

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Adéla Hrušková**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Adéla Hrušková**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**POMOC ERGOTERAPIE V INTEGRACI PACIENTŮ  
PO ÚRAZECH CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Šmucrová Hana

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

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

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Šmucrové Haně za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji také Centru Paraple za možnost vykonávání odborné praxe a získání zkušeností a materiálů k bakalářské práci. Dále děkuji všem klientům, kteří se přímo nebo nepřímo podíleli na mé bakalářské práci. Velké díky, patří rodině za podporu při celé délce studia. A nakonec bych chtěla poděkovat přátelům a mému příteli.

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Hrušková Adéla

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Pomoc ergoterapie v integraci pacientů po úrazech centrální nervové soustavy

Vedoucí práce: Bc. Šmucrová Hana

Počet stran: číslované 108

Počet příloh:8

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: Centrální nervová soustava, tetraplegie, bezbariérové prostředí,  
bariéry

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou integrace nemocných po úrazech centrální nervové soustavy. Je složena z části teoretické a praktické. Obě části se dále rozdělují do ostatních kapitol. Teorie je zaměřena na objasnění základních anatomických pojmů, nejčastější bariéry v exteriéru a interiéru a na úpravy prostředí pro takto nemocné. Praktická část se odvíjí od teorie. Zpracovala jsem 6 kazuistik, na jejichž základě potvrdím, či vyvrátím stanovené hypotézy.

# ANNOTATION

Surname and name: Adéla Hrušková

Department: Physiotherapy and Occupation Therapy

Title of thesis: Contribution of occupational therapy in integration of patients after central nervous trauma

Consultant: Bc. Hana Šmucrová

Number of pages: 108

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 26

Key words: central nervous system, tetraplegia, barrier-free environment, barriers

## Summary:

Bachelor thesis deals with the integration of patients after injuries of the central nervous system. It consists of the theoretical and practical. Both parts are further subdivided into other chapters. The theory is focused on clarifying the basic anatomical terms, the most common barriers in exterior and interior and editing environment for such patients. The practical part is based on theory. I compiled six case studies on which confirm or refute the hypothesis.

## Obsah

Seznam tabulek .....	15
Seznam obrázků .....	16
ÚVOD .....	18
1 ZÁKLADNÍ POJMY .....	19
1.1 Ergoterapie .....	19
1.2 Handicap .....	19
1.2.1 Objasnění pojmů .....	20
2 MÍCHA .....	22
2.1 Poškození páteře a míchy .....	22
2.2 Definice poranění míchy .....	23
2.3 Stupně poškození míchy .....	24
2.3.1 Stupeň od 1-4 jsou různé stupně tetraplegie .....	24
2.4 Výška poškození segmentu .....	26
2.5 Příčiny poškození míchy .....	27
2.6 Léčba .....	27
2.7 Důsledky a komplikace po poškození míchy .....	28
3 BEZBARIÉROVÉ ÚPRAVY PROSTŘEDÍ .....	29
3.1 Před zahájením rekonstrukce .....	29
3.2 Financování stavebních úprav .....	29
3.3 Žádost o povolení stavebních úprav .....	30

3.4 Výběr dodavatele .....	30
3.5 Smlouva o dílo .....	31
3.6 Kontrola provedení práce .....	31
3.7 Architektonické bariéry.....	32
3.8 Bezbariérový prostor .....	33
3.9 Základní požadavky pohybu osob na vozíku .....	34
3.9.1 Parametry vozíku pro osoby s omezenou schopností pohybu.....	34
3.9.2 Manipulační plocha .....	36
4 ÚPRAVY BYTŮ .....	37
4.1 Byt zvláštního určení.....	37
4.2 Upravitelný byt.....	37
4.3 Vyhlášky .....	38
4.4 Vstup do budovy .....	39
4.5 Zádveří .....	39
4.6 Výtah .....	40
4.6.1 Manipulační plochy, dveře výtahu .....	40
4.6.2 Výtahová kabina .....	41
4.7 Chodba bytu .....	41
4.8 WC .....	42
4.9 Kuchyň .....	44
4.10 Obývací pokoj .....	47
4.10.1 Relaxační křeslo .....	47
4.11 Ložnice.....	48



5	CÍLE A ÚKOLY PRÁCE .....	49
6	HYPOTÉZY .....	50
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	51
8	KAZUISTIKY .....	52
8.1	Kazuistika 1.....	52
8.1.1	Úvod, základní informace .....	52
8.1.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem.....	53
8.1.3	Ergoterapeutický plán.....	57
8.1.4	Terapeutická jednotka .....	58
8.1.5	Průběžná dokumentace .....	59
8.1.6	Závěrečná zpráva ergoterapeuta .....	59
8.2	Kazuistika 2.....	62
8.2.1	Úvod, základní informace .....	62
8.2.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem.....	63
8.2.3	Ergoterapeutický plán.....	66
8.2.4	Terapeutická jednotka .....	67
8.2.5	Průběžná dokumentace .....	68
8.2.6	Závěrečná zpráva ergoterapeuta .....	68
8.3	Kazuistika 3.....	70
8.3.1	Úvod, základní informace .....	70
8.3.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem.....	71
8.3.3	Ergoterapeutický plán.....	75
8.3.4	Terapeutická jednotka .....	76

8.3.5 Průběžná dokumentace .....	76
8.3.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta .....	77
8.4 Kazuistika 4.....	79
8.4.1 Úvod, základní informace .....	79
8.4.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	80
8.4.3 Ergoterapeutický plán.....	84
8.4.4 Terapeutická jednotka .....	85
8.4.5 Průběžná dokumentace .....	85
8.4.6 Závěrečná zpráva ergoterapeutem .....	86
8.5 Kazuistika 5.....	88
8.5.1 Úvod, základní informace .....	88
8.5.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	89
8.5.3 Ergoterapeutický plán.....	93
8.5.4 Terapeutická jednotka .....	94
8.5.5 Průběžná dokumentace .....	95
8.5.6 Závěrečná zpráva ergoterapeutem .....	95
8.6 Kazuistika 6.....	97
8.6.1 Úvod, základní informace .....	97
8.6.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	98
8.6.3 Ergoterapeutický plán.....	102
8.6.4 Terapeutická jednotka .....	103
8.6.5 Průběžná dokumentace .....	104
8.6.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta .....	104

10 Hodnocení.....	106
11 Diskuze .....	107
12 Závěr .....	111
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE .....	113
SEZNAM PŘÍLOH.....	115

## **Seznam zkratek**

ADL (activities of daily living) – všední denní činnosti

ASIA - American Spinal Injury Association

DEP – dlouhodobý ergoterapeutický plán

DG – diagnóza

DIČ – daňové investiční číslo

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

DPH – daň z přidané hodnoty

FIM – Functional Independence Measure

FR – fraktura

HK – horní končetina

HKK – horní končetiny

iADL – instrumentální všední denní činnosti

IČ – identifikační číslo

KEP – krátkodobý ergoterapeutický plán

LHK – levá horní končetina

pADL – personální všední denní činnosti

PHK – pravá horní končetina

SCIM – Spinal Cord Independence Measure

TJ – terapeutická jednotka

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Hodnocení soběstačnosti u klientů pomocí testů SCIM a BI

## **Seznam obrázků**

- Obrázek 1 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 2 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 3 Přístup v domě klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 4 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 5 Sprchový kout klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 6 Sprchový kout klienta z kazuistiky číslo 1
- Obrázek 7 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 2
- Obrázek 8 Koupelna klientky z kazuistiky číslo 2
- Obrázek 9 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 3
- Obrázek 10 Přístup do domu klientky z kazuistiky číslo 3
- Obrázek 11 Kuchyň klienta z kazuistiky číslo 4
- Obrázek 12 Ložnice klienta z kazuistiky číslo 4
- Obrázek 13 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 4
- Obrázek 14 Kuchyně klienta z kazuistiky číslo 5
- Obrázek 15 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 5
- Obrázek 16 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 5
- Obrázek 17 Přejezdy v místnostech klienta z kazuistiky číslo 5
- Obrázek 18 Vstup do domu klientky z kazuistiky číslo 6
- Obrázek 19 Koupelna klientky z kazuistiky číslo 6
- Obrázek 20 Pokoj klientky z kazuistiky číslo 6

Obrázek 21 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 6

Obrázek 22 SCIM test 1 část

Obrázek 23 SCIM test 2 část

Obrázek 24 TEST BI

## ÚVOD

Téma bakalářské práce s názvem „Pomoc ergoterapie v integraci pacientů po úrazech centrální nervové soustavy“ byla zvolena proto, neboť tato problematika je velmi zajímavá a i v dnešní době, kdy došlo k rozvoji bezbariérových úprav, mají stále klienti po úrazech centrální nervové soustavy problémy v integraci. V úvodu této práce je nutno podotknout, že již název značí velmi obsáhlé téma. Proto je tato práce zaměřena na užší problematiku a to na integraci tetraplegiků do domácího prostředí. Tím je myšleno bezbariérové životní prostředí takto nemocných klientů.

V dnešní době je péče o takto nemocné na mnohem lepší úrovni, ale co se týče materiálů a informací pro „čerstvě“ postižené, tak ty lze bohužel spočítat na prstech jedné ruky a to i když jsou bezbariérové úpravy domů, či bytů pro tetraplegiky s těžšími. Pokud klient nemá uzpůsobené domácí prostředí, není soběstačný, tak jak by mohl být.

V dnešní době přibývá stále více takto postižených lidí. Možná za to může uspěchaná doba nebo stále více možností sportovního vyžití a adrenalinových zážitků. Tato problematika se týká převážně mladých lidí, kteří i přes své postižení chtějí nadále aktivně znovu žít. Příkladem jsou hráči quadrugby, kteří jsou mnohdy aktivnější než zdravá populace.

S problematikou míšních pacientů se nejvíce člověk začne zabývat až tehdy, když se tento úraz stane jeho blízkým. V tu chvíli člověk začne přirozeně zjišťovat všechny možné zdroje, aby se dozvěděl co nejvíce informací o tomto postižení. I tetraplegik má stejné zájmy a chce žít stejný život jako „chodící“, jak často s úsměvem takto nemocní nazývají chodící lidi.

Proto je cílem této práce seznámit laickou veřejnost s tím, co vše se stane po úrazu míchy. Hlavně aby si zdraví lidé uvědomili, jak důležité je odstranění architektonických bariér v životě tetraplegika. V neposlední řadě by se tato informace měla dostat k samotným klientům, aby se dozvěděli o možnostech úprav bezbariérového životního prostředí.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZÁKLADNÍ POJMY

### 1.1 Ergoterapie

Ergoterapie pochází z řeckého slova ergon, což se dá volně přeložit jako terapie prací. Dle Krivošíkové je však ergoterapie definována takto: „Ergoterapie není alternativou k tradičnímu medicínskému modelu ani „třešničkou na dortu rehabilitace“. V dnešním světě chce být rovnocennou součástí rehabilitace. Nejde ji o doktrínu, ale o pohled. Pohled na člověka spíše než na nemoc. Pohled na člověka, pro kterého může být smysluplná činnost jistou nadějí.“<sup>1</sup>

Z těchto slov vyplývá, že ergoterapeut chce pomáhat lidem se sníženou soběstačností. O to více to platí u klientů po poškození páteře a míchy. Neboť je toto závažné neurologické onemocnění může velmi omezit v problematice soběstačnosti. Při péči o takto nemocné klienty se ergoterapeut nejvíce realizuje v oblasti soběstačnosti v rámci mobilit, přesunů a také bezbariérových úprav prostředí. (Trombly, 1995)

### 1.2 Handicap

„Handicap je znevýhodnění v určité oblasti osobních i sociálních aktivit.“<sup>2</sup> Pod tímto termínem si představíme omezování v oblasti běžných denních aktivit, pro zdravého člověka samozřejmé činnosti, jakými jsou kupříkladu sebesycení, hygiena či chůze a přesuny. Omezení v oblasti sociálních aktivit je dána především bariérovostí interiérů a exteriérů, jež může způsobit ztrátu sociálních kontaktů a izolaci od společnosti. Souvisejícím termínem jako handicap je i termín disabilita, která také vysvětluje určité omezení v dané oblasti, vyplývající z nemoci, či úrazu. „Podobně pojem disabilita (disability) se používá pro vyjádření poruchy, snížení aktivity nebo

---

<sup>1</sup> Krivošíková, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1. 7s.

<sup>2</sup> Novosad, Libor. *Tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9. 88s.

omezení participace. Disabilita je nově vnímána jako mnohorozměrný jev, který vzniká vzájemnou interakcí mezi zdravotním stavem jedince a fyzickým a sociálním prostředím, ve kterém se jedinec nachází. Toto vychází z předpokladu, že každý člověk může mít v určitém směru nějakou poruchu. Závažnost poruchy je však hodnocena podle toho, jak dalece způsobuje omezení aktivit, ovlivnění životního stylu či sociální role osoby.“<sup>3</sup>

### 1.2.1 Objasnění pojmů

- **Disabilita a handicap**

- vychází z příznaků (poruchy hybnosti)
- handicap fyzické nezávislosti – nezpůsobilost soběstačnosti a výkonu ADL
- handicap mobility – snížení způsobilosti nebo nezpůsobilost efektivně se pohybovat ve svém okolí
- handicap při zaměstnávání a činnosti – porucha schopnosti klienta trávit svůj volný čas zaměstnáváním – povolání, rekreace
- handicap společenské integrace – narušení schopnosti klienta navazovat společenské vztahy
- handicap ekonomické závislosti – snížená schopnost udržet si sociálně ekonomickou aktivitu

„Postižení (disability) znamená omezení, nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem a v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, který stěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Jelínková, Jana. Křivošíková, Mária. Šajtarová, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7. 59s.

<sup>4</sup> Slowík, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3. 28s.

Integrace handicapovaných je i v dnešní době stále velký problém. Do integrace můžeme zařadit začlenění do společnosti, které můžeme také nazývat socializací jedince. Můžeme také myslet integraci po úrazu, tedy po změně zdravotního stavu. Vše je najednou pro člověka jiné a jsou věci, které již nebudou jako dříve. Pro míšní pacienty je velmi důležitá integrace do domácího prostředí, na které se zaměřuji v této práci.

## 2 MÍCHA

### 2.1 Poškození páteře a míchy

V této kapitole bych chtěla poukázat na to, co vlastně poškození páteře a míchy je a co vše je spojeno s tímto postižením. „U 15 - 20% pacientů s poraněním páteře je také poškozená mícha. Všeobecně se mluví o paraplegii, když je mícha porušená v jakémkoliv úseku. Jak motorické, tak senzitivní a vegetativní dráhy míchy jsou úplně nebo částečně poškozené. Motorické výpadky vedou k ochrnutí, senzitivní výpadky vedou ke ztrátě nebo omezení kvalit citu (dotek, bolest, teplota), nebo hlubokého cítění (pohyb, vibrace, vnímání polohy). Omezení sympatického a parasympatického nervového systému způsobuje vegetativní dysregulaci a poruchy funkce parenchymatózních orgánů.

Jsou - li postiženy horní končetiny, trup a dolní končetiny, mluvíme o tetraplegii. Úroveň postižení je nad hrudním segmentem TH2. Zachovaná či poškozená funkce ruky je závislá na výšce segmentu poškození, poněvadž nervová pleteň (plexus brachialis) vychází z krčních míšních segmentů C (4) 5 až C 8 (Th1). Je - li úroveň poškození nad segmentem C4 (brániční nervy – n. phrenicus), zraněný není schopen spontánního dýchání. Zraněný potřebuje umělou plicní ventilaci.

Je - li poškozen celý trup a dolní končetiny, zatímco horní končetiny jsou kompletně intaktní, musí být úroveň poškození pod segmentem TH4. Mluvíme o paraplegii.

Poškození funkcí míchy může být

- kompletní
- inkompletní
- je-li motorika zachována ale oslabená, mluvíme o tetraparéze či paraparéze<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Wedsche, Peter. *Poranění míchy ucelená ošetrovatelsko – rehabilitační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4. 13s.

„Mezi nejběžnější typy poranění páteře patří kontuze (zhmoždění), komprese (stlačení), lacerace (roztržení) a centrální míšní syndrom (specifické poškození nervových drah v oblasti krční páteře.“<sup>6</sup>

## 2.2 Definice poranění míchy

„Poranění míchy jakékoliv etiologie znamená vždy dramatický zásah do kvality života člověka i jeho blízkých. Dochází k zásadním změnám fyzického i psychického stavu, porucha funkce se netýká jen pohybového systému, ale postihuje člověka v celé jeho integritě. Proto i terapie je od začátku komplexní, zaměřená na celého člověka. Nemocný po poranění míchy vyžaduje vždy multidisciplinární péči v jednom centru. Současné moderní operační postupy umožňují časnější zintenzivnění rehabilitace. Ovšem v žádné fázi, zejména v té akutní a subakutní, nesmí docházet k prodlení. Realizace spinálního programu s budováním spinálních center je celosvětovým trendem. Centra realizují diagnostiku, chirurgickou i neurochirurgickou léčbu a ucelený rehabilitační program s reintegrací hned od začátku. Cílem je zdravotní, společenská a profesní integrace – od začátku myslíme na návrat do rodiny, do profese, do společnosti s nutností odstraňování bariér všeho druhu a v každém prostředí.“<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Metronic. *Léčba následků poranění míchy intratekálním baclofenem*. Praha: Bonton, 2010. 8s.

<sup>7</sup> Medicabaze [online] [cit. 2012-7.03] dostupné z WWW: < <http://www.medicabaze.cz> >

## 2.3 Stupně poškození míchy

Stupně poškození míchy jsou důležité pro určení schopnosti soběstačnosti v běžných denních činnostech. „Dosažený stupeň stability při sedu je důležitý údaj o tom, co bude moci klient dělat po ukončení rehabilitace. Člověk s míšní lézí může dosáhnout jednoho ze šesti stupňů stability sedu. Dosažený stupeň bude záviset na mnoha faktorech, jako jsou výška segmentu poranění, přidružená poranění, věk, pohlaví, fyzická konstituce, motivace a prostředí. Rovněž bude záviset na vůli klienta naučit se žít s tímto postižením. Podstatná je podpora a povzbuzující přístup rodinných příslušníků, přátel a zdravotnických pracovníků.

### 2.3.1 Stupeň od 1-4 jsou různé stupně tetraplegie

#### ➤ stupeň 1

- C4, C4/5
- klient nemůže sedět bez opory
- asistent mu během různých úkonů musí poskytnout oporu

#### ➤ stupeň 2

- C5, C5/6
- klient sedí opřený o vlastní ruce s uzamčenými loketními klouby
- není schopen zvednout ruce a udržet rovnováhu
- celou dobu u něho musí stát asistent

#### ➤ stupeň 3

- C6, C6/7

- klient je schopen zvednout jednu horní končetinu do úrovně ramen
- druhou horní končetinou se podepírá s uzamčeným loketním kloubem
- celou dobu u něj musí stát asistent

➤ stupeň 4

- C7, C7/8
- klient je schopen zvednout jednu horní končetinu nad hlavu
- může se v této pozici předklonit a narovnat
- opírá se o druhou horní končetinu bez uzamykání loketního kloubu
- je schopen sedět bez podepření o horní končetiny
- při počátečních pokusech o různé aktivity v této pozici bude potřebovat asistenta

➤ stupeň 5

- Th1 - Th6
- klient je schopen sedět bez opory
- může najednou zvednout obě horní končetiny současně nad hlavu a pohybovat jimi ve všech směrech
- při počátečních pokusech o různé aktivity v této pozici bude potřebovat asistenta

➤ stupeň 6

- Th10-L
- klient může sedět bez opory
- může házet a chytat míč nad hlavou

- nepotřebuje asistenci<sup>8</sup>

## 2.4 Výška poškození segmentu

- Nízká paraplegie Th 10/L

Poškození míchy v segmentu dolní části zad způsobí úplnou nebo částečnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Citlivost je zachovalá od břicha nahoru částečně cítí na nohou.

- Vysoká paraplegie Th 1/6

Poškození míchy v segmentu horní části zad způsobí částečnou ztrátu pohyblivosti těla a úplnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Dýchání a kašláni bude částečně omezené. Citlivost je zachovaná od hrudi nahoru, ale žádná na břichu a dolních končetinách.

- Nízká tetraplegie C 6/8

- Vysoká tetraplegie C 4/, C 4/5

Poškození míchy v krčním segmentu způsobí částečnou ztrátu pohyblivosti horních končetin a úplnou ztrátu pohyblivosti těla a dolních končetin s potížemi při dýchání a kašláni. Částečná citlivost je na tvářích, šiji, ramenech a rukou, ale nebude žádné cítí na těle a nohou.

