

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2016**

**Radka Střihavková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Radka Střihavková**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**TĚHOTENSTVÍ A PÉČE O DÍTĚ PO POŠKOZENÍ MÍCHY  
Z POHLEDU ERGOTERAPIE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Geierová

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

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

V Plzni dne 20. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Geierové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům centrum Paraple o. p. za poskytování odborných rad.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Střihavková Radka

Katedra: Katedra fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Těhotenství a péče o dítě po poškození míchy z pohledu ergoterapie

Vedoucí práce: Mgr. Geierová Lenka

Počet stran – číslované: 80

Počet stran – nečíslované : 41

Počet příloh: 14 (1x CD – ROM)

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: míšní léze, ergoterapie, péče o dítě, všední denní činnosti, kompenzační pomůcky

Souhrn: Bakalářská práce „Těhotenství a péče o dítě po poškození míchy z pohledu ergoterapie“ seznamuje se základními poznatky o míšní lézi a možnostech ergoterapie. Dále využití ergoterapie při péči o dítě. Teoretická část obsahuje anatomii, průběh, hodnocení stavu, zdravotní komplikace u míšní léze, těhotenství a porod u míšní léze a péče o dítě. Praktická část obsahuje šest kazuistik, které se zaměřují na soběstačnost v péči o dítě. Studie poukazují na problémové oblasti klientek a jejich ovlivnění především s využitím ergoterapie.

## **Annotation**

Surname and name: Střihavková Radka

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Occupational therapy views on pregnancy and child care after spinal cord injury

Consultant: Mgr. Lenka Geierová

Number of pages – numbered: 80

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 41

Number of appendices: 14 (1x CD – ROM)

Number of literature items used: 23

Keywords: spinal cord lesions, occupational therapy, childcare, common daily activities, compensation aids

Summary: The bachelor's thesis: "Occupational Therapy Views On Pregnancy And Child Care After Spinal Cord Injury" provides information about the basic knowledge of spinal cord lesions and occupational therapy options. It also deals with the use of occupational therapy in childcare. The theoretical part describes the anatomy, course, evaluation of the condition, health complications associated with spinal cord lesions, pregnancy and labour in case of spinal cord lesion and childcare. The practical part contains six casuistic studies focused on self-management in childcare. The studies highlight the issues of clients and how they can be managed with the use of occupational therapy.



# OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 ANATOMIE .....	10
1.1 Mícha hřbetní .....	10
1.2 Míšní nervy .....	11
2 MÍŠNÍ LÉZE .....	12
2.1 Etiologie, neurologický nález .....	12
2.2 Neurologická diagnostika .....	13
2.2.1 Metody hodnocení stavu.....	14
2.3 Klinický průběh poranění míchy .....	15
2.4 Funkční klasifikace .....	15
2.5 Zdravotní komplikace u míšní léze.....	17
2.5.1 Autonomní dysreflexie .....	17
2.5.2 Ortostatická hypotenze .....	17
2.5.3 Tromboembolická nemoc .....	18
2.5.4 Poruchy močení .....	18
2.5.5 Poruchy vyprazdňování .....	18
2.5.6 Poruchy sexuálních funkcí.....	19
2.5.7 Poruchy kožního krytu .....	19
2.5.8 Septické stavy .....	19
2.5.9 Bolestivé stavy.....	20
2.5.10 Spasticita.....	20
2.5.11 Paraartikulární osifikace .....	20
2.5.12 Osteoporóza .....	21
3 ERGOTERAPIE .....	22
3.1 Definice ergoterapie.....	22
3.2 Ergoterapie u míšní léze .....	22
4 TĚHOTENSTVÍ A POROD U MÍŠNÍ LÉZE.....	24
4.1 Sexualita u žen po poškození míchy.....	24
4.2 Těhotenství u míšní léze .....	24
4.2.1 Asistovaná reprodukce .....	25
4.3 Porod u míšní léze.....	26
5 PÉČE O DÍTĚ.....	27
5.1 Hygiena.....	27
5.2 Oblékání dítěte .....	28

5.3	Přebalování .....	28
5.4	Krmení .....	29
5.5	Mobilita s dítětem .....	30
6	BEZBARIÉROVÉ BYDLENÍ PRO VOZÍČKÁŘE .....	32
6.1	Kuchyně .....	32
6.2	Koupelna a toaleta .....	33
6.3	Obývací pokoj .....	34
6.4	Ložnice .....	35
6.5	Šířka dveří .....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	37
7	CÍL PRÁCE .....	37
8	HYPOTÉZY .....	38
8.1	Hypotéza 1 .....	38
8.2	Hypotéza 2 .....	38
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	39
10	METODOLOGIE .....	40
11	KAZUISTIKY .....	41
11.1	Kazuistika 1 .....	41
11.2	Kazuistika 2 .....	46
11.3	Kazuistika 3 .....	51
11.4	Kazuistika 4 .....	56
11.5	Kazuistika 5 .....	61
11.6	Kazuistika 6 .....	66
12	VÝSLEDKY .....	74
13	DISKUZE .....	77
13.1	Diskuze k hypotéze č. 1 .....	77
13.2	Diskuze k hypotéze č. 2 .....	78
	ZÁVĚR .....	80
	SEZNAM ZKRATEK .....	83
	SEZNAM TABULEK .....	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	85

## ÚVOD

Předmětem této bakalářské práce je těhotenství a péče o dítě u žen po poškození míchy. Hlavní příčinou míšních lézí bývá úraz. Jako další příčinou jsou cévní myelopatie, záněty a nádory. Míšní léze vede u klientů k velkému omezení ve všech činnostech, proto tato diagnóza vede k invaliditě a ke snížení celkové mobility. Dalším důležitým následkem bývá zhoršení psychického stavu a snížení sociální interakce. U těchto klientů je důležitá komplexní včasná rehabilitace, jako prevence vzniku některých komplikací.

Teoretická část práce se zaměřuje na míšních lézí. Hlavní problém je porušení míchy, proto jsem se zaměřila na anatomii, kterou jsem rozepsala v první kapitole. Další velmi důležitá kapitola je míšních lézí, kde je zařazena definice, etiologie, diagnostika, klinický průběh a zdravotní komplikace. Další kapitoly jsou ergoterapie u míšních lézí, těhotenství a porod, bezbariérové prostředí a péče o dítě. Teorie je získána z odborné literatury a zároveň i z mého šetření.

Praktická část práce obsahuje podrobné rozborů kazuistik a hypotéz. Dále obsahuje dosažené výsledky v šetření v samostatnosti žen po poškození míchy v péči o dítě. Tyto výsledky jsou rozebrány a porovnány v diskuzi.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že tato problematika je stále lehce tabuizovaná a mnoho lidí si myslí, že ženy, které mají poškozenou míchu, nejsou schopné se postarat o děti a tím pádem nemají nárok je mít.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ANATOMIE

## 1.1 Mícha hřbetní

Mícha hřbetní - medulla spinalis je uložena v páteřním kanálu, je obklopena míšními obaly, je dlouhá kolem 40 – 45 centimetry a váží 35 gramů. Původně sahá i do kanálu křížové kosti, protože po čtvrtém měsíci nitroděložního života roste páteř rychleji než mícha, u dospělého člověka dosahuje její dolní okraj jen k prvnímu bedernímu obratli. Mícha je uložena v páteřním kanále (chráněna obratli a dalšími okolními strukturami). (16, s.8 – 25.)

Máme pět míšních segmentů:

- Oddíl krční - cervikální (segmenty C1- C8)
- Oddíl hrudní - thorakální (segmenty Th1- Th12)
- Oddíl bederní - lumbální (segmenty L1- L5)
- Oddíl křížový - sakrální (segmenty S1- S5)
- Oddíl kostrční - coccygeální (s 1 kostrčním segmentem Co1)

V každém míšním segmentu vystupují z přední boční brázdy motorická a autonomní nervová vlákna. A do zadní boční brázdy vstupují nervová vlákna senzitivní.

Hřbetní mícha obsahuje šedou hmotu míšní a bílou hmotu míšní, která je na povrchu. Na průřezu šedá hmota tvoří na řezu charakteristický obraz, který je srovnáván s motýlem. Šedá hmota se rozprostírá kolem canalis centralis. Je tvořena těly neuronů, které jsou organizovány podle své funkce do shluků - míšních jader:

- Přední rohy míšní - zde se nacházejí motoneurony
- Zadní rohy míšní - zde leží senzitivní neurony
- Střední část šedé hmoty míšní obsahuje autonomní (vegetativní) neurony - sympatické a parasympatické neurony. Jejich výběžky tvoří autonomní nervy, které vystupují jako součást míšních nervů.

Bílá hmota míšňí je v prostoru kolem šedé hmoty míšňí. Obsahuje velké množství nervových vláken (nikoli těla neuronů). Vlákná tvoří nervové míšňí dráhy, které jsou vzestupný (ascendentní) a sestupný (descendentní). Bílou hmotu dělíme do tří širokých provazců:

- v předních provazcích jsou dráhy sestupné (hlavně motorické dráhy z mozkové kůry a kmene, které vedou k motoneuronům v předních rozích míšňích)
- v postranních provazcích vedou sestupné (motorické a autonomní) a vzestupné (senzitivní) dráhy
- v zadních provazcích nacházíme vzestupné dráhy (senzitivní).

## 1.2 Míšňí nervy

Všechny míšňí nervy jsou smíšené. Obsahují vlákná senzitivní, motorická a autonomní. Těla neuronů leží v šedé hmotě míšňí a v gangliích (nervové uzliny).

Celkem máme 31 párů míšňích nervů, které dělíme:

- 8 párů nervi cervicales
- 12 párů nervi thoracici
- 5 párů nervi lumbales
- 5 párů nervi sacrales
- 1 pár nervus coccygeus

Každý míšňí nerv je tvořen spojením dvou míšňích kořenů. Radix ventralis je motorický a autonomní, radix dorsalis obsahuje převážně senzitivní vlákná (ale najdou se zde i autonomní vlákná).

Míšňí nerv se dělí na čtyři větve:

1. Přední větev (ramus ventralis) - inervuje horní a dolní končetiny a dále přední část trupu a krku. Tvoří pleteně – plexy: krční, pažňí, bederní a křížovou.

2. Zadní větev (ramus dorsalis) - inervuje hluboké zádové svaly a kůži zad.
3. Meningeální větev (ramus meningeus) - inervuje míšní pleny.
4. Komunikující větev (ramus comunicans albus) - řadíme ji k autonomnímu nervstvu, končí v sympatických nervových gangliích.

## 2 MÍŠNÍ LÉZE

### 2.1 Etiologie, neurologický nález

V České republice vzrůstá počet pacientů s míšní lézí ročně o 200 - 250 nových případů. Nejčastější způsob poranění vzniká úrazem, a to současně při poranění míchy, při kterém je komprimován páteřní kanál luxovaným obratlem, popř. kostními úlomky. Úrazy páteře jsou nejčastěji způsobeny převážně autonehodami, dále pády z výšky a sportovními úrazy.

Další menší skupinu poškození míchy tvoří neúrazové míšní léze, a to cévní myelopatie, záněty či nádory. Tito pacienti jsou starší, přibližně kolem 60 - 70 let.

Paraplegie vzniká při lézi směrem distálním od segmentu Th2, tetraplegie při lézi v segmentech C až Th1. Dále může být pentaplegie, což je současné postižení svalů bránice, tedy léze nad segment C4. (10, s. 352)

Výška poškození segmentu:

- Tetraplegie – tetraplegie vzniká při poranění míchy v krčním segmentu. Tím vzniká částečná ztráta pohyblivosti horních končetin a úplná ztráta pohyblivosti těla a dolních končetin s potížemi při dýchání a kašlání. Při tetraplegii bude mít částečnou citlivost na tváři, šíji, ramenech a rukou, ale nebude mít žádné cití na těle a nohou.
- Vysoká paraplegie – tato paraplegie vzniká při poškození míchy v segmentu horní části zad a způsobí částečnou ztrátu pohyblivosti těla a úplnou ztrátu hybnosti dolních končetin. Dýchání a kašlání u těchto lidí bude částečně omezené. Při vysoké paraplegii bude mít člověk zachovalou citlivost od hrudi nahoru, ale nebude mít žádné cití na břichu a nohou.

- Nízká paraplegie – tato paraplegie vzniká při poškození segmentu v dolní části zad a způsobí úplnou nebo částečnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. U této paraplegie má člověk zachovalou citlivost od břicha nahoru a částečné čítí na nohou.

Bez ohledu na výšku míšní léze bude mít člověk určité problémy s kontrolou močového měchýře a stolice. (5, s. 7)

Poranění krční a hrudní míchy vedou ke zhoršenému dýchání, protože jsou ochrnuté interkostální svaly. Tím je zhoršená expektorance. Občas je v prvních dnech po úraze nutná tracheostomie. (20, s. 81)

V neurologickém průběhu začíná období míšního šoku, které začíná bezprostředně po vzniku míšní léze a trvá asi 6 týdnů. V tomto období můžeme u pacientů pozorovat úplnou atonii, areflexii, anestezii. Občas se po odeznění míšního šoku může obnovit jak citlivost, tak hybnost. (10, s. 352)

## **2.2 Neurologická diagnostika**

Přesné neurologické vyšetření je rozhodující pro léčbu i pro určení prognózy. Pod místem poranění je výpad motoriky, čítí i vegetativních funkcí. Zraněný se nepohybuje, necítí bolestivé podněty a nemočí.

Deficit hybnosti se určuje podle zachované inervace svalů. Při přerušení nad segmentem C4 - C5 nefungují interkostální svaly ani bránice. Většinou je indikovaná tracheostomie. Při porušení pod segmentem C5 je zachovaná funkce m. biceps brachií, tedy ohýbače lokte, ale nejsou funkční extenzory. Při poškození C8 funguje m. triceps brachií, svaly ruky jsou omezené, ale při dobré rehabilitaci je však ruka s pomůckami funkční. Každý sval se zachovanou funkcí má pro nemocného význam. Distálně od segmentu Th1 jsou zachovány všechny funkce ruky. Vzácná poranění v hrudním úseku zachovávají interkostální svaly, a tím se usnadňuje dýchání. Nad segmentem Th5 jsou vyřazeny nn. splachnici s následnou poruchou střevní motility. A pod segmentem Th9 se při vyšetření pupek pohybuje směrem vzhůru, protože jsou ochrnuty dolní břišní svaly. Porucha motoriky při častém poranění v oblasti obratle L1 nebývá tak vyhraněna jako v krčním úseku, často jde o kombinaci chabé a spastické parézy, vždy s poruchou močení. (8, s. 133-134)



### 2.2.1 Metody hodnocení stavu

K hodnocení neurologického stavu můžeme použít vyšetření podle ASIA (American Spinal Injury Association) protokolu. Tento protokol umožňuje stanovit úroveň míšní léze a její rozsah. Ke stanovení úrovně míšní léze je nejdříve potřeba vymezit úroveň motorickou a senzitivní. Úroveň motorická vychází z tzv. klíčových svalů. U každého jednotlivého svalu vyšetřujeme jeho svalovou sílu od 1. do 5. stupně. A to v přesně definovaných polohách. Motorická úroveň odpovídá nejnižšímu segmentu, kde jeho klíčový sval je nejméně na stupni 3 a sval nad ním na stupni 5. K vyšetření senzitivní úrovně používáme tzv. klíčové body (jeden bod označuje jeden míšní segment- dermatom). Zde se vyšetřují dvě modalita - lehký dotyk a diskriminaci čítí (schopnost rozeznávat povrchy předmětů - ostrý a tupý).

Rozsah míšní léze určujeme pomocí tzv. ASIA Impairment Scale. A - kompletní léze - je charakterizovaná chyběním senzitivní a motorické funkce v segmentech S4/5; jako AIS B - nekompletní léze - se označuje zachování citlivosti pod úrovní léze včetně segment S4/5; AIS C - nekompletní léze - vyjadřuje zachovanou motorickou funkci alespoň poloviny klíčových svalů pod úrovní míšní léze se svalovou silou na stupni méně než 3; AIS D - nekompletní léze - motorická funkce u více než poloviny klíčových svalů pod úrovní léze je na stupni 3 a více; AIS E označujeme normální citlivost a hybnost ve všech segmentech. Může zde být vyjádřena různá porucha autonomních funkcí. (10, s. 352)

K hodnocení funkčního stavu pacientů po poškození míchy dále používáme vyšetření SCIM (Spinal Cord Independence Measure). SCIM hodnotí soběstačnost. Tento test se skládá ze 4 částí, v kterých se hodnotí 17 oblastí. Celkem lze získat 100 bodů.

1. Sebeobsluha – stravování, koupání (horní a dolní poloviny těla), oblékání, úprava zevnějšku.
2. Dýchání a ovládání svěračů – dýchání, ovládání svěračů (močový měchýř a střevo) a použití toalety.
3. Mobilita (místnost a toaleta) – mobilita na lůžku a prevence dekubitů, přesuny: lůžko – vozík, přesuny: vozík – toaleta.

4. Mobilita (v interiéru a exteriéru) – mobilita v interiéru, mobilita na střední vzdálenost, mobilita v exteriéru, schody, přesuny: vozík – auto, přesuny: země – vozík.

Dále se může použít FIM - hodnocení funkčního indexu soběstačnosti. Tento test se dělí na dvě části. 1. Pohybová dovednost, kterou dělíme na osobní péči, kontinenci, přesuny, lokomoce. 2. Psychické funkce, kde se hodnotí komunikace a sociální aspekty. Každá položka se může hodnotit maximálně sedmi body. Celkem lze získat 126 bodů.

Důležité je provádět testy opakovaně v pravidelných intervalech (akutně, 3 a 6 měsíců, 1 rok), abychom mohli co nejlépe hodnotit rozsah a vývoj stavu pacienta. (10, s. 352- 353.)

### **2.3 Klinický průběh poranění míchy**

Klinický průběh má tři fáze.

Fáze I - je fáze akutní, ta se dále dělí na urgentní (akutní) a postakutní. Urgentní (akutní) je péče intenzivní medicíny, ošetření poraněné páteře a prevence komplikací. Toto se dá nazvat jako ucelená péče. Za druhé je postakutní průběh, ten už probíhá na specializovaném oddělení, jako jsou Spinální jednotky. Zde se stabilizuje vnitřní prostředí a systémy, odeznívá míšňí šok a výskyt spazmů. Probíhá zde začátek autoregulace vyprazdňování močového měchýře. Zde je již plný rozsah ucelené péče, jako je fyzioterapie, ergoterapie, sociální poradna, psychologická péče.

Fáze II - je fáze chronická. Je zde plná kompetence stávajících spinálních rehabilitačních jednotek a jiných ústavních a ambulantních rehabilitačních zařízení. Probíhá zde integrace do denního rodinného a pracovního života, dovybavení rehabilitačními a kompenzačními pomůckami, umožnění pravidelné fyzioterapie a ergoterapie, alternativní rehabilitační metody, sportovní činnost.

Fáze III - sem patří opakované hospitalizace, rekonstrukční operační výkony. Řešení vzniklých komplikací. A jsou zde opakované rehabilitační pobyty. (22, s. 11 - 12).

