

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

KATEŘINA MRVÍKOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Kateřina Mrvíková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

APLIKACE PŘÍSTUPU KOMPENZAČNÍHO
A ADAPTAČNÍHO
U ALZHEIMEROVY CHOROBY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Karlová

PLZEŇ 2018

Prohlášení:

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

V Plzni dne 27. 3. 2018

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji magistře Michaele Karlové za odborné vedení, vstřícnost a podporu při zpracování této práce a za poskytování rad a materiálních podkladů.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Mrvíková Kateřina

Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Aplikace přístupu kompenzačního a adaptačního u Alzheimerovy choroby

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Karlová

Počet stran: číslované 70, nečíslované 42

Počet příloh: 32

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, adaptace, kompenzace, činnosti běžného denního života (ADL)

Souhrn:

Práce se zabývá aplikováním adaptačního a kompenzačního přístupu na výkon činností osob s Alzheimerovou chorobou a je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřená na Alzheimerovu chorobu a dosavadní vědecké poznatky o ní. Dále popisuje adaptační a kompenzační přístup a uzavřena je obecnými možnostmi uplatnění tohoto přístupu v běžných denních činnostech u demence.

Praktická část obsahuje kazuistiky osob s Alzheimerovou chorobou a přímou aplikací adaptačního a kompenzačního přístupu v rámci dané aktivity.

ANNOTATION

Surname and name: MrvÍková Kateřina

Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Application of compensatory and adaptive approach for Alzheimer's disease.

Consultant: Mgr. Michaela Karlová

Number of pages: numbered 70, unnumbered 42

Number of appendices: 32

Number of literature items used: 23

Keywords: Alzheimer's disease, adaption, compensation, activities of daily living

Summary:

The thesis deals with the application of an adaptive and compensatory approach to the activities of people with Alzheimer's disease. It is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part focuses on Alzheimer's disease and its scientific background. It also describes the adaptive and compensatory approach and concludes with the general possibilities of using this approach in the daily activities of people with dementia.

The practical part contains five case studies of Alzheimers sufferers and the direct application of the adaptive approach within the framework of given activities.

OBSAH

1	ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	14
1.1	Diagnostika	14
1.2	Paměť	14
1.3	Příčiny	15
1.4	Vyšetření a testy.....	16
1.5	Léčba a prevence	17
1.6	Příznaky ve stádiích	18
1.6.1	Stádium lehké demence.....	18
1.6.2	Stádium střední demence	19
1.6.3	Stádium těžké demence	20
1.7	Dlouhodobá péče	21
2	ADAPTAČNÍ PŘÍSTUP	22
2.1	Adaptace	23
2.1.1	Adaptace činnosti a prostředí	23
2.1.2	Adaptace a kompenzace nástrojů	23
2.2	Kompenzace.....	24
2.2.1	Vnější kompenzační strategie.....	24
2.2.2	Vnitřní kompenzační strategie	25
2.3	Intervence adaptačního a kompenzačního přístupu	25
3	ADL.....	26
3.1	PADL.....	26
3.1.1	Mobilita	26
3.1.2	Výživa a stravování	28
3.1.3	Osobní hygiena.....	29
3.1.4	Vyprazdňování	30
3.1.5	Oblékání	30
3.1.6	Komunikace a sociální aspekty	31
3.2	IADL.....	31
3.2.1	Péče o domácnost	32
3.2.2	Péče o vyprané prádlo	32
3.2.3	Příprava jídla	32
3.2.4	Telefonování.....	33

3.2.5	Nakupování a hospodaření s penězi	33
3.2.6	Cestování.....	33
3.2.7	Užívání léků	33
PRAKTICKÁ ČÁST		35
4	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	35
5	HYPOTÉZY	36
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ	37
7	METODIKA PRÁCE	38
8	KAZUISTIKY	39
8.1	Kazuistika 1	39
8.1.1	Anamnéza.....	39
8.1.2	Vstupní vyšetření.....	39
8.1.3	Adaptace a kompenzace v činnosti	41
8.1.4	Vyšetření – změna stavu	41
8.1.5	Hodnocení adaptované činnosti	42
8.2	Kazuistika 2	43
8.2.1	Anamnéza.....	43
8.2.2	Vstupní vyšetření.....	43
8.2.3	Adaptace a kompenzace v činnosti	45
8.2.4	Vyšetření - změna stavu	47
8.2.5	Hodnocení adaptované činnosti	48
8.3	Kazuistika 3	49
8.3.1	Anamnéza.....	49
8.3.2	Vstupní vyšetření.....	49
8.3.3	Adaptace a kompenzace v činnosti	51
8.3.4	Vyšetření – změna stavu	52
8.3.5	Hodnocení adaptované činnosti	52
8.4	Kazuistika 4	53
8.4.1	Anamnéza.....	53
8.4.2	Vstupní vyšetření.....	53
8.4.3	Aplikace adaptace a kompenzace v činnosti	55
8.4.4	Vyšetření – změna stavu	55
8.4.5	Hodnocení adaptované činnosti	56
8.5	Kazustika 5	57

8.5.1	Anamnéza.....	57
8.5.2	Vstupní vyšetření.....	57
8.5.3	Adaptace a kompenzace v činnosti	58
8.5.4	Vyšetření – změna stavu	59
8.5.5	Hodnocení adaptované činnosti	60
9	VÝSLEDKY	61
10	DISKUZE	67
11	ZÁVĚR.....	70
12	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
13	SEZNAM ZKRATEK	75
14	SEZNAM TABULEK	76
15	SEZNAM GRAFŮ	77
16	SEZNAM PŘÍLOH	78
17	PŘÍLOHY	80
17.1	Příloha 1 Funkční míra nezávislosti - FIM	80
17.2	Příloha 2 Addenbrookský kognitivní test - ACE	81
17.3	Přílohy 3-20 Výsledky testů ACE a FIM v tabulkách	89
17.4	Přílohy 21-25 Zhodnocení vlivu adaptačního a kompenzačního přístupu	107
17.5	Přílohy 26-30 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP.....	109

ÚVOD

Jedním ze znaků této doby je bezpochyby stárnutí naší populace. Díky stále vyspělejšímu zdravotnictví a rozvíjející se vědě a technologiím se průměrná hranice úmrtí zvyšuje (Mátl, Mátlová, 2015). Ale s ní taky přichází souběžně jiný aspekt. Ten, že některé procesy stáří přesto v dnešní době nelze vyléčit. A se vzrůstající hranicí úmrtnosti se tento defekt ještě zvyrazňuje. A mezi tyto nemoci patří i Alzheimerova choroba, o které tato bakalářská práce pojednává.

Tato neurodegenerativní nemoc, mající podklad v postupujících poruchách mozku, je sice v dnešní době stále nevléčitelná, existuje však spousta teorií, které předpokládají možnosti oddálení průběhu progresu. Glenner (2012) zmiňuje, že postupně průběh Alzheimerovy choroby prochází třemi až čtyřmi fázemi, které výrazně ovlivňují kvalitu výkonu běžných denních činností a celkově tím kvalitu života.

Ačkoli je tento druh demence nejčastějším a ve společnosti také velmi známým onemocněním, je stále v České republice oproti jiným západním zemím řešení otázky péče a dostatku zařízení, specializovaných na tuto chorobu, nedostatečné. Callone (2008) zdůrazňuje, že právě specializace, individualita a neustálá flexibilita během rozvoje této nemoci je podstatnou podmínkou pro naplnění kvality života člověka s Alzheimerovou chorobou na nejvyšší možné úrovni, která je v každé fázi progresu možná.

Do rehabilitačního procesu u této nemoci má možnost přispět svou intervencí i ergoterapie svým kognitivním rámcem vztahů, v případě této práce se zaměřením na adaptační a kompenzační přístup (Krivošíková, 2011).

A právě na základě zájmu o tuto stránku ergoterapie bylo zvoleno téma této práce. Zároveň ale také pro bližší poznání diagnózy, která se stále častěji objevuje jako vzor pro světově známé literární i filmové umění.

Cílem této práce je načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o Alzheimerově chorobě a zároveň o možnostech ergoterapie právě skrze aplikování vhodného kompenzování soběstačnosti a adaptaci důsledků progresu této nemoci.

Práce je orientována především na volbu adaptačního a kompenzačního přístupu právě u běžných denních aktivit (dále ADL), vykonávaných různými klienty různé kognitivní úrovně, se souběžnou kontrolou a případnou úpravou zvoleného přístupu.

Ačkoli byla tato nemoc poprvé diagnostikována před více než sto lety, není její objevování u konce. A to nejen kvůli stále nenalezenému léčebnému prostředku, ale též kvůli poznávání samotných jedinců touto nemocí trpících, pro které je v rámci této nemoci nejvýznamnější individuální přístup, zohledňující každou součást jejich života. A právě na individuálním přístupu je adaptační a kompenzační přístup nejen u osob s Alzheimerovou chorobou postaven.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

1.1 Diagnostika

Poškození mozku, především mozkové kůry s parietotemporální převahou, které s sebou přináší postupnou ztrátu kognitivních funkcí, změny jak po psychické tak po fyzické stránce člověka spojené s obtížemi vykonávání každodenních aktivit života, se nejčastěji objevuje ve vyšším věku (Callone, 2008).

Jedná se o neurodegenerativní chorobu, která byla odhalena německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem roku 1907 objevem abnormálního lepkavého proteinu – neuritického plaku a neurofibrilních klubek ve vnější vrstvě mozku, a která je v dnešní době v celosvětovém měřítku se svým podílem kolem 56% považovaná za nejčastější podobu demence (Holmerová, Mátlová, 2016).

Nejen v České republice se budou tato čísla pravděpodobně s neustále se prodlužujícím věkem (z nynějších více než 156 tisíc lidí trpících demencí, z toho ze 2/3 způsobenou právě Alzheimerovou chorobou) zvyšovat. *„Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13. V případě nejvyšších věkových kategorií nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let pak dokonce téměř každý druhý.“* (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016, str. 12).

Tudíž podle odhadů České alzheimerovské společnosti se bude počet žijících postižených demencí v roce 2020 pohybovat kolem 183 tisíc českých obyvatel (Mátl, Mátlová, 2015).

1.2 Paměť

Hlavní součástí centrálního systému, mj. tvořeného cca 50 - 100 miliardami neuronů, je mozek, jehož důležitou funkcí kromě paměti je *„například koncentrace pozornosti, orientace (z hlediska místa, času, situace, vlastní osoby atd.), logické myšlení, abstraktní myšlení, čtení, počítání, ale i funkce expresivní neboli vyjadřovací (řeč a slovní zásoba, psaní, kreslení, gestikulace a mimika). Vedle funkcí kognitivních jsou pro nás z této oblasti důležité také funkce výkonné (tzv. exekutivní), jako je*

schopnost rozhodování, plánování, organizace, flexibilita apod.“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, str. 83 - 84).

Je to ale také mozek, který odpovídá za mobilitu, řešení komplexních úkolů jako řízení automobilu, kreslení, luštění či hraní na hudební nástroj, dále veškeré využívání smyslů, ale také za sociální dovednosti zahrnující mj. zvládnání běžných denních činností či zdvořilostní jednání (Callone, 2008).

Podle druhu informace pak dělíme paměť na deklarativní se třemi složkami: sémantickou, zahrnující data a fakta, vizuální a epizodickou, vznikající vlastní minulostí, či pak na paměť nedeklarativní, například pro emoce, podmíněné reflexy apod. Problém ovšem nastává, pokud některá schopnost paměti, mezi které patří přijímání informace, uchování bez jakýchkoli změn a opětovné vybavení, selhává (Jiráček, Koukolík, 2004).

Z hlediska času je paměť dělena na krátkodobou, dlouhodobou recentní, uchovávající nedávnou minulost, a paměť dlouhodobou trvalou. „*V raných obdobích vývoje choroby bývá krátkodobá paměť, měřitelná například počtem zapamatovaných číslic (dig span), zachovaná.*“ (Koukolík, Jiráček, 1998).

Holmerová (2007) dále uvádí, že podmínkou pro všechny kroky paměti je úroveň koncentrace v daném okamžiku, únava, bolest, prostředí, denní doba, vliv léků, stav emocí a hladina stresu. To vše souvisí i s úrovní inteligence a dalšími schopnostmi, jako je rozšiřování slovní zásoby, schopnost počítání, apod.

I během nemoci se však dá paměť stále podporovat nasloucháním příběhů z dlouhodobé paměti, vzpomínáním nad fotografiemi, zpěvem známých písní, hraním různých paměťových her, ad. (Callone, 2008).

1.3 Příčiny

Díky pokroku vědy a techniky se pro zvýraznění výsledku emisní tomografie zavádí do krevního oběhu kontrastní látka, tzv. tracer, která již 20 let před prvními symptomy dokáže tuto nemoc rozeznat (Kosik, Bowman, 2016). Jasný původ Alzheimerovy choroby ale stále není znám.

Geneticky podmíněná tato choroba ve všech případech není. MUDr. Kosik říká, že ačkoli přítomnost genu „*ApoE4 riziko této choroby zvyšuje, můžete mít i jiné geny, které ji naopak snižují.*“ (Kosik, Bowman, 2016, str. 17) Dále doplňuje, že existuje studie, která dokázala i přes přítomnost genu ApoE4 najít rozdíly v úbytku mozkové

kapacity u lidí provozujících větší pohyb či u lidí rozvíjejících se intelektuálně obohacujícími činnostmi. (Kosik, Bowman, 2016).

Ovšem dědičný a vzácný druh Alzheimerovy choroby kvůli DNA segmentu obsahujícímu gen tzv. *presenilin 1* (PSEN1) už přináší riziko přenosu v padesáti procentech případů (Kosik, Bowman, 2016).

Mnohá literatura o rizikových faktorech způsobujících demenci mluví o vlivu stáří, o stavu cév, o poranění hlavy, snížené funkci štítné žlázy, nedostatku vitamínu B₁₂ či o infekčních onemocněních jako AIDS nebo syfilis (Glennner a kol., 2012).

Někdy se jedná o tzv. sekundární demenci způsobenou hypofunkcí štítné žlázy, Willsonovou nemocí, nadměrným užíváním alkoholu, nesprávnými léky, nedostatečnou výživou, infekcemi, různými poraněními lebky a tumory, nebo se může rozvinout u psychických poruch. Určitou souvislost může mít tato nemoc s vysokým krevním tlakem nebo s metabolickými faktory zahrnujícími obezitu, hladinu krevních tuků a diabetes 2. typu (Regnault, 2011).

Předcházení rizikům této nemoci je tedy pomocí zdravého stravování, tělesného pohybu, návodů na odolnost, pevnějších vztahů, stálého kulturního a společenského života, též skrze neustálé trénování mozku křížovkami, hlavolamy či učením se nových věcí a řešením nových problémů, skrze zdravý spánek a prožíváním radosti ze života. Dokonce „*výsledky některých studií upozorňují na to, že lidé, kteří užívají protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní artritidu a podobně, mají nižší riziko Alzheimerovy choroby.*“ (Holmerová, Mátlová, 2016, str. 33)

1.4 Vyšetření a testy

Většina osob s demencí svou diagnózu zjistí až ve chvíli, kdy jsou už tzv. senilní plaky z proteinu *beta-amyloid*, hromadícího se extracelulárně, a uzlíky tvořené tzv. proteinem *tau*, ukládajícím se do buněk a ničícím přímo neurony, rozšířené především v *hippokampu*, který pracuje s pamětí člověka, pak též v *amygdale* (oblasti mozku odpovídající za city) a „*v raphe nuclei*,“ části mozkového kmenu, která má na starosti spánek (Kosik, Bowman, 2016, str. 33).

Zobrazení následků ničení buněk pak umožňují laboratorní a přístrojové a somatické vyšetřovací postupy, jakým je např. EEG, CT, či magnetická rezonance MRT pro vyloučení nádorů mozku. Zobrazovací postupy PET (Pozitronová emisní

tomografie) „*dokládá zmenšení objemu mediálních oblastí spánkových laloků (...)* a snížení spotřeby kyslíku v mediální temporální kůře“ (Koukolík, Jirák, 1998, str. 107).

Při vyšetření lékařem pak jako součást anamnézy hraje roli nadměrný abúzus alkoholu či léků, stav psychiky člověka, zájmy a všeobecně denní režim kvůli rozeznání samotné demence od stařecké zapomnětlivosti, deprese či přepracovanosti. Právě pro vyloučení např. depresí se pak během neuropsychologického vyšetření hodnotí zvláště paměť, pozornost a mluvený projev jako součást rozhovorů či testů, mezi které v českém zdravotnictví patří test GDS, Geriatric Depression Scale (Ehrenfeuchter et al., 2014).

K prvnímu odhadnutí kognitivní poruchy skrze 30 úloh postavených na pozornosti, zapamatování si a následném vybavení či odečítání slouží Mini-Mental-State Examination (MMSE) společně s dalšími testy jako je i Test kresby hodin (CDT). Nabízí se taktéž Short Cognitive Test (SCT), Test řečové plynulosti, Wechslerova škála paměti, Bender – Gestaltův test, Test kreslení dráhy, ADAS-cog testující úroveň paměti, jazykového projevu a orientace, či test CERAD a Stroopův test pro slovní paměť a pohotovost, vizuálně-prostorovou představivost a další (Ehrenfeuchter et al., 2014).

U podezření přímo na Alzheimerovu chorobu je však místo testu MMSE využíván test DemTect, který též ve svém výsledku zohledňuje věk (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Po stránce soběstačnosti se v praxi nejčastěji využívá Barthel Index, či FIM test. Dále dotazníky pro blízké osoby nemocného, jakým je např. Dotazník soběstačnosti (DAD) či jiná testovací škála ADL. Pro změny psychiky a chování nemocné osoby je pak blízkou osobou vyplňován Neuropsychiatrický dotazník (NPI) (Ehrenfeuchter et al., 2014).

1.5 Léčba a prevence

Alzheimerova nemoc v dnešní době stále patří mezi nevyléčitelné progresivní choroby a vždy končí smrtí pacienta. Pouze oddálení progresu nemoci lze uskutečnit farmakoterapií pro inhibici acetylcholinesterázy, která rozkládá acetylcholin vytvářející spoje mezi neurony mozku. Mezi tyto inhibitory patří především v raném stádiu Alzheimerovy choroby např. Aricept, Exelon (rivastigmin), Reminyl (galantamin) a pro pozdější stádium především Namenda (memantin) (Glenner a kol., 2012).

Prevenčí můžou být vitamíny E a C, selen, betakaroten, ginko biloba či protizánětlivé léky např. aspirin (Glennner a kol., 2012). Určitý vliv má i česnek, jmelí, lecitin, kurkuma, ženšen a zelený čaj (Ehrenfeuchter et al., 2014).

Významným prvkem léčby nemoci je ale neustálá podpora rozvíjení různých aktivit, udržování pohyblivosti, využití kinezioterapie a taneční terapie (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Taktéž i kognitivní trénink např. v podobě pracování se vzpomínkami, ergoterapie především v rámci podpory soběstačnosti v každodenních činnostech, hudební a jinak kulturní terapie a terapie senzoričká (Ehrenfeuchter et al., 2014).

1.6 Příznaky ve stádiích

Včasné rozeznání příznaků a stanovení diagnózy je velkou výhodou nejen pro zpomalení progresu nemoci díky medikaci, ale i pro zařazení všeho potřebného pro dobu, kdy už člověk sám nebude moci samostatně rozhodovat. Podle stupně postižení dělíme Alzheimerovu chorobu na 4 postupná období. Každá úroveň progresu s sebou přináší stále větší nároky na péči. Pro určení příspěvků na ni je pak třeba vycházet ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ty jsou pak řízeny podle úrovně zvládnutí nebo omezení v soběstačnosti v provádění běžných denních aktivit (Regnault, 2011).

1.6.1 Stádium lehké demence

Podle Callone (2008) je právě v tomto období nejvíce v mozku postižená krátkodobá paměť a změny jsou zaznamenávány i v řeči a celkovém zapojení se do komunikace. Zhoršující se vyjadřování a dorozumívání vyžaduje od pacientova okolí pomalou, stručnou a jasnou řeč, častá opakování, ale i využívání gest a mimiky. Deficit v komunikaci se týká především slovní zásoby, ne ale množství slov a dotazů. Právě kvůli pacientovu častému opakování dotazů či různých frází je vhodné upoutat pozornost na něco jiného, či k nějakému smysluplnému zaměstnání, nebo odpovědi rovnou napsat na papír. *„Osoba postižená Alzheimerovou chorobou může opakovat určité činnosti, otázky, věty... Protože je okamžitá paměť zasažena jako první, takový člověk vám desetkrát za sebou nabídne šálek kávy, protože zapomene, že se vás na to už*

ptal. *A podobné je to i s jinými běžnými úkony: s mytím, jídelm atd.*“ (Regnault, 2011, str. 17).

Typickými znaky je agitovanost, neboli stavy neklidu výrazně se projevující právě u Alzheimerovy choroby, dále pak zmatenost, výbuchy emocí a různé projevy agresivity, dezorientace a bloudění, nepřiměřené sexuální chování. Častými známkami jsou i poruchy spánku, úzkosti, deprese či i v pozdějších stádiích misidentifikace osob ve svém okolí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 75 - 77).

Objevují se ale i potíže s rozhodováním, orientací v čase a v dříve dobře známém prostoru, dále i ztráta motivace a zájmu o oblíbené činnosti (Callone, 2008). Avšak činnosti, na které je pacient zvyklý, je třeba i nadále rozvíjet a podporovat, pokud nehrozí žádné nebezpečí. Právě otázka bezpečnosti je základem pro výkon instrumentálních běžných denních aktivit (dále I ADL).

Mezi prvními příznaky se objevuje ztráta epizodické paměti a orientace v prostoru, která se v pozdějších stádiích přenáší i na domácí prostředí.

V tomto stádiu nemoci je důležité myslet na další vývoj a způsob zvládnání péče o nemocného. *„Promluvte si spolu o budoucnosti, především o tom, že ho jednou budete muset dát do specializovaného zařízení. Bude se tak moci na tomto rozhodnutí podílet. To vám pomůže, abyste byli oba v době, až k této zásadní změně dojde, mnohem klidnější.“* (Regnault, 2011, str. 41).

1.6.2 Stádium střední demence

„Jestliže daná osoba dosáhne v diagnostickém testu MMSE (Mini-Mental-State-Examination) výsledku mezi 10 a 19 body, splňuje kritéria pro střední fázi Alzheimerovy choroby.“ (Ehrenfeuchter et al., 2014, str. 96). V tomto stádiu, které trvá nejdéle, se prohlubují deficity v paměti, komunikaci a již i v sociálních dovednostech či řešeních komplexnějších úkolů především kvůli zpomaleným reakcím, což je kontraindikací například při řízení auta (Callone, 2008).

V komunikaci se odráží hledání slov a nesrozumitelné vyjadřování se v delších větách. U psaní zase může docházet ke zmenšování písma, záměna velkých a malých písmen. Dalším typickým příznakem pro střední demenci je ztráta ovládnutí kontinence a výraznější nutkání k pohybu, který už ale není tak jistý a je doplněn pocitem ztráty rovnováhy (Ehrenfeuchter et al., 2014).

Ztráta bohaté slovní zásoby a zhoršující se paměť se už zvyrazňuje ve ztrácení se v prostoru, ale i v čase, ovšem dezorientace se u člověka s Alzheimerovou chorobou nezvyšuje, někdy je výrazná a druhý den už by člověk problémy se ztrácením se v prostoru nenašel. Právě ze ztráty paměti a orientace vyplývají i pocity depresí, úzkosti a nejistoty, a proto je na místě ubezpečování, že je vše v pořádku (Ehrenfeuchter et al., 2014).

