

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Klára Slanařová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**Prevence pádů u seniorů v domácím prostředí z pohledu
ergoterapie**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Petr Šika

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Ing. Petru Šikovi za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. A klientům za umožnění praktického výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Slanařová Klára

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Prevence pádů u seniorů v domácím prostředí z pohledu ergoterapie

Vedoucí práce: Ing. Petr Šika

Počet stran: číslované 77, nečíslované 24

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: Prevence, pády, domácí prostředí, stáří

Souhrn:

Práce pojednává o nutnosti prevenci pádů u seniorů, vysvětluje typy a příčiny pádů, důležitost modifikace domácího prostředí, obsahuje možnosti a typy prevence. Praktická část se zabývá standardizovaným testováním klientů, aplikací a doporučováním metodik prevence proti pádům. Probíhá v domácím, přirozeném prostředí.

Na konci práce je přílohová část, kde naleznete fotografie a další rozšiřující materiály, souhlasy s fotografováním klientů jsou uloženy u autora.

Annotation

Surname and name: Slanařová Klára

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Prevention falls in elderly people in the home environment from the perspective of occupational therapy

Consultant: Ing. Petr Šika

Number of pages: numbered pages 77, unnumbered pages 24

Number of literature items used: 21

Number of appendices: 9

Key words: Prevention, falls, domestic environment, old age

Summary:

The work deals with the need to prevent falls in the elderly, explains the types and causes of falls, the importance of home environment modification includes the options and types of prevention. The practical part is focused on standardized testing client applications and recommending methods of prevention against falls. Takes place in the home, natural environment.

At the end there is a supplement section where you can find photos and other extension materials, letter of approval with photography clients is deposited at author.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	13
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	14
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM GRAFŮ.....	15
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 Stáří a stárnutí.....	17
1.1 Kalendářní stáří	17
1.2 Sociální stáří.....	18
1.3 Psychické aspekty stárnutí	19
1.4 Biologické stáří.....	20
1.4.1 Příčiny biologického stáří v historii	21
1.5 Senioři a jejich potřeby	21
2 Pády.....	22
2.1 Definice pádu	22
2.2 Příčiny pádů	23
2.2.1 Pády z vnitřních příčin (endogenní příčiny).....	23
2.2.2 Pády ze zevních a situačních příčin (exogenní příčiny).....	23
2.2.3 Možnosti vzniku pádů (fenomenologie)	24
2.2.4 Možné rizikové faktory způsobující pád.....	25
2.3 Důsledky pádů.....	26
2.4 Závratě a synkopy.....	26
2.4.1 Léčba závratí a synkop.....	27
3 Hodnocení domácího prostředí	28
3.1 Návštěva domácího prostředí.....	29

3.2	Vliv a analýza prostředí	29
3.3	Řešení a modifikace architektonických bariér v domácím prostředí	30
4	Prevence pádů	31
4.1	Analýza, identifikace rizik výskytu pádů	31
4.2	Opatření u osob s rizikem vzniku pádů	32
4.3	Edukace klienta a rodiny	33
4.4	Aktivizační, pohybové programy	33
4.5	Kompenzační pomůcky	34
4.5.1	Bariéry v použití a výběru pomůcek	35
4.5.2	System získávání kompenzačních pomůcek	35
4.5.3	Kompenzační pomůcky k chůzi	36
4.6	Obuv	36
4.7	Pracovní polohy	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
	CÍL PRÁCE	38
	HYPOTÉZY	38
	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ	39
5	Kazuistika číslo 1	40
5.1	Úvod, základní informace	40
5.2	Vstupní vyšetření	41
5.2.1	Personální denní činnosti	41
5.2.2	Instrumentální denní činnosti	41
5.2.3	Funkční hodnocení	42
5.2.4	Závěr vstupního vyšetření	43
5.3	Ergoterapeutický plán	44
5.4	Příklad terapeutické jednotky	45

5.5	Průběžná dokumentace a hodnocení.....	45
5.6	Výstupní vyšetření.....	46
5.7	Závěrečná zpráva a doporučení.....	46
6	Kazuistika číslo 2	47
6.1	Úvod, základní informace.....	47
6.2	Vstupní vyšetření.....	48
6.2.1	Personální denní činnosti.....	48
6.2.2	Instrumentální denní činnosti	48
6.2.3	Funkční hodnocení.....	49
6.2.4	Závěr vstupního vyšetření	50
6.3	Ergoterapeutický plán.....	51
6.4	Terapeutická jednotka.....	52
6.5	Průběžná dokumentace	52
6.6	Výstupní hodnocení.....	53
6.7	Závěrečná zpráva a doporučení.....	53
7	Kazuistika číslo 3	54
7.1	Úvod, základní informace.....	54
7.2	Vstupní vyšetření.....	55
7.2.1	Personální denní činnosti.....	55
7.2.2	Instrumentální denní činnosti	55
7.2.3	Funkční hodnocení.....	56
7.2.4	Závěr vstupního vyšetření	57
7.3	Ergoterapeutický plán.....	58
7.4	Terapeutická jednotka.....	59
7.5	Průběžná dokumentace	59
7.6	Výstupní hodnocení.....	60

7.7	Závěrečná zpráva a doporučení.....	60
8	Kazuistika číslo 4	61
8.1	Úvod, základní informace	61
8.2	Vstupní vyšetření.....	62
8.2.1	Personální denní činnosti.....	62
8.2.2	Instrumentální denní činnosti	62
8.2.3	Funkční hodnocení.....	63
8.2.4	Závěr vstupního vyšetření	64
8.3	Ergoterapeutický plán.....	65
8.4	Terapeutická jednotka.....	66
8.5	Průběžná dokumentace a hodnocení.....	67
8.6	Výstupní vyšetření.....	67
8.7	Závěrečná zpráva a doporučení.....	68
	VÝSLEDKY	69
	Výsledky ke kazuistice číslo 1	69
	Výsledky ke kazuistice číslo 2	69
	Výsledky ke kazuistice číslo 3	70
	Výsledky ke kazuistice číslo 4	70
	DISKUZE.	71
	Hypotéza 1	71
	Hypotéza 2.....	72
	Hypotéza 3.....	73
	Shrnutí diskuze.....	73
	ZÁVĚR.....	74
9	Použitá literatura a prameny	75
	SEZNAM PŘÍLOH	77

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABD	Abdukce
ADD	Addukce
ADL	Activities of daily living (Všední denní činnosti)
BI	Barthel index
CA	Karcinom
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
Dg.	Diagnóza
DK	Dolní končetina
DKK	Dolní končetiny
DM	Diabetes mellitus
FA	Farmakologická anamnéza
FIM	Funkcional independence measure (Funkční míra nezávislosti)
HK	Horní končetina
IADL	Instrumental activities of daily living (Instrumentální denní činnosti)
LDK	Levá dolní končetina
LHK	Levá horní končetina
MHD	Městská hromadná doprava
MMSE	Mini mental state examination (Test kognitivních funkcí)
MP	Metacarpo - phalangové klouby
OA	Obecná anamnéza
Obr.	Obrázek
PA	Pracovní anamnéza
PADL	Personally activities of daily living (Personální denní činnosti)
PHK	Pravá horní končetina
PMK	Permanentní močový katétr
RA	Rodinná anamnéza
SA	Sociální anamnéza
SD	Starobní důchod
Tab.	Tabulka

TČT	Terapeutické činnosti a techniky
TEP	Totální endoprotéza
VAS	Vertebrogenní algický syndrom

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 – WC klientky
- Obr. 2 – Sprchový kout
- Obr. 3 – Vana klientky⁸⁰
- Obr. 4 – Koupelna klientky
- Obr. 5 – Vstupní dveře bytu
- Obr. 6 – WC klientky
- Obr. 7 – Stoj bez opory
- Obr. 8 – Stoj na jedné noze
- Obr. 9 – Stoj bez opory
- Obr. 10 – Stoj na jedné noze
- Obr. 11 – Stoj bez opory
- Obr. 12 – Rotace hlavy (ohlédnutí přes rameno)

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Výsledky testů (kazuistika č. 1)	69
Tab. 2 – Výsledky testů (kazuistika č. 2)	69
Tab. 3 – Výsledky testů (kazuistika č. 3)	70
Tab. 4 – Výsledky testů (kazuistika č. 4)	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Výsledky vstupního vyšetření

Graf 2 – Výsledky výstupního vyšetření

ÚVOD

Tato práce se zabývá prevencí pádů u seniorů a to v domácím prostředí. Jasně je, že k pádům u seniorů dochází i mimo toto prostředí, často se však o jednotlivých pádech neví, protože daná osoba nikoho neinformuje. Vybrala jsem si toto téma v domácím, přirozeném prostředí z důvodu poznání rizik vzniku pádů u jednotlivých diagnóz různých jedinců. Pro zjištění možnosti modifikace jejich přirozeného prostředí. Téma je aktuální, neboť jedinci velice vřele přivítali možnosti účastnit se výzkumu. Aktuálnost daného problému je řešena v mnoha publikacích a různých druzích médií.

Teoretická část se zabývá seniory, stářím a stárnutím, kde mnozí autoři popisují různé věkové vymezení stáří. Dále tato část obsahuje vlivy stáří na sociální a psychickou oblast a vysvětluje vliv stáří na biologickou oblast. Práce se také zabývá tématem pádů, kde jsou pády rozděleny dle příčin, dle jejich možnosti vzniku a obsaženy jsou i důsledky pádů a jejich rizika. Součástí kapitoly pádů jsou i závratě a synkopy, které mohou riziko pádů vyvolat. Další kapitola se zabývá hodnocením domácího prostředí, jeho analýzou a modifikací bariér. Poté následuje kapitola o prevenci pádů, která se zabývá využitím a aplikací různých metodik, které pádům předcházejí a snaží se jim zabránit. Mezi tyto techniky patří analýza rizikových faktorů, které pády mohou vyvolat, provést opatření proti těmto rizikům, edukovat klienta a rodinu. Důležité je vést jedince k aktivnímu stylu života, motivace na aktivní styl již před stářím, často člověk najde motivaci pozdě, tedy až se něco přihodí. Prevence pádů je zaměřena i na kompenzační pomůcky, jejich systém získávání, správný výběr a jejich druhy, jako jsou různá chodítka a hole a také správná obuv.

V praktické části je zvolena metoda výzkumu pomocí kazuistik. Byli vybráni 4 klienti, kteří souhlasili s provedením výzkumu. Klienti mají diagnózy odlišné. Každý klient je zaměřen na vstupní rozhovor a vyšetření, poté je aplikován ergoterapeutický plán a na závěr každé kazuistiky jsou zhodnoceny výsledky tohoto plánu a jsou klientovi doporučena různá opatření. Praktická část je zaměřena především na aplikaci standardizovaných testů, dále je zaměřena na modifikaci bariér v domácím prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří a stárnutí

Stářím označujeme pozdní fáze ontogeneze, což je přirozené v průběhu života. Je to projev a důsledek změn involučních, funkčních a morfologických, které probíhají různou rychlostí. Tyto změny vedou k obrazu označovanému jako stařecký fenotyp, který je modifikován různými vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem jedince a mnoho dalšími faktory. Rozlišujeme tři typy stáří, a to stáří kalendářní, sociální, biologické. (Kalvach, 2004, s. 47)

Dále můžeme rozlišit stáří na fyziologické a patologické. Fyziologické, které tvoří normální součást života jedince a probíhá přirozeně. Patologické se projevuje různými způsoby – předčasné stárnutí, nižší kalendářní věk než funkční. Střední délka života (pravděpodobná nebo očekávaná doba dožití) informuje, o tom kolika let se s největší pravděpodobností jedinec dožije. (Malíková, 2011, s. 14, s. 15, s. 16)

1.1 Kalendářní stáří

Je jednoznačně vymezitelné, ale věková hranice se neustále posunuje a prodlužuje se doba dožití díky zlepšujícímu zdravotnictví a funkčnímu stavu nově stárnoucích generací. V dnešní době se považuje 65. rok života jedince za počátek stáří, 75. rok za vlastní stáří. Toto období rozdělilo již mnoho autorů, například v 60. letech B. L. Nuegartenová zavedla pojmy „mladí senioři“ od 55 do 74 let a „staří senioři“ od 75 a více let. (Kalvach, 2004, s. 47)

„ Z jejího pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří:

65 – 74 let: *mladí senioři - problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace*

75 – 84 let: *staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti*

85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení“.
(Kalvach, 2004, s. 47)

WHO rozděluje věkové kategorie na: 30 – 44 let dospělost, 45 – 59 let střední věk (zralý věk), 60 – 74 let senescence (počínající, časné stáří), 75 – 89 let kmetství (senium, vlastní stáří), 90 a více let patriarchum (dlouhověkost).
(Malíková, 2011, s. 14)

1.2 Sociální stáří

Jde o změnu sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Může nastat ztráta životního programu a společenské prestiže, pokles životní úrovně, osamělost, hrozba ztráty soběstačnosti. (Kalvach, 2004, s. 47)

„Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování“. (Kalvach, 2004, s. 47) Sociální periodizace můžeme rozdělit na první věk – období dětství a mládí, druhý věk – období dospělosti, třetí věk – období stáří, případně čtvrtý věk – období závislosti. (Kalvach, 2004, s. 47)

Dále tu jsou sociální teorie stáří a stárnutí, které jsou ovlivňovány strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou, například ve společnosti s nižším počtem seniorů, se senioři těší vyššímu sociálnímu statutu a naopak. Teorie aktivity vypovídá o názoru, že aktivita je základ a předpoklad k získání sebepojetí a zdraví ve stáří. Teorie neangažovanosti je doporučena cíleně v předchozím období, že spokojenost ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí vztahů nejen sociálních, ale i osobních. (Malíková, 2011, s. 17, s. 18)

Mezi nepříznivé sociální aspekty ve stáří patří odchod do důchodu, který velice nepříznivě nesou muži, z důvodu nedostatku zájmů. Omezení sociální integrace ve společnosti, kulturních a jiných činnostech, změna ekonomické situace seniorů (limitace výší penze), generační osamělost, sociální izolace – omezení kontaktů s rodinou a přáteli, změna životního stylu (závislost, strach). Naopak od negativních aspektů máme pozitivní sociální aspekty stárnutí jako je funkční rodina, pevná citová pouta, plánování ekonomické přípravy a zabezpečení ve stáří, ale také plánování zájmů, koníčků, vyplnění volného času. (Malíková, 2011, s. 22)

1.3 Psychické aspekty stárnutí

Velice důležitá je příprava na stáří již v mladším věku, ale také chápat stáří psychosociálním pohledem. Změny psychiky se mohou objevit hlavně v poznávacích oblastech - vnímání, pozornost, paměť, myšlení, představy. Snižuje se schopnost adaptovat se na nové životní situace a podmínky. Společně s oslabenými smysly se může objevit strach a úzkost, které přinášejí nejistotu, tím se senior nechce vydat ven, setkávat se s druhými lidmi, je nedůvěřivý. Zvláště po 80. roce života se objevují poruchy paměti, schopnost rozhodovat se a porucha osobnosti. Duševních onemocnění přibývá, je znám růst demencí, zvláště Alzheimerovy demence. Velkou roli se stoupajícím věkem hraje zhoršení soběstačnosti, ke které může docházet vlivem chronické nemoci. Snížená schopnost soběstačnosti vede ke změně sociální role, jedinec se tak může ocitnout v sociální izolaci. Přijmout fakt závislosti je velice obtížné, svoji identitu mnohdy ztrácí a nedovolí si říci o pomoc. (Klevetová, 2008, s. 22, s. 23)

Osobnost seniora se mění přesouváním pořadí hodnot a životních cílů v důsledku přicházejícími situacemi a změnami sociálního prostředí. Nastanou změny v citovém životě, které jsou velice individuální. Lidé ve stáří jsou citlivější – citová zranitelnost, emotivnost, větší potřeba náklonnosti, očekávají ohledy a porozumění. Jiné vlastnosti se naopak mohou více zviditelnit. Prohlubuje se požadování úcty a pochopení ve stáří. (Klevetová, 2008, s. 23, s. 24)

Změna psychomotorického tempa se projevuje především při chůzi, kdy jsou pohyby zpomalené. Tento fakt přináší opatrnost, nerozhodnost, váhavost a snižuje se koncentrace a pozornost. Je zapotřebí ke zvládnutí dané činnosti více času, toto však může být kompenzováno systematickostí, důsledností a důkladností. Ve stáří však převládá touha mít soukromí, pohodlí, často se uzavírají do svého světa a přijetí role v zasetí vlastních nepřátelských postojů vůči své vlastní osobě, okolí i celé společnosti. (Klevetová, 2008, s. 24)

1.4 Biologické stáří

„Je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho exaktní vymezení se, však nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat. Čistá involuce by mohla být měřena pomocí molekulárních či buněčných markerů. Klinický výstup má spíše hodnocení funkčního stavu, a to konkrétně, ve vztahu k danému cíli jako funkční způsobilost k určité aktivitě či k určitému zdravotnickému výkonu. Dnes se nejeví jako příliš užitečné provádět takové hodnoty na fiktivní biologický věk“. (Kalvach, 2004, s. 48)