- Pentaplegie C1/3

Tyto osoby jsou na stálé ventilační podpoře.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Faltýnková, Zdeňka. *Cesta k nezávislosti*. Praha: Svaz paraplegiků, 2004. 8s.

<sup>9</sup> Poranění páteře [online] [cit. 2012-7.03] dostupné z WWW: < <http://www.med.muni.cz> >



## 2.5 Příčiny poškození míchy

Měli bychom také znát důvody, proč a jak vzniká toto poškození. „Převážná většina zlomenin páteře vzniká buď pádem z výšky, nebo při dopravních nehodách. V poslední době začalo přibývat sportovních poranění, hlavně z létání na rogalech a padácích. Zlomeniny páteře mohou vzniknout i při minimálním traumatu, např. při předklonu, či při epileptickém záchvatu, kdy postižena je obvykle Th-L páteř. Sdružená poranění: V závislosti na etiologii jsou zlomeniny páteře provázeny poraněním v dalších lokalizacích. Hodně napoví již samotný mechanismus úrazu nebo typ zlomeniny. Kromě poranění hlavy jsou velmi častá poranění břišní dutiny. Na dolních končetinách vidáme často zlomeniny v oblasti hlezna, zejména pak patních kostí.“<sup>10</sup>

## 2.6 Léčba

Většina klientů po úraze jsou indikací k operačnímu výkonu. Operační výkon se provádí stabilizací páteře. Stabilizace páteře může být zajištěna předním či zadním vstupem či kombinací. Nejlépe by měl být operační výkon proveden do 4 až 6 hodin po poranění. Čím dříve, tím lépe pro možnost zachování nervových funkcí, popřípadě návratu poškozených funkcí. Stav klienta poté zhodnotíme pomocí Frenkelovy klasifikace.

### **Klasifikace poranění míchy dle Frenkela**

- Klasifikací rozdělujících pacienty se spinálním postižením je několik a každá z nich odpovídá specifitě zaměření daného autora. Mezi ty novější a nejčastěji užívané řadíme American Spinal Injury Association (ASIA) klasifikaci a International Classification (IC) autorů, zabývajících se cíleně chirurgickou rehabilitací tetraplegické horní končetiny.
  - o Klasifikace ASIA je modifikací Frankelovy stupnice rozdělující pacienty s míšním traumatem do pěti kategorií:
    - A Kompletní léze míšní až po segment S4/5 - porucha citlivosti anální

---

<sup>10</sup> Poranění páteře [online] [cit. 2012-7.03] dostupné z WWW: < <http://www.med.muni.cz> >

sliznice a volní kontrakce análního sfinkteru.

**B** Komplettní motorická léze a ztráta bolestivosti pod poraněným segmentem.

**C** Motorická funkce zachovaná, ale nepoužitelná (svalový test pod 3st.), polohocit zachován.

**D** Motorická funkce zachovaná, oslabená, ale použitelná (svalový test 3 a více).

**E** Bez míšního poranění.

V ASIA klasifikaci odpovídá neurologická úroveň nejnižšímu míšnímu segmentu, který má normální motorickou a senzitivní funkci. Testování motoriky a sensitivity provádíme bilaterálně vzhledem k předpokládaným stranovým odlišnostem při neurologickém vyšetření. „<sup>11</sup>

## **2.7 Důsledky a komplikace po poškození míchy**

Měli bychom znát, jaké důsledky při tomto postižení můžou být a jaké budou. Také je dobré znát možné komplikace. „Když dojde k poškození míchy, informace o tom, co tělo cítí pod poškozenou oblastí, se nemohou dostat do mozku. Také informace, které mozek vysílá, nemohou projít poškozenou částí míchy ke svalům a ovlivnit jejich pohyb. Čítí a vůlí ovládaný pohyb těla pod poraněnou oblastí jsou tedy poškozené. Ve větší či menší míře je také porušena funkce močení a vyprazdňování stolice. Pokud člověk ztratil čítí nebo vůlí ovládané pohyby pod poškozeným segmentem, pak je léze úplná. Pokud nějaká forma čítí nebo vůlí ovládané pohyby zůstaly zachovány, pak je léze částečná. Jaké jsou následky poškození míchy, záleží na výši segmentu poranění a na tom, zda je poranění úplné nebo částečné. Nejširší důsledky ovlivňuje také mnoho jiných faktorů jako např. věk, osobnost, konstituce těla, pohlaví, rodinné zázemí, sociální postavení, vzdělání a finanční zabezpečení.“<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Calabova [online] [cit. 2012-8.02] dostupné z WWW: < <http://www.calabova.cz/>>

<sup>12</sup> CZEPA [online] [cit. 2012-9.02] dostupné z WWW: < <http://www.czepa.cz/>>

## **3 BEZBARIÉROVÉ ÚPRAVY PROSTŘEDÍ**

### **3.1 Před zahájením rekonstrukce**

U klientů s postižením míchy jsou bezbariérové úpravy prostředí důležité z hlediska jejich soběstačnosti. Čím méně klient má bezbariérově upravený byt, tím se snižuje i jeho soběstačnost a je závislý na pomoci druhé osoby. Bezbariérové úpravy však s sebou nesou i formality, kterým se bohužel nevyhneme. „Pokud jste se rozhodli pro bezbariérovou úpravu vašeho stávajícího bytu, nemusíte se řídit žádnými legislativními předpisy, které určují parametry přístupnosti staveb. Ve svém vlastním bytě si můžete udělat úpravy tak, aby vyhovovaly přesně vašim individuálním požadavkům a potřebám. Doporučujeme konzultovat úpravy s odborníkem na odstraňování bariér, lépe tak sjednotíte vaše představy s reálnými možnostmi stavebních úprav. Je také důležité uvědomit si základní požadavky, které jsou dány zdravotním omezením (např. manipulační prostor pro vozík, výška vypínačů a další).

### **3.2 Financování stavebních úprav**

Každá větší stavební úprava bytu, bezbariérovou úpravu nevyjímaje, s sebou nese i značné náklady. Vyplatí se tedy využít všechny dostupné možnosti, jak snížit finanční zátěž. Až 70% nákladů může být uhrazeno z příspěvku na bezbariérovou úpravu bytu, který poskytuje sociální odbor obce s rozšířenou působností. Podpořit vás také mohou nadace, které se věnují osobám s postižením, firmy nebo soukromé osoby. Příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu je nutno mít schválen před započítáním úprav. Nelze jej žádat zpětně. Pokud plánovaná cena převyšuje dostupný rozpočet, zvažte, zda opravdu všechny úpravy jsou nezbytné. Mnohdy existuje více variant, které vám mohou vyhovovat a jsou cenově dostupné. I z tohoto důvodu se vyplatí shlédnout nabídku více firem a prodejců pomůcek, abyste měli představu, co současný trh nabízí.

### **3.3 Žádost o povolení stavebních úprav**

Stavebním úpravám musí předcházet vždy žádost u vlastníka objektu. Týká se to i majitelů bytů v osobním vlastnictví. U družstevních bytů se o souhlas žádá družstvo, u obecních (státních) bytů se žádá odbor majetku příslušného úřadu. V některých případech může dát souhlas správce bytových objektů. Družstva většinou svého člena zplnomocňují, výjimečně podají žádost za něj. U družstevních bytů se musí změny ohlásit i výboru samosprávy, a pokud uvažujete o zabrání např. části chodby, je nutno mít souhlas ostatních uživatelů. Teprve po obdržení souhlasných stanovisek lze podat žádost stavebnímu úřadu. Je třeba také zjistit, zda bude nutné získat stavební povolení a jaké dokumenty jsou k tomu nezbytné, či zda stačí pouze ohlášení prací. Tyto náležitosti je lepší vyřizovat s dostatečným předstihem. Případné průtahy by mohly značně zkomplikovat celou rekonstrukci. Od okamžiku, kdy jsou všechny požadované doklady doručeny stavebnímu úřadu, je zahájeno řízení, které by měl správní orgán rozhodnout do 30 dnů. Vlastní stavební práce se obvykle mohou zahájit 15 dnů od doručení všem účastníkům. (tj. po nabytí právní moci kladného rozhodnutí)

### **3.4 Výběr dodavatele**

Vlastní stavební úpravy lze realizovat svépomocí, najímáním jednotlivých řemeslníků nebo zadáním stavební firmě. Při provádění stavby svépomocí musíme zajistit stavební dozor - to znamená odborníka, který odpovídá za kvalitu provedení stavebních prací. Upozorňujeme, že se často zaměňuje autorský dozor projektanta za stavební dozor, což není možné. Autorský dozor vám garantuje provádění stavby dle projektové dokumentace. Větší úpravy je nejjednodušší zadat specializované firmě. Na začátku je dobré nechat si vypracovat nabídky od několika firem a vzájemně je srovnat. Rozdíly v cenách mohou být překvapivě velké. V nabídkách by měly firmy uvádět, jaké materiály a za jaké ceny budou použity a kolik bude práce stát. Pokud budete sledovat ceny materiálu, může být výhodnější materiál nakoupit osobně a objednat si firmu pouze na práci. Tento postup opět doporučujeme pouze těm z vás, kteří v této oblasti máte zkušenosti.

Je dobré si dále zjistit, zda firma je či není plátcem DPH. Firmy, které jsou plátcem DPH, totiž často nabízejí cenu bez daně, aby měly šanci získat zakázku. Je pak na vás, zda sleva vyváží skutečnost, že nebudete mít vystavený daňový doklad. Některé firmy si také najímají na jednotlivé úkony menší firmy. Dohodněte si předem, kdo v takovém případě ručí za provedenou práci.

### **3.5 Smlouva o dílo**

Vybranou firmu požádejte o předložení návrhu smlouvy o dílo a zkontrolujte, zda obsahuje následující informace: údaje o objednavateli (jméno, adresa apod.) a údaje o zhotoviteli-dodavateli (název firmy, zodpovědná a kontaktní osoba, IČO, DIČ, adresa firmy, bankovní spojení apod.). Nejdůležitější jsou následující tři věci: popis toho, co je předmětem smlouvy, dále termíny zahájení, dokončení apod. a konečně cena (DPH zvlášť). Dále by smlouva měla obsahovat informace o případném penále a smluvních pokutách (za prodlení, za vady a nedodělky). V závěru smlouvy doporučujeme uvést okolnosti, za kterých lze od smlouvy odstoupit.

### **3.6 Kontrola provedení práce**

Nepřebírejte práce, které nejsou dokončeny nebo které mají vady. Závady vypište do protokolu a dohodněte se s dodavatelem na termínu jejich odstranění. Teprve po jejich odstranění by měla nabíhat záruční doba (u staveb je záruční doba zpravidla 36 měsíců). Pokud se vyskytnou neopravitelné vady, které neovlivní provoz, je možno se dohodnout na snížení ceny. Speciální práce, např. elektrické práce, musí provádět odborná firma, která je také odpovědná za jejich revizi.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Liga vozíčkářů [online] [cit. 2012-13.03] dostupné z WWW: <<http://ligavozick.skynet.cz>>

### 3.7 Architektonické bariéry

Měli bychom si uvědomit, co již pro vozíčkáře je bariéra a co ne a čemu se v úpravách bytů vyvarovat. Obecně lze definovat architektonické bariéry jako umělé překážky vytvářené člověkem v procesu urbanizace životního prostředí.

- Vertikální – schody, výškové rozdíly větší než 2 cm
- Horizontální – sklony ramp, povrchy pochozích ploch
- Prostorové – stísněné manipulační parametry, nevhodné vybavení
- Antropometrické – dosahové vzdálenosti, výškové osazení manipulačních ploch, hygienických zařízení
- Ergonomické – tvar kliky, madla apod., nevhodné umístění mobiliáře
- Orientační – chybějící taktilní informace, orientační systém a piktogramy (Paraple, 2012)

„Ne vždy a všude bývá problematika přístupnosti chápána v odpovídajících souvislostech. V praxi se ukazuje, že je neznalost odborné stránky tématu často vítanou záminkou k odkládání návrhů na řešení bezbariérovosti na neurčito. Podrobnou specifikaci technických podmínek realizace bezbariérových úprav v současnosti upravuje vyhláška č. 398/2009 Sb. Podle toho předpisu se za osobu s omezenou schopností pohybu a orientace považují osoby s pohybovým, sluchovým, a mentálním postižením, osoby pokročilého věku, těhotné ženy, osoby doprovázející dítě v kočárku a děti do tří let věku. Vládní výbor pro zdravotně postižené udává, že počet osob s dočasně, či trvale omezenou schopností pohybu a orientace v ČR překračuje 10% celkové populace. Z toho jasně vyplývá, že efektivita úsilí o budování bezbariérového životního prostředí není orientována na potřeby nějakého marginálního segmentu populace.“<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup>Petr Šika [online] [cit. 2012-28.03] dostupné z WWW: < <http://www.petsika.com> >

### 3.8 Bezbariérový prostor

O bezbariérovém prostoru a jeho pojmech pojednává vyhláška č. 369/2001 Sb. O obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. Pro bezbariérové úpravy se používají specifické pojmy.

- Osoba s omezenou schopností pohybu a orientace

Patří sem osoby postižené pohybově, převážně osoby na vozíku pro invalidy, zrakově, sluchově, osoby pokročilého věku, těhotné ženy a osoby doprovázející dítě v kočárku, dítě do tří let věku. Patří sem i osoby s mentálním postižením.

- Šikmá rampa

Šikmou rampou se myslí část komunikace nebo samotná konstrukce, která umožní vlastní přístup do stavby nebo pro překonání výškového rozdílu mezi částí stavby. Jde o ohraničenou šikmou rovinu, která se převyšuje nad okolím o více než 20mm.

- Zdvihací plošina

Svislá zdvihací plošina určená pro přepravu osob na vozíku nebo šikmá zdvihací plošina (poháněný schodišťový výtah) určená pro dopravu osob na vozíku.

- Vodící linie

Je spojení hmatných orientačních bodů, které jsou v pochozích plochách a na vnitřních a vnějších komunikacích. Vodící linie jsou buď přirozené, nebo umělé. Vodící linie není obrubník chodníku směrem do vozovky.

- Přirozená vodící linie
  - Jsou hmatné orientační body, které vznikly uspořádáním stavby nebo jednotlivých prvků umístěných v pochozích plochách na vnitřku i vnějšku.
- Umělá vodící linie
  - Jsou spojené hmatné orientační body, které jsou umístěné na pochozích plochách na vnitřku i vnějšku. (Šnajdrová, 2007)

### **3.9 Základní požadavky pohybu osob na vozíku**

Když si už uvědomíme všechny bariéry, které mohou vozičkáře potkat, je nám jasné, že pohyb na vozíku není bezproblémový. „Základním problémem pohybu jakkoliv handicapovaného v daném prostředí je potřeba prostoru a možnosti dobré orientace v něm. Obecně lze říci, že osoby s postižením potřebují větší manipulační prostor. Dále je třeba plně respektovat potřebu přehlednosti řešeného prostředí. U lidí pohybujících se na vozíku je navíc třeba mít na mysli snížený horizont pohledu a sníženou vertikální dosahovou vzdálenost.“<sup>15</sup>

#### **3.9.1 Parametry vozíku pro osoby s omezenou schopností pohybu**

Pro správné navržení úprav prostředí pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientací bychom měli vědět, jaké možnosti pohybu mají. Také bychom si měli uvědomit jejich fyzické hranice a i omezení v prostoru během běžného pohybu po prostoru. Pro těžce pohybově postižené klienty je vozík jediným prostředkem umožňující samostatný pohyb, který umožňuje i samostatný pohyb v exteriéru.

V dnešní době je na trhu nesčetné množství vozíků, většina jich jde individuálně upravit dle potřeb klienta. Přizpůsobit jde třeba umístění velkých a malých kol, možnost sklápění a polohování některých dílů, nastavení sedací jednotky, odnímatelnost kol, různé druhy opěrek, brzdy jsou dnes také individuální záležitostí.

---

<sup>15</sup> Filipiová, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Kolín: BOOM Tisk, 2002. ISBN 80-86552-18-7. 19s.



Dnes se vozíky navrhují dle norem:

- ČSN EN 12183 (84 1021) Ručně poháněné invalidní vozíky – Požadavky a zkušební metody
- ČSN EN 12184 (84 1022) Elektricky poháněné invalidní vozíky, skútry a jejich nabíječe – Požadavky a zkušební metody

Nyní se výrobci snaží vyrábět co možná nejlehčí vozíky umožňující spolu s rychlým složením i snadnou manipulaci například při přesunech do automobilu. Aktivní lehké vozíky mají hmotnost i pod 10kg bez antidekubitního polštáře a to protože se používají na výrobu odlehčené materiály. Požadavky na vozík narůstají i v oblasti estetiky. Výrobci hledí nyní i na moderní konstrukce, ergonomický design a také na vytrvalost.

Základní parametry mechanického vozíku:

- šířka sedu
  - o 38-50 cm
- hloubka sedu
  - o 40-45 cm
- výška sedu od země
  - o 45-52cm
- výška opěrky zad
  - o 36-51cm
- výška područek
  - o 18-28cm
- délka podnožky
  - o 32-51cm

- celková výška vozíku
  - o 80-105cm
- celková šířka vozíku
  - o 57-70cm
- celková šířka složeného vozíku
  - o 27-35cm
- celková délka vozíku
  - o 100-120cm
- nosnost vozíku
  - o 100-140kg
- hmotnost vozíku
  - o 7-25kg (Šnajdarová, 2007)

### **3.9.2 Manipulační plocha**

Pro vozík při otáčení o 90-180° je nejmenší přijatelná manipulační plocha 1,2 m x 1,5m. V místnostech jako například obývací pokoj, předsiň, chodba kde se musí otáčet vozík o 360°, těmto místům by se měla vyhradit kruhová plocha o minimálním průměru 1,5m. Pro pohodlné otočení vozíku však navrhujeme plochu větší. Před vstupem musí být plocha vodorovná a nejméně 1,5m x 1,5m velká. Avšak pokud se dveře otevírají ven, pak potřebujeme docílit prostoru 1,5m x 2,0m. Volná plocha před zdvihací plošinou či výtahem musí být 1,5m x 1,5m anebo kruhová o průměru 1,5m. V malých prostorách tyto podmínky mohou být stísněny ne však méně než 0,8m x 1,2m při přímém vjezdu a u nájezdu s otočením pak potřebujeme 1,2m x 1,5m. Balkony a lodžie u bytů musí mít hloubku minimálně 1,5m pro pohodlné otočení. U WC nejmenší rozměry by neměly být méně než 1,6m x 1,8m. Sprchy musejí mít nejmenší půdorysové rozměry 1,4m x 1,4m. (Šnajdarová, 2007)

## 4 ÚPRAVY BYTŮ

### 4.1 Byt zvláštního určení

„Je to bezbariérový byt, který plní požadavky, které určuje bezbariérová vyhláška. Může to být byt v bytovém domě nebo byty v domech zvláštního určení, které jsou plně bezbariérové. Tyto domy jsou většinou zařízení s pečovatelskou službou s kompletním zařízením pro postižené občany. Dle ministerstva pro místní rozvoj získávají status bytu zvláštního určení, pokud byly vybudovány ze státních prostředků nebo stát na zřízení přispěl. Další doklad může být i projektová dokumentace. Pokud však jde o byty, u kterých bylo předem určeno, že se bude jednat o byty se zvláštním určením.“<sup>16</sup>

### 4.2 Upravitelný byt

Názvem upravený byt se myslí takový, který splňuje základní, stavebně technické požadavky bezbariérovosti a je připraven k doplnění zařízovacími předměty, nebo kompenzačními pomůckami dle konkrétního stavu klienta a dle jeho individuálních potřeb. Tím se myslí, že se bez dalších stavebních zásahů a po doplnění speciálním vybavením (madla, kuchyňská linka, skříně, sanitní předměty) může tento byt se stát bytem zvláštního určení pro těžce pohybově postižené osoby. (Skopec, 2005)

---

<sup>16</sup> Poláčková, Kateřina. Bydlení bez bariér. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. 10s.

### 4.3 Vyhlášky

V krátkosti bych chtěla nastínit vyhlášky, které se problematiky tohoto tématu týkají. „Ministerstvo pro místní rozvoj vydalo vyhlášku č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, která nabyla účinnosti dne 18. 11. 2009. Vydáním této vyhlášky Ministerstvo pro místní rozvoj reaguje na zmocnění podle § 194 písm. a) stavebního zákona (zákona č. 183/2006, o územním plánování a stavebním řádu) pro vydání obecných požadavků na stavby, jimiž se rozumí obecné požadavky na využívání území a technické požadavky na stavby.

