

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Stanislava Křížková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Stanislava Křížková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ POMŮCEK PRO SOBĚSTAČNOST U DĚTÍ
S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

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 29. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále děkuji pracovníkům ergoterapie centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch za poskytování odborných rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Stanislava Křížková

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Využití pomůcek pro soběstačnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran – číslované: 82

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 45

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 19

Klíčová slova: dětská mozková obrna, kompenzační pomůcky, všední denní činnosti, soběstačnost

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na kompenzační pomůcky pro soběstačnost a jejich využití u dětí s dětskou mozkovou obrnou z pohledu ergoterapeuta. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je popsána dětská mozková obrna její charakteristika, dělení a léčba. Také jsou zde popsány kompenzační pomůcky jejich charakteristiky, dělení, výběr a způsob získávání.

V praktické části je zaznamenáno kazuistické šetření. Toto šetření obsahuje sledování klientů s dětskou mozkovou obrnou, během měsíční terapie. Je zde sledováno, zda při použití kompenzační pomůcky nebo kompenzační strategie bez použití kompenzační pomůcky dojde ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání.

Ke zlepšení soběstačnosti nedošlo u všech klientů a z tohoto důvodu se hypotéza nepotvrdila. U klienta č. 1 a č. 2 došlo ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání pomocí používání kompenzační pomůcky. U klienta č. 3 došlo ke zlepšení soběstačnosti pomocí kompenzační strategie rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky, ale u klienta č. 4 ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání nedošlo.

Annotation

Surname and name: Stanislava Křížková

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Use tools for self – sufficiency in children with cerebral palsy

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages – numbered: 82

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 45

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 19

Keywords: cerebral palsy, mobility aids, daily living activities, self – sufficiency

Summary:

The bachelor thesis is focused on aids for self – sufficiency and their use for children with infantile cerebral palsy from the perspective of the occupational therapist. The work is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part describes cerebral palsy their characteristics, classification and treatment. Also described are compensating aids their characteristics, classification, selection and manner of acquisition. The practical part contains casuistic investigation. This investigation includes the monitoring of clients with cerebral palsy during the month of therapy.

There is monitored result of using compensating aids. The next monitored result of using compensatory strategies without using compensating aids will improve self sufficiency in clothing.

To improve the self-sufficiency prevent all clients and therefore the hypothesis was not confirmed. On the client no. 1 and no. 2 to improve self-sufficiency in the dressing through the use of mobility aids. On the client no. 3 to improve self-sufficiency through compensatory strategies unbuttoning and buttoning without compensating aids, but the client no. 4 to improve self-sufficiency in clothing prevent.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	12
1.1 Charakteristika pojmu dětská mozková obrna.....	12
1.2 Etiopatogeneze dětské mozkové obrny.....	12
1.2.1 Prenatální příčiny.....	13
1.2.2 Perinatální příčiny	13
1.2.3 Postnatální příčiny	13
1.3 Formy dětské mozkové obrny.....	14
1.3.1 Spastické formy	14
1.3.2 Nespastické formy	16
1.4 Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou.....	17
1.4.1 Mentální retardace	17
1.4.2 Epilepsie	18
1.4.3 Ostatní poruchy	19
1.5 Léčba dětské mozkové obrny.....	19
1.5.1 Komprehenzivní rehabilitace.....	19
1.5.2 Léčebná rehabilitace u DMO.....	20
2 VŠEDNÍ DENNÍ ČINNOSTI.....	21
2.1 Charakteristika všedních denních potřeb	21
2.2 Rozdělení všedních denních potřeb	21
2.2.1 Personální všední denní činnosti	21
2.2.2 Instrumentální všední denní činnosti.....	21
2.3 Terapeutické metody v nácviku všedních denních potřeb.....	22
2.3.1 Částečná aktivita klienta.....	22
2.3.2 Zpětné řetězení kroků činnosti	23
2.3.3 Řetězení kroků činnosti vpřed	23
2.3.4 Pobídka a nápovědy.....	23
3 FAKTORY PROSTŘEDÍ.....	24
3.1 Charakteristika prostředí.....	24
3.1.1 Fyzické faktory prostředí.....	24
3.1.2 Sociální faktory prostředí	24
3.1.3 Kulturní faktory prostředí.....	24
3.1.4 Organizační faktory prostředí.....	25
3.2 Hodnocení domácího prostředí.....	25
3.2.1 Cíle hodnocení domácího prostředí.....	25

3.2.2	Semafor home.....	25
3.3	Úpravy domácího prostředí	26
3.3.1	Menší úpravy	26
3.3.2	Rozsáhlejší úpravy.....	27
4	KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	28
4.1	Charakteristika kompenzačních pomůcek	28
4.2	Dělení kompenzačních pomůcek	28
4.2.1	Podle toho jakou poruchu kompenzují	28
4.2.2	Podle toho, jakou činnost kompenzují.....	28
4.2.3	Podle náročnosti na obsluhu	29
4.2.4	Další způsob dělení.....	29
4.3	Výběr kompenzační pomůcky	29
4.3.1	Špatný postup při výběru pomůcky	30
4.3.2	Správný postup při výběru pomůcky.....	30
4.4	Způsob získávání pomůcek.....	30
4.4.1	Plné hrazení zdravotní pojišťovnou.....	30
4.4.2	Hrazení pomůcky z příspěvku sociálního odboru městského úřadu v místě trvalého bydliště	31
4.4.3	Hrazení pomůcky pouze klientem	31
4.5	Členění kompenzačních pomůcek	31
4.5.1	Pomůcky pro lokomoci.....	31
4.5.2	Pomůcky pro běžné denní činnosti	32
4.6	Standardizované testy	33
4.6.1	Gross Motor Function Classification System (GMFCS).....	33
4.6.2	Index ADL podle Katze.....	34
4.6.3	FIM – Funkční míra nezávislosti.....	34
4.6.4	MMSE – Mini-Mental State Examination	35
4.6.5	BI – Barthel Index	35
5	CÍL PRÁCE	36
6	HYPOTÉZY	37
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
8	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
9	KAZUISTIKY	40
9.1	Kazuistika 1	40
9.2	Kazuistika 2	49
9.3	Kazuistika 3	58
9.4	Kazuistika 4	68

10 VÝSLEKDY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	77
10.1 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 1.....	77
10.2 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 2.....	78
10.3 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 3.....	79
10.4 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 4.....	80
DISKUZE.....	81
ZÁVĚR.....	83
LITERATURA A PRAMENY.....	85
SEZNAM ZKRATEK.....	88
SEZNAM TABULEK.....	89
SEZNAM GRAFŮ.....	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá využitím pomůcek pro soběstačnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Klade si za hlavní cíl seznámit čtenáře s problematikou dětské mozkové obrny a s využitím pomůcek pro soběstačnost u dětí s tímto onemocněním. Dílčí cíle této práce jsou zjistit, jaký vliv má používání kompenzačních pomůcek nebo kompenzační strategie rozepínání a zapínání knoflíků bez použití kompenzační pomůcky na zlepšení soběstačnosti klienta s dětskou mozkovou obrnou z pohledu ergoterapeuta.

