnocení klientem (nikdy 0-1-2-3-4-5-6 neustále nebo téměř stále)
1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojena s tím, co mohu dělat.	3
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	3
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.	3
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	4
5. Dovedu si užít legraci.	4
6. Jsem celkově spokojena se svým duševním zdravím.	2
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	3
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.	2
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	3
10. Mám klid v duši.	3

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Nestrukturované pozorování

Vzhled: klientka chodila čistě oblečená, ale o úpravu zevnějšku nejevila příliš velký zájem, často nebyla ani učesaná.

Chování: na každé terapii se klientka chovala mile, často hovořila o tom, jak by chtěla žít normální život, najít si bydlení, práci, myslí, že je naprosto schopná se o sebe postarat. Nejraději by si chtěla najít práci v oblasti bankovníctví. Hodně také mluvila o své dceři a malé vnučce, kterou by chtěla více vídat, ale z důvodu hospitalizace v PN to není možné. Chování k ostatním klientkám na oddělení bylo bez problémové, ale klientka neměla příliš potřebu komunikovat s ostatním v zařízení, uvedla, že má ráda klid a čas na svoje koníčky, jako je vyšívání, četba. K personálu přistupovala vždy ochotně, komunikovala s ním dostatečně, ráda se účastnila naplánovaných výletů.

Nálada: klientka nebyla příliš veselá ani naopak smutná, její nálada by se dala popsat jako neutrální, příliš se neprojevovala, většinou se zlepšila po terapii, která jí bavila

Řeč: v pořádku, klientka jen déle přemýšlela během zadaného úkolu u terapie, než odpověděla, byla hodně nejistá, v běžné komunikaci také přemýšlela o něco déle

Myšlení: během terapie se vždy soustředila, klidně přemýšlela a přistupovala k zadaným úkolům, bludy nebyly přítomny

Prožívání: klientka v zařízení PN není příliš spokojená, už by chtěla, aby mohla odejít, najít si své vlastní bydlení, k rodičům se vracet nechce, dále si najít práci, vídat se svou dcerou a vnučkou. Na návštěvy za klientkou nikdo nechodí, dcera žije daleko a rodiče jezdí navštěvovat pouze ona, když má propustku a jede domu. Dceru viděla po vánocích a byla nadšená, že se mohla starat o malou vnučku. Nejvíce klientku mrzí, že vídá vnučku tak málo, je to pro ní, ale i největší motivace k léčbě.

Hodnocení motivace

motivace byla hodnocena pomocí nestrukturovaného pozorování a rozhovoru Klientku terapie bavily, jako motivaci několikrát vymyslela co by během terapie chtěla vyzkoušet, co by chtěla zejména zlepšit. Její největší motivací byla dcera a malá vnučka, také to, že se chce osamostatnit, najít si opět práci, kterou měla a která jí vždy bavila. Motivací bylo i zařazení do programu „Norské fondy“, klientka se těší na změnu prostředí a na to, že to přinese něco nového do jejího života.

Průběžné hodnocení
Zaznamenávání délky terapie

Tabulka 5 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 2

Datum terapie	Délka terapie
30.11.2015	30 minut
1.12.2015	30 minut
3.12.2015	Cvičná kuchyňka – bramboráky, pečení buchty
4.12.2015	30 minut
7.12.2015	45 minut
9.12.2015	40 minut
11.12.2015	40 minut
14.12.2015	50 minut
16.12.2015	45 minut
18.12.2015	Vánoční besídka
4.1.2016	Výlet vánoční trhy Plzeň
5.1.2016	Muzikoterapie - zpívaná
7.1.2016	45 minut
14.1.2016	40 minut
21.1.2016	50 minut
28.1.2016	55 minut
4.2.2016	60 minut
11.2.2016	45 minut
18.2.2016	40 minut
22.2.2016	60 minut
3.3.2016	50 minut

Zdroj: vlastní

Problémové oblasti: výdrž a trpělivost během terapie, první terapie cca 30 minut, později se čas viditelně zvyšoval

Ergoterapeutický plán:

Cíle ergoterapie:

- Motivace
- Zlepšit paměť krátkodobou i dlouhodobou
- Zlepšit zrakově- prostorové schopnosti
- Zlepšit pozornost během terapie
- Zlepšit verbální projev klientky
- Zjistit cíle klientky, vytvoření motivačního plánu
- Zlepšit výdrž klientky během terapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Ovlivnění paměti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění pozornosti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění verbálního projevu pomocí slovních her
- Ovlivnění zrakově-prostorových schopností pomocí her a nácviku činností v praxi
- Vytvoření motivačního plánu
- Ovlivnění výdrže během kognitivního tréninku pomocí postupného prodlužování terapií
- Zapojovat klientku do skupinových aktivit
- Obsah terapie orientovat vždy na zájmy klientky

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Pokračovat v kognitivním tréninku
- Klientka zařazena do projektu Norské fondy, snaha o sociální interakci
- Podporovat cíle klientky
- Udržení motivace klientky

Typ terapie, frekvence a délka:

Typ terapie: individuální, skupinová

frekvence terapie: 30. 11. 2015 – 8. 1. 2016 – 3x týdně, 14. 1. 2016 – 4. 3. 2016 – 1-2x týdně

délka terapie: individuální dle rozsahu terapie a výdrže klientky, první terapie trvaly cca 30 minut, postupně se čas viditelně zvyšoval až na 60 minut

Příklad terapeutických činností:

Stejný jako u klienta č. 1, měnil se však obsah, který byl vždy orientován na zájmy klientky.

Terapie s klientem probíhala ve dnech:

30. 11. 2015, 1. 12. 2015, 3. 12. 2015, 4. 12. 2015, 7. 12. 2015, 9. 12. 2015, 11. 12. 2015, 14. 12. 2015, 16. 12. 2015, 18. 12. 2015, 4. 1. 2016, 5. 1. 2016, 7. 1. 2016, 14. 1. 2016, 21. 1. 2016, 28. 1. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 18. 2. 2016, 22. 2. 2016, 3. 3. 2016

Referenční rámec: kognitivně-behaviorální, humanistický

Přístup: léčebný, adaptační

Závěrečná zpráva:

ACE-R

V průběžném a závěrečném vyšetření bylo u klientky v testu ACE-R mírné zlepšení v oblasti paměti, slovní produkce a zrakově-prostorových schopností, v ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

FIM

V testu FIM nedošlo během průběžného a závěrečného vyšetření k žádným změnám.

Schwartzova škála hodnocení terapie

Klientka změnila své bodování během závěrečného hodnocení u výroku č. 1 ze třech bodů na čtyři body, dále u výroku č. 2, změnila bodování z třech bodů na pět, u výroku č. 5 ze čtyř na pět bodů, u č. 6 z dvou bodů na tři a u výroku č. 9 ze třech na čtyři body.

Délka terapie

Byla zaznamenávána při každé terapii s klientkou. Nejdříve byla výdrž klientky cca 30 minut, později se však během terapií viditelně zvyšovala. Ovlivněna byla tedy i trpělivost klientky při terapii.

Hodnocení motivace

Bylo zapotřebí klientce často připomínat její motivaci. Pozitivním přínosem bylo pro klientku vytvoření motivačního plánu, který měla mít na pokoji, aby jí připomínal její cíle a sny. Při vstupním, průběžném i výstupním hodnocení byla motivace pozorována, dále také během každé terapie. Na terapii docházela klientka ráda, chápala to také jako motivaci, k tomu aby se zlepšil její celkový stav.

Dotazník

Po každé terapeutické jednotce klientka vyplnila dotazník, který sloužil k zjištění zájmovosti terapie a stavu klienta. K porovnání byly vybrány tři terapie.

9.3 Kazuistika III.

Základní informace:

Pohlaví: Žena

Věk: 62 let

Diagnóza:

Hlavní: Paranoidní schizofrenie

Vedlejší: Hypothyreóza, nedoslýchavost

Hospitalizace: dobrovolný vstup, opakovaná hospitalizace v PN v Dobřanech, celkem 56. pobyt, dříve hospitalizována v PO v Ostrově a v PL v Bohnicích

Příjem: 28. 2. 2014

Anamnéza:

Čerpáno z rozhovoru s klientkou a z lékařské dokumentace.

Osobní anamnéza

Běžná dětská onemocnění, léčí se štítnou žlázou.

Nynější onemocnění

Paranoidní schizofrenie, klientka se léčí štítnou žlázou. Před hospitalizací v PN v Dobřanech byla klientka několikrát hospitalizována v PO v Ostrově a v PL v Bohnicích. Hospitalizacím klientky předcházelo zhoršení jejího stavu potom co její syn suicidoval oběšením, v roce 2003 klientce zemřel také přítel, se kterým žila ve společné domácnosti. Před poslední hospitalizací došlo ke zhoršení stavu, klientka uvádí, že slyšela tak hlasité hlasy až trpěla na migrény, byla přijata 28. 2. 2014 na oddělení č. 22.

Rodinná anamnéza

Matka, otec bezvýznamné k NO. Synové tři, Albert, Andreas, Marek. Syn Marek suicidoval oběšením v 38 letech v roce 2012.

Pracovní anamnéza

Klientka je vyučená bruslička skla.

Sociální anamnéza

Rozvedená, žila ve společné domácnosti s přítelem, je svéprávná, má důchod

Kompenzační pomůcky

klientka nemá

Zájmy

kreslení, klientka dochází velice ráda na arteterapii, procházky

Denní program klientky dle PN:

- 07:00 – nácvik vstávání, oblékání
- 07:15 – ovlivnění fyzického stavu klientky ve formě skupinové rozcvičky
- 07:30 – snídane
- 08:00 – probíhá komunita s psychologkou, vrchní sestrou a ergoterapeutkou zaměřená na předání informací klientkám, zjištění stavu klientek, řešení běžných věcí a problému spojených s fungováním oddělení. Na začátku komunity vždy otázky na klientky typu, jaký je den, kdo má dnes svátek, zda znají někoho s tímto jménem. Na konci zadán úkol do příští komunity, vždy spojen s aktuálním děním, svátky, ročním obdobím atd..
- 08:30 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, po terapii chodila klientka pravidelně na arteterapii, která jí velice bavila, ve čtvrtek nácvik IADL aktivit ve cvičné kuchyňce, ve čtvrtek a v úterý nácvik IADL aktivit – práce na pokoji v PN - vyklizení a umytí nočního stolku, přinesení čistého povlečení, sundání starého povlečení, umytí postele a povelknutí peřin
- 11:00 – oběd
- 11:30 – 13:00 – polední klid na oddělení
- 13:00 – ergoterapie zaměřená na kognitivní rehabilitaci, ve středu skupina s psychologem, po terapii šla klientka opět na arteterapii, kde byla odpoledne skupina s lékařem, v pondělí nácvik ADL aktivit – osobní péče, koupání, oblékání, úprava zevnějšku
- 14:00 – svačina
- 15:00 – nácvik pohybové aktivity – procházka po areálu PN, klientka také volný čas na oddělení využívala k výtvarné činnosti malování
- 17:00 – večeře
- 17:30 – klientka sleduje TV nebo tráví čas odpočinkem

- 20:30 – klientka chodí spát

Vstupní vyšetření:

Dne: 30. 11. 2015

Hodnocení FIM:

- Motorické dovednosti: 90/91 bodů
- Kognitivní dovednosti: 27/35 bodů
- Celkem: 117/126 bodů

Hodnocení ACE-R

- Pozornost a orientace: 16/18 bodů
- Paměť: 17/26 bodů
- Slovní produkce: 12/14 bodů
- Jazyk: 24/26 bodů
- Zrakově-prostorové schopnosti: 13/16 bodů
- Celkové hodnocení: 82/100 bodů

Problémové oblasti:

Motorické dovednosti:

Kontrola močové měchýře: klientka trpí stresovou inkontinencí

Kognitivní dovednosti:

Chápání: klientka potřebuje pro pochopení názornou ukázkou, hlavně během terapie, potřebuje více času pro pochopení zadaného úkolu