Tělesné změny probíhají ve všech orgánech a jejich soustav. Mezi obecné projevy patří celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie, dále změny reakce organismu na zátěž. Tyto změny probíhají s různou rychlostí a intenzitou u jednotlivých osob. Mají vliv na vznik a výskyt různých nemocí, které jsou typické ve stáří. Stáří se projevuje ve všech orgánových soustavách, snižuje se funkce endokrinních žláz, distribuce tekutin – snižuje se obsah tekutiny v buňkách, zvyšuje se obsah tuku v těle. Dále se zmenšuje postava, protože se zmenšují meziobratlové prostory a z důvodu ochablosti svalů je tělo shrbené. Snižuje se množství vápníku v těle a tím vzniká osteoporóza. Změny v oběhovém, nervovém, respiračním, trávicím a vylučovacím systému, také se objevují poruchy spánku, zpomaluje se růst nehtů, vypadávají a šedivějí vlasy. (Malíková, 2011, s. 19, s. 20)

Dále se snižuje výkonnost smyslových orgánů, výrazně zraku a sluchu. Zrak může být postižen již ve středním věku. Snižuje se zraková ostrost ve stáří, schopnost adaptace oka na tmou, akomodace. Tyto změny mohou být doprovázeny vznikem katarakty (šedý zákal) či glaukom (zelený zákal). U sluchu je jeho zhoršení ve stáří poměrně časté. A to díky atrofických změn sluchové dráhy. Působí zde, ale i rizikové faktory, které na jedince působily během života. Tyto poruchy se však objevují více u mužů. (Mlýnková, 2011, s. 23)

1.4.1 Příčiny biologického stáří v historii

V antice dávali příčinu stárnutí ubývání nějaké významné substance. Například Hippokrates spekuloval o ztrátě vlhka, Aristoteles o ztrátě tepla. Galénos vykládal stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla i krve. Tyto aspekty však nejsou příčiny, nýbrž projevy. (Kalvach, 2004, s. 68)

V 18. století byly představy o ztrátě životní energie, které Ch. W. Hufeland začlenil do tzv. makrobiotiky. V 19. století Ch. E. Brown - Sequard představil hormonální teorii, chápající stárnutí jako hormonální deficit. Opakem těchto představ o úbytku, nedostatku nějaké látky jsou hypotézy o hromadění látky gerontogenní. I. I. Mečnikov kolem roku 1900 stáří vysvětloval jako důsledek intoxikace organismu produkty střevních bakterií, což publikoval mikrobiologicko – imunologické hypotéze. Další teorii představil v roce 1924 V. Růžička, profesor pražské lékařské fakulty, jednalo se o fyzikálně chemickou teorii morfologického metabolismu koloidů. Tato hypotéza byla ve své době mezinárodně akceptována a rozsáhle publikována. (Kalvach, 2004, s. 68, s. 69)

V návaznosti na L. Heilbrunna byly studie věnovány na určitou roli vápníku. D. Harman od roku 1954 rozvíjel teorii významu oxidačního stresu a reaktivních sloučenin kyslíku. Dnes je připisován zásadní význam při poškozování buněk v procesu stárnutí. R. L. Walford studoval i dopad restrikce příjmu potravy na délku života, imunitní mechanismy a kancerogenezi. B. L. Strehler, který byl považován za jednu z nejvýznamnějších osobností gerontologie v 2. polovině 20. století vyložil 4 gerontogenní kritéria jako primární příčiny stárnutí – univerzálnost, škodlivost, progresivnost a „vnitřnost“. (Kalvach, 2004, s. 69)

1.5 Senioři a jejich potřeby

Stejně jako kdokoliv jiný i senior potřebuje uspokojit všechny své potřeby, ale často jsou odkázáni na pomoc okolí. S věkem není spojena primárně potřeba péče, ta je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačností. Tyto aspekty omezují jedince v jeho uspokojování potřeb každý den. Dle Nakonečného je pojem potřeba vysvětlen jako základní forma motivace, ve smyslu nějakého nedostatku v biologické či sociální sféře života. Potřeby se mění během života, a to z hlediska kvality i kvantity.

Autorka Trachtová uvádí, že potřeby jsou projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Jsou – li potřeby neuspokojovány, vede to k deprivaci a ke strádání. Mnozí autoři uvádějí jako základní lidskou potřebu sociální kontakt, sdružování. Senioři potřebují mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře stabilitě, jistotě a spolehlivosti, potřeby fyzického psychického a ekonomického zabezpečení. Důležité hodnoty pro seniory dle Kaufmanové jsou – zdraví, láska, rodina, přátelství soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda jedince. (Dvořáčková, 2012, s. 38, s. 39)

2 Pády

Výzkumná pracovnice Janice Morse z Ameriky rozděluje pády na náhodné, které znamenají neúmyslný pád klienta. Při takovém typu může dojít k uklouznutí v důsledku selhání pomůcek či díky rizikům prostředí, jako je rozlitá tekutina na povrchu podlahy. Dále je rozděluje na fyziologicky nepředvídané pády, při nichž není příčina pádů součástí fyzického rizikového faktoru daného klienta. Určitá fyzická příčina je v danou dobu nepředvídatelnou, jako je mdloba, záchvat při epilepsii či patologická zlomenina krčku. Předvídatelné fyziologické pády jsou u klientů, kteří jsou pro pád rizikováni, tedy ti co mají v anamnéze již proběhnutý pád, při problémech s chůzí, užívání pomůcek k lokomoci a porucha duševních funkcí. (Vyhnánek, 2007, s. 23)

2.1 Definice pádu

Změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí, může být doprovázena poruchou vědomí a poraněním. Postihují 20-30 % osob ve věku 65-69 let a až 50 % lidí nad 85 let v daném kalendářním roce. Vyšší výskyt pádů je u žen, u akutně i chronicky nemocných, dále u hospitalizovaných a u osob v dlouhodobé ústavní péči. (Topinková, 2005, s. 44)

Definice pádu z roku 1987 dle Kellogg International working group, říká, že pád u starších osob je popisován jako blíženi se k zemi, podlaze, dále vysvětluje, že následkem může být ztráta vědomí, náhlý začátek ochrnutí, mozková mrtvice nebo epileptický záchvat. (Lord, 2007, s. 3)

2.2 Příčiny pádů

Riziko pádů zvyšují běžné změny s nastupujícím stářím, mohou upadnout i starší lidé, kteří jsou na pohled silní a zdraví. Rovnováhu zhoršují vedlejší účinky léků, které k pádům přispívají, jsou to léky na vysoký krevní tlak, poruchy spánku a deprese. Větší predispozice k pádu je i změna kombinace medikamentózní léčby. U starších osob může pád být příznakem akutních onemocnění jako je pneumonie, infekce močových cest, IM. (Vyhnánek, 2007, s. 27)

2.2.1 Pády z vnitřních příčin (endogenní příčiny)

Kardiovaskulární postižení - různé druhy synkop, ortostatická hypotenze

Neuromotorické poruchy – postižení svalů, poruchy propiocepce, poruchy chůze, parézy, periferní neuropatie, vertbrogení závrat'

Psychiatrické onemocnění – poruchy pozornosti, demence, alkoholismus

Postižení pohybového systému – osteoporóza, artróza, nemoci dolních končetin

Porucha sluchu a vestibulárních funkcí – Meniérova nemoc, vertigo

Porucha vizu – katarakta, glaukom, porucha zorného pole a zrakové ostrosti

(Topinková, 2005, s. 44)

2.2.2 Pády ze zevních a situačních příčin (exogenní příčiny)

Překážky a bariéry v bytech tvoří prahy, nesprávné umístění kabelů elektrických spotřebičů. Riziko pádů zvyšuje – nevhodná obuv (vyšší podpatky, rozvázané tkaničky, sešlápnutá pata). Léky a alkohol, do medikamentů řadíme utlumující preparáty, psychofarmaka (anxiolytika, hypnotika), které také navozují ortostatickou hypotenzi. Další skupinou jsou antihypertenziva a diuretika. Diuretika svým účinkem mohou nutit k rychlému postavení a pohybu, z důvodu pocitu nucení na močení, a tím způsobit riziko vzniku pádu. Pád však tyto jmenované příčiny způsobit vůbec nemusí, ale přesto může vzniknout a to cizím zaviněním. (Kalvach, 2004, s. 221, s. 222)

2.2.3 Možnosti vzniku pádů (fenomenologie)

Pády zhroucením – postižený náhle ztrácí ve stoji či při chůzi svalový tonus a klesá k zemi. Příčiny lze rozdělit na cerebrální (epilepsie, kataplexie, transientní ataka, náhlý vzestup nitrolebního tlaku u ventilového uzávěru likvorových cest) a extracerebrální (ortostatická hypotenze, kardiální synkopa). Příčinu můžeme zjistit již z anamnézy, dále také z EEG, EKG, vyšetření krevního tlaku. (Kalvach, 2004, s. 208)

Pády skácením – příčinou je těžká porucha rovnováhy, nejsou zde obranné reflexní pohyby, často se tedy jedinec zraní. Tyto pády se vyskytují u chorobných stavů narušující propiocepci, u vestibulárních lézí a u mozkových onemocnění, která působí poruchu integrace prostorového vnímání (ischemie a hemorhagie mezencephala, léze frontálních laloků a podkorové bílé hmoty a jiná extrapyramidová onemocnění). (Kalvach, 2004, s. 209)

Pády zakopnutím – vznik zakopnutím palce nebo špičky nohy o překážku, kterou se při pohybu těla vpřed nepodařilo překonat. Člověk směřuje dopředu, obvykle na předpažené ruce. Tento typ pádů může vyvolat distální slabost (peroneální paréza) nebo spaticita nohy (nedostatečná dorzální flexe v kotníku). Dalším onemocněním, u kterého hrozí tento typ pádu je Parkinsonova nemoc, která se vyznačuje šoupáním dolních končetin. (Kalvach, 2004, s. 209)

Pády zamrznutím – dolní končetina se v průběhu chůze zarazí, noha zůstává na podlaze, tělo pokračuje v pohybu dopředu, aniž by došlo ke kompenzačnímu vykročení. Může nastat tzv. festinace, kdy při nárazu dolních končetin o předmět se klient naklání dopředu, dostává se na špičky, cupitá, až nakonec padá. (Kalvach, 2004, s. 209)

Nediferencované pády – v některých případech jde o atypický nekonstantní pád. Příčina může být nepozornost, nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu či špatný náhled, což se může stát u osob s demencí, s ložiskovými lézemi frontálních nebo parietálních laloků. Také sem patří zhoršování sensorických funkcí a stavu lokomočního aparátu. (Kalvach, 2004, s. 209)

2.2.4 Možné rizikové faktory způsobující pád

Tyto faktory můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi vnitřní rizikové faktory řadíme již proběhnutý předchozí pád, tedy úraz v anamnéze je velice důležitý faktor a pravděpodobnost pádu je zde vyšší. Porucha zraku, zde se jedná o sníženou zrakovou ostrost, zhoršená schopnost vidění za šera, snížené prostorové vnímání, zúžené zorné pole a fotofobie. Dále jsou to různé poruchy způsobu chůze, kdy může být chůze nejistá. Porucha pohybového aparátu, jako je atrofie svalů, u šlach a vazů je to zvápenatění, osteoporóza, tyto faktory jsou spojené s udržení rovnováhy a správného postoje. Také do vnitřních rizikových faktorů řadíme duševní stav, zejména stavy zmatenosti, dezorientace, neschopnost porozumět a poruchy paměti, dále akutní onemocnění, mezi které patří problémy spojené s rychlým nástupem epilepsie, CMP, ortostatickou hypotenzí a horečkou. Vedle akutních onemocnění do vnitřních faktorů řadíme chronická onemocnění, jako jsou záněty kloubů, šedý či zelený zákal, demence, DM a Parkinsonova choroba. (Vyhnánek, 2007, s. 24)

Vnější rizikové faktory jsou ovlivněny daným prostředím, nevycházejí přímo z organismu. Mezi tyto rizika řadíme vliv léků, zvláště těch, které ovlivňují centrální nervovou soustavu, jako jsou sedativa, anxiolytika, benzodiazepiny, veliký vliv při jejich aplikaci má množství, které je užíváno. Vliv prostředí u vnějších rizikových faktorů je tvar nábytku, výška židlí a lůžek, vybavení vany a toalety madlem, důležitá je kvalita povrchu, bezpečnost podlahového krytí – žádné klouzající koberce, ndržící linoleum či parkety, a také naleštěný nebo vlhký povrch. Dále v prostředí má vliv osvětlení, jeho nesprávná intenzita a odrazy. Důležitý je typ a stav obuvi, malé či velké boty, nevhodné podrážky. Nutná je správnost používání různých typů zařízení, jako je používání zábran u lůžka a jiných zařízení, které mohou riziko pádu zvýšit. (Vyhnánek, 2007, s. 24)

2.3 Důsledky pádů

Hrozí především úrazy, poranění, jako jsou zlomeniny, mezi nejčastější patří zlomenina stehenní kosti v krčku, Collesova fraktura předloktí, kompresivní zlomeniny obratlů. Další je riziko vzniku popálenin, opařenin, obávané jsou také intrakraniální hematomy. Kontuze měkkých tkání či kostrče bývá často podceňována, ale může být však velmi bolestivá a omezovat tak soběstačnost. Pokud zůstane postižený v poloze ležet delší dobu zaklíněný bez možnosti pohybu, kdy nemůže vstát, hrozí podchlazení, kompartmentový syndrom či renální selhání. Je však nutné upozornit na to, že nemožnost postavení ze země není projevem funkční nezdatnosti (ani soběstačný senior nemusí být schopen po pádu vstát zcela sám). Vstávání je velice náročné na svalovou sílu a koordinaci pohybů. Zvláště nevýhodné je vstávání u osob s obezitou, těžkou osteoartrózou a s výraznou svalovou dekondíci. Při opakovaných pádech omezují lidé své aktivity, jelikož se objeví úzkosti a deprese. U osamělých starých lidí strach vyvolá představa dlouhodobého ležení na zemi bez pomoci. Opakované pády patří k největším příčinám umístování seniorů do trvalé ústavní péče. (Kalvach, 2004, s. 222)

2.4 Závratě a synkopy

U většiny lidí ve starším věku mohou být pocity nejistoty v prostoru, při stoje či chůzi, také si senioři mohou stěžovat na slabosti nohou, zhoršení pohyblivosti, na přechodné nebo trvalé závratě. Lze objektivně sledovat nejistou a opatrnou chůzi, neschopnost vyrovnat poruchu rovnováhy, zejména její vychýlení. Obecně se závrať chápe jako ztráta prostorové orientace, jde o narušení vztahu mezi okolním prostorem a jedince, který trpí poruchou rovnováhy. Ve stáří přibývá častý výskyt závratí, nestability a pocitu nejistoty v důsledku poruch jednotlivých systémů, jako jsou bloky páteře, zrakové iluze, nedostatečná, zhoršená propiocepce. V oblasti vnitřního ucha jsou to degenerativní změny, zhoršují se integrační schopnosti CNS a tím klesá adaptabilita. Závratě jsou obvykle provázeny mnoha příznaky, mezi které patří nauzea, zvracení, pocení, palpitace a jiné vegetativní příznaky. Dále se objevuje nystagmus a porucha chůze ve smyslu ataxie. (Kalvach, 2008, s. 170)

Při krátkodobé a náhlé ztrátě vědomí ve vertikální poloze mluvíme o synkopách, které jsou spojeny s pádem a upravují se spontánně. Synkopa je tedy

přechodný stav, při kterém nastane ztráta volního svalového tonu a zapříčiní ji přechodná globální mozková hypoperfuze. Vznik synkopy je rychlý. Toto krátkodobé bezvědomí může být ve stáří příčinou pádů, ale postižení je často líčí jako pády prosté a náhodné a domýšlejí si racionální příčinu. Udávají logická vysvětlení jako zakopnutí či uklouznutí, i když si nevybavují ve skutečnosti okolnosti vzniku pádu. Pády s opakovaným poraněním v obličeji by měly vzbudit pozornost, signalizují nekoordinovaný pád skácením, protože při pádu si člověk obvykle instinktivně chrání obličej, pokud nepadá v bezvědomí. Synkopy mohou proběhnout i bez pádu a to vsedě či vleže, jako krátké bezvědomí se ztrátou kontaktu, vypadne předmět z ruky či jedinec začne chrčivě dýchat. Jejich manifestace může být i daleko mírnější, nedojde ke ztrátě vědomí, ale jen k poruše ve smyslu korové dysfunkce, nastane krátkodobý výpadek paměti, krátkodobá amnézie, zmatenost. (Kalvach, 2008, s. 181)