Popis tohoto onemocnění je velice problematický, a proto jsou v této práci použity pouze základy, které jsou nezbytně nutné k pochopení praktické části práce.

Dětská mozková obrna patří mezi nejvíce se vyskytující neuro – vývojová onemocnění. Jedná se o onemocnění, které vzniká v dětském věku, poškozuje mozek a způsobuje poruchu hybnosti těla. Často se sdružuje s epilepsií a mentální retardací což komplikuje léčbu. Kvůli vznikajícím problémům se soběstačností je možnost u dětí k zvýšení samostatnosti v základních denních činnostech využít kompenzační pomůcky.

Kompenzační pomůcky pomáhají nahradit tělesné funkce, které důsledkem onemocnění nebo úrazu optimálně nefungují. Při výběru pomůcky je nutné posoudit i prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a pohybuje se a ne pouze funkční omezení dítěte.

I přes to, že se incidence DMO průměrně pohybuje v rozmezí 1,5 – 3 na 1000 živě narozených dětí, je problematika tohoto onemocnění stále aktuální. V posledních letech dochází v hospodářsky vyspělých zemích k mírnému nárůstu počtu onemocnění. Nárůst onemocnění vzniká v souvislosti se vznikajícími pokroky v neonatologické péči. Mění se také pohled na etiologii onemocnění. Rovněž se mění počet zastoupení jednotlivých forem dětské mozkové obrny. Ubývá forem hemiparetických a atetotických, ale zvyšuje se výskyt forem diparetických a kvadruparetických. Také se zvyšuje počet přidružených postižení k tomuto onemocnění.

U dětí s DMO bývá také velmi často postižena citlivost. Předpokladem pro zlepšení pohybové aktivity a celkové obratnosti horní končetiny je zlepšení celkové citlivosti. Ergoterapeut pomocí her učí dítě rozeznávat tvary předmětů. Dále terapeut dítě učí rozeznávat tvrdé a měkké předměty, teplé a studené a také hladké a drsné povrchy. Při ergoterapii je velmi důležité zaměřit se na to, aby dítě s DMO zvládalo aktivity denního života v co nejvyšší míře samostatně bez pomoci druhé osoby.

Při ergoterapii je důležité nalézat stále nové způsoby, jak vytvořit pro dítě nácvik zajímavější. Důležitou funkci má zde hračka. Pomocí hračky je možné zvyšovat obratnost a můžeme dítě vyprovokovat k aktivnějším pohybům.

Při práci s dětmi, které trpí dětskou mozkovou obrnou je nezbytná spolupráce rodičů a multidisciplinárního týmu, který by měl být tvořen neurologem, ortopedem, psychologem, logopedem, speciálním pedagogem, ergoterapeutem a fyzioterapeutem.

Práce se zabývá problematikou dětské mozkové obrny a používáním kompenzačních pomůcek u dětí s tímto onemocněním. Výzkumné šetření je zaměřeno na oblast personálních všedních denních činností, jemnou motoriku, oblast úchopů z pohledu ergoterapeuta, ale především pojednává o používání kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků v oblasti oblékání. Veškeré poznatky výzkumného šetření jsou shrnuty v kazuistickém šetření. Výsledky kazuistického šetření jsou dále diskutovány.

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

1.1 Charakteristika pojmu dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) byla poprvé popsána kolem roku 1840 anglickým chirurgem J. Littlem, a proto byla označována jako Littleova nemoc. I. Lesný, český zakladatel dětské neurologie v roce 1952 pojmenoval tuto chorobu jako DMO „perinatální encefalopatie“ a v roce 1959 byla už pojmenována jako „dětská mozková obrna“. (Kudláček, 2012)

Dětská mozková obrna patří mezi nejvíce se vyskytující neuro – vývojová onemocnění. Je neprogresivní, ale ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. Postihuje zejména motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a také se může spojovat s neuro – kognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi. (Kudláček, 2012, Kraus et al., 2005)

Dětská mozková obrna je pojem pro označení skupiny chronických onemocnění s poruchou hybnosti, která se objevuje v prvních letech života. Označení dětská vyjadřuje, kdy nemoc vzniká, pojem mozková označuje, že příčina poruchy je v mozku a pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc, která způsobuje poruchu hybnosti těla. (Jakobová, 2011)

1.2 Etiopatogeneze dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna se nejčastěji definuje jako neprogresivní neurologický syndrom, který je vyvolaný lézí nezralého mozku. Hlavním projevem je porucha motoriky. Téměř polovina nemocných má také významný kognitivní deficit nebo poruchu intelektu. Tito pacienti tvoří asi 50% populace dětí s těžkou mentální retardací. K dalším projevům dětské mozkové obrny patří poruchy zraku, sluchu, ale i obtíže s příjmem potravy. (Kraus et al., 2005, Pfeiffer, 2007, Komárek et al., 2008)

Prevalence dětské mozkové obrny se pohybuje v rozsahu kolem 1,5 – 3 na 1000 živě narozených (tento údaj se u jednotlivých autorů lehce odlišuje). Příčinou může být zvýšená frekvence porodů dětí, jejichž život se zachrání při extrémně nízké porodní hmotnosti a předčasném porodu. (Kraus et al., 2005, Pfeiffer, 2007, Komárek et al., 2008)

Komárek a Zumrová uvádějí jako hlavní příčinu Dětské mozkové obrny hypoxicko-ischemické postižení mozku. Hypoxie poškozuje jednotlivé mozkové struktury

v závislosti na jejich aktuální zralosti. (Kraus et al., 2005, Pfeiffer, 2007, Komárek et al., 2008)

Mezi rizikové faktory vzniku dětské mozkové obrny patří nízká porodní hmotnost, předčasný termín porodu, mnohočetná těhotenství, neurologická onemocnění matky a sourozenců, tyreopatie a jejich léčba během těhotenství, deficit hormonů štítné žlázy u nezralých novorozenců, hypotrofie placenty, porodní asfyxie a neonatální hyperbilirubinemie. (Kraus et al., 2005, Pfeiffer, 2007, Komárek et al., 2008)

Během několika let se potvrdilo, že porodní asfyxie není hlavním etiologickým faktorem pro vznik většiny případů s dětskou mozkovou obrnou. Mnohem více vznik dětské mozkové obrny ovlivňují intrauterinní léze a následky předčasných porodů. (Kraus et al., 2005, Pfeiffer, 2007, Komárek et al., 2008)