### **2.4 Funkční klasifikace**

Podle míry postižení, lze rozdělit poranění míchy na tři stupně a to: 1. otřes míchy, 2. trvalé přerušování funkce v části míšňího průřezu, 3. trvalé přerušování funkce v celém průřezu (syndrom transverzální míšňí léze).

Diagnóza otřesu míchy je vzácná, v nemocnici není viděná. U otřesu symptomatika odezní během několika minut. Dříve se doporučovalo vyčkat 24 a více hodin na návrat funkcí. Nyní se od toho již opouští, protože otřes míchy se sám neupraví. Otřes míchy se nesmí zaměnit za antalgický odpor z pohybu. Pokud při prvním vyšetření několik hodin po úrazu najdeme defekty motoriky a cití, jde o poškození trvalé a diagnóza otřesu či edému je chybná.

Porucha části průřezu může mít různé formy, má však několik vyhrazených typů:

- Brown - Séquardův syndrom s homolaterálním defektem motoriky a heterolaterálním defektem výpadem cití pro bolest a teplo. Toto je hlavně vidět po bodnutí nožem mezi obratlové trny.

Vzhledem k plasticitě nervového systému a též k oboustranným nezkříženým drahám je prognóza příznivá.

- Nejčastější typ je úplné přerušení funkcí. Poměr typů s neúplným výpadem funkcí je v různých statistikách rozdílný. To je dáno typem přijímacího ústavu.

Na mnoho zdravotnických pracovištích se používala Frankelova stupnice. Toto hodnocení bylo vhodné v chronickém stadiu pro rehabilitaci, pro dlouhodobé srovnávání a pro zjednodušení závěru. Tato stupnice nikdy nemohla nahradit neurologické vyšetření.

Frankelova stupnice:

- A. žádná motorická ani senzorická funkce
- B. nekompletní porucha senzorických funkcí - žádná motorická funkce
- C. nekompletní porucha senzorických funkcí - žádná užitečná motorická funkce
- D. nekompletní porucha senzorických funkcí - užitečná motorická funkce
- E. normální senzorická i motorická funkce - může být spastická (22, s.13)

## **2.5 Zdravotní komplikace u míšní léze**

### **2.5.1 Autonomní dysreflexie**

Jedná se o nejzávažnější komplikaci, kdy jde o život. Jedná se o náhlé a prudké zvýšení krevního tlaku způsobené neadekvátní vegetativní reakcí na podráždění pod místem léze. (10, s. 353)

Příčiny:

- Močový trakt – nadměrná náplň močového měchýře, infekce, neprůchodný močový katetr, urologické vyšetření, atd.
- Gastrointestinální trakt – zácpa, distenze střev, apendicitida, vřed žaludku, hemeroidy, žlučové kameny, atd.
- Kůže – dekubity, popáleniny, těsný oděv, bodnutí hmyzem, atd.
- Reprodukční systém – pohlavní styk, pohlavní choroby.
- U mužů – komprese skráta, ejakulace, atd.
- U žen – menstruace, těhotenství, porod, vaginitida
- Jiné – hluboká žilní trombóza, excesivní příjem alkoholu a kávy, traumata, plicní embólie, posilování, atd. (13, s. 13)

Klinický obraz se projevuje prudkou pulsující bolestí hlavy, zarudnutím v obličeji, pocením a úzkostí. Pokud se včas nezareaguje, může nastat i krvácení do mozku. Často stačí pacienta posadit a obnovit derivaci moči. Není-li příčina obtíží bezprostředně rozeznána, může se tlak přechodně snížit podáním antihypertenziva s rychlým účinkem. Autonomní dysreflexie se vyskytuje jen u pacientů s míšní lézí nad segmentem Th6. (10, s. 353)

### **2.5.2 Ortostatická hypotenze**

Je způsobena dlouhotrvající horizontální polohou pacienta v akutní fázi, ale především plegií dolních končetin, případně trupu a s tím je spojený nedostatečný návrat krve z periferie. Při rychlém posazení takového pacienta často dochází ke kolapsovým stavům. Proto je velmi důležitá postupná vertikalizace do sedu s možností okamžitého

záklonu nebo vertikalizace na nastavitelném vertikalizačním stole nebo polohovacím lůžku. (10, s. 353)

### **2.5.3 Tromboembolická nemoc**

Hluboká žilní trombóza je výsledkem srážení krve, což vede ke vzniku trombu v žilním systému v oblastech, které jsou pod úrovní zranění. (6, s. 14)

Vzniká především z důvodu nedostatečného návratu žilní krve. A tím je zvýšené riziko vzniku tromboembolické nemoci, což vyžaduje dlouhodobou heparinizaci nebo warfarinizaci. (10, s. 353)

### **2.5.4 Poruchy močení**

Po poškození míchy nemá člověk pocit nucení na močení. Proto se musí každý naučit způsob, jak se vyprázdnit. Pokud se to nenaučí, bude mu moč unikat nekontrolovaně. A pokud nebude úplně vyprázdněný močový měchýř, tak pacient bude trpět opakovanými uroinfekcemi. (3, s. 16)

Bezprostředně po úrazu je derivace moči zpravidla zajištěna permanentním močovým katétrem, ale z dlouhodobého hlediska u mužů pro riziko rozvoje dekubitu uretry se doporučuje epicystostomie, to je zavedení močového katetru přes stěnu břišní. V případě, že je pacient spondylochirurgicky vyřešen a stabilizován, je možné zahájit tzv. intermitentní katetrizaci. Jedná se o jednorázové cévkování po 3 - 4 hodinách, které provádí zdravotní sestra nebo zaučený rodinný příslušník nebo pacient sám. Proto je velmi důležitý příjem tekutin, který se pohybuje denně kolem 2 - 2,5 litru. Přibližně kolem 2. měsíce po úrazu se provede urodynamické vyšetření a podle výsledku, tedy podle dráždivosti a tonu svaloviny močového měchýře a svěrače, lze režim upravit. Cílem je ochránit horní močové cesty, protože každý pacient po poranění míchy je ohrožen výskytem bakterií v močovém měchýři. Při nesprávné derivaci moči může dojít k refluxu moči zpátky do ledvin. Tím může vzniknout pyelonefritida, která může být později příčinou chronického selhání ledvin. (10, s. 354)

### **2.5.5 Poruchy vyprazdňování**

Pacient s míšní lézí nemusí cítit potřebu na stolici, proto se musí naučit náhradnímu způsobu vyprazdňování. Pokud se to nenaučí, může mít potíže se samovolným odchodem stolice, následnými opruzeninami, v důsledku toho mohou vzniknout dekubity. Pacient také může trpět zácpou. (4, s. 19)

Podle výšky míšní léze rozlišujeme dysfunkci střeva a análního svěrače. Vyprazdňování tlustého střeva se obvykle provádí pomocí rektální stimulace nebo vybavení stolice manuálně. Velmi vhodné je upravit jídelníček (dostatek vlákniny a přiměřené množství stravy). Po delší době vzniku úrazu hrozí obezita, z důvodu sníženého výdeje energie. (10, s. 354)

### **2.5.6 Poruchy sexuálních funkcí**

U pacientů po míšním poranění jsou v závislosti na výšce léze více či méně vyjádřeny různé kombinace poruch sexuálních funkcí. Muži mají poruchy s erekcí a ejakulací, a ženy mají poruchy s lubrikací a dosažením orgasmu. U žen se může objevit amenorea, která se během několik měsíců upraví. Poraněná mícha není příčina neplodnosti. Všichni pacienti by měli být v kontaktu se svým sexuologem, andrologem nebo gynekologem. (10, s. 354)

### **2.5.7 Poruchy kožního krytu**

Velmi časté komplikace jsou kožní komplikace. Kůže na plegické části těla je hůře prokrvená, při anestezii je riziko vzniku dekubitů nebo různých oděrek a popálenin. Kožní defekty se na plegické části hůře hojí. V akutní a subakutní fázi jsou proto všichni pacienti systematicky polohováni a jsou u nich používány antidekubitní pomůcky. Nejvíce kožních defektů se objevuje u pacientů za delší dobu po úrazu při nedostatečné péči o tělo. (10, s. 354)

Dekubity jsou defekty měkkých tkání vznikajících na podkladě ischemií tkání, při nadměrném působení tlaku na kostní výběžky. Dekubity jsou spojené s nehybností pacienta. Tento defekt může vzniknout již do hodiny, obvykle ale za 2 – 6 hodin tlakové zátěže. (22, s. 177)

Léčba rozvinutých dekubitů je vždy velmi náročná a dlouhá. Zánětem je velmi často zasažena i kost, vzniká osteomyelitida a rozvíjí se chronický septický stav, tzn. nemoc z dekubitů. (10, s. 354)

### **2.5.8 Septické stavy**

U pacientů v akutní a subakutní fázi může vzniknout sepse. Příčinou zpravidla bývá uroinfekce. U vyšších lézí s poruchou ventilace či expektorace se může rozvinout respirační infekt.

V dutině břišní se může objevit fokus, zdrojem může být dekubit nebo i zavedený centrální žilní katétr. Vždy se jedná o závažnou, život ohrožující komplikaci, která vyžaduje terapii se širokospektrými antibiotiky. (10, s. 354)

### **2.5.9 Bolestivé stavy**

Pacient s míšní lézí má často různé typy bolestí. Nejčastější typ bolesti je neuromuskulární, bolest je spojená s vynucenou polohou, popř. přetěžováním určitých svalových skupin. Dalším typem je viscerální bolest. To je bolest způsobená patologií vnitřních orgánů, je někdy obtížně lokalizovatelná pro ztrátu citlivosti. Nejhorší bolest tzv. neuropatická bolest, která vychází z postižených nervových struktur, tedy ze samotné míchy či míšních kořenů. Tato bolest je nejhůře ovlivnitelná, může přecházet do chronicity a bývá přítomna až u jedné třetiny pacientů. V současné době máme mnoho typů léků, kterými lze tuto bolest ovlivnit. (10, s. 354)

### **2.5.10 Spasticita**

U centrálních lézí, tedy u poškození v celém průběhu míchy, nejčastěji po segment L1, se po odeznění míšního šoku objevuje spasticita a to buď ve větší, nebo menší míře.

U pacientů s míšní lézí je spasticita spíše generalizovaná zpravidla na dolních končetinách a trupu, nezřídka při plegii, přičemž většinou nemá výraznější podíl na případném vzniku kontraktur. (10, s. 354)

Spasticita u spinálních pacientů se může projevovat svalovým hypertonelem, šlachovou reflexií, klonem, flexorovými a extenzorovými spasmy. (14, s. 129)

Míra spasticity se dá ovlivnit rehabilitací. Pokud rehabilitace dokáže ovlivnit spasticitu, je zbytečné ji dále ovlivňovat medikamentózně. Její léčbu zahajujeme po dohodě s fyzioterapeutem a ergoterapeutem v době, kdy samotná spasticita brání standartnímu průběhu terapie nebo je pro pacienta příliš traumatizující. Za delší čas po úrazu se může spasticita zhoršovat, může vést ke kontrakturám, deformitám. Pokud léky nedokážou spasticitu zmírnit na únosnou mez, může být pacientovi implantována tzv. baclofenová pumpa (kontinuální intrathékální podávání baclofenu). (10, s. 354)

### **2.5.11 Paraartikulární osifikace**

Parartikulární osifikace (též neurogení heterotopické osifikace) způsobuje omezení hybnosti v kloubu a může vést až k ankylóze. (10, s. 354).

Heterotopická osifikace se považuje za těžkou komplikaci rehabilitačního procesu, neboť výrazně omezuje mobilitu a soběstačnost pacienta.

U míšní léze se osifikace tvoří vždy v oblasti pod úrovní poškození. Tato osifikace se nejčastěji vyskytuje v oblasti kyčle. Nejčastěji se vyskytuje již 2 měsíce po úrazu, ale může se objevit i s odstupem několika let.

V klinickém obraze dominuje omezení rozsahu pohybu kloubu, otok měkkých tkání kolem kloubu, subfebrilie a u pacientů se zachovalým čítím i bolest. (10, s. 19)

Nejčastěji vzniká po úrazu měkkých tkání, nebo po nešetrných operacích. V případě, že osifikace omezuje pohyb kyčelního kloubu, provádíme jejich odstranění. (11, s. 103)

#### **2.5.12 Osteoporóza**

Osteoporóza je řídnutí kostí. To znamená, že ubývá kostní hmota a dále ubývají kostní trámce, čímž se mění architektonika kosti, která je pak křehčí a má větší tendenci ke zlomeninám. (11, s. 78)

Osteoporóza nejčastěji vzniká v kostech, které jsou během života stále zatíženy. Patří sem kyčle, chodidla a kolena. (17, s. 174)

V chronickém stádiu u pacientů s míšní lézí často dochází k osteoporóze z inaktivity a tím ke zvýšenému výskytu zlomenin při pádech z vozíku nebo nešetrné manipulaci s dolními končetinami. Pokud je to u pacienta možné, tak se mu doporučuje pravidelná vertikalizace do stoje (stojany, vertikalizační stoly). (10, s. 354)



## 3 ERGOTERAPIE

### 3.1 Definice ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon, což je práce a therapia, což je léčení, terapie. Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. (12, s. 13)

*„Definice:*

*Rada ergoterapeutů evropských zemí - Ergoterapie je léčba osob s tělesným, a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úroveň a nezávislosti ve všech aspektech života.*

*Votava, 2003 - Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné postupy při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, mentálně nebo smyslově postiženi. Jako důležitá součást ucelené rehabilitace přispívá ke zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou.*

*ČAE (Česká Asociace Ergoterapeutů) - Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince, potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku, s různým typem postižení.“ (9, s. 13)*

V ergoterapii by se měly vybírat takové činnosti, které jsou pro danou osobu nezbytné a smysluplné. Do ADL patří vzdělání, práce, volný čas a sociální zařazení. (1, s. 328)

### 3.2 Ergoterapie u míšňí léze

Jakmile je stav klienta stabilizován, začíná ergoterapie.

Terapeuti se řídí pokyny lékařů, zejména v otázkách mobility a vertikalizace. Operace stabilizuje páteř, ale při mobilizaci klienta je nutné operované segmenty zajistit stabilizačním límcem (krční páteř), nebo stavitelným korzetem (oblast Th - L páteře).

Operatér určuje dobu fixace a měl by informovat ošetřovatelský personál o postupu polohování.

Práce ergoterapeuta:

Obnova a náhrada poškozených funkcí HKK, zejména ruky tetraplegika-polohování, trénink oslabených funkcí, výcvik kompenzačních a substitučních úchopových funkcí, stimulace haptických funkcí. Ergoterapeut podporuje stabilizaci lopatky, ramene, vedení končetiny v prostoru. Polohování ruky a nácvik sekundárních úchopů, manipulační dovednosti.

Výcvik mobility a soběstačnosti na lůžku, nácvik šetrných přesunů s využitím pomůcek. Výběr vhodného ortopedického vozíku, správná volba antidekubitního sedáku, nácvik preventivních odlehčujících pohybů na vozíku.

Dále výcvik lokomoce na vozíku (správný sed, produktivní jízda v interiéru a exteriéru). Nácvik soběstačnosti mimo lůžko v oblasti sebesycení a příprava jídla, oblékání, osobní hygiena. Ergoterapie zaměřuje mysl, harmonizuje psychiku.

Ergoterapeut vede edukační programy a poradenství – preventivní opatření, úprava prostředí a pomůcek, motivace k aktivitám, ke studiu, výcvik pracovních dovedností. Dále vede nácvik a edukace rodiny. Ergoterapeut podává informace o sdruženích a organizacích osob s míšňí lézí, možnosti v oblasti sociální a pracovní rehabilitace. Podpora resocializačního procesu. (9, s. 151)

## **4 TĚHOTENSTVÍ A POROD U MÍŠNÍ LÉZE**

### **4.1 Sexualita u žen po poškození míchy**

Po úrazu se u žen může objevit snížení nebo ztráta sexuální apetence, snížené sebevědomí či deprese. Žena s míšní lézí je schopna sexuálního styku. Erotogenní zóny se vyskytují nad místem přerušování míchy. To jsou prsní bradavky, šije, ušní lalůčky či rty. Při sexu se zvolí poloha, která je pro pár pohodlná. Klasická poloha se nedoporučuje z důvodu častého výskytu spazmů dolních končetin. Pokud je problém s vzrušivostí, je na místě použít lubrikační gel.

Kvalita orgasmu je odlišná než před vznikem úrazu, obvykle se projevuje jako teplo v podbříšku.

Po poškození míchy se poprvé menstruace objeví obvykle do 3 měsíců. Pokud žena neplánuje otěhotnět, je nutné se bránit před početím. Nejvhodnější antikoncepcí je kondom. Žena je chráněná před neplánovanou graviditou a zároveň je chráněná před vznikem infekce.

Žena po poškození míchy je schopná otěhotnět, pakliže tato schopnost nebyla porušena před úrazem. Při plánovaném rodičovství je důležité po konzultaci s lékařem vysadit některé léky. Doporučuje se tři měsíce před otěhotněním užívat některý volně prodejný polyvitaminový přípravek pro těhotné. V tomto období je důležité, aby žena dbala zvýšenou péčí o močové cesty. Každé těhotenství u těchto žen je považované za rizikové. Gynekologické prohlídky jsou dle běžného harmonogramu a jsou nezbytné časté kontroly na urologii. Pokud se u žen objeví nějaká uroinfekce, vždy je hospitalizovaná v nemocnici. Těhotenství je většinou ukončeno dva týdny před termínem, císařským řezem.

Těhotenství u kvadruplegiček se doporučuje vhodně zvážit nejen z hlediska rizika zdravotních komplikací, ale i z hlediska sociálních konsekvencí. (21, s. 400)

### **4.2 Těhotenství u míšní léze**

Míšní léze vzniká jako následek polytraumat. Polovina nemocných je ve věku 15 – 30 let. A jsou mezi nimi i ženy, které by měly rády děti. Pohlavní život u této diagnózy je

možný. Ale pokud jsou přerušeny obě spinotalamické dráhy, tak nedochází k orgasmu. Reprodukční funkce zůstává zachovaná.

Těhotná žena s míšní lézí je ohrožená vznikem různých těhotenských komplikací. Častá je anémie, infekce močových cest a dochází k zhoršení obstipace. Pokud je žena schopna vyprazdňovat močový měchýř, nicméně v pozdním těhotenství je často nutná permanentní katetrizace. Těhotenství stimuluje kaudální segmenty míchy, které vedou ke vzniku k autonomní hyperreflexivitě. Autonomní pochody vyvolávají vznik děložních kontrakcí, které jsou většinou u těchto žen zachovány. Problémem jsou děložní kontrakce, které nejsou těhotnými vnímány, a proto je problematické určit začátek porodu. Od začátku 3. trimestru je nutné každý týden vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre, které upozorňuje na možný blízký začátek porodu.

U těchto žen je častý překotný porod, proto se hospitalizují několik týdnů před porodem. Ženy s míšní lézí nejsou schopny břišního lisu, proto se těhotenství často ukončuje sectionem caesaream.