2.4.1 Léčba závratí a synkop

Při léčbě závratí se uplatňují mnohé terapeutické postupy, farmakoterapie, při které se nejvíce používají antivertiginózní léky. Indikace této formy léků je zaměřeno na kauzální či symptomatickou léčbu. Dalším typem terapie je chirurgická, ta je však indikována ve výjimečných případech. Fyzikální léčba zahrnuje rehabilitaci. Z nepostradatelných základních léčebných postupů je psychoterapie, která má zabránit chronizaci příznaků a potíží a rozvoji fobického posturálního vertiga. (Ambler, 2008, s. 207, s. 208, s. 209)

U většiny případů je léčba symptomatická, která se indikuje i při znalosti etiologie, z důvodu zmírnění vegetativních projevů. Symptomatická terapie by měla zmírnit subjektivní pocit závratí, udržovat rovnováhu, zastavit zvracení a nauzeu, neměla by mít výrazné vedlejší účinky a zpomalovat kompenzační a adaptivní mechanismy. Musí se tedy najít kompromis mezi těmito faktory. Je také nutné zdůraznit, že dlouhodobá léčba antivertiginózy může naopak vést právě k výraznému zhoršení adaptačních a kompenzačních mechanismů CNS. Tyto léky se nepodávají u závratí, které netrvají déle než 30 minut a u chronických případů jen tehdy, jedná – li se o potíže, které klienta provází denně. Léky musí být součástí kompletní léčby a přístupu včetně rehabilitace. (Ambler, s. 210, s. 211)

Pro správné provádění rehabilitace je důležité důkladné vyšetření klienta, které je zaměřeno na vyšetření vestibulárního systému a zhodnocení schopností a dovedností ve všedních denních činnostech. Klient může začít cvičit už během akutní fáze, pomalé by však měly být pohyby hlavy. Relativně dobrá úprava stavu nastupuje již během jednoho týdne, ale může trvat i déle. Starší osoby, které mají problém s postižením krční páteře a vertebrobazilárního povodí, by se měli vyvarovat záklonu hlavy, neměli by provádět činnosti jako je věšení záclon, závěsů, mytí oken apod. Před cvičením je výhodné aplikace antivertiginóz. Základní teorií a strategií je, že jakákoli aktivita je daleko lepší než klid., je důležité, aby klient byl aktivní od začátku. Cvičení by mělo postupně přecházet do složitějších aktivit až po sporty jako je tenis a stolní tenis, které vyžadují koordinaci zraku a cíleného pohybu ruky. (Ambler, 2008, s. 216, s. 217, s. 218, s. 219)

U synkop se léčba zaměřuje na příčinu. Mohou se vysadit nevhodné medikamenty, které navozují bradykardii a ortostatickou hypotenzi. Kauzálním řešením synkop je kardiostimulace u synkop způsobených závažnou bradykardií a poruchou převodního systému. Toto řešení však již nemá univerzální prospěšnost. (Kalvach, 2008, s. 185)

3 Hodnocení domácího prostředí

Při návštěvě je nutné hodnotit celkové prostředí, bariéry nebo rizika vzhledem k funkčním problémům klienta. Po této kontrole je nutné dále vyhotovit zprávu, která pojednává o nutnosti používání kompenzačních pomůcek a celkové úpravě prostředí kvůli bezpečnosti. Důležité je také charakterizovat vstup do exteriéru. Všimát si již chodníku k hlavním dveřím, počtu schodů, zábradlí u schodů. Analyzujeme podrobně jednotlivé místnosti v prostředí. A to jak je umístěn nábytek, dostupnost světelných vypínačů, typ koberců a jednotlivých specificky odlišných aspektů určitých místností. (Krivošíková, 2011, s. 254, s. 255)

3.1 Návštěva domácího prostředí

Návštěva v domácnosti klienta je důležitá z důvodu posouzení obtíží a kontroly léčby, pro zhodnocení potřebné adaptace a sociální podpory. V důsledku akutních příhod, progredujícího průběhu chronického onemocnění je nutné upravit domácí prostředí pro potřeby klienta. Informace získané od klienta a jeho rodiny často nebývají dostatečné k objasnění domácích podmínek. U těchto případů se doporučuje a osvědčuje diagnostická návštěva domácnosti, která umožní lépe poradit s přestavbou a úpravou domova a zároveň je možné přizpůsobit rehabilitaci tomu, co klient bude doma provádět a potřebovat, jako například samostatný přesun, chůze a další. Vhodná doba pro návštěvu domácího prostředí klienta je tehdy, jakmile se funkční stav podstatně nemění a je – li čas pro realizaci úprav před propuštěním do domácího prostředí. Vzhledem k tomu, že se pobyty v nemocnicích zkracují, to není jednoduchý úkol. V domácím prostředí je posuzováno mnoho faktorů, jako je přístupnost bytu je nutné překonat schody, zvážit tedy jejich stav, zda je možné nainstalovat rampu, dále musí být kontrolováno vybavení domácnosti pomůckami a jejich vhodné doporučení, šířka dveří, prahy, zda při pohybu překáží nábytek nebo koberce či volně ležící kabely na podlaze. Velice důležité je kontrola zdatnosti klienta při provádění každodenních činností. (Schuler, 2010, s. 205)

3.2 Vliv a analýza prostředí

Prostředí může podporovat či usnadňovat činnosti, ale i vytvářet bariéry či zvýšené nároky, které provádění konkrétní činnosti ztěžují nebo dokonce zabraňují. Nutno je vyhodnotit vliv prostředí na provádění činností a zvažovat jak lze prostředí přizpůsobit pro snadnější fungování osoby. Keilhofner v Modelu lidského zaměstnávání uvádí, že prostředí může ovlivňovat chování osoby ve vztahu k činnosti, může umožňovat provádění úkonů či vyvíjet tlak nebo požadovat určité chování osoby. Příliš velký tlak prostředí přispívá ke stresu, úzkosti, nejistotě, neschopnost vypořádat se s danou situací a lidé v takovém prostředí často selhávají, naopak malý tlak navozuje apatii, útlum a nezájem. Příliš velký nebo malý tlak by tedy mohl vést k maladaptivnímu výkonu. Prostředí by mělo být stimulující k vytváření aktivit, aby člověk dosahoval optimálního a kvalitního výkonu. (Jelínková, 2009, s. 163)

Analyzovat prostředí by se mělo z hlediska přístupnosti, bariérovosti, bezpečnosti a estetiky. Posuzování zahrnuje přiměřenost životního prostoru pro naplnění potřeb a dostupnost veřejných prostor. Nutno je také zohlednit vybavení, pomůcky v domácnosti. (Jelínková, 2009, s. 166)

3.3 Řešení a modifikace architektonických bariér v domácím prostředí

Při přítomnosti bariér se volí kompenzační přístup, pomocí něhož se tyto nežádoucí jevy odstraňují a vytváří se vhodnější podmínky pro provádění aktivit. Adaptace se mohou týkat drobných prostorových úprav, jako je odstranění kobereců, dveří, reorganizace nábytku nebo může jít o vlastní modifikace prostředí, sem můžeme zařadit instalaci madel v koupelně či technicky a finančně náročnější přestavby a úpravy domácnosti. Při těchto větších, nákladných a trvalých modifikacích je nutno brát v úvahu nejen současnou situaci klienta, ale i jeho potřeby v budoucnosti a to zejména u postižených dětí, u osob s progresivním onemocněním a v neposlední řadě je nutno brát ohledy na osoby, které prostor využívají společně s klientem. Zásadní úpravy neprovádí ergoterapeut sám, ale je zde tým, který tvoří – klient, jeho rodina, architekt, stavitel, technik a další odborníci tohoto charakteru. Žádoucí je také spolupráce se sociálním pracovníkem, který pomáhá získat finanční prostředky pro potřebné úpravy. (Jelínková, 2009, s. 168)

Domácí šetření je vhodné provést u osob s výrazně omezenou schopností provádění ADL, dětí s progresivním či trvalým postižením pohybového systému, u seniorů, u nichž došlo k výrazné a zásadní změně zdravotního stavu nebo je u nich zvýšené riziko pádů, u klientů s demencí či jiným kognitivním problémem. (Jelínková, 2009, s. 173)

Zvláštní opatření jsou nutná u osob se smyslovým postižením. U sluchově postižených musí být například zvukové signalizační zařízení nahrazeno světelným, u zrakově postižených odstranit překážky v komunikačních zónách a instalovat kontrastní odlišení vertikálních a horizontálních ploch – použití černé a bílé. (Klusoňová, 2011, s. 50)

4 Prevence pádů

Prevence pádů znamená ovlivnit rizikové faktory, které je mohou vyvolat. Jako je ovlivnění rovnováhy klienta, její posilování a trénink, dále vybavení pomůckami, které zvyšují jistotu při chůzi, zlepšení zraku. U klientů, u kterých proběhl pád opakovaně, je dobré zvážit chrániče kyčelních kloubů. Bezpečnost zvyšuje používání systémů pro nouzové volání či kontrolní telefonát nebo návštěva. (Schuler, 2010, s. 215, s. 216)

4.1 Analýza, identifikace rizik výskytu pádů

Důležitě je analyzovat údaje, které umožňují určit kdy, kde a proč k jednotlivým pádům dochází a to před stanovením vlastního programu. Tyto informace by měly, poskytnout údaje o přesném počtu pádů i ve které části dne k němu došlo. Dále určujeme typ pádu, zda se pád stal při chůzi po pokoji, upadnutím z lůžka či židle, při převozu nebo přesunu klienta, místo kde k incidentu došlo, jako je toaleta, koupelna, chodba, atd. Také analyzujeme stav vědomí při daném pádu, je – li klient orientovaný, zmatený, ovlivněný léky. Pokud je k dispozici bezpečnostní opatření v době pádu, je nutno stanovit jeho správné použití a instalace, jako je upozorňovací zařízení (zvonek v dosahu klienta), lůžko v nízké pozici, zapnutý pás u pojízdného křesla a mnoho dalších opatření. A v neposlední řadě určujeme typ a závažnost poranění při upadnutí. Analýza těchto informací by měla nasměrovat k určení možným opatření ke snížení četnosti pádů. Toto šetření může identifikovat faktory, které k pádům přispívají či nebezpečné prostředí. Je však nutné poukázat na to, že pády v domácím prostředí se vyhodnocují mnohem obtížněji, a to z toho důvodu, že k nim dochází v nepřítomnosti druhé osoby, mnohdy ani samotný klient o pádu neinformuje své okolí, zejména když nedojde k poranění. (Vyhnánek, 2007, s. 94)

4.2 Opatření u osob s rizikem vzniku pádů

Mnohá opatření mají obecnou platnost bez ohledu na příčinu, která pád vyvolala, jsou zaměřeny na snížení jejich výskytu a zmírnění jejich důsledků. Mezi opatření patří, pečlivě vyhodnotit příčinu a redukce opakovanosti vzniku, dále je to bezpečnost a bezbariérovost prostředí – úprava podlahy, odstranění prahů, přípojných kabelů. Úprava jednotlivých místností, zabudování madel, pevného zábradlí na schodištích. Používání opěrných pomůcek po jejich důkladném nácviku, jako jsou hole, berle, chodítka. Instalace systémů nouzové signalizace při nemožnosti vstát ze země. (Kalvach, 2004, s. 222)

Tyto systémy se u nás v posledních letech velice rozšiřují, umožňují rychlé přivolání pomoci v akutních případech ohrožení. Jsou provozovány různými organizacemi například systém Areion, který provozuje Občanské sdružení Život 90, umožňuje nejen seniorům, ale i osobám osamělým a zdravotně postiženým samostatný život v jejich vlastním domově. Klient má možnost v případě krizové situace se spojit s dispečinkem pomocí stisknutí tísňového tlačítka na přenosném terminálu, který nosí na krku. Na dispečinku se objeví poplachová zpráva a pracovníci se okamžitě spojí pomocí automaticky zapnutého telefonu v bytě, zjistí, co se stalo a rychle organizují odbornou pomoc. (Dvořáčková, 2009)

Pomocí rehabilitace posilovat adaptační mechanismy pro udržování rovnováhy – míče, rytmická stabilizace, reedukace chůze, posilování svalů a nácvik postavování po pádu. Používání chráničů kyčlí, které chrání oblast trochanteru – tzv. hip protectors. Prevence a léčba osteoporózy, vysazení léků zhoršujících instabilitu a zvyšujících riziko vzniku pádů. Omezovat rizikové činnosti, zajistit tedy konkrétní službu, která činnost provede, například mytí oken. (Kalvach, 2004, s. 223)

4.3 Edukace klienta a rodiny

Musíme informovat o nezbytnosti zavolat pomoc, asistenci před každým vstáváním z lůžka či křesla. Pravidelně (každé dvě hodiny) monitorovat potřeby klienta. Lůžko v nejnižší možné poloze, když momentálně není poskytována žádná péče. Upozorňovací zařízení u lůžka, v koupelně či na toaletě, by mělo být vždy v dosahu klienta. Také je dobré předvídat potřeby, aby nápoje, kapesníky a podobné potřebné věci byly v dosahu. Má – li klient invalidní vozík, je nutné používat bezpečnostní pásy a vždy používat brzdy kol při přesunu. Aplikovat pomůcky, které eliminují možnost úrazu při pádu, jako jsou ochranné přilby či chrániče kyčlí atd. Lůžko by mělo být umístěno tak, aby klient měl možnost ho opustit po své fyzicky zdatnější straně a na této straně by měla být upravena podlaha či protiskluzová podložka. Jasné označeny dveře symboly pro toaletu koupelnu atd. (Vyhnánek, 2007, s. 96, s. 101)

4.4 Aktivizační, pohybové programy

Pohybové aktivity vedou k udržení mobility, kvality života a ke zlepšení pocitu zdraví. Důležitý je vhodný výběr pohybových činností pro pozitivní působení na organismus. Výběr se řídí dle zdravotního stavu, věku, pohlaví, dle úrovně a zkušeností pohybových schopností. Mezi pohybové programy patří skupinové cvičení, chůze, plavání, trénink na ergometru, individuální programy, domácí cvičení a týdenní rekondiční pobyty. Důležitá je ranní rozcvička, aby se připravil kloubní systém na provádění běžné denní činnosti. Nutné je dodržování zásad při cvičení a provádění pohybových aktivit, a to seznámením s metodikou a technikou provádění, jedinec by měl znát limit intenzity zátěže (tepovou frekvenci, dušnost), měl by být vyšetřen zátěžovým testem, dodržovat postupnost zátěže. U cvičení vycházíme z nižších poloh a postupně přecházíme do vyšších, důležité je zaměřit se na správnou výchozí polohu, provádět jednodušší cviky, které nejsou příliš náročné na koordinaci, dobrá koordinace cvičení s dýcháním, na závěr vždy zajistit regenerační fázi, zařadit relaxační cviky. (Kolář, 2009, s. 604, s. 605)

K dodržování pravidelného cvičení je však důležitá motivace, nestačí pouhé vědomí, že pohybová aktivita je užitečná pro zdraví, čili racionální motivace. Nutný je emocionální prožitek, radost a družnost, která k aktivnímu programu patří.