1.2.1 Prenatální příčiny

Mezi nejčastější prenatální činitele patří infekční onemocnění matky (zejména zarděnky), krvácení matky v prvních třech měsících gravidity, anorexie, oběhové poruchy, hypertenze v těhotenství, nezdravý životní styl matky – kouření, konzumace alkoholu a samozřejmě drogy. Mezi rizikové faktory také patří mnohočetná těhotenství, nutriční deficit a také škodlivý vliv nejrůznějších záření. Mezi tyto příčiny se také zařazuje nedonošenost nebo přenošenost plodu, které jsou nezanedbatelným, i když méně častým etiologickým činitelem, neboť rychle klesá saturační křivka kyslíku v krvi. (Kudláček, 2012, Jakobová, 2011, Kraus et al., 2005)

1.2.2 Perinatální příčiny

Jednou z nejzávažnějších příčin je abnormální porod, překotný porod nebo porod dlouhotrvající, protahovaný, kdy může dojít ke krvácení do mozku. Další příčinou je novorozenecká asfyxie. Jedná se o stav sníženého sycení krve kyslíkem následkem nedostatečného nebo opožděného dýchání po porodu ať již z příčin centrálních nebo periferních. Mohou vzniknout nejrůznější mechanická mozková poškození tlakem na mozkovou tkáň, zlomeniny lebečních kostí nebo také natržení mozkových plen. (Jakobová, 2011, Šlapal, 2007)

1.2.3 Postnatální příčiny

Mezi postnatální příčiny řadíme infekce centrální nervové soustavy (CNS) (encefalitidy, meningitidy), rané infekce plicní a střevní, těžká novorozenecká žloutenka, některé virové nebo bakteriální komplikace, úrazy hlavy, vrozené vady metabolismu,

nezralí novorozenci, iontové dysbalance a porodní asfyxie dětí narozených v řádném termínu. Za rizikové příčiny lze v tomto období považovat i rodinnou zátěž, centrální poruchy v rodině, degenerativní onemocnění, gravidita ve vyšším věku, opakované potraty apod..(Kudláček, 2012, Jakobová, 2011, Kraus et al., 2005)

1.3 Formy dětské mozkové obrny

Formy dětské mozkové obrny můžou různí autoři rozdělovat odlišně. V této práci bylo použito dělení DMO podle Amblera, který rozděluje DMO na spastické formy (forma diparetická, forma kvadraparetická a forma hemiparetická) a nespastické formy (forma hypotonická a dyskinetická nebo extrapyramidová forma), ale jsou zde použity poznatky i od jiných autorů. (Ambler, 2006)

Podle Krause je nejčastěji se vyskytovanou formou DMO spastická diparéza společně s hemiparézou. (Kraus et al., 2005)

K rozvoji obrazu definitivní formy DMO dochází až v průběhu kojeneckého věku, důsledkem vývoje a zrání nervového systému a různého stupně jeho poškození. U některých forem se mohou objevit typické klinické projevy až během druhého roku života nebo i později. (Kraus et al., 2005)

1.3.1 Spastické formy

1.3.1.1 Forma diparetická

Diparetická forma patří k nejčastěji se vyskytujícím formám dětské mozkové obrny. S touto formou DMO se nejčastěji setkáváme u nedonošených dětí s nízkou porodní hmotností. (Jakobová, 2011, Kraus et al., 2005)

U klasické formy spastické diparézy je většinou větší postižení na dolních končetinách než na horních končetinách. Diparéza se obvykle vyvíjí jako tetraparéza, kdy žádná končetina neplní svou základní funkci. To znamená, že horní končetina neplní oporu a úchop a dolní končetina neplní oporu a nárok. U poloviny dětí s touto formou DMO se vyskytuje epilepsie a pouze jedna třetina dětí má normální intelekt. Jedná se zde o velmi těžké motorické postižení, které je obtížně terapeuticky ovlivnitelné. (Kolář, 2012)

Tato forma se projevuje: symetrickým postižením obou dolních končetin a také se vyznačuje výrazně zvýšeným svalovým napětím. Dolní končetiny jsou znatelně krátké k normální velikosti trupu. Dalším projevem je zvýšení napínacího reflexu ve flexorech někdy i v extenzorech. U této formy se objevuje nůžkovitá forma chůze (kolena se třou o

sebe), překračující (chůze po špičkách), tak zvaná „lidoopí chůze“ s ohnutými koleny. Bohužel u nejtěžších případů Klienti už nejsou schopni chůze. Na horních končetinách se neobjevují funkční změny a kognitivní vývoj je příznivý. (Kraus et al., 2005)

1.3.1.2 Forma kvadraparetická

Jedná se o nejtěžší formu dětské mozkové obrny. Projevuje se oboustrannou spasticitou převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Vzniká kombinací dipartické a hemiparetické formy. Pokud vznikne zdvojením formy dipartické, tak u dětí převažuje postižení dolních končetin, pokud ale vznikne zdvojením formy hemiparetické, tak poté převažuje postižení na horních končetinách. (Jakobová, 2011, Kraus et al., 2005)

Téměř vždy se objevuje těžká mentální retardace a mikrocefalie. Tato forma tvoří asi 5% případů a znamená závažný problém, protože postižené děti jsou zcela závislé na pomoci ostatních, péče o ně je pracná, mají obtíže s výživou a kontrakturami. (Kraus, 2005)

V klinickém obraze dominuje těžká retardace. Ve 2. trimenonu jsou výrazně vybavené novorozenecké reflexy, ale předčasně vyhasíná reflexní úchop na dolních končetinách a na ruce a je značný tonický úchop. Na horních končetinách je zřetelnější nález než na dolních končetinách. Rozlišujeme dva typy – hypotonický a hypertonický typ. (Kraus et al., 2005)

Do klinického obrazu zařazujeme oromotorické poruchy a epilepsie. U většiny klientů se projevuje těžká mentální postižení. Prognóza je velmi nepříznivá a nejvíce postižené děti se neposunou ve vývoji přes neonatální stupeň. (Kraus et al., 2005)

Špatné postavení v kloubech lze upravit vhodným polohováním na lůžku. U klienta se objevuje nejistý stoj, který znamená ztrátu schopnosti udržet rovnováhu a ztrátu schopnosti chodit. (Kraus et al., 2005)

1.3.1.3 Forma hemiparetická

Hemiparetická forma se vyskytuje nejčastěji. Jedná se o spastickou formu končetin jedné poloviny těla. Horní končetina většinou je ve flexi v loketním kloubu, v pronaci předloktí a má flexi zápěstí. Při chůzi dítě většinou napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku. Postižení horní končetiny bývá většinou horší než postižení dolní končetiny. (Jakobová, 2011)