Perinatální morbidita a mortalita není zvýšena. Zajímavostí u těchto žen je, že se nevstřebávají catgutové stehy. Kojení u této diagnózy není kontraindikováno. (7, s. 200)

#### **4.2.1 Asistovaná reprodukce**

Asistovaná reprodukce se provádí u párů trpící neplodnosti. Za neplodnost se považuje stav, kdy se páru při pravidelném pohlavním styku nedaří otěhotnět a to v období jednoho až dvou let. Asistovaná reprodukce je na doporučení androloga a nebo praktického lékaře. Na první vstupní vyšetření je nutné, aby přišli oba partneři. Zde je nutné získat rodinnou a osobní anamnézu. Je důležité zjistit onemocnění, která by mohla mít vliv na neplodnost. Nesmí se opomenout ani údaj, zda partneři nepijí často alkohol, nežívají drogy a nekouří. Z gynekologické anamnézy se zajímají o pravidelnost menstruace, gynekologické zákroky a dobu, po kterou trvá snaha o těhotenství. Důležitý údaj je, jak často je pohlavní styk v periovulačním období, protože nižší frekvence styku než každý 2. – 3. den může pravděpodobnost početí snižovat.

Dále se zjišťuje hmotnost párů. Nejobjektivnějším hodnocením je body mass index (BMI). Ženy i muž s abnormálními hodnotami BMI by měli nejdříve normalizovat tělesnou váhu, až pak léčit neplodnost. (21, s. 305)

I ženy po poškození míchy mohou využít asistovanou reprodukci, pokud se jim nedaří otěhotnět přirozenou cestou.

Je několik metod asistované reprodukce:

- IUI – umělé zavedení spermií do děložní dutiny
- DIFI- umělé zavedení spermií do vejcovodů
- DIPI – umělé zavedení spermií do peritoneální dutiny
- GIFT – přenos gamet do vejcovodů
- ZIFT – přenos zygot do vejcovodů
- TET – přenos embrya do vejcovodu
- POST – přenos oocytů a spermií do peritoneální dutiny
- IVF ET – mimotělní oplození a přenos embrya do děložní dutiny (21, s.310)

Nejčastější způsob oplodnění u žen po poškození míchy je metoda IVF. V tomto programu se nejdříve hormonálně stimulují vaječníky a poté se odebere větší množství vajíček. Po jejich oplození se do děložní dutiny zavádějí obvykle jedno až dvě embrya. Embrya, která se do dělohy aktuálně nepřenesou, lze zamrazit a dále použít v případě, pokud nedojde k otěhotnění. (21, s. 321)

### **4.3 Porod u míšní léze**

U těhotných s míšní lézí hrozí předčasný porod. Definice předčasného porodu je ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity.

U těchto žen se těhotenství nejčastěji ukončuje císařským řezem. (7, s. 263)

Anestezie u míšní léze indikuje neuroaxiální analgezii, protože snižuje výskyt hypertenzních komplikací způsobených autonomní hyperreflexií, omezuje vzestup intrakraniálního tlaku, snižuje riziko krvácení do centrální nervové soustavy. Neuroaxiální anestezie spočívá v aplikaci lokálního anestetika do páteřního kanálu. Jsou tři typy blokády. Blokáda epidurální, subarachnoidální nebo kombinovaná subarachnoidální – epidurální. Výhodou této anestezie jsou, že rodička je zcela při vědomí, nehrozí farmakologický útlum dítěte, první kontakt s dítětem. Operatér není nucen ke spěchu,

výkon probíhá klidněji a bezpečněji s menší krevní ztrátou. A hlavně otec může být přítomný u porodu. Nevýhodou je blokáda příslušné oblasti sympatického vegetativního systému. Relaxace příčně pruhovaného svalstva může být nedokonalá. Může vést k syndromu likvorové hypotenze s bolestmi hlavy. (21, s. 401)

Plánovaný císařský řez, jde o výkon, jehož důvod je známý předem. Rodičku je čas kvalitně vyšetřit a připravit na výkon. Upravit celkový její zdravotní stav a dostatečně informovat o plánu výkonu. (21, s. 400)

## **5 PÉČE O DÍTĚ**

### **5.1 Hygiena**

Někteří novorozenci protestují proti svlékání a ponořování do vody, proto se nemusí denně koupat. Postačí mu denně omýt obličej, zadeček a genitálie, ze začátku to vyhovuje matce, tak i dítěti. Později si děti zvyknou a koupání pro ně bude zábava.

Začínáme mýt od hlavy. Na obličej se nepoužívá mýdlo, stačí čistá voda. Oči umýváme kouskem vaty a postupujeme od vnitřního koutku směrem ven. Uši a nos mají samočisticí schopnost, proto je nikdy nečistíme vatovými smotky. Pouze se může odstranit viditelný maz nebo hlen.

Pokud zvolíme celkovou koupel ve vaničce, také postupujeme od hlavy. Po umytí obličeje, zdvihne se hlavička, aby se mohly vymýt záhyby na krku a poté důkladně vysušit. Po umytí horní části těla se přejde na dolní polovinu. Po osušení na dítě nanese ochranný krém, který zabraňuje opruzeninám. Na celé tělo se nanese dětský olejíček nebo speciální krémy. Dále se vyčesávají uvolněné vločky kůže. Dětské nehty rostou velmi rychle, proto je velmi důležité nehty často stříhat. Nehty by se měly stříhat na nohou i rukou do rovna s nůžkami s tupými konci. (18, s. 99)

U žen s paraplegií v této oblasti nemusí být problém. Pokud má žena upravené prostředí tak, aby mohla provádět hygienu samostatně, nepotřebuje žádnou asistenci. Pokud má žena horší stabilitu trupu, může se objevit problém v oblasti zvedání dítěte na přebalovací pult a do vaničky.

U žen s kvadruplegií může být tato činnost velmi náročná. Už jen s přípravou pomůcek, příprava vody, svlečení dítěte a přesun dítěte do vody. Hlavním problémem je

špatná úchopová schopnost rukou, nedostatečná síla horních končetin a špatná stabilita trupu. Tato všechna omezení ztěžují kvadruplegičce manipulaci s dítětem.

## **5.2 Oblékání dítěte**

Dětské oblečení je číslované podle přibližného věku a výšky dítěte. Oblékání a svlékání může být složité i bez komplikovaných zapínání, proto se doporučuje jednoduché oblečení.

Kombinézy se zapínáním na vnitřní straně nohavičky dovolují přebalovat, aniž by se muselo dítě svléct. Body, která se zapínají dítěti mezi nožičkami, brání tomu, aby dítě neprochladlo na záda. Celkově je nejvhodnější kupovat oblečení z takového materiálu, který se snadno udržuje. Volí se látky, které uchovávají teplo a sají pot. Kontrolujeme, zda veškeré oblečení je dost volné, aby se v něm dítě mohlo pohybovat.

Oblékání dítěte může být nejdříve dost náročné. Oblékání je dobré na rovné podložce, aby matka měla obě ruce volné. Nejdříve se přetáhne body přes hlavu, která se nadzdvihne. Jednou rukou se roztáhne rukáv a druhou rukou se protáhne ručička dítěte, stejně se obleče i druhý rukáv. Stáhne se zadní část body a pak se zapnou cvočky mezi nožičkami. Pak se natáhnou ponožky. Pak přijdou na řadu kalhoty. Nejdříve se zasune jedno chodidlo do nohavice, pak druhé a vytáhneme kalhoty. Stejným způsobem se oblékají i další vrstvy oblečení. (18, s. 123)

Žena s paraplegií, která má upravené nebo přizpůsobené prostředí oblékání zvládá samostatně. Tyto ženy mají dobrou úchopovou schopnost rukou, i dobrou svalovou sílu.

Ale žena s kvadruplegií může mít u této činnosti velké problémy. Hlavním stěžením je špatná úchopová schopnost rukou, která si objeví hlavně v oblasti oblékání. Problém jsou malé knoflíky, zipy, patenty a tkaničky. Proto je dobré, aby si vybíraly takové oblečení, které se bude snadno oblékat. Dále tyto ženy nemají dostatek svalové síly v horních končetinách, proto je problém s manipulací dítěte při oblékání.

## **5.3 Přebalování**

Pleny jsou různého typu, druhu a velikostí. Existují dva druhy, pleny látkové a pleny jednorázové. Přebalování by mělo být pokaždé, když je dítě mokré nebo špinavé. Počet přebalování za den se liší. Ale je obecně známo, že se přebaluje každé ráno, po

každém jídle, po koupeli a večer před spaním. Přebalování by mělo být ve vytopené místnosti a na bezpečném místě, aby dítě nemohlo spadnout na zem.

Nejdříve se rozbálí znečistěná plena, pak se pečlivě očistí zadeček a okolí s koncem čisté pleny. Pak se použijí vlhčené ubrousky k omytí zadečku. Po očištění se použije malé množství krému proti opruzení a dá se čistá plena. (18, s. 116)

Jednorázová plena se nejdříve rozbálí. Plena se vsune pod dítě, tak aby část pleny, kde jsou lepící proužky, byla pod dítětem. Lepící proužky se odlepí a přilepí se k části pleny, která je na břiše dítěte. Uvolní se gumičky mezi nohama a zkontroluje se, zda plena netlačí.

Opět u paraplegie nemusí být žádný problém, pokud má žena přizpůsobené prostředí.

U kvadruplegičky je stále stejný problém a to je špatná úchopová schopnost a slabá svalová síla v rukou. Tím je horší manipulace s dítětem a špatný úchop lepících proužků. Pokud se dítě samo neotáčí, oblékání i přebalování je jednodušší, když už se dítě otáčí, manipulace s ním je náročnější.

## **5.4 Krmení**

Kojení je ideálním způsobem krmení dítěte, jak pro matku, tak i pro dítě. Nejdříve je důležité najít nejvhodnější polohu. Jsou různé polohy. Matka může sedět v křesle a nohy si vypořadit nízkou stoličkou nebo si na klín dát polštář, aby bylo dítě zdvižené. Další poloha je vleže, kdy matka leží na boku a dítě má položené vedle sebe. Pokud je dítě ve správné poloze, mělo by se mu dobře dýchat. Jak by mělo být časté kojení je individuální, ale každé dítě dá najevo, kdy má hlad. (18, s. 102)

Krmení z láhve je další fáze krmení. Mléko se ohřívá na takovou teplotu, kterou má rádo dítě. Při krmení je láhev nakloněná, tak aby mléko zaplňovalo savičku a dítě nenasávalo vzduch, který způsobuje plynatost. Po skončení krmení je nutné si nechat dítě odříhnout. Dítě se může položit na rameno nebo posadit na klín a hladit po zádech. Jsou různé polohy, které se využívají. Je možné mít dítě položené na jedné ruce se zvýšenou hlavičkou nebo mít dítě položené v lehátku. (18, s. 106)

Jakmile samotné mléko přestane dítěti stačit, bude se muset přecházet na tuhou stravu. Poloha při krmení je vsedě. Buď je dítě posazené v židličce, nebo na klíně matky.



Jídlo je podávané po malých lžičkách. Při krmení je vhodné používat plastové lžičky, které nejsou těžké a nedráždí dutinu ústní dítěte. (18, s. 110)

I žena na mechanickém vozíku může kojit. Musí se brát ohled na léky, které žena užívá a zkontrolovat kojení se svým lékařem, zda dané léky nejsou kontraindikací. Ženy si zvolí nejpohodlnější polohu, v které budou kojit a mohou využít kojící polštář. Ženy s kvadruplegií uváděly, že už v porodnici jim porodní asistentky pomohly najít vhodnou polohu, aby kojení mohly zvládat samostatně.

Krmení z lahve a příkrm pro paraplegičku není problém. Pouze je vhodné myslet na to, aby dětská židlička měla u země dostatek místa, aby pod ní žena na vozíku mohla podjet a lépe se tak dostat k dítěti.

U kvadruplegičky záleží jakou má zachovalou úchopovou schopnost rukou. To se objeví u držení láhve a lžičky. Může se objevit problém s poruchou termického čítí, tak existují dětské lžičky, které dokážou vyhodnotit teplotu jídla. Pokud lžičku neudrží klasickým způsobem, lze vymyslet kompenzační způsob. Na lžičku lze použít nástavec na rozšíření rukojetě nebo lžičku přidělat na dlaňovou pásku (viz. příloha).

## **5.5 Mobilita s dítětem**

Kočárek je nepohodlnější způsob pohybu s dítětem. Typ a barvu si každý vybírá sám. Praktické je myslet, aby byl kočárek co nejlehčí, snadno ovladatelný a aby se dal snadno složit. Do kočárku se bude potřebovat deka a na zimu fusak.

Na cestu z porodnice bude potřeba autosedačka, která se využije při každém cestování. I do autosedačky bude potřeba deka a fusak. Tyto pomůcky vyrábí přímo na autosedačku.

Maminky také mohou uvažovat o nošení dítěte v nějakém nosítku. To může být například šátek, babyvak nebo jiné ergonomické nosítko. Ergonomické nosítko je zdravější obdoba klokánky. Tento způsob se většinou miminek líbí, ráda se nosí a uklidňuje je blízkost matky. Výhodou pro maminky jsou volné ruce. (18, s. 52)

I ženy po poškození míchy využívají kočárek. Všechny ženy, které jsem poznala, měly klasický kočárek. V zahraničí se začaly vyrábět kočárky, které jsou přímo určené k mechanickému vozíku (viz. příloha).

Dále mohou při manipulaci s dítětem ženy využít šátek. Podle zkušeností je šátek nepohodlný a špatně se s ním manipuluje. Uzel, který vznikne při uvázání, ženu tlačí a hrozí riziko vzniku dekubitu.

Celkově lze říci, že u žen na mechanickém vozíku, které mají horší stabilitu trupu je velmi nepohodlné a náročné nošení dítěte v jakémkoli nosítku.

Většina žen na vozíku využívá asistenci druhé osoby při pohybu s dítětem v exteriéru, případně při sportovních aktivitách nebo venku s batolaty, kdy je nutná zvýšená pozornost na bezpečnost dítěte.

Různé kompenzační a vlastně vyrobené pomůcky mohou péči usnadnit. U některých činností je nutná asistence druhé osoby, je zapotřebí vše vyzkoušet a každá maminka si najde svůj způsob, který jí bude vyhovovat.

## 6 BEZBARIÉROVÉ BYDLENÍ PRO VOZÍČKÁŘE

Bezbariérový byt, musí svými parametry splňovat požadavky dané bezbariérovou vyhláškou. Při stavbě nebo při rekonstrukci je v první řadě nutné zohlednit kolik prostoru bude osoba s omezeným pohybem potřebovat. Nesmí se zapomenout na manipulační prostor pro pomáhající osobu. (15, s. 10)

Pokud bude pacient doma používat mechanický vozík, je třeba přizpůsobit byt tak, aby byl přístup do domu i bytu bezbariérový a s vozíkem bylo možné pohybovat se jak v interiéru bytu, tak venku. (2, s. 79)

Základním předpokladem bezbariérového prostoru je rovinný povrch s maximálním výškovým rozdílem 2 cm dvou vedle sebe navazujících ploch. Přirozeně se snažíme, aby žádný výškový rozdíl nevznikl. Ale pokud vznikne, pak nesmí být zakončený ostrou hranou, použije se např. přechodná lišta.

U osob na mechanickém vozíku je důležité myslet na to, aby elektrické zásuvky, vypínače, jističe a hlavní uzávěry byly dosažitelné. Nábytek je lepší pořídit vyrobený na míru. (15, s. 10)

### 6.1 Kuchyně

Místnost slouží především k přípravě jídla, stolování, ale také k mnoha jiným, zejména pracovním účelům. V kuchyni se schází celá rodina. Od této místnosti se očekává snadná manipulace s věcmi, přehledné a snadno dostupné veškeré náčiní, bezpečný, příjemný a dostatečný prostor. Při návrhu kuchyně se spotřebiče rozmísťují do trojúhelníku. To znamená část pro vaření (varná deska), část pro uskladnění potravin (lednice) a část pro mytí (dřez). Tyto části rozmístíme tak, aby byl mezi nimi minimální prostor k odkládání věcí a pracovní část. Více praktické je mít zařízenou kuchyň do písmene L nebo U. (15, s. 47 – 58)

Celkově se doporučuje výška stolu i pracovní desky tak, aby pacient na vozíku podně mohl zajet a připravovat jídlo nebo jíst. (2, s. 79)

Ale výška linky je individuální. U vozíčkáře se doporučuje výška 72 – 75 cm. Pod dřezem a varnou deskou je vhodné vynechat spodní skříňky. Ale jsou i elektricky výškově nastavitelné kuchyňské linky, které se hlavně využijí v kuchyni, kde se vyskytuje více osob. (15, s. 47 – 58)

U osob na mechanickém vozíku, které mají děti, je důležité myslet hlavně na jejich bezpečnost. Pokud je kuchyňská linka upravená, je níže položená a děti na ní lépe dosáhnou. Tím pádem je riziko úrazu dítěte. Dítě dosáhne na varnou desku a na zásuvky. Musí se dávat pozor na vše, co se nechává na lince (nože, horké hrnce, atd.). Při vaření je nejlepší mít dítě v jiné místnosti, pokud to nejde, je vhodné využít upravenou bezpečnostní ohrádku.

U kvadruplezie se využije mnoho pomůcek, které jsou potřebné v kuchyni. Např. upravené nože, přístroje s rozšířenou rukojetí, protiskluzné desky, upravené prkénka a další upravené pomůcky.

## **6.2 Koupelna a toaleta**

Úprava, těchto prostorů záleží na tom, jaká osoba bude tyto prostory používat. Je důležité myslet na to, zda se zdravotní stav nemůže nějak zhoršit nebo zda tam bude malé dítě. Je důležité myslet na to, že pokud bude osoba potřebovat asistenci druhé osoby, tak bude potřeba mít dostatek místa. Doporučuje se tyto dvě místnosti mít blízko ložnice.

Prostor na toaletě volíme podle způsobu přesunu na záchodovou mísu. Musí být volná plocha vedle mísy a před ní, tím se docílí dispozice, kdy vozíčkář bude muset vykonávat minimum nutných pohybů v místnosti. Pokud bude potřeba asistence druhé osoby při přesunu, je vhodné mít záchodovou mísu z obou stran přístupnou. (15, s. 55 – 65)

Všechno, co pacient bude potřebovat, musí být na dosah. Jako je toaletní papír, umyvadlo, ručník, pomůcky pro inkontinenci,... (2, s. 80)

Umyvadlo by mělo být umístěné v prostoru před mísou. Pokud jsou potřebná madla, vybíráme podle umístění záchodové mísy. Pokud je mísa umístěná do prostoru, tak volíme madla sklopná a to z obou stran. Pokud je mísa v rohu místnosti, tak na stěně volíme pevné madlo a do prostoru volíme madlo sklopné. Výška mísy je různá, ale pokud osoba potřebuje vyšší, je lepší to vyřešit pouze nástavcem, protože pro ostatní členy to nemusí být příjemné a to hlavně pro děti. Pokud je problém s obsluhou splachovacího zařízení, které je za záchodovou mísou, tak je vhodné toto zařízení umístit podle možností dané osoby. (15, s. 55 - 65)

V koupelně je nutné mít vše potřebné pro koupel, další osobní hygienu a kosmetiku v dosahu. (2, s. 79)

V koupelně záleží na tom, zda zvolit vanu nebo sprchový kout. U vany je důležitý prostor a to kruh o průměru 1, 5 metru. Pokud se bude využívat nějaké zvedací zařízení, je nutné mít dostatek prostoru. Pro snadný přístup do vany je doporučováno zřídit v záhlaví vany přizděnou plochu před vanou v minimální délce 40 cm. Dále je vhodné umístit baterii na podélné stěně tak, aby tam dosáhla i osoba sedící ve vaně. Také se doporučují madla na stěně. Pro vozíčkáře je vhodné mít vanu ve výšce 50 cm, ale pokud je potřeba asistence druhé osoby, je užitečnější mít vanu posazenou o něco výše.