Motivace a ovlivňování starších osob k vedení aktivního životního stylu, je však úkol dlouhodobý a velice obtížný. Bohužel problém je neochota se preventivně zabývat a provádět aktivizační program z důvodu udržení kvality života či oddálení nepříjemných involučních změn. Daleko častěji se začíná s určitým druhem pohybu až při začátku zdravotních problémů. (Štílec, 2004, s. 23, s. 24, s. 25)

4.5 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky umožňují náhradu porušené funkce. Rozdělují se dle různých hledisek, dle toho jakou ADL činnost kompenzují (příjem potravy, hygiena, funkční komunikace a další), dále dle nahrazující funkce - omezený rozsah pohybu, poruchu kognitivních funkcí a další. Na trhu jsou také technické prostředky a pomůcky, které se rozdělují na pomůcky méně náročné na obsluhu (low – tech) a na pomůcky vysoce náročné na obsluhu (high – tech). Výběr pomůcky se řídí na základě podrobného vyšetření uživatele, hodnotí se funkční schopnosti a podmínky domácího prostředí. (Krivošíková, 2011, s. 307, s. 310)

Podle charakteru postižení jsou pomůcky pro tělesně, zrakově, sluchově postižené a pro jinak znevýhodněné osoby. Podle způsoby výroby kompenzační pomůcky můžeme rozdělit na sériově a individuálně vyráběné. (Klusoňová, 2011, s. 55)

Pomůcky musí odpovídat fyzickým, kognitivním a senzorickým nárokům daného uživatele, dále by měla být vhodná pro konkrétní činnost a umožnit naplnění osobních cílů, kterých chce uživatel dosáhnout. Za dobrý výběr a výsledek se považuje větší samostatnost a zvládnutí určité každodenní činnosti přiměřeným způsobem. (Jelínková, 2009, s. 246)

4.5.1 Bariéry v použití a výběru pomůcek

Pro mnoho osob, které pomůcky potřebují, jsou zde bariéry, které provázejí jejich širší využití a jsou mnohdy nedostupné z různých důvodů. Často výběr pomůcky ovlivňuje její finanční nákladnost a omezené zdroje financování, také omezený přístup k prodejčům, hlavně mimo velká města, a naopak roztržitost nabízených služeb. Poradenství většinou zajišťují různá občanská sdružení, která jsou pro určitou skupinu osob se zdravotním postižením nebo firmy, které mnohdy nemají kompletní nabídku pomůcek. Dalším špatným vlivem při výběru pomůcky je nedostatek specializovaných odborníků, kteří poskytují poradenství a zajišťují pomoc při výběru a používání těchto pomůcek. (Jelínková, 2009, s. 248, s. 249)

4.5.2 Systém získávání kompenzačních pomůcek

Prostředků pro získání kompenzační pomůcky je několik. Mohou být hrazeny zdravotní pojišťovnou, jsou uvedeny v sazebníku Všeobecné zdravotní pojišťovny a označují se jako prostředky zdravotnické techniky. Patří sem mnoho pomůcek pro funkční mobilitu a osobní hygienu a koupání, ale i pomůcky, které přímo nesouvisí s rehabilitací. Kompenzační pomůcky jsou hrazeny v plné výši nebo jen částečně. Předepisuje je lékař praktický nebo odborný, rehabilitační lékař, někdy je nutný souhlas revizního lékaře pojišťovny. Další možnost hrazení je z příspěvku sociálního odboru městského úřadu v místě trvalého bydliště. Zde může klient žádat o pomůcky, které jsou částečně hrazeny ze zdravotního pojištění nebo se vůbec nehradí a to na základě vyhlášky č. 182/1991 Sb. Podle této vyhlášky lze žádat o příspěvky na úpravy bytu, jednorázové příspěvky pro zajištění zvláštních pomůcek, také na příspěvky pro zakoupení, opravení či upravení motorového vozidla. Většina těchto možných příspěvků však nepokryje celou cenu pomůcky, z důvodu, že jsou stanoveny ceny pro úpravy a příspěvky mají stanoveny limity. Další možnost získání pomůcky je financováním klientem, tedy z vlastních finančních prostředků a zdrojů nebo je možno žádat o poskytnutí finanční podpory různé nadace, organizace či sponzory. (Krivošíková, 2011, s. 311)

4.5.3 Kompenzační pomůcky k chůzi

Mezi tyto pomůcky patří různé typy chodítek a holí. Chodítka mohou být čtyřkolová, která poskytují jistotu a oporu klientům ohroženým pády, u problémů s rovnováhou. Toto chodítka může mít nainstalované sedátko, košík pro transport nákupů a jiných potřebných věcí a také může mít zabudovaný držák pro hůl. Využití tohoto chodítka je u Parkinsonovy choroby a při recidivujících závratích. Dalším typem je chodítka bez koleček, které zlepšuje stabilitu oporou, odlehčuje jednu dolní končetinu, umožňuje zatěžovat postiženou dolní končetinu částečně nebo podle bolesti, tím zabraňovat kulhání v důsledku svalové slabosti. Umožňuje oporu při vstávání, v sedu a ve stoji. Jeho využití je hlavně po operacích dolních končetin. Třetím typem je kombinace těchto dvou chodítek, kde vpředu jsou kolečka a vzadu protismykové a protiskluzové podložky, tedy spojení stabilních a mobilních prvků. Druhy holí jsou francouzské, a vycházkové. Francouzské hole poskytují stabilitu menší než chodítka, ale jejich výhodou je flexibilita a mobilnost, používají se u fyzicky zdatnějších jedinců. Výhody vycházkové hole je přísun taktilních vjemů, doplňuje senzorní informaci. Tato hůl však neposkytuje oporu, nýbrž vede pohyb, její použití je na kontralaterální straně k postižené, tedy na straně zdravé. Jsou doporučovány různé držáky na hole u stolů a na jiných míst. (Schuler, 2010, s. 116)

4.6 Obuv

Obuv poskytuje ochranu před poraněním a chladem. Existuje mnoho druhů obuvi, jako je módní, pro všední den, cvičební, tréninková, obuv šitá na míru a ortopedická obuv. (Larsen, 2005, s. 122)

Na nejnižším stupni kvality je levná konfekční obuv, toto sériově zhotovené zboží z továren je totiž bez nároků na vlivy, které jsou prospěšné pro zdraví. Noha se v této obuvi musí přizpůsobit. (Larsen, 2005, s. 127)

Ortopedickou obuv můžeme rozdělit na zdravotní a těžkou ortopedickou obuv (Koudela, 2003, s. 268). Nebo na ortopedickou sériovou obuv a ortopedické boty na míru (Larsen, 2005, s. 127). Zdravotní ortopedická obuv zabraňuje zhoršení postižení nohy, umožní při nošení korekci lehčích vad nohy a nebolestivou zátěž. Při závažnějších poruchách nohy se indikuje těžká ortopedická obuv, která se zhotovuje dle

sádrového odlitku, umožní korekci zkrácené končetiny do 10cm, nášlap při různých deformitách nohy. (Koudela, 2003, s. 268)

4.7 Pracovní polohy

Rozlišujeme základní a vedlejší pracovní polohu. Základní poloha trvá podstatnou část hlavního pracovního výkonu. Vedlejší poloha se zaujímá po kratší dobu při vedlejších, pomocných úkonech a operacích. Pracovní poloha má vliv na kosterní a svalový systém, proto rozlišujeme fyziologicky vhodnou - přirozenou polohu, při které poloha trupu a končetin nevyžaduje statické úsilí a výrazné odchylky od neutrální polohy. Neutrální poloha je optimální postavení kloubů, umožňuje vyvinutí nejvyšší síly. Svaly obklopující klouby jsou v rovnovážném stavu a relaxované. Dále rozlišujeme fyziologicky nevhodnou polohu, která se charakterizuje výraznou změnou umístění polohy trupu a končetin, jako je předklon, záklon, dřep, klek atd. Práce v sedu a ve stoji se považuje za nejvýhodnější, ale optimální je jejich střídání, protože mají své výhody i nevýhody. Vsedě není příliš velké statické zatížení, menší energetický výdej, práce je přesnější a umožňuje lepší koordinaci pohybů. Ve stoji je možné vyvinout větší sílu a větší rozsah pohybů. Faktory určující polohu jsou, individuální vlastnosti jedince, mezi které patří antropometrické rozměry těla – tělesná výška, rozměry horních a dolních končetin, výkonnostní kapacita svalového, kosterního a senzorického systému. Dalším faktorem je pracovní místo a činnost – rozměrové vlastnosti pracovního místa, upořádání a výška pracovní plochy, zorné podmínky, vlastnosti nářadí atd. (Gilbertová, 2002, s. 103)

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této práce je pomocí vhodného standardizovaného testování zjistit riziko vzniku pádů, a dle těchto výsledků tato rizika eliminovat.

Dílčím cílem je vybrat z mnoha testovacích škál vhodné standardizované testy, také vhodně eliminovat rizika pádů úpravou domácího prostředí, doporučit odstranění bariér v domácnosti. Jako metodika výzkumu bude zvoleno kazuistické šetření seniorů v jejich vlastním přirozeném, domácím prostředí. Výsledky budou zpracovány k jednotlivým kazuistikám do tabulek a následně do grafů.

HYPOTÉZY

Hypotéza 1:

Domnívám se, že při odstranění bariér v domácím prostředí se riziko pádů snižuje.

Hypotéza 2:

Domnívám se, že je vhodné použít stejné standardizované testování u všech seniorů.

Hypotéza 3:

Domnívám se, že důležité je individuálně zaměřit prevenci proti pádům u každého seniora zvlášť.

CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

Sledovaný soubor:

Ke zjištění možností prevenci pádů v domácím prostředí budou sledováni senioři. Soubor bude složen z klientů, kteří mají různé typy diagnóz a používají různé druhy kompenzačních pomůcek, dále bude sledován domácí prostor těchto klientů. Klienti budou vyšetřováni a sledováni odbornými metodami a testováním. Bude prováděna instruktáž a doporučení při jednotlivých terapiích, například doporučení a kontrola používání kompenzačních pomůcek, doporučení o úpravě bytu, instruktáž o prevenci pádů.

Poznatky budou získány prostřednictvím vlastního vyšetření klienta, rozhovorem s klientem a jeho rodinou, pozorováním, ze záznamu ve zdravotnické dokumentaci, osobní návštěvou jejich přirozeného, domácího prostředí.

5 Kazuistika číslo 1

5.1 Úvod, základní informace

Informace získány ze zdravotnické dokumentace:

Pohlaví: Žena
Věk: 86 let
Hlavní lékařská dg.: Fractura ramii inferioris osis pubis
Vedlejší lékařská dg.: Arteriální hypertenze, osteoporóza
Informace o klientce: Klientka prodělala 10. 10. 2012 frakturu po pádu v tramvaji, která prudce zabrzdila, když klientka stála. Došlo i k mírnému ventrálnímu posunu lumbální části páteře v oblasti L4.

Informace získány z rozhovoru s klientkou a z dokumentace 20. 12. 2012:

Datum onemocnění: 10. 10. 2012

Anamnéza:

OA: Klientka v dětství prodělala běžné nemoci

FA: Furorese, Helicid, Detralex a další

PA: Nyní SD, dříve jako pracovnice v pojišťovně

SA: Žije sama v panelovém domě, v bytě – 3. patro s výtahem. Klientku navštěvují její děti (syn a dcera), vnoučata

RA: Otec a matka – nevýrazná anamnéza

Kompenzační a jiné pomůcky: Čtyřkolové chodítko, vycházková hůl, francouzské berle, sedák do vany, dioptrické brýle, protiskluzové návleky na boty do exteriéru

5.2 Vstupní vyšetření

Informace získány z rozhovoru a pozorováním klientky 20. 12. 2012:

5.2.1 Personální denní činnosti

Oblékání:

Horní i dolní polovinu těla klientka zvládá oblékat a svlékat bez jakékoliv asistence

Sebesycení:

Příjem potravy zvládá klientka bez pomoci

Hygiena:

Klientka zvládá veškeré oblasti hygieny zcela samostatně

Vyměšování:

Inkontinence moče ani stolice není. Při použití WC nepotřebuje žádnou asistenci

Přesuny:

Klientka zvládá bez asistence

5.2.2 Instrumentální denní činnosti

Nákup a Manipulace s penězi:

Klientka zvládá samostatně bez asistence

Vaření, domácí práce:

Klientka samostatně uvaří i složité pokrmy. Provede lehké úklidy domácnosti, velké úklidy jako čištění koberců a mytí oken neprovádí ze strachu z pádu

Transport, použití dopravy:

Klientka již neřídí osobní automobil. V použití MHD je samostatná, dnes používá velmi zřídka, z důvodu strachu z pádu

Telefonování:

Vše zvládá bez asistence

Sociální interakce:

Klientka je komunikativní, přátelská. Občas tvrdohlavá.

5.2.3 Funkční hodnocení

Čítí:

Hluboké i povrchové čítí zachováno

Pohyblivost:

Horní i dolní končetiny jsou zcela aktivně pohyblivé, rozsahy jednotlivých pohybů, v jednotlivých kloubech jsou adekvátní vzhledem k věku klientky

Vzhled kůže:

Bércové vředy na obou DK, vzhled levého bérce je horší. Otoky obou lýtek, které klientka měřila krejčovským metrem – přes den obvod lýtka 39 cm, večer - 42 cm

Úchopy:

Zvládá samostatně, bez kompenzačních pomůcek a náhradních úchopů

Mobilita:

V interiéru bytu se klientka pohybuje pomocí vycházkové hole, v exteriéru používá čtyřkolové chodítko

Přesuny:

Klientka zvládá jakékoliv přesuny – z lůžka na židli, na WC zcela samostatně bez asistence

Sed, stoj, chůze:

Občasná limitace chůze z důvodu bolesti levé dolní končetiny (kolene). Stoj a sed klientka zvládá samostatně, rovnováhu udrží. Nejistota a strach z pádu zejména při chůzi v terénu. Při chůzi ze schodů a do schodů se přidržuje zábradlí.

Svalová síla:

Orientační svalový test na stupni 4 - 5

Kognitivní funkce:

Test MMSE neukázal žádné odchylky

Psychosociální funkce:

Klientka je komunikativní, motivovaná pro terapii. Je soustředěná a vyrovnaná

Použité testy:

BI, FIM, IADL, Bergerova škála rovnováhy, Hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti

5.2.4 Závěr vstupního vyšetření

Pohlaví:	Žena
Věk:	86 let
Hlavní lékařská dg.:	Fractura ramii inferiorioris osis pubis
Vedlejší lékařská dg.:	Arteriální hypertenze, osteoporóza

Zjištěno:

Klientka je ve většině oblastí PADL a IADL soběstačná. Problém klientka shledává ve velkých domácích pracích, jako je mytí oken a kobereců, má strach z pádu při těchto činnostech. Dále problém při chůzi z důvodu občasné bolesti levé dolní končetiny, zejména kolene. Strach při chůzi v terénu. Defekty na kůži - na obou DKK bérčové vředy, na levém bérči je vzhled horší a otoky obou lýtek. Téměř u všech aplikovaných testů nebyly shledány nějaké výrazné odchylky. Pouze u Bergerova testu rovnováhy byl zjištěn problém v dynamické části. V testu klientce vyšla bezpečná ambulance s použitím kompenzačních pomůcek. Pro upřesnění výsledků rizika vzniku pádu byl použit test dle E. Tinetti.

Analýza, hodnocení domácího prostředí:

Informace získány osobní návštěvou domácího prostředí:

Klientka žije sama v panelovém domě s výtahem, ve 3. poschodí. Ke dveřím domu vedou cca 3 – 4 široké schody, a k výtahu vedou také schody. Vstupní dveře bytu jsou dostatečně široké (pro případné projetí invalidním vozíkem), je zde však vyšší práh. Ostatní prahy jsou v bytě klientky snižené. Koupelna je docela dobře přizpůsobená, je zde dostatek madel, sedák ve sprchovém koutě i protiskluzová podložka, riziko by však mohlo nastat při překonávání cca 10 – 15 cm schodu pro vstup do sprchového koutu (viz fotografie v přílohové části). V ostatních místnostech byly koberce, někde i více kobereců na sobě, v kuchyňské části měla klientka šicí stroj, kde hrozí riziko pádu vzhledem k množství látek pro šití. Jednotlivé kabely od spotřebičů byly vhodně umístěny.

5.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klientky:

Fyzické: Dobrá zdatnost vzhledem k onemocnění a k věku

Psychické: Komunikativnost

Sociální: Spolupráce s rodinou

Slabé stránky klientky:

Tvrdohlavost

Problémové oblasti:

Občasná limitace při chůzi z důvodu bolesti levé dolní končetiny. Bércové vředy obou DKK, otoky lýtek. Velké úklidy domácnosti. Strach z pádu při chůzi.

Cíl terapie:

Krátkodobý:

Prevence pádů, úprava domácího prostředí, ovlivnění bolesti levé dolní končetiny – měkké techniky, popřípadě analgetika. Ovlivnění otoků a defektů na kůži lýtek.

Dlouhodobý:

Změřit se na psychickou stránku klientky, zejména na strach z pohybu – pravidelný pohyb v exteriéru a trénink po domácím prostředí, postupně snaha o eliminaci kompenzačních pomůcek

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 týdnů

Prevence pádů pomocí vhodných úprav bytu, eliminace rizikových faktorů, edukace klientky. Ovlivnění otoků DKK pomocí měkkých technik, míčkování, ledování.

Ovlivnění bércových vředů promašťováním a prevence proti poranění.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 měsíců

Podpora psychické stránky klientky, zapojení rodiny, pravidelný pohyb v exteriéru, v terénu. Udržení dosavadní fyzické i psychické zdatnosti, pomocí kondičních aktivit. Pokračovat v krátkodobém plánu.

Adaptace a modifikace domácího prostředí:

Doporučené úpravy – eliminace přebytečných koberců v jednotlivých místnostech. U šicího stroje redukce látek a vhodné upořádání kabelů. V koupelně zabudování madla na dveře sprchového koutu pro bezpečnější překonání schodu či vhodné snížení.