Kolář dělí spastickou hemiparézu na kongenitální a získanou. Pokud se získaná hemiparéza objeví už v kojeneckém věku je většinou obtížné ji odlišit od kongenitální hemiparézy, pokud se před zjištěním hemiparézy objevují záchvaty. (Kolář, 2012)

Značnou komplikací u dětí se spastickou hemiparézou je epilepsie. S výskytem epilepsie se může objevit mentální retardace. Hemiparetickou formou DMO je postiženo více chlapců oproti děvčatům. (Kolář, 2012)

Růst hemiparetických končetin je pomalejší než růst zdravých končetin. Míru postižení končetin můžeme posoudit podle schopnosti provádět izolované pohyby a podle možnosti zaujmout držení v kloubu. U mírné formy spastické hemiparézy jsou ještě možné izolované pohyby prstů, u střední formy je schopnost pohybovat celou rukou a u těžké formy už není možný izolovaný pohyb ruky ani žádného pohybového segmentu horní končetiny. Dítě se spastickou hemiparetickou formou DMO zaujímá novorozenecké držení. (Kolář, 2012)

1.3.2 Nespastické formy

1.3.2.1 Forma hypotonická

Hypotonická forma je charakteristická snížením svalového tonu. Jedná se o chabou obrnu, která je většinou výraznější na dolních končetinách. Hypotonická forma DMO se vyznačuje těžším poškozením mozku a značnou psychomotorickou retardací. Výskyt nalézáme převážně v kojeneckém věku a později se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Tato forma se většinou projeví do tří let věku dítěte. (Jakobová, 2011, Ambler, 2006)

1.3.2.2 Forma dyskinetická

Dříve také nazývána jako extrapyramidová forma je provázena vůlí neovladatelnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o pohyb. Při této formě dětské mozkové obrny je základní poruchou neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu. Přetrvávají zde primitivní pohybové vzory jako např. asymetrické tonické šjové reflexy a mnohdy je přítomný i podíl spastické složky. (Jakobová, 2011, Kraus et al., 2005)

Vyskytuje se zde několik typů pohybů. Pohyby mohou být atetotické (vlnité, hadovité, pomalé v klidu, ale i při činnosti), choreatické (malé, prudké, trhavé pohyby), balistické (velké, rychlé, nepotlačitelné, často na celých končetinách) nebo také

myoklonické (trhavé záškuby svalstva). Ve starším věku se můžeme setkat s rigiditou, která se vyznačuje svalovým napětím a ztuhlostí. (Jakobová, 2011)

U dyskinetické formy není v prvních měsících života viditelný zvýšený svalový tonus ani abnormální pohyby. Tyto příznaky se objevují až mezi 5. – 10. měsícem věku. Postižení novorozenci jsou většinou velmi hypotoničtí. První projevy této formy postihují především trup a dolní končetiny. Nadměrné otevřený úst, bývá první příznak, který by měl budit podezření. Dalším příznakem je neschopnost udržet určitou polohu a úlekové reakce. Někdy se také připojují poruchy sluchu, polykání a poruchy slinění. Při každém pokusu o pohyb se objevují grimasy a neúčelné kontrakce. Plně rozvinutý klinický obraz se objevuje až v průběhu 1. – 3. roku. Jen malá část klientů je schopna samostatné chůze. Mentální a kognitivní schopnosti klienta jsou většinou v normálním rozsahu. Některé děti s touto formou DMO jsou nadprůměrně inteligentní. Porucha posturálních funkcí může způsobit poruchu vokalizace a je výrazně opožděný nástup mluvy. Mohou se zde objevit poruchy jemné motoriky zejména psaní. Tyto děti jsou většinou hypomimické. Tento typ dětské mozkové obrny patří mezi vzácnější formy. (Kudláček, Kolář, 2012, Kraus et al., 2005)

1.4 Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou

Mnoho nemocných s projevy dětské mozkové obrny nemá žádné jiné sdružené zdravotní postižení. Poruchy, které postihují mozek a poškozují jeho motorické funkce, mohou způsobovat epileptické záchvaty a nepříznivě tak ovlivňovat intelektuální vývoj jedince, jeho schopnost reagovat na okolní podněty, jeho aktivitu a chování a také zrak a sluch. (NeuroCentrum Praha, 2015)

1.4.1 Mentální retardace

Nejzávažnější sdruženou poruchou u dětí s dětskou mozkovou obrnou je právě mentální retardace. Mentální retardace není onemocnění, ale spíše trvalý stav, kde je charakteristické celkové snížení intelektových schopností. Vývoj jedince je opožděný a trvale zaostává, proto má jedinec omezené možnosti vzdělávání a sociální přizpůsobivosti a s tímto souvisejí i problémy při socializaci jedince. (Jankovský, 2006)

V roce 1983 vydala mezinárodní organizace UNESCO upravenou definici mentální retardace v tomto znění: „Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování.“

(Pipeková J. Mentální retardace. [online].[cit.2015-10-20]. Dostupné z: <<http://www.slezgym2006b.estranky.cz/clanky/zsv/mentalni-retardace.html>>)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a mentální retardace dělí na:

- „Lehkou mentální retardaci (IQ 50 – 69)
- Středně těžkou mentální retardaci (IQ 35 – 49)
- Těžkou mentální retardaci (IQ 20 – 34)
- Hlubokou mentální retardaci (IQ pod 20)
- Jiná mentální retardace
- Neurčená mentální retardace“

(Jankovský, 2006,s.34)

Asi třetina dětí s dětskou mozkovou obrnou mají mentální dispozice, které odpovídají pásnu střední a těžké mentální retardace. Druhá třetina je v pásnu lehké mentální retardace a poslední třetina se řadí intelektuálně do normální šíře. Závažné mentální postižení se objevuje zejména u kvadraparetické a hypotonické formě dětské mozkové obrny. Nejmenší procento nemocných s poškozeným intelektem je u dyskineticko – dystonické a hemiparetické formy. (Jankovský, 2006)

1.4.2 Epilepsie

Epilepsie provází dětskou mozkovou obrnu poměrně často a občas může být hlavní překážkou při zapojení nemocného do aktivního života. Jako nemoc bývá označována, až tehdy pokud dochází k opakovaným epileptickým záchvatům. Zásadní roli hraje vytvoření epileptického ohniska, jehož aktivitu výrazně ovlivňuje záchvatovitá pohotovost mozku, která může být způsobena geneticky, ale i vlivem dalších faktorů. V průběhu záchvatů se kombinuje několik klinických příznaků, jako jsou poruchy vědomí (kvantitativní a kvalitativní), motorické příznaky (křeče, ztráta svalového napětí a automatismy), somatosenzorické (parestézie, zvonění v uších, světelné záblesky), vegetativní poruchy (změna reakce zornic, změna barvy kůže, zvracení, pocení, bolesti hlavy a závratě) a nakonec psychické potíže (různé subjektivní prožitky, které jsou spojené se změněným stavem vědomí). (Jankovský, 2006)