Pokud se zvolí sprchový kout, je možné využít různé pomůcky. Vhodná velikost je 90 x 90 cm. A volíme spíše sprchový kout než sprchový box, který umožňuje lepší přístup. U sprchového koutu se mohou využít posuvné dveře do stran, které se dobře otvírají. Ve sprše využijeme sprchovací židli nebo skopnou sedačku. Opět zvolíme pevná madla na stěnu. Všeobecně se doporučuje termostatická sprchová baterie, která automaticky nastavuje teplotu vody. (15, s. 55 - 65)

Celková úprava koupelny i toalety je velmi individuální. Každá osoba si to upraví podle svých schopností a potřeb.

U žen na mechanickém vozíku je důležité vybrat vhodný způsob koupání dítěte, pokud je vana, může se použít sedačka (na vanu nebo do vany) a dětská vanička se na ní položí. Tím se umožní lepší přístup.

Další způsob je využít stoličku do vany, kdy se dá obrátit a na její nožičky se vanička zavěsí. Nebo se koupí držák přímo určený na vaničku, u toho je důležité myslet, aby se vybral takový typ, pod který lze podjet.

### **6.3 Obývací pokoj**

V této místnosti se především relaxuje a tráví volný čas s rodinou. Od této místnosti očekáváme vhodné sezení a úložný prostor pro společné věci všech členů rodiny. Při navrhování se nesmí zapomenout na dostatečně velký manipulační prostor.

Při výběru pohovky a křesla zohledňujeme především jejich pohodlnost, ale také možnost přesunu na vozík. Je mylné předpokládat, že osoba na mechanickém vozíku bude celý den sedět pouze ve vozíku. Jistě se ráda posadí i v pohodlném křesle.

Při vybavování obývacího pokoje skříněmi opět myslíme především na dosahovou vzdálenost osoby. U osob na mechanickém vozíku se doporučuje mít skříně umístěné na odskočeném soklu, a to z důvodu podjezdu skříně stupačkami vozíku. Také zásuvky je vhodné umístit na odskočeném soklu, aby osoba na vozíku měla možnost dosáhnout na dno zásuvky. (15, s. 72 - 74)

I v této místnosti využijeme bezpečnostní zámky. V obývacím pokoji je člověk nejvíce času, proto i děti zde stráví několik hodin denně. Děti zde mají hračky. V této místnosti je vhodné mít bezpečnostní ohrádku, aby jí rodiče mohli kdykoli použít.

## **6.4 Ložnice**

Tuto místnost využíváme především ke spánku. Lůžko velmi často využívají i přes den především osoby s pohybovým omezením. (15, s. 76)

Ložnice musí být dostatečně velká, aby se tam vozíčkář mohl volně pohybovat. (2, s. 79)

Postel volíme tak, aby z ní bylo vidět směrem ke dveřím, popřípadě z okna. Pokud bude potřeba asistence druhé osoby, lůžko volíme, tak aby bylo dostupné z obou stran. (15, s. 77)

Výšku volíme podle výšky antidekubitního sedáku na mechanickém vozíku, pro lepší přesun. (2, s. 79)

Přibližně 50 cm nad podlahou. Pokud je u osoby horší mobilita na lůžku je vhodné zvolit elektricky ovladatelné lůžko. Lze využít antidekubitní matraci jako prevenci dekubitů. (15, s. 76-78)

V této místnosti bývá dětská postýlka. Postýlka může být klasická nebo různě upravená. Např. otvírání postýlky do stran, výsuvná podélná strana postýlky dolů nebo vyvýšení postýlky, které umožňuje podjezd pod postýlku.

V této místnosti mohou mít přebalovací pult, který budou mít buď vyrobený podle jejich potřeb, nebo zde může být sklopný přebalovací pult přidělaný na zdi, pod který si ženy mohou podjet. Opět to je individuální, podle toho, co každému vyhovuje.

## 6.5 Šířka dveří

Celkově lze říci, že se doporučuje, šířka dveří nejméně o 5 cm širší než je vozík. (2, s. 79)

Šířka vstupních dveří - 90 cm, pokud se zvolí prosklené dveře, pak skleněná výplň by měla končit 40 cm nad podlahou, tím se vytvoří ochrana skla, která zamezuje najetí vozíku do skla. (15, s. 81)

Vnitřní dveře – ideální je šířka 90 cm, ale každý standardní vozík projede dveřmi se šířkou 80 cm. Pokud je horší manipulace se dveřmi, lze na dveře přidělat madlo, které pomáhá při zavírání dveří. V bytě je vhodné mít bezprahové dveře. Nejlepším zvoleným způsobem je mít dveře posuvné, kdy není, tak náročná manipulace. (15, s. 41)

Klika na všech dveřích se musí snadno pohybovat. (2, s. 79)

Dveře na toaletě a koupelně – nejlepší šířka je 90 cm a směr otvírání ven nebo posuvné dveře do strany. (15, s. 41)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjistit samostatnost žen po poškození míchy při péči o dítě, zejména v oblasti mobility a hygieny dítěte. Na podkladě získaných informací pak vytvořit informační brožurku kompenzačních pomůcek a úprav domácího prostředí, která může být prakticky využita nastávajícími rodiči s hendikepem.

*Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:*

Nastudování problematiky míšních lézí z různých zdrojů a zjistit schopnost samostatnosti při péči o dítě.

Osobní návštěva klientek v domácím prostředí a testování klientek. Na kazuistiku jsou 4 klientky s paraplegií a 2 klientky s kvadruplegií.

Cílem je zjistit kompenzační způsob péče o dítě a popř. dovybavení kompenzačními pomůckami, které umožní samostatnost klientky a ze získaných informací pomoci nastávajícím rodičům s hendikepem.



## **8 HYPOTÉZY**

### **8.1 Hypotéza 1**

Předpokládám, že každá paraplegička je samostatně schopná hygieny dítěte s využitím pomůcek.

### **8.2 Hypotéza 2**

Předpokládám, že každá žena na vozíku je schopná samostatného pohybu v bezbariérovém prostředí s dítětem s využitím ergonomického nosítka.

## 9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Vytvořila jsem soubor 4 klientek s paraplegií a 2 klientek s kvadruplegií. Čtyři klientky měly úraz, kdy šlo dvakrát o autonehodu, jednou o motonehodu a jeden úraz při lyžování. Další má Wilsonovu chorobu v neurologické formě a poslední měla rupturu cévní malformace. Průměrný věk klientek je 37 let. Klientky mají děti ve věku od jednoho roku do 10 let.

Všech těchto 6 klientek jsem navštívila osobně u nich v domácím prostředí, kde jsem je hodnotila standardizovanými testy, pozorováním a rozhovorem.

Porovnání jednotlivých výsledků je v diskuzi a v závěru práce.

Veškeré klientky jsem získala díky praxi v rehabilitačním ústavu v Kladrubech a praxí v centru Paraple, o. p. s, kde jsem se i účastnila kurzu „Máma a táta na vozíku“.

Klientky vyplněním Informačního souhlasu souhlasí se zveřejněním diagnóz a využitím fotografické dokumentace.

## 10 METODOLOGIE

V této práci jsem zvolila metodu pozorování a testování klientek pomocí standardizovaných testů FIM a SCIM.

Sledovaný soubor jsem popsala v kazuistikách, kde jsem subjektivně zhodnotila soběstačnost klientek při vykonávání vlastních ADL a soběstačnost v péči o dítě. V kapitole Výsledky jsem do tabulek a grafů zanesla informace z testování, které jsem vyhodnotila a posoudila se stanovenými hypotézami.

Jelikož jsem měla problém se získáním klientek, tak výška lézí není u všech klientek stejná. Dále bylo obtížné najít klientky, které by měly malé děti ve stejném věku, proto jsem zvolila klientky s různou výškou léze a s různě starými dětmi. Většina mých klientek má děti starší jak jeden rok, tak jsem informace získávala zpětně pomocí rozhovoru a fotografií, které měly klientky ve svém rodinném albu.

Díky mé situaci jsem klientky rozdělila na paraplegičky a kvadruplegičky.

Cílem mé bakalářské práce nebyla terapie, ale šetření soběstačnosti a zjištění kompenzačních pomůcek při péči o dítě a poté vytvoření informační brožurky.

# 11 KAZUISTIKY

## 11.1 Kazuistika 1

Klientka

Věk: 36

### **Anamnéza:**

NO: paraplegie, zlomenina Th 11 - 12, L1 - 2, (úraz vznikl 23. 3. 2007)

RA: bezvýznamná

OA: bez vážnějších onemocnění

GA: jeden porod (2012)

PA: administrativní pracovnice, dochází 5x týdně, pobírá částečný invalidní důchod

SA: bydlí se synem v bytě, v 7. patře (výtah), zcela bezbariérový byt

Klientka měla v březnu roku 2007 při lyžování v Itálii nehodu. Tam prodělala tři operace a po stabilizování stavu byla převezena do Fakultní nemocnice Motol, kde strávila dva měsíce a dále převezena do RÚ v Kladrubech, kde strávila další čtyři měsíce. Z rehabilitačního ústavu se vrátila domů ke svému příteli, který zatím upravil byt, aby byl bezbariérový.

Po pěti letech se rozhodli mít první dítě. Dítě bylo počaté přirozenou cestou, těhotenství neprovázelo žádné komplikace, pouze občasné záněty močového měchýře, které byly léčeny antibiotiky. Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem, všechno probíhalo bez komplikací a 6. den odcházela matka a dítě do domácího prostředí.

Když synovi byl 1 rok, klientku opustil partner a klientka byla na péči o syna sama. Nyní se vrátila na částečný úvazek do práce a syn navštěvuje mateřskou školkou.

## **Testování**

Při testování jsem použila test FIM a test SCIM, dále pozorování a rozhovor.

### Test FIM

Pohybová dovednost – 84/ 91 bodů, kde je problém překonávat schody

Psychické dovednosti – 35/35 bodů

### Test SCIM

Sebeobsluha – 18/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 35/40 bodů

Mobilita – 18/40 bodů

Klientka se zcela samostatná, v testu SCIM jsou ubrané body, protože klientka potřebuje upravené prostředí, nepřekoná schody a pohybuje se na mechanickém vozíku.

## **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se pohybuje samostatně bez kompenzačních pomůcek.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku (v interiéru i exteriéru na delší vzdálenost).

### Padl:

- sebesycení – klientka se nají samostatně bez kompenzačních pomůcek
- oblékání – klientka se obléká na mechanickém vozíku, horní i dolní polovinu těla si obléká samostatně
- hygiena – provádí ji ve vaně, klientka ji zvládá samostatně, používá židličku do vany
- použití WC – zvládá samostatně, pouze má vyvýšené WC

- přesuny - veškeré přesuny zvládá samostatně bez použití kompenzačních pomůcek. Přesun na lůžko, pohovku, WC, do vany a do auta. Samostatně je schopná naložit vozík do auta. Mechanický vozík dává přes sebe na sedačku spolujezdce.

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, antidekubitní podsedák, upravené řízení na autě, židlička do vany, nástavec na WC, upravená kuchyňská linka (elektricky ovladatelné horní skříňky), v celém bytě má upravené skříně, kde má stahovací police.

### **Pracovní pozice**

Klientka pracuje jako administrativní pracovnice, do práce dochází 5 x týdně, pracuje na zkrácený úvazek. V době, kdy je v práci má syna ve školce nebo ho hlídají babičky.

### **Silné stránky klientky**

- samostatnost v ADL
- řízení auta
- velká podpora rodičů a přátel
- pracovní zařazení
- dobrá úchopová schopnost rukou
- dobrá stabilita trupu
- Zájmové činnosti: aktivity se synem, kultura, hraje basketbal

### **Slabé stránky klientky**

- v domácnosti žije pouze s tříletým synem

### **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Celé těhotenství klientka neměla problém v oblasti soběstačnosti, pouze v období před porodem měla problém s polohováním na lůžku, kdy musela mít asistenci od svého

přítele. Jinak veškeré přesuny zvládala bez kompenzačních pomůcek i upraveného prostředí.

### **Hodnocení soběstačnosti při péči o dítě**

Nyní má klientka tříletého syna.

#### Hygiena:

1. Novorozenec – dítě koupala samostatně ve vaničce s lehátkem. Při koupání využívala obrácenou židli z vany, na její nohy zavěsila vaničku a tak měla lepší přístup. Dítě svlékla na přebalovacím pultu a přendala si ho do vaničky. Veškerou hygienu zvládla sama a dítě opět vyndala a položila si ho na přebalovací pult, kde dítě otřela a oblékla.
2. Tříleté dítě – nyní se dítě koupe ve velké vaně, před vanou má stoličku a ve vaně protiskluzovou podložku. Díky stoličce se dítěti snadno vstupuje a vystupuje z vany. Dítě se z velké části umyje samo, klientka ho pouze domyje a pak ho osprchuje.

#### Oblékání a přebalování:

1. Novorozenec – klientka dítě oblékala a přebalovala buď na přebalovacím pultu nebo na posteli, kde měla dostatek místa, hlavně, když se dítě začalo otáčet. S oblékáním ani s přebalováním neměla problém.
2. Tříleté dítě – dítě se obléká samo. Když bylo roční, tak ho oblékala způsobem, že ho měla posazené na klíně. S dítětem se jí lépe manipulovalo a hlavně jí neodbíhalo.

#### Krmení

1. Kojení – klientka kojila do 9. měsíce. Nejčastěji v poloze vsedě na pohovce a používala kojící polštář. I u této činnosti nepotřebovala žádnou asistenci.
2. Krmení z láhve – dítě měla položené na polštáři nebo v lehátku. Lehátko měla položené na stole. A tak se k němu lépe dostala.

3. Příkrm – menší dítě měla posazené v židličce, kde si ho mohla připoutat, aby jí nevypadlo. Větší dítě měla posazené na klíně. Tříleté dítě sedí samotné na židli u stolu.

#### Přesuny dítěte v interiéru

1. Novorozenec – v prvních týdnech využívala postýlku, kterou měla půjčenou z porodnice. Dítě tak měla stále u sebe.
2. Kojenec – toho nejčastěji přesouvala v přenosném vaku.
3. Batole – když dítě umělo sedět, tak ho měla posazené na klíně, tento způsob využívá i dnes v exteriéru.

#### Pohyb v exteriéru

Nejvíce používala kočárek. Pohyb s kočárkem a vozíkem zvládala samostatně pouze na upravené cestě. Jinak potřebovala asistenci.

Pokud klientka cestovala autem, dítě dokázala samostatně naložit do auta a zapnout bezpečnostní pás. Tuto činnost zařadila jako jednu z nejnáročnějších činností.

### **Hodnocení**

Klientka zvládla veškerou péči o miminko samostatně. Po prvním týdnu z porodnice s ním byla celý den sama. Partner se z práce vracel pozdě večer.

I nyní zvládá samostatně péči o tříleté dítě. S dítětem navštěvuje bezbariérového pediatra a bezbariérovou školu. Veškeré společné aktivity vybírají tak, aby je mohli prožívat společně. Jako nevýhodu uvádí úpravu dětských hřišť, kam se na mechanickém vozíku nedostane. Syn ví, že maminka se tam nedostane, tak to od ní ani nevyžaduje. A pokud má zájem zajít na hřiště s maminkou tak ví, že ho tam jen odvede a čeká na něj před hřištěm.



## 11.2 Kazuistika 2

Klientka

Věk: 37

### **Anamnéza:**

NO: paraplegie, tříštivá zlomenina v oblasti Th 5 (úraz vznikl roku 2002)

RA: bezvýznamná

OA: bez vážnějších onemocnění

GA: dva porody (rok 2012, 2015)

PA: lékařka, nyní na mateřské dovolené, pobírá částečný invalidní důchod

SA: bydlí s manželem v rodinném domě, který je přízemní a zcela bezbariérový

Na jaře roku 2002 měla klientka autonehodu jako spolujezdec. Klientka měla inkompletní frakturu Th 5 – L1 s následnou paraparézou od výšky Th 5, více vpravo. Letecky byla transportována do Fakultní nemocnice v Plzni, kde byla osm dní na anesteziologickém a resuscitačním oddělení. Pak následovala traumatologie a po stabilizování stavu byla ještě měsíc na rehabilitačním oddělení. Dále následovalo několik měsíců v RÚ Hrabyně. A po roce byla znovu na rekondičním pobytu v Hrabyni, kde byla tři měsíce. Pak absolvovala několik krátkých pobytů v centru Paraple.

Když bylo klientce 33 let, tak se s manželem rozhodli pro první dítě. S první dcerou bydleli v bezbariérovém bytě. A před narozením druhé dcery se přestěhovali mimo město do rodinného domku, který je také bezbariérový.

### **Testování**

U této klientky jsem testovala pomocí testu FIM a testu SCIM

#### Test FIM

Pohybová dovednost – 84/91 bodů, kde je problém s překonáváním schodů

Psychická dovednost – 35/35 bodů

## Test SCIM

Sebeobsluha – 18/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 35/40 bodů

Mobilita – 17/40 bodů

Klientka je zcela samostatná, v testu SCIM jsou ubrané body, protože klientka potřebuje upravené prostředí, nepřekoná schody a pohybuje se na mechanickém vozíku. Samostatně nezvládá přesun ze země na vozík.

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, antidekubitní podsedák, madla, sklopná sedačka do sprchy, upravená kuchyňská linka (podjezd pod linkou), upravené řízení v autě.

### **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se pohybuje samostatně bez kompenzačních pomůcek.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku (v interiéru i v exteriéru na kratší vzdálenost).

### Padl:

- sebesycení - klientka se nají samostatně bez kompenzačních pomůcek
- oblékání - klientka se obléká na mechanickém vozíku
- hygiena - hygienu provádí ve sprchovém koutě samostatně, má zde sklopnou sedačku s madlem
- použití WC - zvládá samostatně
- přesuny - veškeré přesuny zvládá samostatně bez použití kompenzačních pomůcek. Náročný je pouze přesun ze země na vozík, tento přesun klientka nezvládá.

### **Silné stránky klientky**

- soběstačnost v ADL
- dobré rodinné vztahy
- optimismus
- dobrá úchopová schopnost ruky

### **Slabé stránky klientky**

- oslabené břišní svalstvo
- špatná stabilita trupu
- celý den je sama se dvěma dětmi

### **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Celé těhotenství neměla klientka problém v oblasti soběstačnosti, pouze v období před porodem se hůře otáčela na boky. A ve třetím trimestru klientku trápily nadměrné otoky nohou.

Téměř veškeré přesuny zvládala bez kompenzačních pomůcek, pouze ke konci těhotenství měla přísavné madlo na WC, pro snadnější přesun. Také měla problém se sbíráním předmětů ze země. Klientka se snažila mít veškeré potřebné předměty po ruce, aby se nemusela zbytečně namáhat.