Slovní produkce: klientka hůře rozumí z důvodu nedoslýchavosti, je potřeba pokyny opakovat, má problém pokud je úkol omezen časem, psychomotorické tempo o něco pomalejší

Pozornost a orientace: klientka má problém po delší době se soustředěním a trpělivostí během terapie

Paměť: problém u krátkodobé paměti, klientce dělá problém zapamatování si a zároveň po určité době vybavení si více slov

Zrakově-prostorové schopnosti: klientka měla problém při testu kreslení hodin, číslice byly chybně rozmístěné a jedna chyběla, pouze jedna ručička byla nasměrována ke správné číslici

Sebehodnocení klienta:

Pro sebehodnocení klienta byla použita Schwartzova škála hodnocení terapie

Tabulka 6 Schwartzova škála hodnocení terapie dle klienta č. 3

Výroky:	Hodnocení klientem (nikdy 0-1-2-3-4-5-6 neustále nebo téměř stále)
1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojena s tím, co mohu dělat.	6
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	6
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.	6
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	6
5. Dovedu si užít legraci.	6
6. Jsem celkově spokojena se svým duševním zdravím.	0
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	3
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.	0
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	6
10. Mám klid v duši.	0

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Nestrukturované pozorování

Vzhled: klientka chodila ve svém vlastním oblečení, většinou na sobě měla spoustu šperků, ozdobných věcí a byla výrazně namalovaná, vlasy měla sepnuté

Chování: na každé terapii se klientka chovala mile, laskavě, byla ochotná, ale vždy netrpělivá, protože se velice těšila na arteterapii, kterou navštěvovala každý den po naší terapii. Často mluvila o svých synech, kteří za ní nejezdí, přála by si, se s nimi vídat. Občas také mluvila o svém synu Markovi, který suicidoval oběšením. Klientka si vyčítala, co se stalo, říkala, že mu mohla pomoci, kdyby věděla, co syna trápilo. Na návštěvy za klientkou nikdo nejezdí, ona sama z PN neodchází, protože nemá kam jít, synové žijí údajně v Německu, nic víc o nich momentálně neví. S matkou nežili už od 10 let, kdy se nastěhovali k otci právě do Německa. V kontaktu s matkou nebyli až na syna Marka, který zůstal žít u matky. K personálu a ostatním klientkám na oddělení se chová mile, má tam i pár přítelkyň.

Nálada: klientka byla občas smutnější nálady, říkala, že slyší hlasité zvuky ve své hlavě, hlasy, které jí způsobují silnou bolest hlavy, více klientka sluchové halucinace nespécifikovala, pokud halucinace neměla, byla veselá

Řeč: byla omezená z důvodu nedoslýchavosti klientky, úkoly a zadání se musely několikrát opakovat, s personálem i ostatními klientkami komunikuje dostatečně

Myšlení: během terapie byla klientka často nesoustředěná, u úkolů přemýšlela pomaleji, potřebovala na zadání více času než ostatní klienti

Prožívání: klientka se v PN cítí dobře, nemá domov kam by se mohla vrátit, je ráda, že je o ní postaráno, ale stýská se jí po synech, které už léta neviděla. Přála by si je nějakým způsobem kontaktovat, vidět je. Klientka byl smutnější nálady, obzvláště pokud měla dny, kdy uváděla, že slyší nepřetržitě hlasy ve své hlavě, nemohla spát ani dělat jiné činnosti, byla unavená. Ostatní dny kdy nebyly přítomny halucinace, měla veselou náladu, ráda komunikovala.

Hodnocení motivace

motivace byla hodnocena pomocí nestrukturovaného pozorování a rozhovoru. Klientka docházela na terapie ráda, bavili jí, ale neměla příliš velkou motivaci, chyběli jí synové. Bylo zapotřebí klientku motivovat, velice jí pomohl motivační plán, kam napsala a nakreslila vše, co by si přála do budoucnosti. Klientka uvedla svou rodinu, že by chtěla nové bydlení a někoho nového poznat, že by chtěla stále kreslit, protože jí to naplňuje a věnovat se svým ostatním zájmům.

Průběžné hodnocení

Zaznamenávání délky terapie

Tabulka 7 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 3

Datum terapie	Délka terapie
30.11.2015	20 minut
1.12.2015	25 minut
3.12.2015	Cvičná kuchyňka – bramboráky, pečení buchty
4.12.2015	20 minut
7.12.2015	30 minut
9.12.2015	35 minut
11.12.2015	30 minut
14.12.2015	30 minut
16.12.2015	35 minut
18.12.2015	Vánoční besídka
4.1.2016	Výlet vánoční trhy Plzeň
5.1.2016	Muzikoterapie - zpívaná
7.1.2016	30 minut
14.1.2016	30 minut
21.1.2016	35 minut
28.1.2016	45 minut
4.2.2016	35 minut
11.2.2016	45 minut
18.2.2016	45 minut
22.2.2016	35 minut
3.3.2016	50 minut

Zdroj: vlastní

Ergoterapeutický plán:

Cíle ergoterapie:

- Motivace klientky
- Zlepšit paměť krátkodobou i dlouhodobou
- Zlepšit zrakově- prostorové schopnosti
- Zlepšit pozornost během terapie
- Zjistit cíle klientky, vytvoření motivačního plánu
- Zlepšit výdrž klientky během terapie

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- Ovlivnění paměti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění pozornosti pomocí her a kognitivních cvičení
- Ovlivnění zrakově-prostorových schopností pomocí her a nácviku činností v praxi
- Vytvoření motivačního plánu
- Ovlivnění výdrže během kognitivního tréninku pomocí postupného prodlužování terapií
- Ovlivnění soustředění klientky během terapie
- Pozorovat výskyt sluchových halucinací
- Podpora klientky v jejich zájmech
- Orientovat terapie na zájmy klientky, zejména kreativní činnost – malování

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- Pokračovat v tréninku kognitivních funkcí
- Zapojovat klientku také do skupinových aktivit
- Udržení motivace
- Klientka zařazena do projektu Norské fondy, snaha o sociální interakci
- Podporovat cíle klientky

Typ terapie, frekvence a délka:

Typ terapie: individuální, skupinová

frekvence terapie: 30. 11. 2015 – 8. 1. 2016 – 3x týdně, 14. 1. 2016 – 4. 3. 2016 – 1-2x týdně

délka terapie: individuální dle rozsahu terapie a výdrže klientky, délka prvních terapií byla cca 20 minut, postupně se délka jednotlivých terapií prodlužovala až na 50 minut

Příklad terapeutických činností:

Využití kognitivních cvičení, pracovních listů a her. Terapie byla stejná jako u klienta č. 1 a 2, obsah a přístup se však měnil a byl orientován na zájmy klientky.

Terapie s klientkou probíhala ve dnech:

30. 11. 2015, 1. 12. 2015, 3. 12. 2015, 4. 12. 2015, 7. 12. 2015, 9. 12. 2015, 11. 12. 2015, 14. 12. 2015, 16. 12. 2015, 18. 12. 2015, 4. 1. 2016, 5. 1. 2016, 7. 1. 2016, 14. 1. 2016, 21. 1. 2016, 28. 1. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 18. 2. 2016, 22. 2. 2016, 3. 3. 2016

Referenční rámec: kognitivně-behaviorální, humanistický

Přístup: léčebný, adaptační

Závěrečná zpráva:

ACE-R

V průběžném a závěrečném vyšetření bylo u klientky v testu ACE-R mírné zlepšení v oblasti paměti, v ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

FIM

V testu FIM nedošlo během průběžného a závěrečného vyšetření k žádným změnám.

Schwartzova škála hodnocení terapie

Klientka změnila své bodové ohodnocení u výroku č. 6 z nula bodů na 2, dále u výroku č. 10 opět z nula bodů na 1 bod.

Délka terapie

Byla zaznamenávána při každé terapii s klientkou. Nejdříve byla výdrž klientky cca 20 minut, později se však během terapií viditelně zvyšovala. Ovlivněna byla tedy i trpělivost klientky při terapii a soustředění na práci během terapie.

Hodnocení motivace

Klientku bylo nutno neustále motivovat, nejvíce jí přispělo vytvoření motivačního plánu a ujasnění si cílů. Motivace byla pozorována při vstupním, průběžném, výstupním hodnocení a také během každé terapie s klientkou. Na terapii docházela ráda, nejraději měla ty, které byly zaměřené na kreativní činnosti.

Dotazník

Po každé terapeutické jednotce klientka vyplnila dotazník, který sloužil k zjištění zábavnosti terapie a stavu klientky. K porovnání byly vybrány tři terapie.

10 Výsledky výzkumného šetření

10.1 Vyhodnocení výsledků u klienta č. 1

Tabulka 8 Shrnutí testování u klienta č. 1

Test	Vstupní testování 30.11.2015	Průběžné testování 21.1.2016	Závěrečné testování 3.3.2016	Zlepšení ANO/NE
FIM	119	119	119	NE
ACE-R	77	80	80	ANO

Zdroj: vlastní

U testu FIM nedošlo k žádnému zlepšení, ale ve všech oblastech byl udržen dosavadní stav.

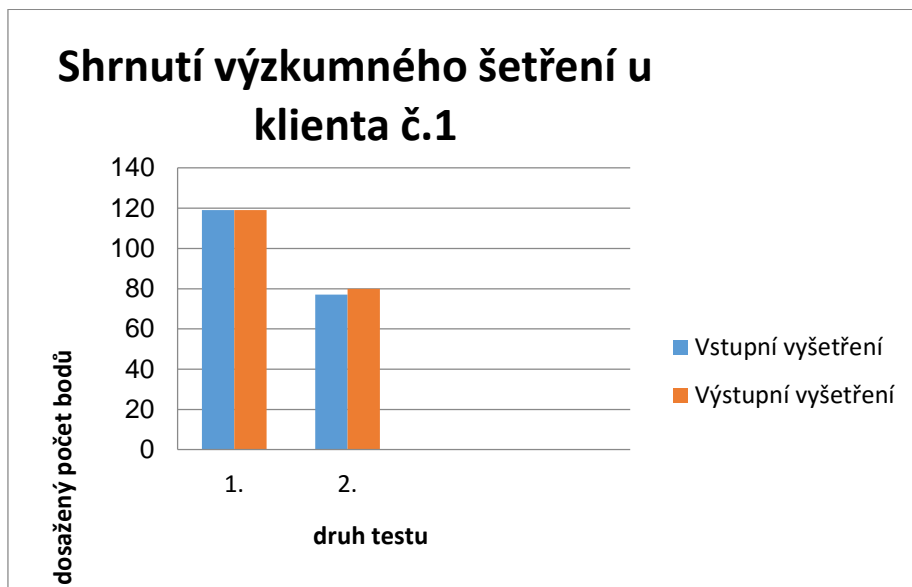
Tabulka 9 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 1

Subskóre	Vstupní testování 30. 11. 2015	Průběžné testování 21. 1. 2016	Závěrečné testování 3. 3. 2016	Zlepšení ANO/NE
Pozornost a orientace	16	16	16	NE
Paměť	14	16	16	ANO
Slovní produkce	8	9	9	ANO
Jazyk	26	26	26	NE
Zrakově-prostorové schopnosti	13	13	13	NE

Zdroj: vlastní

Ke zlepšení u Addenbroodského kognitivního testu došlo celkem o 3 body v oblasti paměti a slovní produkce. V ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

Graf 1 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č.1



Zdroj: vlastní

Tabulka 10 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 1

Výroky	Vstupní hodnocení 30. 11. 2015	Závěrečné hodnocení 22. 2. 2016	Zlepšení ANO/NE
1.Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen s tím, co mohu dělat.	6	6	NE
2.Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	5	5	NE
3.Do budoucnosti hledím s optimismem.	4	5	ANO
4.Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	6	6	NE
5.Dovedu si užít legraci.	6	6	NE
6.Jsem celkově spokojen se svým duševním zdravím.	6	5	NE
7.Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	5	5	NE
8.Můj život probíhá podle mého očekávání.	5	5	NE
9.Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	5	6	ANO
10.Mám klid v duši.	5	6	ANO

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Tabulka 11 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 1

Otázky	Hra vyber barvu 2. 12. 2015	Kognitivní cvičení četba příběhu 5. 1. 2016	Hra aktivity 11. 2. 2016
1. Jak hodnotíte dnešní terapii?	3	2	1
2. Jak hodnotíte svůj výkon během dnešní terapie?	3	3	2
3. Na kolik Vám byla dnešní terapie přínosem?	2	1	1
4. Jak hodnotíte terapii ve skupině s ostatními?	3	2	1
5. Jak hodnotíte individuální terapii pouze pro Vás?	2	2	2
6. Vyhovuje Vám čas vyhrazený pro terapii?	1	1	1
7. Cítíte se po terapii lépe než před terapií?	1	1	1
8. Jakou známkou ohodnotíte svůj celkový stav?	2	2	2

Zdroj: vlastní

Tabulka 12 Vyhodnocení délky terapie u klienta č.1

1	Nejkratší doba terapie	20 minut
2	Nejdelší doba terapie	60 minut

Zdroj: vlastní

U hodnocení délky terapie, docházelo postupně k prodlužování doby terapie a také vytrvalosti klienta, během prvních terapií byla nejkratší doba 20 minut, později se zvyšoval a nejdelší doba terapie byla 60 minut.