U nemocných se projevují epileptické záchvaty v různém věku a různým způsobem. Nejvíce převažují záchvaty myoklonické (záškuby různé intenzity a lokalizace). U školních dětí se často objevují absence (zahledění). Typický je jejich výskyt v sériích. Závažnou situaci představuje také status epilepticus (protahovaný záchvat nebo série

záchvatů, kdy se klient nemusí probrat k plnému vědomí déle než ½ hodiny). (Jankovský, 2006)

1.4.3 Ostatní poruchy

U dětské mozkové obrny se také můžeme setkat se smyslovými poruchami. Velké množství nemocných mají zrakové obtíže. Tito klienti trpí např. amblyopií (tupoizrakovost), refrakčními poruchami a hemianopií (výpadek poloviny zorného pole) a poměrně častou poruchou je také strabismus (šilhavost). Na socializaci nemocného mají také negativní důsledek poruchy sluchu, které se vyskytují hlavně u dyskinetické formy dětské mozkové obrny. Objeví se to ve výchovně vzdělávací činnosti, kdy dochází k deformaci řeči. Se sluchovým postižením úzce souvisí poruchy řeči. (Jankovský, 2006)

Také se objevují poruchy somatického růstu. Děti, které trpí těžkými formami dětské mozkové obrny jako je kvadruparetická forma, somaticky neprospívají. Děti s dětskou mozkovou obrnou jsou vystaveny většímu riziku různých běžných onemocnění než zdravé děti. (Jankovský, 2006)

Též se objevují ortopedické komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří zkrácení Achillových a kolenních šlach, které brání chůzi. Může také dojít k deformaci kyčelních kloubů abnormálním posturálním vlivem nevhodně kontrahovaných svalů. Objevit se může též skolióza – vychýlení páteře do strany. (Jankovský, 2006)

Všechny uvedené poruchy mohou vést také k nejrůznějším emočním vadám, které je nutné eliminovat psychologickou péčí ve smyslu podpůrné psychoterapie. (Jankovský, 2006)

1.5 Léčba dětské mozkové obrny

Léčba by měla být vždy komplexní a individuálně určena pro každého klienta zvlášť. Měla by řešit všechny problémy, které jsou s Dětskou mozkovou obrnou spojeny. Protože poruchy postihují spoustu orgánových soustav, je třeba, aby na terapii spolupracovali specialisté z různých oborů. (Vitalion, 2015, Šlapal, 2007)

1.5.1 Komprehenzivní rehabilitace

Vedoucím týmu je zpravidla ustanoven neurolog, který je zodpovědný za průběh terapeutického programu a za koordinaci vyšetření. Dalším velmi důležitým členem týmu je fyzioterapeut, který sestavuje cílený cvičební program pro zlepšení motorických schopností. Do léčebného týmu také řadíme ergoterapeuta. Cílem ergoterapie je zlepšit

hybnost postižených končetin, naučit klienta určitým pohybům, které může využít ve svém dalším životě a procvičovat určité pohybové dovednosti, které bude potřebovat ve svém budoucím zaměstnání. Dalším členem týmu je ortoped, specialista přes poruchy vývoje kostí, svalů, šlach a celého pohybového aparátu. Do týmu také řadíme neurochirurga, logopeda, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka. Do úplné sestavy týmu je třeba doplnit i psychologa, který pomáhá nemocnému a jeho rodině vyrovnat se s postižením a zvládat stresové situace, které jsou s tímto onemocněním spojené. (Vitalion, 2015, Šlapal, 2007)

Do léčby je nutné také zahrnout i užívání léků proti epilepsii, léky na uvolnění svalových křečí a také léky podporující metabolismus mozku. Klientovi můžeme také doporučit různé ortézy, které pomáhají s udržením rovnováhy a další pomůcky, které mu pomohou překonat jeho postižení. (Vitalion, 2015)

Cíl léčby by neměl být zaměřen pouze na poruchy hybnosti, ale i na rozvoj dovedností a osobnosti nemocného, která by se mohla v pozdější době o sebe sama postarat pomocí různými kompenzačními a alternativními způsoby. (Vitalion, 2015)

1.5.2 Léčebná rehabilitace u DMO

Léčebná rehabilitace představuje u klientů s DMO základní terapeutický postup, který je často rozhodující. Efekt léčebné rehabilitace a prevence sekundárních komplikací je velmi závislý na včasném zahájení léčby. Vždy je také nezbytná soustavnost a trpělivost terapeuta a hlavně klienta a jeho rodiny. Včasné zahájení léčebné rehabilitace je také významné z důvodu dynamicky probíhajících procesů zrání CNS. V této době je možno velmi intenzivně využít neuroplastické funkce mozku. (Kolář, 2012, Komárek et al., 2008)

Součástí péče by měla být také rodinná terapie, sociální výpomoc a u starších dětí další složky rehabilitace například ergoterapie. Pobyt dítěte s matkou ve specializovaných lázních je vždy užitečný a přínosný. (Komárek et al., 2008)

Dětská mozková obrna představuje celoživotní problém a i dospělí klienti musejí nadále docházet na rehabilitaci, musejí být lázeňsky léčeni a dispenzarizováni na neurologických pracovištích. (Komárek et al., 2008)

2 VŠEDNÍ DENNÍ ČINNOSTI

2.1 Charakteristika všedních denních potřeb

Všední denní činnosti (ADL) jsou činnosti, které člověk provádí denně a umožňují mu být nezávislý ve svém domácím prostředí a i širším okolí. Do všedních denních potřeb řadíme činnosti sebeobsluhy, funkční mobility a komunikace a také činnosti spojené s vedením a údržbou domácnosti a nakonec činnosti, které se provádí v širším sociálním prostředí. Neschopnost klienta zvládat úkoly spojené se soběstačností po onemocnění nebo úrazu může způsobit ztrátu sebevědomí a motivace. Úkolem ergoterapeuta je hodnocení ADL, trénovat ADL podle přání a priorit klienta. Dalším úkolem ergoterapeuta je doporučit a zacvičit klienta v používání kompenzačních a technických pomůcek, které zvyšují soběstačnost a jeho nezávislost. Používání pomůcek při ADL je buď dočasný anebo trvalý v závislosti na typu onemocnění a prognózy úzdravy klienta. (Krivošíková, 2011)

2.2 Rozdělení všedních denních potřeb

2.2.1 Personální všední denní činnosti

K personálním či bazálním všedním denním činnostem (pADL) řadíme základní činnosti, které jsou součástí každodenního života od ranního vstávání až po večerní ulehání k spánku. Většinou se jedná o velmi osobní až intimní činnosti, které souvisí s individuálními návyky, vztahují se k věku, pohlaví, období dne a obvykle se provádějí v určitých časových intervalech. pADL jsou nezbytné pro udržení zdraví. (Jelínková et al., 2009)