### **Hodnocení soběstačnosti při péči o dítě**

Klientka se nyní stará o dvě dcery, jedné jsou čtyři roky a druhé je jeden rok.

#### Hygiena:

1. Novorozenec – u prvního dítěte dokud samo nedrželo hlavičku, tak se klientka hygieny nezúčastnila. Dítě většinou koupal manžel. U druhého dítěte si je klientka jistější, ale koupání stejně nechávala na manželovi. Až když děti držely hlavičku, tak hygienu prováděla samostatně. Tak, že ve vaně měla dvě protiskluzové židličky postavené proti sobě a na nich vaničku s lehátkem. Dítě

svlékla na posteli a po té jej dala do vaničky. Veškerou hygienu pak zvládla sama, dítě vyndala z vaničky a položila si ho na postel, kde jej otřela a oblékla.

2. Tříleté dítě – když bylo dítě schopné sedět, tak ho klientka koupala ve velké vaně, kde měla protiskluzovou podložku. Nyní se dítě v tomto věku zvládá umýt samostatně, klientka jen asistuje a pak ho osprchuje.

#### Oblékání a přebalování:

1. Novorozenec – klientka nemá vůbec přebalovací pult, nejpohodlnější pro ni je přebalovat na manželské posteli nebo v dětské postýlce. Oblékání a přebalování zvládala samostatně klasickým způsobem, v této oblasti nebyl žádný problém.
2. Tříleté dítě – se obléká samo. Roční dítě oblékala klientka tím způsobem, že ho měla posazené na klíně. S dítětem se jí lépe manipulovalo a hlavně jí neodbíhalo.

#### Krmení

1. Kojení – klientka první dceru kojila do 18. měsíce a druhou dceru do 1. roku. Nejčastěji v poloze vsedě ve vozíku, kde využívala kojící polštář. Druhý způsob kojení byl vleže na posteli. I u této činnosti nepotřebovala žádnou asistenci.
2. Krmení z láhve – dítě měla položené v náruči nebo v lehátku, které měla položené na stole. A tak se k němu lépe dostala.
3. Příkrm – menší dítě měla posazené v židličce, kde si ho mohla připoutat, aby jí nevypadlo. Větší dítě mohla mít posazené na klíně a tříleté dítě sedělo samostatně u svého malého stolu na židli.

#### Přesuny dítěte v interiéru

1. Novorozenec – v prvních týdnech využívala kočárek nebo využívala zavívačku, kterou měla položenou na klíně.
2. Kojenec – nejčastěji používala kočárek.

3. Batole – když dítě umělo sedět, tak ho měla posazené na klíně. A když začalo samostatně chodit, tak se dítě přemísťovalo samostatně.

### Pohyb v exteriéru

Nejvíce používala kočárek. Pohyb s kočárkem a vozíkem zvládala samostatně, pouze na větší kopec potřebuje asistenci. Nyní má klientka zapůjčený Swiss Tracu, to je přídatný pohon s dětskou sedačkou, ten se zapojí k mechanickému vozíku. Tento způsob vycházky využívá hlavně při cestě do školky nebo na kratší vycházky.

Nyní se s oběma dětmi neovází na delší vzdálenost. Ráda využívá zahradu u domu, kde má obě děti v bezpečí a pod kontrolou.

Pokud klientka cestuje autem, děti dokáže samostatně naložit do auta a zapnout pás.

### **Hodnocení**

Klientka zvládala veškerou péči samostatně, pouze v prvních dnech potřebovala asistenci manžela při hygieně. Klientka neměla žádné zvláštní pomůcky, které by využívala při péči, tato klientka neměla ani přebalovací pult, veškeré oblékání a přebalování prováděla buď na posteli, v dětské postýlce nebo v kočárku. Klientka říkala, že dokáže přebalovat za jakýchkoli podmínek, několikrát přebalovala i v kufru auta.

Mezi pomůcky, které využívala, patřila upravená dětská postýlka, u které se odstraňuje celá boční strana a tím se umožňuje lepší přístup k postýlce a lepší manipulace s dítětem. Dále využívala Swiss Trac.

Jinak klientka využívá klasické pomůcky pro děti, podle jejího názoru se to dá naučit a přizpůsobit se tomu.

Klientka je s dcerami celý den sama, a pokud vyráží ven, tak chodí většinou na vlastní zahradu, kde má obě dcery pod kontrolou a má pocit jistoty. Na kratší vzdálenost využívá Swiss Trac. Samostatně zvládne jízdu s kočárkem na rovném povrchu.

Klientka je s mladší dcerou na mateřské dovolené, starší dcera dochází do mateřské školky.

### 11.3 Kazuistika 3

Klientka

Věk: 41

#### **Anamnéza:**

NO: ruptura cévní malformace v míše (roku 2005)

RA: bezvýznamná

OA: bez vážnějších onemocnění

GA: jeden porod (dvojčata) - rok 2008

PA: pracuje v cestovní agentuře, pobírá částečný invalidní důchod

SA: bydlí s manželem v bytě, kde je výtah. Byt je zcela bezbariérový.

V září roku 2005 měla klientka rupturu cévní malformace v míše, zakrvácení oblasti Th 7. Tři měsíce byla hospitalizovaná ve Fakultní nemocnici Motol. Další rehabilitace probíhala v RÚ Kladruby, kde byla další čtyři měsíce a dále následovala rehabilitace na Malvazinkách, dále na Slapech a znovu následovala rehabilitace v RÚ v Kladrubech.

Z RÚ v Kladrubech se klientka vrátila do bezbariérového bytu k manželovi. Po třech letech se rozhodli, že by si chtěli založit rodinu. Klientka otěhotněla přirozenou cestou. Když zjistili, že budou mít dvojčata, tak se museli přestěhovat z garsonky do většího bytu.

#### **Testování**

U této klientky jsem testovala pomocí testu FIM a testu SCIM

#### Test FIM

Pohybová dovednost – 84/91 bodů, kde je problém s překonáváním schodů

Psychická dovednost – 35/35 bodů

## Test SCIM

Sebeobsluha – 18/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 35/40 bodů

Mobilita – 17/40 bodů

Klientka se zcela samostatná, v testu SCIM jsou ubrané body, protože klientka potřebuje upravené prostředí, nepřekoná schody a pohybuje se na mechanickém vozíku. Samostatně nezvládá přesun ze země na vozík.

### **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se pohybuje samostatně bez kompenzačních pomůcek.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku (v interiéru i exteriéru v bezbariérovém prostředí).

### Padl:

- sebesycení – klientka se nají samostatně bez kompenzačních pomůcek
- oblékání – klientka se obléká na lůžku, horní a dolní polovinu těla zvládá samostatně
- hygiena – klientka provádí hygienu ve sprše, ve sprchovém koutě má sklopnou sedačku s madlem, samotnou hygienu zvládá samostatně
- použití WC – zvládá samostatně, využívá madlo na stěně
- přesuny – veškeré přesuny zvládá samostatně, pouze na přesun na záchod a do sprchy používá madlo. Problémovou oblastí v přesunech je přesun ze země na vozík, zde potřebuje asistenci druhé osoby.

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, antidekubitní podsedák, upravené řízení v autě, sklopná sedačka do sprchy, madla ve sprše a na toaletě, upravená kuchyňská linka (podjezd pod linkou a mechanicky výsuvné police), v celém bytě má upravené skříně, kde má stahovací police.

## **Pracovní pozice**

Klientka pracuje v cestovní agentuře. Pracuje na zkrácený úvazek.

## **Silné stránky klientky**

- samostatnost v ADL
- dobrá úchopová schopnost HKK
- řízení auta
- velká podpora manžela a rodičů
- pracovní zařazení
- zájmové činnosti: péče o děti, kultura, cestování

## **Slabé stránky klientky**

- oslabené břišní svalstvo
- snížená svalová síla na horních končetinách, které jí ztěžují přesuny

## **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Klientka neměla žádné zvláštní omezení v soběstačnosti. Pouze ke konci těhotenství, nebyla schopná samostatné jízdy v exteriéru. Měla silné bolesti zad a kyčlí, které ji omezovaly v přesunech. Veškeré činnosti zvládla samostatně, pouze jí to trvalo delší časový úsek.

Klientka během těhotenství nepotřebovala žádné zvláštní úpravy domácího prostředí, nové kompenzační pomůcky ani úpravu mechanického vozíku.



## **Hodnocení soběstačnosti v péči o dítě**

### Hygiena:

1. Novorozenec – protože klientka měla dvojčata, tak hygienu nikdy nedělala samostatně, vždycky potřebovala asistenci druhé osoby. Úpravu koupelny nedělali, protože veškerou hygienu prováděl manžel. Klientka pouze děti svlékala a oblékala.
2. Tříleté dítě – když byly děti schopné sedět, tak je klientka koupala ve velké vaně samostatně bez asistence, ve vaně měla protiskluzovou podložku. Děti se z velké části umyly sami a klientka jim pouze dopomáhala.

### Oblékání a přebalování:

1. Novorozenec – klientka měla přebalovací pult, který byl sklopný. Byl přivrtaný na zdi a tak pod něj klientka mohla podjet a tak se lépe dostat k dítěti. Také přebalovala na postýlce, kterou měla upravenou, tak aby se k ní lépe dostala. Postýlka měla otvírání ze stran, aby se klientce děti lépe vyndávaly. Při oblékání i přebalování neměla žádný problém. Veškeré činnosti prováděla klasickým způsobem.
2. Tříleté dítě – děti se oblékaly samostatně. Když děti dokázaly samostatně sedět, tak je oblékala tím způsobem, že je měla posazené na klíně. Na děti lépe dosáhla a lépe se s nimi manipulovalo.

### Krmení

1. Kojení – klientka měla hned od začátku problém s kojením. Proto musela přikrmovat. Klientka přikrmovala injekční stříkačkou. Kojení prováděla klasicky v poloze vsedě, v křesle. Tato klientka nepoužívala kojící polštář. U této činnosti nepotřebovala žádnou asistenci. Vzhledem k tomu, že měla dvojčata uvítala pomocnou asistenci.
2. Krmení z láhve – nejdříve děti přikrmovala injekční stříkačkou a od 4. měsíce děti krmila z lahve. Protože měla klientka dvojčata, tak je měla

v lehátkách na posteli a krmila je současně. Pokud měla u sebe nějakou asistenci, tak každý krmil jedno dítě. Klientka mohla krmit dítě v náruči.

3. Příkrm – děti měla posazené v židličky, kde je krmila a později jedly samostatně. Když byly děti větší, tak seděly u stolu na židlích.

#### Přesuny dítěte v interiéru

1. Novorozenec – v prvních týdnech využívala kočárek.
2. Kojenec – nejčastěji využívala kočárek.
3. Batole – když uměly děti sedět, tak je měla posazené na klíně. Později děti chodily samostatně.

Přemístění dvojčat bylo snazší s dopomocí asistence druhé osoby. Klientce šlo hlavně o bezpečnost dětí.

#### Pohyb v exteriéru

Nejvíce používala kočárek. Pohyb s kočárkem a vozíkem zvládala samostatně, pouze po rovině. Nikdy se neodvážila vyrazit ven s dětmi samostatně. Vzhledem k tomu, že měla na každý den zajištěnou vždy nějakou asistenci, tak nemusela být v této činnosti samostatná.

Pokud klientka měla s dětmi cestovat, tak jim dokázala zapnout bezpečnostní pásy. Klientka nikdy nikam nevyrazila samostatně pouze za asistence druhé osoby.

Veškeré nákupy, návštěvy lékaře a jiné zařizování prováděla vždy s asistencí. Popřípadě děti hlídal manžel a ona sama vyrazila na nákup.

#### **Hodnocení**

Během těhotenství se neobjevily žádné komplikace. Pouze ke konci těhotenství měla klientka silné bolesti zad a kyčlí. Těhotenství mělo být ukončeno plánovaným císařským řezem, ale z důvodu předčasného porodu měla klientka císařský řez ještě o týden dříve. A po dvou týdnech hospitalizace odcházela matka s dětmi do domácího prostředí. První měsíc pomáhal klientce manžel, který s ní zůstal doma. Pak různě docházela domluvená asistence na 3 - 4 hodiny denně. Velmi jí pomáhala rodina, která docházela průběžně. Protože klientka měla dostatek asistence, tak veškeré činnosti

prováděla s asistencí. Jelikož klientka nemá funkční některé břišní svaly, tak pro ní bylo náročné děti zvedat z postýlky, kočárku i ze židličky.

Když děti povyroستly, hned je učili samostatnosti, aby klientka nebyla dlouho závislá na asistenci.

Nyní mají 8 letá dvojčata, která už dochází do základní školy. Škola je bezbariérová, aby se i klientka mohla účastnit školních akcí. Klientka dochází do práce na částečný úvazek.

## **11.4 Kazuistika 4**

Klientka

Věk: 35

### **Anamnéza:**

NO: paraplegie, výška léze Th 3 – 4 (úraz vznikl 2007)

RA: bezvýznamná

OA: bez vážnějších onemocnění

GA: dva porody - rok 2012, 2014

PA: pobírá plný invalidní důchod

SA: bydlí s manželem v domě, který je zcela bezbariérový

V červnu 2007 měla klientka nehodu na motorce. Klientka byla spolujezdec. Letecky byla dopravena na spinální jednotku do Fakultní nemocnice Motol, kde byla tři měsíce a po stabilizování stavu byla převezena do rehabilitačního ústavu v Kladrubech, kde byla další čtyři měsíce. Pak byla klientka propuštěna domu, ke svým rodičům, kteří udělali bezbariérové úpravy. Přibližně po půl roce klientka se rozhodla pro pobyt v centru Paraple, kde strávila jeden měsíc.

Časem se klientka poznala se svým manželem, začali spolu bydlet a v roce 2012 si pořídili první dítě a v roce 2014 si pořídili druhé dítě.

## **Testování**

Při testování jsem použila test FIM a test SCIM, dále pozorování a rozhovor.

### Test FIM

Pohybová dovednost – 84/ 91 bodů, kde je problém překonávat schody

Psychické dovednosti – 35/35 bodů

### Test SCIM

Sebeobsluha – 18/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 35/40 bodů

Mobilita – 18/40 bodů

Klientka se zcela samostatná, v testu SCIM jsou ubrané body, protože klientka potřebuje upravené prostředí, nepřekoná schody a pohybuje se na mechanickém vozíku.

## **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se polohuje samostatně bez kompenzačních pomůcek a upraveného prostředí.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku, v interiéru se pohybuje samostatně a v exteriéru zvládá jen na kratší vzdálenost, proto potřebuje částečnou asistenci.

### Padl:

- sebesycení – nají se samostatně bez kompenzačních pomůcek
- oblékání – klientka si samostatně obléká horní i dolní polovinu těla na posteli
- hygiena – hygienu provádí ve vaně, klientka zvládá samostatně přesun do vany

i z vany, ve vaně má sedačku přes vanu

- použití WC – zvládá samostatně, přesun na WC zvládá samostatně bez pomoci madla

- přesuny- veškeré přesuny zvládá samostatně bez použití kompenzačních pomůcek

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, antidekubitní podsedák, upravené řízení v autě, sedačka přes vanu, upravená kuchyňská linka (elektricky ovladatelné horní skříňky a podjezd pod linkou), v celém bytě má upravené skříně, kde má stahovací police.

### **Pracovní pozice**

Klientka pobírá plný invalidní důchod, proto se rozhodli, že její manžel půjde na mateřskou dovolenou, aby mohl klientce poskytovat asistenci

### **Silné stránky klientky**

- samostatnost v ADL
- dobrá úchopová schopnost obou HKK
- řízení auta
- dobré rodinné vztahy
- Zájmové činnosti: čtení, kultura, sport

### **Slabé stránky klientky**

- nefunkční břišní svaly
- horší stabilita trupu

### **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Celé těhotenství neměla klientka problém v oblasti soběstačnosti, pouze v období před porodem měla problém s přesuny, ale i ty zvládala samostatně bez kompenzačních pomůcek, pouze jí všechno trvalo delší čas. Při prvním těhotenství se obávala přesunu do

vany, tak využívala elektrickou sedačku. Při druhém těhotenství si byla jistější a přesun zvládla bez kompenzačních pomůcek.

Během těhotenství měla nadměrné otoky nohou a nemohla sehnat vhodné boty. Klientka měla často nízký tlak, proto u ní hrozilo riziko pádu.

Těhotenství probíhalo klasickým způsobem. Klientka podstupovala častější gynekologické kontroly a vyšetření moči. Pokud se našel nějaký nález, nastalo přeléčení antibiotiky.

### **Hodnocení soběstačnosti při péči o dítě**

Nyní mají dvě dcery (4 a 2 roky). Na mateřské dovolené je manžel a klientce poskytuje asistenci.

#### Hygiena:

1. Novorozenec – Při koupání obou dětí využívala asistenci svého manžela. Manžel děti koupal sám přibližně do 1, 5 roku. Malé miminka pouze při koupání svlékala a oblékala. Když byly děti větší, tak klientka hygienu prováděla samostatně. Větší děti koupala ve velké vaně, kde také měla protiskluzovou podložku.
2. Tříleté dítě – nyní se starší dítě koupe ve velké vaně, před vanou má stoličku a ve vaně protiskluzovou podložku. Menší dvouleté dítě se také koupe ve vaně, kde mu dopomáhá. Díky stoličce před vanou se dětem snadno vstupuje a vystupuje z vany.

#### Oblékání a přebalování:

1. Novorozenec – klientka dítě oblékala a přebalovala buď na přebalovacím pultu nebo v dětské postýlce, kde měla dostatek místa, hlavně, když se dítě začalo otáčet. Dětskou postýlku měla upravenou. Postýlka byla vyvýšená, aby si klientka mohla pod postýlku podjet. A na postýlce si nechala upravit delší stranu, tak aby ji mohla snadno sundat. S oblékáním ani s přebalováním neměla klientka problém.

2. Tříleté dítě – dítě se obléká samo. Když bylo dítě roční, tak ho oblékala způsobem, že ho měla posazené na klíně. Využívala stejný způsob, jako ostatní matky.

### Krmení

1. Kojení – do 9. měsíce klientka kojila. Nejčastěji v poloze vsedě, na pohovce a používala kojící polštář. U této činnosti nepotřebovala žádnou asistenci. Pokud byl manžel u klientky, tak jí dítě podával.
2. Krmení z láhve – dítě měla položené na ruce nebo v lehátku, které měla položené na pohovce. Tak se k němu lépe dostala.
3. Příkrm – menší dítě měla posazené v židličce, kde si ho mohla připoutat, aby jí nevypadlo. Větší dítě mohla mít posazené na klíně a tříleté dítě sedělo samotné na židli u stolu.

### Přesuny dítěte v interiéru

1. Novorozenec – v prvních dnech využívala polštář, který měla na klíně a dítě měla položené na něm.
2. Kojenec – kojence nejčastěji přesouvala v přenosném vaku.
3. Batole – když dítě umělo sedět, tak ho měla posazené na klíně.

### Pohyb v exteriéru

Nejvíce používala kočárek. Pohyb s kočárkem a vozíkem zvládala samostatně pouze na upravené cestě. Jinak potřebovala asistenci. Jelikož byl manžel na mateřské dovolené, tak kočárek většinou obsluhoval on.

Pokud cestovali autem, tak veškeré úkony s tím společně prováděl manžel.