Nová vyhláška v plném rozsahu ruší a současně nahrazuje dřívější vyhlášku č. 369/2001 Sb., O obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace, ve znění pozdějších předpisů.

Obsah vyhlášky:

18 paragrafů a 4 obsáhlé přílohy, které podrobně upravují náležitosti technického řešení a požadavků pro:

- stavby pozemních komunikací a veřejného prostranství (§ 4)
- přístupy do staveb (§ 5)
- požadavky na stavby občanského vybavení (§ 6 - § 9)
- požadavky na společné prostory a domovní vybavení bytového domu, na upravitelný byt a byt zvláštního určení (§ 10 a § 11)
- stavby pro výkon práce (§ 12 a § 13)“ (Benešová, 2011)

## 4.4 Vstup do budovy

„Před vchodem do budovy musí být vodorovná plocha nejméně 1500mm x 1500mm, při otevírání dveří ven nejméně 1500mm x 2000 mm. Za vodorovnou plochou se považuje i plocha ve sklonu v poměru nejvýše 1:50. Vstupní dveře musí umožňovat otevření nejméně 900mm, tento požadavek platí i pro hlavní křídlo dvoukřídlých dveří. Smí být zaskleny do výše 400mm nebo musí být chráněny proti mechanickému poškození vozíkem, zejména zaskleny nerozbitným sklem. Otevíratelná dveřní křídla musí být ve výši 800 až 900mm opatřena vodorovnými madly přes celou jejich šířku, umístěnými na straně opačné než jsou závěsy, s výjimkou dveří automaticky ovládaných. Dveře karuselového provedení musí umožnit průjezd osoby na vozíku bez podmiňujících opatření, jinak musí být doplněny dalšími otevíracími dveřmi. Zámek dveří musí být umístěn nejvýše 1000mm od podlahy, klika nejvýše 1100mm. Horní hrana zvonkového panelu smí být nejvýše 1200mm od úrovně podlahy. Vstup musí být osvětlen tak, aby nevznikal náhlý a velký kontrast mezi osvětlením vně a uvnitř budovy.“<sup>17</sup>

## 4.5 Zádveří

„V prostoru zádveří nebo za vstupními dveřmi bývá umístěná rohožka. Při její instalaci je třeba myslet na to, že by neměla nad úroveň podlahy vyčnívat více jak 2cm. Vhodnější je jí zapouštět do podlahy tak, aby s ní byla na stejné úrovni. Nedoporučuji používání rohožek – kartáčů. Jsou velmi těžko překonatelné. Další těžko překonatelnou překážkou jsou rohožky ve formě mříží, zvláště nejsou-li správně provedeny. Je zde nutno dodržet minimální rozměry ok mříže, a sice 1,5 x 1,5cm. Dalším nevhodným typem jsou rohože tvořené pouze z vodorovných ocelových pásů. Stává se, že tyto

---

<sup>17</sup> Filipiová, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Kolín: BOOM Tisk, 2002. ISBN 80-86552-18-7. 13s.

ocelové pásy jsou kolmo ke vstupu a mezery mezi nimi větší než 1,5cm. V tomto případě vozičkáři propadne kolo vozíku do rohožky a vozík se překlopí nebo se v relativně lepším případě vysmekne plášť kola z ráfku. Absolutně nevhodné je použití volně položených rohožek, které vyčnívají nad úroveň podlahy a nejsou pevně uchyceny.<sup>18</sup>

## 4.6 Výtah

„Stavby se přednostně vybavují výtahy. Šikmé nebo svislé zdvihací plošiny se používají jen v odůvodněných případech u změn dokončených staveb. Šikmou zdvihací plošinou se rozumí především schodišťový výtah.

Minimální prostorové rozměry klece výtahu:

- novostavba:
  - šířka 1100mm, hloubka 1400mm, šířka vstupu 900mm
- domov pro osoby s těžkým pohybovým postižením (minimum jeden výtah takto vybavený)
  - šířka 2000mm, hloubka 1400mm, šířka vstupu 1100mm
- změněné dříve provedené stavby (pouze v odůvodněných případech)
  - šířka 1000mm, hloubka minimálně 1250mm, šířka vstupu 800mm

### 4.6.1 Manipulační plochy, dveře výtahu

- plocha před nástupem do výtahu musí být nejméně 1500mm x 1500mm

---

<sup>18</sup> Filipiová, Daniela. *Život bez bariér*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6. 34s.

- dveře šachtové a klecové musí být vyrobeny jako samočinné, vodorovně posuvné dveře
- ovládací prvky výtahu v kleci a na nástupních místech do výtahu musí vyčnívat nad povrch okolí minimálně o 1mm
- reliéfní značky nesmí být vyryté a také vpravo od ovladače musí být označen příslušným Braillovo písmem s parametry standardní sazby (Šestáková, 2010)

#### **4.6.2 Výtahová kabina**

- šachetní i klecové dveře výtahu musí být provedeny jako samočinné vodorovně posuvné dveře
- šířka průchodu do výtahu je probrána výše
- kabina musí mít doplňkové úpravy – madlo po obvodě ve výšce 85 – 90cm
- výška ovládacích tlačítek v rozpětí 110 – 130 cm od podlahy a 60 cm od dveří výtahu
- poplašné zařízení, nejlépe řešit telefonem
- podlaha kabiny nesmí být textilní
- sklopné sedátko je umístěno blízko ovládacího panelu
- tlačítko pro přivolání výtahu na chodbě je ve výšce 105cm

(Samová, 1988)

#### **4.7 Chodba bytu**

„Pokud vcházíme do většího objektu, který nemá hned za vstupem předsíň, pak je za vstupem vytvořené pouze zádveří, tedy druhé dveře. Ty jsou zde osazeny, aby bylo eliminováno projití chladného vzduchu, případně nebyl vytvořen průvan ve vnitřním

prostoru. Způsob otevírání pak vymezuje minimální prostor mezi jednotlivými dveřmi pro dodržování minimálního manipulačního prostoru. V místnosti předsíně je vhodné osadit zrcadlo. Dbáme na to, aby bylo dostatečně velké, správně umístěné a jednoznačně pevně připevněné ke stěně. Při čemž spodní hrana nesmí být níže než 400mm nad podlahou, a to z důvodu možnosti najetí vozíkem.

Upřednostňujeme šatní skříň s posuvnými dveřmi a při jejich návrhu zohledňujeme dosahové vzdálenosti všech, kdo je budou využívat. Pokud bude šatní skříň využívána osobou na mechanickém vozíku, pak je vhodné skříň osadit na dostatečně vysoký a hluboký sokl, který umožní podjetí stupačkami vozíku a dovolí maximální přiblížení osoby na vozíku k samotné skříni. Dále vhodně umístíme háčky věšáku. Nejlépe ve dvou řadách, kdy vyšší je určena stojící osobě a nižší osobě na vozíku, případně dětem.

Pro osoby pohybující se na vozíku, případně s pomocí berlí, je krajně nevhodné umísťovat v předsíni jakékoliv volně čistící rohože. Pokud i přesto vyžadujeme mít zde tento prvek umístěný, pak nejlepším řešením je zabudování rohože do úrovně podlahy. Pokud chceme umístit rohož na již zrealizovanou podlahu, pak ji pevně připevníme k podlaze. Lemování takové rohože volíme většinou v podobě kovových náběhových lišt. Samotná rohož může být kobercová nebo gumová. Do své obruby je volně ložená, a proto ji lze vždy vyjmout a prostor vyčistit. Oproti klasické rohožce je těžší, a tudíž stabilnější. Do předsíně vybíráme také takový nábytek, který můžeme snadno udržovat. Podlahu volíme z takového materiálu, který je odolný vůči nečistotám. Stěny opatříme omyvatelnou tapetou nebo malbou.<sup>19</sup>

## 4.8 WC

Záchodová místnost musí být na šířku nejméně 1800mm a na hloubku nejméně 2150mm. Pokud přestavujeme dokončenou stavbu, jde rozměr místnosti snížit na 1600mm x 1600mm. Záchodová kabina, kde je nutné využití asistence musí pak tato

---

<sup>19</sup> Poláčková, Kateřina. Bydlení bez bariér. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. 35s.



místnost mít šířku nejméně 2200mm a hloubku nejméně 2150mm. Místnost musí obsahovat záchodovou mísu, madla, umyvadlo, háček na oděvy a prostor pro odpadkový koš. Můžeme doplnit o zrcadlo, vysoušeč rukou, dávkovač mýdla.

Nejmenší možné prostory pro záchodovou místnost jsou dány svými funkcemi – místnost v novostavbách, v rekonstruovaných stavbách a s využitím osobní asistence. U všech záchodových místností je důležité respektovat nejen rozměry, ale také správné rozmístění zařizovacích předmětů a hlavně umístění dveří, abychom se snažili zachovat nezbytnou manipulaci pro přesun na a ze záchodové mísy. Přesun může být realizován třemi různými způsoby, které vozíčkáři využívají. Patří sem nástup čelní, diagonální a boční. To je hlavní důvod proč je nutné zachovat manipulační prostor o průměru 1500mm.

Šířka pro vstup musí být nejméně 800mm, u bytů a domů nejméně však 900mm. Dveře od WC se musí otevírat směrem ven. Z vnitřní strany musí být opatřeny madlem, které je vodorovné ve výši 800 až 900mm. Zámek na dveřích musí být otevíratelný i zvenčí.

Záchodová mísa musí být umístěna v osové vzdálenosti 450mm od boční stěny. Mezi čelem záchodové mísy a zadní stěnou musí být nejméně 700mm. Místo okolo záchodové mísy musí umožňovat čelní, boční i diagonální nástup. U kabin, kde jsou nejmenší možné rozměry, musí být manipulační prostor pro dveře. Kabina, která je uzpůsobená osobní asistenci, musí mít záchodovou mísu usazenou v ose stěny, která je naproti dveřím. Horní hrana sedátka musí být ve výši 460mm nad podlahou. Ovládání splachování musí být zabudováno na straně, ze které je volný přístup k záchodu, nejvýše však 1200mm od podlahy. Splachovací zařízení musí být také dosažitelné osobě sedící na záchodové míse. V dosahu 600 až 1200mm od podlahy a také musí být v dosahu z podlahy nejvýše 150mm nad podlahou, musí být ovladač nouzového signalizačního systému. Velmi důležité je umístění otevírání dveří směrem ven. Dveře, které se otevírají dovnitř, brání manipulaci s dveřmi a v případě zdravotnických nebo jiných problémů nemůžeme tyto dveře otevřít zvenku.

Zavěšení záchodové mísy osově 450mm od boční stěny umožňuje z druhé strany mísy dostatečně manipulovat s vozíkem. Na této straně musí být přidělané sklopné madlo, pro snadnější přesun z vozíku na WC. Mísa musí být zavěšena 460mm vysoko. Pokud je sedátko výše, dochází při sezení ke zhoršení stability. Naopak při nižší výšce

dojde při přesezení k problému, že vozík je příliš vysoko. Pokud použijeme opěradlo nebo jinou konstrukci, vzdálenost k hraně mísy by měla být 550mm. Splachování WC je vhodné pneumatické splachování, které je umístěné na boční stěně v dosahu ze záchodové mísy a i přístupné z vozíku.

Umyvadlo je nutné opatřit stojánkovou výtokovou baterií s pákovým ovládním. Musí být umožněn podjezd osoby na vozíku, horní hrana musí být ve výšce 800mm. V místnostech minimálních rozměrů je vhodné použít malé umývatko. Na obou stranách mísy musí být madla ve vzájemné vzdálenosti 600mm a ve výši 800mm od podlahy. Pokud je u záchodové mísy přístup z jedné strany, musí být madlo na straně přístupu sklopné a musí přesahovat o 100mm záchod. Madla z druhé strany musí být pevná a přesah je 200mm. U záchodu s přístupem z obou dvou stran nebo u WC s využitím asistence potřebujeme obě dvě madla sklopná a s přesahem o 100mm. U umyvadla umístíme alespoň jedno svislé madlo o nejmenší délce 500mm.

Vybavení záchodové místnosti musí být umístěno v dosahových vzdálenostech, které jsou pro vozíčkáře vhodné. V dosahu z mísy je umístěn toaletní papír ve výšce 600-700mm od podlahy. Můžeme ho umístit pod madlo, pokud máme sklopné madlo, nebo na boční stěně. U umyvadla ve výšce 850mm by měla být odkládací police o velikosti 200x400mm. Ostatní vybavení jako je zásobník tekutého mýdla, zásobník na papírové ručníky, sušák na ruce, pneumatické vzdálené splachování umístíme ve vzdálenosti 800- 1200 mm. Vybavení umyvadla, počítáme tím i vodovodní baterii by mělo být vsazeno do ovládací části nejdále 300mm od přední hrany.

Pokud chceme umístit na toaletu zrcadlo, musíme myslet na to, že ho může používat jak stojící osoba, tak osoba na vozíku. Při volbě pevného zrcadla musí být spodní hrana ve výši 900mm nad podlahou a horní hrana ve výši minimálně 1800mm od podlahy. Sklopné zrcadlo musí být umístěno tak, aby ovládací páka nebyla vystupující do prostoru. (Zdařilová, 2011)

## **4.9 Kuchyň**

Kuchyň je jedna z prostor bezbariérového bytu nebo bytu zvláštního určení, ve které musíme přistupovat k navrhování a vybavování velmi pečlivě. Na správném rozvržení kuchyně závisí míra soběstačnosti handicapovaného. Je třeba počítat v rámci

standardního vybavení počítat s mikrovlnou troubou, myčkou a také místem na různé kuchyňské spotřebiče a kuchyňské pomocníky. Pod pracovní plochu je nutné možnost zajetí vozíkem, tudíž musí být dostatečné, samozřejmě s ohledem na velikostní kategorii bytu. U půdorysového zařízení kuchyně je nutné počítat s nutným manipulačním kruhem o průměru 150cm. Uspořádání kuchyně je u většiny bytů uspořádáno do tvaru písmene ‚L‘ nebo ‚U‘ vzhledem k dosažitelnosti jednotlivých zařizovacích prvků.

Musíme brát ohled na individuální potřeby jednotlivce, zda handicapovaný je dominantní pravák nebo levák a doporučuji konzultaci s budoucím uživatelem bytu. Může se stát, že byt budou užívat dva handicapovaní, každý z nich bude mít jiné požadavky na výšku zařízení kuchyně. Proto je vhodné volit použití ovládacích prvků jako je elektrické ovládání výška pracovní desky nebo závěsných kuchyňských skříněk. (Filipiová, 2002)

Je zapotřebí si uvědomit, že pro tělesně postiženou osobu je pohyb více zatěžující než pro zdravého člověka. Čím méně se například vozíčkář v kuchyni ‚nachodí‘, tím pro něj je vaření a příprava pokrmů méně namáhavá a hlavně bezpečnější. Proto při navrhování takovéto kuchyně musíme myslet na podrobnosti. Když si například představíme, že sedíme v kuchyni u pracovní desky a máme uvařit oběd pro rodinu. Když si promítneme scénář přípravy oběda, zjistíme, že dispoziční řešení kuchyně je velmi důležitou záležitostí. Musíme přesně vědět, kde bude dřez, odkapávač nádobí, varná deska, odkladová plocha, pracovní plocha, lednice, mikrovlnná trouba, kávovar, kam umístíme kuchyňského robota, troubu na pečení.

Když si uvědomíme, co je vše potřeba. Varná deska nesmí být v rohu u zdi linky. Pokud je umístěna na konci kuchyňské linky, musí být odsazena nejméně 45cm od boční zdi. Dřez by měl být umístěný poblíž varné desky. Pečící troubu či kombinovanou mikrovlnou troubu umístíme tak, aby vedle ní byla plocha, pod kterou vozíčkář bez problémů může zajet. Měli bychom myslet i na to, že jinak to potřebuje vozíčkář pravák a jinak levák. Je-li pravák, musí mít prostor pro zajetí vlevo od trouby, když je levák tak naopak. Hned vedle trouby je vhodný odkládací prostor s povrchovou úpravou odolnou vůči vysokým teplotám.

Výška pracovní desky je 720 až 750mm. Prostor, který je pod deskou, tedy vzdálenost spodní hrany desky od podlahy bývá 700mm. Šířka pracovní desky bez dřezu nebo varné desky by měla být 900 až 1200mm. Spodní kuchyňské skřínky jsou

vhodné umístit po stranách volné pracovní plochy. Volnou pracovní plochou máme na mysli část linky, pod kterou osoba na vozíku může bez potíží zajet. Sokly takovéhoto skříněk by měly být hluboké 100 až 150mm a vysoké přibližně 250mm. Přístupnost vnitřku skříněk můžeme uzpůsobit několika způsoby. Před tím bychom si měli uvědomit, že skřínky jsou hluboké 600mm a zadní prostory skříněk jsou tudíž pro vozičkáře nedostupné. Jedno řešení je otáčivý celý vnitřní policový prostor. Princip tohoto řešení není špatný, ale mají jednu nevýhodu, špatně se provádí, tudíž drhnou a těžce se otáčejí. Vhodné řešení pro zpřístupnění úložné prostory jak nad kuchyňskou linkou tak pod, je princip otočných drátěných košů. Závěsné skřínky v kuchyni jsou ve výši dolní hrany 350 až 400mm od pracovní plochy, horní hrana skřínky je cca 1600 až 1700mm nad zemí. Pod dřez, varný panel a část pracovní plochy je potřeba možnosti zajetí vozíkem. Vedle pracovního místa je správné umístit zásuvky. Návrh by měl obsahovat i vysouvací desku z pracovní desky pro vytvoření boční odkládací plochy.

Při vytváření návrhu je vhodně myslet i na správné umístění ovládacích panelů. Pro obsluhu varného panelu je vhodné prvky ovládání umístit na pracovní plochu. Alternativní ovládání na desce by měl mít i odsavač par nebo musí být umístěn na zadní stěně kuchyně jako i zásuvky a vypínače světel.

Vodovodní baterie má být zabudována na pracovní desce, tudíž sloupková baterie. Je potřeba volit baterii pákovou a velmi vhodné je řešení s pojistkou proti opaření. Důležité je i vhodné tvary úchytek. Musíme si uvědomit stupeň postižení a konzultovat s klientem, jaké úchytky by mu vyhovovaly. Nevhodné jsou malé ‚knoflíkové‘ nebo například pouhé zářezy ve dvířkách.

Vhodné doplňky do kuchyně jsou i mobilní kusy nábytku na kolečkách. Různé servírovací stolky, které pomáhají při manipulaci s větším množstvím nádobí nebo naopak poslouží jako odkládací plocha. Součástí vybavení bytu bezpodmínečně patří jídelní stůl. U jídelního stolu se soustředíme na to, zda se dá pod stůl zajet vozíkem. Tudíž výška stolu by měla být asi 720 až 750mm, spodní hrana by měla být 700mm. Je důležité dodržet tyto vzdálenosti, protože vozičkář sedí na vozíku ve výši asi 500mm, to znamená výše než běžný sedák židle. Jídelní stůl je vhodné doplnit židlemi. Potřebná výška židlí je 500mm a velikost sedáku židle 500x500mm. Je zapotřebí stabilní a masivní židle, která může být vybavena i područkami. (Filipiová, 1998)

## 4.10 Obývací pokoj

U většiny bytů středem domácnosti bývá obývací pokoj. U většiny lidí se zde uskutečňují kulturní akce a sezení s rodinou. V menších bytech se zde můžeme setkat i s pracovním místem nebo jídelním koutem. V obývacím pokoji, kde se pohybuje osoba na vozíku, by měl být zařízen lehkým mobilním nábytkem, se kterým může lehce manipulovat i osoba na vozíku. V pokoji nesmí chybět křesla, která se musí volit s ohledem na pohodlí uživatele bytu. Velmi zapomínaná jsou relaxační křesla, která zejména pro vozíčkáře by měla být standardním vybavením bytu. Vyplývá z toho počítat s více půdorysovým prostorem a to 1700 x 1000mm. (Filipiová, 2002)

Vhodnější variantou jsou samostatná křesla. Máme hned několik důvodů proč. Se samotným křeslem je snazší manipulace a to i pro člověka na vozíku. A navíc každý člen si může vybrat křeslo podle svých nároků, tím lépe pro postiženého člena rodiny. Z dispozičního hlediska musí obývací pokoj navazovat na kuchyň. V blízkosti bychom měli počítat s WC. Vhodná podlahová krytina pro osoby na vozíku je dlažba, lepený koberec po celé podlahové ploše, dřevěná nebo lamino podlaha. V žádném případě nedoporučuji volně položené koberce. Pokud si zvolíme koberec, měli bychom myslet na to, že koberec by měl být o rozloze přes celou místnost. Můžeme též použít jako krytinu linoleum nebo korek. V dnešní době se používá také dlažba či laminátová podlaha. (Filipiová, 1998)

### 4.10.1 Relaxační křeslo

Relaxační křesla nám jednak uleví namáhané páteři a jednak odlehčí sedacím partiím. Málokdo ví, že poloha vsedě je pro páteř nejvíce namáhavou polohou. Páteř je v této poloze desetkrát více zatížena než v poloze ve stoje. Dalším důvodem proč, relaxační křeslo, je hrozba proleženin.