Do pADL řadíme činnosti jako je příjem jídla, koupání nebo sprchování, osobní hygiena a péče o vzhled, oblékání a svlékání, použití toalety a hygiena po použití toalety, ovládání močení a vyprazdňování stolice a péče o osobní pomůcky a prostředky. (Jelínková et al., 2009)

2.2.2 Instrumentální všední denní činnosti

Do všedních denních činností také řadíme činnosti instrumentální (iADL) nebo-li činnosti širší soběstačnosti. IADL jsou komplexnější aktivity, které člověk provádí za účelem zajištění vlastní domácnosti a života ve společnosti. Vyžadují širší sociální a komunikační dovednosti, komplexnější interakci s prostředím, schopnost řešení problémů a schopnost manipulace s předměty a nástroji. (Jelínková et al., 2009)

Mezi instrumentální všední denní činnosti jsou řazeny hlavně činnosti a aktivity související s péčí o druhé, s péčí o domácí zvířata, s péčí o své zdraví a zajištění bezpečnostních opatření či řešení mimořádných událostí. (Jelínková et al., 2009)

Při nácviku iADL činnosti je nutné pamatovat, že jde o osvojené a rutinní postupy. Oproti pADL výkon těchto činností ovlivňuje motivace, osobní preference a životní styl člověka. Úspěšné provedení aktivity obvykle vyžaduje nejen fyzické dispozice, ale i psychické dovednosti a u mnoha činností je kladen požadavek i na sociální dovednosti. Při hodnocení těchto činností je nutné zvažovat kulturní odlišnosti. (Jelínková et al., 2009)

Tabulka 1 Rozdělení ADL činností

pADL	iADL
Příjem jídla	Telefonování
Koupání nebo sprchování	Transport – jízda dopravním prostředkem
Osobní hygiena a péče o vzhled	Nakupování
Oblékání a svlékání	Vaření
Použití toalety	Domácí práce (jednoduchý úklid např. vytření podlahy, ustlání postele)
Hygiena po použití toalety	Práce kolem domu
Ovládání močení	Užívání léků
Vyprazdňování stolice	Finance
Péče o osobní pomůcky a prostředky	Vyprání osobního prádla

Zdroj: (Jelínková et al., 2009)

2.3 Terapeutické metody v nácviku všedních denních potřeb

Ergoterapeut může využívat různé terapeutické metody při nácviku všedních denních činností. Metoda, kterou terapeut použije, závisí na fyzických a kognitivních schopnostech klienta. Klient, který nemá výraznou kognitivní poruchu a rychle pochopí instrukce, bude nejspíš potřebovat předvedení činnosti a verbální instrukce, ale klient s výraznou kognitivní poruchou, bude potřebovat konkrétnější návod, jak činnost provést. Doporučuje se, aby nácvik probíhal ve stejnou denní dobu, ve stejné místnosti a se stejným terapeutem. (Krivošíková, 2011)

2.3.1 Částečná aktivita klienta

Klient provádí pouze ty kroky činnosti, které je schopen zvládnout zcela samostatně nebo s kompenzační pomůckou. Ostatní kroky činnosti provede terapeut. Tento

způsob nácviu ADL zvyšuje motivaci klienta naučit se zbylé kroky činnosti, které zatím nezvládne. Současně se zde udržují jeho zachovalé schopnosti. (Krivošíková2011)

2.3.2 Zpětné řetězení kroků činnosti

Terapeut pomáhá klientovi se všemi kroky, až na poslední krok, který provede sám a po jeho zvládnutí si postupně přidává vždy jeden krok činnosti. Terapeut postupně snižuje asistenci, až je klient schopen provést celou činnost samostatně. (Krivošíková, 2011)

2.3.3 Řetězení kroků činnosti vpřed

Klient nejprve provede první krok činnosti, poté další krok, až se naučí celou činnost samostatně v přesném pořadí kroků. Tato metoda přináší rychlý úspěch. Je vhodná u klientů, kteří mají problém s řetězením jednotlivých kroků činnosti. (Krivošíková, 2011)

2.3.4 Pobídka a nápovědy

Nápovědy a pobídky může terapeut použít přirozeně během činnosti nebo jsou uměle vytvořené. Terapeut používá pobídky nonverbální (gesta), verbální, fyzickou nápovědu (asistence) anebo jejich vzájemnou kombinaci. Nápovědy se také mohou rozmístit v prostředí, kde je činnost prováděna. V nácviu činnosti terapeut postupně ubírá míru dopomoci a nápověd. Nápovědy také můžeme dělit na specifické a nespecifické. Do nespecifické nápovědy řadíme otázky typu: „Jaký bude následovat krok činnosti?“ a do specifické nápovědy patří věty typu: „Další krok činnosti bude...“, „Nyní dejte vařit vodu“. (Krivošíková, 2011)

3 FAKTORY PROSTŘEDÍ

Faktory prostředí je nutno popisovat z perspektivy osoby, jejíž se popisuje situace. Faktor prostředí může být buď facilitující nebo bariérový. Existuje mnoho důvodů, proč některý faktor prostředí je facilitující nebo bariérový. V případě bariéry je důležité, jak často daný faktor omezuje osobu, jestli je omezení velké nebo malé, nebo jestli lze bariéru obejít nebo nikoli. Také musíme vzít v úvahu jestli, faktor prostředí je bariérou, protože je přítomen negativní postoj vůči osobám s disabilitou nebo není přítomen anebo chybí nedostupnost potřebné služby. Výsledek těchto faktorů prostředí má rozličný a složitý vliv na život osob se zdravotními problémy. (Prof. MuDr. Pfeiffer, 2001)

3.1 Charakteristika prostředí

3.1.1 Fyzické faktory prostředí

Mezi fyzické faktory prostředí se řadí přírodní a lidskou činností vytvořené prostory a objekty, ale i klimatické podmínky a podnebí. Přirozené prostředí zahrnuje geografické znaky, jako je terén, sluneční svit, kvalita ovzduší. Tyto faktory mohou ovlivnit provádění činnosti osoby v mnoha ohledech. Geografické faktory mohou vytvářet specifické požadavky na provedení činnosti. U osob s postižením může přirozené prostředí vytvářet specifické podmínky. (Jelínková et al., 2009)

3.1.2 Sociální faktory prostředí

Sociální skupiny jako je rodina, komunita, blízké okolí a přátelé ovlivňují chování a formy činností dané osoby. Součástí sociálního prostředí, jsou ale i postoje tolerance rozdílnosti a stereotypy. Lidé s disabilitou či zjevnou odlišností se musejí velmi často učit chápat sociální předsudky okolí a potýkat se s nimi. (Jelínková et al., 2009)