### **Hodnocení**

Během těhotenství se neobjevily žádné nečekané komplikace. Klientka měla ke konci těhotenství častější gynekologické kontroly. A během celého těhotenství prodělávala klientka časté vyšetření na zjištění infekce močových cest. Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem, porod proběhl bez komplikací a klientka po týdnu

odcházela do domácího prostředí. Kde jí asistenci poskytoval manžel, který zůstal na mateřské dovolené. Veškeré činnosti při péči o dítě zvládala samostatně, ale často využívala asistenci manžela. Když její muž musel něco zařídit a nebyl celý den doma, tak si klientka vyzkoušela péči o dítě sama, což zvládla bez velkých komplikací.

## **11.5 Kazuistika 5**

Klientka

Věk: 32

### **Anamnéza:**

NO: kvadruplegie, výška léze C5 (úraz vznikl 2004)

RA: bezvýznamná

OA: bez vážnějších onemocnění

GA: jeden porod (rok 2005)

PA: klientka pobírá plný invalidní důchod

SA: bydlí v bytě s přítelem a 10 letou dcerou, byt je zcela bezbariérový, bydlí ve 3. patře (je zde výtah)

V říjnu roku 2004 měla klientka autonehodu, klientka byla spolujezdec. Klientku převezli do Fakultní nemocnice Motol, kde strávila dva měsíce, když byl její stav stabilizován, byla převezena do RÚ Kladruby, kde strávila dalších pět měsíců. Klientka krátce po úrazu neplánovaně otěhotněla a graviditu zjistila až v 5. měsíci těhotenství. Jak klientka sama říkala, sama měla problém se soběstačností, a proto už od začátku věděla, že samostatně péči nezvládne. Jak během těhotenství, tak jeden rok po porodu potřebovala asistenci 24 hodin denně.

### **Testování**

Při testování jsem použila test FIM a test SCIM, dále pozorování a rozhovor.



### Test FIM

Pohybová dovednost – 76 / 91 bodů, klientka je částečně soběstačná. Při osobní péči potřebuje kompenzační pomůcky nebo asistenci druhé osoby. Hlavně při přesunech, hygieně a stravování.

Psychické dovednosti – 35/35 bodů

### Test SCIM

Sebeobsluha – 12/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 31/40 bodů

Mobilita – 19/40 bodů

Klientka je samostatná pouze z části. Často využívá kompenzační pomůcky nebo asistenci druhé osoby. V testu SCIM jsou ubrané body, protože klientka potřebuje upravené prostředí, kam patří madla. Dále potřebuje různé kompenzační pomůcky. Klientka se pohybuje na mechanickém vozíku. A nezvládá přesun z vozíku na zem a zpět.

### **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se pohybuje samostatně bez kompenzačních pomůcek a upraveného prostředí. Klientka samostatně zvládá prevenci dekubitů, otočení na boky a posazení na lůžku.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku, v interiéru se pohybuje samostatně a v exteriéru zvládá jen na kratší vzdálenost na rovném terénu. Jinak potřebuje asistenci druhé osoby

### Padl:

- sebesycení – nají se samostatně, ale potřebuje kompenzační pomůcky. Rozšířené rukojetě na přiborech. Rodina jí krájí maso, když potřebuje, tak to zvládá samostatně.

- oblékání – klientka si samostatně obléká dolní polovinu těla na posteli a horní polovinu těla si obléká ve vozíku. Potřebuje dopomoc se zavázáním tkaniček a zapnutím malých knoflíků.

- hygiena – sprchuje se ve sprchovém koutě, kde má sprchovací židličku. Přesun zvládá samostatně. Potřebuje pouze dopomoc s hygienou dolní poloviny těla.

- použití WC – zvládá samostatně, přesun na WC zvládá samostatně za pomoci madla. Hygienu po použití WC zvládá samostatně.

Močový měchýř vyprazdňuje samostatně intermitentní katetrizací.

- přesuny – téměř veškeré přesuny zvládá samostatně. Pouze při přesunu do auta potřebuje skluznou desku.

Klientka při úchopu využívá náhradní laterální úchop a má zachovalý bigigitální úchop mezi 1. a 2. prstem. Úchop provádí přes dorzální flexi zápěstí. PHK – dominantní.

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, antidekubitní podsedák, příbor s rozšířenou rukojetí, sprchovací židle, upravená kuchyňská linka (elektricky ovladatelné horní skříňky a podjezd pod linkou).

### **Pracovní pozice**

Klientka pobírá plný invalidní důchod a nechodí do žádné práce.

### **Silné stránky klientky**

- částečná samostatnost v ADL
- zachovalý náhradní úchop
- dobré rodinné vztahy
- Zájmové činnosti: čtení, kultura

### **Slabé stránky klientky**

- nefunkční břišní svaly
- horší úchopová schopnost ruky
- horší stabilita trupu
- nefunkční triceps brachii

### **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Protože klientka otěhotněla brzy po úraze, tak potřebovala asistenci 24 hodin denně. Sama ještě nebyla schopná samostatnosti v ADL. Klientka během těhotenství přibrala přes 20 kilo. Klientka potřebovala plnou asistenci v oblasti oblékání, hygieny, vyprazdňování a později i v přesunech. Dále potřebovala pomoc při mobilitě na lůžku a v pohybu na mechanickém vozíku. Díky přibrané hmotnosti byly činnosti náročné jak pro klientku, tak pro asistenty.

Během těhotenství klientku trápily časté infekce močových cest a objevila se u ní zvýšená spasticita. Ke konci těhotenství musela být v noci více polohovaná.

Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem. Vše probíhalo bez komplikací a po 14 dnech klientka odcházela domů ke svým rodičům, kde bydlela se svým přítelem.

### **Hodnocení soběstačnosti při péči o dítě**

Protože klientka otěhotněla velmi brzy po úraze a těhotenství zjistila v pátém měsíci těhotenství, hned od začátku věděla, že bude potřebovat asistenci 24 hodin denně. Asistenci jí poskytovala rodina, která se u ní střídala. Nejvíce klientce pomáhala maminka, u které první tři roky s přítelem bydleli. Pak se dcera velmi rychle osamostatnila a klientka zvládala péči samostatně.

Jelikož by klientka péči o dítě nezvládla, tak v domácnosti nedělali žádné úpravy. Veškeré vybavení pro miminko měli standartní. Pouze dětskou postýlku měli upravenou, tak aby se pod ní dalo podjet a klientka se tak lépe dostala k dítěti. Přebalovací pult, dětskou vaničku a kočárek měli klasický.

#### Hygiena:

Do tří let dítě samostatně nekoupala, protože ještě neměla vycvičenou úchopovou schopnost ruky a nemohla manželovi pomáhat při svlékání a oblékání.

Tříleté dítě se koupalo samostatně ve vaničce a později se samo sprchovalo ve sprše, pouze za dohledu klientky.

### Oblékání a přebalování:

Klientka se několikrát pokoušela o oblékání a přebalování samostatně. Ale malé knoflíky, patenty a tkaničky pro ni byly náročné. A manipulace s dítětem také. Oblékání prováděla v dětské postýlce, kam klientka mohla podjet. Když se dcera začala otáčet, klientka se oblékání a přebalování vzdala, hlavně pro bezpečnost dítěte.

Když byla dcera roční, tak klientka některé části oblečení zvládala samostatně, ale protože měla možnost asistence, tak to přenechávala na ní. Už jen z důvodu, aby oblékání netrvalo dlouho.

Tříleté dítě se zvládlo oblékat samostatně, klientka na dceru jen dohlížela.

### Krmení

1. Kojení – klientka kojení zvládala samostatně. V nemocnici jí pomohli najít vhodný způsob, jak se svými úchopovými schopnostmi zvládla. Nejvíce kojila vsedě na vozíku. Pouze využívala asistenci, aby jí dceru podala.
2. Krmení z láhve – asistence připravila dítě do dětského lehátka a klientce připravila lahev, pak už klientka krmení zvládla samostatně.
3. Příkrm – menší dítě měla posazené v židličce. Dítě do židličky jí musela dát asistence, protože klientka to samostatně nezvládla. Pak dítě krmila umělou lžičkou, na které měla rozšířenou rukojeť, aby se jí lžička lépe držela. Větší dítě mohla mít posazené na klíně a tříleté dítě sedí samotné na židli u stolu.

### Přesuny dítěte v interiéru

Přesuny dítěte samostatně nezvládla. Pouze pokud by potřebovala, tak dítě převezla v kočárku do druhé místnosti. Ale veškerou manipulaci nechávala na asistenci. Samostatně dítě nevyndavala z postýlky, ani z kočárku. Nedávala ani do lehátka ani do dětské židličky. Jak říkala, bylo to velmi brzy po úraze, tak neměla dostatečnou sílu v rukách, ani nevěděla, jaké úchopové schopnosti ruce mají. A také jí velmi omezovala špatná stabilita trupu.

### Pohyb v exteriéru

Nejvíce využívali kočárek. Kočárek obsluhovala asistence. Klientka nezvládala samostatně jízdu s kočárkem, ani na rovném povrchu.

Klientka nemá ani řidičský průkaz. Pokud cestovali autem, tak veškeré úkony s tím společně prováděla asistence.

### **Hodnocení**

Protože těhotenství klientky bylo neplánované a velmi brzy po úraze, tak těhotenství i péče o dítě byly pro klientku velmi náročné a potřebovala asistenci 24 hodin denně.

Klientka přibrala více jak 20 kilo, tak pro ní byly velmi těžké i činnosti, které předtím samostatně zvládla. Během těhotenství klientku trápily časté infekce močových cest a silná spasticita. Porod byl naplánovaný císařským řezem. Všechno proběhlo bez komplikací. První tři roky bydleli u maminky klientky, protože klientka potřebovala asistenci 24 hodin denně.

Při veškeré péči klientka potřebovala plnou asistenci nebo aspoň částečnou. Ale nebyla žádná činnost, kterou klientka zvládala úplně samostatně. Dítě velmi brzy učili samostatnosti, a jak klientka říkala, dcera se to velmi brzy naučila a klientka, tak nepotřebovala často asistenci. Po třech letech se s přítelem a dcerou odstěhovali do bytu, který je bezbariérový. Od té doby byla klientka s dcerou přes den doma sama, než se vrátil přítel z práce.

Nyní mají desetiletou dceru, která je dost velká a sama mamince občas poskytne asistenci. Dcera chodí do základní školy, škola byla vybraná, tak aby byla bezbariérová, aby se i klientka mohla účastnit školních akcí.

## **11.6 Kazuistika 6**

Klientka

Věk: 37

### **Anamnéza:**

NO: kvadruplegie (Wilsonova choroba v neurologické formě 1999, roku 2001 selektivní dorzální rizotomie, výška léze C7, roku 2007 a 2008 operace šlachových transferů)

RA: bezvýznamná

OA: Wilsonova choroba, astma bronchiale

GA: dva porody (rok 2009, 2011)

PA: klientka pobírá částečný invalidní důchod, na poloviční úvazek pracuje v jedné organizaci zaměřující se na lidi s hendikepem

SA: bydlí v domě s manželem a dvěma dětmi, dům je přízemní a zcela bezbariérový

Roku 1999 se u klientky objevila Wilsonova choroba. Nejdříve měla projevy jako třes, záškuby, stočení kotníků až úplné ochrnutí do 6 týdnů. Nejdříve byla klientka ve Vinohradské nemocnici na neurologii, pak byla přeložena do Kateřinské nemocnice. Rehabilitace probíhala v rámci hospitalizace, později ambulantně. Pak absolvovala rehabilitační pobyt v Košumberku a opakované pobyty v centru Paraple.

Z důvodu špatných úchopových schopností rukou byla roku 2007 provedena operace šlachových transferů levé ruky a roku 2008 byla operace pravé ruky.

Deset let po ochrnutí si klientka s manželem chtěli pořídit první dítě, protože se jim to nepodařilo, tak museli podstoupit umělé oplodnění pomocí IVF. Klientka otěhotněla na první pokus v obou případech.

### **Testování**

Při testování jsem použila test FIM a test SCIM, dále pozorování a rozhovor.

#### Test FIM

Pohybová dovednost – 80 / 91 bodů, klientka je částečně soběstačná. Při osobní péči potřebuje kompenzační pomůcky nebo upravené prostředí.

Psychické dovednosti – 35/35 bodů

#### Test SCIM

Sebeobsluha – 13/20 bodů

Dýchání a ovládání svěračů – 31/40 bodů

Mobilita – 16/40 bodů

Klientka při použití kompenzačních pomůcek a upraveného prostředí je zcela samostatná. V testu SCIM má ubrané body díky tomu, že je na mechanickém vozíku a nedokáže přesun ze země na vozík a zpět. Klientka je po operaci šlachových transferů a tak její úchopová schopnost ruky není kvalitní. Klientka využívá dlaňový úchop přes dorzální flexi a využívá bigiditální úchop mezi 1. a 2. prstem. Psát klientka dokáže způsobem, že má propisku propletenou mezi prsty. PHK – dominantní.

### **Ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti**

Mobilita na lůžku: klientka se polohuje samostatně bez kompenzačních pomůcek a upraveného prostředí. Klientka samostatně zvládá prevenci dekubitů, otočení na boky a posazení na lůžku.

Lokomoce: klientka se samostatně pohybuje na mechanickém vozíku, v interiéru se pohybuje samostatně a v exteriéru zvládá jen kratší vzdálenost a na delší trasu používá elektrický vozík.

#### Padl:

- sebesycení – nají se samostatně. Vidličku a lžici má propletenou mezi prsty. Maso si nakrájí samostatně, ale musí použít nůž s rozšířenou rukojetí. Veškeré vaření zvládá samostatně, pouze u loupání brambor potřebuje asistenci. Asistenci ještě využije při otvírání konzerv.

- oblékání – klientka se obléká samostatně na lůžku. Menší problém je se zapínáním zipu, kde využívá kolečko od klíčů. Dále je problém s malými knoflíky a zavazování tkaniček. Veškeré činnosti zvládne samostatně, ale trvá jí to delší časový úsek.

- hygiena – klientka se sprchuje ve sprchovém koutě, kde má sklopnou sedačku a pevné madlo na zdi. Přesun zvládá samostatně za pomoci madla. Při samotné hygieně nepotřebuje asistenci druhé osoby.

- použití WC – přesun na WC zvládá samostatně za pomoci madla. Hygienu po použití WC zvládá bez asistence druhé osoby.

Močový měchýř vyprazdňuje samostatně intermitentní katetrizací.

- přesuny - téměř veškeré přesuny zvládá samostatně. Pouze při přesunu do auta potřebuje přeseďací desku, kterou má přidělanou v autě. Vozík si dává pomocí jeřábku do kufru auta. Při přesunu z vozíku na zem a zpět využívá přeseďací kvádr (viz. příloha). Tento kvádr využívá hlavně při hře s dětmi.

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík, elektrický vozík, antidekubitní podsedák, nože s rozšířenou rukojetí, sklopná sedačka ve sprše, přeseďací desku v autě, upravené řízení na autě, jeřábek v kufru auta na nakládání vozíku, upravenou kuchyňskou linku (podjezd pod linkou, níže položené horní skříňky, elektrickou troubu, které se otvírá do strany), v celém bytě má upravené skříně, kde má stahovací police.

### **Pracovní pozice**

Klientka pobírá poloviční invalidní důchod a pracuje v jedné společnosti jako asistentka.

### **Silné stránky klientky**

- plná soběstačnost v ADL při použití kompenzačních pomůcek a upraveného prostředí
- zachovalý náhradní úchop
- dobré rodinné vztahy
- Zájmové činnosti: čtení, kultura

### **Slabé stránky klientky**

- nefunkční břišní svaly
- nefunkční triceps brachii
- horší úchopová schopnost ruky
- horší stabilita trupu



### **Hodnocení soběstačnosti v těhotenství**

Klientka během obou těhotenství byla částečně soběstačná. V činnostech v kterých byla před těhotenství samostatná, nyní potřebovala částečnou asistenci. V oblasti oblékání potřebovala pomoc při oblékání dolní poloviny těla. Hygienu ve 3. trimestru prováděla pouze s asistencí a v oblasti vyprazdňování místo samostatné intermitentní katetrizace používala permanentní katetr. Také se víckrát za noc polohovala. Polohování zvládla samostatně, popřípadě jí pomohl manžel.

Veškeré přesuny zvládla samostatně, jen začala používat skluzné prkno. Klientka potřebovala pomoc s nakládáním vozíku do auta a celkově se vyhýbala zvedání těžkých břemen.

Klientku během obou těhotenství trápily časté infekce močových cest, které byly vždy léčený antibiotiky. Během těhotenství byly časté kontroly na gynekologii a častý vyšetření moči, aby se preventivně zjistila infekce.

### **Hodnocení soběstačnosti při péči o dítě**

Ukončení obou porodů bylo plánovaným císařským řezem. Klientka byla první den na jednotce intenzivní péče, kam jí dítě vždy přinesli aspoň na pochování, protože klientka kvůli své nemoci nemohla kojit. Pak byla přeložena na bezbariérový pokoj, pouze koupelnu a WC musela navštěvovat na chodbě mimo oddělení, protože u pokoje nebyla bezbariérová koupelna. Dále se klientka nemohla účastnit hygieny dítěte, protože přebalovací pult nebyl upraven pro vozičkáře. Klientka v porodnici pouze přebalovala a to způsobem, že dítě měla položené na posteli.

Veškerá následná péče proběhla bez komplikací a klientka po prvním porodu odcházela domu až 5. den, protože syn měl novorozeneckou žloutenku. A po druhém porodu šla domu už 3. den.

V prvních dnech sama potřebovala asistenci v oblasti hygieny a přesunů, nejvíce klientce pomáhala maminka a manžel.

### Hygiena:

1. Novorozenec – klientka potřebovala asistenci u hygieny. Asistence jí připravila vaničku s lehátkem a s vodou. Vaničku měla položenou na dvou židlích postavených proti sobě. Do vody si dítě dala samostatně, samotnou hygienu také zvládla. Ale s vyndáním dítěte z vody potřebovala asistenci, měla strach, aby jí dítě nevyklouzlo.
2. Tříleté dítě – když děti už uměly sedět, tak klientka téměř veškerou hygienu a vše co k tomu patří, prováděla samostatně. Vaničku měla položenou ve sprchovém koutě, aby na ně klientka lépe dosáhla. Pouze zase využívala asistenci při vyndání dítěte z vody. Když děti uměly chodit, tak si z vaničky vylezly samy, klientka je osušila a oblékla.

Nyní děti sprchuje ve sprše a to zvládá samostatně.

### Oblékání a přebalování:

1. Novorozenec – klientka měla přebalovací pult, který byl sklopný. Byl přivrtaný na zdi. Klientka tak mohla pod něj podjet a tak se lépe dostat k dítěti. Oblékání bylo pro klientku náročnější. Dokud se dítě neotáčelo, zvládala samostatně, jen měla problém s knoflíky, tkaničky, patenty a zipem. Na zipu měla kroužek pro lepší manipulaci. Celkově si klientka vybírala takové oblečení, které se jí snadno oblékalo.

Přebalování také zvládala samostatně, jen uvedla, že musela víckrát dopnout plenu, aby dobře seděla a dítěti nepadala.