10.2 Vyhodnocení výsledků klienta č.2

Tabulka 13 Shrnutí testování u klienta č. 2

Test	Vstupní testování 24.11.2015	Průběžné testování 21.1.2016	Závěrečné testování 3.3.2016	Zlepšení ANO/NE
FIM	123	123	123	NE
ACE-R	84	87	88	ANO

Zdroj: vlastní

U testu FIM nedošlo k žádnému zlepšení, ale ve všech oblastech byl udržen jejich dosavadní stav.

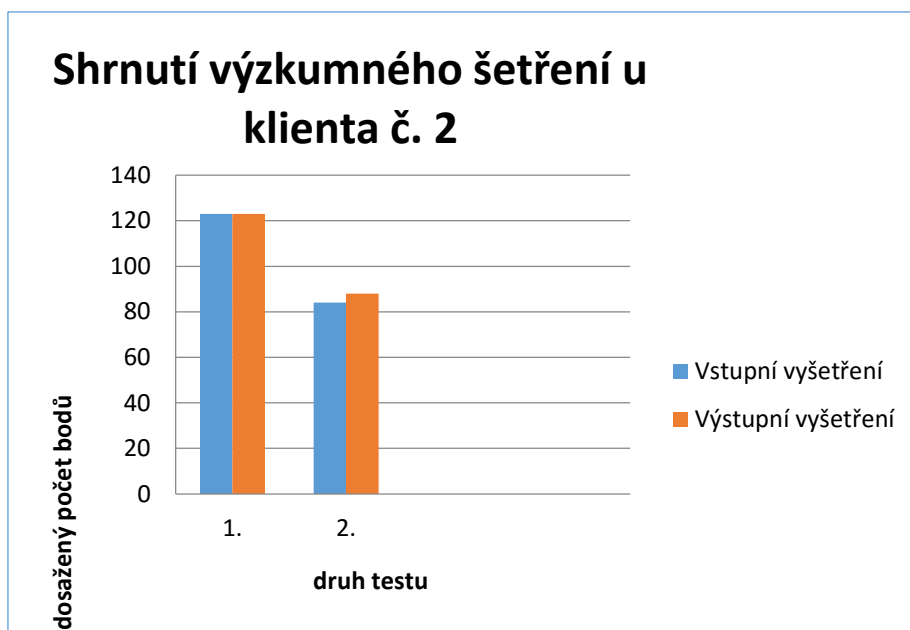
Tabulka 14 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 2

Subskóre	Vstupní testování 24. 11. 2015	Průběžné testování 21. 1. 2016	Závěrečné testování 3. 3. 2016	Zlepšení ANO/NE
Pozornost a orientace	17	17	17	NE
Paměť	17	18	19	ANO
Slovní produkce	10	11	11	ANO
Jazyk	25	25	25	NE
Zrakově- prostorové schopnosti	14	15	15	NE

Zdroj: vlastní

Ke zlepšení u Adeenbrookského kognitivního testu došlo v oblasti paměti, slovní produkce a zrakově-prostorových schopností celkem o 4 body, v ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

Graf 2 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č.2



Zdroj : vlastní

Tabulka 15 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 2

Výroky	Vstupní hodnocení 30. 11. 2015	Závěrečné hodnocení 3. 3. 2016	Zlepšení ANO/NE
1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen s tím, co mohu dělat.	3	4	ANO
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	3	5	ANO
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.	3	3	NE
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	4	4	NE
5. Dovedu si užít legraci.	4	5	ANO
6. Jsem celkově spokojen se svým duševním zdravím.	2	3	ANO
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	3	3	NE
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.	2	2	NE
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	3	4	ANO
10. Mám klid v duši.	3	3	NE

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Tabulka 16 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 2

Otázky	Hra vyber barvu 1. 12. 2015	Kognitivní cvičení četba příběhu 5. 1. 2016	Hra aktivity 11. 2. 2016
1. Jak hodnotíte dnešní terapii?	3	3	2
2. Jak hodnotíte svůj výkon během dnešní terapie?	3	4	2
3. Na kolik Vám byla dnešní terapie přínosem?	3	3	2
4. Jak hodnotíte terapii ve skupině s ostatními?	2	2	3
5. Jak hodnotíte individuální terapii pouze pro Vás?	2	2	2
6. Vyhovuje Vám čas vyhrazený pro terapii?	2	1	1
7. Cítíte se po terapii lépe než před terapií?	3	2	2
8. Jakou známkou ohodnotíte svůj celkový stav?	3	3	3

Zdroj: vlastní

Tabulka 17 Vyhodnocení délky terapie u klienta č. 2

1	Nejkratší doba terapie	30 minut
2	Nejdelší doba terapie	60 minut

Zdroj: vlastní

U hodnocení délky terapie, docházelo postupně k prodlužování doby terapie a také vytrvalosti klienta, během prvních terapií byla nejkratší doba 30 minut, později se zvyšoval a nejdelší doba terapie byla 60 minut.

10.3 Vyhodnocení výsledků klienta č. 3

Tabulka 18 Shrnutí testování u klienta č. 3

Test	Vstupní testování 30.11.2015	Průběžné testování 21.1.2016	Závěrečné testování 3.3.2016	Zlepšení ANO/NE
FIM	117	117	117	NE
ACE-R	82	83	83	ANO

Zdroj: vlastní

U testu FIM nedošlo k žádnému zlepšení, ale ve všech oblastech byl udržen jejich dosavadní stav.

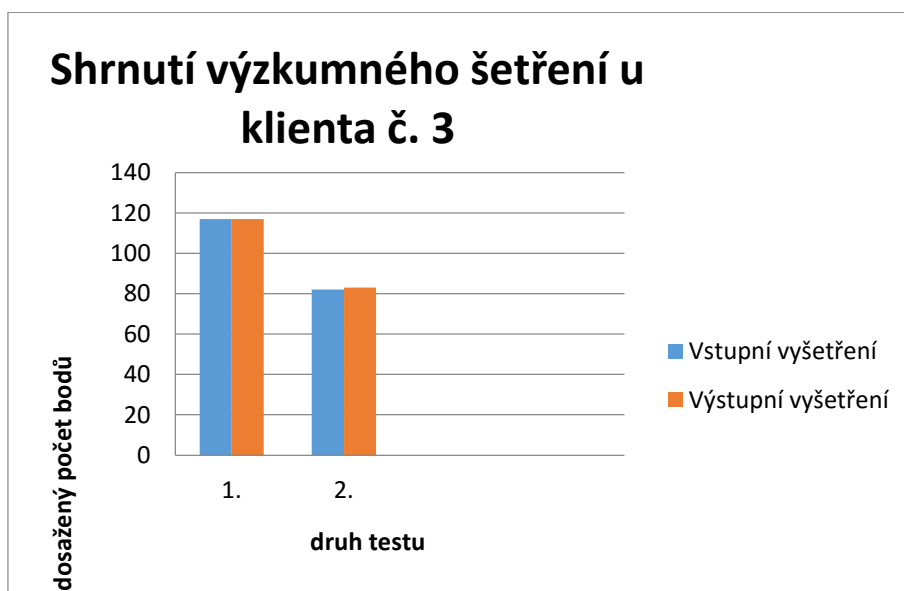
Tabulka 19 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 3

Subskóre	Vstupní testování 30. 11. 2015	Průběžné testování 21. 1. 2016	Závěrečné testování 3. 3. 2016	Zlepšení ANO/NE
Pozornost a orientace	16	16	16	NE
Paměť	17	18	18	ANO
Slovní produkce	12	12	12	NE
Jazyk	24	24	24	NE
Zrakově-prostorové schopnosti	13	13	13	NE

Zdroj: vlastní

Ke zlepšení u Addenbrookského kognitivního testu došlo v oblasti paměti, celkem o 1 bod, v ostatních oblastech nedošlo ke zlepšení, ale byl udržen jejich dosavadní stav.

Graf 3 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3



Zdroj: vlastní

Tabulka 20 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 3

Výroky	Vstupní hodnocení 30. 11. 2015	Závěrečné hodnocení 3. 3. 2016	Zlepšení ANO/NE
1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen s tím, co mohu dělat.	6	6	NE
2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.	6	6	NE
3. Do budoucnosti hledím s optimismem.	6	5	NE
4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.	6	6	NE
5. Dovedu si užít legraci.	6	6	NE
6. Jsem celkově spokojen se svým duševním zdravím.	0	2	ANO
7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.	3	3	NE
8. Můj život probíhá podle mého očekávání.	0	0	NE
9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.	6	6	NE
10. Mám klid v duši.	0	1	ANO

Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Tabulka 21 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 3

Otázky	Hra vyber barvu 1. 12. 2015	Kognitivní cvičení četba příběhu 5. 1. 2016	Hra aktivity 11. 2. 2016
1. Jak hodnotíte dnešní terapii?	1	1	1
2. Jak hodnotíte svůj výkon během dnešní terapie?	2	3	2
3. Na kolik Vám byla dnešní terapie přínosem?	1	1	1
4. Jak hodnotíte terapii ve skupině s ostatními?	1	1	1
5. Jak hodnotíte individuální terapii pouze pro Vás?	1	1	1
6. Vyhovuje Vám čas vyhrazený pro terapii?	1	1	1
7. Cítíte se po terapii lépe než před terapií?	1	2	1
8. Jakou známkou ohodnotíte svůj celkový stav?	2	3	2

Zdroj: vlastní

Tabulka 22 Vyhodnocení délky terapií u klienta č. 3

1	Nejkratší doba terapie	20 minut
2	Nejdelší doba terapie	50 minut

Zdroj: vlastní

U hodnocení délky terapie, docházelo postupně k prodlužování doby terapie a také vytrvalosti klienta, během prvních terapií byla nejkratší doba 20 minut, později se zvyšoval a nejdelší doba terapie byla 50 minut.

11 Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zjistit kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické ovlivnění v rámci kognitivní rehabilitace z pohledu ergoterapeuta. Informace byly zjišťovány pomocí metod výzkumného šetření, jako je nestrukturovaný rozhovor a pozorování. Dále pomocí standardizovaných a nestandardizovaných testovacích metod.

Prvním cílem bylo zjistit, zda tréninkem kognitivních funkcí, může dojít ke zlepšení kognitivních poruch v oblasti paměti, pozornosti, verbálního projevu. Druhým cílem bylo postupné prodlužování doby terapie a zlepšení tak výdrže i trpělivosti klienta během tréninku kognitivních funkcí. Třetím cílem bylo zjistit, zda dotazník vlastní konstrukce povede k automatické sebereflexi u klientů po terapii.