Terapie, frekvence, délka:

Individuální terapie 1x (2x) / týden, cca 20 – 30 minut

5.4 Příklad terapeutické jednotky

Informace získány pozorováním klientky:

Datum:	18. 12. 2012
Typ terapie:	Individuální
Cíl terapie:	Udržet či zlepšit celkovou pohyblivost
Náplň:	Terapeutická jednotka zaměřená na ovlivnění celkové hybnosti
Délka:	25 minut
Použité předměty:	Overball
Referenční rámec:	Biomechanický
Přístup:	Stupňovaných aktivit, ADL
Silné stránky:	Dobrá fyzická aktivita
Slabé stránky:	Přílišná upovídanost během terapeutické jednotky
Reakce klientky:	Akceptace pokynů
Doporučení:	Dále zvětšovat rozsah pohybů

5.5 Průběžná dokumentace a hodnocení

Příklady průběžných aktivit:

10. 12. 2012 :	Seznámení s klientkou, odebrání anamnézy
18. 12. 2012 :	TČT – modelová situace - příprava kávy
3. 1. 2013:	Nácvik chůze v interiéru
7. 2. 2013:	Nácvik chůze v exteriéru

Shrnutí průběžné dokumentace:

Klientku jsem hodnotila po dobu mé souvislé měsíční praxe a poté ve svém osobním volnu do 14. 3. 2013. Klientka byla přátelská a komunikativní, byla ráda, že mohla přispět do mého výzkumu. Během této doby klientka jednou upadla v domácím prostředí, zakopla při spěchu o stoličku, bylo doporučeno vhodné přemístění nábytku a

stoličky. V bytě při tomto incidentu byla sama, doporučuji, aby klientka vždy u sebe nosila nějaké signalizační zařízení, mobilní telefon pro přivolání pomoci. Pád se stal 8. 1. 2013 a klientka neutrpěla žádné velké zranění, které by ji ohrozilo na životě. Odřela si obličej a poranila koleno levé dolní končetiny. Přes pozdější doporučení klientka lékaře nevyhledala, následky tohoto pádu se zcela zhojily do měsíce.

5.6 Výstupní vyšetření

Ve všech oblastech IADL a PADL se schopnosti klientky výrazně nezměnily, nedošlo ke zhoršení ani ke zlepšení. Problémové části vstupního funkčního vyšetření byly bércové vředy, které se podařilo lehce ovlivnit, zmírnit jejich vzhled pomocí promašťování mastí z mořských řas. Pohyblivost končetin a svalová síla se nezměnila, klientka je stále velice aktivní. V oblasti mobility se klientka zlepšila, již nechodí v interiéru bytu s kompenzační pomůckou a v exteriéru se pohybuje pomocí francouzských berlí či čtyřkolového chodítka, záleží však na tom, jaký je cíl vycházky a na počasí, někdy jde na vycházku i bez kompenzační pomůcky, vždy ale s druhou osobou. Například na nákup klientka chodí s chodítkem z důvodu zabudovaného košíku na přepravu nákupní tašky. Sed, stoj a chůze se také nezměnily, klientka se stále pro pocit jistoty a bezpečí přidržuje zábradlí při chůzi do schodů i ze schodů. V ostatních oblastech změny neproběhly, v aplikovaných testech nedošlo k výrazným odchylkám. Výsledky vstupních a výstupních testů jsou uvedeny v tabulce, v kapitole – Výsledky.

5.7 Závěrečná zpráva a doporučení

Klientka byla velice soběstačná v oblastech PADL a IADL. Bylo nutné klientku po psychické stránce motivovat, aby překonala strach z pohybu v exteriéru, což se dle mého názoru podařilo, ale stále si je při kontrole druhé osoby jistější. Bylo nutné vysvětlit možná rizika úrazů a pádů při provádění velkých úklidů, jako je mytí oken a čištění koberců. Tyto činnosti klientce tedy nebyly doporučeny, vzhledem k věku a ostatním okolnostem, avšak klientka by je stále chtěla vykonávat. Ovlivnění bolesti pomocí měkkých technik, bolest postupně ustupovala, nemuselo se tedy přejít na medikamentózní řešení. Podařilo se i zmenšit otoky obou lýtek. Klientka byla při terapii vždy komunikativní, někdy tvrdohlavá. Dále doporučuji pokračovat v dlouhodobém

plánu, a psychicky motivovat i prostřednictvím rodiny. Více se vydávat na procházky do exteriéru a do terénu. Dle doporučení a provedení změn v domácím prostředí se klientka cítila bezpečněji, rizika pádů se tedy podařilo eliminovat, například vhodném uspořádání látek u šicího stroje, vhodného uspořádání nábytku v jednotlivých místnostech a ostatních důležitých změn. Dále doporučuji předcházet riziku pádu v dopravních prostředcích, který klientka utrpěla v tramvaji, a to zaujmutím místa k sezení, dle vyhlášky 175/2000Sb. musí být v každém voze MHD vyhrazeno nejméně 6 míst pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientace. (Vyhláška 175/2000Sb.)

6 Kazuistika číslo 2

6.1 Úvod, základní informace

Informace získány ze zdravotnické dokumentace:

Pohlaví: Žena
Věk: 83 let
Hlavní lékařská dg.: TEP levého kyčle
Vedlejší lékařská dg.: TEP pravého kolene, arteriální hypertenze, artróza, DM
Informace o klientce: Klientce byla provedena TEP levé kyčle 6. září roku 2012, před několika lety byla provedena i TEP pravého kolene

Informace získány z rozhovoru s klientkou a z dokumentace 20. 12. 2012:

Datum onemocnění: 5. 9. 2012

Anamnéza:

OA: Klientka v dětství prodělala běžné nemoci

FA: PAD, Vasocardin, Micardis, Zorem a další

PA: Nyní SD, dříve švadlena

SA: Žije sama v panelovém domě, v bytě – 8. patro s výtahem. Klientku navštěvuje rodina (synové, vnoučata)

RA: Otec a matka – nevýrazná anamnéza

Kompenzační a jiné pomůcky: Francouzské berle, sedák do vany, dioptrické brýle

6.2 Vstupní vyšetření

Informace získány z rozhovoru a pozorováním klientky 20. 12. 2012:

6.2.1 Personální denní činnosti

Oblékání:

Klientka je v oblékání horní i dolní poloviny těla zcela soběstačná

Sebesycení:

V této oblasti je klientka také soběstačná

Hygiena:

V této oblasti je klientka také soběstačná

Vyměšování:

Klientka je v použití WC samostatná, inkontinence moči ani stolice není

Přesuny:

V této oblasti je klientka také soběstačná

6.2.2 Instrumentální denní činnosti

Manipulace s penězi:

Klientka zvládá samostatně

Nákup:

Klientka neprovádí (nakupuje rodina, sousedka)

Vaření:

Zvládá lehká jídla, obědy pro klientku vozí Městský úřad sociálních služeb

Domácí práce:

Velké úklidy provádí uklízečka, malé klientka provede samostatně či jí pomůže syn

Transport, použití dopravy:

Klientka neprovádí, pouze kvůli navštívení lékaře

Telefonování:

Nepotřebuje asistenci

Sociální interakce:

Klientka je komunikativní, sociálním kontaktům se nevyhýbá.

6.2.3 Funkční hodnocení

Čítí:

Hluboké i povrchové čítí zachováno

Pohyblivost:

Dobré aktivní pohyby horních i dolních končetin.

Vzhled kůže:

Otoky obou lýtek, jinak je kůže bez defektů

Úchopy:

Zvládá samostatně, bez kompenzačních pomůcek a náhradních úchopů

Mobilita:

V interiéru bytu se klientka pohybuje pomocí francouzských berlí, do exteriéru nechodí ze strachu z pádu

Přesuny:

Klientka zvládá samostatně bez asistence veškeré přesuny

Sed, stoj, chůze:

Nepotřebuje asistenci při sedu a stojí, rovnováhu udrží. Nejistota při chůzi bez francouzských berlí

Svalová síla:

Orientační svalový test na stupni 4

Kognitivní funkce:

Test MMSE neukázal žádné odchylky

Psychosociální funkce:

Klientka je komunikativní, vstřícná.

Použité testy:

BI, FIM, IADL, Bergerova škála rovnováhy, Hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti

6.2.4 Závěr vstupního vyšetření

Pohlaví:	Žena
Věk:	83 let
Hlavní lékařská dg.:	TEP levé kyčle
Vedlejší lékařská dg.:	TEP pravého kolene, arteriální hypertenze, artróza, DM

Zjištěno:

Ve všech oblastech PADL je klientka soběstačná. V oblastech IADL jsou problémy s nákupem, a to i přes to, že klientka manipulaci s penězi zvládá, nákup jí provádí rodina či sousedka. Klientka již od doby operace nechodí ven, z důvodu strachu z pádu. Oblast transportu tedy z tohoto důvodu také neprovádí, jen když potřebuje navštívit lékaře. Funkční hodnocení je na dobré úrovni orientační svalový test je úměrný věku, klientka má však otoky na obou DK. Použité testy hodnotím kladně, nebyly shledány žádné velké odchylky, ale v Bergerově škále rovnováhy získala klientka 38 bodů = bezpečná ambulance s použitím kompenzačních pomůcek.

Analýza, hodnocení domácího prostředí:

Informace získány osobní návštěvou domácího prostředí:

Klientka žije sama, v panelovém domě s výtahem, v 5. patře. Pro vstup do vchodových dveří domu je nutné překonat jeden schod, k výtahu žádné schody nevedou. Vstupní dveře klientky jsou dostatečně široké, je zde vyšší práh. V ostatních místnostech prahy nejsou. U dveří do koupelny je však cca 5 cm schod. Dále je v koupelně volný kobereček, pouze jedno madlo u vany, je zde sedák do vany, tato koupelna je tedy riziková pro vznik pádu. Madlo chybí i na WC. Dalším rizikem jsou volné koberce v kuchyni a předsíni.

6.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klientky:

Fyzické: Dobrá zdatnost vzhledem k onemocnění a k věku

Psychické: Komunikativnost

Sociální: Snaha o udržení vztahů v rodině

Slabé stránky klientky:

Občasná fyzická únava

Problémové oblasti:

V oblasti PADL problémové oblasti nejsou shledány, v IADL je problém v oblasti mobility, a to zejména v exteriéru, klientka nevychází ven. Otoky dolních končetin

Cíl terapie:

Krátkodobý:

Prevence pádů, úprava domácího prostředí, trénink v oblasti IADL – ve vaření, domácí práce. Redukce otoků na dolní končetině

Dlouhodobý:

Změřit se na psychickou stránku klientky, motivovat klientku k pohybu v exteriéru

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 týdnů

Prevence pádů pomocí vhodných úprav bytu, eliminace rizikových faktorů, edukace klientky. Ovlivnění otoků pomocí měkkých technik, míčkování, ledování. Motivace a trénink v oblasti vaření a lehkých domácích prací, vhodnou modelovou situací.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 měsíců

Podpora psychické stránky klientky, zapojení rodiny, pravidelný pohyb v exteriéru

Adaptace a modifikace domácího prostředí:

Důležitá je eliminace volných koberců či jejich dostatečné připevnění. Do koupelny i WC doporučuji zabudování více madel. Při vstupu do koupelny doporučuji snížit vstupní schod či instalaci vhodného prahu, pro lepší vstup do vany je dobré přistavit si stoličku či nějaké schůdky, do vany dále aplikovat protiskluzovou podložku. A do budoucna vhodnou rekonstrukci koupelny, zabudovat sprchový kout. Dále je nutné vhodně uspořádat nábytek v jednotlivých místnostech. Doporučuji zabudování signalizačního zařízení v jednotlivých místnostech.

Terapie, frekvence, délka:

Individuální terapie 1x (2x) /týden, cca 20 – 30 minut

6.4 Terapeutická jednotka

Informace získány pozorováním klientky:

Datum:	20. 12. 2012
Typ terapie:	Individuální
Cíl terapie:	Zmírnit otoky dolních končetin
Náplň:	Terapeutická jednotka zaměřená na ovlivnění a zmírnění otoků dolních končetin pomocí měkkých technik
Délka:	25 minut
Použité předměty:	Míček na míčkování
Referenční rámec:	Biomechanický
Přístup:	Stupňovaných aktivit, ADL
Silné stránky:	Dobrá vnímavost klientky, snaha o pochopení prováděné techniky
Slabé stránky:	Nebyly shledány
Reakce klientky:	Měkké techniky byly pro klientku příjemné
Doporučení:	Dále míčkovat, antiedematózní opatření – dolní končetiny ve zvýšené poloze, léky na odvodnění

6.5 Průběžná dokumentace

Příklady průběžných aktivit:

10. 12. 2012:	Seznámení s klientkou, odebrání anamnézy
18. 12. 2012:	Terapeutická jednotka (TČT)
2. 1. 2013:	Měkké techniky
7. 1. 2013:	Terapeutická jednotka (aktivní hybnost)

Shrnutí průběžné dokumentace:

Klientku jsem studovala po dobu mé dlouhodobé, měsíční praxe a také ve svém osobním volnu do 14. 3. 2013. Spolupráce s klientkou probíhala dobře, v přátelském duchu. Ke konci mého zkoumání byla klientka v nemocnici z důvodu bolesti páteře, která vystřelovala do dolních končetin, po návratu z hospitalizace byl psychický stav klientky horší.

6.6 Výstupní hodnocení

Soběstačnost v IADL a PADL se nezměnila. Při funkčním vyšetření byly zjištěny otoky dolních končetin, které se pomocí měkkých technik na pohled zmenšily. V oblasti mobility je klientka stále limitovaná psychickým strachem z pohybu v exteriéru. V interiéru se klientka pohybuje stále pomocí francouzských berlí. U ostatních aspektů funkčního vyšetření nedošlo k žádným změnám. V aplikovaných testech nedošlo k žádným výrazným odchylkám. Výsledky testů vstupních i výstupních jsou v tabulce, v kapitole – Výsledky.

6.7 Závěrečná zpráva a doporučení

V oblastech PADL byla klientka soběstačná, určitě problémy byly v oblasti IADL, nákupy, vaření, úklid za klientku vykonávali jiné osoby, je nutné klientku motivovat pro tyto činnosti. Klientka bohužel nezačala být aktivnější ve svém životě, stále má strach z chůze v exteriéru. Zlepšení psychické stránky se příliš nezdařilo, a to zejména z důvodu další hospitalizace kvůli bolestem zad. Přesto je velice důležitá neustálá motivace, aby klientka prováděla chůzi v exteriéru. Míčkovaním se otoky dolních končetin zlepšily. Nutná edukace klientky a rodiny o možných rizicích pádu při provádění různých úkolů, po doporučených úpravách v interiéru bytu se klientka cítila o něco lépe. Klientka při terapii velice spolupracovala, byla komunikativní a přátelská. Dále doporučuji klientku dostatečně motivovat a pokračovat v ergoterapeutickém plánu.

7 Kazuistika číslo 3

7.1 Úvod, základní informace

Informace získány ze zdravotnické dokumentace:

Pohlaví:	Žena
Věk:	72 let
Hlavní lékařská dg.:	Hereditární spastická paraparéza Strumpell - Lorrain
Vedlejší lékařská dg.:	Strumektomie, dyslipidémie, osteoporóza, koxartróza, gonartóza
Informace o klientce:	Onemocnění začalo kolem roku 2001 bolestmi nohou, brněním a postupně se zhoršovala hybnost DK. Klientka opakovaně podstoupila lázeňskou léčbu

Informace získány z rozhovoru s klientkou a z dokumentace 4. 2. 2013:

Datum onemocnění: rok 2001

Anamnéza:

OA: Klientka v dětství prodělala běžné nemoci

FA: Euthyrox, Myolastan, Caltrate plus, Vigantol, Berotec

PA: Nyní SD, dříve jako administrativní pracovnice

SA: Žije s manželem, v panelovém domě, v 5. patře s výtahem, klientku navštěvuje rodina (děti, vnoučata)

RA: Otec a matka – nevýrazná anamnéza

Kompenzační a jiné pomůcky: dioptrické brýle, francouzské berle,

7.2 Vstupní vyšetření

Informace získány z rozhovoru a pozorováním klientky – 4. 2. 2013:

7.2.1 Personální denní činnosti

Oblékání:

Horní polovina těla – klientce dopomáhá manžel, dle aktuálního stavu klientky si je schopná obléci tričko, mikinu, zapnout knoflíky. Zapne si zip u bundy. Dolní polovina těla – nezvládá navléknout si ponožky, dle aktuálního stavu si je schopna obléknout kalhoty

Sebesycení:

Klientka je v této oblasti samostatná, někdy má problém si nakrájet maso

Hygiena:

Nutná dopomoc druhé osoby při sprchování, klientku přidržuje a omývá manžel. Ranní hygienu zvládá samostatně

Vyměšování:

Inkontinence moči ani stolice není. Použití WC zvládá s dopomocí manžela

Přesuny:

Klientka potřebuje dopomoc, samostatně zvládá pouze přesun z lůžka na židli a zpět. Ostatní přesuny samostatně nezvládá

7.2.2 Instrumentální denní činnosti

Nákup a manipulace s penězi:

Klientka neprovádí, provádí manžel

Vaření:

Klientka neprovádí, provádí manžel. Pouze lehké úkony, jako například krájení, míchání při posazení na židli ke kuchyňské lince či stolu. Hrneček s nápojem nepřenesel

Domácí práce:

Klientka neprovádí, provádí manžel

Transport, použití dopravy:

Pouze s pomocí druhé osoby

Telefonování:

Klientka zvládá samostatně telefonování i psaní SMS zpráv

Sociální interakce:

Klientka je velice přátelská a komunikativní

7.2.3 Funkční hodnocení

Čítí:

Hluboké i povrchové čítí je zachováno

Pohyblivost:

Rozsah aktivních i pasivních pohybů horních i dolních končetin je v jednotlivých kloubech menší než normální hodnota

Vzhled kůže:

Bez defektů

Úchopy:

Klientka zvládá uchopit bez náhradních mechanismů

Mobilita:

V interiéru se pohybuje pomocí druhé osoby. V exteriéru se pohybuje také pomocí druhé osoby a jedné francouzské hole

Přesuny:

Klientka potřebuje dopomoc, samostatně zvládá pouze přesun z lůžka na židli a zpět.