2. Tříleté dítě – Když byly děti větší, tak oblékání bylo náročnější. Děti moc nespolupracovaly a udržet je na místě a u toho je obléknout bylo docela náročné. Proto, když mohla využít asistenci, tak jí využila.

Nyní se děti oblékají samostatně. Klientka jim popřípadě jen dopomůže.

## Krmení

1. Kojení – klientka ani u jednoho dítěte nekojila, hned od začátku krmila z lahve.
2. Krmení z láhve – Krmila způsobem, že buď měla polštář na klíně a na něm položené dítě nebo dítě měla v lehátku nebo v sedačce do auta. A tuto sedačku měla položenou v obýváku na stole, aby se k němu lépe dostala. Když byly děti větší, sami si držely láhev.
3. Příkrm – děti měla posazené v židličce, kde je krmila a později jedly samostatně. Židličku vybírali, tak aby se pod ní dalo podjet a klientka, tak měla lepší přístup. Když děti byly větší, tak seděly u stolu na židlích.

## Přesuny dítěte v interiéru

1. Novorozenec – v prvních týdnech využívala ergonomický polštář, který měla na klíně.
2. Kojenec – klientka nejčastěji přesouvala v kočárku nebo měla připevněnou autosedačku na podvazku kočárku. (Klientka měla dva kočárky. Jeden na doma a druhý na ven). Dále využívala baby vak.
3. Batole – když děti uměly sedět, tak je měla posazené na klíně. A když začaly chodit, přemísťovaly se samostatně.

## Pohyb v exteriéru

Nejvíce používala kočárek. Pohyb s kočárkem na mechanickém vozíku nezvládala samostatně, proto potřebovala asistenci druhé osoby. V exteriéru klientka využívala elektrický vozík a to byla schopná vést kočárek samostatně.

Když klientka vybírala kočárek, hlavně myslela na to, aby se vešel s vozíkem do auta.

Když byly děti větší, tak na procházku využívala croozer. Ten měla zapojený za vozíkem. Tento způsob jízdy využívala, i když jeli s manželem na cyklistický výlet. Klientka jela na elektrickém vozíku se zapojeným croozrem a manžel na kole. Croozer byl nepraktický z důvodu, že tam klientka na dítě nedosáhla. Pokud dítě chtělo dudlík, tak

musela oslovovat druhé lidi. Když měli v croozru mladší dceru, tak dudlík měl na starosti starší syn. Který mamince hodně pomáhá i dnes.

Pokud klientka měla s dětmi cestovat, tak potřebovala asistenci. Sama nebyla schopná děti posadit do auta a zapnout jim bezpečnostní pásy. Dnes jsou děti větší a zvládají to samostatně.

Veškeré nákupy, návštěvy lékaře a jiné zařizování prováděla vždy s asistencí. Popřípadě děti hlídal manžel a ona sama vyrazila na nákup.

### **Hodnocení**

Během těhotenství i během porodu se neobjevily žádné komplikace, které by klientce ztěžovaly situaci. Všechno proběhlo podle plánu. Pouze klientku nemile překvapila reakce lidí, ale i zdravotnického personálu, jak přistupovali k jejímu mateřství.

Péče o děti zvládá bez problémů. Pouze když byly děti malé, tak klientka potřebovala častěji asistenci. Nyní využívá asistenci v oblasti her u dětí. Klientka nechce děti připravit o jízdu na kole, v zimě o sáňkování a další činnosti, které nemůže klientka absolvovat.

Nyní má klientka šestiletého chlapce a tříletou holčičku. Když je klientka v práci, děti jsou v mateřské školce. V blízkosti bydliště mají bezbariérovou školku, tak děti každé ráno doprovází do školky ona.

## 12 VÝSLEDKY

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že každá paraplegička je samostatně schopná hygieny dítěte s využitím pomůcek.

Výsledky této hypotézy jsou v tabulce č. 1. V tabulce jsou porovnány jednotlivé části hygieny a v procentech je zhodnocena samostatnost při jednotlivých činnostech. Z tabulky je zřejmé, že téměř ve veškerých činnostech klientky potřebovaly asistenci. Pouze svlékání, osušení, nanesení krému, péči o uši, nandání pleny a obléknutí pyžama zvládly zcela samostatně.

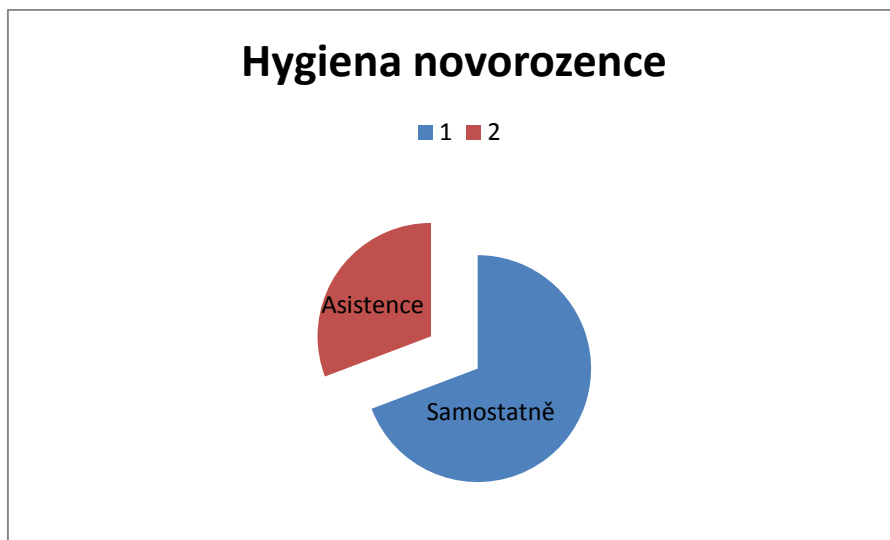
Z grafu je viditelné, že se hypotéza nepotvrdila. Z 69 % jsou klientky samostatné. A zbylých 31% poukazuje na potřebnou asistenci, kdy jí nejvíce využily v přesunu dítěte.

*Tabulka 1: Zjištění úrovně samostatnosti při hygieně novorozence v %*

	Samostatně	Asistence
Příprava vaničky a lehátka	50	50
Napuštění vody	25	75
Přesun na přebalovací pult	75	25
Svlečení	100	0
Přesun do vaničky	25	75
Samotná hygiena	50	50
Přesun z vany na přebalovací pult	25	75
Osušení	100	0
Nanesení krému	100	0
Péče o uši	100	0
Stříhání nehtu	50	50
Nandání pleny	100	0
Obléknutí pyžama	100	0
	69,24	30,76

*Zdroj: vlastní*

Obrázek 1: Graf ze zjištěných hodnot



Zdroj vlastní

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že každá žena na vozíku je schopná samostatného pohybu v bezbariérovém prostředí s dítětem s využitím ergonomického nosítka.

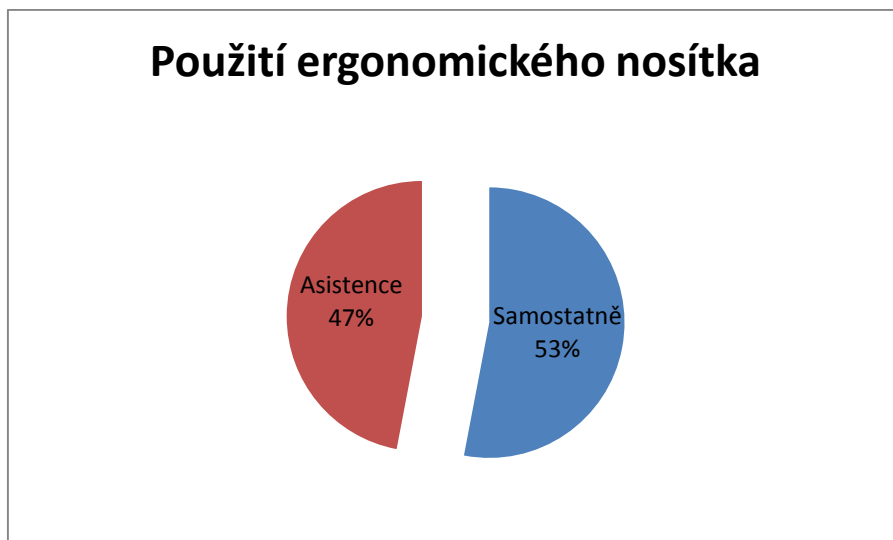
Výsledky této hypotézy jsou zhodnoceny v tabulce č. 2. V tabulce jsou rozepsány jednotlivé složky, ze kterých se tato hypotéza skládá. Z tabulky je zřejmé, že není ani jedna složka, kterou by všechny klientky zvládly samostatně. Z grafu lze vyčíst, že se hypotéza nepotvrdila. Z 53% byly klientky samostatné a z 47% potřebovaly asistenci.

Tabulka 2: Použití ergonomického nosítka v %

	Samostatně	Asistence
Obléknutí nosítka	50	50
Manipulace s dítětem	34	66
Jízda v bezbariérovém prostředí	66	34
Vyndání dítěte	50	50
Sundání nosítka	66	34
	53	47

Zdroj vlastní

Obrázek 2: Graf ergonomického nosítka



*Zdroj vlastní*

## 13 DISKUZE

Protože jsem měla problém sehnat vhodné klientky, které by měly stejnou výšku léze a zároveň malé děti, tak jsem klientky zařadila pouze do skupiny paraplegie a kvadruplegie. Hlavní problém byl nezáměr žen po poškození míchy spolupracovat.

Hypotéza se odvíjela od několika návštěv v domácím prostředí. Nejdříve jsem zjistila současnou úroveň soběstačnosti klientek pomocí testu SCIM a testu FIM. Na těhotenství a péči o dítě jsem se u většiny klientek doptávala zpětně. Hypotézu jsem hodnotila pomocí dotazníků a fotografií klientek. Domnívám se, že na podkladě šesti klientek nemohu určit přesný výsledek.

Smyslem mé práce nebyla aplikace jakékoliv terapie, ale mým cílem bylo zjistit schopnost žen po poškození míchy samostatnosti při péči o dítě a zjistit různé kompenzační pomůcky, které péči usnadňují. Ze zjištěných pomůcek jsem vytvořila informační brožurku pro nastávající rodiče. (Příloha v deskách Bakalářské práce – CD)

Těchto informací pro nastávající rodiče není zatím dostatek. Proto věřím, že tato práce má velké praktické využití.

### 13.1 Diskuze k hypotéze č. 1.

Svou první hypotézu jsem směřovala na hygienu dítěte u paraplegičky. Hypotéza zněla, že pokud paraplegička použije pomůcky, tak je samostatně schopná hygieny dítěte.

Do celkové hygieny u dětí jsem zahrnula několik činností, které jsem v rámci hypotézy hodnotila. Příprava vaničky a lehátka, napuštění vody, přesun dítěte na přebalovací pult, svlečení dítěte, přesun do vany, samotné mytí, přesun z vany na přebalovací pult, osušení, nanesení krému, čištění uší, stříhání nehtů, nandání pleny a oblékání.

Z kapitoly Výsledků je zřetelné, že jsou některé složky, které klientky zvládly samostatně. Lze přesně definovat, které složky klientky zvládly samostatně a při kterých potřebovaly asistenci druhé osoby. Při hodnocení této hypotézy se musí přistupovat individuálně. Velmi záleželo na výšce léze, fyzické kondici a kompenzačních pomůckách, které klientky využívaly. Při porovnání výsledků lze říci, že téměř veškeré činnosti, které



probíhaly na přebalovacím pultu, zvládly klientky samostatně, naopak při přesunu dítěte asistenci využívaly nejvíce.

Při této hypotéze jsem vycházela z faktu, že paraplegičky mají hybnost horních končetin bez omezení. U této hypotézy nedošlo k potvrzení. Pouze jedna klientka ze čtyř dotazovaných zvládala hygienu samostatně už od narození dítěte. Ostatní klientky využívaly asistenci manžela a většina klientek začala samostatně koupat, až když dítě bylo větší.

Jako hlavní problém je podle mého názoru horší stabilita trupu, díky nefunkčním břišním a zádovým svalů. Tím pádem klientky neměly dostatečně stabilizovaný sed, aby mohly manipulovat oběma rukama.

Jako druhý hlavní problém je strach a nejistota z nové situace. Klientky byly v nové situaci a sami nevěděly, jak bude jejich tělo reagovat po porodu. Dále měly strach z novorozence, aby mu neublížily. U všech těchto klientek dříve nebo později nastala situace, že hygienu prováděly samostatně. Některým klientkám stačilo, když dítě drželo hlavičku. Jiné klientky čekaly, až dítě bude samostatně sedět nebo chodit. Tím matce v mnoho situacích pomohlo.

Výsledek šetření je nejvíce ovlivněn přesnou výškou míšní léze, úrovní stability sedu a celkovou kondicí klientek. Z velké části záleží na úpravě koupelny.

Jako doporučení pro nastávající rodiče bych nejdříve zvolila nácvik správného sedu, trénink stability sedu, zvýšení fyzické kondice a posílení horních končetin. Vždy bude ale limitem především výška léze a s ní související stabilita trupu. Ano, tyto body spadají pod obor fyzioterapie, ale pokud tyto oblasti budou mít v pořádku, bude pro ně snadnější vykonávat ADL a zvládat péči o dítě.

## **13.2 Diskuze k hypotéze č. 2**

U druhé hypotézy jsem předpokládala, že při užití ergonomického nosítka je žena na vozíku schopná samostatného pohybu v bezbariérovém prostředí.

Když tuto hypotézu hodnotím zpětně, musím uznat, že tato hypotéza byla nevhodně zvolená, proto se mi tato hypotéza nepotvrdila. Tuto hypotézu jsem hodnotila u šesti klientek, kdy dvě klientky byly kvadruplegičky a čtyři byly paraplegičky.

Předpokládala jsem, že žena bude samostatná, jak s nandáním nosítka, tak s manipulací dítěte a poté bude schopná samostatného pohybu na vozíku.

Z kapitoly Výsledků je zřetelné, že veškeré úkony spojené s použitím ergonomického nosítka byly pro klientky velmi náročné. Podle tabulky lze přesně definovat, jaký úkon byl pro klientky zvládnutelný a jaký byl náročný. Pokud klientky měly ergonomické nosítko s dítětem již zapnuté, tak pohyb v bezbariérovém prostředí zvládaly samostatně. Naopak manipulace s dítětem byla velmi náročná a byla potřeba asistence druhé osoby.

Hodnocení této hypotézy je individuální, opět záleží na výšce léze, fyzické kondici a úchopových schopnostech rukou. Tímto je jasné, že tato hypotéza se u kvadruplegie nemůže potvrdit. Už jen manipulace s nosítkem a nandání nosítka, je velmi náročné. Druhý problém, který byl i u paraplegiček byla horší stabilita trupu, kdy se klientky bály, aby dítěti nějak neublížily. Klientky hodnotily nosítko jako velmi nepohodlné a hůře se jim s ním pohybovalo na vozíku.

Pouze dvě klientky (paraplegičky) byly schopné samostatně si nosítko nandat, vložit do něj dítě a pohybovat se v bezbariérovém prostředí. I tyto klientky hodnotily nosítko jako velmi nepohodlné a využívaly ho pouze, pokud jim jiná možnost nezbývala.

Nedošlo k potvrzení hypotézy – téměř u všech jednotlivých úkonů klientky využívaly asistenci druhé osoby.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjištění samostatnosti žen po poškození míchy v oblasti péči o dítě a zjistit kompenzační pomůcky, které matkám péči usnadňují. Ze zjištěných informací jsem vytvořila informační brožurku, která je součástí této práce. Tato informační brožurka má pomoci nastávající rodičům, připravit se na novou situaci. Dalším cílem je pomoci párům při rozhodování, zda péči o dítě zvládnou.

Potvrdilo se, že i ženy po poškození míchy mohou mít děti. Před těhotenstvím je důležité zvážit některá fakta, jako je zdravotní stav, který je nutný konzultovat se svým lékařem, určit si plán asistence, zda bude pomáhat někdo z rodiny, například partner zůstane na mateřské nebo si zajistí placenou asistenci. Dále důležitou složkou jsou finance, které budou potřeba na úpravu domácnosti a na výbavu pro dítě.

Díky své práci jsem se setkala se ženami, které nedaly na názory jiných a dítě mají. Přiznaly se, že občas se objevila negativní reakce lidí i lékařů, kteří jim naznačovali, že ženy s tímto hendikepem nemají právo na děti, že péči nezvládnou. Jedna klientka si přímo od lékaře vyslechla, že je nezodpovědná a nebere ohled na svého manžela, protože manžel se musí starat o ni samotnou a navíc se teď bude muset starat ještě o dítě.

Druhá klientka se setkala s negativní reakcí ostatních maminek, které se jí ptaly, zda nemá někoho, aby jí děti do školky odvedl. Ale ostatní nechápou, že i tyto maminky si chtějí své dítě odvést do školky sami.

V této práci chci dokázat, že při spolupráci s ergoterapií a využitím kompenzačních pomůcek, lze péči o dítě zvládnout.

Doufám, že díky mé práci mnoho lidí změní názor a místo toho, aby tyto ženy soudili, tak je budou obdivovat a podporovat.

## LITERATURA A PRAMENY

1. ATCHISON, Ben a Diane K DIRETTE. *Conditions in occupational therapy: effect on occupational performance*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2007. ISBN 9780781754873.
2. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, MUDr. Jiří KRÍŽ a PhDr. Alena KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy: Bydlení doma*. GTS Print. Praha 5, 2004.
3. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, MUDr. Jiří KRÍŽ a PhDr. Alena KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy: Návčik močení*. GTS Print. Praha 5, 2004.
4. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, MUDr. Jiří KRÍŽ a PhDr. Alena KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy: Návčik stolice*. GTS Print. Praha 5, 2004.
5. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, MUDr. Jiří KRÍŽ a PhDr. Alena KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy: Výška poškozeného segmentu*. GTS Print. Praha 5, 2004.
6. FIELD-FOTE, Edelle C. *Spinal cord injury rehabilitation*. Philadelphia, PA: F. A. Davis, c2009. ISBN 0803617178.
7. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0418-8.
8. JEDLIČKA, Pavel et al. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. xv, 424 s. ISBN 80-7262-312-5.
9. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
10. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ©2009. xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
11. KOUDELA, Karel a kol. *Ortopedie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0654-2.
12. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
13. KRÍŽ, MUDr. Jiří. *Doporučené postupy pro řešení autonomní dysreflexie u pacientů po poškození míchy: Příčiny*. GTS tisk. Praha, 2005.
14. KRÍŽ, MUDr. Jiří. Spasticita po poranění míchy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015, (3/22), 128 - 134.
15. Liga vozíčkářů. *Bydlení bez bariér*. Tiskárna Helbich, a. s. Brno, 2011.