Pro výzkumné šetření a kazuistickou studii, byl vybrán sledovaný soubor tří klientů s diagnózou Paranoidní schizofrenie z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Kognitivní rehabilitace probíhala po dobu tří měsíců. Terapie byla většinou individuální, ale pokud měli klienti zájem tak i skupinová, hlavním cílem bylo respektovat rozhodnutí, přání a individualitu každého klienta.

Hypotéza 1: Tréninkem kognitivních funkcí, může dojít ke zlepšení kognitivních poruch v oblasti paměti, pozornosti a verbálního projevu.

Ze vstupních a výstupních výsledků ACE-R testu, je po třech měsících viditelné zlepšení u všech klientů, zejména v oblastech paměti, pozornosti, verbálního projevu a také zrakově-prostorových schopností. Hypotéza se tedy potvrdila. S klienty pracovali také ostatní členové multidisciplinárního týmu.

Jak velký má význam kognitivní rehabilitace u schizofrenie sledovalo již několik autorů i studií, většina z nich poukazuje na důležitost kognitivní rehabilitace a na možné zlepšení kognitivních deficitů rehabilitací. (Rodriguez, Mohr, 2004)

Klucká a Volfová (2009) ve své knize popisují, že součástí kognitivní rehabilitace je také zaměření se na osobnostní faktory klienta a na jeho sociální stránku. Hlavním důvodem je, že tyto faktory jsou pro běžný život nepostradatelné. S kognitivními schopnostmi úzce souvisí schopnost adaptace v sociálním prostředí a schopnost umět

jednat sám se sebou.

Hypotéza 2: Postupným prodlužováním doby terapie lze přispět k lepší výdrži klienta během tréninku kognitivních funkcí

Pozornost je u klientů se schizofrenií narušena jako po stránce vytrvalosti tak i po stránce soustředění se na daný úkol. (Obereignerů, 2011)

Ze vstupních a výstupních hodnocení, kdy byla po každém tréninku kognitivních funkcí zaznamenávána délka terapie po dobu tří měsíců, lze vidět postupné zvyšování času a výdrže klienta během terapie.

Nejdříve byla zapsána délka první terapie, klient věděl, jak dlouho byl schopný vydržet a snažil se tak čas u příští terapie prodloužit. Po dvou týdnech kognitivního tréninku už klienti čas nepozorovali a byli schopni vydržet o polovinu déle než na začátku. Záleželo na vybrání vhodné a zábavné terapie.

Hypotéza 3: Ergoterapeutická intervence zaměřená na sebehodnocení klientů po terapii, povede k automatické sebereflexi

Po kognitivní rehabilitace, by měla následovat sebereflexe klientů, měli by být schopni zhodnotit svůj výkon, celkově terapii, co se jim líbilo, co ne. Být schopni se pochválit za to co se jim během terapie povedlo. Ze strany terapeuta je nejdůležitější motivace a podpora klienta, vyzdvihnout jeho kladné stránky, aby si jich byl klient vědom, ale i připomenout, co je problémová oblast a na co je potřeba se nejvíce zaměřit. (Klucká, Volfová, 2009)

K sebereflexi byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Klienti po každé terapii již věděli, že budou vyplňovat dotazník a hodnotit tak svůj výkon a proběhlou terapii, vnímali to jako součást rehabilitace. Jednalo se tak i o zpětnou reakci pro terapeuta.

Během rehabilitace kognitivních funkcí, byly často využívány kognitivní cvičení formou pracovních listů nebo formou her. Kognitivní rehabilitace formou hry byla velice oblíbená, jednalo se o individuální či skupinové hry, kdy se vždy zapojoval i terapeut.

Z diskuze vyplývá, že hypotézy 1, 2 a 3 se potvrdily.

12 Závěr

Tématem práce byly kognitivní poruchy u schizofrenie a jejich terapeutické ovlivnění.

Cílem práce bylo zjistit pomocí metod výzkumného šetření jako nestrukturovaného rozhovoru a pozorování, standardizovaných, nestandardizovaných testů a kazuistického šetření, kognitivní poruchy a možnosti jejich terapeutického ovlivnění.

Úkol práce byl seznámit se s diagnózou schizofrenie, nastudovat co nejvíce informací týkajících se této nemoci, zaměřit se na tuto nemoc z pohledu ergoterapie. Seznámit čtenáře s možnostmi ergoterapie a kognitivní rehabilitace. Dále vybrat sledovaný soubor tří klientů, u kterých byly zjištěny kognitivní deficity a zaměřit se tak na jednotlivé problémové oblasti.

Smyslem práce bylo zjistit, zda intenzivní kognitivní rehabilitací lze pozitivně ovlivnit problémové oblasti ve smyslu kognitivních deficitů.

Práce poukazuje na diagnózu schizofrenie na její etiologii, klinické formy, průběh onemocnění, příznaky, možnosti léčby z pohledu lékaře, komprehenzivní rehabilitace tak hlavně z pohledu ergoterapie. Dále rozděluje jednotlivé kognitivní poruchy a možnosti kognitivní rehabilitace v rámci ergoterapie.

Byl vytvořen ergoterapeutický plán a cíle terapie tak, aby bylo dosaženo, co možno nejlepších výsledků během kognitivní rehabilitace s ohledem na individualitu každého klienta.

Tato práce může sloužit jako inspirace a materiál pro terapeuty, rodinné příslušníky a všechny ostatní, kteří se o danou problematiku zajímají. Měla by být přínosem pro všechny, kteří o dané problematice chtějí něco zjistit či se o ní něco dozvědět.

„Každá duše, stejně jako říčka a rostlina potřebuje cosi jako déšť: naději, víru, důvod k životu. Když je nemá, všechno v té duši zmírá, i když tělo ještě přežívá; a lidé budou moci říkat: "Tady v tom těle býval kdysi člověk."“

Paulo Coelho

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Adiktologie: Klinika adiktologie [online]. Klinika adiktologie, 2011 [cit. 19.11.2015]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1304/Schwartzova-skala-hodnoceni-terapie>>

Arteterapie: Česká arteterapeutická asociace [online]. Arteterapie, 2012 [cit. 6.12.2015]. Dostupné z: <<http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>>

BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. Psychiatrická klinika, Olomouc, 2004 [cit. 14.1.2016]. Dostupné z: <<http://www.solen.sk/pdf/57b0c5334779bb88c60990f0bd3ec636.pdf>>

Brainjogging [online]. Brainjogging, 2016 [cit. 17.1.2016]. Dostupné z: <<http://www.brainjogging.cz/index.php/about-us>>

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4

Ergoterapie: Česká asociace ergoterapeutů [online]. Copyright, 2008 [cit. 12.9.2015]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.cz/Home.aspx>>

Greendoors: Pracovní a sociální rehabilitace [online]. Green Doors, 1997-2015 [cit. 9.10.2015]. Dostupné z: <<http://www.greendoors.cz/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni>>

Helpnet: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]. Helpnet, 2016 [cit. 9.10.2015]. Dostupné z: <<http://www.helpnet.cz/dusevni-nemoci>>

Hipporehabilitace-cr: Česká hiporehabilitační společnost [online]. Česká hiporehabilitační společnost, 2009-2016 [cit. 10.10.2015]. Dostupné z: <<http://hiporehabilitace-cr.com/pro-odborniky/>>

Icm: Národní informační centrum pro mládež [online]. NICM, 2015 [cit. 27.11.2015].
Dostupné z: <<http://www.icm.cz/>>

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9

Kbt-odyssey: Mezinárodní institut KBT [online]. ODYSSEA, 2016 [cit. 13.10.2015].
Dostupné z: <<http://www.kbt-odyssey.cz/showpage.php?name=cojekbt>>

KILLAROVÁ, Michaela. *Psychologické poradenství a psychologie* [online]. Brno, 2016 [cit. 23.2.2016]. Dostupné z: <<http://killarova.cz/co-je-psychotherapie/>>

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0

LÁTALOVÁ, Klára. *Dlouhodobá terapie schizofrenie* [online]. Psychiatrie pro praxi, Olomouc, 2006 [cit. 2.2.2016]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/02.pdf>>

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci* [online]. Psychiatrická ordinace, Praha, 2009 [cit. 18.10.2015]. Dostupné z: <http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_5_212_217.pdf>

MOHR, Pavel. *Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti* [online]. Medicína pro praxi, Praha, 2012 [cit. 6.12.2015]. Dostupné z: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>>

MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004, 437 s. ISBN 80-7262-277-3

Mozkovicna: Trénování paměti mozkovična [online]. Mozkovična, 2012 [cit. 6.11.2015]. Dostupné z: <<http://www.mozkovicna.cz/posilovna/koncentracni-cviceni/>>

Mudr.org [online]. Copyright, 2016 [cit. 12.12.2015]. Dostupné z: <<http://www.mudr.org/web/addenbrooksky-kognitivni-test-ace-r>>

OBEREIGNERŮ, Radko. *Kognitivní deficit u schizofrenie* [online]. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2011 [cit. 11.10.2015]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/08.pdf>>

Occupational-therapy [online]. 2016 [cit. 18.1.2016]. Dostupné z: <<http://occupational-therapy.advanceweb.com/Article/OT-and-Adults-with-Schizophrenia.aspx>>

PÉČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 264 s. ISBN 978-80-7387-253-3

PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Vyd. . Praha: Grada, 2006, 411 s. ISBN 80-247-1460-4

Psychopedická společnost: Oficiální informační server české psychopedické společnosti [online]. Psychopedická společnost, 2016 [cit. 3.1.2016]. Dostupné z: <<http://www.psychopedickaspolecnost.cz/clanky/z-konferenci/12-celostatni-konference>>

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie*. Vyd. 4. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 80-7254-746-1

RODRIGUEZ, Mabel a Pavel MOHR. *Paměť a schizofrenie* [online]. Psychiatrické centrum Praha, 2004 [cit. 20.11.2015]. Dostupné z: <<http://solen.cz/pdfs/psy/2004/03/03.pdf>>

Sociální-vzdělání: Vzdělávání v sociální oblasti [online]. Copyright, 2010 [cit. 13.9.2015]. Dostupné z:< <http://www.socialni-vzdelavani.cz/legislativni-podklady-pro-vzdelavani-socialnich-pracovniku>>

SOHLBERG, McKay Moore a Catherine a MATEER. *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press, 2001, xix, 492 p. ISBN 15-723-0613-0

Uzis: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS ČR, 2010-2016 [cit. 5.10.2015]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/>>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Vyd. 4. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7184-203-6

Fotografie v této práci byly pořízeny mobilem Apple iPhone 5.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Hemisféry mozku.....	32
--------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č.1	70
Graf 2 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č.2	75
Graf 3 Shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3	79

Seznam tabulek

Tabulka 1 Souhrn rámců vztahů používaných v ergoterapii u psychosociálních postižení	25
Tabulka 2 Schwartzova škála hodnocení terapie u klienta č. 1	45
Tabulka 3 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 1	47
Tabulka 4 Schwartzova škála hodnocení terapie dle klienta č.2.....	54
Tabulka 5 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 2	56
Tabulka 6 Schwartzova škála hodnocení terapie dle klienta č. 3	63
Tabulka 7 Časový záznam jednotlivých terapií u klienta č. 3	65
Tabulka 8 Shrnutí testování u klienta č. 1	69
Tabulka 9 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 1	69
Tabulka 10 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 1	71
Tabulka 11 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 1	72
Tabulka 12 Vyhodnocení délky terapie u klienta č.1	73
Tabulka 13 Shrnutí testování u klienta č. 2.....	73
Tabulka 14 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 2.....	74
Tabulka 15 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 2	76
Tabulka 16 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 2	77
Tabulka 17 Vyhodnocení délky terapie u klienta č. 2.....	78
Tabulka 18 Shrnutí testování u klienta č. 3.....	78
Tabulka 19 Záznam výsledků Addenbrookského kognitivního testu u klienta č. 3.....	79
Tabulka 20 Záznam výsledků Schwartzovi škály hodnotící terapii dle klienta č. 3	80
Tabulka 21 Hodnocení terapií pomocí dotazníku dle klienta č. 3	81
Tabulka 22 Vyhodnocení délky terapií u klienta č.3	82