Ostatní přesuny nezvládá

Sed, stoj, chůze:

Klientka zvládá samostatně sed, postaví se s lehkou dopomocí, ale samostatné chůze není schopna, je nutná zevní opora

Svalová síla:

Orientační svalový test o síle 3 – 4 stupně

Kognitivní funkce:

Test MMSE neukázal žádné odchylky

Řeč:

Klientka mluví pomalu, hůře artikuluje

Psychosociální funkce:

Jsou na dobré úrovni, klientka je přátelská, vstřícná a komunikativní

Použité testy:

BI, FIM, IADL, Bergerova škála rovnováhy

7.2.4 Závěr vstupního vyšetření

Pohlaví:	Žena
Věk:	72
Hlavní lékařská dg.:	Hereditární spastická paraparéza Strumpell - Lorrain
Vedlejší lékařská dg.:	Strumektomie, dyslipidémie, osteoporóza, koxartróza, gonartóza

Zjištěno:

Soběstačnost klientky je hlavně závislá na aktuálním stavu. Dopomoc potřebuje téměř ve všech oblastech PADL a IADL. V oblékání je největší problém při navlékání ponožek. Velký problém je v oblasti hygieny, klientce musí plně asistovat manžel a přidržovat ji. V oblasti mobility a přesunů klientka také potřebuje dopomoc manžela, v exteriéru a interiéru samostatný pohyb nezvládá. Většinu oblastí IADL provádí manžel, klientka je do těchto oblastí zapojována velmi málo. Výsledek Bergerovy škály rovnováhy je 21 bodů z 56, což svědčí o vysokém riziku výskytu pádů. Klientka sama zvládla velmi málo úkolů z tohoto testu, téměř u všech jednotlivých činností jsem ji musela dopomoc, bylo nutné klientku přidržovat.

Analýza, hodnocení domácího prostředí:

Informace získány osobní návštěvou domácího prostředí:

Klientka žije s manželem v panelovém domě, v 5. patře s výtahem. Ke vstupním dveřím domu je nutné překonat jeden schod, ale k výtahu vede cca 8 schodů. Šířka dveří do bytu není adekvátní pro případný průjezd invalidním vozíkem, je zde také vyšší práh. U dveří ostatních místností jsou také vyvýšené prahy. V koupelně i na WC jsou zabudovány madla. Při vstupu do sprchového koutu je nutné překonat cca 10 cm schod. V chodbě a v ložnici jsou nataženy koberce po celé podlaze místností.

7.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klientky:

<u>Fyzické:</u>	Udržení rovnováhy vsedě
<u>Psychické:</u>	Vytrvalost a trpělivost klientky
<u>Sociální:</u>	Dobré soužití s manželem

Slabé stránky klientky:

Omezená schopnost soběstačnosti

Problémové oblasti:

Neschopnost samostatné chůze bez asistence v interiéru a exteriéru, omezené schopnosti v určitých oblastech PADL a IADL

Cíl terapie:

Krátkodobý:

Prevence pádů, úprava domácího prostředí, ovlivnění rovnováhy, bezpečnost a jistotu při chůzi, ovlivnění soběstačnosti

Dlouhodobý:

Snížit závislost na manželovi, zvýšit soběstačnost, alespoň udržení dosavadní soběstačnosti. Trénink schopnosti chůze a správné použití kompenzačních pomůcek a zevní opory.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 týdnů

Prevence pádů pomocí vhodných úprav jednotlivých částí bytu. Eliminovat riziko pádů odstraněním bariér v bytě. Trénink rovnováhy pomocí balančních cviků na míči a jiné balanční plochy. Ovlivnit soběstačnost zejména v oblékání, pomocí vhodných kompenzačních metod, používání podavačů, zapínače knoflíků a zipu. Provádět nácvik oblékání všech částí těla.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 měsíců

Podpora soběstačnosti klientky a snížení závislosti na manželovi. Trénink pohybu v exteriéru a interiéru s pomocí kompenzačních pomůcek a oporu o manžela.

Pokračovat v krátkodobém plánu

Adaptace a modifikace domácího prostředí:

Doporučené úpravy – snížit jednotlivé prahy u dveří, do sprchového koutu aplikovat protiskluzovou podložku, snížit zde schod vhodným prahem, stavební úpravou.

Zabudovat do sprchového koutu sedák.

Terapie, frekvence, délka:

Individuální terapie 1x (2x) / týden, cca 20 – 30 minut

7.4 Terapeutická jednotka

Informace získány pozorováním klientky:

Datum:	18. 2. 2013
Typ terapie:	Individuální
Cíl terapie:	Zlepšení rovnováhy
Náplň:	Terapeutická jednotka zaměřená na ovlivnění rovnováhy pomocí balančních cviků
Délka:	25 minut
Použité předměty:	Gymball
Referenční rámec:	Biomechanický
Přístup:	Stupňovaných aktivit, ADL
Silné stránky:	Snaha provádět dané pokyny co nejlepším způsobem
Slabé stránky:	Nebyly shledány
Reakce klientky:	Klientka se velice snažila, ale ne všechny úkoly dovedla správně provést
Doporučení:	Dále provádět tento nácvik za přítomnosti manžela

7.5 Průběžná dokumentace

Příklady průběžných aktivit:

4. 2. 2013: Seznámení s klientkou a získání anamnézy

14. 2. 2013: Zlepšení celkové hybnosti klientky

21. 2. 2013: Nácvik zlepšení rovnováhy

Shrnutí průběžné dokumentace:

Klientku jsem pozorovala od ledna do 14. 3. 2013, byla velice komunikativní a spolupráce probíhala v dobré atmosféře. Po dobu mého sledování se u klientky nestala žádná významná změna. Jednotlivé terapie probíhaly v přátelském duchu.

7.6 Výstupní hodnocení

V oblastech IADL a PADL výrazné změny neproběhly a to z důvodu většího zaměření terapie na trénink rovnováhy a na prevenci pádů. V soběstačnosti nedošlo však ani ke zhoršení. V oblasti funkčního hodnocení nedošlo k velkým změnám. Rozsahy pohybů jednotlivých kloubů se nezhoršily. Při chůzi klientka stále potřebuje zevní oporu. Svalová síla se nezměnila. V provedených testech změny téměř neproběhly. Výsledky jednotlivých vstupních, výstupních testů jsou uvedeny v tabulce, v kapitole – Výsledky.

7.7 Závěrečná zpráva a doporučení

Klientka při terapii byla komunikativní, spolupracovala a respektovala pokyny. V oblasti PADL a IADL nedošlo však k velkým změnám. Tyto potřeby zajišťoval klientce manžel, který se o svou manželku staral velice rád. Zhoršená mluva a artikulace klientku příliš ve vyjádření vlastního názoru a v komunikaci neomezovala, ačkoliv jí občas bylo hůře rozumět. Po psychické stránce byla klientka vyrovnaná se svými problémy. Během terapie nedošlo k žádným velkým změnám ve stavu klientky, terapie měla spíše udržovací ráz. Byla zaměřena na udržení dosavadních schopností, a na prevenci proti zhoršení těchto dosažených schopností. Podařilo se tedy vlivem nácviku rovnováhy na balančních míčích a ostatních nerovných ploch udržet maximálně možnou rovnováhu klientky. Dále doporučuji úpravu bytu pro prevenci pádů, snaha o zvýšení a udržení dosavadních schopností klientky. Pokračovat v ergoterapeutickém plánu. Klientka plánuje rekonstrukci koupelny, proto nebyly provedeny doporučené změny, ale byly akceptovány pro použití v plánované rekonstrukci.

8 Kazuistika číslo 4

8.1 Úvod, základní informace

Informace získány ze zdravotnické dokumentace:

Pohlaví:	Muž
Věk:	86 let
Hlavní lékařská dg.:	Generalizovaný karcinom prostaty do skeletu
Vedlejší lékařská dg.:	Arteriální hypertenze, DM, VAS páteře, hypacusis, paréza plexus brachialis
Informace o klientovi:	CA prostaty byl zjištěn 27. 1. 2011, několikrát byl klient hospitalizován na onkologickém oddělení fakultní nemocnice Lochotín.

Informace získány z rozhovoru s klientem a z dokumentace 20. 12. 2012:

Datum onemocnění: 27. 1. 2011

Anamnéza:

OA: Klient v dětství prodělal běžné nemoci

FA: Prestarium a další

PA: Nyní SD, dříve jako veterinární lékař

SA: Žije s manželkou, v panelovém domě s výtahem, v přízemí

RA: Otec a matka – nevýrazná anamnéza

Kompenzační a jiné pomůcky: Antidekubitní podložka, čtyřbodové chodítko, dioptrické brýle

8.2 Vstupní vyšetření

Informace získány z rozhovoru a pozorováním klienta – 4. 1. 2013:

8.2.1 Personální denní činnosti

Oblékání:

Horní polovina těla – S dopomocí si klient zvládá obléknout tričko, mikinu a bundu, ale nezapne si zip. Dolní polovina těla – Klient zvládá s dopomocí oblékání kalhot. Obutí zvládá samostatně, ale boty jsou již předem zavázané

Sebesycení:

Klient zvládá samostatně pít z hrníčku, z lahve. Není schopen si potravu nakrájet, jinak je samostatný.

Hygiena:

Pouze v rámci lůžka – Klient si omyje horní polovinu těla, dolní s dopomocí. Není prováděno koupání ve vaně či sprchování.

Vyměšování:

Inkontinence moči i stolice. Klient má zavedený PMK a inkontinenční pleny po celý den.

Přesuny:

Z lůžka na židli a zpět se klient přesune bez asistence

8.2.2 Instrumentální denní činnosti

Manipulace s penězi:

Klient zvládá samostatně

Nákup:

Provádí manželka

Vaření:

Provádí manželka

Domácí práce:

Klient také nevykonává, péči o domácnost vykonává manželka

Transport:

Klient neprovádí, neřídí již osobní automobil

Použití dopravy:

V rámci MHD cestuje s manželkou

Telefonování:

Nepotřebuje asistenci při telefonování

Sociální interakce:

Klient je komunikativní, sociálním kontaktům se nevyhýbá

8.2.3 Funkční hodnocení

Čítí:

Dle klienta je zachováno čítí hluboké i povrchové

Pohyblivost:

Horní končetiny – aktivní hybnost PHK je limitována postižením brachiálního plexu, pohyby jsou prováděny v menším rozsahu, pasivní hybnost dobrá. Aktivní hybnost LHK je úměrná vzhledem ke stavu klienta, rozsahy pohybů jsou menší. Pasivní hybnost LHK není omezena. Dolní končetiny – aktivní i pasivní hybnost PDK i LDK je vzhledem ke stavu klienta dobrá, rozsahy pohybů jsou menší.

Vzhled kůže:

Bez defektů

Úchopy:

Klient pro uchopování používá spíše LHK, která uchopuje bez náhradních mechanismů. PHK klient uchopuje velmi zřídka, jednotlivé pohyby všech prstů mají velmi omezený rozsah, zvládá ADD a ABD prstů (vějíř), dále zvládá flexi v MP kloubech.

Mobilita:

Klient zvládá v interiéru chůzi s pomocí druhé osoby, přidržuje se nábytku kolem sebe či pomocí čtyřbodového chodítka.

Přesuny:

Z lůžka na židli a zpět se klient přesune bez asistence, ostatní přesuny s asistencí

Sed, stoj, chůze:

Klient se do sedu dostane sám, někdy s malou pomocí, rovnováhu udrží. Není schopen samostatně se postavit, je nutná lehká dopomoc. Rovnováhu klient je schopen udržet krátkou dobu. Při chůzi se klient rychle zadýchává, zvládá tedy chůzi na kratší vzdálenost.

Svalová síla:

Orientační svalový test na stupni 3 (4)

Kognitivní funkce:

Test MMSE neukázal žádné velké odchylky

Psychosociální funkce:

Jsou na dobré úrovni, klient je plně orientovaný

Použité testy:

BI, FIM, I ADL, Bergerova škála rovnováhy

8.2.4 Závěr vstupního vyšetření

Pohlaví: Muž

Věk: 86 let

Hlavní lékařská dg.: Generalizovaný karcinom prostaty do skeletu

Vedlejší lékařská dg.: Arteriální hypertenze, DM, VAS páteře, hypacusis, paréza plexus brachialis

Zjištěno:

V oblasti PADL byly shledány problémy v oblasti oblékání, je nutné dopomoc při zapínání zipu a oblékání kalhot. V oblasti hygieny je největší problém, že se neprovádí sprchování, ale jen hygiena v rámci lůžka. Dále u klienta byla shledána inkontinence moče a stolice. V IADL činnostech klient zvládá pouze některé, většinu těchto činností vykonává manželka. Mobilita je u klienta zhoršená kvůli celkovému stavu. Chůzi v interiéru klient zvládá, ale rychle se zadýchá. Kognitivní a psychosociální funkce jsou na dobré úrovni. Klient získal v Bergerově škále rovnováhy 27 bodů, což svědčí pro riziko pádů.

Analýza, hodnocení domácího prostředí:

Informace získány osobní návštěvou domácího prostředí:

Klient žije s manželkou v panelovém domě s výtahem v přízemí. U vstupních dveří do panelového domu je jeden malý schod, k výtahu nevedou schody žádné. Dveře do bytu jsou dostatečně široké, je zde vyvýšený práh. U většiny dveří jednotlivých místností jsou také zvýšené prahy. Ve většině prostor bytu jsou nataženy koberce, někde na těchto kobercích jsou ještě volné koberečky. V kuchyni je nainstalováno lino, které je však

nehodně upevněné a dochází zde k nerovnostem. V koupelně a na WC není dostatek madel. Ve vaně není sedák.

8.3 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Fyzické: Schopnost samostatného sedu a udržení rovnováhy

Psychické: Upovídanost klienta

Sociální: Pečující manželka

Slabé stránky klienta:

Občasné projevy nevděku vůči manželce

Problémové oblasti:

Ve všech částech PADL a IADL, bohužel péči o domácnost vykonávat nechce.

Inkontinence moči i stolice. Chůze v interiéru a exteriéru. Špatná pohyblivost PHK, zejména prstů.

Cíl terapie:

Krátkodobý:

Zlepšit soběstačnost v oblasti oblékání a hygieny na lůžku. Zlepšit pohyblivost prstů PHK. Zlepšit kontinenci moče a stolice. Úprava domácího prostředí, prevence pádů.

Dlouhodobý:

Motivace klienta pro vykonávání lehkých domácích prací. Trénink samostatného stoje a chůze v interiéru, bez přidržování se nábytku kolem sebe. Zlepšení chůze v exteriéru. Snížit závislost na manželce.

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 týdnů

Zlepšit soběstačnost oblékání vhodným a názorným nácvikem. Doporučení použití podavačů, navlékačů ponožek. Zvyšování samostatnosti při hygieně na lůžku – samostatné nanášení mýdla na žínku, omývání a utírání. Nácvik všech pohybů prstů na PHK a zvyšování rozsahu pohybů. Trénink funkcí v oblasti pánevního dna. Odstranění bariér bytu, snížení rizika pádů.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Po dobu 3 měsíců

Psychická motivace klienta pro vykonávání lehkých domácích prací. Trénink rovnováhy a samostatného stoje, zvyšování svalové síly vhodným nácvikem všech pohybů v jednotlivých kloubech. Nácvik chůze v interiéru bez zevní opory o nábytek, motivace pro chůzi v exteriéru. Pokračovat v krátkodobém plánu.

Adaptace a modifikace domácího prostředí:

Doporučené úpravy – snížení prahů u dveří, odstranění přebytečných kobereců. Dále položit nové lino či upravit to stávající bez hrbolů. Upravit koupelnu, zabudovat do vany sedák, protiskluzové podložky, upravit potřebám vstup do vany. Vhodné upořádání nábytku v obývacím pokoji.

Terapie, frekvence, délka:

Individuální terapie 1x (2x) / týden, cca 20 – 30 minut

8.4 Terapeutická jednotka

Informace získány pozorováním klienta:

Datum:	10. 1. 2013
Typ terapie:	Individuální
Cíl terapie:	Zlepšení chůze v interiéru bytu
Náplň:	Trénink chůze
Délka:	20 – 30 minut
Použité předměty:	Čtyřbodové chodítko
Referenční rámec:	Biomechanický
Přístup:	Stupňovaných aktivit, ADL
Silné stránky:	Respektování pokynů
Slabé stránky:	Brzká fyzická únava
Reakce klienta:	Adekvátní reakce
Doporučení:	Dále doporučuji trénink chůze nejprve na kratší vzdálenosti a později vzdálenost postupně prodlužovat.