Toto křeslo je specifické. Musí mít výše položený sedák a to správná výška sedáku by se měla pohybovat okolo 45cm. Měl by být pružný a to z důvodu snadnějšího přesunu zpět na vozík. Existují i křesla se zvedacím mechanismem. Křeslo se pak pomocí elektrického ovládání pozvolna zvedá a vertikalizuje postiženého.

Čalounění by nemělo být z příliš měkkého materiálu. Čalounění vybíráme spíše tvrdší, pokud má vozíčkář strach z proleženin, může si na křeslo položit ještě antidekubitní polštář. Potah volíme z přírodních materiálů, minimalizujeme tím vznik opruzenin a následně proleženin. A také je vhodné sundavací potah z důvodu lepší hygieny.

Područky křesla mají být pevná a vyšší, při přisedání se může vozíčkář o ně opřít a cítí se bezpečně. Opěradlo by mělo být vyšší než 30cm. Raději volíme křesla s opěrákem vyšším, aby si vozíčkář mohl opřít i hlavu v přirozené poloze. Z této polohy vyplývá, že optimální výška opěráku by měla být cca 75 až 80cm se sklonem takovým, aby nedošlo při sedu k velkému zaklonění. Křeslo by mělo také obsahovat podnožku. (Filipiová, 1998)

#### **4.11 Ložnice**

Výšku postele volíme vyšší než postel pro zdravého člověka. Pro lepší přesun z vozíku do postele, pak to je výška postele přibližně 50cm. Je to však vhodné řešit individuálně s každým klientem. Optimální velikost lůžka pro jednu osobu je o rozměru 90x200cm. Můžeme však dopřát klientovi i lůžko 120 až 140cm široké. Musíme však zvážit nutnost asistence, protože u nutné asistence není vhodné volit široké lůžko. Pokud tráví klient na lůžku více času, je vhodné vybrat polohovací lůžko. Dnes již je běžně dostupné elektrické polohovací lůžko. V žádném případě nezapomínáme na vhodný výběr matrace. Důležitá je správná tvrdost a materiál matrace. Vhodné je používat antidekubitní matraci. Vhodné je se i zamyslet nad přesuny. Pro snadnější sedání z lehu je vhodná postranní hrazdička či madlo. Pomůckou pro osobu, která potřebuje vysoký stupeň asistence je vhodný zvedák. Při používání zvedáku musíme předem myslet na dostatečnou manipulační plochu a možnost podjetí pod postel. (Poláčková, 2011)

V ložnici musíme také počítat s manipulačním prostorem 150cm. Musíme myslet na to, že může být pokoj dvoulůžkový a pohybovat se zde dvě osoby. Vhodná podlahová krytina je lepený koberec v celé ploše místnosti. Nyní se dává i dřevěná či laminátová podlaha, méně často i dlažba. (Filipiová, 2002)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Cílem práce je nastudování teoretických dovedností týkajících se jak transverzální míšňí léze, bezbariérového prostředí a možností jeho nápravy. Poté využití získaných vědomostí v ergoterapeutické intervenci při práci s klienty. Tato bakalářská práce by mohla v budoucnu posloužit jako výukový materiál pro studenty, ale především jako manuál pro vytvoření bezbariérového prostředí jak pro klienty s míšňí lézí, tak i pro jejich rodinné příslušníky, přátele a další širokou laickou veřejnost.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o míšňích lézích, její etiologii a zdravotním omezením, vědomosti o bezbariérových úpravách, jejich technických parametrech, možných aktivit při tělesném znevýhodnění.
2. Vybrání sledovaných souborů klientů a zjištění charakteristických znaků těchto skupin.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Sestavit bezbariérové úpravy a aktivizační program pro jednotlivé skupiny, aplikovat je a souběžným pravidelným kontrolováním výsledků pomocí vyšetřovacích metod s eventuálními úpravami prostředí a aktivit podle výsledků.

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

## **6 HYPOTÉZY**

Předpokládám, že:

1. Klienti, po transversální míšní lézi bez bezbariérové úpravy bytu jsou méně soběstační, než klienti v bezbariérovém prostředí.
2. Klienti, kteří žijí samostatně, mají jiné nároky, než klienti, kteří žijí s rodinou nebo partnerem.
3. Ženy – klientky budou mít jiné nároky na bezbariérové úpravy než muži – klienti.



## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Ke zjištění informací o soběstačnosti klientů po míšní lézi budu sledovat tento subjekt:

### **Sledovaný soubor A (domácí prostředí)**

Soubor bude složen z klientů, kteří žijí v bezbariérovém bytě. Kazuistikou zjistím charakteristické znaky souboru. Klienty vyšetřím testy SCIM a BI. S klienty provedu konzultaci, zda bezbariérové úpravy bytu plně vyhovují, popřípadě o možnosti změny či dodám materiály k bezbariérové úpravě konkrétního bytu.

## 8 KAZUISTIKY

### 8.1 Kazuistika 1

#### 8.1.1 Úvod, základní informace

- **Klient:** muž
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:
    - Fr. C5 s LMS od C5, dekomprese a přední stabilizace C4 – C6
      - Datum vzniku onemocnění - 27. 6. 2009
  - Vedlejší:
    - 0
- **Věk:** 26 let
- **Datum onemocnění:** 27. 6. 2009
- **Vznik onemocnění:** motonehoda
- **Informace z příjmu:**
  - 27. 6. 2009 motonehoda, zlomeninu C5-C6 s míšní lézí, operován předním přístupem – Spinální jednotka Brno, poté RÚ Luže Košumberk
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klient v dětství prodělal běžné dětské nemoci
    - Do 27. 6. 2009 neprodělal žádné jiné úrazy, které by klienta omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klient bydlí v rodinném domě, bariéry – 1 schody do domu - řeší pomocí asistenta - bratra
    - Bydlí s bratrem, matkou a otcem
  - **Sociální anamnéza**
    - Bydlí v rodinném domku, přístup do bytu řešen pomocí asistence, koupelna upravena dle potřeb klienta – sprchový kout, koupel na koupacím křesle

- Klient používá:
  - Kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Küschall Champion (2010), antidekubitní polštář – Flo-Tech – Invacare (2010), zádová opěrka Jay-3, skluzná deska, elektrické polohovací lůžko, zvedák, dlaňová páska – při psaní na PC, elektrický vozík (používá pouze v exteriéru a to ještě zřídkka)
- **Pracovní anamnéza**
  - Klient je vyučen – automechanik
  - Před úrazem pracoval jako OSVČ prodeje automobilových náhradních dílů
  - Pobírá plný invalidní důchod
  - Nyní pracuje z domu – UNEX a OSVČ – finanční poradenství

### 8.1.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

- Hodnocení pomocí činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 1. 12. 2011
- **Hodnocení soběstačnosti**
  - Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
    - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
    - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
- **PADL:**
- **Oblékání/svlékání**
  - Horní polovina těla: Obléká samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí, potřeba asistence pouze na knoflíky, zipy nebo tkaničky
  - Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci
- **Sebesycení**
  - Jí a pije samostatně, potřebuje asistenci na krájení potravy (jí pomocí vidličky nebo lžíce)

### ➤ **Hygiena**

- Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně bez kompenzační pomůcky
- Koupel:
  - Horní polovina těla: potřebuje částečnou asistenci – umytí zad
  - Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci

### ➤ **Přesuny a mobilita:**

- Přesun z vozíku na lůžko a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo, používá skluznou desku
- Přesun vozík – toaleta a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo
- Přesun vozík – automobil: klient potřebuje asistenci, 3 opěrný bod o čelo, používá skluznou desku, při nekluzkém materiálu kalhot – asistence popotažení

### ➤ **Vyměšování**

- Ovládání svěračů – močový měchýř
  - Potřebuje asistenci při používání pomůcek pro inkontinenci a i při samotném cévkování (částečná asistence)
- Ovládání svěračů – střevo
  - Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (při zavedení čípku), zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)

### **IADL:**

#### ➤ **Nakupování, manipulace s penězi**

- S asistencí, přejezdy přes přechody nutná asistence
- Klient platí kreditní kartou
- Při nákupu potřebuje asistenci s podáváním nakupovaných věcí, košík má umístěný na klíně

#### ➤ **Vaření**

- Nyní neprovádí

- **Domácí práce**
  - Nyní neprovádí
- **Praní**
  - Nyní neprovádí
- **Transport**
  - S asistencí
  - Architektonické bariéry – nutná asistence
- **Jízda autem**
  - Má autoškolu, řídí, má zakoupený automobil se sociálním příspěvkem, automobil upraven na ruční řízení firmou HURT, automobil ŠKODA Fabia
- **Telefonování**
  - Klient telefonuje samostatně, používá dotykový mobilní telefon
- **Sociální integrace**
  - Přátelský, asistent bratr – společní kamarádi, klient sociálně aktivní
- **Záliby**
  - PC, četba, kamarádi, quadrugby, pasivně motosport
- **Mobilita**
  - Mobilita v interiéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita v exteriéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku, při architektonických bariérách nutná částečná asistence
    - Pohybuje se na elektrickém vozíku (zřídká) – pak nepotřebuje asistenci
- **Kognitivní funkce**
  - Orientovaný v čase, v prostoru, v osobě
- **Psychosociální role**
  - Psychický stav klienta dobrý, potřeba zvýšení sebevědomí v činnostech, které zvládne, někdy si nevěří

➤ **Funkční hodnocení**

- Čítí
  - Dotykové čítí: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: cítí 1. – 3. prst ostatní ne
  - Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí
  - Čítí pro bolest: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí
- **Pohyblivost**
  - Horní končetiny
    - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
  - Dolní končetiny
    - Pasivní hybnost v kloubech DKK ve fyziologickém rozsahu
  - Vzhled kůže
    - Kůže na HKK
      - PHK – zdrsňená kůže na malíkové straně
      - LHK – bez defektů
    - Kůže na DKK – bez defektů
  - Úchopy
    - Klient má náhradní tetraplegický úchop
    - Způsob úchopu: laterální
  - Dominance: pravá

➤ **Výsledky testů:**

- Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - 50b.
- SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - 40b.

➤ **Závěr vstupního vyšetření:**

- Klient v období od 21.11. - 9. 12. 2011 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, uvolnění a stimulace svalů předloktí a ruky, uvolnění kloubů zápěstí a ruky, konzultace bezbariérového životního prostředí, nácvik správných propulzních vzorů, nácvik přesunů na lůžko a do automobilu), individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.
  - Klient má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti oblékání dolní ½ těla, přesunů, hygiena dolní ½ těla, zavádění čípků, cévkování a úchopové funkce ruky.
  - Klient má problémy v oblasti bariérovosti domácího prostředí, po domě se pohybu v přízemí sám v upraveném prostředí, ale sám se z domu nedostane – architektonická bariéra - schod
  - Dle vyšetření klienta a jeho přání byl stanoven s klientem ergoterapeutický plán.

### 8.1.3 Ergoterapeutický plán

➤ **Silné stránky klienta**

- Vytrvalost klienta
- Má dobrý potenciál pro zlepšení přesunů
- Vyrovnaný se svým zdravotním stavem

➤ **Slabé stránky klienta**

- Zvýšená asistence ze strany bratra
- Občasné zneužívání asistence

➤ **Problémové oblasti klienta**

- pADL – potřeba asistence u oblékání dolní ½ těla
- Přesun z vozíku na lůžko a zpět (asistence)
- Přesun z vozíku do auta a zpět
- Potřeba asistence při hygieně
- Nutná asistence při zavádění čípků

- Nutná asistence při močení
- Bariéry v domácím prostředí – schod před vstupem do domu

➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

- Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 2 týdnů
- **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**
- Nácvik mobility na žíněnce
- Nácvik přesunů z vozíku na lůžko
- Nácvik správného propulzního vzoru
- Nácvik přesunů z vozíku do auta
- Přenastavení vozíku
- Konzultace bezbariérového životního prostředí
- Doporučení bezbariérových úprav bytu – nájezd do domu

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
- Pokračovat v KEP
- Zajištění jiné asistence
- Samostatné bydlení
- Nácvik samostatného oblékání dolní ½ těla
- Nácvik stability sedu na válkách

➤ **Typ, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie + skupinová
- Frekvence terapie:
  - 1x denně - 50minut

#### 8.1.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** nácvik přesunu do automobilu
- **Náplň TJ:** vysvětlit strategii přesunu do automobilu, najít vhodný způsob přesunu, slovní vedení – supervize, asistence – třetí opěrný bod o čelo
- **Délka TJ:** 50 minut



- **Předměty, které byly využity při terapii:** automobil ŠKODA Fabia, skluzné prkno
- **Referenční rámec:** biomechanický, kompenzační
- **Přístup:** ADL, kompenzační
- **Reakce klienta:** klient pochopil strategii přesunů a byl rád, že už ví jak na přesuny
- **Silné stránky klienta:** klient se snažil a byl vytrvalý
- **Slabé stránky klienta:** zvýšená asistence bratra
- **Doporučení/instruktaž:**
  - pravidelný nácvik přesunů postupně i bez supervize
  - vyřešit kam s vozíkem po přesunu do automobilu (zda za sebe nebo vedle sebe)

#### 8.1.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Nácvik přesunů do automobilu
  - ✓ Konzultace bezbariérové životní prostředí
  - ✓ Nácvik přesunů na lůžko
  - ✓ Konzultace bezbariérového řešení bydlení
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Nácvik přesunů do automobilu a na lůžko
  - ✓ Terapie ruky
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce + propulzní vzor
  - ✓ Terapie ruky

#### 8.1.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

- **Zhodnocení průběhu terapie**
  - Klient nacvičoval mobilitu na žíněnce, z lehu se dostat na lokty s částečnou asistencí, z loktů švihovým pohybem se dostat na bok,

švihovým pohybem se dostat HK za tělo jako oporu a postupné přeručkování do sedu

- Klient si natrénoval správný postup mobility na žíněnce
- Klient nacvičoval přesouvání se po žíněnce (klientovi tato činnost nedělala problém)
- Klient nacvičoval přesuny na lůžko, kde potřeboval ze začátku částečnou asistenci + supervizi, později jen supervizi a asistenci – třetí opěrný bod
- Klient nacvičovat přesuny do automobilu, kde potřeboval ze začátku částečnou asistenci + supervizi, později jen supervizi a asistenci – třetí opěrný bod
- Proběhla instruktáž přesunů s bratrem
- Klient je informován o bezbariérových úpravách domácího prostředí, aby nebyl závislý na asistenci, když se chce dostat z domu nebo do domu

#### ➤ **Návrhy a doporučení**

- Zajistit osobní asistenci
- Trénink svalové síly
- Nacvičovat mobilitu na žíněnce i v domácím prostředí
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Nácvič samostatného cévkování
- Nácvič koupele bez asistence
- Bezbariérové úpravy domácího prostředí – doporučen nájezd do domu, před domem dostatek místa pro nájezd

#### ➤ **Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientem jsme konzultovali jeho současný rodinný dům. Nyní bydlí s rodiči. Do budoucna plánuje odstěhování se, však nyní ještě neví, zda dům či byt.
- Vstup do domu: klient není soběstačný při vstupu do domu, před domem je 1 schod (cca 10cm vysoký), klient potřebuje asistenci při překonání, doporučen vybudovat pozvolný nájezd, před domem je dostatečné místo pro vybudování, poté by klient byl soběstačný, viz. Příloha číslo 1
- Koupelna: klient má bezbariérově řešenou koupelnu, umyvadlo plně vyhovuje potřebám klienta, používá sprchový kout, který je řešen

prostorně – vyhovující, WC klient má také přizpůsobené a vyhovující – koupelnu s WC jsme zhodnotili jako plně vyhovující

- Kuchyň: klient nevyužívá, není bezbariérově řešena, neplánuje využívat, proto jsme nekonzultovali
- Ostatní místnosti domu: klient má možnost sám zajet do obývacího pokoje, do ložnice, v ostatních místnostech laminátová podlaha a odstraněné prahy - vyhovující

## 8.2 Kazuistika 2

### 8.2.1 Úvod, základní informace

- **Klientka:** žena
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:
    - Fr. C6 s kompletní míšní lézí, tetraplegie
      - (11. 3. 2009)
  - Vedlejší:
    - Hypertenze
- **Věk:** 40 let
- **Datum onemocnění:** 11. 3. 2009
- **Vznik onemocnění:** nehoda v autobuse
- **Informace z příjmu:**
  - 11. 3. 2009 nehoda autobusu, transport SJ Motol, pak RÚ Kladruby
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci
    - Do 11. 3. 2009 neprodělala žádné jiné úrazy, které by klientku omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
    - Ve 20 letech psychické trauma – ztráta rodičů
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klientka bydlí v bezbariérovém bytě
    - Bydlí sama
  - **Sociální anamnéza**
    - Bydlí v bezbariérovém bytě, který byl přímo upraven k potřebám klientky
    - Klientka používá
      - kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Otto Bock - Advantage (2009), antidekubitní polštář – Jay X- TREME (2009), elektrické polohovací lůžko

- **Pracovní anamnéza**
  - Klientka je vyučena – švadlena
  - Před úrazem pracovala jako švadlena
  - Pobírá plný invalidní důchod

## 8.2.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

### ➤ **Hodnocení soběstačnosti**

- Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
  - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
- Hodnocení pomocí činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 3. 1. 2011

### ➤ **PADL:**

### ➤ **Oblékání/svlékání**

- Horní polovina těla: Obléká samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- Dolní polovina těla: Obléká samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

### ➤ **Sebesycení**

- Jí a pije samostatně, v upravené kuchyni sama zvládne uvařit jednoduché jídlo

### ➤ **Hygiena**

- Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně s kompenzační pomůckou
- Koupel:
  - Horní polovina těla: myje se samostatně s kompenzační pomůckou nebo v přizpůsobeném prostředí
  - Dolní polovina těla: myje se samostatně s kompenzační pomůckou nebo v přizpůsobeném prostředí

### ➤ **Přesuny a mobilita:**

- Přesun z vozíku na lůžko a zpět: Samostatný, pomocí skluzné desky

- Přesun vozík – toaleta a zpět: Samostatný, pomocí skluzné desky
- Přesun vozík – automobil: Samostatný, pomocí skluzné desky
- **Vyměšování**
  - Ovládání svěračů – močový měchýř
    - Klientka se sama cévkuje
  - Ovládání svěračů – střevo
    - Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (při zavedení čípku), zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)

## **IADL:**

- **Nakupování, manipulace s penězi**
  - S asistencí, přejezdy přes přechody nutná asistence
  - Potřebuje asistenci při podávání předmětů
  - Klientka platí bankovkami, nechává si drobné sypat od prodavačky do přihrádky na drobné, neplatí jimi
- **Vaření**
  - Vaří v bezbariérové kuchyni jednodušší pokrmy
- **Domácí práce**
  - Provede běžný úklid
  - Pověsit záclony, umýt okna nezvládá
- **Praní**
  - Samostatné, asistence při věšení prádla
- **Transport**
  - S asistencí
  - Architektonické bariery – nutná asistence
- **Jízda autem**
  - Má autoškolu, po úraze ještě neřídila, má zakoupený automobil se sociálním příspěvkem
- **Telefonování**
  - Klientka telefonuje samostatně, používá dotykový mobilní telefon
- **Sociální integrace**
  - Přátelská, komunikativní
- **Záliby**
  - PC, četba, kamarádi, šití

➤ **Mobilita**

- Mobilita v interiéru
  - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
- Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
  - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
- Mobilita v exteriéru
  - Potřebuje částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku

➤ **Kognitivní funkce**

- Orientovaná v čase, v prostoru, v osobě

➤ **Psychosociální role**

- Psychický stav klientky dobrý, potřeba zvýšení sebevědomí v činnostech, které zvládne, někdy si nevěří

➤ **Funkční hodnocení**

- Čítí
  - Dotykové čítí: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: cítí 1. – 3. prst, ostatní ne
  - Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: cítí 1. - 3. prst, ostatní ne
  - Čítí pro bolest: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: cítí 1. – 3. prst, ostatní ne

- **Pohyblivost**

- Horní končetiny
  - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
- Dolní končetiny
  - Pasivní hybnost v kloubech DKK ve fyziologickém rozsahu
- Vzhled kůže
  - Kůže na HKK – bez defektů

- Kůže na DKK – bez defektů
- Úchopy
  - Klientka má náhradní tetraplegický úchop
  - Způsob úchopu: laterální, bimanuální
  - Dominance: pravá

#### **Výsledky testů:**

- Index soběstačnosti dle Barthelové – BI
  - 65b.
- SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - 57b.