Seznam zkratk

ADL – aktivity běžných denních činností

PN – psychiatrická nemocnice

IADL – instrumentální všední denní činnosti

JM – jemná motorika

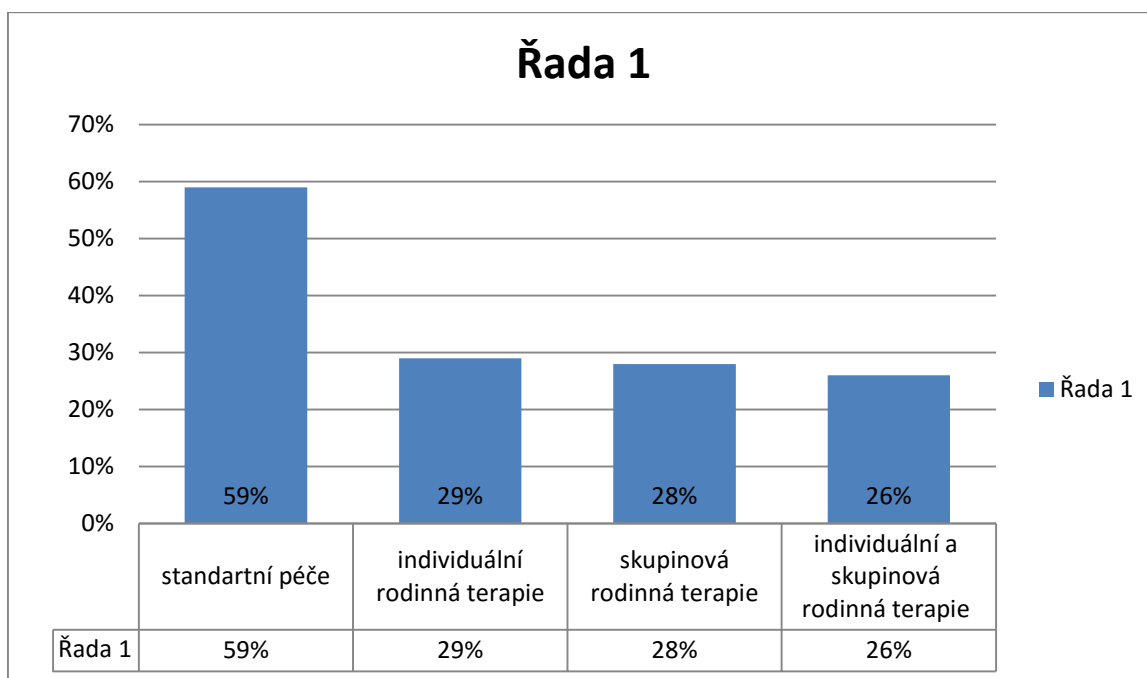
PL – psychiatrická léčebna

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

Seznam příloh

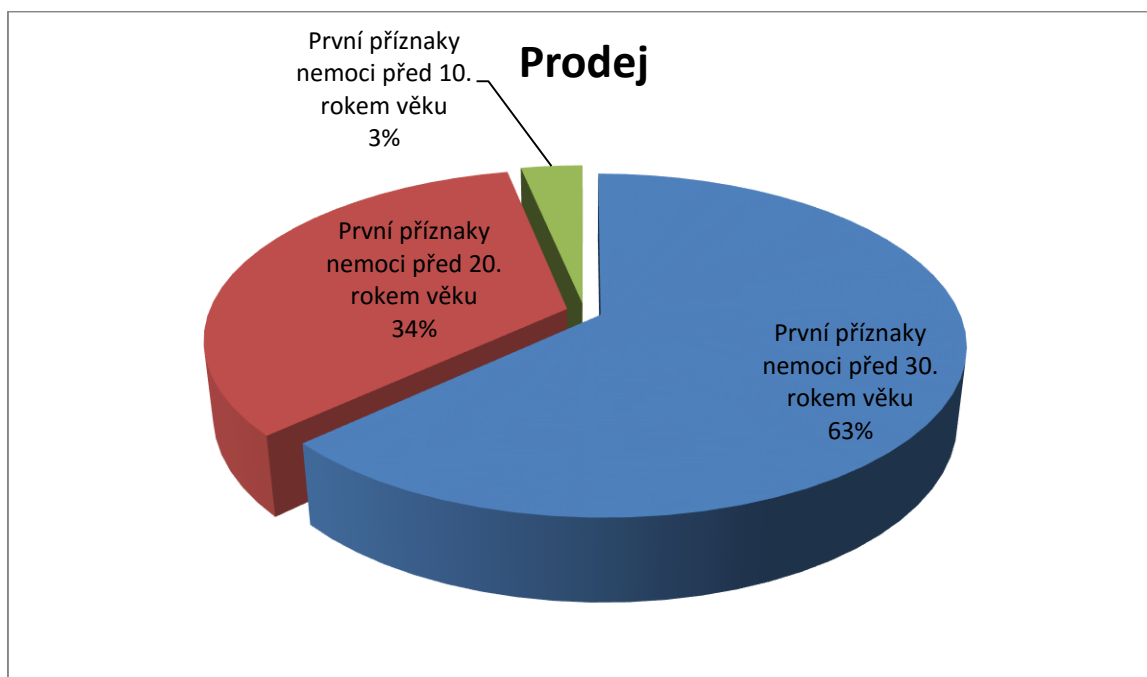
Příloha 1 Grafické znázornění vlivu dlouhodobých rodinných intervencí na průběh schizofrenie	96
Příloha 2 Grafické znázornění začátku onemocnění a jeho časného průběhu.....	96
Příloha 3 Addebrookský kognitivní test ACE-R.....	97
Příloha 4 FIM – Funkční míra nezávislosti.....	105
Příloha 5 Dotazník vlastní konstrukce.....	106
Příloha 6 Schwartzova škála hodnocení terapie.....	107
Příloha 7 Obrázek na rozpoznávání rozdílů	108
Příloha 8 Pracovní list sčítání teček v obrazcích.....	109
Příloha 9 Pracovní list mapa města.....	110
Příloha 10 Pracovní list na zapamatování obrazců	111
Příloha 11 Pracovní list spojování písmen a číslic obrázku.....	112
Příloha 12 Pracovní list na zapamatování tvarů.....	113
Příloha 13 Práce klientky č. 2	114
Příloha 14 Terapie ve cvičné kuchyňce s klientem č. 1.....	115
Příloha 15 Práce klientky č. 3 na arteterapii	116

Příloha 1 Grafické znázornění vlivu dlouhodobých rodinných intervencí na průběh schizofrenie



Zdroj: Motlová, Koukolík, 2004

Příloha 2 Grafické znázornění začátku onemocnění a jeho časného průběhu



Zdroj: Motlová, Koukolík, 2004

ADDEBROOSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input type="text"/>	

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26	/26
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	/14	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	/26	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a-c, 15, 16	/16	/16
CELKOVÉ SKÓRE			
	ACE-R	/100	/100
	MMSE	/30	/30

1. ORIENTACE			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p>			
1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>
<p>■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj. Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.</p>		(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ			
<p>■ Řekněte pacientovi: „Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“</p>			
lopata	<input type="text"/>	šátek	<input type="text"/>
		váza	<input type="text"/>
<p>■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3×, než se je naučí. Jinak bude zkreslen výsledek položky výbavnost. Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.</p>		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE

ADDEBROOSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartolom, Ph.D. a PhDr. Miloslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

1

Zdroj: (MUDR, 2016)

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ				POZORNOST																											
<ul style="list-style-type: none"> Požádejte pacienta: „Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, minus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“ 100 M 93 <input type="text"/> R 86 <input type="text"/> K 79 <input type="text"/> O 72 <input type="text"/> P 65 <input type="text"/> Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5× za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“ Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body. 	(Skóre 0–5) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–5) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE																													
4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ				PAMĚŤ																											
<ul style="list-style-type: none"> Řekněte pacientovi: „Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“ lopata <input type="text"/> šátek <input type="text"/> váza <input type="text"/> Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží. 	(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE																													
5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ																											
<ul style="list-style-type: none"> Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“ Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×. Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. pokus</th> <th>2. pokus</th> <th>3. pokus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Martin Dvořák</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sadová třída 73</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Královice</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Soběslav</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. pokus	2. pokus		3. pokus	Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Skóre 0–7) <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–7) <input type="text"/> ACE								
	1. pokus	2. pokus	3. pokus																												
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ																											
<ul style="list-style-type: none"> Zeptejte se pacienta: Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)? <input type="text"/> Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989? <input type="text"/> Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických? <input type="text"/> Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963? <input type="text"/> Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. 	(Skóre 0–4) <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–4) <input type="text"/> ACE																													
7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“				SLOVNÍ PRODUKCE																											
<p>7a Písmena</p> <ul style="list-style-type: none"> Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“ <table border="1"> <tbody> <tr><td>1</td><td>8</td><td>15</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>9</td><td>16</td><td>23</td></tr> <tr><td>3</td><td>10</td><td>17</td><td>24</td></tr> <tr><td>4</td><td>11</td><td>18</td><td>25</td></tr> <tr><td>5</td><td>12</td><td>19</td><td>26</td></tr> <tr><td>6</td><td>13</td><td>20</td><td>27</td></tr> <tr><td>7</td><td>14</td><td>21</td><td>28</td></tr> </tbody> </table> <p>Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.</p>	1	8	15		22	2	9	16	23	3	10	17	24	4	11	18	25	5	12	19	26	6	13	20	27	7	14	21	28	Počet slov >17 14–17 11–13 8–10 6–7 4–5 2–3 <2	Odpovídá skóre 7 6 5 4 3 2 1 0
1	8	15	22																												
2	9	16	23																												
3	10	17	24																												
4	11	18	25																												
5	12	19	26																												
6	13	20	27																												
7	14	21	28																												

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miloslavou Raisovou, Ph.D., z AD Centra, Praha.

2




Zdroj: (MUDR, 2016)

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata				Počet slov	Odpovídá skóre
7b Zvířata				>21	7
■ Řekněte pacientovi: „Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Ted!“				17–21	6
1	9	17	25	14–16	5
2	10	18	26	11–13	4
3	11	19	27	9–10	3
4	12	20	28	7–8	2
5	13	21	29	5–6	1
6	14	22	30	<5	0
7	15	23	31	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
8	16	24	32	<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.					
8. JAZYK – POROZUMĚNÍ					
8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte. „Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a provedte ho.“ Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.				(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE
8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: „Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“ Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.				(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE
9. JAZYK – PSANÍ					
■ Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty. „Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“ Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.				(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE
10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ					
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady. 10a chobotnice <input type="text"/> výstřednost <input type="text"/> nesrozumitelný <input type="text"/> statistik <input type="text"/> Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně 1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně 0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov				(Skóre 0–2) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–2) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> ACE
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“ 10b „Prostě tak a ne jinak.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.				(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE	(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE
10c „Nahoře, vzadu a dole.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.				(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–1) <input type="text"/> ACE

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydaná Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miloslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

3

Zdroj: (MUDR, 2016)