Těž nastává celkové zhoršení ovládnání chování. „*Odpovídající mechanismy sídlí v čelním laloku mozku. Jestliže je nemocí tato část poškozena, zábrany mizí. Nemocný se přestává kontrolovat a jedná impulzivně.*“ (Regnault, 2011, str. 37).

1.6.3 Stádium těžké demence

„*Vzhledem k tomu, že tzv. střední doba přežití (doba, za kterou zemře polovina pacientů) je 7 let po diagnóze, může dojít k úmrtí některých pacientů ještě před nástupem pokročilého stadia nemoci.*“ (Callone, 2008, str. 33).

Pokud se ale pokročilého stadia trvajících většinou 1 až 3 roky dožijí, je pro nemocné typická úplná ztráta verbální komunikace, ztráta poznávání druhého člověka včetně svých blízkých a výrazné nesoběstačnosti týkající se jídla, oblékání, mobility, ale i dalších aktivit běžného dne. Nemocný taktéž bývá apatický a depresivní, objevuje se nechutenství, sílící inkontinence a porucha funkce střev. Pacienti také často trpí poruchami spánku, epileptickými záchvaty a myoklonem. Zároveň mizí úsudek a logické myšlení, stejně jako schopnosti pohybovat se, kdežto stále zachovány zůstávají schopnosti využívající smysly (Ehrenfeuchter et al., 2014).

Nezbytnými kompenzačními pomůckami se stává invalidní vozík a polohovací postel vybavená bočnicemi, antidekubitní matrací a polštářem, kde už pacient tráví nejvíce času. Právě v tomto období už lidé v drtivé většině zůstávají v domovech s pečovatelskou službou, v tomto případě také v Alzheimercentrech (Regnault, 2011).

Jiráček (2009) zmiňuje ještě terminální fázi, kdy je ale člověk již zcela odkázán na pomoc druhých a cílem péče je zachování důstojnosti a pohodlí. Tento stav pak následuje fáze paliativní přinášející mírnění následků nemoci a bolestí působených touto chorobou.

1.7 Dlouhodobá péče

V prvotní fázi nemoci je využívána ve většině případů péče domácí doplňovaná péčí terénní skrze sociální služby, nabízející službu pečovatelskou, respitní, tísňovou péči nebo osobní asistenci (Mátl, Mátlová, 2015).

V mnoha případech si ale rodina nemůže dovolit celodenní péči sama, proto se pomalu i v České republice rozšiřují nabídky denních stacionářů, ve kterých je pacientům umožněn rozvoj aktivit a sociálních dovedností podle jejich potřeb, možností a zájmů. Další nabídkou ambulantní péče je odborné sociální poradenství, či centra denních služeb. „Analýzy ukazují, že přibližně čtvrtina (26%) osob trpících demencí využívá ambulantní zdravotní péči, necelých 6% pak zdravotní péči lůžkovou.“ (Mátl, Mátlová, 2015, str. 17).

S myšlenkou zajistit péči zaměřovanou právě na potřeby Alzheimerovy choroby přišla formou domova se zvláštním režimem v České republice např. síť Alzheimercenter Prácheň, o.p.s. Dále začínají poskytovat tyto služby i zahraniční společnosti, které mají zkušenosti ze svých zemí. Ačkoli ale poptávka po zařízeních uzpůsobených potřebám pacienta s Alzheimerovou chorobou a dalšími druhy demence vzrůstá, je v České republice situace nedostatku míst prozatím řešena běžnými domovy pro seniory. Ty často ale osoby s demencí, pokud pro ně samy nemají specializovaná oddělení, do péče nepřijímají kvůli omezeným možnostem a schopnostem vycházet vstříc pacientům s takovými požadavky, které jsou pro ně už ve středním stádiu potřebné (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Pro příklad - podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách by ani seniorům s demencí nemělo být zamezeno volně vycházet, musí být proto zajištěné zabezpečení proti bloudění a dalších rizik s tím spojených. Řešením pak může být signalizace ve dveřích oznamující odchod, klika nezvyklého tvaru či číselný kód pro otevření dveří apod. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 125).

Pro pomoc při péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou vznikla v roce 1997 nezisková organizace Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. poskytující informace o péči, o sociálních službách, atd. Tato organizace, která také zprostředkovává setkávání nemocných a rodinných pečujících, je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International (Regnault, 2011).

2 ADAPTAČNÍ PŘÍSTUP

Adaptační přístup je společně s léčebným přístupem, neboli přístupem zdola nahoru, řazen pod kognitivní rámec vztahů. R. Hagedorn mluví o adaptačním přístupu jako o přizpůsobování se či změně člověka ke zlepšení výkonu pro život důležitých činností. Základem je správná interpretace prostředí, po jehož hodnocení je potřeba adekvátně reagovat (Hagedorn, 2000).

Tento přístup nabízí strategie a další řešení funkčního výkonu, ovlivněného nemocí, po fyzické i kognitivní stránce. Jedná se tedy o přístup shora dolů, který právě pro naučení určitých strategií využívá adaptaci a kompenzaci aktivity ve vztahu k prostředí, denní době a dalším faktorům, ovlivňujícím úkony člověka (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Zatímco kompenzace zahrnuje určité techniky a vnější i vnitřní kompenzační strategie, využívající aktivní přístup pacienta k řešení problému, adaptace řeší omezení rušivého vlivu okolí na pozornost a další kognice člověka úpravou či určitou změnou prostředí. O obojím se pak mluví jako o funkčním tréninku, který se uplatňuje v každodenních činnostech (Krivošíková, 2011).

Hodnocení běžných denních činností (dále pouze činností ADL) je běžnou součástí ergoterapie, která se soustředí na adaptaci/kompenzaci, obnovu ztracených schopností a nácvik činností. „*Úkolem ergoterapeuta je potom hodnotit vliv prostředí na provádění činností a zvažovat, jak lze prostředí využít (zpřístupnit, změnit či přizpůsobit) pro snadnější fungování osoby. V praxi je proto nutné pro stanovení odpovídajících cílů terapie provádět současně hodnocení osoby, analýzu činnosti a hodnocení prostředí.*“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 163).

Jelínková (2009) v hodnocení zmiňuje faktory jako význam aktivity, samostatnost a bezpečnost během jejího výkonu a přiměřenost provádění samotné činnosti. Pro ucelenost analýzy činnosti je nutné přihlídnout na sociální a kulturní požadavky kladené na nemocného a cíle nemocného a terapeuta s ohledem na prognózu.

Ergoterapie v adaptačním přístupu využívá znalostí ergonomie. Ať už jde o řešení bariér, vybavení kompenzačními pomůckami či celkovou přestavbu místnosti. „*Fyzické prostředí zahrnuje též nástroje, předměty a pomůcky, které lidé používají při provádění aktivit, a ostatní vybavení domácnosti/pracoviště.*“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 166).

2.1 Adaptace

„Celkově se dá shrnout, že adaptace se provádí proto, aby byla konkrétní osoba schopna provést činnost samostatně a v přiměřeném čase. V případě, že jedinec sám není schopen činnost provést, a to ani při maximální adaptaci, je třeba činnost přizpůsobit tak, aby ji byla schopna provést druhá osoba (např. přesuny nebo hygiena u těžce postiženého jedince).“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 181).

2.1.1 Adaptace činnosti a prostředí

Adaptace činnosti se zabývá úpravou délky trvání výkonu činnosti zároveň ve vztahu k určitému prostředí s cílem dosažení co největší soběstačnosti. Tím je myšlena jak minimalizace rušivých prvků pro pozornost člověka, tak i ukládání či připravení věcí na daném místě tím způsobem, aby co nejvíce zjednodušily situaci a požadovanou aktivitu, a zachovaly tak soběstačnost člověka v největší možné míře. *„Urovnejte oblečení do hromádek tak, aby nemocný věděl, jak se správně obléknout. To umožní správný výběr a postup oblékání a alespoň částečnou samostatnost.“ (Callone, 2008, str. 51).*

Činnosti se adaptuje například při oblékání volbou volného oblečení zapínaného vpředu, příp. se suchým zipem, které se snadno obléká, nebo též oblékáním větších ponožek bez paty a s volnější gumičkou apod. (Callone, 2008).

„Adaptace se může týkat fyzického prostředí (architektonické úpravy, technické řešení), sociálního prostředí (ostatních osob, které musí určitým způsobem změnit své chování/aktivity/role ve vztahu ke klientovi), provádění činností či některých aspektů fungování.“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 196).

2.1.2 Adaptace a kompenzace nástrojů

Mezi kompenzace neodmyslitelně patří jakákoli technická kompenzační pomůcka, a to tam, kde došlo v rámci určitého postižení ke ztrátě funkčních schopností pro soběstačné zapojení se do každodenního života (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Mezi ně se řadí například prkénka na krájení s fixačním prvkem, zapínače knoflíků, navlékače ponožek, usnadnit úchop doplněním či změnou materiálu rukojeti, rukojeť prodloužit, použití lupy či jiných pomůcek na přibližování obrazu, použití suchého zipu při zapínání místo knoflíků apod. (Krivošíková, 2011), ale i v domácnosti

používání lehčích či elektrických nástrojů a pomůcek. „*Technická pomůcka či prostředek je jakýkoli produkt, nástroj, zařízení nebo technický systém, který přispívá k podpoře funkčních schopností, zmírnění či kompenzaci postižení a zapojení osoby s disabilitou do každodenního života. Technické pomůcky se využívají ke zvýšení nebo posílení nezávislosti především v oblasti pohyblivosti, běžných denních činností, komunikace, vzdělávání, pracovního začlenění apod.*“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 237).

2.2 Kompenzace

2.2.1 Vnější kompenzační strategie

„*Mezi vnější kompenzační strategie patří paměťové pomůcky (klasické a elektronické diáře, kalendáře, alarmy, kontrolní seznamy, nástěnky, elektronické navigační systémy), barevné odlišení, slovní nápovědy terapeuta, využití nápisů a plánek.*“ (Krivošíková, 2011, str. 145).

Při poruše schopností věci plánovat a organizovat se tabulky a nástěnky používají ve většině zdravotně sociálních zařízení pro informace o průběhu a programu celého dne. Magnetické tabulky nebo samolepící lístečky pak slouží např. jako seznam úkolů. Výhodami různých diářů, seznamů či mobilních aplikací je možnost si již splněnou aktivitu odškrtnout. I přes omezenou paměť se tím zamezí otázkám, jestli je již daná činnost hotova, či ne (Callone, 2008).

Vhodné je také určit pevné místo, kam se vždy odkládají důležité věci jako klíče od domu, peněženka apod. Zároveň kvůli klesající krátkodobé paměti je doporučováno založení alba na fotografie s popisky, či psaní deníku, pro možnost si znovu vzpomenout na nedávné události (Callone, 2008).

Jako kompenzace prohloubení deficitu paměti se mohou lepit štítky s názvy důležitých předmětů přímo na ně, aby došlo k snadnějšímu hledání pomůcky k činnosti, kterou má nemocný napsanou v seznamu požadavků na splnění. Potíže bývají s poznáním předmětů potřebných k I ADL, ale později i k P ADL, kdy nemocní nepoznávají ani své vlastní věci. Zejména ve zdravotně sociálních zařízeních nachází své uplatnění jak na skříních klienta, tak na samotném oblečení a na předmětech v koupelně. Nemusí se ale jednat jen o text psaný výrazným písmem a jinak barevným podkladem, nýbrž i o piktogramy či o obrázky. Právě obrázky mají dvojí využití. Ve skříní mohou ukazovat obsah dané police. K jinému stylu obrázku může mít zase

klient určitý vztah spjatý s jeho minulostí, a proto díky němu může rozeznat právě dveře do pokoje či skříně, které jsou jeho (Holmerová, Mátlová, 2016).

2.2.2 Vnitřní kompenzační strategie

„Mezi vnitřní kompenzační strategie patří mnemotechnické pomůcky, vizualizace, asociace, vnitřní nápovědy nebo podněty pacienta, které si sám vytváří, a psychická podpora pacienta.“ (Krivošíková, 2011, str. 145). Základem této strategie je uvědomění si nemoci a snaha o zmenšení jejího dopadu na aktivity v průběhu celého dne. Ovšem u demence tato strategie příliš uplatnění nemá kvůli stále se prohlubujícímu kognitivnímu deficitu, který je u Alzheimerovy choroby (dále ACH) časnější než deficit fyzické (Krivošíková, 2011).

2.3 Intervence adaptačního a kompenzačního přístupu

Strategie, které adaptační a kompenzační přístup využívá, mohou být naučeny či až v nejlepším případě zautomatizovány několika možnými postupy. Podmínkou je vždy ale aktivní a nejlépe pozitivní přístup pacienta. Na adaptaci je při nácvičování činností ADL závislé například tzv. stupňování činnosti, jehož úrovně se na přizpůsobení danému kroku činnosti odvíjí, aby pak mohlo dojít k dalšímu stupni v náročnosti úkonu. V praxi je pak samotným postupem myšleno začínání činnosti jednoduchými kroky a postupné přidávání na složitosti úkolu (Krivošíková, 2011).

Možností pro zautomatizování činností každodenního života jsou podle Krivošíkové (2011) částečná aktivita pacienta, dále zpětné řazení kroků činnosti, kdy *„terapeut pomáhá pacientovi až do posledního kroku činnosti. Ten pak provede pacient sám a po jeho zvládnutí si postupně přidává vždy jeden krok z celé sekvence.“* (Krivošíková, 2011, str. 291).

U řetězení kroků činnosti dopředu provádí pacient samostatně první krok, dále se naučí druhý a třetí, až nakonec dojde ke splnění celé činnosti (Krivošíková, 2011).

Pro pacienty s demencí je ale nejvhodnější metodou nacvičování ADL pobídky a nápovědy, kdy jsou podle stavu nemocného kroky činnosti doplněné asistencí skrze dopomoc nebo gesta. Doprovázení a uvedení činnosti může být také slovní či písemnou formou kompenzace jako různé plánky, piktogramy, značky, obrázky. Nejen pro pacienty s ACH je důležité mít jak stále stejný systém, tak i denní dobu, terapeutickou místnost a stejného terapeuta (Krivošíková, 2011).

3 ADL

Mathilde Regnault v souvislosti s prováděním každodenních činností radí „zavedení rutinních postupů. To znamená, aby nemocný každý den dělal tytéž úkony, tytéž aktivity ve stejném sledu. Pomůže mu to zautomatizovat si určité mechanismy, které mu nahradí zhoršující se paměť. (...) Vše maximálně zjednodušte, aby jednotlivé úkoly mohl dělat téměř intuitivně. (...) Později si však pouze s „rutinou“ nevystačíte. V tom případě můžete použít kartičky s krátkými poznámkami nebo symboly, pokud už neumí číst, které rozmístíte na strategických místech v domě.“ (Regnault, 2011, str. 46).

Ačkoli nemocný s ACH postupně o soběstačnost přichází, stále jsou činnosti a aktivity, které vykonávat může. Ovšem především ty, které jej těší, a nikoli ty, které naopak zneklidňují. Důležité je pak zachování pacientova letitého a navyklého postupu a zachování pravidelnosti.

Rozhodně by ale neměl mít pocit nadbytečnosti, pokud jeho schopnosti stále k výkonu aktivity stačí, a měl by být též chválen a oceňován, protože některé činnosti již nejsou tak samozřejmé jako dříve. Výhodné je u některých aktivit najít denní dobu, ve které pacient nejlépe spolupracuje a nemá obtíže (Callone, 2008).

3.1 PADL

Personální běžné denní aktivity jsou pravidelné osobní činnosti prováděné podle individuálních návyků každé osoby, zahrnují péči o sebe samotné a jejich výkon se mění podle věku, pohlaví a období dne (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 153).

3.1.1 Mobilita

Ačkoli kognice nemocného s ACH je postižena hned od první fáze progresu, mobilita bývá povětšinou zachována, a naopak mají nemocní často tendence k neustálé bezcílné chůzi. Proto úprava prostředí, ve kterém člověk s demencí žije, je jedním z nejdůležitějších kroků zjištění kvalitního života (Holmerová, Mátlová, 2016).

V prvním stádiu k zajištění bezpečnosti patří především vyřešení otázky elektronických zařízení, sporáků, odložených nožů a jiných předmětů, u kterých při neopatrném zacházení hrozí vážné nebezpečí. „Můžete například odpojit plotýnky, které jsou blíž k okraji, a nechat funkční jen ty zadní.“ (Regnault, 2011, str. 47).

Tendence k chůzi a ztráta orientace v čase a prostoru též představuje riziko opuštění domova bez vědomí pečující osoby za účelem nákupu. Pak už nezbyvá než klíč od zamčených dveří schovávat, nainstalovat na dveře nebo venkovní branku alarm či zvoneček. Variantou ještě může být přidání druhého zámku či používání bezpečnostní kulaté kliky zabraňující otevření dveří nebo dveře někdy úplně skrýt, aby se nutkáním opustit domov předešlo (Glennner a kol., 2012).

Ovšem někdy ani oplocení zahrady a vytvoření spleti cestiček pro procházení pacientovi nemusí vystačit. Pro takové situace je vhodné využití sledovacího náramku s instalovanou GPS (Ehrenfeuchter et al., 2014). Pro případ bloudění přišla Česká alzheimerovská společnost s projektem „Bezpečný návrat“, který skrze databázi lidí s tendencí odcházení z domova a následné dezorientace, vybavení identifikačními pomůckami a informování okolí hledání usnadňuje (Alzheimer's Disease International, 2016).

Kvůli postupujícím potížím se stabilitou a celkovou kvalitou pohyblivosti se v interiéru doporučuje připevnění či naopak odstranění koberečků a rohožek či prahů a jakýchkoli dalších předmětů ležících na podlaze, zřízení dobrého neoslňujícího osvětlení v místnosti a především na schodišti, zábradlí na schodišti, madla u vany i u toalety, ale i dbaní na dobrou obuv. „*Vyhnete se chůzi po lesklém povrchu, protože takový povrch se může člověku s demencí zdát ledovatý a kluzký.*“ (Callone, 2008, str. 55).

Osvětlení také nemusí být závislé na manuálním rozsvícení, ale zajištěné tzv. fotobuňkami. Kompenzací stability pak jsou vycházkové hole, invalidní vozíky, rotátory apod. Stejně tak nebezpečí představují vratké stoličky či kolečková křesla a židle, ale i příliš horká voda z kohoutku, či elektrické zásuvky (Glennner a kol., 2012). Naopak vhodný je těžší nábytek, který nemá tolik tendenci k převrnutí. A nejlépe nábytek s kulatými rohy zabraňující riziku poranění. Nábytek a celkové uspořádání bytu by se nemělo často měnit kvůli nechtěnému zvyšování dezorientace. Přítomnost pohovky v místnostech, kde se pacient s ACH nejčastěji pohybuje, nabízí kdykoli možnost odpočinku (Holmerová, Mátlová, 2016).

Pro snadnější mobilitu na lůžku je potřeba doplnění madla na stěnu či tzv. hrazdičky. Ačkoli telefon či jiné přivolávací zařízení a noční lampička by měly být v dosahu, alespoň na jedné z podélných stran lůžka by měl být volný prostor 150cm pro manipulaci s vozíkem. Lůžko by též mělo být pro přístupné ze tří stran, doplněné bočnicemi proti riziku pádu a vybaveno antidekubitní matrací a polštářem a ochrannými

prostředky ve fázi, kdy přichází inkontinence a pacient už tráví většinu dne právě vleže (Regnault, 2011).

3.1.2 Výživa a stravování

Součástí adaptace kuchyňského prostředí jak v domácnosti, tak v určitém zařízení s přístupem do kuchyně by měl být bezpodmínečně senzor kouře a bezpečnostní spínač proti přehřátí elektrického sporáku. A to už od začátku postupování nemoci, kdy má nemocný ještě tendence k vaření. Pokud ale tato schopnost již v brzkém stádiu není, je v případě domácí péče ke zvážení alespoň jedno teplé jídlo denně objednat (Regnault, 2011).

Orientaci v čase a prostředí může napomoci rozdílné prostírání a dekorace na stole, ve svátek slavnostní a pro atmosféru slavnosti doplněné o předměty tematicky spojené s daným svátkem. I v běžném provozu by jídelna měla působit domácím dojmem, aby klient neměl obavy, jestli není na jídlo v restauraci nevhodně oblečen a jestli vůbec jídlo dokáže zaplatit (Zgola, Bodrillon, 2013).

V jídelnách zdravotně sociálních zařízení se prostírání používá k vymezení prostoru každého klienta u stolu. Ubrus slavnostní, prostírání může nahradit tácy. Stejně tak zasedací pořádek by měl být rozvržen tak, aby do sebe klienti s neustálými tendencemi k pohybu nevráželi, a stejně tak, aby se ke stolu dostatečně dostali i klienti na vozíku (Zgola, Bordillon, 2013).

Pokud někteří klienti s obtížemi s pozorností vyžadují klidnější prostředí, je vhodnější pro ně i pro personál oddělený jídelní prostor anebo úplně o samotě. Na stole by pak pro tyto klienty nemělo ležet příliš moc matoucích prvků jako třeba i vzory na talířích, brzy to však mohou být příbory, které už pacient kvůli ztrátě paměti nedokáže používat (Regnault, 2011).

Důležité je světlo, aby nemocný viděl do talíře. Pro otestování dostatečného světla v jídelně se nabízí vyzkoušení čtení u stolu z telefonního seznamu. Pokud to sám pečující nepřečte, je pravděpodobné, že nemocný obsah talíře nevidí (Zgola, Bordillon, 2013).

U člověka s ACH je dobré znát jeho předchozí životní úroveň a jídelní zvyky a ty se pro splnění jeho spokojenosti snažit plnit, doporučené je podávání jídla v pravidelný čas, nespěchat a jídla při podávání pojmenovat. Při adaptaci nástrojů se v případě svalového oslabení používá např. fixační prkýnko s bodci pro usnadnění krájení, pro stabilnější úchop hrnek s dvěma uchy, či protiskluzová podložka pod talíř.

Pro samotný příjem potravy je vhodnější lehčí umělohmotná lžička, jídlo již nakrájené, ale přesto vzhledově upravené (Glenner a kol., 2012).

Kvůli častému nechutenství a problémům s polykáním způsobujícím následně dávení jsou doporučena menší a kašovitá jídla, dobře ochucená a obohacená lákavou vůní. Strava by měla být samozřejmě co nejvíce vyvážená a doplněná přiměřeným množstvím tekutin (Glenner a kol., 2012).

Adaptací činnosti se při obtížích s krájením chleba přechází na kupování vždy předem krájeného a při prostírání je pro předcházení zmatených pocitů vhodné připravit jen příbor určený k právě podávanému jídlu (Callone, 2008).

Pro kvalitní spolupráci při podávání jídla je vhodné určit například pro snídani pozdější čas, až bude klient více probuzený a aktivnější. Mnohdy se ale stává, že pacient jídlo v ústech necítí, což pak přináší obtíže obzvláště v situacích, kdy je navíc jeho pozornost upoutaná děním okolo. Pomocným krokem může být podání prázdné lžice, která vyvolá potřebné polknutí. (Zgola, Bordillon, 2013).

3.1.3 Osobní hygiena

Jistota pacienta získaná možností se přidržet se týká jakéhokoli místa v bytě, které si o bezpečnost obzvláště říká. Přednostně se jedná o koupelnu, kde jsou madla u vany a toalety bezpodmínečně nutná, stejně jako naopak přidání některých prvků, jako většího osvětlení či protiskluzové podložky a sedátka do vany a před ní či na toaletu. Vhodné je i vedle vany postavit stoličku či židli pro bezpečnější osoušení a oblékání (Glenner a kol., 2012).