#### **➤ Závěr vstupního vyšetření:**

- Klientka v období od 2. 1. 2012 – 23. 1. 2012 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, mobility na válčích, kreativní techniky, konzultace o bezbariérovém životním prostředí), individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.
  - Klientka má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti zavádění čípků.
  - Dle vyšetření klientky a její přání byl stanoven s klientkou ergoterapeutický plán.

### **8.2.3 Ergoterapeutický plán**

#### **➤ Silné stránky klientky**

- Vytrvalost klientky
- Svalová síla klientky
- Vyrovnaná se svým zdravotním stavem

#### **➤ Slabé stránky klientky**

- Bolest ramenních kloubů
- Slabá sebedůvěra – nejdříve říká, že nezvládne prováděnou činnost a pak zvládne bez potíží



- **Problémové oblasti klientky**
  - pADL – potřeba asistenci při zavádění čípků
  - Chybí motivovanost klientky
  
- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**
  - Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů
  - **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**
  - Nácvik mobility na žíněnce
  - Nácvik stability sedu na válci
  - Vyzkoušet kreativní techniky – výroba náušnic
  - Ergodiagnostika
  - Konzultace o bezbariérových úpravách bytu
  
- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**
  - **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
  - Pokračovat v KEP
  - Zkusit kondiční jízdy
  - Najít vhodné zaměstnání
  - Zlepšení stability sedu na válcích
  
- **Typ, frekvence a délka terapie**
  - Individuální terapie + skupinová
  - Frekvence terapie:
    - 1x denně - 50minut

#### 8.2.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** skupinová
- **Cíl TJ:** nácvik stability sedu na válcích
- **Náplň TJ:** vysvětlit strategii nácviků stability sedu, praktická ukázka s lektorem soběstačnosti a provedení
- **Délka TJ:** 50 minut
- **Předměty, které byly využity při terapii:** žíněnka, válec, míč
- **Referenční rámec:** biomechanický

- **Přístup:** ADL, přístup stupňovaných aktivit
- **Reakce klientky:** klientka byla překvapena, co zvládne
- **Silné stránky klientky:** klientka se snažila
- **Slabé stránky klientky:** strach
- **Doporučení/instruktaž:**
  - nepodceňovat se

#### 8.2.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Nácvik postury sedu na válcích
  - ✓ Konzultace o bezbariérových úpravách bytu
  - ✓ Kreativní techniky – výroba náušnic z korálků
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce + válec
  - ✓ Konzultace o konkrétním bytu klientky

#### 8.2.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

- **Zhodnocení průběhu terapie**
  - Klientka nacvičovala posturu sedu na válcích, nejdříve jen vyrovnávala pohyby válce, poté i pohyby svého těla.
  - Stupňovaly jsme aktivity pomocí míče, házení míčem.
  - Klientka si natrénoval správný postup mobility na žíněnce
  - Klientka si natrénovala přesun na válec
  - Klientka si vyzkoušela kreativní techniku výroby náušnic
  - Klientka byla informována o bezbariérových úpravách bytu, nejdříve konzultaci chtěla, že nemá úplně bezbariérový byt a po konzultaci zjistila, že vše v domácím prostředí má vhodně upraveno pro svoje potřeby
  
- **Návrhy a doporučení**
  - Zajistit osobní asistenci
  - Zkušební jízdy automobilem
  - Trénink svalové síly
  - Výběr nového vozíku

- Najít vhodné zaměstnání
- Vyřešit úpravy automobilu - konzultace
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Nácvik zavádění čípků

➤ **Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientkou jsme konzultovaly její bezbariérový byt.
- Vstup do domu: klientka má bezbariérový vstup do bytu pomocí výtahu - vyhovující
- Koupelna: klientka má bezbariérově vybudovanou koupelnu se sprchovým koutem, WC též bezbariérové a plně vyhovující potřebám klientky
- Kuchyň: klientka má bezbariérovou kuchyň, ve které je soběstačná, uvaří i jednodušší pokrmy
- Ostatní místnosti domu: klientka má možnost sama zajet do obývacího pokoje, do ložnice, v ostatních místnostech laminátová podlaha a dlažba, odstraněné prahy - vyhovující

## 8.3 Kazuistika 3

### 8.3.1 Úvod, základní informace

- **Klientka:** žena
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:
    - polytrauma, tříštivá fr. C7 s kompletní lézí míšní, fixatio C6-Th1
      - (10. 3. 2010)
  - Vedlejší:
    - tržná rána – semiskalpace
    - fr. pravé lopatky
- **Věk:** 24 let
- **Datum onemocnění:** 10. 3. 2010
- **Vznik onemocnění:** autonehoda - spolujezdec
- **Informace z příjmu:**
  - Transport do FN Olomouc, kde proveden operační výkon – fixace C6-TH1, po 3 týdnech hospitalizace na JIP FN Olomouc převoz na ARO Nemocnice Hranice zde opět 3 týdny, poté převoz na SJ FN Ostrava, kde klientka byla 4 měsíce hospitalizovaná, poté RÚ Hrabyně, kde klientka byla do 24. 1. 2011
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci
    - Do 10. 3. 2010 neprodělala žádné jiné úrazy, které by klientku omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klientka bydlí v rodinném domě, bariéry – schody řeší plošinou a šikmou schodišťovou sedačkou
    - Bydlí s matkou a otcem

- **Sociální anamnéza**
  - Bydlí v rodinném domku, přístup do bytu řešen plošinou a šikmou schodišťovou sedačkou, koupelna upravena dle potřeb klientky – sprchový kout
  - Klientka používá kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Quick (2010), antidekubitní polštář – Jay X- TREME (2010), skluzná deska
- **Pracovní anamnéza**
  - Pobírá plný invalidní důchod
  - Pracuje pro společnost UNEX - analytik

### 8.3.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

#### ➤ **Hodnocení soběstačnosti**

- Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
  - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
- Hodnocení pomoci činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 5. 12. 2011

#### ➤ **PADL:**

#### ➤ **Oblékání/svlékání**

- Horní polovina těla: Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- Dolní polovina těla: Potřebuje asistenci při dotažení oděvu, potřebuje asistenci na knoflíky, zipy a tkaničky

#### ➤ **Sebesycení**

- Jí a pije samostatně, nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky

#### ➤ **Hygiena**

- Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

- Koupel:
  - Horní polovina těla: myje se samostatně, potřebuje přizpůsobené prostředí
  - Dolní polovina těla: potřebuje částečnou asistenci, nemá stabilitu těla, proto nutná asistence

### **Přesuny a mobilita:**

- Přesun z vozíku na lůžko a zpět: Klientka se přesune sama s pomocí skluzné desky
- Přesun vozík – toaleta a zpět: Klientka se přesune sama s pomocí skluzné desky
- Přesun vozík – automobil: Klientka se přesune sama s pomocí skluzné desky

### ➤ **Vyměšování**

- Ovládání svěračů – močový měchýř
  - Samostatná intermitentní katetrizace, potřebuje asistenci při svlékání
- Ovládání svěračů – střevo
  - Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (při zavedení čípku), zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)

### **IADL:**

#### ➤ **Nakupování, manipulace s penězi**

- S asistencí, přejezdy přes přechody nutná asistence
- Klientka nakupuje zřídka, potřebuje asistenci při podání věcí a manipulaci s penězi

#### ➤ **Vaření**

- Nyní neprovádí

#### ➤ **Domácí práce**

- Nyní neprovádí

#### ➤ **Praní**

- Nyní neprovádí

#### ➤ **Transport**

- S asistencí
- Architektonické bariery – nutná asistence

- **Jízda autem**
  - Má autoškolu, řídí, má zakoupený automobil se sociálním příspěvkem, automobil upraven na ruční řízení firmou HURT, automobil ŠKODA Octavia
- **Telefonování**
  - Klientka telefonuje samostatně, používá dotykový mobilní telefon
- **Sociální integrace**
  - Přátelská, snaživá, motivovaná rodinou a přítelem k sebezlepšování
- **Záliby**
  - Handbike, kreativní činnosti, přítel
- **Mobilita**
  - Mobilita v interiéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita v exteriéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku, při architektonických bariérách nutná částečná asistence
- **Kognitivní funkce**
  - Orientovaná v čase, v prostoru, v osobě
- **Psychosociální role**
  - Psychický stav klientky dobrý
- **Funkční hodnocení**
  - Čítí
    - Dotykové čítí: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK: necítí 5, 4, prst, laterální stranu předloktí, jinak cítí na HKK beze změn
    - Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK:

necítí 5, 4, prst, laterální stranu předloktí, jinak cítí na HKK beze změn

- Čítí pro bolest: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK: necítí 5, 4, prst, laterální stranu předloktí, jinak cítí na HKK beze změn, bolest cítí i na dorzum nártu

○

- **Pohyblivost**

- Horní končetiny
  - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
- Dolní končetiny
  - Pasivní hybnost v kloubech DKK ve fyziologickém rozsahu
- Vzhled kůže
  - Kůže na HKK
    - PHK – odřenina palcové strany ruky
    - LHK – bez defektů
  - Kůže na DKK – bez defektů
- Úchopy
  - Klientka má náhradní tetraplegický úchop
  - Způsob úchopu: laterální, bimanuální
  - Dominance: pravá

➤ **Výsledky testů:**

- Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - **55b.**
- SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - **51b.**

➤ **Závěr vstupního vyšetření:**

- Klient v období od 28. 11. 2011 – 16. 12. 2011 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se



skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, uvolnění a stimulace svalů předloktí a ruky, uvolnění kloubů zápěstí a ruky, terapie v terénu, nácvik přesunů z vozíku do auta, kreativní činnosti, bezbariérová konzultace), individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.

- Klientka má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti oblékání dolní ½ těla, hygiena dolní ½ těla, zavádění čípků.
- Klientka má problémy z hlediska bariérovosti domácího prostředí.
- Dle vyšetření klienta a jeho přání byl stanoven s klientem ergoterapeutický plán.

### 8.3.3 Ergoterapeutický plán

#### ➤ Silné stránky klientky

- Vytrvalost klientky
- Motivovanost klientky
- Vyrovnaný se svým zdravotním stavem

#### ➤ Slabé stránky klientky

- Bolest ramen po přesunech
- Někdy má klientka slabé chvíle a vzdává se

#### ➤ Problémové oblasti klientky

- pADL – potřeba asistence u oblékání dolní ½ těla
- Potřeba při hygieně
- Nutná asistence při zavádění čípků
- Bariéry v domácím prostředí

#### ➤ Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů
- **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**
- Nácvik mobility na žíněnce
- Konzultace o architektonických bariérách
- Nácvik správných propulzí

- Nácvik stability sedu na válci

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
- Pokračovat v KEP
- Nácvik samostatného oblékání dolní ½ těla
- Zlepšení stability sedu na válcích
- Bezbariérové řešení bytu

➤ **Typ, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie + skupinová
- Frekvence terapie:
  - 1x denně - 50minut

#### 8.3.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** informovat klientku o bezbariérových úpravách bytu
- **Náplň TJ:** vysvětlit jaké jsou možné bezbariérové úpravy bytů, předat informace klientce
- **Délka TJ:** 50 minut
- **Předměty, které byly využity při terapii:** informační materiály
- **Referenční rámce:** kompenzační
- **Přístup:** ADL, kompenzační
- **Reakce klientky:** klientka byla překvapena, co vše a jak jde upravit.
- **Silné stránky klientky:** klientka byla vytrvalá a zvědavá
- **Slabé stránky klientky:** architektonické bariéry u klientky doma
- **Doporučení/instruktáž:**
  - konzultace bezbariérových úprav

#### 8.3.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Konzultace bezbariérovosti životního prostředí
  - ✓ Kreativní činnosti

- ✓ Nácvik sedu na válci
- ✓ Nácvik přesunů do automobilu
- ✓ Nácvik mobility na žíněnce
- ✓ Nácvik přesunů do automobilu a na lůžko
- ✓ Konzultace bezbariérovosti s doporučením
- ✓ Nácvik mobility na žíněnce + válec
- ✓ Předání informací o možnosti úprav konkrétního bytu klientky

### 8.3.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

#### ➤ **Zhodnocení průběhu terapie**

- Klientka nacvičovala mobilitu na žíněnce, z lehu se dostat na lokty s asistencí, z loktů švihovým pohybem se dostat na bok, švihovým pohybem se dostat HK za tělo jako oporu a postupné přeručkování do sedu
- Klientka získala zručnost ve švihových pohybech
- Klientka nacvičovala přesouvání se po žíněnce (klientce tato činnost nedělala problém)
- Klientka nacvičovala sed na válci

#### ➤ **Návrhy a doporučení**

- Zajistit osobní asistenci
- Zkonzultovat transport vozíku automobilem
- Trénink svalové síly
- Nacvičovat mobilitu na žíněnce i v domácím prostředí
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Nácvik samostatného cévkování bez asistence
- Doporučen výtah z důvodu samostatnosti klientky
- Doporučená úprava kuchyně na bezbariérovou

#### ➤ **Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientkou jsme konzultovaly její byt. Klientka bydlí s rodiči, avšak do budoucna plánuje bezbariérový dům s přítelem.

- Vstup do domu: klientka se do domu dostane pomocí plošiny a šikmé schodišťové sedačky, klientka takto je závislá na pomoci druhé osoby, konzultovaly jsme možnost úpravy pomocí venkovního výtahu, klientka však odmítá, protože neví, jak dlouho bude v domě setrávat
- Koupelna: klientka má bezbariérově vybudovanou koupelnu se sprchovým koutem, WC též bezbariérové a plně vyhovující potřebám klientky
- Kuchyň: klientka nemá bezbariérovou kuchyň, nevaří, tudíž nyní neplánuje přestavbu kuchyně, je závislá na druhé osobě
- Ostatní místnosti domu: klientka má možnost sama zajet do obývacího pokoje, do ložnice, v ostatních místnostech zátěžový koberec, odstraněné prahy - vyhovující

## 8.4 Kazuistika 4

### 8.4.1 Úvod, základní informace

- **Klient:** muž
  
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:
    - Fr. C5, C6 s LMS od C5, dekomprese a zadní stabilizace C4 – C6
      - (17. 6. 2008)
  - Vedlejší:
    - 0
  
- **Věk:** 35 let
  
- **Datum onemocnění:** 17. 6. 2008
  
- **Vznik onemocnění:** skok do vody
  
- **Informace z příjmu:**
  - 17. 6. 2008 skok do vody, zlomeninu C5-C6 s míšní lézí, operován zadním přístupem v nemocnici v Českých Budějovicích, poté RÚ Kladruby
  
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klient v dětství prodělal běžné dětské nemoci
    - Do 17. 6. 2008 neprodělal žádné jiné úrazy, které by klienta omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klient bydlí bytě 1+1
    - Bydlí sám, dochází ke klientovi osobní asistentka
  - **Sociální anamnéza**
    - Bydlí v bytě, koupelna upravena dle potřeb klienta – sprchový kout, koupel na koupacím křesle, upravená bezbariérová kuchyně a bezbariérový vstup

- Klient používá:
  - Kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Quickie Xenon (2009), antidekubitní polštář – Jey3 (2009), skluzná deska, elektrické polohovací lůžko, elektrický vozík
- **Pracovní anamnéza**
  - Klient je vyučen – číšník
  - Před úrazem pracoval jako číšník
  - Pobírá plný invalidní důchod
  - Nyní nepracuje

#### 8.4.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

##### ➤ **Hodnocení soběstačnosti**

- Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
- Hodnocení pomocí činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 3. 5. 2011

##### ➤ **PADL:**

##### ➤ **Oblékání/svlékání**

- Horní polovina těla: potřeba částečné asistence- přetažení oblečení přes hlavu, potřeba asistence na knoflíky, zipy nebo tkaničky
- Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci

##### ➤ **Sebesycení**

- Jí a pije samostatně, potřebuje asistenci na krájení potravy (jí pomocí vidličky nebo lžíce)

##### ➤ **Hygiena**

- Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně bez kompenzační pomůcky
- Koupel:
  - Horní polovina těla: potřebuje částečnou asistenci – umytí zad
  - Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci

➤ **Přesuny a mobilita:**

- Přesun z vozíku na lůžko a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo, používá skluznou desku
- Přesun vozík – toaleta a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo
- Přesun vozík – automobil: klient potřebuje asistenci - 3 opěrný bod o čelo, používá skluznou desku, při nekluzkém materiálu kalhot – asistence popotažení

➤ **Vyměšování**

- Ovládání svěračů – močový měchýř
  - Klient provádí sám intermitentní katetrizaci
- Ovládání svěračů – střevo
  - Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (při zavedení čípku), zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)

**IADL:**

➤ **Nakupování, manipulace s penězi**

- Klientovi nakupuje osobní asistentka, nyní neprovádí

➤ **Vaření**

- Nyní neprovádí

➤ **Domácí práce**

- Nyní neprovádí

➤ **Praní**

- Nyní neprovádí

➤ **Transport**

- S asistencí
- Architektonické bariery – nutná asistence

➤ **Jízda autem**

- Má autoškolu, ale po úraze neřídil a nyní nemá zájem o zkušební jízdy

➤ **Telefonování**

- Klient telefonuje samostatně, používá dotykový mobilní telefon

- **Sociální integrace**
  - Přátelský, kamarádský, sociálně aktivní
- **Záliby**
  - PC, kamarádi, ženy
- **Mobilita**
  - Mobilita v interiéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku s doprovodem
  - Mobilita v exteriéru
    - Pohybuje se samostatně na elektrickém vozíku
- **Kognitivní funkce**
  - Orientovaný v čase, v prostoru, v osobě
- **Psychosociální role**
  - Psychický stav klienta dobrý, potřeba zvýšení sebevědomí v činnostech, které zvládne, někdy si nevěří
  - Potřeba více sociálních kontaktů, klient se izoluje
- **Funkční hodnocení**
  - Čítí
    - Dotykové čítí: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK: cítí 1. – 3. Prst ostatní ne
    - Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK: necítí
    - Čítí pro bolest: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HK: necítí
  - **Pohyblivost**
    - Horní končetiny
      - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
    - Dolní končetiny
      - Pasivní hybnost v kloubech DKK ve fyziologickém rozsahu



- Vzhled kůže
  - Kůže na HKK – zdrsňená kůže na spodní části dlaně
  - Kůže na DK – beze změn
- Úchopy
  - Klient má náhradní tetraplegický úchop
  - Způsob úchopu: laterální
- Dominance: levá

➤ **Výsledky testů:**

- Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - 50b.
- SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - 41b.

➤ **Závěr vstupního vyšetření:**

- Klient v období od 2. 5. - 20. 5. 2011 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, uvolnění a stimulace svalů předloktí a ruky, uvolnění kloubů zápěstí a ruky, konzultace bezbariérového životního prostředí, nácvik správných propulzních vzorů, nácvik přesunů na lůžko a do automobilu), individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.
  - Klient má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti oblékání dolní ½ těla, přesunů, hygiena dolní ½ těla, zavádění čípků, cévkování a úchopové funkce ruky.
  - Klient má problémy v oblasti bariérovosti domácího prostředí, má neodpovídající manipulační prostor v koupelně – nutná asistence při koupeli
  - Dle vyšetření klienta a jeho přání byl stanoven s klientem ergoterapeutický plán.