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ		tužka + hodinky																									
<p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“</p> <p>Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.</p>		(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)																								
<table border="1"> <tr><td>1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Hodinky, náramkové hodinky</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Klokán, klokanice, klokanice s mládětem</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Tučňák, pinguin</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Kotva</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Harfa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Nosorožec</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Sud, soudek, bečka</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Královská koruna, koruna</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	<input type="checkbox"/>	2. Hodinky, náramkové hodinky	<input type="checkbox"/>	3. Klokán, klokanice, klokanice s mládětem	<input type="checkbox"/>	4. Tučňák, pinguin	<input type="checkbox"/>	5. Kotva	<input type="checkbox"/>	6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	<input type="checkbox"/>	7. Harfa	<input type="checkbox"/>	8. Nosorožec	<input type="checkbox"/>	9. Sud, soudek, bečka	<input type="checkbox"/>	10. Královská koruna, koruna	<input type="checkbox"/>	11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka	<input type="checkbox"/>	12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	<input type="checkbox"/>	MMSE	MMSE
1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	<input type="checkbox"/>																										
2. Hodinky, náramkové hodinky	<input type="checkbox"/>																										
3. Klokán, klokanice, klokanice s mládětem	<input type="checkbox"/>																										
4. Tučňák, pinguin	<input type="checkbox"/>																										
5. Kotva	<input type="checkbox"/>																										
6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	<input type="checkbox"/>																										
7. Harfa	<input type="checkbox"/>																										
8. Nosorožec	<input type="checkbox"/>																										
9. Sud, soudek, bečka	<input type="checkbox"/>																										
10. Královská koruna, koruna	<input type="checkbox"/>																										
11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka	<input type="checkbox"/>																										
12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	<input type="checkbox"/>																										
Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.		všech 12 obrázků																									
		(Skóre 0–12)	(Skóre 0–12)																								
		ACE	ACE																								
12. JAZYK – POROZUMĚNÍ		tužka + hodinky																									
<p>■ Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:</p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarkidou. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím. <input type="checkbox"/></p> <p>U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i <u>sud</u> a <u>harmonika</u>.</p> <p>Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.</p>		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)																								
		ACE	ACE																								
13. JAZYK – ČTENÍ		tužka + hodinky																									
<p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova“ (šit, litr, saze, těsto, výška).</p> <p>Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.</p>		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)																								
		ACE	ACE																								
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI		tužka + hodinky																									
<p>14a Překrývající se pětiúhelníky </p> <p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nej přesněji podle předlohy.“ Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.</p> <p>Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.</p>		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)																								
<p>Příklad: Správně = skóre 1 </p> <p>Příklad: Špatně = skóre 0 </p>		ACE	ACE																								
		MMSE	MMSE																								
Úloha č. 14 pokračuje na další straně.																											

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

ADDITIONÁRNÍ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydaná Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miloslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

4

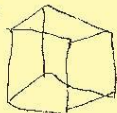
Zdroj: (MUDR, 2016)

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b **Kostka** 

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní překreslete tento obrázek co nej přesněji podle předlohy.“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c **Hodiny**

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“
Zuláš přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou neekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

<p>Skóre 5</p>	<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 4</p>
<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 3</p>
<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 2</p>	<p>Skóre 2</p>

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

Zdroj: (MUDR, 2016)

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
<ul style="list-style-type: none"> Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“ <i>Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.</i> 		<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 9		
16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI		(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
<ul style="list-style-type: none"> Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“ <i>Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.</i> 		<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ		(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
<ul style="list-style-type: none"> Řekněte pacientovi: „Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou. Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“ <i>Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.</i> 		<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
Martin <input type="text"/> Dvořák <input type="text"/> Sadová <input type="text"/> třída <input type="text"/> 73 <input type="text"/> Královice <input type="text"/> Soběslav <input type="text"/>			
18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)		(Skóre 0–5)	(Skóre 0–5)
<p>Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 body.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“ <i>Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.</i> 		<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
Pavel Dvořák <input type="text"/> Martin Dvořák <input type="text"/> Martin Doležel <input type="text"/> vybaveno <input type="text"/> Květinová ulice <input type="text"/> Sadová třída <input type="text"/> Sadová ulice <input type="text"/> vybaveno <input type="text"/> 37 <input type="text"/> 76 <input type="text"/> 73 <input type="text"/> vybaveno <input type="text"/> Pavlovice <input type="text"/> Královice <input type="text"/> Smíchov <input type="text"/> vybaveno <input type="text"/> Soběslav <input type="text"/> Vsetín <input type="text"/> Tachov <input type="text"/> vybaveno <input type="text"/>			

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

ADDITIONÁRNÍ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydaná Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miloslavou Raisovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

Zdroj: (MUDR, 2016)

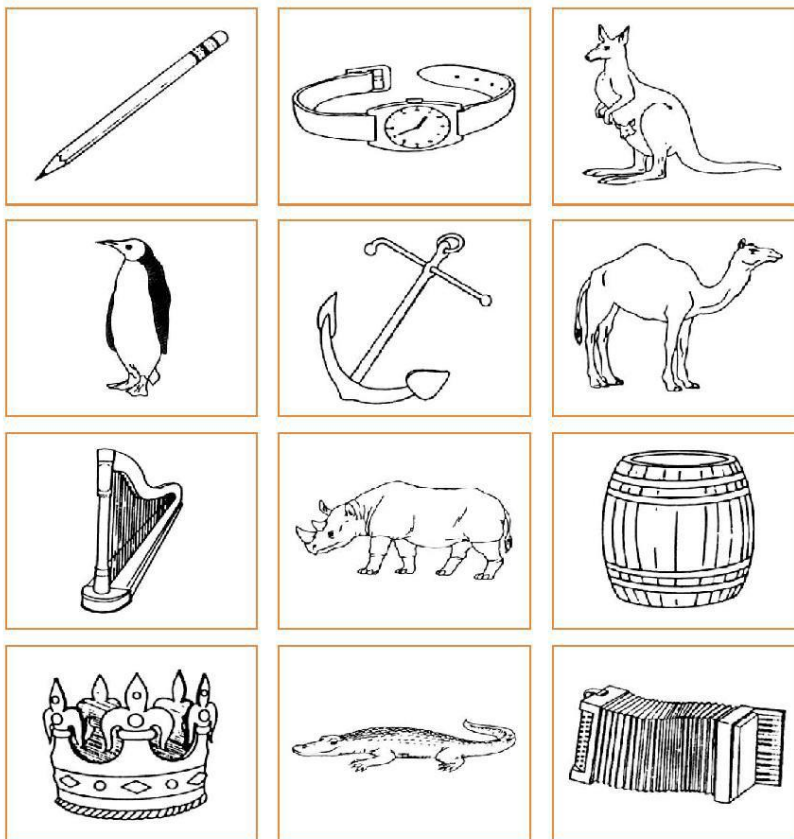
List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.



13.

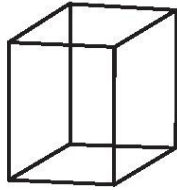
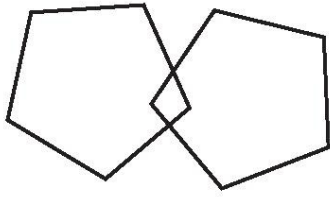
šít litr saze těsto výška

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2006 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer volička Břehá veze upravila doc. MUDr. Alesm Bartušem, Ph.D. a Ph.D. Miroslavu Rosovou, Ph.D. z ADO Centra, Praha.

JAZYK

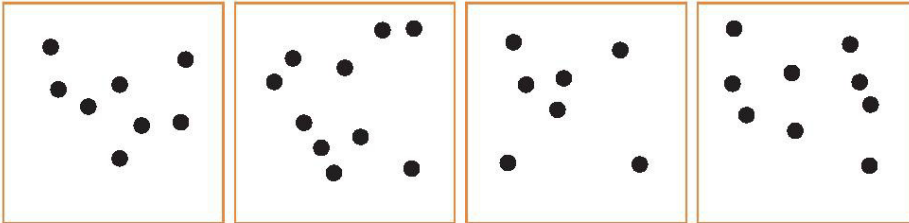
Zdroj: (MUDR, 2016)

14.

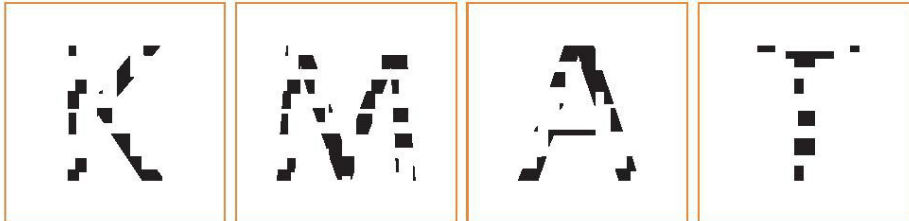


Hodiny

15.



16.



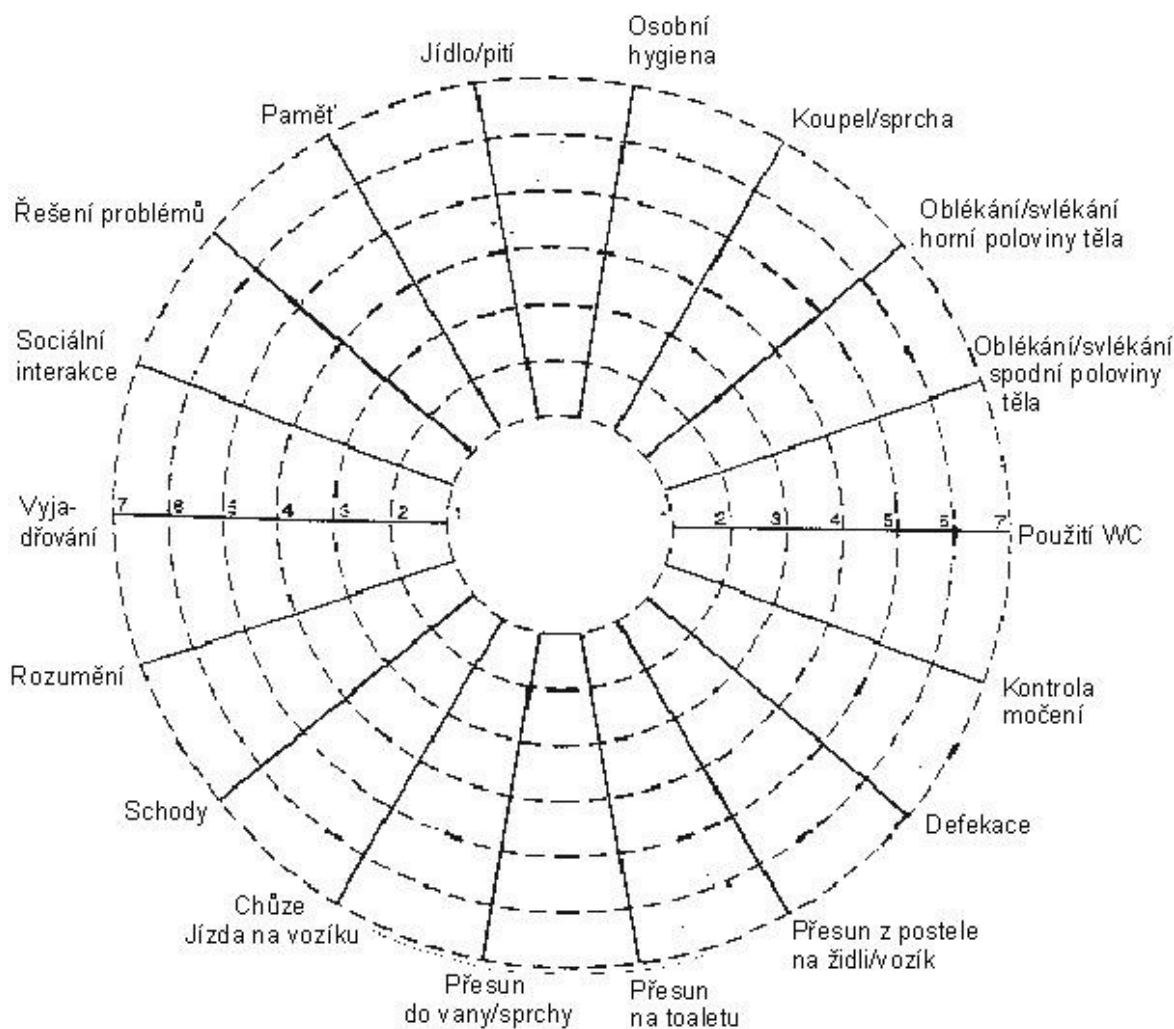
ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Sekcí kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory firmy Pfizer. V roce 2010 za podpory firmy Pfizer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miroslavou Rosovou, Ph.D. z AD Centra, Praha.