16. LINC, Rudolf. *Anatomie hybnosti: Určeno pro posl. 3. lék. fak. UK. 2., upr. vyd.* Jinočany: H & H, 1993, 285 s. ISBN 80-85787-54-7.
17. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.
18. MACKONOCHE, Alison. *Těhotenství a péče o dítě*. České vydání druhé. Praha: Svojtka a Co., s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7237-049-8.
19. NEZNÁMÝ, Autor. *Google* [online]. [cit. 21.2.2016]. Dostupný na WWW: [https://www.google.cz/search?hl=cs&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1093&bih=538&q=ko%C4%8D%C3%A1rek+pro+voz%C3%AD%C4%8Dk%C3%A1%C5%99e&oq=ko%C4%8D%C3%A1rek+pro+voz%C3%AD%C4%8Dk%C3%A1%C5%99e&gs\\_l=img.12...7147.15210.0.16991.23.22.1.0.0.0.98.1020.22.22.0...0...1.1.64.img..0.13.430.AvJ6C4CUbb0#imgrc=wZFz1i\\_2c8\\_vfM%3A](https://www.google.cz/search?hl=cs&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1093&bih=538&q=ko%C4%8D%C3%A1rek+pro+voz%C3%AD%C4%8Dk%C3%A1%C5%99e&oq=ko%C4%8D%C3%A1rek+pro+voz%C3%AD%C4%8Dk%C3%A1%C5%99e&gs_l=img.12...7147.15210.0.16991.23.22.1.0.0.0.98.1020.22.22.0...0...1.1.64.img..0.13.430.AvJ6C4CUbb0#imgrc=wZFz1i_2c8_vfM%3A)
20. PLAS, Jaroslav. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2000. Speciální chirurgie. ISBN 80-7262-075-4.
21. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
22. WENDSCHE, Peter a kol. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
23. WENDSCHE, CSC., prof. MUDr. Peter a prim. MUDr. Jiří KŘÍŽ. *Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy: Transverzální míšní léze*. [online]. 2005 [cit. 2015-11-17] Dostupný z WWW: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni\\_pece.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf)

## **SEZNAM ZKRATEK**

A - arterie

ADL - Activities of Daily Living – všední denní činnosti

ASI - American Spinal Injury Association

BMI - Body Mass Index

C - cervikální

CO - coccygeální

ČAE - Česká Asociace Ergoterapeutů

FIM - Functional Independence Measure

GA - gynekologická anamnéza

HKK - horní končetiny

KP - kompenzační pomůcka

L - lumbální

M - musculus

NN - nerví

NO - nynější onemocnění

OA - osobní anamnéza

PA - pracovní anamnéza

RA - rodinná anamnéza

RÚ- rehabilitační ústav

S - sacrální

SA - sociální anamnéza

SCIM - Spinal Cord Independence Measure

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Zjištění úrovně samostatnosti při hygieně novorozence v %

Tabulka 2: Použití ergonomického nosítka v %

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Graf ze zjištěných hodnot

Obrázek 2: Graf ergonomického nosítka

Obrázek 3: Úprava postýlky otvírání do stran

Obrázek 4: Otvírání do stran

Obrázek 5: Výsuvná podélná strana pod postýlku

Obrázek 6: Postýlka půjčená z porodnice

Obrázek 7: Proutěný košík s kolečky

Obrázek 8: Přebalovací pult přidělaný na zdi

Obrázek 9: Přebalování v postýlce

Obrázek 10: Koupání ve vaničce

Obrázek 11: Koupání v koupacím kbelíku

Obrázek 12: Sedátko do vany

Obrázek 13: Krmení z láhve

Obrázek 14: Další způsob krmení z láhve

Obrázek 15: Krmení v lehátku

Obrázek 16: Krmení v dětské židličce

Obrázek 17: Další typ dětské židličky

Obrázek 18: Přesun s autosedačkou

Obrázek 19: Dítě položené na klíně

Obrázek 20: Dítě položené na ergonomickém polštáři

Obrázek 21: Dítě posazené na klíně

Obrázek 22: Na mechanickém vozíku s kočárkem

Obrázek 23: Na elektrickém vozíku s kočárkem

Obrázek 24: Kočárek k mechanickému vozíku

Obrázek 25: Babyvak

Obrázek 26: Croozer

Obrázek 27: Swiss Tracu

Obrázek 28: Použití Swiss Tracu v trénu

Obrázek 29: Jízda na mechanickém vozíku



Obrázek 30: Jízda na elektrickém vozíku

Obrázek 31: Procházka s větším dítětem

Obrázek 32: Bezbariérová kuchyňská linka

Obrázek 33: Elektricky nastavitelná linka

Obrázek 34: Další typ úpravy kuchyně

Obrázek 35: Úprava příboru

Obrázek 36: Úprava obracečky

Obrázek 37: Otvírák na sklenice

Obrázek 38: Úprava nože

Obrázek 39: Úprava dětské lžičky – rozšířená rukojeť + dlaňová páska

Obrázek 40: Bezbariérová úprava vany

Obrázek 41: Umyvadlo s nastavitelným zrcadlem

Obrázek 42: Bezbariérový záchod

Obrázek 43: Kvádr k přesunu ze země

Obrázek 44: Úprava řízení na autě

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** - Test SCIM (RÚ Kladruby)

**Příloha č. 2** - Test FIM (RÚ Kladruby)

**Příloha č. 3** - Seznam otázek pro klientky

**Příloha č. 4** - Dotazník k ergonomickému nosítku

**Příloha č. 5** - Tabulka hygieny dítěte

**Příloha č. 6** - Informovaný souhlas

**Příloha č. 7** - Příklady pomůcek ke spánku dítěte

**Příloha č. 8** - Přebalování

**Příloha č. 9** - Hygiena

**Příloha č. 10** - Krmení

**Příloha č. 11** - Přesun v interiéru

**Příloha č. 12** - Přesun v exteriéru

**Příloha č. 13** - Ostatní pomůcky a úpravy

**Příloha č. 14** – Informační brožurka (CD – ROM)

# PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Test SCIM



REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY  
KLADRUBY 30  
257 62 KLADRUBY U VLAŠIMI

SCIM – Spinal Cord Independence Measure (3. verze)

Pacient:	R.č.:	LO:
Dg:	Lékař:	Terapeut:

Sebeobsluha

Datum:

1. **Stravování** (krájení, obvrátání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s tekutinou)
  0. Potřebuje parenterální, gastrostomickou nebo jiné 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. **Koupele** (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem). **A – horní pol. těla; B – dolní pol.**
  - 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
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. Reziiduální objem moči (ROM) > 100 ml; bez samostatné či asistované intermitentní katetrizace
  6. ROM < 100 ml 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 katetrizací; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci
  13. Močí spontánně; ROM < 100 ml; potřebuje pouze pomůcky pro inkontinenci; nepotřebuje asistenci při močení
  15. Močí spontánně; ROM < 100 ml; kontinentní; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci
7. **Ovládání svěračů – střevo**
  0. Nepravidelné nečesování 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** (peřinální 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
  4. Používá toaletu samostatně na všechny úkony, ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (např. madla)
  5. Používá toaletu samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

DÍLČÍ SKÓRE (0-40)

**Mobilita (místopost 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 pomůček, ale ne s elektrickými pomůčkami
- 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-vozik (zabzdění 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: zabzdění 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 pomůček)
- 4. Chodí v chodítku nebo s berlími (nediferencovaná – švihová chůze)
- 5. Chodí s berlími nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
- 6. Chodí s jednou holí
- 7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
- 8. Chodí bez pomůček

--	--

**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 pomůček)
- 4. Chodí v chodítku nebo s berlími (nediferencovaná – švihová chůze)
- 5. Chodí s berlími nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
- 6. Chodí s jednou holí
- 7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
- 8. Chodí bez pomůček

--	--

**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 pomůček)
- 4. Chodí v chodítku nebo s berlími (nediferencovaná – švihová chůze)
- 5. Chodí s berlími nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
- 6. Chodí s jednou holí
- 7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
- 8. Chodí bez pomůček

--	--

**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, zabzdění 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-vozik**

- 0. Potřebuje asistenci
- 1. Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůček (nebo nepotřebuje vozík)

--	--

DÍLČÍ SKÓRE (0-40)

--	--

CELKOVÉ SCIM SKÓRE (0-100)


Podpis  
Lékař  
Terapeut

**HODNOCENÍ FUNKČNÍHO INDEXU SOBĚSTAČNOSTI  
-profil FIM-**

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

<b>CELKOVÉ SKÓRE:</b> součet (max. 126 bodů)				
--	--	--	--	--

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

## Příloha č. 3 Seznam otázek pro klientky

### Chtěla bych Vám poděkovat za Váš čas a ochotu vyplnit můj dotazník

Tento dotazník je anonymní a veškeré informace budou sloužit k tvorbě bakalářské práce a po té budou použity k vytvoření informačního letáku o pomůckách, které jsou používány během těhotenství a v péči o dítě u klientů po poškození míchy.

#### 1. ZÁKLADNÍ INFORMACE:

- Věk:
- Výška léze:
- Počet dětí - před úrazem:
  - po úraze:
- Zdravotní komplikace: (hypertenze, diabetes mellitus,...)

#### 2. TĚHOTENSTVÍ:

- Byl nějaký problém během těhotenství? (početí, průběh těhotenství a porodu)

▪ Byl nějaký problém v oblasti  
-oblékání:

-hygieně:

-přesunech:

- Začala jste během těhotenství používat nějaké nové kompenzační pomůcky?    Ano   -  
Ne

Pokud ANO jaké?

#### 3. ASISTENCE PO PORODU:

- Byla porodnice bezbariérová? Prosím vypište i město
- Jaký byl největší problém (pokud nějaký byl) v porodnici?

- Potřebovala jste po porodu asistenci? Ano - Ne  
Pokud ANO - v čem jste asistenci nejvíce využívala a jak dlouho jste jí potřebovala?

- Asistenci Vám poskytoval někdo z rodiny nebo nějaká agentura?

#### 4. ÚPRAVA DOMÁCNOSTI:

- Před porodem, upravovali jste nějak domácnost?
- Měla jste speciální úpravu dětské postýlky, přebalovacího pultu? (Prosím název firmy)

#### 5. PÉČE O DÍTĚ: (vymažte, co se nehodí)

- Jak jste oblékala dítě? a) samostatně b) asistence druhé osoby c) pomocí pomůcky- vypište jaké:
- Jak jste přebalovala dítě? a) samostatně b) asistence druhé osoby c) pomocí pomůcky- vypište jaké:
- Jak jste krmila dítě? a) samostatně b) asistence druhé osoby c) pomocí pomůcky- vypište jaké:
- Jak jste prováděla přesun dítě? a) samostatně b) asistence druhé osoby c) pomocí pomůcky- vypište jaké:
- Měla jste kočárek? Prosím i značku a typ kočárku
- Používala jste i jiný způsob mobility s dítětem? (Vypište prosím jaký)
- Měla jste nějaké nové pomůcky, které pomáhaly v péči o dítě?



- Kde jste veškeré informace v péči o dítě získala?
- Kdo Vám s výběrem pomůcek pomáhal?

Zde je prostor pro Vaše jakékoli připomínky, o kterých by jste se chtěla zmínit:

Tímto bych Vám chtěla poděkovat za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Budu velice ráda, pokud budete mít zájem poskytnout mi další informace potřebné k mé bakalářské práci. Prosím v tomto případě mě kontaktujte na mém emailu

S velkým díky

Střihavková Radka (studentka ergoterapie v Plzni)

strijavkovar@seznam.cz

#### Příloha č. 4 **Dotazník k ergonomickému nosítku**

Otázky pro hypotézu: (Patří sem ergonomická nosítka i šátky)

1. Používala jste při péči o dítě: ergonomické nosítko x šátek x oboje
2. Pokud jste používala oboje, jaký jste pociťovala rozdíl? Vyhovovalo Vám něco více a proč?
3. Zapínala jste si nosítko nebo zavazovala šátek samostatně? Ano x ne
4. Od jakého věku dítěte jste začala pomůcku používat a proč?
5. Do kdy jste pomůcku používala a proč?
6. Při jakých činnostech jste pomůcku používala a při jakých naopak ne?
7. Používala jste i nějakou jinou pomůcku pro přesun dítěte?
8. Je nějaká značka nosítka nebo šátku, kterou by jste doporučila nebo naopak nedoporučila?
9. Jaký časový úsek trval, než jste si nandala pomůcku a dovnitř vložila dítě? Jakým způsobem jste postupovala?
10. Jak probíhalo vyndání dítěte a sundání pomůcky?

## Příloha č. 5 Tabulka hygieny dítěte

	Samostatně	Od kdy sama	Jakým způsobem	V čem byla asistence	Kompenzační pomůcky
Příprava ručníku, mycích					
Napuštění vody					
Svlečení dítěte					
Přesun do vany					
Samotné mytí					
Mytí vlasů					
Přesun z vany					
Osušení					
Nanesení krému					
Čištění uší					
Stříhání nehtů					
Obléknutí pyžama					

## Příloha č. 6: **Informovaný souhlas**

### **Udělení souhlasu ke zpracování osobních a citlivých údajů**

Podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji Radce Střihavkové souhlas se zpracováním svých osobních a citlivých údajů ke studijním a vědeckým účelům, poskytnutých v rozhovoru a dotazníku.

Dále uděluji souhlas se zpracováním mnou vytvořených fotografií a fotografií vytvořených Radkou Střihavkovou v rámci bakalářské práce na katedře fyzioterapie a ergoterapie v Plzni.

Souhlasím také, že s písemným přepisem svého rozhovoru budu před publikováním bakalářské práce seznámena:

- ano
- ne

Souhlasím, že jsem byla obeznámena se zachováním důvěrnosti a anonymity v bakalářské práci formou uvedení pouze pohlaví a věku v přepisu rozhovoru, v textu bakalářské práce a dalších dokumentech:

- ano
- ne

V .....dne.....

.....  
jméno, příjmení a podpis

## Příloha č. 7 Příklady pomůcek ke spánku

*Obrázek 3: Úprava postýlky otvírání do stran*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 4: Otvírání do stran*



*Zdroj: Klientka 6*

Obrázek 5: Výsuvná podélná strana pod postýlku



*Zdroj: Klientka 2*

Obrázek 6: Postýlka půjčená z porodnice



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 7: Proutěný košík s kolečky*



*Zdroj: Klientka 1*

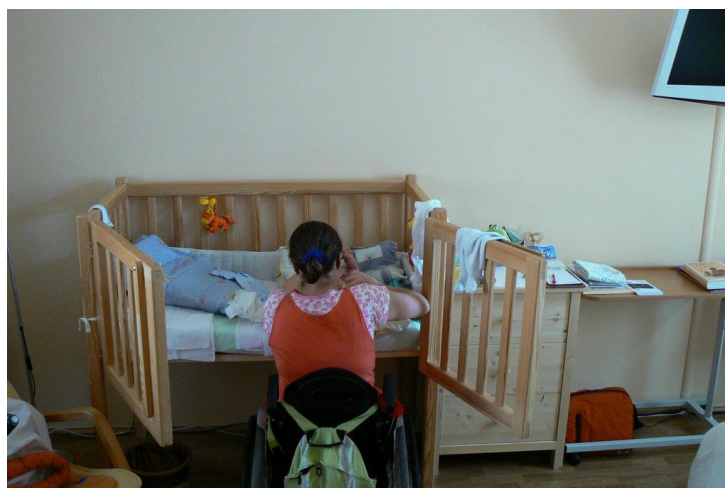
## Příloha č. 8 Přebalování

*Obrázek 8: Přebalovací pult přidělaný na zdi*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 9: Přebalování v postýlce*



*Zdroj: Klientka 6*



## Příloha č. 9 Hygiena

Obrázek 10: Koupání ve vaničce



*Zdroj: Klientka 6*

Obrázek 11: Koupání v koupacím kbelíku (moc nevyhovuje)



*Zdroj: Klientka*

Obrázek 12: Sedátko do vany



*Zdroj: Klienta 6*

*Příloha č. 10 Krmení*

*Obrázek 13: Krmení z láhve*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 14: Další způsob krmení z láhve*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 15: Krmení v lehátku*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 16: Krmení v dětské židličce*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 17: Další typ dětské židličky*



*Zdroj: Klientka 2*

Příloha č. 11 **Přesun v interiéru**

*Obrázek 18: Přesun s autosedačkou*



*Zdroj : Klientka 6*

Obrázek 19: Dítě položené na klíně



*Zdroj: Klientka 6*



*Obrázek 10: Dítě položené na ergonomickém polštáři*



*Zdroj : Klientka 6*

*Obrázek 21: Dítě posazené na klíně*



*Zdroj : Klientka 6*

## Příloha č. 12 Pohyb v exteriéru

Obrázek 22: Na mechanickém vozíku s kočárkem



Zdroj : Klientka 1

Obrázek 23: Na elektrickém vozíku s kočárkem



Zdroj : Klientka 6

Obrázek 24: Kočárek k mechanickému vozíku



Zdroj : Google

*Obrázek 25: Babyvak*



*Zdroj : Klientka 6*

*Obrázek 26: Croozer*



*Zdroj : Klientka 6*



*Obrázek 27: Swiss Tracu*



*Zdroj: Klientka 2*

*Obrázek 28: Použití Swiss Tracu v terénu*



*Zdroj: Klientka 2*

*Obrázek 29: Jízda na mechanickém vozíku*



*Zdroj: Klientka 6*

Obrázek 30: Jízda na elektrickém vozíku



*Zdroj: Klientka 6*

Obrázek 31: Procházka s větším dítětem



*Zdroj: Klientka 6*

Příloha č. 13 **Ostatní pomůcky a úpravy**

*Obrázek 32: Bezbariérová kuchyňská linka*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 33: Elektricky nastavitelná linka*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 34: Další typ úpravy kuchyně*



*Zdroj: Klientka 6*

*Obrázek 35: Úprava příborů*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 36: Úprava obracečky*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 37: Otvírák na sklenice*



*Zdroj: Vlastní*

Obrázek 38: Úprava nože



Zdroj: Vlastní

Obrázek 39: Úprava dětské lžičky – rozšířená rukojeť + dlaňová páska



Zdroj: Vlastní

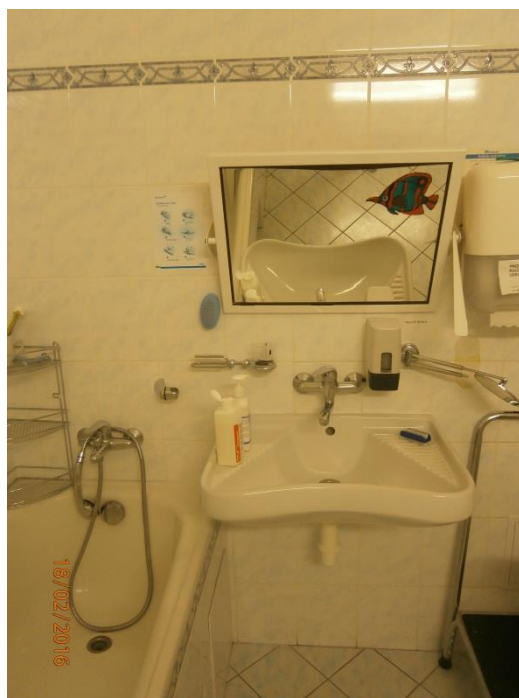


*Obrázek 40: Bezbariérová úprava vany*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 41: Umyvadlo s nastavitelným zrcadlem*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 42: Bezbariérový záchod*



*Zdroj: Vlastní*

*Obrázek 43: Kvádr k přesunu ze země na vozík (vlastní výroba)*



*Zdroj: Klientka 6*



*Obrázek 44: Úprava řízení na autě*



*Zdroj: Klientka 6*