Pro zmírnění zmateného pocitu, co k čemu slouží, je vhodné doplnit umyvadlo a záchod a splachovače kontrastním zbarvením či páskou. Záchod pak může být doplněn značkou šipky připomínající spláchnutí (Holmerová, Mátlová, 2012). „*U takto postižených lidí totiž vše, co není jasně rozpoznatelné, může vyvolávat strach a zmatek. Ze stejného důvodu lze z místnosti odstranit i zrcadla.*“ (Regnault, 2011, str. 49).

Provádění činností hygieny je doporučováno v pravidelné době a místě, kde jsou předměty prakticky a přehledně uloženy a podle potřeby s nalepeným štítkem, k čemu jsou určeny (DE str. 85). Ovšem přítomnost příliš mnoha věcí může opět v pacientovi vyvolávat nepříjemný pocit, stejně tak jako přítomnost pomáhající osoby. „*Navodte příjemnou atmosféru třeba tichou hudbou, voňavou kosmetikou, příjemnou pokojovou teplotou a tlumeným světlem.*“ (Ehrenfeuchter et al. 2014, str. 151).

Řešením demonstrování určité činnosti osobní hygieny, jako například péče o vzhled, holení či ústní hygiena, může být třeba společné čištění zubů.

Bezpečnost během samotného koupání může zajistit předem správně nastavená teplota vody díky termostatické baterii a v případě sprchového koutu pak sprchovací židle. Ačkoli se ale může jevit sprcha jako snadnější než koupel, nemusí být každému příjemná. Předejítí uklouznutí po mýdle může zajistit mýdlo upevněné na řetízku (Callone, 2011). Pokud mají pacienti s ACH tendenci k zamykání se v koupelně, je vhodné pro bezpečnost nainstalování zámku odemykatelného z obou stran (Ehrenfeuchter et al., 2014, str. 148).

3.1.4 Vyprazdňování

Pro snadnější vykonávání potřeby je vhodné oblečení a spodní prádlo lehce svlékatelné a knoflíky či zipy mohou být nahrazené suchými zipy či jednoduchou gumou v pase. Opět je třeba přidání madel či nástavce na WC. Především dveře na toaletu je důležité označit obrázkovým symbolem či nápisem a pro snadnější rozeznání vany od WC je možnost právě vanu zakrýt závěsem (Glenner a kol., 2012).

Stejně tak je vhodné doplnit toaletu nástavcem pro snadnější posazování se a vstávání. A ačkoli je přes den potřeba dbát na dostatečný přísun tekutin, na noc je vhodnější tekutiny naopak omezit, či pak vedle postele mít k dispozici křeslo s mísou či nočník. Právě nočník si mohou někteří pacienti splést s košem, pak je lepší jeho skrytí na méně nápadné místo. Pro rychlejší nalezení toalety je doporučeno nalepení obrázku či čitelného nápisu WC na dveře (Ehrenfeuchter et al., 2014).

3.1.5 Oblékání

U pokročilejších stádií Alzheimerovy choroby se stává oblékání složitějším úkonem nejen kvůli ovládnutí zapínání knoflíčků či zipů. Pacient si už moc neuvědomuje, jak se správně podle počasí obléci a která část oděvu se obléká dřív a která později, natož jestli se k sobě daná kombinace barev a stylů oblečení hodí (Glenner a kol., 2012).

Mezi doporučení tedy patří především zjednodušení šatníku a nechávat ve skříni oblečení vhodné pouze na danou sezónu, či připravení všech částí oděvu před oblékáním vedle sebe ve správném pořadí. Zjednodušení platí i u obuvi kvůli potížím s tkaničkami, kdy je možné využít elastických tkaniček nebo obuvi na suchý zip. Pro zachování bezpečnosti je ale důležité dbát na správnou délku kalhot, rukávů, ale i protiskluzového materiálu podrážek bot (Glennner a kol., 2012).

3.1.6 Komunikace a sociální aspekty

Pro komunikaci platí jistá pravidla, která s postupující progresí přibývají. Obecně platí dobré přijetí, respektování a oceňování osobnosti nemocného, podpora dobré nálady, trénink paměti, využívání nonverbální komunikace a fyzického kontaktu, především když již v pozdějších stádiích přichází zhoršená artikulace (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 115). Ke změně chování a komunikace ale nedochází jen v rámci postupné progrese, nýbrž i výkyvy v jednání během dne (Cohen, 2002).

Ovšem obecně platí především komunikovat v klidném a dostatečně osvětleném prostředí, aby mohl nemocný sledovat pohyb rtů, výraz v obličeji a celkově řeč těla. Dále je vhodné volit jednoduché a krátké věty a důraz dávat na poskytnutí dostateku času,... (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). *„Nezapomínejte, že řeč lze vnímat i ostatními smysly a on je nyní více zapojuje. Můžete se ho tedy dotýkat, například položit mu dlaň na ruku, usmát se, dívat se mu od očí. Tato drobná gesta mu totiž pomohou cítit se dobře a lépe vám rozumět.“* (Regnault, 2011, str. 42).

3.2 IADL

Také zhodnocení úrovně kvality fungování v oblasti IADL je významnou součástí intervence ergoterapie. *„Důležité je též u seniorů, u nichž je jedním z nejvýznamnějších ukazatelů, jež určují, směřují plánování terapie a služeb. Obtíže v provádění IADL mohou upozornit také na zhoršení zdravotního stavu osoby a mají důležitou vypovídací hodnotu o aktuální úrovni funkčních schopností a soběstačnosti u osob s onemocněním demencí.“* (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, str. 153).

Tak jako jsou i osobám s ACH doporučené aktivizační techniky rozvíjející například kreativitu skrze dekupáž, pletení, kresbu apod., je stejně vhodné po menších

úpravách činnosti, předmětů a prostředí i zapojení určitým způsobem do domácích prací, jako práce v kuchyni či pomoc při úklidu.

Především by však nemocný neměl přijít o pocit užitečnosti, pokud to jeho možnosti dovolují. Jednou z možností kompenzování deficitu paměti může být kniha či jiný zápisník poznámek s důležitými kontakty, telefonními čísly, seznamem nutných věcí ke splnění a jiných důležitých údajů. A pokud jde o událost velmi výraznou, není od věci požádat druhou osobu, která by v potřebný čas byla s upozorněním poblíž (Ehrenfeuchter et al., 2014).

3.2.1 Péče o domácnost

Ačkoli člověk s demencí nachází v domácích činnostech nějaký čas uplatnění, není někdy od věci např. koše před vysypáním zkontrolovat a zároveň si pro určité předměty vyhradit obvyklé a pevné místo, aby se co nejvíce zamezilo případným ztrátám a obviněním z krádeže. Kopie klíčů a dokladů je jistě namístě. Ve chvíli, kdy již jistota správného provedení práce s elektrickými zařízeními klesá, je pro zajištění bezpečnosti jednou z hlavních doporučení zalepení elektrických zásuvek (Ehrenfeuchter et al., 2014).

3.2.2 Péče o vyprané prádlo

Pro jistotu při žehlení se doporučuje používat azbestovou podložku, pokud by hrozilo, že nemocný na odloženou žehličku zapomene. Ovšem bez přítomnosti asistence u této činnosti stejně jako u vaření hrozí tak vážná rizika ohrožení zdraví, že by se měla brát již brzy v potaz kompenzace znamenající nošení oblečení, které nepotřebuje žehlit (Holmerová, Mátlová, 2016).

3.2.3 Příprava jídla

Výměna plynového sporáku za elektrický, mající konvenční plotýnky s otočnými spínači, nebo pořízení sporáku, který se sám po přehřátí vypne, je jedním z kroků výrazného zvýšení bezpečnosti, stejně jako stálá regulace přívodu horké vody. Vhodným a nejbezpečnějším pomocníkem pro ohřívání jídla je pak mikrovlnka nebo při samotném vaření i tzv. „pískací“ hrnce (Callone, 2008).

K přístupu k ohni ale nedochází jen při vaření, ale i kouření, kdy je pro zachování bezpečnosti potřeba dohledu či taktiky na schování cigaret a vydání pouze na požádání. A pro některé osoby s ACH bývá obtížné už jen zapojení různých

elektrických spotřebičů, proto vytažení přístrojů ze zásuvky ve chvíli, kdy nejsou třeba, se může jevit jako varianta zajištění bezpečnosti. Zásuvky pak ucpat záslepkami (Holmerová, Mátlová, 2016).

3.2.4 Telefonování

Telefon by měl být vybaven velkými čísly a možností předvolby zmáčknutím pouze jednoho tlačítka. Pro případ nouze je však nutností použití náramku či jiného zařízení nabízejícího po zmačknutí zavolání pomáhající osobě (Ehrenfeuchter et al., 2014).

3.2.5 Nakupování a hospodaření s penězi

Právě otázka financí, bankovních účtů a dalších záležitostí patří mezi první, které je potřeba vyřešit s postiženým ACH hned záhy po určení diagnózy, protože dřív či později už osoba s demencí nebude schopna o těchto záležitostech rozhodovat.

Ačkoli se často jedná o krok předání všech dokumentů apod. osobě, která se zaručuje i po právní stránce ke spravování financí a majetku, měl by mít člověk s ACH pocit, že o svých financích stále nějak rozhoduje v praxi třeba i tím, že bude mít určitý obnos, se kterým bude moct nakládat podle svých potřeb, ale nebude to závažná částka, která by byla utracena třeba i bez rozmyslu. Pro určité rozvíjení odpovědnosti za útratu pak může pacient každou částku zapisovat do sešitu. Hlavní nákupy by ale měly zajišťovat pečující osoby či daná instituce (Regnault, 2011)

3.2.6 Cestování

Pro člověka s demencí se řízení automobilu či jiného motorového vozidla již brzy stává velmi nebezpečným především kvůli zpomalenějším reakcím. Výhodou je v tomto případě možnost využití veřejné dopravy. Při samotném pohybování se na veřejnosti ale hrozí z důvodu deficitu orientace v prostředí zablouzení, proto je vhodné mít po ruce cedulku prozrazující, že daná osoba trpí Alzheimerovou chorobou a že v případě blouzení prosí zavolání na telefon pečující osoby (Holmerová, Mátlová, 2016).

3.2.7 Užívání léků

Podle MUDr. Kosik (2016) bývá právě užívání léků častým problémovým bodem léčby ACH: „*Asi 42 procent lidí s Alzheimerovou chorobou nebere léky tak, jak*

je má předepsané, a jedna až dvě třetiny všech příjmů těchto lidí do nemocnic jsou důsledkem špatného užívání léků.“ (Kosik, Bowman, 2016, str. 350).

Běžné a nejčastěji užívané speciální krabičky nabízející rozdělení léků na dny ale stejně nedokážou splnit požadavky, které mají špatnému příjmu léků zabránit, a proto se v dnešní době na trhu objevují tzv. inteligentní lékovky. Právě ty jsou díky moderním technologiím již vybavené displeji, světelnými či zvukovými výstražnými signály propojenými s hodinkami, které má člověk stále u sebe a které dávají pokyn, že je již doba stanovená na další dávku léků. Některé varianty těchto lékovek je možné naplnit povolanou osobou i na několik dní dopředu a nemocnému pak zbývá jen přiložení nádoby, kam se přesný počet léků v potřebnou dobu z inteligentní lékovky nadávkuje bez rizik spojených s běžnou krabičkou (Kosik, Bowman, 2016).

Pokud ale jiné onemocnění brání příjmu některých potřebných léků, např. na spaní, je vhodné využívání tzv. „podspánkových“ rituálů, jako například drobnost k jídlu nedlouho před spaním, poté toaleta, koupel či jiná činnost podporující pocit spokojenosti. Ráno a během dne se ale doporučuje podpora bdělosti dostatečným denním osvětlením, tělesný pohyb a zamezení spánku během dne (Holmerová, Mátlová, 2016).

V zacházení nejen s těmito zmíněnými zařízeními je ale potřeba se adaptovat a přizpůsobovat potřebám neustále se měnícím během postupující progresu této nemoci tak, aby byla dosažitelná kvalita života co nejdéle zachována. *„Hledáme-li způsob, jak zachovat důstojnost osob s Alzheimerovou nemocí, uvažujme o tom, jak jim pomoci kompenzovat, vyrovnat se a adaptovat na stále se měnící životní styl. (...) Naším novým úkolem je podpořit pacienta, aby v rámci možností mohl pokračovat v produktivním životě a aby jeho život měl stále smysl.*“ (Callone, 2008, str. 41)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zjistit, jaký vliv má aplikace adaptačního přístupu u osob s Alzheimerovou chorobou na zvýšení soběstačnosti ve výkonu činnosti.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o Alzheimerově chorobě a zároveň o možnostech aplikování vhodného kompenzování soběstačnosti a adaptaci důsledků.
2. Vybrání sledovaných klientů s Alzheimerovou chorobou a zjištění jejich charakteristických znaků.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Zvolit adaptační přístup a kompenzační strategie u činností ADL, aplikovat je u různých klientů s různými kognitivními úrovněmi se souběžnou kontrolou a případnou úpravou zvoleného přístupu.

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

5 HYPOTÉZY

H1: Předpokládám, že vyšší bodové výsledky testu ACE znamenají u osoby s Alzheimerovou chorobou lepší adaptaci v činnostech bloku osobní péče v testu FIM

H2: Předpokládám, že adaptační přístup výrazně snižuje nezbytnost dohledu a dopomoci při výkonu činnosti

H3: Předpokládám, že použití adaptačního přístupu je závislé na aktuálním stavu osoby s Alzheimerovou chorobou

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

Sledovaným souborem pro účely výzkumného šetření je 5 klientů s potvrzenou diagnostikou Alzheimerovy choroby, vyšetřených Addenbrookským kognitivním testem (ACE-R) a testem Funkční míry nezávislosti (FIM).

Na základě souhlasu pracovišť zaměřených na Alzheimerovu chorobu byly vytvořeny níže uvedené kazuistiky, které byly zaměřeny na možnosti aplikace adaptačního přístupu v rámci zvýšení soběstačnosti a samostatnosti při výkonu činnosti.

Výzkumné šetření probíhalo u každého klienta v jiném časovém intervalu, ovšem celkem v období listopadu 2017 až ledna 2018.

7 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření je provedeno formou kvalitativního výzkumu. Klienti byli vybráni na základě určité jedinečnosti a tím přínosu do výzkumu. Hodnocení kognitivní stránky klienta bylo provedeno na základě Addenbrookského kognitivního testu, soběstačnost v ADL standardizovaným testem FIM.

Orientačně byla aspekci při výkonu běžných denních činností klientů hodnocena hrubá a jemná motorika.

Mezi hlavní metody pro sběr dat tedy sloužilo především přímé pozorování, dále rozhovory s personálem daných zařízení či zdravotnická a sociální dokumentace jednotlivých klientů.

Vstupní vyšetření bylo provedeno při běžném stavu tzv. „dobrém dni“ klientů, pozdější vyšetření zabývající se zhoršeným stavem klienta neboli „špatným dnem“ proběhlo taktéž před aplikací adaptačního přístupu. Samotná adaptace a kompenzace byla zvolena u činnosti, která byla pro klienta a personál zařízení nejvhodnější a zároveň ve které byla eventualita na zvýšení soběstačnosti.

8 KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika 1

8.1.1 Anamnéza:

- Věk: 82
- Žena, pravák, přijata na podzim 2017
- Dg: dominance Alzheimerovy nemoci
- RA: v dokumentaci nevyplněno, klientka si nepamatuje
- OA: běžná onemocnění
- PA: starobní důchod (dále SD), zámečnice
- SA: vdova, bezdětná
- NO: Alzheimerova nemoc, hypothyreóza, ateroskleróza, polyartróza, inkontinence moči 2. st., Diabetes mellitus (dále DM) 2. typu
- Problémové oblasti: dezorientace v čase i v prostředí, snížená paměť, omezená soběstačnost
- Silné stránky: společenská, má ráda dění okolo sebe, ochotná, usměvavá, dokonce vlastní mobilní telefon, který používá k příjmu hovorů
- Slabé stránky: jakákoli komunikace či změna ji silně stresuje, nedoslýchavost
- Cíl: aktivizace, stimulace, podpora soběstačnosti, podpora zachovalých funkcí
- Ergoterapeutický plán: začleňování, aktivně se účastnit dění, úprava prostředí, trénink soběstačnosti v ADL, orientace v prostředí, cvičení paměti, podpora zájmových aktivit, trénink slovní produkce, čtení, zrakově prostorové orientace, podpora JM a stereognozie, senzorická stimulace
- Kompenzační pomůcky (dále KP): brýle na blízko, hůlka
- Záliby: zvířata, zahradnictví, nechat o sebe pečovat (pedikúra, kadeřnictví)

8.1.2 Vstupní vyšetření:

Orientační hodnocení motoriky:

- Hrubá motorika: Funkční rozsah kloubní pohyblivosti: Pro výkon ADL byl funkční rozsah pohyblivosti v ramenním kloubu dostačující bez potřeby kompenzace pohybu trupu. Svalová síla pro funkční výkon adekvátní.
- Jemná motorika: v normě.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 3)

- **ACE: 48/100**
- **MMSE: 15/30**

Hodnocení: Klientka ochotně spolupracovala, velmi se snažila o to, že bude znát odpověď na otázku, proto také potřebovala neustálou chválu. Zároveň by se přela o to, že řekla správnou odpověď, ačkoli tomu tak nebylo. Výrazným příkladem byl název Československo, místo Česká republika. Pozornost (10/18) již byla narušená, ale paměť (4/26) výrazněji, neboť si z adresy zapamatovala pouze dvě položky. Kdežto ve zpětném vybavování si volila především poslední možnosti, anebo obráceně zaměnila správná popisná čísla.

Zadání slovní produkce (5/14) bylo klientce vysvětleno a ona s ním souhlasila, přesto vyjmenovávala i zvířata na písmeno P, a proto byl výsledek ovlivněn časovou ztrátou při marném hledání vhodných slov.

Jazyk (17/26) neboli čtení a psaní neměla klientka nemocí příliš ovlivněn, deficit byl pouze u pojmenovávání obrázků, při kterém byla klientka poněkud zmatená a roztržitá. Naopak zrakově-prostorové schopnosti (12/16) měla klientka poměrně zachované.

Hodnocení ADL: (viz příloha 4)

- **FIM: 109/126**

Osobní péče: Při veškerých činnostech ADL je klientka soběstačná a velmi si zakládá na společenském chování, především při jídle používá ubrousek. Příbor je pro ni samozřejmostí. V osobní hygieně a použití WC je soběstačná, stejně jako při oblékání a při sprchování, které někdy využívá i vícekrát denně.

Kontinence: Klientka je inkontinentní především ve stresu, proto používá vložky, které si samostatně vyměňuje.

Přesuny a lokomoce: Pro veškerý pohyb v Alzheimercentru i mimo něj klientka má k dispozici hůlku, kterou ovšem kromě schodů převážně nepoužívá.

Komunikace: Klientka je při komunikaci na větší vzdálenost nedoslýchavá a k pochopení a porozumění konverzace používá, stejně jako vyžaduje, jednoduché věty.

Sociální aspekty: Vznik stresové, a tím pro ni problémové situace je pro klientku snadný, ačkoli dokáže velmi dobře spolupracovat, je radši ve společnosti nevýrazná. Deficit paměti je běžnou součástí této diagnózy.

8.1.3 Adaptace a kompenzace v činnosti: příprava kávy

Ačkoli výsledky kognitivního vyšetření nedosahovaly vysokého bodového ohodnocení, klientka přesto podle testu FIM byla klientka soběstačná, a to i v určitém používání mobilního telefonu. Aktivní byla též i v rámci přípravy pravidelné odpolední kávy. Klientka ráda pomáhala s přípravou hrníčků pro další klienty ve společenské místnosti, avšak kromě automatického vkládání kávy do hrnečků vždy čekala na rady, jak postupovat.

Kompenzační strategie vnější: Na vozíku s hrnečky měla klientka seznam postupných kroků. Po prvním kroku (napuštění varné konvice vodou), při opětovném čtení seznamu, se ale soustředila opět na první krok, který již s úpravou konvice provedla. Proto bylo zapotřebí seznam doplnit místem pro odškrtnutí daného kroku. Avšak kvůli roztržitému chování u přípravy kávy křížek u splněné aktivity nebyl dostačující a celý krok musel být proto barevně přeškrtnut.

Adaptace pomůcky: Pro správné naplnění konvice vodou bylo zapotřebí zvýraznit horní rysku. Přesto byla ale z hlediska bezpečnosti nutná kontrola. U všech předmětů potřebných pro přípravu kávy byla ale potřeba další adaptace v rámci vnější kompenzační strategie přehledným popsáním nádoby na kávu a cukr. Připraveného mléka v krabici a lžiček ve stojanu si klientka všimla sama, proto žádnou jinou úpravu nepotřebovala.

Adaptace prostředí: Pro odlišení hrnečků pro sladící a nesladící klienty bylo zapotřebí hrnečky odlišit barvou a též oddělit od sebe. Všechny předměty potřebné k přípravě kávy včetně lžiček pro zamíchání obsahu hrnečků bylo zapotřebí připravit na kuchyňskou linku, aby klientce nevznikaly navíc zbytečně stresové situace při hledání. Pro neustálý přehled v činnosti byl také vozík s hrnečky postaven hned vedle kuchyňské linky s varnou konvicí.

Závěr:

Pro zachování bezpečnosti při manipulaci s varnou konvicí potřeba dohledu byla. Stejně tak jako kontrola, aby diabetici nedostali kávu slazenou. Ačkoli bylo mnohdy potřeba klientku slovně podporovat, byla na ní při pochvale vidět hrdost, že je důležitá a že něco zvládla téměř sama.

8.1.4 Vyšetření – změna stavu

Orientační hodnocení motoriky:

Při vyšetření nebyla změna motorické hybnosti, klientka nezmiňovala žádné bolesti ani závratě.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 5)

- **ACE: 32/100**
- **MMSE: 8/30**

Při testování byla klientka velmi zmatená a pro získání výsledku potřebovala klidné a nikým nerušené prostředí. Přesto potřebovala, pokud to test ACE umožňoval, několikrát zopakování zadání, aby testování mohlo vůbec proběhnout.

V pozornosti (4/18) nastaly změny především ve zpětném hláskování slova POKRM, kdy zapomněla i samotné slovo, jehož písmena měla hláskovat. V uchování slov v paměti (1/26) měla klientka výrazné obtíže a při znovuvybavování si adresy nepřemýšlela o jiných možnostech, než těch naposledy nabídnutých.

Slovní produkce (4/14) a jazyk (14/26) došly též ke zhoršenému výsledku, když klientka nenapsala ani smysluplnou větu a při pojmenovávání obrázků byla opravdu velmi roztržitá. Pouze čtení zůstalo klientce zachováno, ačkoli se podle přečteného pokynu nezachovala.

Změnou byly ovlivněny i zrakově-prostorové schopnosti (9/16), kdy klientka ztratila prostorovou představivost jak při kreslení obrazců, tak i hodin.

Hodnocení ADL: (viz příloha 6)

- **FIM: 92/126**

Při většině výkonu činností potřebovala klientka dohled, neustálé ujištění, že aktivitu vykonává správně, a téměř k celému postupu potřebovala slovní doprovod a pobídky.