### 8.4.3 Ergoterapeutický plán

#### ➤ **Silné stránky klienta**

- Vytrvalost klienta
- Má dobrý potenciál pro zlepšení přesunů
- Vyrovnaný se svým zdravotním stavem
- Stálý optimismus

#### ➤ **Slabé stránky klienta**

- Občasné zneužívání asistence
- Občasná lenivost

#### ➤ **Problémové oblasti klienta**

- pADL – potřeba asistence u oblékání dolní ½ těla
- Přesun z vozíku na lůžko a zpět (asistence)
- Přesun z vozíku do auta a zpět
- Potřeba asistence při hygieně
- Nutná asistence při zavádění čípků
- Nutná asistence při močení
- Bariéry v domácím prostředí – malá koupelna

#### ➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

- Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 2 týdnů
- **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**
- Nácvik mobility na žíněnce
- Nácvik přesunů z vozíku na lůžko
- Nácvik správného propulzního vzoru
- Nácvik přesunů z vozíku do auta
- Přenastavení vozíku
- Konzultace bezbariérového životního prostředí
- Doporučení bezbariérových úprav bytu

#### ➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
- Pokračovat v KEP
- Zajištění další asistence

- Pokusit se najít zaměstnání
- Nácvik samostatného oblékání dolní ½ těla
- Nácvik stability sedu na válkách

➤ **Typ, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie + skupinová
- Frekvence terapie:
  - 1x denně - 50minut

#### 8.4.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** nácvik přesunu z vozíku na lůžko
- **Náplň TJ:** vysvětlit strategii přesunu do na lůžko, najít vhodný způsob přesunu, slovní vedení – supervize, asistence – třetí opěrný bod o čelo
- **Délka TJ:** 50 minut
- **Předměty, které byly využity při terapii:** vozík, postel, skluzné prkno
- **Referenční rámec:** biomechanický, kompenzační
- **Přístup:** ADL, kompenzační
- **Reakce klienta:** klient pochopil strategii přesunů a byl rád, že už ví jak na správný přesun
- **Silné stránky klienta:** klient se snažil a byl vytrvalý
- **Slabé stránky klienta:** klient si nevěří
- **Doporučení/instruktaž:**
  - Pravidelný nácvik přesunů postupně i bez supervize pouze s asistencí
  - Naučit klienta, aby si zvládl říct, co při přesunu potřebuje od asistenta

#### 8.4.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Nácvik přesunů na lůžko
  - ✓ Konzultace bezbariérové životní prostředí
  - ✓ Nácvik přesunů na lůžko
  - ✓ Konzultace bezbariérového řešení bydlení

- ✓ Nácvik mobility na žíněnce
- ✓ Nácvik přesunů na koupací křeslo
- ✓ Terapie ruky
- ✓ Nácvik mobility na žíněnce
- ✓ Terapie ruky
- ✓ Kreativní činnosti

#### **8.4.6 Závěrečná zpráva ergoterapeutem**

##### **➤ Zhodnocení průběhu terapie**

- Klient nacvičoval mobilitu na žíněnce, z lehu se dostat na lokty s částečnou asistencí, z loktů švihovým pohybem se dostat na bok, švihovým pohybem se dostat HK za tělo jako oporu a postupné přeručkování do sedu
- Klient si natrénoval správný postup mobility na žíněnce
- Klient nacvičoval přesouvání se po žíněnce (klientovi tato činnost nedělala problém)
- Klient nacvičoval přesuny na lůžko, kde potřeboval ze začátku částečnou asistenci + supervizi, později jen supervizi a asistenci – třetí opěrný bod
- Klient nacvičoval jak si říct o asistenci, když bude mít cizího asistenta, který neví, jak se přesouvá
- Klient je informován o bezbariérových úpravách domácího prostředí, ale zjistili jsme, že u klienta v bytě nelze jinak řešit koupelnu

##### **➤ Návrhy a doporučení**

- Trénink svalové síly
- Nacvičovat mobilitu na žíněnce i v domácím prostředí
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Nácvik přesunů i v domácím prostředí
- Zkusit najít zaměstnání

##### **➤ Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientem jsme konzultovali jeho bezbariérový byt.
- Vstup do domu: klient vstup do bytu má upraven, bydlí v přízemí, po otevření dveří je hned venku na chodníku - vyhovující

- Koupelna: klient má malou koupelnu, přizpůsobenou bezbariérově, avšak klient má málo místa na manipulaci s vozíkem, tudíž potřebuje asistenci, bohužel koupelna nejde jinak dispozičně řešit
- Kuchyň: klient má bezbariérovou kuchyň, nevaří v ní, v místě kde má prostor pro podjezd pod pracovní plochu má umístěný vysavač a balík pití, viz. Příloha číslo 4
- Ostatní místnosti domu: klient má obývací pokoj a ložnici přizpůsobenou, má zde povrch linoleum a má odstraněné prahy a dostatečný prostor pro manipulaci s vozíkem - vyhovující

## 8.5 Kazuistika 5

### 8.5.1 Úvod, základní informace

- **Klient:** muž
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:
    - Spastická tetraplegie na podkladě míšní léze při fraktuře C6 a luxaci C5 st. po přední a zadní stabilizaci (25. 6. 2005)
  - Vedlejší:
    - 0
- **Věk:** 33 let
- **Datum onemocnění:** 25. 6. 2005
- **Vznik onemocnění:** skok do bazénu
- **Informace z příjmu:**
  - 25. 6. 2005 skok do bazénu, zlomenina C5-C6 s míšní lézí, operován předním přístupem po té zadní stabilizace – Spinální jednotka Motol, poté RÚ Kladruby
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klient v dětství prodělal běžné dětské nemoci
    - Do 25. 6. 2005 neprodělal žádné jiné úrazy, které by klienta omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klient do roku 2010 bydlel v bezbariérovém domku, nyní bydlí zpět u rodičů
    - Klient bydlí v rodinném domě, bariéry – 1 nerovnost dvora - řeší pomocí asistentů- otec, matka a kamarádi
    - Bydlí s matkou a otcem

- **Sociální anamnéza**
  - Bydlí v rodinném domku, přístup do bytu řešen pomocí asistence, koupelna upravena dle potřeb klienta – sprchový kout, koupel na koupacím křesle
  - Klient používá
    - kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Küschall Fusion (2006), antidekubitní polštář – Jay easy, skluzná deska, elektrické polohovací lůžko, elektrický vozík
- **Pracovní anamnéza**
  - Klient je vyučen – elektromechanik
  - Před úrazem pracoval jako OSVČ v oboru
  - Pobírá plný invalidní důchod
  - Nyní pracuje z domu – UNEX

### 8.5.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

#### ➤ **Hodnocení soběstačnosti**

- Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
- Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
- Hodnocení pomocí činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 12. 12. 2011

#### ➤ **PADL:**

#### ➤ **Oblékání/svlékání**

- Horní polovina těla: Obléká samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí, potřeba asistence pouze na knoflíky, zipy nebo tkaničky
- Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci

#### ➤ **Sebesycení**

- Jí a pije samostatně, potřebuje asistenci na krájení potravy (jí pomocí vidličky nebo lžice)

- **Hygiena**
  - Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně bez kompenzační pomůcky
  - Koupel:
    - Horní polovina těla: potřebuje asistenci při transportu do sprchového koutu, poté potřebuje částečnou asistenci – umytí zad
    - Dolní polovina těla: potřebuje plnou asistenci
- **Přesuny a mobilita:**
  - Přesun z vozíku na lůžko a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo, popotažení, používá skluznou desku
  - Přesun vozík – toaleta a zpět: klient potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo
  - Přesun vozík – automobil: klient potřebuje asistenci - 3 opěrný bod o čelo, používá skluznou desku, při nekluzkém materiálu kalhot – asistence popotažení, při přesunu z automobilu na vozík, nutno vyndat klientovi levou nohu z auta
- **Vyměšování**
  - Ovládání svěračů – močový měchýř
    - Klient provádí sám intermitentní katetrizaci
  - Ovládání svěračů – střevo
    - Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (při zavedení čípku), zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)

#### **IADL:**

- **Nakupování, manipulace s penězi**
  - S asistencí, potřebuje podat vybrané věci, platí za klienta asistence
- **Vaření**
  - Nyní neprovádí
- **Domácí práce**
  - Nyní neprovádí



- **Praní**
  - Nyní neprovádí
- **Transport**
  - S asistencí
  - Architektonické bariery – nutná asistence
- **Jízda autem**
  - Má autoškolu, řídí, má zakoupený automobil se sociálním příspěvkem, automobil upraven na ruční řízení firmou HURT, automobil ŠKODA Octavia
- **Telefonování**
  - Klient telefonuje samostatně, používá dotykový mobilní telefon
- **Sociální integrace**
  - Přátelský, sociálně aktivní
- **Záliby**
  - PC, kamarádi, pasivně sport – se synem
- **Mobilita**
  - Mobilita v interiéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita v exteriéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku, při architektonických bariérách nutná částečná asistence nebo elektrický vozík
- **Kognitivní funkce**
  - Orientovaný v čase, v prostoru, v osobě
- **Psychosociální role**
  - Psychický stav klienta dobrý, potřeba zvýšení sebevědomí v činnostech, které zvládne, někdy si nevěří
  - Potřeba více sociálních kontaktů, klient se v domácím prostředí izoluje

➤ **Funkční hodnocení**

○ Čítí

- Dotykové čítí: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: cítí 1. – 5. prst
- Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí
- Čítí pro bolest: klient má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí

○ **Pohyblivost**

- Horní končetiny
  - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
- Dolní končetiny
  - Klient má omezený rozsah v kyčelních kloubech (osifikace)
  - Nyní klient po operaci osifikace obou kyčelních kloubů – rozsah cca 90°
- Vzhled kůže
  - Kůže na HKK – bez defektů
  - Kůže na DKK – bez defektů
- Úchopy
  - Klient má náhradní tetraplegický úchop
  - Způsob úchopu: laterální
  - Dominance: levá

➤ **Výsledky testů:**

- Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - 50b.
- SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
  - 44b.

➤ **Závěr vstupního vyšetření:**

- Klient v období od 12. 12. - 23. 12. 2011 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, uvolnění a stimulace svalů předloktí a ruky, uvolnění kloubů zápěstí a ruky, konzultace bezbariérového životního prostředí, nácvik správných propulzních vzorů, nácvik přesunů na lůžko a do automobilu), individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.
  - Klient má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti oblékání dolní ½ těla, přesunů, hygiena dolní ½ těla, zavádění čípků, cévkování a úchopové funkce ruky.
  - Klient má problémy v oblasti bariérovosti domácího prostředí, má při vstupu do domu nezpevněný povrch před domem
  - Klient má problémy v oblasti rozsahů kyčelních kloubů
  - Nevyhovující mechanický vozík – klient zhubl 20kg a vozík je mu nyní velký
  - Dle vyšetření klienta a jeho přání byl stanoven s klientem ergoterapeutický plán.

### 8.5.3 Ergoterapeutický plán

➤ **Silné stránky klienta**

- Vytrvalost klienta
- Má dobrý potenciál pro zlepšení přesunů po operaci osifikace
- Vyrovnaný se svým zdravotním stavem
- Dobré rodinné zázemí
- Kreativní myšlení klienta

➤ **Slabé stránky klienta**

- Bolest ramen po přesunech
- Zneužívání asistence

➤ **Problémové oblasti klienta**

- pADL – potřeba asistence u oblékání dolní ½ těla
- Přesun z vozíku na lůžko a zpět (asistence)

- Přesun z vozíku do auta a zpět
- Potřeba asistence při hygieně
- Nutná asistence při zavádění čípků
- Nutná asistence při močení
- Bariéry v domácím prostředí – vstup do domu

➤ **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

- Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 2 týdnů
- **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**
- Nácvik mobility na žíněnce
- Nácvik přesunů z vozíku na lůžko
- Nácvik správného propulzního vzoru
- Nácvik přesunů z vozíku do auta
- Výběr nového vozíku
- Konzultace bezbariérového životního prostředí
- Doporučení bezbariérových úprav

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
- Pokračovat v KEP
- Nácvik samostatného oblékání dolní ½ těla
- Nácvik stability sedu na válcích
- Samostatné bydlení

➤ **Typ, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie
- Frekvence terapie:
  - 1x denně - 50minut

#### 8.5.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** Potisk trička pro syna
- **Náplň TJ:** Najít vhodný obrázek, zvolení barvy, oblepení obrázku, tepování barev, zažehlení obrázku

- **Délka TJ:** 50 minut
- **Předměty, které byly využity při terapii:** stůl, tričko, barvy na textil, molitanový štětec, papírová izolepa, žehlička, pečící papír
- **Referenční rámec:** biomechanický, kompenzační
- **Přístup:** ADL, stupňovaných aktivit, kompenzační
- **Reakce klienta:** Klient chtěl sám vyrábět triko pro syna. Snadno pochopil, jaká bude náplň terapeutické jednotky.
- **Silné stránky klienta:** Klient se snažil a byl pečlivý
- **Slabé stránky klienta:** Klient neměl odhad, kolik času bude výroba trvat
- **Doporučení/instruktaž:**
  - Vysvětlení jak se používají barvy
  - Vysvětlení výroby obrázku na tričko

#### 8.5.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Kreativní činnost
  - ✓ Konzultace bezbariérové životní prostředí
  - ✓ Konzultace bezbariérového řešení bydlení
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Nácvik přesunů na koupací křeslo
  - ✓ Kreativní činnost
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Nácvik přesunů

#### 8.5.6 Závěrečná zpráva ergoterapeutem

- **Zhodnocení průběhu terapie**
  - Klient nacvičoval mobilitu na žíněnce, z lehu se dostat na lokty s částečnou asistencí, z loktů švihovým pohybem se dostat na bok, švihovým pohybem se dostat HK za tělo jako oporu a postupné přeručkování do sedu
  - Klient si natrénoval správný postup mobility na žíněnce
  - Klient nacvičoval přesouvání se po žíněnce

- Klient nacvičoval přesuny na lůžko, kde potřeboval ze začátku popotažení + instruktáž + třetí opěrný bod, později jen supervizi a asistenci – třetí opěrný bod
- Klient je informován o bezbariérových úpravách domácího prostředí, bylo navrženo předělání vstupu do domu na zámkovou dlažbu, poté by byl klient soběstačnější

➤ **Návrhy a doporučení**

- Trénink svalové síly
- Nacvičovat mobilitu na žíněnce i v domácím prostředí
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Nácvik přesunů i v domácím prostředí
- Předělání vstupu do domu

➤ **Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientem jsme konzultovali přizpůsobený byt potřebám klienta.
- Vstup do domu: klient má problém v přístupu do domu, má před domem nebezpečný povrch, kterého se mu bortí přední kolečka, navrhovala jsem klientovi vybudovat zde zámkovou dlažbu, klient poté bude soběstačnější
- Koupelna: klient má bariérovou koupelnu, dostal materiály a informace jak má vypadat bezbariérová koupelna, nyní řeší financování koupelny
- Kuchyň: klient má bariérovou kuchyň, nevaří, nyní neřeší bariéry v kuchyni
- Ostatní místnosti domu: klient má v ostatních místnostech linoleum a odstraněné prahy, může se pohybovat bez omezení

## 8.6 Kazuistika 6

### 8.6.1 Úvod, základní informace

- **Klientka:** žena
- **Lékařská dg.:**
  - Hlavní:

St. p. fracturam corporis vertebrae C5, LMS part. segm. C7, St. p. operativní fixaci obratlových těl C4 – C6
  - Vedlejší:
    - 0
- **Věk:** 31 let
- **Datum onemocnění:** 23. 7. 1994
- **Vznik onemocnění:** skok do bazénu
- **Informace z příjmu:**
  - 23. 7. 1994 skok do bazénu, zlomeninu C5 s míšní lézí, operována předním přístupem – Spinální jednotka Brno, pak překlad na rehabilitační oddělení nemocnice Plzeň Bory, poté RÚ Kladruby
- **Souhrn anamnézy**
  - **Osobní anamnéza**
    - Klientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci
    - Do 23. 7. 1994 neprodělala žádné jiné úrazy, které by klientku omezovaly ve vykonávání pADL, iADL a volnočasových aktivitách
  - **Rodinná anamnéza**
    - Klientka bydlí v rodinném domě
    - Bydlí s matkou a otcem
  - **Sociální anamnéza**
    - Bydlí v rodinném domku, přístup do bytu řešen vytvořením nájezdu, koupelna zvětšena, lze zajet pod umyvadlo i k toaletě, přesun do vany pomocí 2 osob, které ji dají do vany

- Klientka používá
  - kompenzační pomůcky: mechanický vozík – Kuschall K4 (2010), antidekubitní polštář – ROHO (2008), skluzná deska
- **Pracovní anamnéza**
  - Klientka má VŠ vzdělání
  - Před úrazem studovala základní školu
  - Pobírá plný invalidní důchod
  - Nyní nepracuje

### 8.6.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

#### ➤ **Hodnocení soběstačnosti**

- Hodnocení soběstačnosti jsem hodnotila pomocí:
  - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
- Hodnocení pomocí činností při terapiích
- Hodnocení provedla: Hrušková Adéla
- Datum: 10. 5. 2011

#### ➤ **PADL:**

#### ➤ **Oblékání/svlékání**

- Horní polovina těla: Obléká samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí, potřeba asistence pouze na knoflíky, zipy nebo tkaničky
- Dolní polovina těla: Potřebuje částečnou asistenci – pomoc s natáhnutím kalhot, zapnutím kalhot, nazout boty

#### ➤ **Sebesycení**

- Jí a pije samostatně, potřebuje asistenci na krájení potravy (jí pomocí vidličky nebo lžíce)

#### ➤ **Hygiena**

- Běžná hygiena: provede všechny činnosti samostatně bez kompenzační pomůcky



- Koupel:
  - Klientka potřebuje pomocí 2 osob přemístit do vany
  - Horní polovina těla: potřebuje částečnou asistenci – umytí zad
  - Dolní polovina těla: nepotřebuje asistenci (klientka se myje ve vaně, jednou HK se fixuje hrany vany a druhou si myje DKK)
- **Přesuny a mobilita:**
  - Přesun z vozíku na lůžko a zpět: klientka potřebuje asistenci, potřeba lehce přizvednout = uchopením pod stehny, používá skluznou desku
  - Přesun vozík – toaleta a zpět: klientka potřebuje asistenci, potřeba 3 opěrný bod o čelo
  - Přesun vozík – automobil: klient potřebuje asistenci, používá skluznou desku, při nekluzkém materiálu kalhot – asistence popotažení
- **Vyměšování**
  - Ovládání svěračů – močový měchýř
    - Potřebuje asistenci při nasazování pleny a při přesunu na podložní mísu
    - Klientka se vyklepává
  - Ovládání svěračů – střevo
    - Cca obden spontánně, bez čípku, únik stolice nikdy

## **IADL:**

- **Nakupování, manipulace s penězi**
  - S asistencí, přejezdy přes přechody nutná asistence
  - Klientka si nechá podat, co potřebuje, platí bankovkami nebo nechá vybrat prodavačku mince
- **Vaření**
  - Nyní neprovádí
- **Domácí práce**
  - Nyní neprovádí

- **Praní**
  - Nyní neprovádí
- **Transport**
  - S asistencí
  - Architektonické bariery – nutná asistence
- **Jízda autem**
  - Má autoškolu, řídí, automobil upraven na ruční řízení firmou HURT, automobil ŠKODA Fabia
- **Telefonování**
  - Klientka telefonuje samostatně, používá klasický mobilní telefon
- **Sociální integrace**
  - Přátelská, asistence od rodiny (hlavně matka) a kamarádů, klientka sociálně aktivní
- **Záliby**
  - PC, četba, kamarádi, cestování, quadrurugby, zvířata
- **Mobilita**
  - Mobilita v interiéru
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita na střední vzdálenost (10-100 metrů)
    - Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  - Mobilita v exteriéru
    - Pohybuje se málokdy samostatně na mechanickém vozíku, při architektonických bariérách nutná asistence
- **Kognitivní funkce**
  - Orientovaná v čase, v prostoru, v osobě
- **Psychosociální role**
  - Psychický stav klientky dobrý, potřeba zvýšení sebevědomí v činnostech, které zvládne, někdy si nevěří, podceňuje se
- **Funkční hodnocení**
  - Čítí
    - Dotykové čítí: plně zachováno

- Čítí pro teplo, chlad a vibrace: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí
- Čítí pro bolest: klientka má zachovalé od hlavy směrem kaudálním do výše prsních bradavek, HKK: necítí
- **Pohyblivost**
  - Horní končetiny
    - Pasivní hybnost v kloubech HKK ve fyziologickém rozsahu
  - Dolní končetiny
    - Pasivní hybnost v kloubech DKK ve fyziologickém rozsahu
  - Vzhled kůže
    - Kůže na HKK – na malíkové hraně obě HK odřeniny
    - Kůže na DKK – bez defektů
  - Úchopy
    - Klientka má náhradní tetraplegický úchop
    - Způsob úchopu: laterální, bimanuální
    - Dominance: pravá
- **Výsledky testů:**
  - Index soběstačnosti dle Barthelové - BI
    - **55b.**
  - SCIM (Spinal Cord Independence Measure. 3. verze)
    - **45b.**
- **Závěr vstupního vyšetření:**
  - Klientka v období od 9. 5. 2011 – 27. 5. 2011 na opakovaném rehabilitačním pobytu v Centru PARAPLE. Rehabilitační plán se skládal: ergoterapie (mobilita na žíněnce, uvolnění a stimulace svalů předloktí a ruky, uvolnění kloubů zápěstí a ruky, terapie v terénu, nácvik přesunů z vozíku do auta, kreativní činnosti, bezbariérová konzultace),

individuální cvičení, mechanoterapie, vertikalizace). Ergoterapie byla indikována 1x denně.