2

Zdroj: (MUDR, 2016)

FIM - Functional Independance Measures

Jméno:
 Rodné číslo:
 Datum:



7 Úplná samostatnost
 6 Modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

5 Dozor
 4 Minimální asistence (méně než 25%)
 3 Střední asistence (25% až 50%)
 2 Velká asistence (50% až 75%)
 1 Úplná asistence (75% až 100%)

Dotazník

Všechny otázky ohodnoťte prosím známkou od jedničky do pětky.

(1 – výborně, 2 – velmi dobře, 3 – dobře, 4 – dostatečně, 5 – nedostatečně)

1. Jak hodnotíte dnešní terapii?
2. Jak hodnotíte svůj výkon během dnešní terapie?
3. Na kolik Vám byla dnešní terapie přínosem?
4. Jak hodnotíte terapii ve skupině s ostatními?
5. Jak hodnotíte individuální terapii pouze pro Vás?
6. Vyhovuje Vám čas vyhrazený pro terapii?
7. Cítíte se po terapii lépe než před terapií?
8. Jakou známkou ohodnotíte svůj celkový stav?

SCHWARTZOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ TERAPIE (SOS-10)

Instrukce: Následuje 10 výroků o Vás a o Vašem životě, které nám pomohou zjistit Váš názor na to, jak se Vám daří. Odpovězte, prosím, na každý výrok tak, že označíte číslo odpovědi, které nejlépe vystihuje, jak se Vám většinou během **posledních sedmi dní** (jednoho týdne) dařilo. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, ale je důležité, aby Vaše odpověď *vystihla* Váš vlastní názor na to, jak se Vám dařilo. První odpověď, která Vás napadne, bývá často nejlepší. Děkujeme Vám za Vaši soustředěnou snahu. Zkontrolujte, prosím, že jste odpověděl/a na všechny výroky.

1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

3. Do budoucnosti hledím s optimismem.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

5. Dovedu si užít legraci.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

6. Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

8. Můj život probíhá podle mého očekávání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

10. Mám klid v duši.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

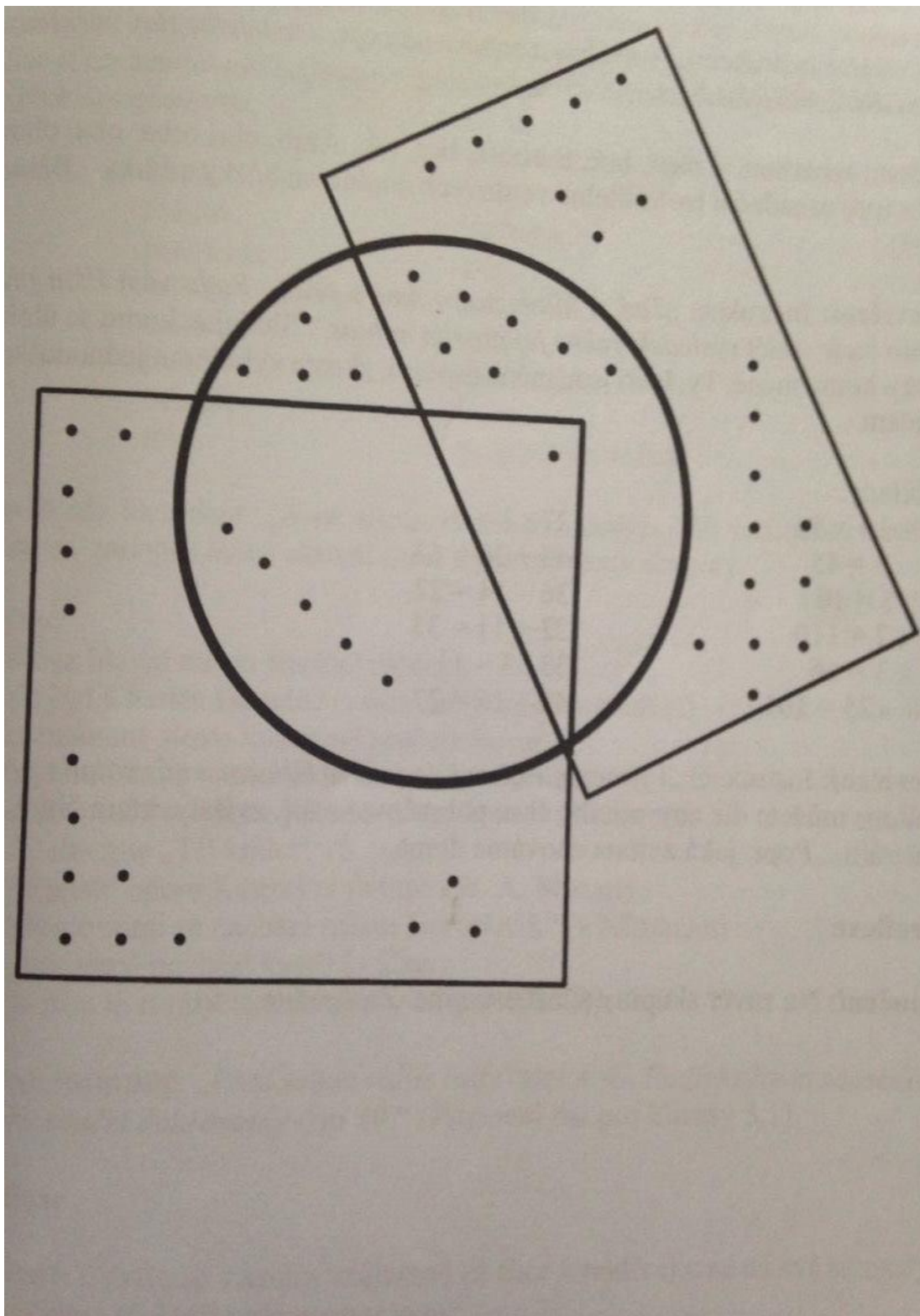
Zdroj: (ADIKTOLOGIE, 2011)

Příloha 7 Obrázek na rozpoznávání rozdílů



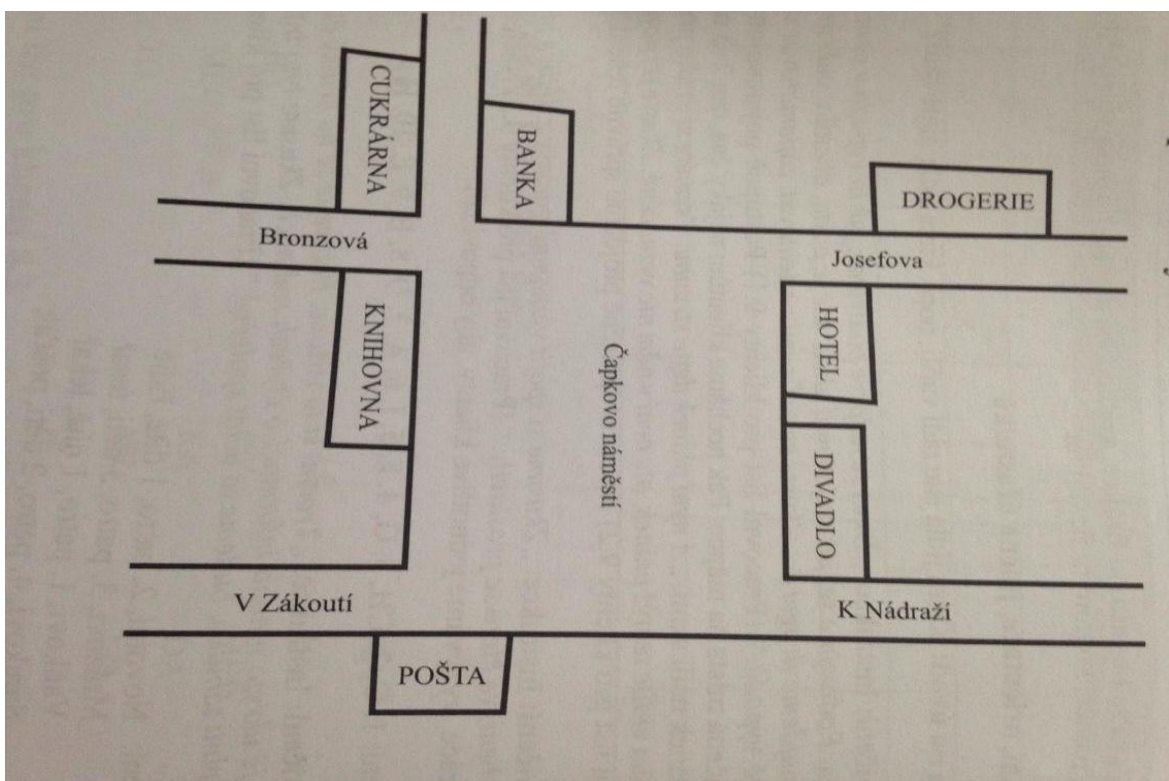
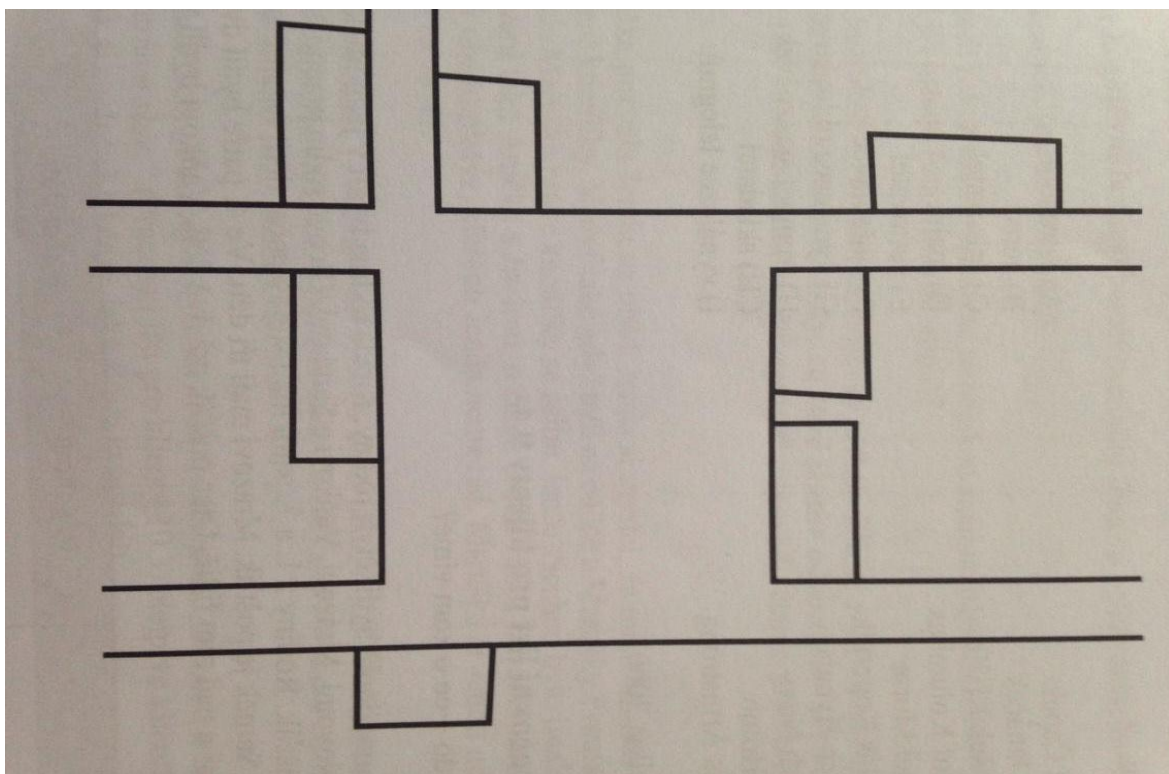
Zdroj: (MOZKOVICNA, 2012)