8.1.5 Hodnocení adaptované činnosti: (viz příloha 21 a 26)

Klientka všechny části úkonu za neustálých pobídek, případně po zahájení činnosti asistencí, provedla. Ačkoli měla podmínky k výkonu ovlivněné adaptací, nemohla se nyní v seznamu zorientovat, přestože bylo již vše splněné odškrtnuté, a jednala pouze na základě slovních pobídek, případně předvedení začátku určitého kroku činnosti. Seznam ale neodškrtovala sama, protože se přespříliš zamotávala do aktivit, které byly ještě nepřeškrtnuté, a nedokázala se soustředit na přeškrtnutí daného kroku a fakt, že tento krok již vlastně opravdu splnila.

Zvýrazněná ryska pro bezpečné a výhodné naplnění varné konvice zůstala nepovšimnuta, stejně jako krabice mléka a cukr. Ovšem lžičky v nádobě, opatřené oranžovou mašlí a položené hrnečkům nejbližší, klientka použila.

8.2 Kazuistika 2

8.2.1 Anamnéza:

- Věk: 72
- Muž, pravák, přijat únor 2017
- Dg: Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem
- RA: v dokumentaci nevyplněno, klient si nevybavuje
- OA: hemangiom levého laloku jater, nedoslýchavost, divertikulární nemoc tlustého střeva, hypercholesterolemie
- PA: SD, dříve učitel matematiky a výtvarné výchovy
- SA: 2x ženatý, 3 děti
- NO: Alzheimerova nemoc, inkontinence moči 2. st. a stolice
- Problémové oblasti: dezorientace v čase i v prostředí, porucha krátkodobé paměti, ztráta epizodické paměti, omezená soběstačnost, potřeba dohledu, příliš častá nutkání mýt si ruce
- Silné stránky: komunikativní, otevřený, humorný, jako bývalý člen Sokola v dobré fyzické kondici
- Slabé stránky: urážlivý, snadno se rozčílí
- Hl. problém: nedostatečná ranní osobní hygiena, oblékání
- Cíl: aktivizace, stimulace, podpora soběstačnosti, podpora zachovalých funkcí
- Ergoterapeutický plán: začleňování, aktivně se účastnit dění, úprava prostředí, trénink soběstačnosti v ADL, orientace v prostředí, cvičení paměti, podpora zájmových aktivit, trénink slovní produkce, čtení, zrakově prostorové orientace, podpora JM a stereognozie, sensorická stimulace
- KP: brýle nablízko
- Záliby: poslech hudby (jazz, Beatles), hra na klarinet, kytaru, banjo

8.2.2 Vstupní vyšetření:

Orientační hodnocení motoriky:

- Hrubá motorika: Funkční rozsah kloubní pohyblivosti a svalová síla podle stisku ruky výkon ADL nijak neomezuje.
- Jemná motorika: pro veškeré úchopy při ADL v normě.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 7)

- **ACE: 51/100**
- **MMSE: 18/30**

Klient je orientován (11/18) pouze v ročním období, státu a patře budovy. Každou chvíli klient vyprávěl, že byl učitelem matematiky, tudíž v rámci pozornosti odečítal bezchybně a velmi rychle a taktéž u zapamatování si tří předmětů si po třetím čtení všechny vybavil, ale po odečítání čísla sedm si na ně již nevzpomněl. Z adresy si v rámci anterográdní paměti (4/12) zapamatoval pouze číslo a po třetím čtení i příjmení, zpětně si již ale nevybavil žádné a spíše tipoval. Při testování retrográdní paměti neodpověděl ani jednu otázku.

Ve slovní produkci (5/26) byl klient úspěšnější ve vyjmenovávání zvířat než u věci na písmeno „P“. V testování jazykových schopností (17/26) šlo klientovi lépe ukazování na obrázky než jejich pojmenovávání. Zrakově-prostorové schopnosti (14/16) byly evidentně úspěšné díky klientovu celoživotnímu povolání, pouze test hodin byl chybný.

Hodnocení ADL: (viz příloha 8)

- **FIM: 104/126**

Osobní péče: Ve většině činností osobní péče je klient v rámci provedení samostatný, nicméně potřebuje buď připravené prostředí (viz příloha 32) nebo případnou kontrolu. Při stolování je velmi společenský. Pokud má vše připravené, je někdy oblečen i před příchodem asistence. Pouze při koupání je potřeba dohledu pro správnou volbu hygienických přípravků a dostatečné hygieně.

Kontinence: Klient je částečně inkontinentní.

Přesuny a lokomoce: Chůze a přesuny klienta jsou jisté, nepotřebuje oporu.

Komunikace: Klient velmi rád komunikuje a používá rozvité věty, ačkoli někdy slova hledá a u některých slov se u něj projevuje balbutismus. Sám rozumí i delším větám a pokynům.

Sociální aspekty: Klient velmi rád při komunikaci argumentuje a své myšlenky vysvětluje. Má velký smysl pro ochranu a pomoc vůči druhým, stejně jako má smysl pro humor.

8.2.3 Adaptace a kompenzace v činnosti: osobní péče

Mezi hlavní problémové oblasti klienta patří oblékání a výkon činností při ranní hygieně. Ačkoli orientace v budově při cestě z pokoje do jídelny a ke svému běžnému místu u stolu je přesná, orientace ve skříni a v koupelně je výrazně porušena.

Pokud má klient oblečení připravené a rozložené na židli vedle své postele, obleče se samostatně a je potřeba pouze kontrola správnosti. Přípravení oblečení asistencí je běžnou součástí ranní péče nevyžadující tolik věnovaného času, ovšem během ranní hygieny je potřeba výraznější dopomoci od asistence, po níž chce především neustálé pobídky, co je třeba před odchodem do jídelny na snídani a dopolední program aktivizačních pracovníků splnit.

Klient si při stožení u umyvadla začal automaticky mýt ruce, a ačkoli se prohlédl v zrcadle, odešel z koupelny bez činností osobní hygieny jako česání, opláchnutí obličeje, čištění zubů.

Prostředí: Klient měl před sebou zrcadlo a policičku, na které byly všechny potřebné předměty jak jeho, tak dalšího klienta (viz příloha 31).

Oplachování obličeje:

Kompenzační strategie: Na zrcadlo bylo třeba připevnit cedulku s nápisem „Opláchnout obličej“ na bílém podkladu s červeným orámováním pro větší pravděpodobnost povšimnutí. Klient nápis přečetl nahlas a opět pustil vodu na mytí, ale opět se soustředil na ruce. Poté, co je usušil, podíval se zpět do zrcadla a opět přečetl text, si již obličej umyl. Pro utření ale nepoužil svůj vlastní na cedulce podepsaný ručník.

Adaptace pomůcky a prostředí: Kvůli najetí vlastního ručníku (oba stejné žluté barvy) byla nalepena jmenovka, tu ovšem klient nevnímal, ač byla kontrastní barvy. Proto byla zvolena úprava prostředí a přeložení klientova ručníku hned vedle umyvadla.

Závěr: Barevný kontrast ani jiná úprava ručníku v tomto případě vliv neměla. Klient díky pocitu mokrého obličeje klient použil nejbližší položený ručník a na jmenovku, ve snaze mít obličej brzy suchý, nehleděl.

Česání

Adaptace prostředí: Díky klientovým rozsahům pohybu v normě nebylo pro provedení česání zapotřebí žádné kompenzace, pouze byla potřeba v rámci přizpůsobení prostředí odstranění předmětů jiného klienta a položení hřebenu do popředí poličky. Na této bílé poličce byla významným napovídajícím prvkem klientova hřebenu výraznější fialová barva.

Závěr: Na provedení česání bez slovního doprovodu měla pravděpodobně vliv barva hřebenu a uložení do popředí poličky. Více nebylo pro samostatné provedení činnosti nutné.

Čištění zubů:

Adaptace prostředí: Umístění kelímku s kartáčkem tak, aby nezapadl mezi ostatní předměty. Přesto ale bylo třeba přistoupit k využití barevného kontrastu.

Adaptace pomůcky: Na zelený kelímeček, ve kterém ležel kartáček, na němž byla s využitím vnější kompenzační strategie jmenovka klienta, aby opravdu věděl, že to je jeho.

Kompenzační strategie: Obrázek s kartáčkem byl taktéž přilepen na zrcadlo, ovšem zůstal bez povšimnutí. Proto byl doplněn pokynem. Výrazný lístek s pokynem byl připevněn na poličce u kelímku, textu si klient všimnul ještě dříve, než textu na zrcadle při mytí rukou. Význam měla i již zmíněná jmenovka.

Holení:

K zajištění bezpečnosti je vhodné použití holicího strojku. Jejich ovládání ale nebývá přizpůsobené k použití pro člověka s demencí, proto u této činnosti ve specializovaných zařízeních na ACH k ergoterapeutické intervenci v této činnosti nedochází.

Závěr k adaptaci:

Pro zajištění splnění všech aktivit byl navržen seznam formou tabulky s možností odškrtnutí. Tento způsob ovšem u klienta stejně potřeboval spolupráci s asistencí, protože klient se sám v seznamu nedokázal orientovat.

8.2.4 Vyšetření - změna stavu

Vyšetření hybnosti:

Funkční rozsah kloubní pohyblivosti nezměněn, pouze slabší stisk ruky. Svalová slabost ale stoj či úchop výrazně neovlivnila, pouze při úchopu se ruka lehce třásla a nebyla tolik přesná.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 9)

- **ACE: 33/100**
- **MMSE: 11/30**

Klient již od rána působil velmi zmateným dojmem a jako každý den hned oznamoval, že učí matematiku, tedy ještě včera ano a zase bude, ale dnes asi ne. Byl tedy časem i místem zcela dezorientován (6/18), což trvalo až do odpoledních hodin. Ovšem zájem o počítání neklesl, ačkoli vše trvalo déle a několikrát se opravoval. V rámci testování paměti (2/26) si nezapamatoval nic jiného než číslo, které ale u zpětného vybavení obrátil a u dalších bodů volil vždy pouze první možnost.

Ve slovní produkci (2/14) došlo k poklesu vyjmenovávání převážně z časových důvodů, protože klient velmi dlouho potřebná slova hledal. Taktéž v rámci jazyka (13/26) pojmenoval klient méně obrázků a při poznávání a ukazování obrázků byl klient nejistější, pomalejší a působil zmateně, přesto poznal opět tři obrázky ze čtyř.

Zrakově-prostorové schopnosti (10/16) již nebyly tak přesné, zčásti také ovlivněné drobným třesem rukou. V testu hodin sice vypsaná všechna čísla byla, ovšem ne se správným odstupem, zato počítání teček a čtení obrazců proběhlo bez výrazných obtíží.

Hodnocení ADL: (viz příloha 10)

- **FIM: 80/126**

V tento tzv. „horší den“ potřebuje klient rady na všechno, co se má po ránu dělat, a to jak v rámci činností bloku osobní péče, tak při pohybu v celé budově, v které je zcela dezorientován. S většinou činností též potřebuje asistenci pro zahájení, aby dále klient věděl, jak pokračovat. Při oblékání je klient někdy i překvapen, že si má obléci daný kus oblečení, a je více nejistý, proto potřeba asistence pro neustálé ujišťování, nebo naopak se nemůže rozhodnout např. jakou obuv má zvolit.

V samotném chování je klient uzavřenější, zmatenější a méně komunikativní, taktéž pro rozumění potřebuje jasné pokyny. Mnohdy ani není schopen spolupráce, proto jsou některé strategie adaptačního přístupu omezeny.

8.2.5 Hodnocení adaptované činnosti: (viz příloha 22 a 26)

Oplachování obličeje:

Jelikož klient i v komunikaci potřebuje několikeré opakování, měly pro něj cedulky pramalý význam, protože si nedokázal spojit pokyn s výkonem činnosti. Proto byl pro něj pokyn k opláchnutí obličeje nutností, ale výrazně červený ručník nepřehlédl a použil.

Česání:

Úprava prostředí ve smyslu umístění hřebenu v popředí poličky bylo pro klientka významná i nyní, protože mu stačil pouze pokyn pro učešání a asistence nemusela hřeben klientovi podávat, nýbrž jej vzal sám. Ovšem klient byl natolik zmaten, že aniž by vnímal chybné držení hřebenu, zahájil česání s obráceným hřebenem, nepomohlo ani zrcadlo, do kterého se, avšak pravděpodobně nevnímajíc, díval.

V rámci úpravy prostředí bylo vyzkoušeno i pověšení hřebenu přes ručník tak, aby až klient použije ručník na utření rukou, hřebenu si všimne. Ovšem klient pouze usušil ruce, posunul hřeben na stranu a stejně by bez pokynu k použití hřebenu odešel.

Čištění zubů:

Při čištění zubů klient již výraznější obtíže nacházel, a to při hledání vlastních hygienických pomůcek. Ačkoli byla v rámci zvýraznění kelímku zvolena výrazná zelená barva, klient rady nevnímal a byl rozhodnut použít kelímek, který jako první uviděl. Po slovní korekci, aby použil tento kelímek, ač ležel více vzadu poličky než ten klientův kelímek, byl klient natolik zmaten, že nedokázal kelímky vyměnit sám.

Pastu sám otevřel, ale měl tendenci vymáčknout příliš velké množství pasty, než bylo potřeba.

8.3 Kazuistika 3

8.3.1 Anamnéza:

- Věk: 69
- Žena, levák, přijata na podzim 2016
- Dg: dominance Alzheimerovy nemoci
- RA: v dokumentaci nevyplněno, klientka si nic významného nevybavuje
- OA: plicní embolie (12/2013), levostranná pneumonie (12/2015)
- PA: SD, prodavačka, pomocná síla v kuchyni
- SA: má manžela, 3 děti, 4 vnoučata
- NO: Alzheimerova nemoc, primární hypertenze, inkontinence moči 2. st.
- Problémové oblasti: dezorientace v čase i prostředí, snížená paměť, omezená soběstačnost, nestabilita stoje a chůze, potřeba mletého masa, jinak se dusí
- Silné stránky: v porovnání k ostatním velmi zachovalá paměť na světové dějiny
- Slabé stránky: velmi netrpělivá
- Hl. problém: nesamostatnost v oblékání, příliš spoléhá na pomoc asistence
- Cíl: aktivizace, stimulace, podpora soběstačnosti, podpora zachovalých funkcí
- Ergoterapeutický plán: začleňování, aktivně se účastnit dění, úprava prostředí, trénink soběstačnosti v ADL, orientace v prostředí, cvičení paměti, podpora zájmových aktivit, trénink slovní produkce, čtení, zrakově prostorové orientace, podpora JM a stereognozie, senzorická stimulace
- KP: hůlka, brýle na dálku
- Záliby: kočky, procházky, vaření

8.3.2 Vstupní vyšetření:

Orientační hodnocení motoriky:

- Hrubá motorika: Z funkčního rozsahu kloubní pohyblivosti omezení zevní a vnitřní rotace pro výkon koupání. Při česání klientka využívala souhyby hlavy a trupu. Síla stisku ruky slabší, nicméně úchop převážně neovlivňující.
- Jemná motorika: Obtíže u pinzetového úchopu.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 11)

- **ACE: 54/100**
- **MMSE: 21/30**

Klientka působila dojemem, že jsou části testu ACE příliš jednoduché, ale jakmile se jí něco nedařilo, ztrácela trpělivost a chtěla několikrát test ukončit. Je tedy zcela

orientovaná (13/18) kromě státu, kdy byla pevně přesvědčená o Československu. V pozornosti si zapamatovala všechny tři předměty, pouze u počítání dokázala odečíst číslo sedm pouze jednou.

Při testování paměti (9/26) si ze tří předmětů vzpomněla na dva, zato zapamatování adresy byla pro ni opravdu zkouška trpělivosti a při třetím pokusu jmenovala pouze dvě položky. Ve slovní produkci (6/14) byla velmi úspěšná při jmenování zvířat, ovšem u vyjmenovávání slov na písmeno „P“ dlouze přemýšlela, než ji něco napadlo. V rámci zkoušky jazyka (18/26) měla obrovské potíže při pojmenovávání obrázků kromě předmětů testu MMSE, zato při porozumění neboli zpětnému ukazování na obrázky podle názvu měla 100% úspěšnost a bez zaváhání.

Velký deficit měla ovšem v rámci zrakově-prostorových schopností (8/16) při testu hodin, kdy pouze zakreslila kruh. Počítání teček a čtení v obrazcích bylo dále bez obtíží.

Hodnocení ADL: (viz příloha 12)

- **FIM: 95/126**

Osobní péče: U ranní hygieny nepotřebovala nijak pomoci, při připomenutí čištění zubů se ohradila, že je zvyklá si zuby čistit po snídání, proto si je hned ráno čistit nebude. Pokud měla oblečení připravené na posteli, byla při oblékání soběstačná u horní poloviny těla, pouze u dolní poloviny těla byla zvyklá na pomoc asistence, proto pouze když jí dlouho nebyla věnována pozornost, oblékla se samostatně. Obtíže nastaly pouze u navlékání ponožek, které kvůli menší svalové síle a ne příliš volnému materiálu nedokázala samostatně navléci. Též nezapnula své oblíbené bačkory, protože jezdec zipu byl na ni příliš drobný a neuchopitelný. V noci, pokud se klientka probudí, má někdy tendence vybrat celý šatník a naskládané kousky oblečení položit dokola postele a opět usne.

Kontinence: Klientka je jen velmi slabě inkontinentní.

Přesuny a lokomoce: Pro veškerý pohyb používá hůlku, ovšem často chodí bez ní.

Komunikace: Klientka je spíše uzavřená, nicméně po oslovení mluví bez jakékoli známky deficitu, a ačkoli slova někdy slova hledá, dokáže mluvit i o abstraktních pojmech. Ovšem v rámci pokynů potřebuje též výstižné a jasné věty.

Sociální aspekty: Netrpělivost a neustálé sezení na svém místě jsou pro ni typické, ovšem pokud vidí potřebu pomoci, ochotně se zapojí.

8.3.3 Adaptace a kompenzace v činnosti: oblékání

Při vybědnutí k vybraní oblečení ve své skříni netušila, jaká je její skříň, a následně začala každou policičku zmateně prohledávat a nevěděla, co si dřív vzít a co opravdu potřebuje.

Adaptace prostředí: Prvním krokem bylo označit skříň tak, aby ji klientka sama bez rady asistence poznala. Jednou z možností bylo nalepit na skříň obrázek kočky, jelikož právě kočka patří mezi její oblíbené domácí mazlíčky, ale jelikož tento styl vnější nápovědy nebyl dosud používán ani na dveřích pro orientaci v budově či v rámci jiné aktivity, nebyla na tento krok zvyklá a opět zůstala bezradně stojíc před skříněmi nebo otvírala všechny ve snaze vzpomenout si alespoň podle obsahu šatníku.

Samotné oblečení klientka vybírala pomalu a s nejistotou, jestli tento kus oblečení taktéž potřebuje. Někdy se i stávalo, že nevěděla, jaké oblečení v polici leží, proto byly zvoleny obrázky, které byly vždy přilepeny na okraj police. Byla ale i chvíle, kdy klientka letmo pohlédla na obrázek a ptala se, co to je. Proto byly obrázky doplněné textem, který přečetla bez obtíží, ale podle kterého se příliš neřídila.

Nabízejícím se opatřením byl i na dveřích nalepený seznam věcí, které je třeba ráno vybrat ze skříně. Ovšem většinou si klientka seznamu nevšimla a rovnou vybírala oblečení, které bylo na policice nejbliže položené, ačkoli to třeba byl teplý svetr, asistencí ráno z prádelny přinesený a pro danou chvíli nepotřebný. Proto bylo dalším krokem přesunutí jednotlivých potřebných kusů oblečení na polici dopředu a těch v tuto chvíli nežádoucích dozadu. Toto posunutí oblečení dozadu mělo nakonec i vliv na množství oblečení, kterým si klientka následnou noc obložila postel.

Adaptace činnosti: Zvýšení míry soběstačnosti by mohla dopomoci i změna obuvi, která by se lépe obouvala a byla pevná bez nutnosti zapínání. Tu ale klientka odmítala.

Adaptace předmětu: V rámci zvýšení soběstačnosti úpravou předmětu klientka potřebovala volnější ponožky, které se snadno navlékají. Stejně tak používání kalhot na gumu místo kalhot s knoflíky, které klientka sice zvládne zapnout, ale tato činnost je pro ni časově náročnější.

Kompenzační pomůcky: Oblíbená domácí obuv vyžadovala prodloužení jezdcu zipu na bačkorách pro snadnější úchop.

8.3.4 Vyšetření – změna stavu

Orientační hodnocení motoriky:

Kromě omezení pohybu při komunikaci nedošlo k žádné změně.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 13)

ACE: 34/100

MMSE: 12/30

Klientka již od probuzení působila nepřítomným dojmem, nicméně orientace (8/18) byla oproti předchozímu testování snížena pouze v přesnějších datech (datu, dni v týdnu, poschodí budovy apod.) Nade všemi odpověďmi ale déle váhala. Pozornost: (4/26) v rámci počítání bylo opět jen jedno odečtení, ovšem paměť již výraznou změnou prošla, když si zapamatovala pouze jeden předmět ze tří. V rámci paměti (3/26) totiž nedokázala v paměti udržet ani jeden údaj z adresy ani v průběhu tří čtení, taktéž v opětovném vybavení si údajů adresy spíše tipovala, než aby si byla nějakou možností jistá. Ovšem i tentokrát si vzpomněla na prvního prezidenta po revoluci v roce 1989. Ačkoli odsouhlasila porozumění zadání u slovní produkce (3/14), trvalo jí déle, než začala zvířata vyjmenovávat a byla v diktování výrazně pomalejší.

V rámci zkoušky jazyka (13/26) byla úspěšná ve čtení a rámci obrázků překvapivě opět spíše ve zpětném poznání, než v jejich pojmenování, kdy pojmenovala kromě předmětů testu MMSE pouze jeden předmět. V částech testování zrakově-prostorových schopností (6/16) nenakreslila z testu hodin tentokrát ani kruh a při počítání teček měla velké tendence k tomu se přehlédnout.

Hodnocení ADL: (viz příloha 14)

- **FIM: 81/126**

V činnostech ADL byla klientka pomalejší, nejistější a potřebovala více pobídek, stejně jako pro oblékání.

8.3.5 Hodnocení adaptované činnosti: (viz příloha 23 a 27)

Ačkoli klientka našla svou skříň, přesouvala a překládala oblečení bezcílně, i když oblečení bylo v popředí poliček a měla poličky popsané a doplněné obrázky.

Seznamu si též všimla až po upozornění asistence, ale opět seznam dlouze prohlížela bez jakékoli aktivity. V rámci tohoto stavu bylo využito i léčebného přístupu zkoušením postupného oblékání panenky a zároveň klientky bez přímých pokynů k oblečení daného kusu oblečení, ale i přes určitý úspěch tímto krokem byl dohled nutností.