- Klientka má problémy v oblasti pADL a to zejména v oblasti oblékání dolní ½ těla, hygiena dolní ½ těla.
- Klientka má problémy z hlediska bariérovosti domácího prostředí, nezvládne sama nájezd do domu.
- Klientka má problémy z hlediska bariérovosti domácího prostředí, nemá bezbariérově upravenou kuchyň.
- Dle vyšetření klientky a jejího přání byl stanoven s klientkou ergoterapeutický plán.

### **8.6.3 Ergoterapeutický plán**

#### **➤ Silné stránky klientky**

- Vytrvalost klientky
- Vyrovnaná se svým zdravotním stavem
- Spolupracující

#### **➤ Slabé stránky klientky**

- Občasné využívání asistence
- Malé sebevědomí v činnostech, které zvládá sama
- Občasná nerozhodnost

#### **➤ Problémové oblasti klientky**

- pADL – potřeba asistence u oblékání dolní ½ těla
- Přesun z vozíku na lůžko a zpět
- Přesun z vozíku do auta a zpět
- Potřeba asistence při hygieně
- Nutná asistence při potřebě na toaletu
- Přesuny na sportovní vozík
- Nevyjede nájezd do domu

#### **➤ Krátkodobý ergoterapeutický plán**

- Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 3 týdnů
- **Cíl: Zlepšení soběstačnosti**

- Nácvik mobility na žíněnce
- Konzultace o architektonických bariérách
- Nácvik stability sedu na válci
- Nácvik přesunů na sportovní vozík
- Konzultace o možnostech úprav nájezdu do domu

➤ **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- **Cíl: zvýšení soběstačnosti**
- Pokračovat v KEP
- Nácvik samostatného oblékání dolní ½ těla
- Zlepšení stability sedu na válcích
- Bezbariérové řešení bytu - kuchyně

➤ **Typ, frekvence a délka terapie**

- Individuální terapie + skupinová
- Frekvence terapie:
  - 1x denně - 50minut

#### 8.6.4 Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** skupinová
- **Cíl TJ:** nácvik přesunu na sportovní vozík z vozíku
- **Náplň TJ:** vysvětlit strategii přesunu + realizace vlastního přesunu
- **Délka TJ:** 50 minut
- **Předměty, které byly využity při terapii:** vozík, sportovní vozík
- **Referenční rámce:** kompenzační, biomechanický
- **Přístup:** ADL, kompenzační
- **Reakce klientky:** klientka zjistila, že lze se s částečnou asistencí dostat do sportovního vozíku
- **Silné stránky klientky:** klientka byla vytrvalá
- **Slabé stránky klientky:** klientka si nevěřila
- **Doporučení/instruktáž:**
  - Nácvik přesunu při každém zápase či tréninku

### 8.6.5 Průběžná dokumentace

- Terapie – probíhala každý den
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Konzultace bezbariérovosti životního prostředí
  - ✓ Kreativní činnosti – výroba šperků z Fima
  - ✓ Nácvik sedu na válci
  - ✓ Nácvik přesunů na sportovní vozík
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce
  - ✓ Terapie ruky
  - ✓ Nácvik mobility na žíněnce + válec
  - ✓ Předání informací o možnosti úprav bytu klientky

### 8.6.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

- **Zhodnocení průběhu terapie**
  - Klientka nacvičovala mobilitu na žíněnce, z lehu se dostat na lokty s asistencí, z loktů švihovým pohybem se dostat na bok, švihovým pohybem se dostat HK za tělo jako oporu a postupné přeručkování do sedu
  - Klientka získala zručnost ve švihových pohybech
  - Klientka nacvičovala přesouvání se po žíněnce (klientce tato činnost nedělala problém)
  - Klientka nacvičovala sed na válci
  - Klientka nacvičovala přesun z vozíku na sportovní vozík, přesun zvládá s částečnou asistencí – třetí opěrný bod + nadzvednutí + přetažení
  - Klientka dostala materiály a doporučení na úpravu kuchyně.
  - Po konzultaci nájezdu do domu jsme zjistily, že nelze jinak řešit
  - Po návštěvě klientky 14. 1. 2012 jsme zhodnotily, že klientka plánuje v brzké době přesun do Prahy za zaměstnáním, tudíž nemá význam dělat bezbariérovou úpravu kuchyně, kde stejně nebude vařit.
  
- **Návrhy a doporučení**
  - Zajistit osobní asistenci v Praze
  - Nacvičovat přesuny na sportovní vozík
  - Nácvik nakládání vozíku do automobilu

- Trénink svalové síly
- Nacvičovat mobilitu na žíněnce i v domácím prostředí
- Pravidelní protahovací cviky i v domácím prostředí
- Samostatné bydlení – bezbariérový byt v Praze

➤ **Konzultace bezbariérového životního prostředí**

- S klientkou jsme konzultovaly její upravený dům. Do budoucna se chce stěhovat do Prahy do bezbariérového bytu.
- Vstup do domu: klientka má před vstupem do domu nájezd, avšak při vstupu nepřekoná sama náklon, potřebuje asistenci, pokud vyjíždí z domu, vyjede sama, bohužel je před domem málo místa pro vybudování nájezdu, který by měl menší sklon
- Koupelna: klientka má přizpůsobenou zvětšenou koupelnu, umyvadlo má bezbariérové ve vhodné výšce, WC klientka nepoužívá, není bezbariérově upravené, klientka má v koupelně vanu, která není řešena bezbariérově, zkonzultovaly jsme možnost bezbariérové vany, klientka má v plánu se v budoucnu stěhovat a momentální situace jí zatím vyhovuje
- Kuchyň: klientka nemá upravenou kuchyň, nevaří, nebude řešit úpravu kuchyně
- Ostatní místnosti domu: klientka má možnost sama zajet do obývacího pokoje, do ložnice, v ostatních místnostech laminátová podlaha, odstraněné prahy – vyhovující

## 10 Hodnocení

<b>Hodnocení</b>		
<b>Klient číslo</b>	<b>SCIM</b>	<b>FIM</b>
<b>1</b>	50	40
<b>2</b>	65	57
<b>3</b>	55	51
<b>4</b>	50	41
<b>5</b>	50	44
<b>6</b>	55	45

**Tabulka 2 Hodnocení soběstačnosti u klientů pomocí testů SCIM a BI**



## 11 Diskuze

V mé práci s názvem „Pomoc ergoterapie v integraci pacientů po úrazech centrální nervové soustavy jsem se zaměřila na 6 klientů, kteří měli problém s bariérami v domácím prostředí. Klienty ve své diskuzi pro lepší orientaci budu uvádět pod čísly 1 – 6. Stejně tak je mám označené v kazuistikách. Záměrně jsem si vybrala i klienty, co jsou déle po úraze a kteří již mohli zjistit, co jim dělá z hlediska architektonických bariér největší problém. Pro zpracování teoretické části jsem se obeznámila s literaturou, která pojednávala o bezbariérových úpravách životního prostředí tak i o úskalích takto postižených klientů. Mohla jsem zde taky uplatnit praktické znalosti z odborných praxí, které jsem vykonávala v Centru Paraple v Praze. A také jsem měla možnost s lidmi po poškození míchy strávit týden na quadrugby soustředění v Otrokovicích. Pro svoji praktickou část jsem si vybrala 6 klientů a na nich potvrdila mé 3 hypotézy. Do dnešního dne jsem s popisovanými klienty v kontaktu.

Předpokládám, že klienti po transversální míšní lézi bez bariérové úpravy bytu jsou méně soběstační, než klienti v bezbariérovém prostředí. Takto zní moje první hypotéza, kterou mohu vyhodnotit z popsaných kazuistik. Klientům s bariérami v domácím prostředí snižovalo soběstačnost několik faktorů. Klientovi číslo 1, snižoval soběstačnost 1 schod před vstupem do domu, který jsme navrhli vyřešit nájezdem. Tudíž snad v brzké době bude klient více soběstačný. Klientka číslo 2 po konzultaci o bezbariérových úpravách bytu a hlavně možnostech úprav zjistila, že svůj byt, který má krátce po rekonstrukci, je vlastně bezbariérový a již více v tomto směru nelze provést pro její zdokonalení v soběstačnosti. Klientka číslo 3 mi řekla: „Já vím, že musím být závislá na pomoci druhé osoby, při přesunu z interiéru do exteriéru a naopak. Ale myslím si, že to není trvalé, protože nechci navždy zůstat u rodičů. Mám přítele a zvažujeme bezbariérový dům. Nyní však to není reálné, proto jsme museli provést nezbytné úpravy domu. Proto jsme nedělali ani bezbariérovou kuchyň, protože nyní doma vaří maminka“ Klient číslo 4 bydlí sám v bezbariérovém bytě. Je plně soběstačný v mobilitě interiéru exteriéru. Avšak i v bezbariérovém bytě může být zádrhel v podobě malé koupelny, kde je malý manipulační prostor, tudíž klient je omezený v oblasti soběstačnosti hygieny. V malé koupelně největší problém dělá manipulace s vozíkem,

proto klient na hygienu využívá osobní asistenci. Klient číslo 5 bydlí v rodinném domku. Dříve bydlel v bezbariérovém domě, nyní bydlí u rodičů v přizpůsobeném prostředí. V soběstačnosti ho omezuje přístup do domu, který sám nepřekoná. Při potřebě dostat se z domu nebo do domu využívá rodičů nebo přátel. Nyní nemá osobní asistenci zajištěnou. Snad do budoucna bude upraven, povrh před domem tak, aby klient byl soběstačný v této činnosti a nepotřeboval asistenci. A v neposlední řadě klientka číslo 6. Bydlí s rodiči v rodinném domu, který je přizpůsobený klientce z části. Má upravený nájezd do domu, který však sama nepřekoná, při jízdě do domu využívá asistenci druhé osoby, nejčastěji rodičů či kamarádů. Bohužel nájezd nelze v tomto případě jinak řešit, není zde dostatečné místo pro vybudování nájezdu s menším sklonem. Dům, který disponuje částečně zvětšenou bezbariérovou koupelnou, která má však vanu, činní klientku nesoběstačnou v oblasti celkové hygieny. Umyvadlo klientka má bezbariérové. Avšak do vany potřebuje asistenci 2 osob, avšak koupel ve vaně provede sama. Problém by klientka měla i při vaření, kuchyň není bezbariérová. Nyní však nevaří, vaří matka, tak pro klientku to teď neznamena omezení v její soběstačnosti. Klient číslo 1 je méně soběstačný z důvodu, že sám se nedostane z domu. Využívá osobní asistence bratra, který je jeho osobní asistent 24 hodin denně. Oproti klientce číslo 2, má bezbariérový přístup do bytu řešený výtahem, který je bezbariérový, tudíž je soběstačnější v oblasti mobility. Též klient číslo 5 je méně soběstačný než klient číslo 4. Protože klient číslo 5 nemá bezbariérově řešený vstup do domu, oproti tomu klient číslo 4 bydlí v přízemí a může bez potíží se pohybovat z exteriéru do interiéru a naopak. Dále klientka číslo 3, která je méně soběstačná, protože je závislá na asistenci druhé osoby při zdolávání schodů pomocí šikmé schodišťové sedačky. Není to však omezení na pořád, klientka nyní přemýšlí o samostatném bydlení s přítelem v bezbariérovém domku. A na závěr klientka číslo 6 je méně soběstačná v oblasti přesunů z exteriéru do interiéru. Z interiéru do exteriéru se dostane bez asistence. Tímto považuji hypotézu číslo 1 za potvrzenou.

Druhou hypotézou předpokládám, že klienti žijící samostatně mají jiné nároky, než klienti, kteří žijí s rodinou. Ti, co žijí sami, mají zvýšené nároky na osobní asistenci, potřebují jí více hodin a častěji než ti, kteří žijí s rodinou, která jim zároveň osobní asistenci dělá. Pro ty co žijí sami je osobní asistence důležitá i na obstarání a chod domácnosti. Potřebují například pověsit záclony, umýt okna a další činnosti, které člověk upoutaný na vozík nezvládne. Klient číslo 4 a klientka číslo 2 žijí v bytě sami.

Tudíž vyplývá, že klienti číslo 2 a 4 využívají více služeb asistence než klienti žijící s rodinou. Klient č. 4 tvrdí „ Bez pomoci osobní asistence si stěží a pomalu zvládnou obstarat práci v domácnosti, byl jsem zvyklý na pomoc rodiny, ale nyní když žiji sám, jsem vděčen za osobní asistentku, která za mnou dochází pravidelně jednou někdy i dvakrát denně.“ Klientka číslo 2 říká: „To co jde, si udělám sama, ale záclony z vozíku doopravdy nepověším, využívám k tomuto i známé a kamarády, co přijdou za mnou na návštěvu, protože osobní asistentka, co ke mně dochází třikrát v týdnu je pro mě finančně vyčerpávající, tudíž nemohu platit hodiny navíc.“ Klienti 1, 3, 5, 6 bydlí s rodinou a služby osobní asistence využívají málokdy. Klient číslo 1 říká: „ Nevím jak bych to zvládal, kdybych nebydlel s rodinou, pořád tu se mnou někdo je, když někam potřebuji, jede se mnou brácha. A vůbec si nedokáži zatím představit to, že bych se měl starat o domácnost sám. Možná je to tím, že na „káře“ nejsem tak dlouho.“ Proto mají jiné nároky než klienti 2 a 4. Tudíž se mi potvrdila hypotéza číslo 2.

Ve třetí hypotéze jsem se zaměřila na odlišné požadavky mužů a žen v oblasti nejen bezbariérové, ale i estetické úpravy interiéru. Předpokládám, že ženy - klientky budou mít jiné nároky na bezbariérové úpravy než muži – klienti. Zpracovala jsem kazuistiku, kde klienty byli 3 muži a 3 ženy. U žen klientek se prokázalo, že při konzultaci bezbariérových úprav bytu hledí i na estetickou stránku věci. A také uvažují například o umístění květin do bezbariérového bytu tak, aby je mohly sami zalévat. Jak praví klientka číslo 6: " U zařizování bytu mi jde i o estetickou stránku, ráda bych zde měla květiny, aby můj byt vypadal lépe, ale zároveň bych chtěla, aby byly na dostupném místě, abych se o ně sama - i přes svůj handicap mohla starat. Také bych chtěla, aby můj byt byl barevný a cítila jsem se zde příjemně. Půjde přeci o mé samostatné bydlení." Tohoto jsme s klientkou prokonzultovaly tak, že zvolí barevné nátěry zdí, dlaždic a také dekorací. To již však záleží na samotné klientce, protože pro klientku je to otázka budoucnosti. Avšak i nadále budu s klientkou v kontaktu, kdyby potřebovala zkonzultovat bezbariérové životní prostředí v konkrétním bytě. Klientka číslo 2 žije nyní sama v bezbariérovém bytě, který si sama navrhovala, co a jak chce, aby dobře vypadal, a k bytu říká: „Mým nárokem na byt bylo samozřejmě to, abych byla co nejvíce soběstačná, avšak jsem chtěla byt mít útulný a zařízený podle toho, co se mi líbí, to se mi splnilo a v bytě se cítím velice dobře.“ Oproti klientům – mužům, ty při konzultaci bezbariérových úprav prostředí nehleděli na estetičnost, ale spíše na praktičnost co se týče čím méně nábytku tím lépe. Klient číslo 5 říká: „Je mi vcelku

jedno, jak můj byt bude vypadat, je pro mě nejdůležitější aby měl široké dveřní rámy a první co jsem požadoval, byla bezbariérová a prostorná koupelna. Nezáleží mi, jaké tam mám kachličky, ale jde mi o přesuny a o to, abych byl soběstačný a nezávislý., Tímto se mi potvrdila i moje poslední hypotéza.

## 12 Závěr

Závěrem bych chtěla zhodnotit tuto práci. Cílem práce jsem si dala upozornit na nutnost bezbariérových úprav životního prostředí tetraplegiků a poukázat jak je tato oblast pro takto postižené lidi stěžejní hlavně v oblasti soběstačnosti a svobody. Které jsou pro každého jak zdravého tak postiženého člověka prioritní v jejich životech. Mnoho lidí si to však neuvědomuje, možná nechce uvědomit. Možná je to tím, že k tomuto tématu je velice málo literatury. To byl také důvod, proč jsem chtěla toto téma zpracovat. Snad někdy v budoucnu pomůže lidem, kteří budou v situaci, kdy budou řešit bezbariérové domácí prostředí buď pro sebe, nebo pro své nejbližší.

Při mé bakalářské práci jsem zjistila, jak je důležité v životě tetraplegika úprava na bezbariérové domácí prostředí. Čím více bariér v domácím prostředí klienta, tím větší potřeba asistence a tím méně soběstačnosti. Klient se pak stává více závislý na pomoci druhé osoby, co pro zdravé lidi je zcela nepředstavitelné.

Každý by si však měl uvědomit, že nemocného po poškození míchy ovlivní toto onemocnění všechny oblasti života. Postižený přijde o svoji soběstačnost, svobodu, zájmy a mnohdy i zaměstnání, které měl před úrazem. Náhle mu dělá problém i práh nebo užší dveře. Jsou to věci, nad kterými se zdravý člověk nepozastaví. A přitom pro tetraplegika jsou to věci velice důležité. Málokdo jde po ulici a pozoruje nájezdy do obchodů například. To je věc, která se mi poslední rok stávala. Částečně za to může bakalářská práce a také z větší části to, že jsem se zapojila do života takto postižených lidí. A již dnes vím, že toho nikdy nebudu litovat, protože práce s těmito „človíčky“ dokáže člověka obohacovat a naplňovat. Mnoho lidí říká: „Co tě na tom baví? Proč to děláš, když nemusíš?“ Jednoduché. Chci. A dělám to pro lidi, co to potřebují a hlavně mě to obohatí. Pocit, že člověk pomůže nebo spíše může pomoci a tomu druhému naplní jeho potřeby, záliby možná dokonce někdy sny. Je přeci nevyčíslitelná.

Při mé bakalářské práci jsem zjistila, jak je důležité v životě tetraplegika úprava na bezbariérové domácí prostředí. Čím více bariér v domácím prostředí klienta, tím větší potřeba asistence a tím méně soběstačnosti. Klient se pak stává více závislý na pomoci druhé osoby, co pro zdravé lidi je zcela nepředstavitelné. A právě u takovýchto

klientů se ergoterapeut může v mnoha směrech realizovat, což je krásné. Důležité je, že vidí za sebou i výsledky, kterých si tyto lidé nesmírně cenní a to je na práci ergoterapeuta to, co dokáže naplnit člověka a ujistit ho v tom, proč zrovna tuhle práci začal dělat.

## POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Faltýnková, Zdeňka. *Cesta k nezávislosti*. Praha: Svaz paraplegiků, 2004.

Filipová, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Kolín: BOOM Tisk, 2002. ISBN 80-86552-18-7.

Filipová, Daniela. *Život bez bariér*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.

Jelínková, Jana. Křivošíková, Mária. Šajtarová, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

Křivošíková, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

Metronic. *Léčba následků poranění míchy intratekálním baclofenem*. Praha: Bonton, 2010.

Novosad, Libor. *Tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

Poláčková, Kateřina. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů, 2011.

Samová, Mária. *Architektonická tvorba bezbariérového obytného prostredia*. Bratislava: Dom techniky, 1988. DT-95/88.

Skopec, Jan. *Bezbariérové řešení staveb*. Praha: ARCH, 2005. ISBN 80-86165-96-5.

Slowík, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

Šestáková, Irena. *Budovy bez bariér*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3225-1.

Šindlar, Jiljí. *Architektonický prostor – bariéry*. Brno: Vitium, 2002. ISBN 80-214-2262-9.

Šnajdarová, Helena. *Bezbariérové stavby*. Brno: Era, 2007. ISBN 978-80-7366-084-0.

Trombly, Catherine. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Baltimore: Williams Wilkins, 1995. ISBN 0-683-08390-2.

Wendsche, Peter. *Poranění páteře a míchy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-159-4.

Wedsche, Peter. *Poranění míchy ucelená ošetrovatelsko – rehabilitační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4. 13s.

Zdařilová, Renata. *Bezbariérové užívání staveb*. Praha: ČKAIT, 2011. ISBN 978-80-87438-17-6.