8.5 Průběžná dokumentace a hodnocení

Příklady průběžných aktivit:

- 2. 1. 2013: Terapie zaměřená na celkové ovlivnění hybnosti
- 10. 1. 2013: Nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny
- 5. 2. 2013: Nácvik chůze v interiéru

Shrnutí průběžné dokumentace:

Klienta jsem pozorovala při mé souvislé praxi v prosinci a poté v osobním volnu do 7. 2. 2013. Během mého pozorování byl klient komunikativní a přátelský. Po dobu výzkumu byl klient hospitalizován, kvůli celkovému zhoršování stavu.

8.6 Výstupní vyšetření

V oblasti PADL a IADL nedošlo ke změnám. Klient se nezapojuje do oblastí IADL, tyto činnosti vykonává manželka. V oblasti funkčního vyšetření došlo ke zhoršení v chůzi, klient se podstatně rychleji při chůzi zadýchával. Celková hybnost se také spíše zhoršovala. Snižovala se svalová síla. Je stále inkontinence moče i stolice. V některých provedených testech došlo také k lehkému zhoršení. Výsledky všech testů jsou v tabulce, v kapitole – Výsledky.

8.7 Závěrečná zpráva a doporučení

Klient byl ochotný a přátelský při terapii. Vzhledem k diagnóze klienta se jeho psychická stránka spíše zhoršovala. Jeho celkový zdravotní stav se zhoršoval. V oblasti PADL a IADL nevykonával klient příliš mnoho činností, většinu činností vykonávala manželka. Vlivem celkového zhoršení zdravotního stavu docházelo také ke vzniku zvýšené únavy. Nepodařilo se pomocí správného nácviku ovlivnit svaly pánevního dna, klient byl stále inkontinentní. Vlivem nácviku rovnováhy se nezdařilo tuto oblast zlepšit. Při chůzi v interiéru klient stále potřebuje zevní oporu a pomoc druhé osoby. Chůze v exteriéru je pro klienta velice obtížná. Dále doporučuji dostatečně motivovat pro zlepšení psychického stavu klienta, který velice ovlivňuje klienta vzhledem k fyzické a zdravotní stránce. Doporučuji provést změny v bytu pro prevenci pádů, klient měl v plánu výměnu linolea v kuchyni. Snaha o udržení dosavadního stavu klienta, zabránit zhoršení stavu. Dále doporučuji pokračovat v ergoterapeutickém plánu.

VÝSLEDKY

Výsledky ke kazuistice číslo 1

K získávání výsledků této klientky byly zvoleny standardizované testy – Barthelův index, Funkční míra soběstačnosti, Test IADL, Bergerova škála rovnováhy, Hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti, poslední dva testy jsou obsaženy v přílohové části. Tato klientka byla na svůj věk velice soběstačná. Veškeré testování bylo prováděno v jejím domácím prostředí, formou pozorování, rozhovorem a praktickým zkoušením – viz fotografie v přílohové části.

Tab. 1 – Výsledky testů (kazuistika č. 1)

Použité testy	BI	FIM	IADL	Bergerova škála rovnováhy	Rovnováha - E. Tinetti
Vstupní (body)	105	124	80	50	26
Výstupní (body)	105	125	80	52	26

Zdroj: „vlastní“

Výsledky ke kazuistice číslo 2

K získávání výsledků této klientky byly zvoleny standardizované testy – Barthelův index, Funkční míra soběstačnosti, Test IADL, Bergerova škála rovnováhy, Hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti. Tato klientka byla méně soběstačná. Testování také probíhalo v jejím přirozeném prostředí. Informace byly získávány formou pozorování, rozhovorem a praktickým zkoušením – viz fotografie v přílohové části. Test dle E. Tinetti a Bergerova škála rovnováhy jsou obsaženy v přílohové části.

Tab. 2 – Výsledky testů (kazuistika č. 2)

Použité testy	BI	FIM	IADL	Bergerova škála rovnováhy	Rovnováha - E. Tinetti
Vstupní (body)	105	124	55	38	25
Výstupní (body)	105	124	55	41	25

Zdroj: „vlastní“

Výsledky ke kazuistice číslo 3

K testování této klientky byly použity standardizované testy – Barthelův index, Funkční míra nezávislosti, Test IADL, Bergerova škála rovnováhy. Výsledkem Bergerova testu nebyla – bezpečná ambulance, s použitím kompenzačních pomůcek, vyšlo tedy riziko pádů, z tohoto důvodu nebyl prováděn test dle E. Tinetti. Většina položek při provádění testu IADL, byly hodnoceny „0“ jelikož většinu těchto činností prováděl manžel, informace tohoto testu byly získávány formou rozhovoru. Veškeré testování probíhalo v domácím prostředí. V příloze jsou fotografie praktického testování Bergerovy škály rovnováhy.

Tab. 3 – Výsledky testů (kazuistika č. 3)

Použité testy	BI	FIM	IADL	Bergerova škála rovnováhy
Vstupní (body)	90	86	45	25
Výstupní (body)	90	86	45	23

Zdroj: „vlastní“

Výsledky ke kazuistice číslo 4

K výzkumu tohoto klienta byly použity testy – Barthelův index, Funkční míra nezávislosti, Test IADL, Bergerova Škála rovnováhy. Tento klient byl částečně soběstačný. Jelikož činnosti prováděla za klienta manželka, většina položek u testu IADL byla hodnocena „0“, klient neměl příliš zájem o zapojení do těchto činností. Z důvodu špatného výsledku Bergerovy škály rovnováhy nebylo prováděno hodnocení dle E. Tinetti. V přílohové části nejsou žádné fotografie klienta, tento klient nepodepsal souhlas s fotografováním. Veškeré testování probíhalo v domácím prostředí, formou pozorování, rozhovorem a praktickým ukazováním.

Tab. 4 – Výsledky testů (kazuistika č. 4)

Použité testy	BI	FIM	IADL	Bergerova škála rovnováhy
Vstupní (body)	60	67	20	27
Výstupní (body)	60	59	20	24

Zdroj: „vlastní“

DISKUZE

Jako výzkumná metoda bylo použito kazuistické šetření 4 klientů s různými diagnózami. Šetření vždy probíhalo v jejich vlastním domácím prostředí. Zjištěním bylo, že prevence proti pádům je důležitá u každého seniora, kteréhokoliv věku, jakékoliv diagnózy a stupni soběstačnosti. Například u klientky, která byla velice soběstačná se pád v domácím prostředí stal. Je velice důležité tuto prevenci zaměřit na úpravu bytu, odstranění bariér, trénink rovnováhy, udržování co možná nejlepší kondice jedince.

Hypotéza 1

Domnívám se, že při odstranění bariér se riziko pádů snižuje.

K výzkumu této hypotézy byla použita analýza domácího prostředí klientů. Jednotlivých místností, zejména koupelny, ale i vchodu do bytové jednotky a výtah. Bylo zjišťováno, zda je nutno překonat schody při vstupu do bytu a popřípadě kolik je těchto schodů. V každé domácnosti byly objeveny nedostatky ve vybavení, které mohou způsobovat pády, byly to nejčastěji volně položené koberečky, vyvýšené prahy. Vstupy do jednotlivých panelových domů také nebyly bezbariérové, často k výtahům vedlo překonat několik schodů. Odstranění těchto bariér je však velice složitější, jelikož vyžadují vysokou peněžní náročnost a mnohdy není v rukou samotných klientů, ale vlastníků domů. Důležité bylo přesvědčit klienty o nutnosti odstranění bariér, úpravě domácího prostředí, vhodného uspořádání nábytku v jednotlivých místnostech. Vysvětlit důležitost, proč provést tato opatření. Po domluvě s jednotlivými klienty, po doporučení možných úpravách bytu a po odstranění těchto bariér, se klienti v domácnosti cítili o něco bezpečněji. **Tato hypotéza se tedy potvrdila.**

Hypotéza 2

Domnívám se, že je vhodné použít stejné standardizované testování u všech seniorů.

K prokázání této hypotézy bylo nutné vybrat vhodné standardizované testy. Pro zkoumání nutnosti prevence proti pádům byly použity testy – Bergerova funkční škála rovnováhy a hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti. Bergerův test hodnotí vstávání, samotný stoj, ale i sed, různé druhy stoje, jako je stoj se zavřenýma očima, otáčení ve vertikální poloze, dynamické přenášení váhy, stoj na jedné DK a další aspekty, maximální počet možných získaných bodů je 56. Dle E. Tinetti hodnotíme rovnováhu vsedě, ve stoji, testování jednotlivých částí chůze – délku kroků, symetrie, trajektorie a další možné parametry. Celkem v tomto testu klient může získat 29 bodů. Oba tyto testy jsou obsaženy přílohové části. Ačkoliv tyto testy jsou standardizované, byl objeven test dle E. Tinetti s určitými odchylkami, a to u autorky E. Topinkové v Geriatrii pro praxi. U Bergerova testu byly také nalezeny odlišnosti, a to v Úvodu do ergoterapie dle M. Krivošíkové, která uvádí jiné vyhodnocení tohoto testu, hranice je zde posunuta o dva body, dle této autorky musí klient dosáhnout 37 bodů pro bezpečnou ambulanci, s použitím kompenzačních pomůcek. U všech zkoumaných seniorů, ale oba tyto testy použity nebyly, jelikož výsledkem u provedené Bergerovy škály rovnováhy bylo riziko pádů, bylo rozhodnuto, že není nutností provádět ještě test dle E. Tinetti. V kazuistice číslo 3 a 4 byla tedy použita pouze Bergerova škála rovnováhy, tito klienti měli celkově sníženou soběstačnost. Z důvodu odlišnosti testů dle jednotlivých autorů a z důvodů, že není nutností použít oba testy u všech klientů.

Tato hypotéza se vyvrátila.

Hypotéza 3

Domnívám se, že důležité je individuálně zaměřit prevenci proti pádům u každého seniora zvlášť.

Při výzkumu této hypotézy bylo nutné zhodnotit veškeré aspekty pro provádění a doporučení prevence proti pádům, výběr diagnóz zkoumaných klientů, hodnocení domácího prostředí ale i vstupních prostorů do bytové jednotky, hodnocení fyzické zdatnosti. Každý klient měl odlišnou diagnózu, jiný stupeň soběstačnosti, jiné zařízení domácího prostředí. Každý senior byl jiné věkové kategorie a jejich sociální zázemí bylo různorodé, dvě klientky žily samostatně a další dva klienti žili s manželkou nebo manželem, při vzniku pádů je důležité hodnotit, zda si klient může zavolat pomoc. Nezáleží, ani na stupni soběstačnosti, která byla u klientů odlišná, určité riziko pádů je u všech seniorů, i velice soběstačná klientka pád v domácnosti prodělala. Důležité bylo zhodnocení fyzické zdatnosti a tuto oblast se snažit udržovat či zlepšovat v co možné nejvyšší úrovni. Hodnocení chůze, zda je klient schopen chodit samostatně, popřípadě jakým způsobem, s jakou kompenzační pomůckou. Bylo nutné hodnotit psychickou stránku klientů, jejich možný strach z pádů při provádění různých ADL činností, při chůzi v exteriéru či interiéru. Bylo tedy nutné hodnotit všechny možné parametry pro vznik rizika pádů. Jelikož u každého klienta dle výsledků testů, zkoumání formou rozhovoru, pozorování a praktického testování jsou rizika pádů jiné, jelikož každý má jiné výsledky v těch oblastech, je tedy nutné individuálně zaměřit prevenci proti pádům. **Tato hypotéza se tedy potvrdila.**

Shrnutí diskuze

Tyto hypotézy jsem se snažila prokázat na adekvátních důkazech, které byly zjištěny na základě výzkumu, formou rozhovoru, pozorování a praktického zkoušení, pomocí kazuistického šetření a standardizovaného testování jednotlivých klientů. V přílohové části naleznete fotografie klientů a jejich domácího prostředí, které mohou vést k lepšímu vysvětlení jednotlivých hypotéz nebo k názorným ukázkám. K upřesnění hypotézy 2 může být kapitola – Výsledky, zejména tabulky v této části a grafy v přílohové části.

ZÁVĚR

Tématem této práce bylo objasnit problematiku prevence proti pádům v domácím prostředí u seniorů. Tato oblast byla řešena jednotlivými body v teoretické části, která vysvětluje druhy pádů, možnosti prevence a mnohé další důležité body. V praktické části byly dle kazuistického výzkumu 4 klientů ukázány praktické možnosti této problematiky, bylo zkoumáno domácí prostředí, fyzický stav klientů, míra soběstačnosti a další důležité body.

Cílem této práce bylo zjistit pomocí vhodného standardizovaného testování rizika pádů, a dle výsledků těchto testů tyto rizika eliminovat. Vybrané standardizované testy pomohly zjistit míru rizika vzniku pádů. Byla použita Bergerova škála rovnováhy a pro upřesnění test dle E. Tinetti, testy zkoumaly rovnováhu, chůzi, přesuny a další parametry. Pro dosažení tohoto cíle bylo nutné i jiných výzkumných metod, mezi které patří analýza domácího prostředí, dle této analýzy zjistit rizika v domácnosti, v jednotlivých místnostech a minimalizovat je, dále zjistit sociální zázemí a zabezpečení klientů, fyzický stav. Cíle se tedy podařilo dosáhnout, rizika se podařila eliminovat, ale bylo nutné použít i jiné výzkumné metody, standardizované testy pomohly zjistit míru rizika vzniku pádů.

V praktické části byla zjištěna shoda s teoretickou částí, s literárními údaji byly propojeny možnosti metodik prevence a analýza domácího prostředí. Důležitý byl i výzkum kompenzačních pomůcek, teoreticky prozkoumat jaké jsou možnosti a druhy v této oblasti a prakticky zjistit způsob a správnost při jejich používání a tím riziko pádů snižovat.

Pro dosažení výsledků této práce bylo nutné zjistit všechny možné metodiky prevence proti pádům, aplikovat tyto metodiky do praktické části. Důležitý byl vhodný výběr testovacích škál, dobře analyzovat domácí prostředí, a dle této analýzy vhodně upravit toto prostředí. Pro rozšíření této práce byla přidána přílohová část.

9 Použitá literatura a prameny

- AMBLER, Zdeněk a JEŘÁBEK, Jaroslav. *Diferenciální diagnóza závratí*. 2.vyd. Praha: Triton, 2008. 229 s. ISBN 978-80-7387-127-7.
- DVORÁČKOVÁ, Dagmar. 2009. Sestra [online] In. *Úrazy seniorů v domácím prostředí*. [cit. 2012–11-02]. Poslední revize 15. 3. 2013 Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urazy-senioru-v-domacim-prostredi-448650>
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GILBERTOVÁ, Sylva a MATOUŠEK, Oldřich. *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 239 s. ISBN 80-247-0226-6.
- JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 1. vyd. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, ©2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOUDELA, Karel a kol. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0654-2.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LARSEN, Christian. *Zdravá chůze po celý život*. Olomouc: Poznání, 2005. 154 s. ISBN 80-86606-38-4.

- LORD, R, Stephen et al. [online] *Falls in older people, risk factors and strategies for prevention*. 2. vyd. Cambridge university Press, 2007. 395 s. ISBN 978-05-2168-099-8. Poslední úpravy 26. 3. 2013 [cit. 2013-03-12].
Dostupné z:
http://books.google.cz/books?id=1enrvVe81YgC&pg=PA229&lpg=PA229&dq=LORD,+R,+Stephen+et+al.+Falls+in+older+people,+risk+factors+and+strategies+for+prevention.&source=bl&ots=7SvW6Sgswl&sig=OyUOCpSnOsXQjO_NzpLQwU7FJJc&hl=cs&sa=X&ei=a_9RUYDdNbKh7AbVyYDgBA&ved=0CFUQ6AEwBA#v=onepage&q=LORD%2C%20R%2C%20Stephen%20et%20al.%20Falls%20in%20older%20people%2C%20risk%20factors%20and%20strategies%20for%20prevention.&f=false
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- Vyhláška č. 175/2000Sb. ze dne 15. června 2000, O přepravním řádu pro veřejnou dráží a silniční osobní dopravu. Dostupné z:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4HvsjYcr9dUJ:www.mdcz.cz/NR/rdonlyres/19CFEAF5-E98D-4ED1-AABB-42A0DA1134C1/0/v175_00.rtf+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a
- ZAHRADNICKÁ, Ilona, FIRÝTOVÁ, Rita, VALEŠOVÁ, Monika. Význam ergoterapie v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí. In: *Příprava na stárnutí*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2011. s. 15-33. ISBN 978-80-263-0096-0.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** Fotografie domácího prostředí (kazuistika č. 1)
- Příloha 2** Fotografie domácího prostředí (kazuistika č. 2)
- Příloha 3** Fotografie domácího prostředí (kazuistika č. 3)
- Příloha 4** Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy (kazuistika č. 1)
- Příloha 5** Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy (kazuistika č. 2)
- Příloha 6** Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy (kazuistika č. 3)
- Příloha 7** Bergerova škála rovnováhy
- Příloha 8** Hodnocení rovnováhy chůze a dle E. Tinetti
- Příloha 9** Grafy – Výsledky testů

Příloha 1 - Fotografie domácího prostředí (kazuistika číslo 1)



Obr. 1 – WC klientky

Zdroj: „vlastní“

Toto WC je uzpůsobené - je zde zabudované madlo pro lepší vstávání.