8.4 Kazuistika 4

8.4.1 Anamnéza:

- Věk: 86
- Žena, pravák, přijata v létě 2015
- Dg: dominance Alzheimerovy nemoci
- RA: rodiče zemřeli stářím, sestra na karcinom prsu
- OA: 8/2017 zlomenina lat. kondylu tibie dx
4/ 2017 pád na zahradě se zlomením klíční kosti
r. 1980 karcinom ledviny
- PA: SD, vyučená sociální pracovnice, zdravotní sestra
- SA: vdova, má dceru
- NO: Alzheimerova nemoc
- Problémové oblasti: dezorientace v čase i prostředí, snížená paměť, omezená soběstačnost, neustálé hledání dveří, kabelky apod.
- Silné stránky: velmi komunikativní, cestování
- Slabé stránky: neustále se na něco ptá, někdy netrpělivá, někdy arogantní až vulgární
- Hl. problém: použití WC
- Cíl: aktivizace, stimulace, podpora soběstačnosti, podpora zachovalých funkcí
- Ergoterapeutický plán: začleňování, aktivně se účastnit dění, úprava prostředí, trénink soběstačnosti v ADL, orientace v prostředí, cvičení paměti, podpora zájmových aktivit, trénink slovní produkce, čtení, zrakově prostorové orientace, podpora JM a stereognozie, sensorická stimulace
- KP: hůlka
- Záliby: jízda na koni, život na statku, sport, čtení

8.4.2 Vstupní vyšetření:

Orientační hodnocení motoriky:

- Hrubá motorika: Z funkčního rozsahu omezená vnitřní a zevní rotace v ramenním kloubu ovlivňující především výkon koupání a česání. Síla stisku ruky slabší, ale pro výkon ADL dostatečná.
- Jemná motorika: V normě.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 15)

- **ACE: 45/100**
- **MMSE: 17/30**

V rámci pozornosti (10/18) dokázala klientka odečítat číslo 7 bez výrazných obtíží a dokázala si po třetím zopakování zapamatovat všechna tři slova, ale orientovaná byla pouze ve státu, kraji a spíše náhodně v patře budovy. V jakém městě je, nevěděla, nicméně každý den chodila po celé budově a ptala se, jak se odtud dostane domů v zapamatovaném městě a následně hledala tašku s klíči. Případně se ujišťovala, jestli by bylo možné, aby „tady“ dneska ještě přespala.

V opětovném vybavení byla úspěšná v zapamatování (6/26) si na třetí pokus 4 body ze 7, dále ve slovní produkci (6/14) při vyjmenovávání slov na písmeno „P“. V jazykové části (12/26) dokázala vše přečíst, ale z obrázků poznala pouze dva předměty testu MMSE.

Ze zrakově-prostorových schopností (11/16) přečetla a spočítala vše správně, pouze v testu hodin nezakreslila ani čísla správně a nakreslila kostku nepřesně na jednobodové hodnocení.

Hodnocení ADL: (viz příloha 16)

- **FIM: 85/126**

Osobní péče: Ke všem činnostem vyžaduje klientka dohled, pobídky, případně dopomoci. Stravu dostává krájenou, při oblékání potřebuje mít vše připravené a přehledně rozložené, ale pak se převážně obleče samostatně. Sama také chodí na záchod, ovšem na správnou hygienu zapomíná, proto byla zvolena za činnost vhodnou k adaptaci.

Kontinence: Klientka je částečně inkontinentní.

Přesuny a lokomoce: Pro veškerý pohyb používá hůlku, případně madla.

Komunikace: Klientka je velmi komunikativní, ačkoli někdy slova hledá, mluví s druhými ráda a hojně, ačkoli potřebuje jasné a výstižné věty k porozumění.

Sociální aspekty: Klientka je příjemná, ráda se sděluje, ovšem neustále klade otázky, co má dělat, jestli za ni někdo jídlo platil, jak se dostane domů, kde zapomněla svou kabelku apod. Má také ráda držení za ruku a dokáže dobře komunikovat i ve skupině a neustále si stěžuje, že cítí úzkost a zimu.

8.4.3 Aplikace adaptace a kompenzace v činnosti: intimní hygiena

Jelikož klientka k většině činností ADL vyžaduje dohled a neustálé ujišťování o správnosti výkonu aktivity, byla pro terapeutickou intervenci zvolena aktivita, kterou částečně provádí samostatně, ale bylo potřeba adaptace pro úplnost, a to použití WC. Nicméně pro zachování dostatečné hygieny byla u klientky potřeba především úprava koupelny skrze vnější kompenzační strategii.

Adaptace prostředí: Počátečními kroky muselo být zvýraznění dveří od záchodu, protože v tzv. „lepších dnech“ si pokyn po nějaký čas zapamatovala. Proto po zvýraznění dveří žluto-červenou páskou přelepenou rovnoběžně v několika řádkách přes hnědé dveře a velkým nadpisem „WC“ s bílým pozadím stačila klientce rada, jak najde záchod. Opravdu správné dveře našla. Směrovací cedulky z důvodu hojného zdobení a vybavení budovy nebylo možné uplatnit. Zato velký význam z hlediska bezpečnosti a jistoty pro klientku mělo samo se rozsvěčující světlo díky tzv. buňce před koupelnou i v ní.

V samotné koupelně při sezení na WC měla před sebou na zdi nalepený obrázek s toaletním papírem a šipkou k toaletnímu papíru napravo od WC směřující. Obrázek zaregistrovala, ale následoval dotaz, co na obrázku je. Proto byl obrázek doplněn cedulkou: „Toaletní papír“.

Zároveň pod tímto textem byl pokyn: „Spláchnout!“, což sama nahlas přečetla, ale jelikož měla tlačítko ke spláchnutí za sebou a neviděla jej, úkon neprovedla. Na dveřích pak přečetla nápis: „Umýt ruce!“ s obrázkem kapající vody z kohoutku a na zrcadle byl pak opět pokyn k spláchnutí, přičemž již šipka dovedla klientku až k tlačítku na WC. Mýdlo používala samostatně bez připomenutí. Všechny cedulky pak byly samozřejmě odlišnou a co nejvíce kontrastní barvou oproti obkladům koupelny.

Kompenzační pomůcky: Pro výměnu inkontinenčních vložek bylo nutné jejich připravení na stoličku vedle WC, nicméně ani textový pokyn nepomohl ke kroku správné výměny a výměny vůbec. Při vstávání pak měla klientka potíže, proto byl pevně instalovaný nástavec na WC pro ni vhodný.

8.4.4 Vyšetření – změna stavu

Orientační hodnocení motoriky:

U klientky v rámci svalové síly a rozsahů pohybu nedošlo k žádné změně. Pouze došlo k větší nejistotě stoje a chůze.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 17)

- **ACE: 18/100**
- **MMSE: 5/30**

Klientčin zhoršený stav se odrazil nejen v paměti, ale především v chování, kdy měla méně trpělivosti, dokázala pomlouvat a nadávat. V rámci orientace (3/18) si uvědomovala pouze stát, kraj a také že musí domů. V pozornosti odečetla pouze jednu sedm a po třech opakováních si na žádné slovo ze tří nevzpomněla.

Při zkoušení paměti (2/26) v rámci adresy brzy odmítala spolupracovat, protože ji to příliš rozcílilo, a opustila místnost. Poté ovšem zase bloudila a hledala kabelku, tak se opět vrátila a dalo se pokračovat, aniž by věděla, že již dotazována byla. Tentokrát jí utkvělo alespoň poslední slovo stejně jako u opětovného vybavování si.

Ve slovní produkci (1/14) pro pochopení zadání potřebovala nápovědu s vyjmenováním například zvířat, která měla doma na statku, přesto byl výsledek velmi nízký. V testování jazyka (7/26) měla obtíže při vyslovení slova „statistik“ a pojmenování obrázků pro ni bylo natolik komplikované, že pojmenovala pouze „hodinky a tužku“ z testu MMSE. Zrakově-prostorové schopnosti (5/16) byly narušeny již při počítání teček a zcela při kreslení testu hodin.

Hodnocení ADL: (viz příloha 18)

- **FIM: 68/126**

Klientka vyžaduje neustálý dohled, protože velmi rychle zapomíná důvody dané činnosti a také souvislosti s jejím výkonem tak, že dokáže bezmyšlenkovitě přesouvat různé předměty či si s nimi hrát. Velmi složitý je také přístup ke klientce, která v tomto stavu dokáže být velmi nepříjemná.

8.4.5 Hodnocení adaptované činnosti: (viz příloha 24 a 29)

Ačkoli jsou dveře označeny výraznou páskou, klientka nemá absolutně tušení, že jde o dveře od WC, ačkoli je to i na dveřích výrazně napsané. Totéž bohužel platí i u všech cedulek uvnitř koupelny, kde naprosto přehlídí jakékoli obrázky či cedulky vybízející ke splnění potřebné hygieny. Pro tuto chvíli je totiž potřeba klientku upozornit, i kde je WC a že je potřeba se svléknout, případně pomoci. Pouze automatické osvětlení je v tuto chvíli výhodou, pokud musí asistence neustále klientku usměrňovat. Výhodou pro asistenci jsou pak samozřejmě kompenzační pomůcky, např. nástavec na WC, pokud klientka potřebuje pomoci i s přesunem.

8.5 Kazustika 5

8.5.1 Anamnéza:

- Věk: 82
- Žena, pravák, přijata v létě 2014
- Dg: dominance Alzheimerovy nemoci
- RA: v dokumentaci nevyplněno, klientka si nic významného nevybavuje
- OA: nevýznamné dětské poruchy, artróza, depresivní porucha involuční, neurčená inkontinence moči
- AA: roztoče, pyl prach, kočka, pes
- PA: SD, pokojská
- SA: neprovdaná, bezdětná
- NO: Alzheimerova nemoc, inkontinence
- Problémové oblasti: verbálně již nekomunikuje, omezený pohyb a soběstačnost v ADL, odporuje v některých činnostech ADL
- Silné stránky: v dobrém rozpoložení ochotně spolupracuje
- Slabé stránky: dlouho neudrží pozornost, snadno se rozruší a rozčílí, verbálně nekomunikuje
- Hlavní problém: samostatnost při jedení
- Cíl: aktivizace, stimulace, podpora soběstačnosti, podpora zachovalých funkcí
- Ergoterapeutický plán: začleňování, aktivně se účastnit dění, úprava prostředí, trénink soběstačnosti v ADL, orientace v prostředí, cvičení paměti, podpora zájmových aktivit, trénink slovní produkce, čtení, zrakově prostorové orientace, podpora JM a stereognozie, sensorická stimulace
- KP: vozík, brýle
- Záliby: cestování

8.5.2 Vstupní vyšetření:

Orientační hodnocení motoriky:

- Hrubá motorika: Funkční rozsah pohyblivosti především v rotacích v ramenním kloubu. Následkem bylo proto omezení ve výkonu činností spojených s pohybem ruky na úrovni vlasů, stejně jako u oblékání vyžadujícího určitý pohyb paže. Při hodnocení výkonu byl stisk ruky slabší, nicméně pro udržení napůl plného hrnečku dostačující, stejně tak jako pro udržení obyčejné lžice.

Kognitivní vyšetření: (viz příloha 19)

- **ACE:** Test nemohl být vyplněn, klientka verbálně nekomunikuje a ani již nepíše.

Hodnocení ADL: (viz příloha 19)

- **FIM: 33/126**

Osobní péče: Při příjmu jídla je klientka neklidná, brání se krmení, ale sama se nenají, protože je při jídle velmi neklidná a nedokáže se na jídlo soustředit. Někdy se také při jídle dusí a nedokáže drobně krájenou stravu rozkousat a polknout.

Většinu činností ranní hygieny taktéž neprovádí samostatně, ale především kvůli pohodlnosti, nedostatečnému času asistence či omezenému rozsahu pohybu. Pouze zuby si vyčistí sama, pokud jí to čas asistence dovolí. Při oblékání pomáhá pohyby končetin, nicméně samostatně se neobleče. Potřebu na toaletu nevyjadřuje.

Kontinence: Klientka je inkontinentní.

Přesuny a lokomoce: Pro veškerý pohyb v Alzheimercentru i mimo něj klientka používá pasivně vozík. V rámci přesunů dokáže postát za podmínky opory.

Komunikace: Klientka již verbálně nekomunikuje, ale dokáže si gestikulací, mimikou a zvuky říci, co je pro ni nepříjemné nebo co vyžaduje. Samotnou gestikulaci ale většinou nepoužívá a v křesle sedí spíše schouleným způsobem. Pro porozumění vyžaduje velmi stručné a jasné věty, které ale mnohdy kvůli jiným pohybům a zvuku v místnosti nevnímá.

Sociální aspekty: Paměť je v rámci diagnózy minimální, fungují u klientky pouze během života vštípená pravidla, např. neustále musí mít v ruce kapesník, který během dne různě překládá a urovnává. Při pro klientku problémové situaci vydává vzdychavé zvuky, avšak často se chová tak, jako by okolní vjemy nevnímala a nic se jí netýkalo.

Závěr: Klientka je velmi roztržitá, cokoli pohyblivého a hlasitostí výrazného odpoutává její pozornost a zneklidňuje ji spousta lidí v jejím okolí. Aktivitou, která má u této klientky význam, je přizpůsobení a samostatnost při jedení.

8.5.3 Adaptace a kompenzace v činnosti: příjem jídla

Adaptace prostředí: Prvním krokem bylo uzpůsobení prostředí klientce pro získání pozornosti v komunikaci. Klientka tak byla přesunuta na svém křesle do menší jídelny, která se ale přes dobu stravování nepoužívala. Na klidnou tichou hudbu negativně

nereagovala, ale pro lepší koncentraci na aktivitu bylo zapotřebí vynechat jakýkoli zvukový doprovod. Zvuky byly pravděpodobně i důvodem, proč byla někdy až agresivní a odmítala i krmení. Pro pohodlné umístění misky či talíře byl využit mobilní stoleček položený přes křeslo.

Kompenzační strategie: I po ztišení okolních zvuků klientka někdy upřela pohled jen na asistenci, která jí dávala pokyn k činnosti. Pro spojení slova „lžice“ a opravdu následného sevření rukou tohoto příboru bylo ale třeba vést klientčinu ruku, i když byly rušivé vlivy odstraněny.

Kompenzační pomůcka: Pít z umělohmotného hrnečku nedokázala, ale hrnečku s tzv. pítkem se vzpírala, proto pila pomocí brčka.

Adaptace předmětů: Samozřejmě i u této klientky platilo pravidlo dobře vypadajícího a vonícího jídla. Kvůli dostačující svalové síle nebylo třeba použít umělohmotnou lžici, avšak pro větší úchop byl s úspěchem použit gumový nástavec. Strava pak musela být pro snadnější polykání mixovaná.

Závěr: Především změna prostředí měla na klientku výrazný pozitivní dopad v přístupu ke svému okolí, neboť pokud měla kolem sebe neustále zvukový ruch, chovala se velmi podrážděně, a dokázala se uvolnit, až když seděla v klidu v malé společenské místnosti nějakou chvíli sama s pohledem do zahrady. Po výše zmíněné adaptaci prostředí se aktivně na příjmu jídla podílela bez obtíží, naopak vypadala spokojeně, neboť si každé sousto vychutnávala a vypadala spokojeně, a to především, když byla v křesle natočena na výhled na klidnou zahradu.

8.5.4 Vyšetření – změna stavu

Vyšetření hybnosti:

Došlo pouze ke zmenšení svalové síly při testování stisku ruky.

Hodnocení ADL: (viz příloha 20)

- **FIM: 21/126**

Klientka se ve všech činnostech chovala nepřítomně, byla již od rána špatně naladěná a odmítala jakékoli pohyby a přesuny, tudíž ani v žádné z ranních činností nepomáhala. Při přesunech odmítala postát a veškerá péče dopadla na asistenci jak při oblékání, tak při ranní hygieně. Tento stav trval do pozdního odpoledne, kdy se již uvolnila a své okolí začala lépe přijímat.

8.5.5 Hodnocení adaptované činnosti: (viz příloha 25 a 30)

Připravené jídlo měla jako vždy na mobilním stolečku, ovšem jak během rána, tak při obědě se ničeho nedotkla, a buď sledovala stále stejnou zahradu, nebo byla spavá. Proto musela být krmena, čemuž se nejdříve vzdírala, ale po chvíli společného sezení již jídlo neodmítala. Ovšem pokud dostala lžici do ruky, pouze jídlo míchala a ani po nápovědách asistence se neměla k vložení lžice do úst.

Také krmení probíhalo zdlouhavě, protože klientka často sousto dlouze kousala, pomalu polykala a měla tendence k usínání. Proto potřebovala stimuly i jiné než držení klientčiny ruky se lžicí a její vedení do úst. Bez povšimnutí také držela v ústech brčko, proto muselo dojít k úpravě hrnečku a využití tzv. pítka, kterému se nyní nebránila.

9 VÝSLEDKY

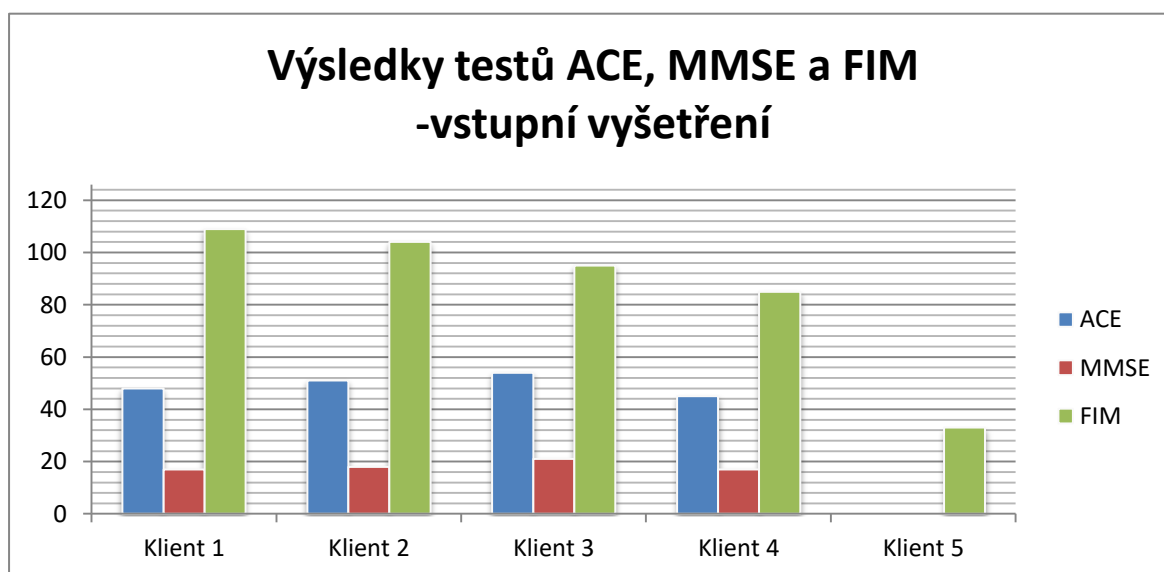
9.1 Výsledky testu ACE, MMSE a FIM u jednotlivých klientů s hodnocení činností bloku osobní péče testu FIM

Tabulka 1 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM vzhledem k výsledku testu ACE a MMSE - vstupní vyšetření

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5
ACE	48/100	51/100	54/100	45/100	-
MMSE	15/30	18/30	21/30	17/30	-
FIM	109/126	104/126	95/126	85/126	33/126
Příjem jídla	7/7	7/7	7/7	5/7	2/7
Osobní hygiena:	7/7	5/7	5/7	4/7	2/7
Koupání	7/7	5/7	4/7	3/7	2/7
Oblékání HP těla:	7/7	5/7	4/7	5/7	2/7
Oblékání DP těla:	7/7	5/7	4/7	5/7	2/7
Intimní hygiena:	6/7	5/7	6/7	5/7	1/7

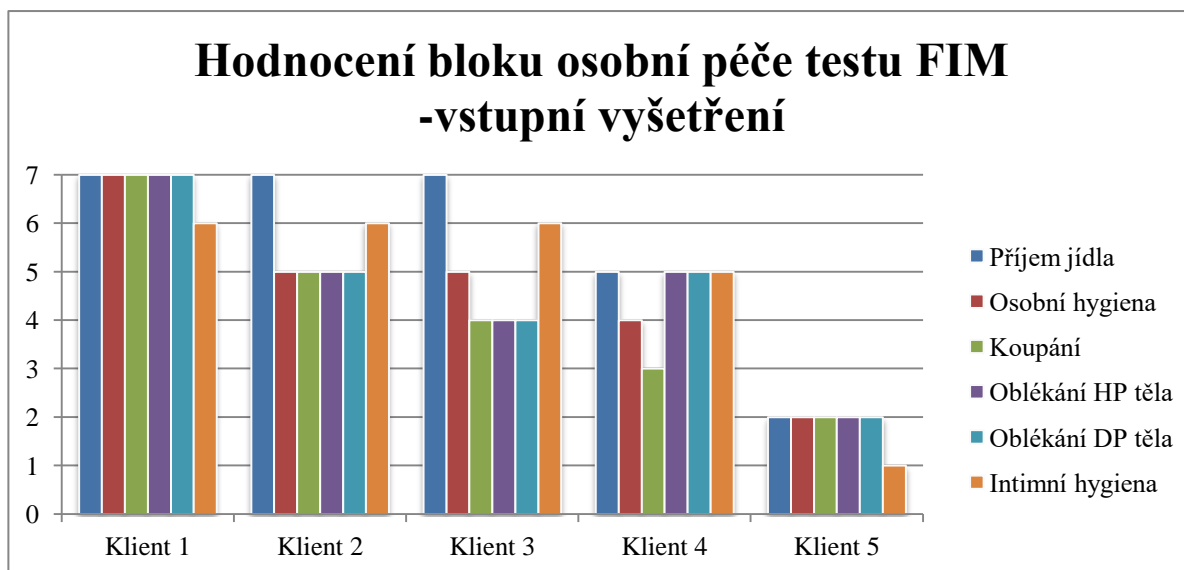
Zdroj: vlastní

Graf 1 Výsledky testů ACE, MMSE a FIM - vstupní vyšetření



Zdroj: vlastní

Graf 2 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM - vstupní vyšetření



Zdroj: vlastní

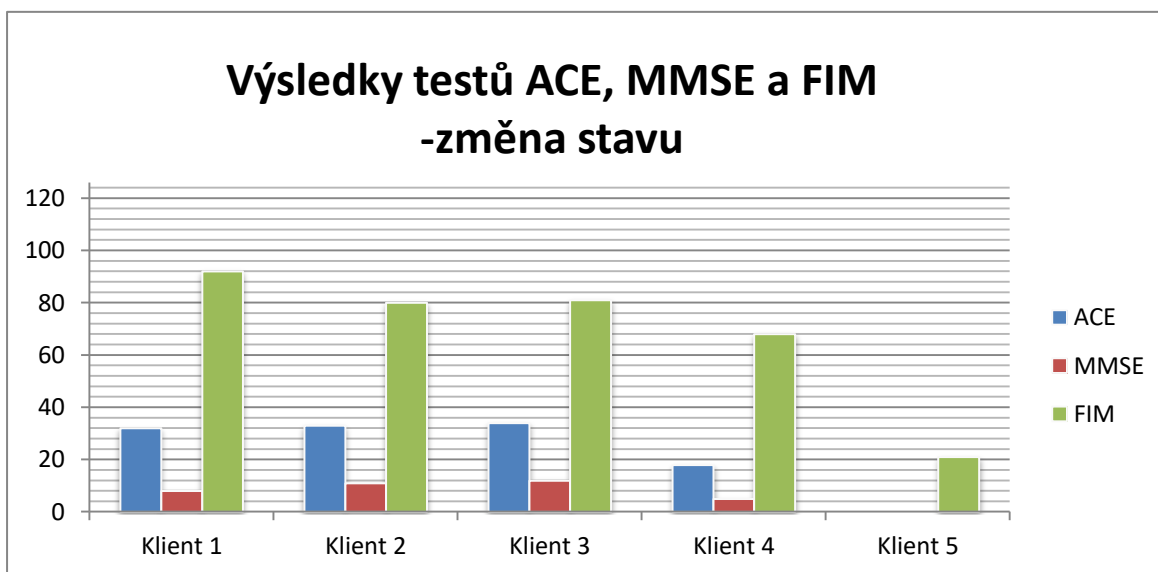
Tabulka 1 a graf 1, 2 hodnotí výsledky kognitivního testu ACE, MMSE a Z tabulky 1 a grafu 1, 2 vyplývá, že vyšší výsledky testu ACE nemusí u osoby s ACH pevně znamenat větší soběstačnost v činnostech ADL. Dále pak je patrné, že z činností, ve kterých zůstává nejdéle u osoby s ACH soběstačnost, je především příjem jídla. Zároveň z tabulky 1 a grafu 1 lze vyčíst, že výsledky testu MMSE dosahují lehce jiného výsledku, nežli kterého se získalo skrze test ACE.