K sociálním faktorům prostředí také řadíme ekonomické podmínky a dostupnost zdrojů, které určují, zda má osoba s disabilitou přístupnost ke zdrojům a službám a zda má prostředky na zajištění svých potřeb. (Jelínková et al., 2009)

3.1.3 Kulturní faktory prostředí

Kulturní faktory prostředí zahrnují způsoby chování, přesvědčení, umění a další výtvořiny lidské práce. Tyto faktory prostředí předepisují jak využívat čas, místo a způsob provádění činností. Kultura má vliv na volbu toho, co bude osoba dělat, jak bude vnímána okolím a jak to bude dělat. Kulturní faktory prostředí dále ovlivňují, jak osoba chápe

význam a důležitost terapeutických intervencí a jak vnímá terapeuta a staví se ke spolupráci. (Jelínková et al., 2009)

3.1.4 Organizační faktory prostředí

Do organizačních faktorů prostředí řadíme nařízení, právní normy, pravidla a zákony společnosti například jakou má daná osoba dostupnou zdravotní péči, jaké kompenzační pomůcky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, jaké můžeme využívat sociální služby, dávky sociální péče a příspěvky v hmotné nouzi. Dále zde řadíme dostupnost vzdělávacích institucí pro děti se speciálními potřebami. (Jelínková et al., 2009)

3.2 Hodnocení domácího prostředí

Hodnocení domácího prostředí se provádí formou návštěvy. Hodnocením domácího prostředí může ergoterapeut zjistit způsob provádění ADL v přirozeném prostředí klienta, zhodnotit bariéry v prostředí domácnosti nebo rizika vzhledem k funkčním problémům klienta. Může také být součástí léčebného programu, kdy se během návštěvy trénuje používání kompenzační pomůcky nebo léčebná strategie či technika, která kompenzuje zdravotní problém klienta. (Krivošíková, 2011)

Domácí návštěva se většinou provádí před ukončením hospitalizace, aby ergoterapeut zhodnotil bezpečnost v domácím prostředí a možnosti samostatného provádění ADL. Domácí návštěva poskytuje informace o úrovni provádění funkčních aktivit v přirozeném prostředí klienta (v kuchyni, obývacím pokoji, koupelně apod.), informace o životních podmínkách a jeho sociálním prostředí a také informace o fyzickém prostředí, vybavení a hlavně o architektonických bariérách. (Krivošíková, 2011)

3.2.1 Cíle hodnocení domácího prostředí

Hodnocení domácího prostředí provádíme, abychom umožnili klientovi zachovat co nejvyšší stupeň nezávislosti v domácím prostředí. Dále hodnotíme úroveň ADL v přirozeném prostředí klienta, zjišťujeme reálné podmínky domácnosti, identifikujeme bariéry a doporučujeme vhodné úpravy prostředí. Na základě aktuálních podmínek domácího prostředí vybereme vhodné kompenzační pomůcky a nacvičíme s klientem nebo popřípadě s pečovatelem bezpečné používání. (Jelínková et al., 2009)

3.2.2 Semafor home

Jedná se o metodiku sloužící k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí. (Innovation leadership agency, 2016)

Stěžejní část metodiky představuje objektivní dotazník, který má za cíl nezávislé posouzení existujících bariér. Identifikované bariéry jsou barevně odlišeny (jako barvy na semaforu) do třech kategorií podle jejich závažnosti a četnosti potřeby danou bariéru překonávat. Nejvíce problematické bariéry označuje červené barva, méně problematické oranžová barva a zelená barva nejméně problematické bariéry. Hodnocení provádí ergoterapeut nebo jiný proškolený odborník v rámci domácí návštěvy. Při hodnocení prostředí se bere ohled na aktuální zdravotní stav klienta, konkrétní potřeby a preference klienta. Tato část hodnocení obsahuje 88 otázek, které jsou rozděleny do 12 ti částí. (Innovation leadership agency, 2016)

Doplňkovou součástí metodiky je subjektivní dotazník. Obsahuje 29 otázek, které jsou stejně jako u objektivního dotazníku rozděleny do 12 ti částí. Tento dotazník hodnotí spokojenost klienta s vykonáváním každodenních aktivit, jejichž realizace může být ovlivněna architektonickými bariérami. (Innovation leadership agency, 2016)

Do úvodní součásti metodiky patří dotazník související k základní charakteristice klienta včetně kontaktních údajů a popisu prostředí, ve kterém klient žije. (Innovation leadership agency, 2016)

3.3 Úpravy domácího prostředí

Úpravy domácího prostředí se většinou dějí za účelem zvýšení výkonu, bezpečnosti a zvětšení samostatnosti. Úpravy lze rozdělit na menší, které jsou levnější a nevyžadují velké změny interiéru a struktury domova a na rozsáhlé úpravy, které jsou nákladné a většinou zahrnují rozsáhlé úpravy budov. Menší úpravy jsou do určité částky zdarma a výšku příspěvku na náklady rozsáhlejších úprav určuje klientův zdravotní stav a typ postižení. (Hagedorn, 2000)

3.3.1 Menší úpravy

Drobné úpravy fyzického prostředí jsou poskytovány na podporu mobility, bezpečného a funkčního využití domácího prostředí. (Hagedorn, 2000)

Menší úpravy zahrnují: zlepšení přístupu do budovy, ale i do jednotlivých místností v budově, úpravy pro větší mobilitu, použití kompenzačních pomůcek pro zlepšení soběstačnosti v personálních a instrumentálních všedních denních činnostech. (Hagedorn, 2000)

3.3.2 Rozsáhlejší úpravy

Větší úpravy zahrnují instalaci velkých zařízení jako je výtah nebo speciální sprchový kout. Dále také velké změny jako je vybudování přízemní ložnice nebo poskytnutí upravené koupelny a WC. (Hagedorn, 2000)

Jedná se o velmi náročnou oblast práce, protože je zde pokryta široká oblast znalostí a vyžaduje koordinaci informací z mnoha různých zdrojů. Někdy může být obtížné sladit přání klienta s dostupnými a možnými úpravami budovy. Tyto velké úpravy se provádí pouze tehdy, pokud byly prozkoumány všechna možná řešení, ale bylo zjištěno, že neodpovídají možnostem klienta. (Hagedorn, 2000)

4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

4.1 Charakteristika kompenzačních pomůcek

Kompenzační pomůcky (KP) umožňují klientům samostatné provádění ADL a dalších aktivit v jejich soukromém i veřejném životě. Tyto pomůcky nahrazují porušenou funkci při určité činnosti. Kompenzační pomůcky se používají v případě, kdy nelze činnost nacvičit jinak nebo je činnost bez pomůcky prováděna neproduktivně. Tímto se liší od vozíku nebo protéz, které používá klient většinu dne. (Křivošíková, Klusoňová, 2011, Votava, 2003)