Obr. 2 – Sprchový kout

Zdroj: „vlastní“

Sprchový kout je vybaveny madlem, sedákem při sprchování a protiskluzovou podložkou. Problém může nastat při překonávání cca 10 cm schodu. Doporučuji tedy zabudovat madla na dveře sprchového koutu nebo tento schod snížit.

Příloha 2 - Fotografie domácího prostředí (kazuistika číslo 2)



Obr. 3 – Vana klientky

Zdroj: „vlastní“

Vana je vybavena madlem a sedákem. Doporučuji zakoupení protiskluzové podložky do vany.



Obr. 4 – Koupelna klientky

Zdroj: „vlastní“

Doporučuji odstranění tohoto koberečku či lepší zabudování. Kobereček může být rizikový pro vznik pádů, zejména při vylézání z vany po vykoupání.

Příloha 3 - Fotografie domácího prostředí (kazuistika číslo 3)



Obr. 5 – Vstupní dveře bytu

Zdroj: „vlastní“

Vstupní dveře do bytu jsou malého rozměru. Doporučuji dveře vyměnit za větší, pro případnou možnost projetí invalidního vozíku. Také doporučuji odstranění, přemístění skříňky vedle dveří.



Obr. 6 – WC klientky

Zdroj: „vlastní“

WC je uzpůsobené potřebám klientky, je zde zabudovaná madlo, které usnadňuje vstávání, není zde žádný kobereček, který by mohl být rizikový pro vznik pádů.

**Příloha 4 - Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy
(kazuistika číslo 1)**



Obr. 7 – Stoj bez opory

Zdroj: „vlastní“



Obr. 8 – Stoj na jedné noze

Zdroj: „vlastní“

**Příloha 5 - Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy
(kazuistika číslo 2)**



Obr. 9 – Stoj bez opory

Zdroj: „vlastní“



Obr. 10 – Stoj na jedné noze

Zdroj: „vlastní“

**Příloha 6 - Fotografie klientů – Bergerova škála rovnováhy
(kazuistika číslo 3)**



Obr. 11 – Stoj bez opory

Zdroj: „vlastní“



Obr. 12 – Rotace hlavy (ohlédnutí přes rameno)

Zdroj: „vlastní“

Příloha 7 – Bergerova funkční škála rovnováhy

Stupně: hodnot'te nejnižší kategorii (4 = nejlepší, 0 = nejhorší)

1. Postavování ze sedu (sed – stoj)

4 = schopen postavit se, nepoužívá ruce a stabilizuje samostatně

3 = schopen postavit se samostatně, používá ruce

2 = schopen postavit se samostatně, používá oporu HK a to po několika pokusech

1 = potřebuje minimální asistenci k postavení či stabilizaci

0 = potřebuje střední či maximální pomoc k postavení

2. Stoj bez opory

4 = schopen stát samostatně 2 minuty

3 = schopen stát 2 minuty s dohledem

2 = schopen stát 30 sekund bez opory

1 = schopen stát 30 sekund bez asistence

0 = neschopen stát 30 sekund bez asistence

Pozn.: Jestliže je klient schopen stát 2 minuty samostatně, boduje plnou známkou v položce sed bez opory. Pokračujte změnou polohy v položce stoj – sed.

3. Sed bez opory, nohy na podložce

4 = schopen sedět bezpečně a samostatně po dobu 2 minut

3 = schopen sedět 2 minuty s dohledem

2 = schopen sedět 30 sekund

1 = schopen sedět 10 sekund

0 = neschopen sedět bez opory 10 sekund

4. Stoj – sed (posazování ze stoje)

4 = sedí bezpečně s minimálním použitím HK

3 = kontroluje sed HK

2 = používá jako oporu DK (např. zanožení)

1 = sedí samostatně, ale je nestabilní

0 = potřebuje asistenci k stabilnímu sedu

5. Přesuny

4 = schopen přesunů bezpečně s minimálním použitím HK

3 = schopen přesunů bezpečně s použitím HK

2 = schopen přesunů se slovní dopomocí a/nebo dohledem

1 = potřebuje asistenci 1 osoby

0 = potřebuje asistenci 2 osob či dohled druhé osoby

6. Stoj bez opory, zavřené oči

4 = schopen stát 10 sekund samostatně

3 = schopen stát 10 sekund se supervizí (dohledem druhé osoby)

2 = schopen stát 3 sekundy

1 = neschopen udržet zavřené oči 3 sekundy, ale stojí samostatně

0 = potřebuje pomoc, aby neupadl

7. Stoj bez opory, stoj spojný

4 = schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta

3 = schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta s dohledem

2 = schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 30 sekund

1 = neschopen udržet danou polohu, ale schopen stát 15 sekund v stoji spojném

0 = potřebuje pomoc k udržení polohy a neschopen stát 15 sekund

Pozn.: Následující položky jsou prováděné v stoji bez opory.

8. Natahování dopředu v předpažení

4 = schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost 25 cm (P.Duncanův Funkční test)

3 = schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 13 cm

2 = schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 5 cm

1 = natáhne se dopředu, ale potřebuje dohled druhé osoby

0 = potřebuje pomoc, aby neupadl

9. Zvednout předmět ze země

4 = schopen zvednou předmět bezpečně a samostatně

3 = schopen zvednou předmět, ale potřebuje dohled

2 = neschopen zvednou předmět, ale je schopen se k němu přiblížit vzdálenost 5 cm, je schopen udržet v této pozici rovnováhu

1 = neschopen zvednou předmět a potřebuje dohled při svém pokusu

0 = neschopen ani pokusu (potřebuje pomoc, aby neupadl)

10. Rotace hlavy. Ohlédnou se přes pravé/levé rameno

4 = rotace do obou stran, schopen ohlédnout se přes obě ramena, adekvátně přenáší váhu

3 = rotace možná jenom do jedné strany, na obou neadekvátní přenášení váhy

2 = rotace do stran, udrží rovnováhu, neohlédne se přes rameno

1 = potřebuje dohled při otáčení se

0 = potřebuje pomoc při otáčení, aby neupadl

11. Rotace 360°

4 = schopen otočit se kolem své osy bezpečně v limitu 4 sekundy každým směrem

3 = schopen otočit se kolem své osy bezpečně jenom jedním směrem v limitu 4 sekundy

2 = schopen otočit se kolem své osy bezpečně, ale pomatu

1 = potřebuje asistenci druhé osoby nebo verbální nápovědu

0 = potřebuje asistenci druhé osoby při otáčení se kolem své osy

Pozn.: Dynamické přenášení váhy, stoj bez opory.

12. Počet neměřených kontaktů

4 = schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu 20 sekund

3 = schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu větším než 20 sekund

2 = schopen provést 4 kontakty nohy se židlí bez pomůcky nebo supervize

1 = schopen provést méně než 3 kontakty, potřebuje minimální asistenci

0 = potřebuje asistenci, aby neupadl / neschopen

13. Stoj bez opory, tandem

4 = schopen provést tandem samostatně a vydržet 30 sekund

3 = schopen udržet pozici tandem samostatně s větším nakročením a vydržet 30 sekund

2 = schopen udržet pozici semi-tandem a vydržet 30 sekund

1 = potřebuje pomoc při nakročení, ale vydrží 15 sekund

0 = ztrácí rovnováhu při nakročení a stojí, neschopen udržet rovnováhu v této pozici

14. Stoj na jedné noze

4 = schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž větší než 10 sekund

3 = schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž 5 – 10 sekund

2 = schopen udržet se na 1 noze samostatně, výdrž 3 – 5 sekund

1 = pokus o zvednutí nohy, neschopen udržet nohu po 3 sekundy, stoj je samostatný

0 = neschopen provést úkol / potřebuje asistenci druhé osoby, aby nespadl

Celkové skóre /56

Více než 45 bodů = bezpečná ambulance, bez použití kompenzační pomůcky / menší riziko pádu.

Více než 35 bodů = bezpečná ambulance, s použitím kompenzační pomůcky

(ZAHRADNICKÁ, Ilona, FIRÝTOVÁ, Rita a VALEŠOVÁ, Monika. Význam ergoterapie v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí. In: *Příprava na stárnutí*.

Plzeň: Západočeská univerzita, 2011. s. 15-33. ISBN 978-80-263-0096-0.)

Příloha 8 – Hodnocení rovnováhy a chůze dle E. Tinetti

I. Hodnocení rovnováhy

1. Rovnováha v sedě

0 = nejistá, nespolehlivá

1 = přidržuje se židle

2 = bezpečná, stabilní

2. Vstávání ze židle

0 = není možné bez asistence

1 = schopen jen s pomocí, používá ruce, potřebuje lehčí oporu či držení

2 = provádí v plynulém pohybu, bez použití HK

3. Rovnováha ve stoji

0 = nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)

1 = stabilní, ale o široké bázi (mediální kotník vzdálenost ≥ 10 cm)

2 = jistá, zvládá bez držení

4. Rovnováha ve stoji prvních 5 sekund

0 = nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)

1 = jistá, jen s oporou či držením (kompenzační pomůcky, druhá osoba)

2 = jistá, bez opory, nohy u sebe

5. Pokus postavit se

0 = neschopen bez asistence

1 = schopen, vyžaduje 1 pokus

2 = schopen postavit se na první pokus

6. Rovnováha

0 = nejistota (silné kolísání, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)

1 = stabilní v této pozici

7. Stabilita ve stoji

0 = nestabilní, padá

1 = závratě, musí se přidržet, vyrovnávací krok

2 = stabilní, udrží plnou rovnováhu

8. Otočení o 360°

0 = přerušovaný, diskontinuální způsob otáčení

1 = nestabilní, padal by bez pomoci, musí provést vyrovnávací krok

2 = kontinuální a jistý způsob otáčení, bez opory

9. Stoj – sed

0 = nestabilní, špatně odhadne vzdálenost (prudce dosedne na židli)

1 = používá ruce k opření, pohyb není plynulý

2 = plynulý pohyb, plná stabilita

Součet /17

II. Hodnocení chůze

Instrukce: Klient se projde přes místnost, nejdříve normálním tempem, pak zpět rychleji.

10. Iniciace chůze

0 = nerozhodnost, váhavý začátek

1 = plynulý začátek

11. Délka kroku a výška při nakročení

a) Švihová fáze na pravé DK

0 = vynechá stojnou fázi na levé noze

1 = nevynechá stojnou fázi na levé noze

0 = chybí odval na pravé noze při kroku

1 = přítomný odval na pravé noze při kroku

b) Švihová fáze na levé DK

0 = vynechá stojnou fázi na pravé noze

1 = nevynechá stojnou fázi na pravé noze

0 = chybí odval na levé noze při kroku

1 = přítomný odval na levé noze při kroku

12. Symetrie chůze

0 = délka kroku na obou stranách odlišná

1 = délka kroku na obou stranách stejná

13. Kontinuita chůze

0 = diskontinuální obraz chůze, délka kroku je variabilní

1 = kontinuita chůze neporušena

14. Trajektorie

0 = pozorovatelná deviace

1 = středně velká deviace, použití kompenzační pomůcky

2 = bez deviace, bez kompenzační pomůcky

15. Stabilita trupu

0 = kolísavé pohyby trupu, použití kompenzační pomůcky

1 = bez kolísavých pohybů, pozorovatelná zvýšená flexe v kolenních kloubech, bolest zad, nekoordinované souhyby HK při chůzi

2 = bez kolísavých pohybů, nepřítomny nekoordinované souhyby HK, nepoužívá kompenzační pomůcky

16. Chůze

0 = paty od sebe, široká báze

1 = nohy kladeny těsně vedle sebe, norma

17. Otočení během chůze

0 = závratě, zastavení při otočení během chůze

1 = norma

18. Natahování dopředu s předpokladem (Dunkanův test)

0 = ≥ 25 cm

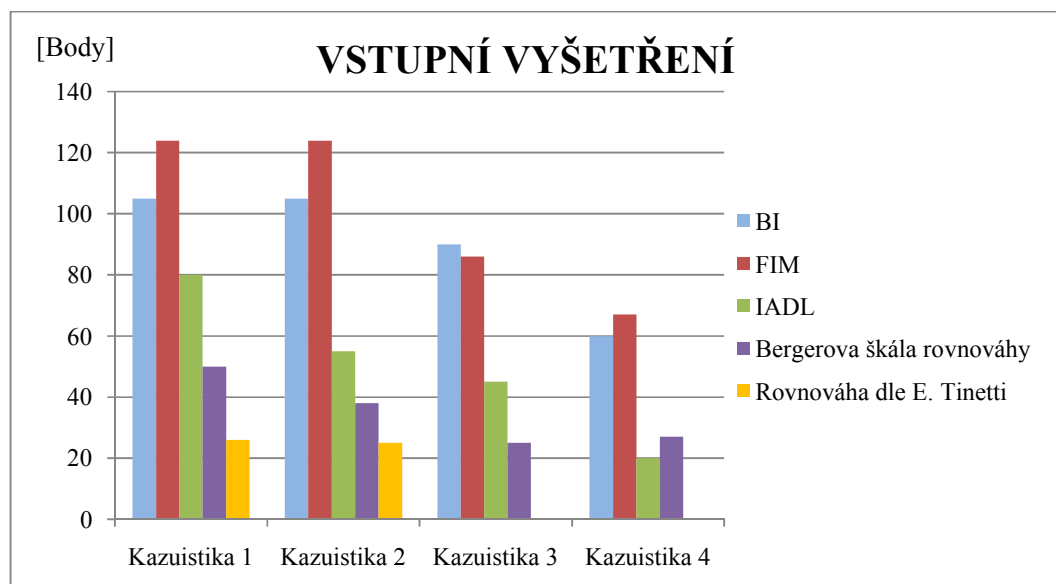
1 = norma

Součet /12

Celkově /29

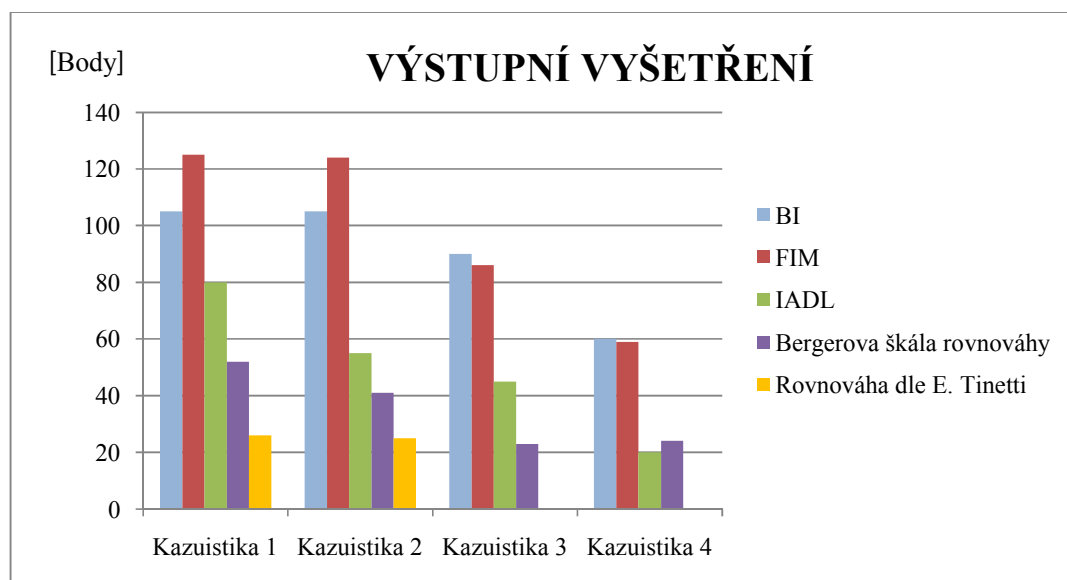
(ZAHRADNICKÁ, Ilona, FIRÝTOVÁ, Rita a VALEŠOVÁ, Monika. Význam ergoterapie v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí. In: *Příprava na stárnutí*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2011. s. 15-33. ISBN 978-80-263-0096-0.)

Příloha 9 – Grafy – Výsledky testů



Graf 1 – Výsledky vstupního vyšetření

Zdroj: „vlastní“



Graf 2 – Výsledky výstupního vyšetření

Zdroj: „vlastní“