Tabulka 2 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM vzhledem k výsledku testu ACE a MMSE – změna stavu

	P1	P2	P3	P4	P5
ACE	32/100	33/100	34/100	18/100	-
MMSE	8/30	11/30	12/30	5/30	-
FIM	92/126	80/126	81/126	68/126	21/126
Příjem jídla	5/7	5/7	5/7	4/7	1/7
Osobní hygiena:	5/7	4/7	4/7	3/7	1/7
Koupání	5/7	4/7	4/7	2/7	1/7
Oblékání HP těla:	5/7	4/7	4/7	3/7	1/7
Oblékání DP těla:	5/7	4/7	4/7	3/7	1/7
Intimní hygiena:	5/7	4/7	4/7	4/7	1/7

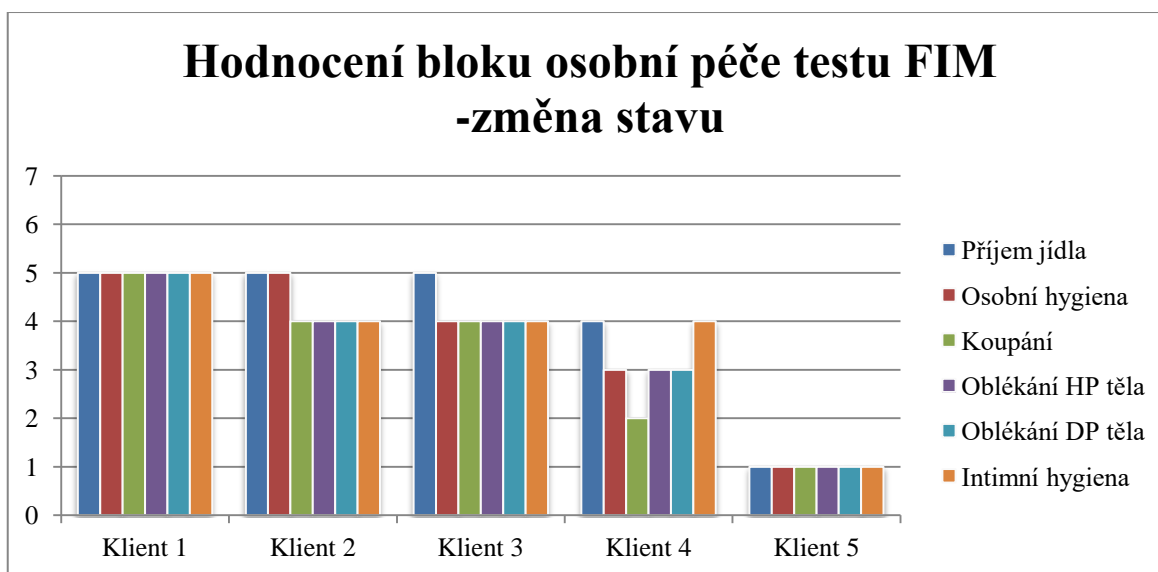
Zdroj: vlastní

Graf 3 Výsledky testů ACE, MMSE a FIM – změna stavu



Zdroj: vlastní

Graf 4 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM – změna stavu



Zdroj: vlastní

Z tabulky 2 a grafu 3, 4 lze vyčíst, že při zhoršeném stavu klienta (tzv. špatném dni) je ve všech běžných denních činnostech potřebný dohled, případně určitá míra dopomoci od asistence. Na její dopomoci je např. závislý 100% klient 5. U klientů 2, 3 a 4 je míra soběstačnosti ve většině hodnocených aktivit 75%.

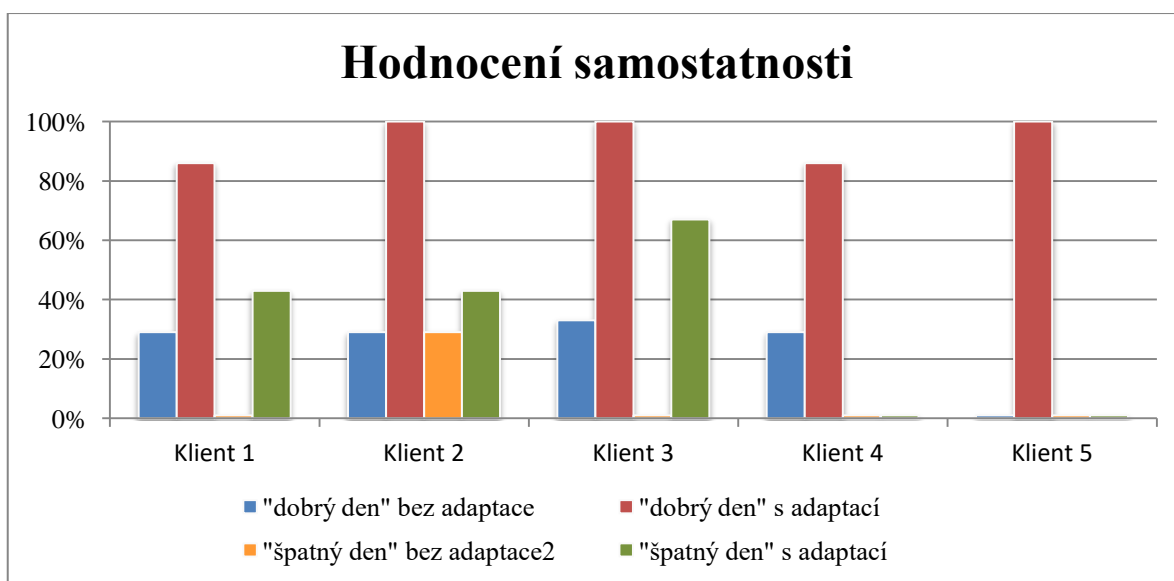
8.2 Výsledky hodnocení vlivu adaptačního a kompenzačního přístupu (AKP) v činnosti podle aktuálního stavu klientů

Tabulka 3 Výsledek hodnocení samostatnosti v provedení problémové činnosti

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
Aplikace AKP	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Klient 1	29%	86%	0%	43%
Klient 2	29%	100%	29%	43%
Klient 3	33%	100%	0%	67%
Klient 4	29%	86%	0%	0%
Klient 5	0%	100%	0%	0%

Zdroj: vlastní

Graf 5 Výsledek hodnocení samostatnosti v provedení problémové činnosti



Zdroj: vlastní

Z tabulky 3 a grafu 5 je zřejmé, že při dobrém aktuálním stavu (tzv. dobrém dni) lze aplikací adaptačního a kompenzačního přístupu dosáhnout v samostatnosti i o více než 50% lepšího výsledku, než jak tomu bylo bez ní. Klienti 2, 3 a 5 dokonce adaptací a kompenzací činnosti byli zcela soběstační.

Během zhoršeného stavu (tzv. špatný den) byla soběstačnost klientů velmi nízká, a tak vysokých výsledků v samostatnosti výkonu nedosáhli, ačkoli měli podmínky adaptačního přístupu stejné.

8.3 Výsledky hodnocení aplikovaných technik adaptačního a kompenzačního přístupu ve vztahu k aktuálnímu stavu kognice

Tabulka 4 Aplikované techniky adaptačního a kompenzačního přístupu s ohledem na výsledek testu ACE během „dobrého dne“ klientů

	Klient 1		Klient 2		Klient 3		Klient 4		Klient 5	
	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv
Úprava pomůcky *	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1
Úprava prostředí **	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1
Kompenzační pomůcka	-	-	-	-	Ano	1	Ano	1	Ano	1
Popisek	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1	-	-
Piktogram	-	-	Ano	0,5	Ano	0,5	Ano	1	-	-
Seznam	Ano	1	Ano	0	Ano	0	-	-	-	-
ACE	48/100		50/100		54/100		45/100		-	

Zdroj: vlastní

* barevná, materiální úprava

** přesun předmětu, odstranění

Vysvětlení: 1 - druh adaptačního přístupu měl pozitivní vliv

0 - druh adaptačního přístupu neměl vliv žádný

0,5 - druh adaptačního přístupu vliv měl, ovšem ne samostatně

Z tabulky 4 vyplývá, že většina navržených metod adaptačního přístupu byla uplatněna. V porovnání s výsledky testu ACE ale nelze potvrdit, že by použití např. seznamu mohlo být ovlivněno pouze výsledkem kognitivního test, neboť klient 2, ač s vyšším kognitivním ohodnocením, seznam neuplatnil, přestože by byl v praxi vhodný stejně jako u klienta 1.

Tabulka 5 Aplikované techniky adaptačního a kompenzačního přístupu s ohledem na výsledek testu ACE „během špatného dne“ klientů

	Klient 1		Klient 2		Klient 3		Klient 4		Klient 5	
	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv	Použití	Vliv
Úprava pomůcky *	Ano	1	Ano	0	Ano	1	Ano	0	Ano	0
Úprava prostředí **	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1	Ano	1
Kompenzační pomůcka	-	-	-	-	Ano	1	Ano	1	Ano	0
Popisek	Ano	0	Ano	0	Ano	0	Ano	0	-	-
Piktogram	-	-	Ano	0	Ano	0	Ano	0	-	-
Seznam	Ano	0	Ano	0	Ano	0	-	-	-	-
ACE	32/100		33/100		34/100		18/100		-	

Zdroj: vlastní

* barevná, materiální úprava

** přesun předmětu, odstranění

Vysvětlení: 1 - druh adaptačního přístupu měl pozitivní vliv

0 - druh adaptačního přístupu neměl vliv žádný

0,5 - druh adaptačního přístupu vliv měl, ovšem ne samostatně

Z tabulky 5 je patrné, že při zhoršeném stavu klientů aplikované druhy adaptace a kompenzace nebyly příliš uplatněny. K dosažení samostatnosti neměl význam jakýkoli psaný text ať skrze popisky, tak skrze seznam a ani piktogramy neměly vliv. V porovnání tabulky 4 a 5 byl opět patrný rozdíl v aktuálním stavu klientů.

10 DISKUZE

Cílem této práce bylo výzkumné šetření v možnostech využití adaptačního a kompenzačního přístupu u osob s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k tomu, že demenci způsobenou touto nemocí nelze u každého jedince generalizovat, byl zvolen individuální přístup ke každému klientovi specializovaného zařízení s ohledem na problematiku běžné denní činnosti, která by přinesla užitek do doby, než bude průběh nemoci klienta opět zhoršen.

Zhoršení ovšem neprobíhá pouze v rámci progresu, ale v určité míře i v rámci týdnů a dnů. Pro výzkumné šetření rozdílnosti v aktuálním stavu klientů byla postavena hypotéza 4, kterou bylo ovšem potřeba zmínit i v hodnocení dalších hypotéz, které byly pro práci zvoleny a následně rozebrány.

Hypotéza 1: Předpokládám, že vyšší bodové výsledky testu ACE znamenají u osoby s Alzheimerovou chorobou lepší adaptaci v činnostech bloku osobní péče v testu FIM.

Některá literatura se zabývá dělením postupné progresu Alzheimerovy choroby do stadií, nepotvrzuje ale, jaká činnost bude patřit mezi problémovou a v jakém měřítku. Na základě kognitivních testů je možné pouze posoudit, která funkce mozku odchází ve většině případů mezi prvními. Callone (2008) tvrdí, že je především postižena krátkodobá paměť a řeč. Deficity v pohyblivosti přichází až později, proto je v rámci klienta 5 (viz příloha 19) možné usoudit, že již patří již mezi poslední fáze nemoci.

Klienti 2, 3 a 4 by podle měřítek pohyblivosti a schopností ve výkonu činností vykázaných ve výsledcích testu FIM mohli být řazeni do střední fáze progresu nemoci, které vyšetřené hodnoty orientačně odpovídají.

Poměru výsledku testu ACE a výkonu testu FIM se ale vymyká klient 1, pokud v testu ACE získá dokonce nižší bodové ohodnocení, avšak v soběstačnosti dosahuje výrazně vyšších výsledků.

Určitý vliv na tento výsledek může mít samotný test FIM, který je sice oproti jiným standardizovaným testům hodnotícím soběstačnost v běžných denních činnostech podrobnější, nedokáže však přesto vyjádřit přesnou míru slovního doprovodu v rámci dohledu. Pro příklad klient 2 má stejné hodnocení při výkonu intimní hygieny jako klient 4, ačkoli klient 5 je z ohledu na slovní pobídky méně náročný než klient 4.

Zároveň také test ACE nezohledňuje nervózní stavy, aktuální cítění a vlastnosti vyšetřovaných. Můžeme se proto domnívat, že to může být důvodem pro nižší hodnocení klienta 1, který používá mobilní telefon k příjmu hovoru, oproti klientům 2, 3 a 4, kteří ač

dosáhli vyššího výsledku kognitivního testu, výkonu činností I ADL nejsou samostatně schopni. Naopak je patrné, že aktivita, ve které zůstává nejdéle u osoby s ACH soběstačnost, je především příjem jídla. Hypotéza 1 z těchto důvodů proto u tohoto souboru klientů nebyla potvrzena.

Jiná studie by se také mohla zabývat rozdíly mezi hodnotami kognitivních testů ACE a MMSE, které vyplynulo při vyvracení této hypotézy. Procentuálně totiž klient 3 dosáhl vyššího výsledku v testu MMSE než u testu ACE. Přestože je ale v určení hodnoty kognice přesnější test ACE, v praxi se podle Holmerové et al. (2007) používá především MMSE.

Hypotéza 2: Předpokládám, že adaptační přístup výrazně snižuje nezbytnost dohledu a dopomoci při výkonu činnosti.

Druhá hypotéza byla zaměřena přímo na aplikaci technik a strategií adaptačního a kompenzačního přístupu. Navržené techniky a strategie byly použity v rámci zvolených činností u každého klienta v jiném množství a jiným stylem, určeným podle individuálních potřeb.

Z použití jednotlivých technik v tzv. "dobrém dni" klientů je zřejmé, že při samostatném provedení aktivity bez potřeby dohledu a slovního doprovodu měla vliv převážná většina zvolených technik.

Tyto techniky pak měly vliv na dosažení v samostatnosti provedení aktivity i o více než 50% lepšího výsledku, než jak tomu bylo bez jejich aplikování. Klienti 2, 3 a 5 dokonce adaptací a kompenzací činnosti byli zcela soběstační. V rámci tohoto výsledku je ovšem důležité brát v potaz nezohledněné rozdíly v časové náročnosti v rámci splnění aktivity, stejně jako rozdílné množství použitých technik adaptace a kompenzace.

Jako další aspekt důležitý při vyvozování závěrů o zlepšení činnosti skrze adaptaci a kompenzací připomíná Regnault (2011) zavedení rutinních postupů, neboli vykonávání určených aktivit každý den ve stejném sledu, tím daný mechanismus zautomatizovat a vykompenzovat tak pro příklad právě deficity paměti. Ačkoli tento poznatek je při výzkumném šetření významný, nebylo v rámci této práce možné účastnit se každodenního výkonu vybrané a adaptačním přístupem doplněné aktivity. Stejně tak to u většiny vybraných ani neumožňuje péče personálu zařízení, která z různých důvodů naopak podporuje onu nesoběstačnost.

Významné je také tvrzení, že pozitivních výsledků k potvrzení této hypotézy bylo dosaženo během lepšího kognitivního stavu. Změna stavu k horšímu totiž takto výrazných pozitivních výsledků nedosahovala a všechny aktivity ADL byly náhle závislé na dohledu

a pobídkách asistence nebo přímo na určité míře fyzické dopomoci. Příkladem změny z plné soběstačnosti na potřebu dohledu byla změna klienta 1, u klienta 5 se jednalo o změnu k naprosté nesoběstačnosti. U všech vybraných klientů to však bylo za stejných podmínek podpořených kompenzací a adaptací předmětů, činnosti či prostředí.

Hypotéza 2 byla tedy s ohledem na měnící se stav klientů v rámci dnů a týdnů potvrzena částečně, a to s ohledem na hypotézu 3, týkající se právě rozdílů v kognitivním a funkčním hodnocení klientů.

Hypotéza 3: Předpokládám, že použití adaptačního přístupu je závislé na aktuálním stavu osoby s Alzheimerovou chorobou.

Glennner (2012) zmiňuje změnu osobnosti nemocí postižené osoby. Dodává, že pro přijetí této změny je potřeba provést obměnu i ve svých představách o jeho schopnostech. A to tím, že dokážeme rozeznat míru, kdy je potřeba pomoci a kdy u něj naopak přílišnou aktivitou zbytečně podporujeme rozvoj nesoběstačnosti. Glennner však přímo nepodotýká, zda přizpůsobováním se jsou myšleny i krátkodobější změny. Zhoršení jinak běžného stavu pak zmiňuje pouze Holmerová, Mátlová (2012), avšak blíže se této problematice Alzheimerovy choroby žádná nalezená literatura nezabývá.

Pro potvrzení této hypotézy byly výsledky předchozích předpokladů vyšetřovány a hodnoceny vždy v tzv. „dobrém a špatném dni“ každého klienta jednotlivě. Rozdíly mezi nimi byly znatelné jak orientovaností klientů, tak zvýšeným zmateným a úzkostným pocitem, projevujícím se i ve snížení samostatného provedení aktivity.

Data vyhodnocené samostatnosti jednotlivých kroků, z nichž byl vypracován výsledek k potvrzení či vyvrácení této hypotézy, jsou v tabulkách v přílohách 21-25. Ve výsledcích pak soubor klientů došel k výše zmíněnému i více než 50% zlepšení. Během zhoršeného stavu došlo k výraznému zlepšení pouze u klienta 4, kdy byla aplikovaná kompenzační pomůcka výkon aktivity zásadně ovlivňující. V tomto „špatném dni“ tedy nebylo získáno u žádného z klientů stejného zlepšení ve výkonu činnosti, jako v běžném stavu. Z tohoto důvodu byla hypotéza 3 u vybraného vzorku klientů potvrzena.

Na základě hodnocení samostatnosti byla zároveň vyhodnocena i úroveň slovního doprovodu či dopomoci, ale z důvodu přílišného rozšíření této práce nebylo toto zhodnocení v rámci výsledků zohledněno. Může být tedy alespoň podnětem k rozšíření tohoto výzkumného šetření.

11 ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na možnosti aplikování adaptačního a kompenzačního přístupu u demence zapříčiněné Alzheimerovou chorobou s představou, že dokáže přiblížit základní podstaty použití těchto přístupů právě u této diagnózy.

Smyslem této práce bylo přiblížit jak samotnou problematiku Alzheimerovy choroby, která svými specifiky může, i podle výzkumného šetření této práce, rehabilitační proces v souladu s ergoterapeutickou intervencí, průběh i výsledky použití těchto přístupů ovlivnit, tak i zprostředkovat přehled změn osobnosti, vznikajících postupně v průběhu procesu prohlubování nemoci.

Praktická část této práce pak byla zaměřena na výzkumné šetření u pěti klientů několika na toto onemocnění specializovaných center. Cílem bylo objasnit pro tuto práci tři stanovené hypotézy, z nichž byla jedna vyvrácena, druhá shledána jako částečně potvrzená a třetí předpoklad byl potvrzen. Hypotézy se zabývaly základy podstatnými pro volbu tohoto ergoterapeutického přístupu, kdy bylo potřeba objasnit vliv kognitivní stránky na celkovou soběstačnost v rámci běžných denních činností a na jejich nácvik.

Po praktické stránce bylo také vyhodnoceno použití některých z nabídky adaptace a kompenzace nabízených technik a zároveň poskytnutí porovnání jejich uplatnění podle funkčního stáda soběstačnosti.

Skutečností je, že z důvodu rozdílného průběhu a postupu této nemoci, nelze odhadnout délku období, kdy bude zvolená technika adaptace a kompenzace dosahovat úspěchu. Současně je ale také otázkou, jakou aktivitu a či její část je možné považovat za úspěšnou, neboť v rámci neurodegenerativního progresivního onemocnění lze těžko dlouhodobě dosáhnout zachování stejné kvality výkonu činnosti, tak ještě méně zlepšení. Přesto je ale nutné přikládat rehabilitaci Alzheimerovy choroby už z hlediska budoucnosti rozšiřování této nemoci velký význam.

Podle zkušeností autora je to v zařízeních specializovaných na tuto diagnózu především právě ergoterapie, která je součástí každodenní práce s klientem na podporu zachování či zlepšení jeho aktuálního stavu prostřednictvím využití prvků kognitivní rehabilitace v rámci různých terapií. Terapií, které můžou využít také prvky adaptačního a kompenzačního přístupu na základě individuálního postoje ke každému klientovi, podporovat nejen kognitivní stránku osobnosti, ale využívat i jako součást tréninků soběstačnosti široké škály technik. Kreativita v tomto přístupu je u ergoterapeuta výhodou.

Kreativita, individuální postoj ke klientovi, přizpůsobování se jeho aktuálnímu stavu, využívání zachovalých schopností a pohled na ucelenost osobnosti klienta je základem adaptačního a kompenzačního přístupu. Přístupu, který ergoterapii přenáší široké pole působnosti i u Alzheimerovy choroby.

12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALZEIMER. *Alzheimer* [online]. Copyright © Alzheimercentrum 2017 [cit. 13.02.2018].

Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 11. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-49-5.

CALLONE, R. P. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., *Česká alzheimerovská společnost, o.p.s* [online]. Copyright © 2015 [cit. 8.09.2017]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz>

EHRENFEUCHTER, C., et al. *Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. Reader's Digest. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.

GLENNER A KOL., J. A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádcí pro zdraví. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAGEDORN, R. *Ergotherapie - Theorien und Modelle: die Praxis begründen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2000. 141 s. ISBN 9783131256515.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. 30 s. ISBN 978-80-86541-49-5.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0117-4.

HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., ED. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2. rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2012. 116 s. ISBN 978-80-86541-31-0.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 987-80-247-2454-6.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

KOSIK, K. S., BOWMAN A. *Jak přelstít Alzheimera: co můžete udělat, abyste snížili riziko této nemoci*. Praha: Práh, 2016. 400 s. ISBN 978-80-7252-668-0.

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

MÁTĽ, O., MÁTLOVÁ, M. *Zpráva o stavu demence 2015* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015. 29 s. ISBN 978-80-86541-45-7.

MÁTĽ, O., MÁTLOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Zpráva o stavu demence 2016* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1.

Mudr.org [online]. Copyright, 2016 [cit. 18.11.2017]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/addenbrooksky-kognitivni-test-ace-r>

REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

ZGOLA, J. M., BORDILLON, G. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2013. 300 s. ISBN 978-80-86541-32-7.