Korbelová, Zuzana. *Přednáškový materiál*. Praha: Centrum Paraple, 2011

Benešová, Barbora. *Přednáškový materiál*. Praha: Centrum Paraple, 2011

Calabova [online] [cit. 2012-8.02] dostupné z WWW: < <http://www.calabova.cz/>>

CZEPA [online] [cit. 2012-9.02] dostupné z WWW: < <http://www.czepa.cz/>>

Liga vozíčkářů [online] [cit. 2012-13.03] dostupné z WWW: <<http://ligavozick.skynet.cz>>

Medicabaze [online] [cit. 2012-7.03] dostupné z WWW: < <http://www.medicabaze.cz> >

Petr Šika [online] [cit. 2012-28.03] dostupné z WWW: < <http://www.petrsika.com> >

Poranění páteře [online] [cit. 2012-7.03] dostupné z WWW: < <http://www.med.muni.cz> >



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dům klienta z kazuistiky 1

Příloha 2 Byt klientky z kazuistiky 2

Příloha 3 Dům klientky z kazuistiky 3

Příloha 4 Byt klienta z kazuistiky 4

Příloha 5 Dům klientka z kazuistiky 5

Příloha 6 Dům klientky z kazuistiky 6

Příloha 7 SCIM test

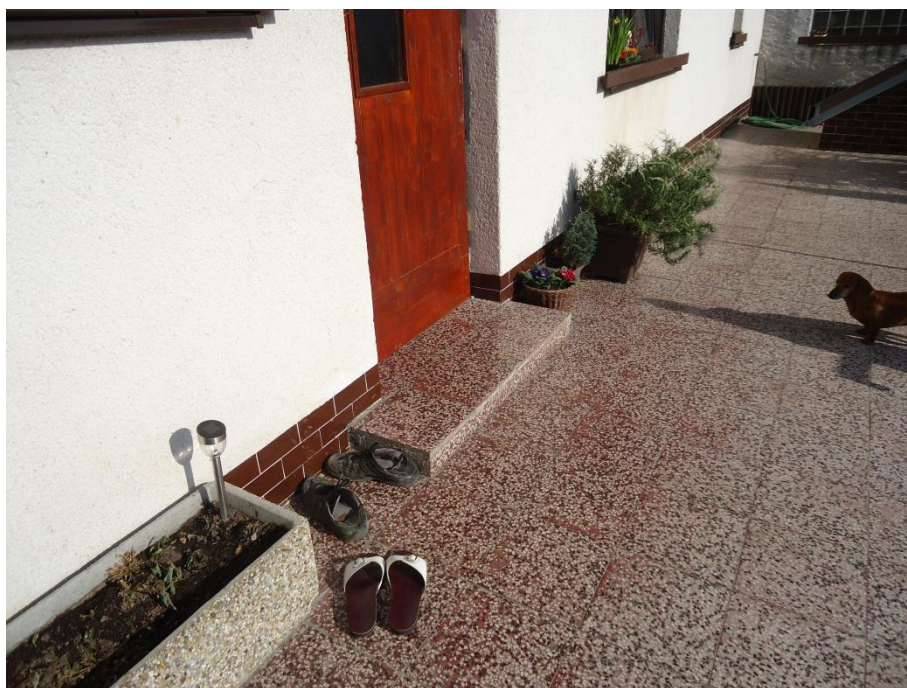
Příloha 8 Test BI

## 13 PŘÍLOHY

### Příloha 1 Dům klienta z kazuistiky 1



Obrázek 1 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 1



Obrázek 2 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 1



Obrázek 3 Přístup v domě klienta z kazuistiky číslo 1



Obrázek 4 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 1



Obrázek 5 Sprchový kout klienta z kazuistiky číslo 1



Obrázek 6 Sprchový kout klienta z kazuistiky číslo 1

**Příloha 2 Byt klientky z kazuistiky 2**



Obrázek 7 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 2



Obrázek 8 Koupelna klientky z kazuistiky číslo 2

**Příloha 3 Dům klientky z kazuistiky 3**

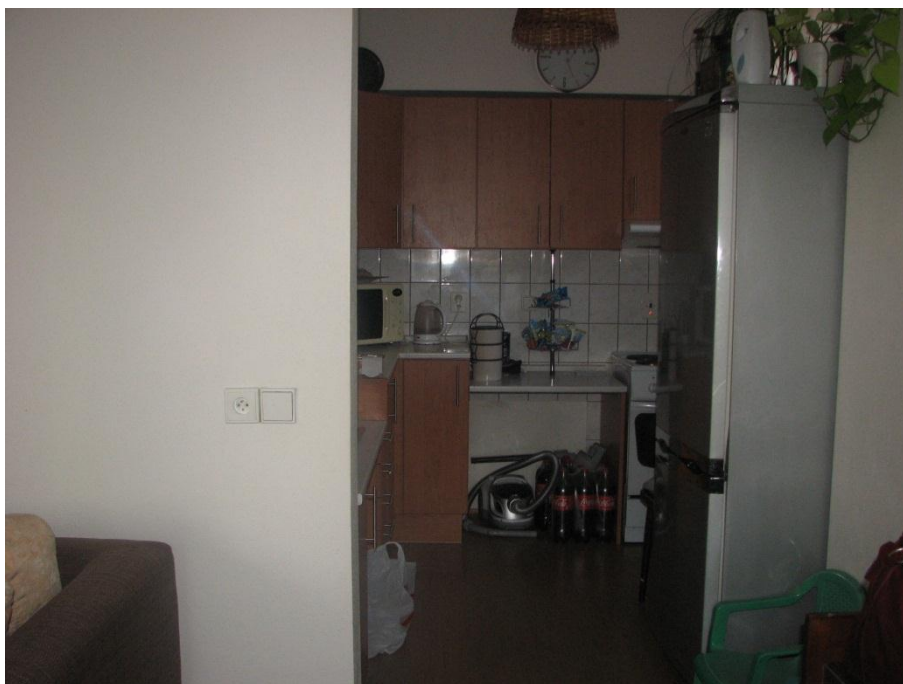


**Obrázek 9 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 3**



**Obrázek 10 Přístup do domu klientky z kazuistiky číslo 3**

#### Příloha 4 Byt klienta z kazuistiky 4



Obrázek 11 Kuchyň klienta z kazuistiky číslo 4



Obrázek 12 Ložnice klienta z kazuistiky číslo 4



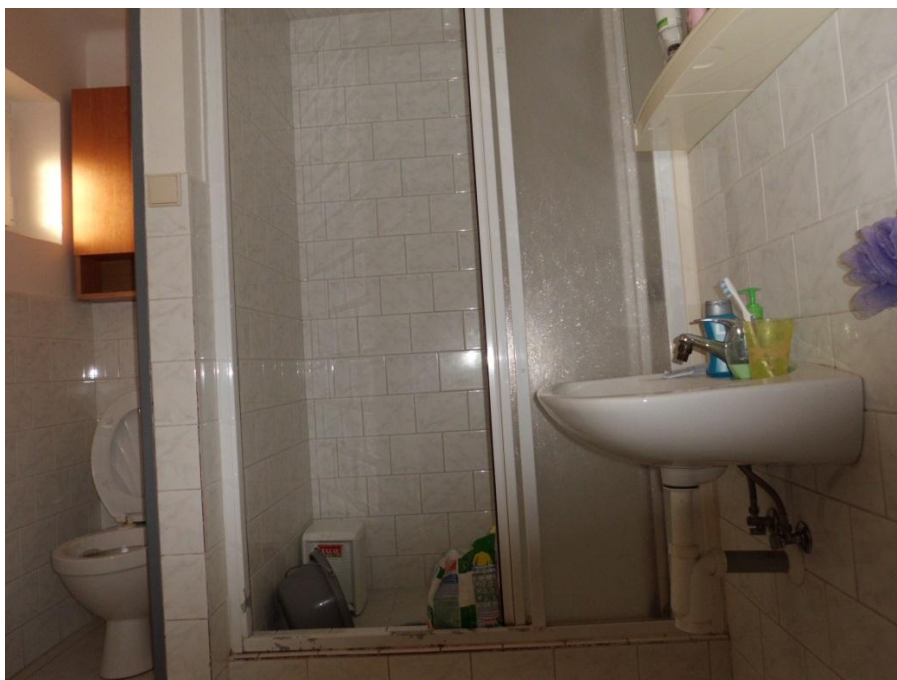
Obrázek 13 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 4



**Příloha 5 Dům klienta z kazuistiky 5**



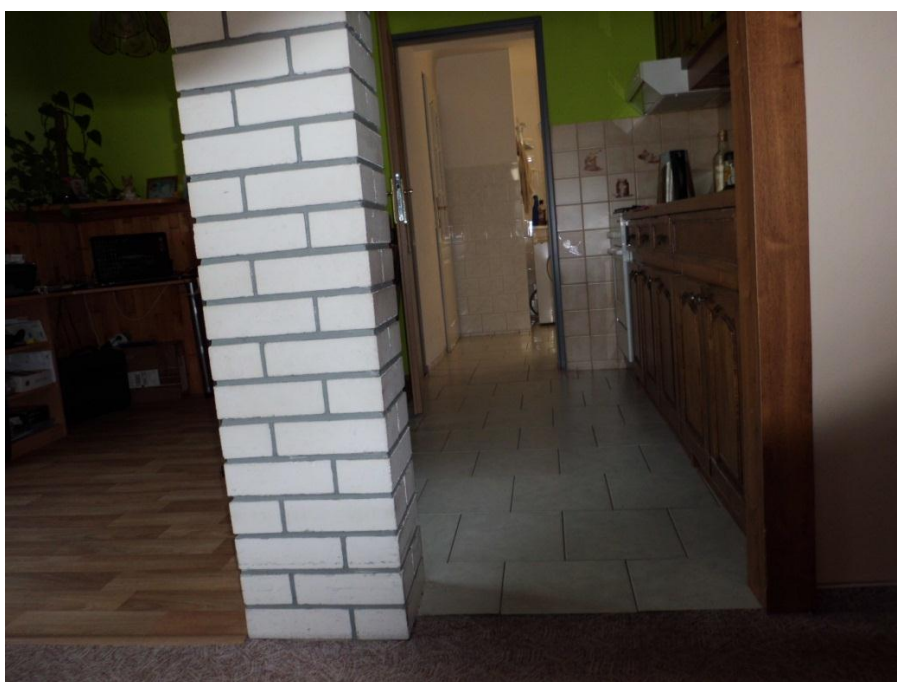
Obrázek 14 Kuchyně klienta z kazuistiky číslo 5



Obrázek 15 Koupelna klienta z kazuistiky číslo 5



Obrázek 16 Vstup do domu klienta z kazuistiky číslo 5



Obrázek 17 Přejezdy v místnostech klienta z kazuistiky číslo 5

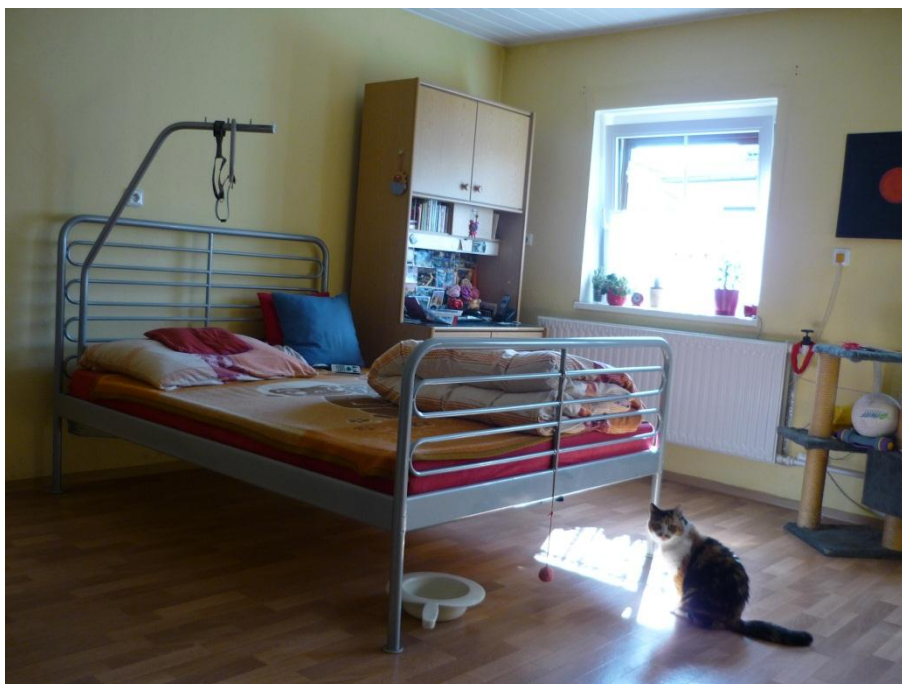
## Příloha 6 Dům klientky z kazuistiky 6



Obrázek 18 Vstup do domu klientky z kazuistiky číslo 6



Obrázek 19 Koupelna klientky z kazuistiky číslo 6



Obrázek 20 Pokoj klientky z kazuistiky číslo 6



Obrázek 21 Kuchyně klientky z kazuistiky číslo 6

## Příloha 7 SCIM test

### SCIM – Spinal Cord Independence Measure (3. verze)

Spínátní jednotka Praha

Jméno pacienta: ..... r.č.: ..... datum vyš.: .....  
(Zadejte skóre pro jednotlivé funkce do odpovídajícího čtverce)

#### Sebeobsluha

1. Stravování (krájení, otvírání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s tekutinou)    
 0. Potřebuje parenterální, gastrostomickou, nebo plně asistovanou perorální výživu  
 1. Potřebuje částečnou asistenci při jídle a/nebo pití, nebo pro nasazení kompenzačních pomůcek  
 2. Ji samostatně; potřebuje kompenzační pomůcky nebo asistenci pouze na krájení potravy a/nebo nalévání a/nebo otvírání nádob  
 3. Ji a pije samostatně; nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky
2. Koupel (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem). A – horní pol. těla; B – dolní pol. těla
- A. 0. Potřebuje plnou asistenci    
 1. Potřebuje částečnou asistenci  
 2. Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (např. madla, židle)  
 3. Myje se samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- B. 0. Potřebuje plnou asistenci    
 1. Potřebuje částečnou asistenci  
 2. Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (kppp)  
 3. Myje se samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
3. Oblékání (oděv, boty, ortézy; oblékání, nošení, svlékání). A – horní polovina těla; B – dolní polovina těla
- A. 0. Potřebuje plnou asistenci    
 1. Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)  
 2. Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)  
 3. Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky  
 4. Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- B. 0. Potřebuje plnou asistenci    
 1. Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)  
 2. Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)  
 3. Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky  
 4. Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
4. Úprava zevnějšku (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení, make-up)    
 0. Potřebuje plnou asistenci  
 1. Potřebuje částečnou asistenci  
 2. Provede všechny činnosti samostatně s kompenzačními pomůckami  
 3. Provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

DÍLČÍ SKÓRE (0-20)

#### Dýchání a ovládání svěračů

5. Dýchání    
 0. Potřebuje tracheostomickou kanylu (TS) a úplnou nebo částečnou ventilační podporu  
 2. Dýchá samostatně s TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli nebo péči o TS  
 4. Dýchá samostatně s TS; potřebuje malou asistenci při kašli nebo péči o TS  
 6. Dýchá samostatně bez TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli, neinvazivní podpůrnou ventilaci (PEEP, BIPAP)  
 8. Dýchá samostatně bez TS; potřebuje malou asistenci nebo stimulaci při kašli  
 10. Dýchá samostatně bez asistence nebo pomůcek
6. Ovládání svěračů – močový měchýř    
 0. Permanentní katetr  
 3. Reziduální objem moči (ROM) > 100ml; bez samostatné či asistované intermitentní katetrizace  
 6. ROM < 100ml nebo samostatná intermitentní katetrizace; potřebuje asistenci při použití pomůcek pro inkontinenci  
 9. Samostatná intermitentní katetrizace; používá pomůcky pro inkontinenci; nepotřebuje asistenci  
 11. Samostatná intermitentní katetrizace; kontinentní mezi katetrizacemi; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci  
 13. Moči spontánně; ROM < 100ml; potřebuje pouze pomůcky pro inkontinenci; nepotřebuje asistenci při močení  
 15. Moči spontánně; ROM < 100ml; kontinentní; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci
7. Ovládání svěračů – střeva    
 0. Nepravidelné načasování nebo velmi nízká frekvence vyprazdňování (méně než jednou za tři dny)  
 5. Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (např. při zavedení čípků); zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)  
 8. Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)  
 10. Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; žádné úniky stolice
8. Použití toalety (perineální hygiena, upravení oděvu před/po, použití vložek nebo plen)    
 0. Potřebuje plnou asistenci  
 1. Potřebuje částečnou asistenci; sám se neočistí  
 2. Potřebuje částečnou asistenci; očistí se samostatně  
 3. Používá toaletu samostatně na všechny úkony ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (např. madla)  
 4. Používá toaletu samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

DÍLČÍ SKÓRE (0-40)

### Mobilita (místnost a toaleta)

- 9. Mobilita na lůžku a prevence dekubitů**
0. Potřebuje asistenci ve všech aktivitách: otáčení horní poloviny těla na lůžku, otáčení dolní poloviny těla na lůžku, posazování na lůžku, nadzvednutí ve vozíku, s nebo bez kompenzačních pomůcek, ale ne s elektrickými pomůckami
  2. Provede jednu z aktivit bez asistence
  4. Provede dvě nebo tři aktivity bez asistence
  6. Provede veškerou mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů samostatně
- 10. Přesuny: lůžko – vozík (zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. skluznou desku)
  2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)
- 11. Přesuny: vozík – toaleta (jestliže používá toaletní vozík: přesun do a zpět; jestliže používá normální vozík: zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. madla)
  2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)

### Mobilita (v interiéru a exteriéru)

- 12. Mobilita v interiéru**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
  2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
  4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – chůze švihem)
  5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
  6. Chodí s jednou holí
  7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
  8. Chodí bez pomůcek
- 13. Mobilita na střední vzdálenosti (10-100 metrů)**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
  2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
  4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – chůze švihem)
  5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
  6. Chodí s jednou holí
  7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
  8. Chodí bez pomůcek
- 14. Mobilita v exteriéru (více než 100 metrů)**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
  2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
  3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
  4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – chůze švihem)
  5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
  6. Chodí s jednou holí
  7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
  8. Chodí bez pomůcek
- 15. Schody**
0. Neschopen překonávat schody nahoru ani dolů
  1. Vyjde a sejde nejméně 3 schody za pomoci nebo dohledu jiné osoby
  2. Vyjde a sejde nejméně 3 schody s pomocí zábradlí a/nebo berle nebo hole
  3. Vyjde a sejde nejméně 3 schody bez pomoci nebo dohledu
- 16. Přesuny: vozík – auto (nastavení vozíku k autu, zabrzdnění vozíku, odstranění postranic a stupaček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení)**
0. Potřebuje plnou asistenci
  1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled a/nebo kompenzační pomůcky
  2. Přesune se samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky (nebo nepotřebuje vozík)
- 17. Přesuny: země – vozík**
0. Potřebuje asistenci
  1. Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek (např. skluznou desku)

## Příloha 8 BI

### Barthelův test všedních činností (ADL)

Jméno pacienta:

RČ:

DC.

poj.

Datum vyšetření

Činnost	Úroveň schopnosti				
<b>1. najedení, napití</b>	S amostatně bez pomoci 10				
	S pomoci krájení, mazání 5				
	Neprovede 0				
<b>2. obléhání</b>	S amostatně bez pomoci 10				
	S pomoci 5				
	Neprovede 0				
<b>3. koupání</b>	S amostatně nebo s pomoci 5				
	Neprovede 0				
<b>4. osobní hygiena</b>	S amostatně nebo s pomoci 5				
	Neprovede 0				
<b>5. kontinence moči</b>	Plně kontinentní 10				
	Občas inkontinentní 5				
	Inkontinentní, katetrizován 0				
<b>6. kontinence stolice</b>	Plně kontinentní 10				
	Občas inkontinentní 5				
	Inkontinentní 0				
<b>7. použití WC</b>	S amostatně bez pomoci 10				
	S pomoci 5				
	Neprovede 0				
<b>8. přesun lůžko- židle</b>	S amostatně bez pomoci 15				
	S malou pomoci 10				
	S větší pomoci 5				
	Neprovede 0				
<b>9. chůze po rovině</b>	S amostatně nad 50m 15				
	S pomoci nad 50 m 10				
	Na vozíku 50 m 5				
	Neprovede 0				
<b>10. chůze po schodech</b>	S amostatně bez pomoci 10				
	S pomoci 5				
	Neprovede 0				
	S kóre:				

Podpis hodnotitele:

Hodnocení: 0- 40 bodů- vysoce závislý

45- 60 bodů- závislost středního stupně

65- 95 bodů- lehká závislost

100 bodů- nezávislý