Příloha 8 Pracovní list sčítání teček v obrazcích



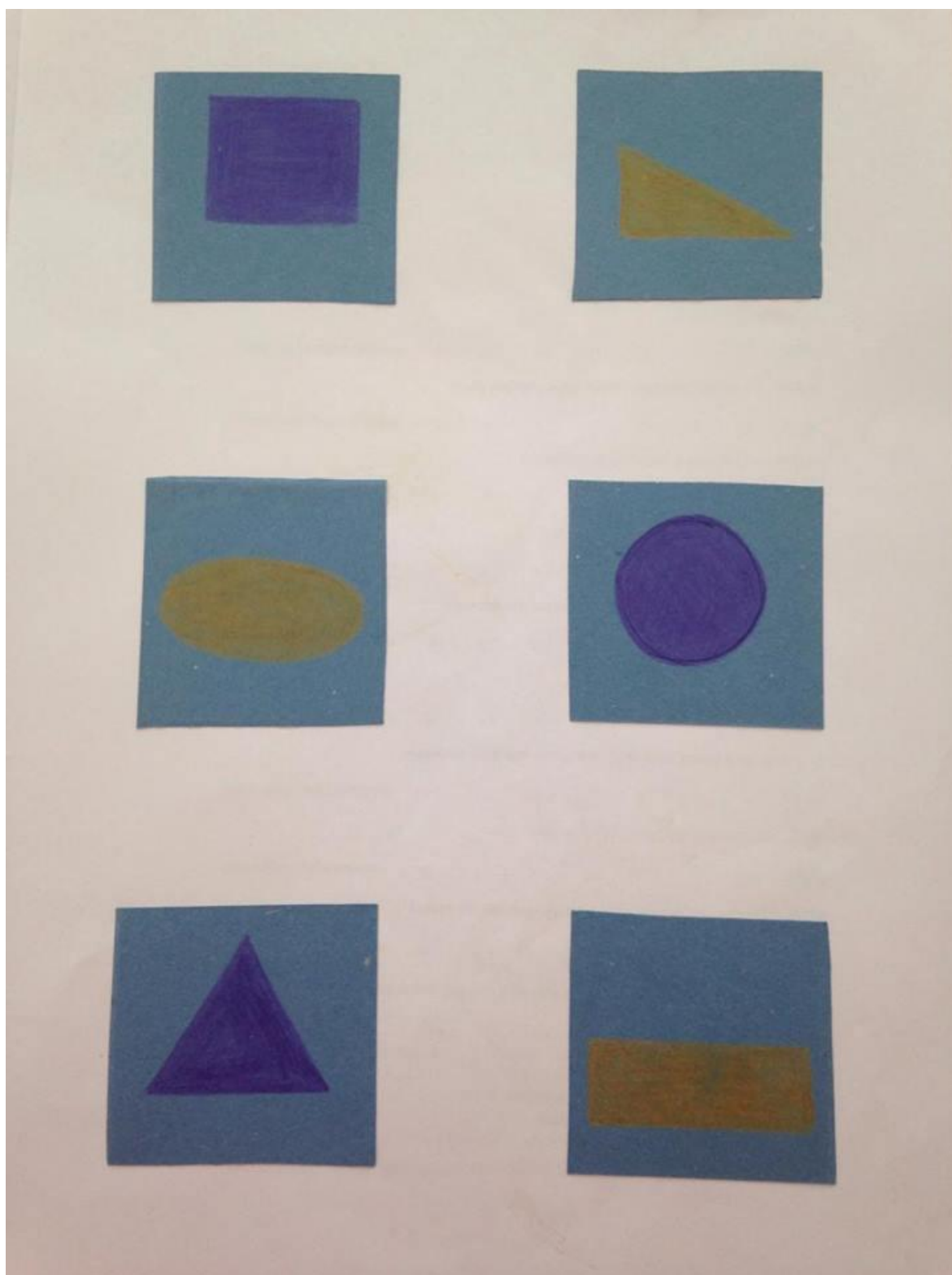
Zdroj: (Klucká, Volfová, 2009)

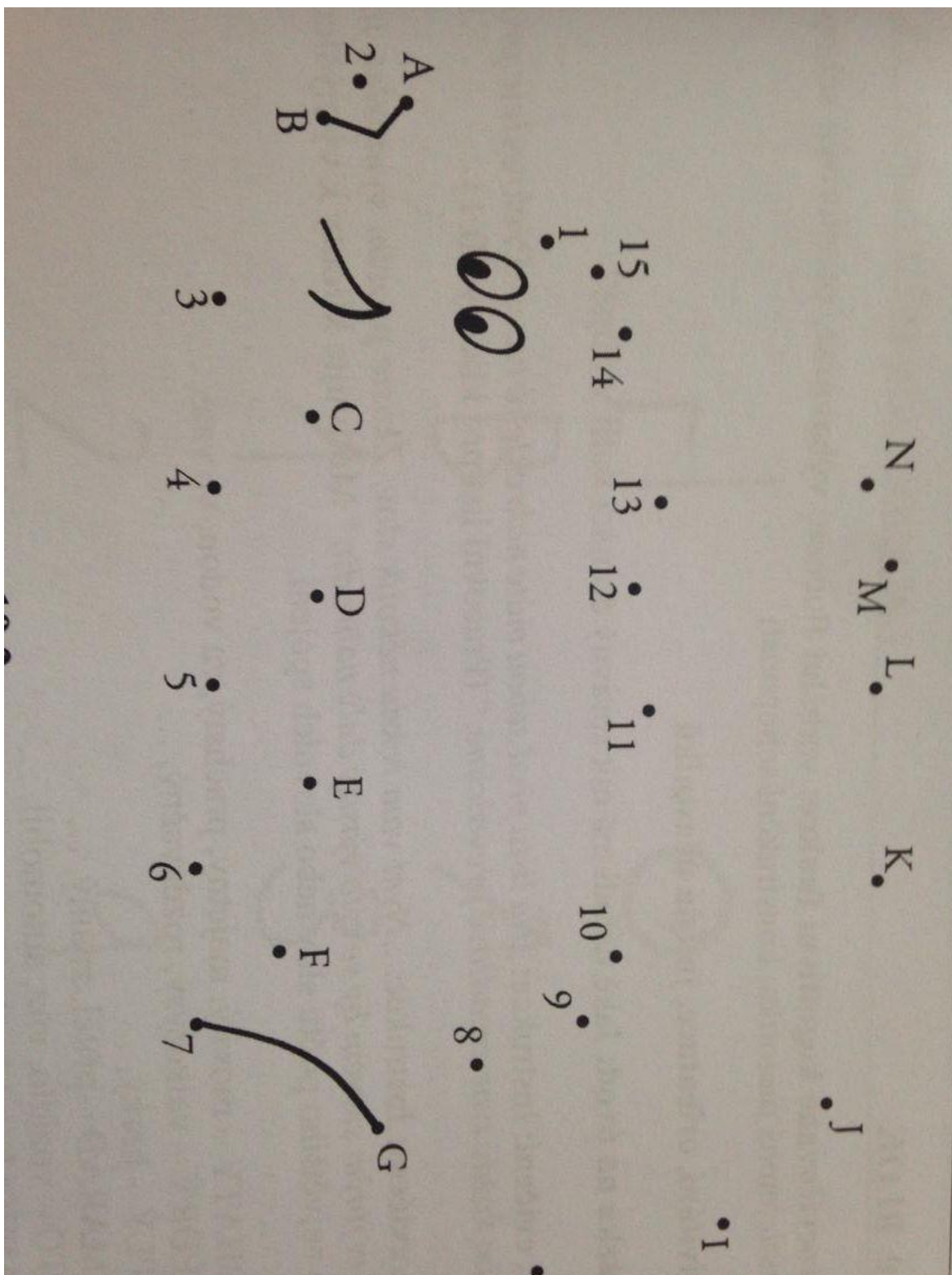
Příloha 9 Pracovní list mapa města



Zdroj: (Klucká, Volfová, 2009)

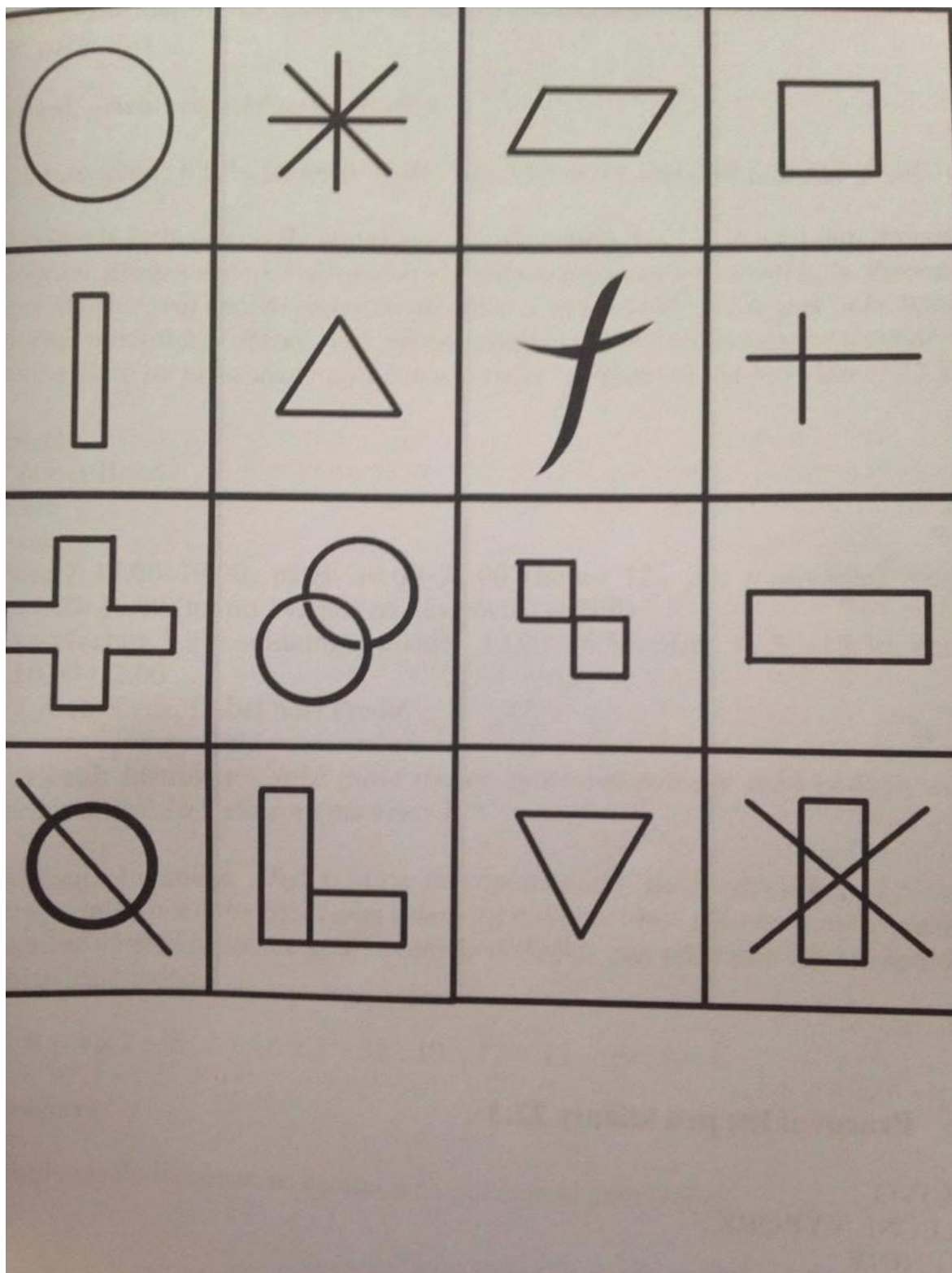
Příloha 10 Pracovní list na zapamatování obrazců





Zdroj: (Klucká, Volfová, 2009)

Příloha 12 Pracovní list na zapamatování tvarů



Zdroj: (Klucká, Volfová, 2009)