13 SEZNAM ZKRATEK

ACE	.....	Addenbrookský kognitivní test
ad.	.....	a další
apod.	.....	a podobně
AP	.....	adaptační přístup
atd.	.....	a tak dále
Dg.	.....	diagnóza
DM	.....	Diabetes mellitus
DP těla	.....	dolní polovina těla
FA	.....	farmakologická anamnéza
FIM	.....	Funkční míra nezávislosti
HP těla	.....	horní polovina těla
I ADL	.....	instrumentální běžné denní činnosti
KP	.....	kompenzační pomůcky
mj.	.....	mimo jiné
např.	.....	například
NO	.....	nynější onemocnění
OA	.....	osobní anamnéza
P ADL	.....	personální běžné denní činnosti
PA	.....	pracovní anamnéza
PHK	.....	pravá horní končetina
RA	.....	rodinná anamnéza
SA	.....	sociální anamnéza
SD	.....	starobní důchod
Sy.	.....	syndrom
tzv.	.....	takzvaný

14 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM vzhledem k výsledku testu ACE a MMSE při vstupním vyšetření.....	61
Tabulka 2 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM vzhledem k výsledku testu ACE a MMSE při změně stavu.....	62
Tabulka 3 Výsledek hodnocení samostatnosti v provedení problémové činnosti.....	64
Tabulka 4 Aplikované techniky adaptačního a kompenzačního přístupu s ohledem na výsledek testu ACE během „dobrého dne“ klientů.....	65
Tabulka 5 Aplikované techniky adaptačního a kompenzačního přístupu s ohledem na výsledek testu ACE během „špatného dne“ klientů.....	66

15 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výsledky testů ACE, MMSE a FIM -vstupní vyšetření.....	61
Graf 2 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM - vstupním vyšetření.....	62
Graf 3 Výsledky testů ACE, MMSE a FIM - zhoršený stav.....	63
Graf 4 Hodnocení bloku osobní péče testu FIM - zhoršený stav.....	63
Graf 5 Výsledek hodnocení samostatnosti v provedení problémové činnosti.....	64

16 SEZNAM PŘÍLOH

16.1 Příloha 1 Funkční míra nezávislosti – FIM.....	80
16.2 Příloha 2 Addenbrookský kognitivní test.....	81
16.3 Výsledky testů ACE a FIM v tabulkách	
Příloha 3 Kognitivní vyšetření u klienta 1.....	89
Příloha 4 Hodnocení ADL u klienta 1.....	90
Příloha 5 Kognitivní vyšetření u klienta 1 – změna stavu.....	91
Příloha 6 Hodnocení ADL u klienta 1 – změna stavu.....	92
Příloha 7 Kognitivní vyšetření u klienta 2.....	93
Příloha 8 Hodnocení ADL u klienta 2.....	94
Příloha 9 Kognitivní vyšetření u klienta 2 – změna stavu.....	95
Příloha 10 Hodnocení ADL u klienta 2 – změna stavu.....	96
Příloha 11 Kognitivní vyšetření u klienta 3.....	97
Příloha 12 Hodnocení ADL u klienta 3.....	98
Příloha 13 Kognitivní vyšetření u klienta 3 – změna stavu.....	99
Příloha 14 Hodnocení ADL u klienta 3 – změna stavu.....	100
Příloha 15 Kognitivní vyšetření u klienta 4.....	101
Příloha 16 Hodnocení ADL u klienta 4.....	102
Příloha 17 Kognitivní vyšetření u klienta 4 – změna stavu.....	103
Příloha 18 Hodnocení ADL u klienta 4 – změna stavu.....	104
Příloha 19 Hodnocení ADL u klienta 5.....	105
Příloha 20 Hodnocení ADL u klienta 5 – změna stavu.....	106

16.4 Zhodnocení vlivu adaptačního a kompenzačního přístupu (AKP)

Příloha 21 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP u klienta 1.....	106
Příloha 22 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP u klienta 2.....	107
Příloha 23 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP u klienta 3.....	107
Příloha 24 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP u klienta 4.....	108
Příloha 25 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP u klienta 5.....	108

16.5 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP

Příloha 26 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 1.....	109
Příloha 27 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 2.....	109
Příloha 28 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 3.....	110
Příloha 29 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 4.....	111
Příloha 30 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 5.....	111

Příloha 31 Ukázka běžného rozmístění předmětů podporující dezorientaci.....112

Příloha 32 Ukázka jedné z možností úpravy prostředí.....112

17 PŘÍLOHY

17.1 Příloha 1 Funkční míra nezávislosti - FIM

Tab. 5.3.1.-1. Funkční index soběstačnosti, hodnocení

		Příjem	Kontrola	Propuštění
	Datum			
Osobní péče				
A. Jídlo				
B. Péče o zevnějšek				
C. Koupání				
D. Oblékání – horní končetiny, trup				
E. Oblékání – dolní končetiny				
F. Intimní hygiena				
Kontinence				
G. Kontinence – močový měchýř				
H. Kontinence – konečník				
Přesuny				
I. Lůžko, židle, vozík				
J. WC				
K. Vana, sprcha				
Lokomoce				
L. Chůze/Vozík	<input type="radio"/> chůze	<input type="radio"/> vozík	<input type="radio"/> obojí	
M. Schody				
Pohybová dovednost	Součet: (maximálně 91 bodů)	.....	.....	.....
Komunikace				
N. Chápání	<input type="radio"/> audio	<input type="radio"/> video	<input type="radio"/> obojí	
O. Vyjadřování	<input type="radio"/> verbální	<input type="radio"/> neverbální	<input type="radio"/> obojí	
Sociální aspekty				
P. Sociální kontakt				
Q. Řešení problémů				
R. Paměť				
Psychické funkce	Součet: (maximálně 35 bodů)	.....	.....	.....
CELKOVÉ SKÓRE	Součet (maximálně 126 bodů)			

Hodnocení

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

Zdroj: Kolář, 2011, str. 222

17.2 Příloha 2 Addenbrookský kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ 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"/>	Laterální	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	

SUBSKÓRE				SKÓRE
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

■ Zeptejte se pacienta:

1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>	(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>	ACE	ACE
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"/>	MMSE	MMSE
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>		

■ 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.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ 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.“

lopata <input type="text"/>	šátek <input type="text"/>	váza <input type="text"/>	(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
			ACE	ACE
			MMSE	MMSE

■ 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 zkrácen výsledek položky výbavnost.
Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ				POZORNOST																											
<p>■ Požádejte pacienta: „Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám nefeknu dost.“</p> <p>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"/></p> <p>■ 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.“ <i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/ hláskuje správně, počítajte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.</i></p>	(Skóre 0–5) <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–5) <input type="text"/> ACE	MMSE <input type="text"/> MMSE																												
4. PAMĚT – VYBAVENÍ				PAMĚT																											
<p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“</p> <p>lopata <input type="text"/> šátek <input type="text"/> váza <input type="text"/></p> <p><i>Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.</i></p>	(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE	(Skóre 0–3) <input type="text"/> ACE	MMSE <input type="text"/> MMSE																												
5. PAMĚT – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚT				PAMĚT																											
<p>■ 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.“</p> <p>■ Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×. <i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.</i></p> <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. PAMĚT – RETROGRÁDNÍ PAMĚT				PAMĚT																											
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)? <input type="text"/></p> <p>Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989? <input type="text"/></p> <p>Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických? <input type="text"/></p> <p>Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963? <input type="text"/></p> <p><i>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.</i></p>	(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> <p>■ 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, bydlíš, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“</p> <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><i>Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.</i></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																												

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata				Počet slov	Odpovídá skóre
7b Zvířata				>21	7
■ Řekněte pacientovi: „Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. <u>Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem</u> . Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Teď!“				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"/>	<input type="text"/>
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.				ACE	ACE




8. JAZYK – POROZUMĚNÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
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.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	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)	(Skóre 0–3)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE

9. JAZYK – PSANÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
■	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 neryjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ		(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
■	Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	ACE	ACE
■	Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“	(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
10b	„Prostě tak a ne jinak.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE
10c	„Nahofe, vzadu a dole.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.	(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

JAZYK

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)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MMSE	MMSE
<p>1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Hodinky, náramkové hodinky <input type="checkbox"/></p> <p>3. Klokan, klokanice, klokanice s mládětem <input type="checkbox"/></p> <p>4. Tučňák, pinguin <input type="checkbox"/></p> <p>5. Kotva <input type="checkbox"/></p> <p>6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud <input type="checkbox"/></p> <p>7. Harfa <input type="checkbox"/></p> <p>8. Nosorožec <input type="checkbox"/></p> <p>9. Sud, soudek, bečka <input type="checkbox"/></p> <p>10. Královská koruna, koruna <input type="checkbox"/></p> <p>11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka <input type="checkbox"/></p> <p>12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon <input type="checkbox"/></p>		všech 12 obrázků	
		(Skóre 0–12)	(Skóre 0–12)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ACE	ACE
Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.			
12. JAZYK – POROZUMĚNÍ			
<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 Antarktidou. <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)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ACE	ACE
13. JAZYK – ČTENÍ			
<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)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ACE	ACE
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI			
<p>14a Překrývající se pětiúhelníky </p> <p>■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nejpřesněji 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)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ACE	ACE
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MMSE	MMSE
<p>Příklad: Správně = skóre 1 </p> <p>Příklad: Špatně = skóre 0 </p>			
Úloha č. 14 pokračuje na další straně.			

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

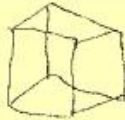
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b Kostka

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji 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.“

Zvlášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmištění 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 nekválně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, 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:

Skóre 5 Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).	Skóre 4 Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).	Skóre 4 Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).
Skóre 4 Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).	Skóre 3 Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2× číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).	Skóre 3 Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).
Skóre 3 Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).	Skóre 2 Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).	Skóre 2 Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: **„Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“**
Přidělime 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: **„Přečtěte následující písmena.“**
Přidělime 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


17. VYBAVENÍ (RECALL) - VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: **„Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou. Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“**
Přidělime 1 bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>		
Sadová	<input type="checkbox"/>	třída	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Královice	<input type="checkbox"/>				
Soběslav	<input type="checkbox"/>				

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

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.

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

- Pacientovi řekněte: **„Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkuste vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“**
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smichov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

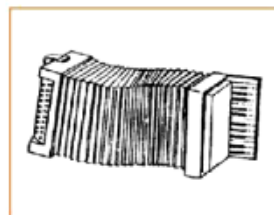
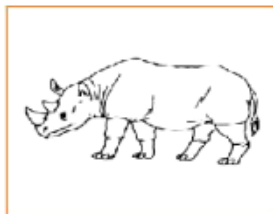
List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

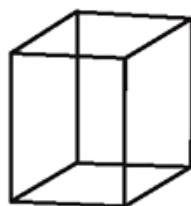
11.



13.

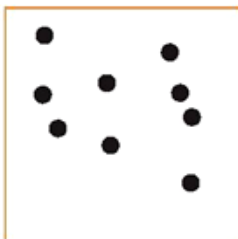
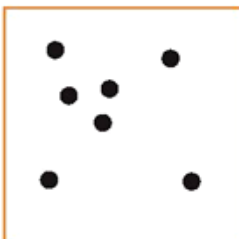
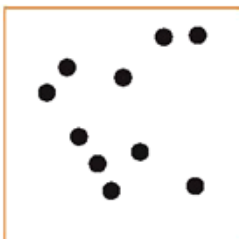
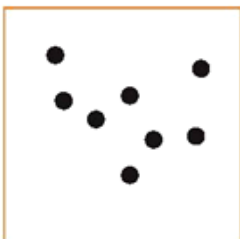
šít litr saze těsto výška

14.



Hodiny

15.



16.



17.3 Výsledky testů ACE a FIM v tabulkách

Příloha 3 Kognitivní vyšetření u klienta 1

- ACE: 48/100
- MMSE: 17/30

Pozornost a orientace: 10/18	<ul style="list-style-type: none">▪ orientace ve dni, měsíci, ročním období, kraji a poschodí▪ pevně přesvědčená, že jsme v Československu, později by se ale přela o to, že Českou republiku řekla▪ odečítat ze 100 nedokázala, pouze ze slova pokrm vyhláskovala pozpátku 2 písmena.▪ zapamatovala si všechny předměty
Paměť: 4/26	<ul style="list-style-type: none">▪ znovu si vybavila pouze šátek, z adresy pak pouze „Dvořák“ a číslo 73▪ v opětovném vybavení si vybavila jméno adresáta či volila většinou poslední možnosti
Slovní produkce: 5/14	<ul style="list-style-type: none">▪ u zvířat vyjmenovávala zprvu pouze zvířata na P, ačkoli byla o zadání vyrozuměná a souhlasila s ním
Jazyk: 17/26	<ul style="list-style-type: none">▪ při pojmenování obrázků nevybavena některá slova, ovšem zamotávala se do slov, která již jmenovala a která ještě ne▪ napsala krásnou větu: MÁM RÁDA SVÉ DĚTI▪ přečtení slov úspěšné▪ přečtené pokynu správně, činnost nejistě provedla
Zrakově-prostorové schopnosti: 12/16	<ul style="list-style-type: none">▪ velmi dobrá prostorová orientace s pětiúhelníky▪ v testu hodin nezakreslena pouze velká ručička

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Hodnocení ADL u klienta 1

- FIM: 109/126

Příjem jídla: 7	▪ samostatně s příborem
Osobní hygiena: 7	▪ má pevné pravidlo čištění zubů pouze navečer
Koupání: 7	▪ sprchuje se i sama bez dohledu personálu
Oblékání horní poloviny těla: 7 (dále HP těla)	▪ samostatně
Oblékání dolní poloviny těla: 7 (dále DP těla)	▪ samostatně
Intimní hygiena: 6	▪ samostatně
Kontrola močení: 6	▪ pro jistotu inkontinenční vložky, samostatnost při vyměňování
Kontrola sfinkterů: 7	▪ samostatně
Přesuny -postel, židle: 6	▪ KP: hůlka
Přesuny - toaleta: 6	▪ KP: hůlka
Přesuny -sprchový kout: 6	▪ KP: hůlka
Chůze: 6	▪ ze zvyku chodí o holi, ale je schopná na ni zapomenout a vyrazit bez ní
Lokomoce-schody: 6	▪ KP: hůlka
Rozumění: 6	▪ Nedslychavá
Expres: 4	▪ hledá slova ke správnému vyjádření
Sociální interakce: 6	▪ komunikující, ale ve společenství se nijak výrazně nevyjadřuje
Řešení problémů: 5	▪ během testu ACE potřebovala uklidňování, že je vše v pořádku, že o nic nejde a že se nemusí stresovat
Paměť 3	▪ novou informaci si nezapamatuje, ale při PADL soběstačná a ví, co ještě potřebuje dát do kabelky

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Kognitivní vyšetření u klienta 1 – změna stavu

- ACE: 32/100
- MMSE: 8/30

Pozornost a orientace: 4/18	<ul style="list-style-type: none">▪ orientovaná byla pouze v měsíci, ročním období a v jihočeském kraji, protože v něm celý život žila a žádný jiný kraj ji nenapadl▪ odečítání od 100 či pozpátku hláskování slova POKRM nebylo možné splnit kvůli okamžitému zapomenutí počátečního písmene▪ vybavila si pouze poslední slovo, které jí bylo přečteno
Paměť: 1/26	<ul style="list-style-type: none">▪ znovu poznání či opakování po delším časovém intervalu neúspěšné▪ v opětvném vybavení vybrané pouze poslední možnosti, protože tu jedinou si z těch 3 zapamatovala
Slovní produkce: 4/14	<ul style="list-style-type: none">▪ déle trvalo pochopení zadání, přesto výrazný úspěch ve slovní produkci s písmenem P oproti produkci zvířat
Jazyk: 14/26	<ul style="list-style-type: none">▪ při pojmenování obrázků si nevybavila některá slova, vzpomněla si později, ale pak si nepamatovala, která už říkala, anebo si nemohla vzpomenout na názvy v obrázku, který již pojmenovala▪ místo smysluplné věty napsaná dvě slova▪ přečtení slov úspěšné▪ přečtené pokynu správně, ovšem činnost již neprovedla
Zrakově-prostorové schopnosti: 9/16	<ul style="list-style-type: none">▪ pouze přední strana obrazce překreslena správně▪ v testu hodin zakreslen pouze kruh a nesprávně umístěná čísla

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Hodnocení ADL u klienta 1 – změna stavu

- FIM: 92/126

Příjem jídla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu a pobídek pro konzumaci jídla, někdy jen promíchává, aniž by se měla k nabrání jídla na příbor a polknutí ▪ příbor kupodivu používá automaticky
Osobní hygiena: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu pro splnění všech aktivit
Koupání: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu především pro použití hygienických prostředků
Oblékání HP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu a připravení oblečení včetně slovního doprovodu
Oblékání DP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu a připravení oblečení včetně slovního doprovodu
Intimní hygiena: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu
Kontrola močení: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pro jistotu inkontinenční vložky, při vyměňování pomoct od asistence
Kontrola sfinkterů: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ čas od času kontrolu neovládá
Přesuny -postel, židle: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Přesuny - toaleta: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Přesuny – sprchový kout: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Chůze: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samotná chůze s hůlkou, ovšem kvůli dezorientaci v budově cílená chůze nejistá
Lokomoce-schody: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Rozumění: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nedoslýchavá, potřebuje pokyny mnohokrát zopakovat
Expresa: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hledá slova ke správnému vyjádření
Sociální interakce: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ komunikující, ale ve společnosti se nijak výrazně nevyjadřuje
Řešení problémů: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ velmi zmatená, od problémů odchází a
Paměť 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ paměť výrazně omezena a prohloubená dezorientace především v prostředí ji dosti stresuje

Zdroj: vlastní

Příloha 7 Kognitivní vyšetření u klienta 2

- ACE: 51/100
- MMSE: 18/30

Pozornost a orientace 11/18	<ul style="list-style-type: none">▪ orientován pouze v období, státu a patře budovy▪ zapamatovány všechny tři předměty▪ počítal bezchybně a chválil si tento bod testu
Paměť: 4/26	<ul style="list-style-type: none">▪ paměť velmi slabá, zpětně si nepamatoval žádný předmět▪ z adresy si v rámci anterográdní paměti zapamatoval pouze číslo a po třetím čtení i příjmení▪ nedokázal odpovědět ani na jednu otázku z retrográdní paměti
Slovní produkce: 5/14	<ul style="list-style-type: none">▪ úspěšněji jmenoval zvířata než věci na písmeno P
Jazyk: 17/26	<ul style="list-style-type: none">▪ ukázání na obrázek podle zadání šlo lépe než pojmenovávání▪ zopakoval a přečetl všechna slova a napsal místo věty dlouhé souvětí, občas se ovšem projeví balbutismus
Zrakově-prostorové schopnosti: 14/16	<ul style="list-style-type: none">▪ vzorově překreslená krychle i druhý obrazec▪ v testu hodin nezakreslené ručičky

Zdroj: vlastní

Příloha 8 Hodnocení ADL u klienta 2

- FIM: 104/126

Příjem jídla: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně i s příborem
Osobní hygiena: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zanedbávání především ranní hygieny ▪ potřebuje téměř ke všemu slovní doprovod
Koupání: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu při výběru hygienických přípravků
Oblékání HP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pokud má oblečení připravené na židli, obleče se samostatně, pouze je potřeba případná kontrola
Oblékání DP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pokud má oblečení připravené na židli, obleče se samostatně, pouze je potřeba případná kontrola
Intimní hygiena: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně, pouze dohled na výměnu inkontinenčních pomůcek ▪ po stolici samostatně pokud má toaletní papír na očích ▪ hygiena rukou patří mezi oblíbené aktivity
Kontrola močení: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pro jistotu využívání plenkových kalhotek
Kontrola sfinkterů: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využívání plenkových kalhotek
Přesuny- postel, židle:7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně
Přesuny- toaleta: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně
Přesuny -sprchový kout: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně
Chůze: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně, převážně jistá chůze
Lokomoce-schody: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně, převážně jistá chůze
Rozumění: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozumí, někdy je potřeba opakování
Expresa: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy se u něj objeví balbutismus ▪ někdy hledá slova
Sociální interakce: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ komunikativní
Řešení problémů: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ při rozepři argumentuje, ale brzy se urazí a odchází
Paměť: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dlouhodobá paměť ovlivněná dezorientací v čase i v prostoru ▪ krátkodobá paměť omezena ▪ epizodická paměť výrazně porušena

Zdroj: vlastní

Příloha 9 Kognitivní vyšetření u klienta 2 – změna stavu

- ACE: 33/100
- MMSE: 11/30

Pozornost a orientace 6/18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ časem i místem zcela dezorientován dezorientován ▪ zapamatován pouze jeden předmět a to až po třetím pokusu ▪ počítal déle a chybně, ovšem opravoval se
Paměť: 2/26	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nevybavil si jediný předmět ▪ zapamatování adresy velmi náročné, byl naprosto zmaten, pouze číslo, které ovšem u znovu vybavení obrátil ▪ v rámci rekognice neustále vyjmenovával první možnost
Slovní produkce: 2/14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vyžadoval několikrát zopakování zadání pro jmenování slov na písmeno „P“ a poté dlouze nevěděl ▪ úspěšnější spíše u vyjmenování zvířat, ovšem vyjmenovávání trvalo taktéž déle
Jazyk: 13/26	<ul style="list-style-type: none"> ▪ větu napsal pouze na 4 slova ▪ u opakování slov nezopakoval bezchybně slovo statistik, občas se projevuje balbutismus ▪ pojmenoval pouze předměty testu MMSE, dva další předměty s odstupem času ▪ ukázal opět na tři předměty, ačkoli je předtím nepojmenoval, velmi ale váhal a neustále se opravoval a ujišťoval, jestli je to správně
Zrakově-prostorové schopnosti: 10/16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pětiúhelník spíše obrázku neodpovídal, krychle též méně přesná ▪ v testu hodin sice vypsala všechna čísla, ovšem ne se správným odstupem ▪ spočítání teček a čtení obrazců úspěšné

Zdroj: vlastní

Příloha 10 Hodnocení ADL u klienta 2 – změna stavu

- FIM: 80/126

Příjem jídla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně i s příborem, ale někdy potřeba dohledu, protože je schopný u jídla strávit mnoho času
Osobní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ po ránu by si koupelny ani nevšiml, při pokynech je spíše překvapený, co všechno k ranní hygieně patří a má zhoršenou orientaci v prostředí a je potřeba i dopomoc
Koupání: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pouze slovní doprovod opět nestačí, potřeba dopomoc při začínání kroku činnosti
Oblékání HP těla: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy překvapen, že si má obléci i daný kus oblečení a je více nejistý, proto potřeba asistence pro neustálé ujišťování ▪ potřeba upravování, pokud je oblečení špatně natočené
Oblékání DP těla: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ schopný neustále předávat boty z jednoho místa na druhé a nedokáže se rozhodnout, které boty si má zrovna vzít
Intimní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ na hygienu rukou nezapomene nikdy, ale většinou potřeba dohledu či dopomoci u výměny inkontinenčních pomůcek
Kontrola močení: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využívání plenkových kalhotek, potřeba pomoci při výměně
Kontrola sfinkterů: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využívání plenkových kalhotek, potřeba pomoci při výměně
Přesuny-postel, židle: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně
Přesuny - toaleta: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně
Přesuny – sprchový kout: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kvůli nejistější chůzi zvláště na mokřém povrchu potřeba ▪ dohledu
Chůze: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně, avšak vrávoravější chůze
Lokomoce-schody: 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně, avšak vrávoravější chůze
Rozumění: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozumí, jen třeba častější opakování a jasné pokyny
Expres: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy se u něj objeví balbutismus, častěji hledá slova
Sociální interakce: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ spíše nekomunikativní a většinou ani nevnímá dění okolo něj
Řešení problémů: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ při problému zmaten, spíše odchází ▪ do rozhovorů se příliš nepouští a sedává bez konverzace
Paměť: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ v rámci testu velmi nízká, ale své povolání učitele matematiky nezapomene nikdy

Zdroj: vlastní

Příloha 11 Kognitivní vyšetření u klienta 3

- ACE: 54/100
- MMSE: 21/30

Pozornost a orientace 13/18	<ul style="list-style-type: none">▪ plně orientovaná kromě státu, kdy mluvila o Československu▪ zapamatovala si všechna 3 slova▪ odečetla číslo sedm pouze jednou
Paměť: 9/26	<ul style="list-style-type: none">▪ vybavila si dvě slova ze tří▪ v adrese zapamatované pouze číslo popisné a město▪ jako jediná věděla prvního prezidenta po revoluci v roce 1989
Slovní produkce: 6/14	<ul style="list-style-type: none">▪ ačkoli se nemohla rozvzpomenout na věci od P, zvířata diktovala velmi rychle
Jazyk: 18/26	<ul style="list-style-type: none">▪ ačkoli měla problémy s pojmenováním obrázků, porozumění opačně bylo 100% úspěšné
Zrakově-prostorové schopnosti: 8/16	<ul style="list-style-type: none">▪ z testu hodin nakreslila pouze kruh▪ ostatní obrazce nenakreslila

Zdroj: vlastní

Příloha 12 Hodnocení ADL u klienta 3

- FIM: 95/126

Příjem jídla: 7	▪ jí příborem, velmi kultivovaná
Osobní hygiena: 5	▪ potřeba dohledu a nápovědy
Koupání: 4	▪ potřeba pomoci na nedosažitelných místech a s podáním pomůcek
Oblékání HP těla: 4	▪ samostatná, pokud má vše připravené
Oblékání DP těla: 4	▪ u oblékání ponožek a obouvání automaticky očekává pomoc
Intimní hygiena: 6	▪ samostatně, pokud je prostředí koupelny přehledné
Kontrola močení: 5	▪ přes noc využití plenkových kalhotek, přes den stačí pouze vložky, potřeba dohledu při jejich výměně
Kontrola sfinkterů: 6	▪ pro jistotu plenkové kalhotky
Přesuny-postel, židle: 6	▪ KP: hůlka
Přesuny - toaleta:6	▪ KP: hůlka
Přesuny – sprchový kout:5	▪ po ránu nemá chůzi dostatečně stabilní, proto při ranním sprchování potřebuje kvůli kluzkému povrchu dohled
Chůze: 6	▪ KP: hůlka
Lokomoce-schody: 5	▪ na schodech není i s hůlkou moc stabilní
Rozumění: 6	▪ někdy potřeba opakování
Expresa: 6	▪ občas hledá slova
Sociální interakce: 6	▪ většinu dne uzavřená do sebe, sedící neustále na své místě u stolu, ale po oslovení komunikující a chovající se tak, že na ní žádný následek nemoci není znát
Řešení problémů: 5	▪ netrpělivá, nervózní, roztěkaná
Paměť: 3	▪ některé body dlouhodobé paměti velmi dobře zachované

Zdroj: vlastní

Příloha 13 Kognitivní vyšetření u klienta 3 – změna stavu

- ACE: 34/100
- MMSE: 12/30

Pozornost a orientace 8/18	<ul style="list-style-type: none">▪ nebyla orientovaná pouze ve dnu, datu, poschodí a státu▪ zapamatování pouze 1 předmětu▪ při počítání opět jen jedno odečítání číslem 7
Paměť: 4/26	<ul style="list-style-type: none">▪ adresa dělala obrovský problém▪ nevybavila si ani jedno slovo ze tří▪ opět věděla prvního prezidenta po revoluci v roce 1989▪ při opětovném vybavení spíše tipovala, než aby měla tušení
Slovní produkce: 3/14	<ul style="list-style-type: none">▪ písmeno „P“ dělalo klientce opět problémy▪ u diktování zvířat chvíli trvalo, než začala diktovat
Jazyk: 13/26	<ul style="list-style-type: none">▪ pojmenovala pouze obrázky testu MMSE, u dalších se velmi snažil si vzpomenout, ale nevzpomněla▪ překvapivě poznání opačně bylo opět 100% úspěšné▪ čtení, opakování slov bez jakýchkoli obtíží
Zrakově-prostorové schopnosti: 6/16	<ul style="list-style-type: none">▪ z testu hodin nakreslila pouze kruh▪ ostatní obrazce nenakreslila▪ tentokrát i obtíže u počítání teček kvůli malé trpělivosti

Zdroj: vlastní

Příloha 14 Hodnocení ADL u klienta 3 – změna stavu

- FIM: 81/126

Příjem jídla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jí příborem, pouze někdy zůstane talíř ležet a klientka bez cíle hledí před sebe
Osobní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dohledu a nápovědy, občas i se započítím aktivity
Koupání: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba pomoci na pro ni nedosažitelných místech a s podáním pomůcek
Oblékání HP těla: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy potřeba pomoci i se započítím činnosti
Oblékání DP těla: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ u oblékání ponožek a obouvání automaticky očekává pomoc
Intimní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zmatenější
Kontrola močení: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ přes noc využití plenkových kalhotek, přes den též častější využití vložek, potřeba pomoci při jejich výměně
Kontrola sfinkterů: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pro jistotu plenkové kalhotky
Přesuny -postel, židle: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Přesuny - toaleta:6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Přesuny – sprchový kout:5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ po ránu nemá chůzi dostatečně stabilní, proto při ranním sprchování potřebuje kvůli kluzkému povrchu dohled
Chůze: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KP: hůlka
Lokomoce-schody: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ na schodech není i s hůlkou stabilní, má větší strach
Rozumění: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ častější potřeba opakování ▪ trvá to déle, než pokyny pochopí
Expres: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ častěji hledá slova, mluví pomaleji a méně zřetelně artikuluje slova
Sociální interakce: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ většinu dne uzavřená do sebe, sedící neustále na své místě u stolu, po oslovení působí zmateněji
Řešení problémů: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ méně netrpělivá, zato více chovající se nepřítomně a nevnímající své okolí ▪ nemá tolik chuť se něčím příliš zabývat, něco řešit, nad něčím přemýšlet
Paměť: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stav krátkodobé paměti klesl

Zdroj: vlastní

Příloha 15 Kognitivní vyšetření u klienta 4

- ACE: 45/100
- MMSE: 17/30

Pozornost a orientace 10/18	<ul style="list-style-type: none">▪ orientace pouze ve státu, kraji, patře budovy▪ počítání bez výrazných obtíží▪ v okamžitém pamatování vybavena všechna 3 slova
Paměť: 6/26	<ul style="list-style-type: none">▪ slova: lopata šátek, váza nevybaveno, nicméně trénink zapamatování si adresy na třetí pokus získal 4b ze 7▪ ve znovu poznávání si vybaveny 3 body z 5
Slovní produkce: 6/14	<ul style="list-style-type: none">▪ výrazný úspěch v písmenu P
Jazyk: 12/26	<ul style="list-style-type: none">▪ nesplněn pokyn zavření očí▪ veškeré čtení úspěšné▪ testu MMSE = tužka, hodinky
Zrakově-prostorové schopnosti: 11/16	<ul style="list-style-type: none">▪ nakreslena pouze kostka, z testu hodin pouze kruh, dále se omluvně usmívala, že již neví

Zdroj: vlastní

Příloha 16 Hodnocení ADL u klienta 4

- FIM: 85/126

Příjem jídla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nechut' k jídlu ▪ potřeba neustálého dohledu a motivace při jídle ▪ strava krájená, k snídani kaše
Osobní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vyžadování rad, co má dělat ▪ kvůli netrpělivosti nutná pomoc např. s otevíráním pasty ▪ neustálá chuť se česat
Koupání: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba dopomoci při mytí, při vstupování do sprchového koutu či pro použití různých přípravků
Oblékání HP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba oblečení připravit ▪ obleče se samostatně
Oblékání DP těla: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stejné
Intimní hygiena: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba připomenutí použití toaletního papíru a spláchnutí
Kontrola močení: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plenkové kalhotky pro jistotu
Kontrola sfinkterů: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plenkové kalhotky pro jistotu
Přesuny -postel, židle:6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně s pevným sevřením opěrek
Přesuny - toaleta: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně při držení madel
Přesuny -sprchový kout: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ na mokřém povrchu potřeba dohledu
Chůze: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ většinu dne tráví chůzí s hůlkou
Lokomoce-schody: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kvůli strachu vyžaduje pevné držení
Rozumění: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozumí pomalejší řeči a jednoduchým pokynům
Expresa: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mluví téměř neustále, někdy hledá slova, chudá slovní zásoba
Sociální interakce: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ velmi komunikativní, má ráda držení za ruku
Řešení problémů: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy až agresivní, ale dá se lehce uklidnit ▪ za svým si jde za každou cenu nehledíc na druhé
Paměť: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ paměť pouze okamžitá, spojená s dotykovým vjemem

Zdroj: vlastní

Příloha 17 Kognitivní vyšetření u klienta 4 – změna stavu

- ACE: 18/100
- MMSE: 5/30

Pozornost a orientace 3/18	<ul style="list-style-type: none">▪ orientace pouze ve státu a kraji▪ nedokázala zopakovat▪ odečetla pouze první 7, pak odmítala, že neví
Paměť: 2/26	<ul style="list-style-type: none">▪ slova: lopata šátek, váza nevybaveno▪ pokud si zapamatovala to poslední řčené u znovu vybavování adresy, zopakovala vždy jen to
Slovní produkce: 1/14	<ul style="list-style-type: none">▪ dlouho nevěděla, žádné slovo na P a pouze tvrdila, že ji opravdu nic nenapadá, zvířata začala jmenovat po nápovědě, co například mívali doma na statku
Jazyk: 7/26	<ul style="list-style-type: none">▪ nesplněn pokyn zavření očí▪ některá slova byla příliš těžká na vyslovení▪ testu MMSE = tužka, hodinky
Zrakově-prostorové schopnosti: 5/16	<ul style="list-style-type: none">▪ ačkoli v předchozím bodu testu ACE hodinky poznala, nevěděla nyní vůbec, jak začít s kreslením▪ obtížný pro ni bylo i počítání velkého množství teček v obrázku

Zdroj: vlastní

Příloha 18 Hodnocení ADL u klienta 4 – změna stavu

- FIM: 68/126

Příjem jídla: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba neustálého dohledu a motivace při jídle, protože jídlo jen míchá a aby vůbec něco snědla, potřeba vždy první lžice dopomoci a pak již chvíli jí ▪ strava krájená, k snídani kaše
Osobní hygiena: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dokáže stát u zrcadla a hrát si v předměty na něm položenými ▪ neví, co se dělá s jakými předměty, proto potřebuje zvýšenou asistenci
Koupání: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vysoká míra dopomoci
Oblékání HP těla: 3 a DP těla: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sedí a čeká, co si má nyní obléci ▪ často potřeba dopomoci, pokud netuší, co má s daným oblečením dělat
Intimní hygiena: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potřeba zahájení aktivity, kterou má pak udělat
Kontrola močení: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plenkové kalhotky využívá častěji
Kontrola sfinkterů: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plenkové kalhotky využívá častěji, ale spíše si řekne
Přesuny -postel, židle: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně s hůlkou a s pevným sevřením opěrek, chůze ovšem nejistá
Přesuny - toaleta: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně s hůlkou a při držení madel, chůze ovšem nejistá
Přesuny – sprchový kout: 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ na mokřem povrchu potřeba dohledu, chůze nejistá
Chůze: 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ většinu dne tráví chůzí s hůlkou, samotná chůze potřebu dohledu nepotřebuje, ale není tolik jistá
Lokomoce-schody: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kvůli strachu vyžaduje pevné držení
Rozumění: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozumí pomalejší řeči a jednoduchým pokynům
Expresa: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mluví méně, často hledá slova, chudá slovní zásoba
Sociální interakce: 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ špatně naladěná, když zapomene někde hůlku, vezme ji někomu jinému a dokáže se pohádat, že je její
Řešení problémů: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ někdy až agresivní, vadí jí úsměv druhých ▪ dokáže být až zlá ▪ problém jí musí zmizet z očí, aby na to zapoměla
Paměť: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ paměť pouze okamžitá, spojená s dotykovým vjemem

Zdroj: vlastní

Příloha 19 Kognitivní vyšetření u klienta 5

- FIM: 33/126

Příjem jídla: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vše krájené, ale má obtíže s rozkousáním stravy ▪ nutnost pomoci při příjmu stravy, ale brání se
Osobní hygiena: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ výrazná dopomoc asistence, utře si ručníkem obličej
Koupání: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ výrazná dopomoc asistence, v sedu si umyje a utře pro ni dostupné části těla
Oblékání HP těla: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ výrazná dopomoc asistence
Oblékání DP těla: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ výrazná dopomoc asistence
Intimní hygiena:1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ není pocit nutnost na WC, využití cévky a plen
Kontrola močení:1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití cévky
Kontrola sfinkterů:1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití plen
Přesuny -postel, židle, vozík: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Přesuny - toaleta: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití plen
Přesuny – sprchový kout: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Jízda na vozíku: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Lokomoce-schody: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá, využití výtahu
Rozumění: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ velmi jednoduchým, jednoznačným a opakovaným pokynům rozumí
Expresa: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ minimální artikulace, vyjadřování nelogické, mimika zachovaná, gestikulace většinou nevyužívaná
Sociální interakce: 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ při absenci ruchu spolupracuje, verbálně nekomunikuje
Řešení problému: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ snadno se rozruší
Paměť: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ minimální – hodnoceno podle poznávání asistence, která se vzdálila na chvíli a poté se opět k ní klientka chovala jako k někomu cizímu

Zdroj: vlastní

Příloha 20 Hodnocení ADL u klienta 5 – změna stavu

- FIM: 21/126

Příjem jídla: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vše krájené, ale má obtíže s rozkousáním stravy ▪ nutnost pomoci s krmením, ale brání se
Osobní hygiena: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plná závislost, klientka nespolupracuje
Koupání: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plná závislost, klientka nespolupracuje
Oblékání HP těla: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plná závislost, klientka nepomůže a ani nijak jinak nespolupracuje
Oblékání DP těla: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plná závislost, klientka nepomůže a ani nijak jinak nespolupracuje
Intimní hygiena: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ není pocit nutnost na WC, využití cévky a plen
Kontrola močení: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití cévky
Kontrola sfinkterů: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití plen
Přesuny -postel, židle vozík: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Přesuny - toaleta: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ využití plen
Přesuny – sprchový kout: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Jízda na vozíku: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá
Lokomoce-schody: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plně závislá, využití výtahu
Rozumění: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pochopení a zaregistrování pokynů je pro klientku velmi obtížné, klientka spavá, působící unaveně
Expresa: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ klientka příliš nekomunikuje ▪ velmi šetří pohyby
Sociální interakce: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dokáže svůj nesouhlas vyjádřit zvuky, ačkoli nepříliš výraznými ▪ již od pohledu špatně naladěná
Řešení problému: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ klientka se moc nenechá rozptýlit, okolní vjemy spíše nevnímá a je celkově poměrně pasivní
Paměť: 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ minimální – hodnoceno podle poznávání asistence, která se vzdálila na chvíli a poté se opět k ní klientka chovala jako k někomu cizímu

Zdroj: vlastní

17.4 Zhodnocení vlivu adaptačního a kompenzačního přístupu (AKP)

Příloha 21 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci adaptačního a kompenzačního přístupu (AKP) dle aktuálního stavu klienta 1

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Vložení kafe	Ano	Ano	Ne	Ano
Přidání cukru podle potřeb	Ne	Ne	Ne	Ne
Správné naplnění varné konvice	Ne	Ano	Ne	Ne
Zapnutí varné konvice	Ne	Ano	Ne	Ne
Zalítí hrnečků	Ne	Ano	Ne	Ne
Přidání mléka	Ne	Ano	Ne	Ano
Zamíchání	Ano	Ano	Ne	Ano
Celkem	2/7 (29%)	6/7 (86%)	0/7 (0%)	3/7 (43%)

Zdroj: vlastní

Příloha 22 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP dle aktuálního stavu klienta 2

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Umytí obličeje	Ne	Ano	Ne	Ne
Usušení obličeje	Ano	Ano	Ano	Ano
Usušení obličeje vlastním ručníkem	Ne	Ano	Ne	Ano
Česání	Ne	Ano	Ne	Ne
Vyčištění zubů	Ne	Ano	Ne	Ne
Vymáčknutí pasty na vlastní kartáček	Ne	Ano	Ne	Ne
Vypláchnutí úst	Ano	Ano	Ano	Ano
Celkem	2/7 (29%)	7/7 (100%)	2/7 (29%)	3/7 (43%)

Zdroj: vlastní

Příloha 23 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP dle aktuálního stavu klienta 3

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Najít vlastní skříň	Ne	Ano	Ne	Ne
Vybrání oblečení	Ne	Ano	Ne	Ne
Obléknutí HP těla	Ano	Ano	Ne	Ano
Obléknutí DP těla kromě obuvi a ponožek	Ano	Ano	Ne	Ano
Obléknutí ponožek	Ne	Ano	Ne	Ano
Obutí	Ne	Ano	Ne	Ano
Celkem	2/6 (33%)	6/6 (100%)	0/6 (0%)	4/6 (67%)

Zdroj: vlastní

Příloha 24 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP dle aktuálního stavu klienta 4

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Najít dveří	Ne	Ano	Ne	Ne
Svléknutí se	Ano	Ano	Ne	Ne
Použití toaletního papíru	Ne	Ano	Ne	Ne
Výměna inkontinenční pomůcky	Ne	Ne	Ne	Ne
Obléknutí se	Ano	Ano	Ne	Ne
Spláchnutí	Ne	Ano	Ne	Ne
Hygienu rukou	Ne	Ano	Ne	Ne
Celkem	2/7 (29%)	6/7 (86%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)

Zdroj: vlastní

Příloha 25 Zhodnocení samostatnosti při aplikaci AKP dle aktuálního stavu klienta 5

Aktuální stav	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Nabírání lžící	Ne	Ano	Ne	Ne
Kousání	Ne	Ano	Ne	Ne
Polykání	Ne	Ano	Ne	Ne
Pití	Ne	Ano	Ne	Ne
Koncentrace na komunikaci	Ne	Ano	Ne	Ne
Celkem	0/5 (0%)	5/5 (100%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)

Zdroj: vlastní

17.5 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP

Příloha 26 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 1

Aktuální stav	Potřeba dohledu			
	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Vložení kafe	0	0	1, 2	1
Přidání cukru podle potřeb	1	1	1, 2	1, 2
Správné naplnění varné konvice	1	0	1, 2, 3	1, 2
Zapnutí varné konvice	1	0	1	1
Zalítí hrnečků	1	0	1, 2	1
Přidání mléka	1	0	1, 2	1
Zamíchání	0	0	1, 2	1

Zdroj: vlastní

Vysvětlení: 0 – dohled není nutností, 1 – potřeba slovního doprovodu pro iniciaci činnosti, 2 – slovní doprovod nutný i v průběhu výkonu činnosti, 3 - fyzická dopomoc

Příloha 27 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 2

Aktuální stav	Potřeba dohledu			
	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Umytí obličeje	1	0	1	1
Usušení obličeje	0	0	0	0
Usušení obličeje vlastním ručníkem	1	0	1	0
Česání	1	0	1, 2, 3	1, 2, 3
Vyčištění zubů	1	0	1	1
Vymáčknutí pasty na vlastní kartáček	1	0	1, 2, 3	1, 2
Vypláchnutí úst	0	0	0	0

Zdroj: vlastní

Vysvětlení: 0 – dohled není nutností, 1 – potřeba slovního doprovodu pro iniciaci činnosti,
2 – slovní doprovod nutný i v průběhu výkonu činnosti, 3 -fyzická dopomoc

Příloha 28 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 3

Aktuální stav	Potřeba dohledu			
	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Iniciace k oblékání	1	1	1, 2	1
Najít vlastní skříň	1	0	1, 2, 3	1, 2
Vybrání oblečení	1, 2	0	1, 2, 3	1, 2
Obléknutí HP	0	0	1, 2, 3	1, 2
Obléknutí DP	0	0	1, 2, 3	1, 2
Obléknutí ponožek	3	0	1, 2, 3	1, 2
Obutí	3	0	1, 2, 3	1, 2

Zdroj: vlastní

Vysvětlení: 0 – dohled není nutností, 1 – potřeba slovního doprovodu pro iniciaci činnosti,
2 – slovní doprovod nutný i v průběhu výkonu činnosti, 3 -fyzická dopomoc

Příloha 29 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 4

Aktuální stav	Potřeba dohledu			
	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Najítí dveří	1, 2, 3	1	1, 2, 3	1, 2, 3
Svléknutí se	0	0	1, 2, 3	1
Použití toaletního papíru	1	0	1, 2	1
Výměna inkontinenční pomůcky	1, 2	1	1, 2, 3	1, 2, 3
Obléknutí se	0	0		1
Spláchnutí	1	0	1, 3	1
Hygiena rukou	1	0	1, 3	1, 3

Zdroj: vlastní

Vysvětlení: 0 – dohled není nutností, 1 – potřeba slovního doprovodu pro iniciaci činnosti, 2 – slovní doprovod nutný i v průběhu výkonu činnosti, 3 -fyzická dopomoc

Příloha 30 Zhodnocení míry nezbytnosti dohledu po aplikaci AKP u klienta 5

Aktuální stav	Potřeba slovního doprovodu			
	„dobrý den“		„špatný den“	
	bez AKP	s AKP	bez AKP	s AKP
Aplikace AKP				
Nabírání	1, 2, 3	0	1, 2, 3	1, 2, 3
Kousání	1, 2	0	1, 2, 3	1, 2, 3
Polykání	1, 2	0	1, 2, 3	1, 2, 3
Pití	1, 2	0	1, 2, 3	1, 2, 3
Komunikace	1, 2	1	1, 2, 3	1, 2, 3

Zdroj: vlastní

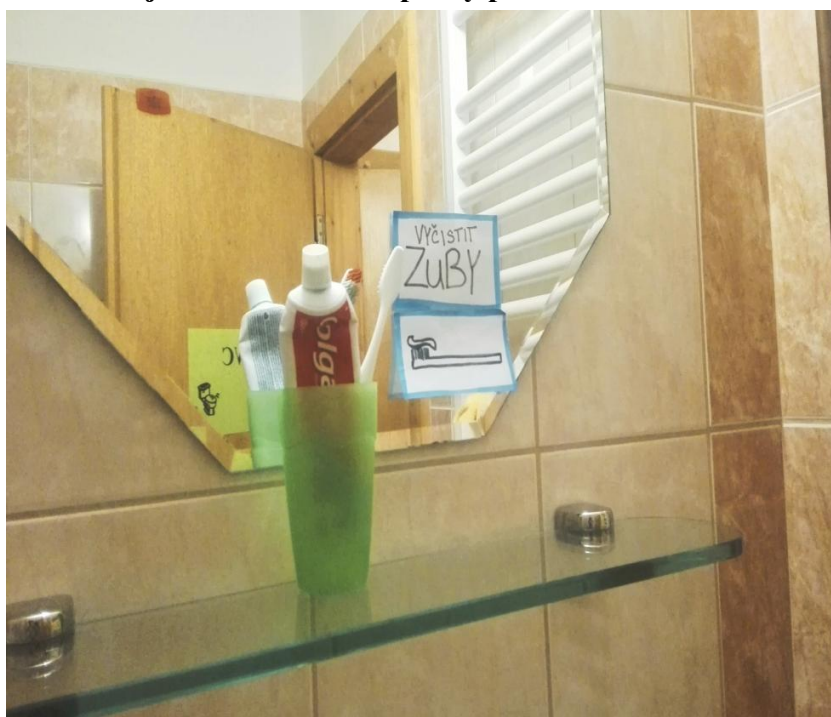
Vysvětlení: 0 – dohled není nutností, 1 – potřeba slovního doprovodu pro iniciaci činnosti, 2 – slovní doprovod nutný i v průběhu výkonu činnosti, 3 -fyzická dopomoc

Příloha 31 Ukázka běžného rozmístění předmětů podporující klientovu dezorientaci



Zdroj: vlastní

Příloha 32 Ukázka jedné z možností úpravy prostředí



Zdroj: vlastní