4.2 Dělení kompenzačních pomůcek

4.2.1 Podle toho jakou poruchu kompenzují

- Kompenzace fixační funkce jedné ruky při amputaci nebo ochrnutí ruky. (např. kartáč na mytí s přísavkami, škrabka na brambory připevněná ke stolu)
- Kompenzace omezeného rozsahu pohybu horní a dolní končetiny. (např. hřeben s prodlouženou rukojetí, nástavec na WC, navlékač punčoch nebo ponožek)
- Kompenzace malé síly stisku zvětšením páky nebo úplnou ztrátu úchopu. (např. přizpůsobené přístroje)
- Kompenzace snížené svalové síly ochrana před pády. (např. madla, sedačka do vany nebo sprchy)

(Votava, 2003)

4.2.2 Podle toho, jakou činnost kompenzují

- Jídlo nebo konzumace jídla (pití nápojů, příjem jídla příborem)
- Hygienické úkony (mytí, sprchování, koupání, používání toalety, čištění zubů, péče o nehty, kosmetika, holení a menstruační hygiena)
- Oblékání a svlékání, obsluha obuvi (zapínání knoflíků a zipu, zavazování tkaniček, vázání kravaty)
- Komunikace (psaní, čtení, používání telefonu, komunikace s okolím)
- Příprava jídla a dalších činností v kuchyni (loupání brambor nebo zeleniny, krájení, míchání, otvírání sklenic a konzerv, vaření, mytí a utírání nádobí)
- Běžné úklidové práce v domácnosti (zametání, utírání prachu, vytírání podlahy, žehlení, praní atd.), (Votava, 2003)

4.2.3 Podle náročnosti na obsluhu

4.2.3.1 Pomůcky méně náročné na obsluhu

Tento typ pomůcek bývá levnější, dobře dostupný a lehce upravitelný. Patří sem například pomůcky: podavač, zapínač knoflíků, nástavec na rukojeti, ale i technické pomůcky jako například elektronické komunikační tabulky, upravená klávesnice a myš k počítači, přenosné monitorovací zařízení, upravené ovladače pro psaní na počítači a mnoho dalších kompenzačních pomůcek. (Krivošíková, 2011)

4.2.3.2 Pomůcky vysoce náročné na obsluhu

Většinou se jedná o technicky náročnější pomůcky, které velmi často vyžadují zácvik v používání. Tyto pomůcky jsou dražší, hůře dostupné a distribuují je pouze vybraní prodejci. Řadíme sem pomůcky jako je: hlasově aktivovaný počítač, monitorovací systém bytu aktivovaný dotekem nebo hlasem a mnoho dalších pomůcek. (Krivošíková, 2011)

4.2.4 Další způsob dělení

- **Podle účelu:** pomůcky pro lokomoci, pomůcky pro přemístění a mobilitu, pomůcky pro oblékání a obouvání, osobní hygienu, pro práci v domácnosti a pomůcky pro dorozumívání a orientaci.
- **Podle způsobu výroby:** pomůcky sériově a individuálně vyráběné.
- **Podle umístění:** pomůcky od těla vzdálené (nájezdová rampa, světelný a zvukový signál), pomůcky dotýkající se těla (ortéza, protéza, brýle a naslouchadlo) a pomůcky vložené do těla (kloubní náhrada, kardiostimulátor)
(Klusoňová, 2011)

4.3 Výběr kompenzační pomůcky

Výběr kompenzační pomůcky by vždy měl být výsledek společné domluvy mezi klientem, jeho rodinou a ergoterapeutem. Doporučení kompenzační pomůcky předchází podrobné vyšetření klienta, zhodnocení jeho funkčních schopností a podmínek domácího prostředí, ve kterém klient žije. Výběr vhodných kompenzačních pomůcek by se také měl řídit jejich vlastnostmi. Ergoterapeut, který doporučuje kompenzační pomůcky, by měl mít dostatečný a aktuální přehled o pomůckách, které jsou na trhu momentálně k dispozici. Také by měl klientovi poskytnout informace, jakou část pomůcky hradí zdravotní pojišťovna nebo jestli si klient pomůcku hradí v plné výši sám. Tyto informace poskytuje číselník Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), který je každý rok nově aktualizovaný. (Krivošíková, 2011)

4.3.1 Špatný postup při výběru pomůcky

Kompenzačních pomůcek různých značek, kvality, ceny a vlastností je na současném trhu velké množství a proto je nutné výběr pomůcky neuspěchat a dát si opravdu záležet. Nelze proto zvolit přístup „pomůcku za mě zvolí někdo jiný anebo pomůcku mi potom předepíše ošetřující lékař“. Může se velmi lehce stát, že klient dostane pomůcku, která je právě pro něho a jeho zdravotní stav zcela nevhodná a špatně mu slouží. V horším případě klient kompenzační pomůcku nemůže ani používat. Někdy může špatný výběr kompenzační pomůcky vést k výraznému poškození zdravotního stavu klienta. (Žižka, 2012)

4.3.2 Správný postup při výběru pomůcky

Správný postup při výběru pomůcky by měl v ideálním případě vypadat tak, že klient kontaktuje buď svého terapeuta anebo specializovanou poradnu sdružující občany se stejným zdravotním hendikepem anebo zdravotnické zařízení, jež se na výběr kompenzačních pomůcek specializuje. Zde by měl vyhledat ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta a s nimi konzultovat svou představu a z diskuze by měli vyplynout cca 2 – 3 modely pomůcek, které nejlépe splňují klientovu představu vzhledem k jeho postižení. S těmito pomůckami by se měl klient co nejvíce seznámit a v ideálním případě si je alespoň jeden týden vyzkoušet zda mu vyhovují. Pro tento účel velmi dobře slouží půjčovny kompenzačních pomůcek. Z této zkoušky by měla vzejít ta pomůcka, která klientovi nejlépe vyhovuje. Poté by měla být pomůcka přesně nastavena potřebám daného klienta. Nastavení pomůcky v ideálním případě provádí opět ergoterapeut nebo fyzioterapeut, který má potřebnou klasifikaci. V praxi v České republice se bohužel tento postup velmi obtížně dodržuje. (Žižka, 2012)

4.4 Způsob získávání pomůcek

4.4.1 Plné hrazení zdravotní pojišťovnou

Seznam pomůcek hrazené zdravotní pojišťovnou jsou uvedené v sazebníku VZP a jsou označeny jako prostředky zdravotnické techniky.

Při plném hrazení pomůcky pojišťovnou musí klient obdržet předpis vybrané a zaměřené pomůcky, který je vypsán lékařem specialistou. Tento poukaz na pomůcku je poté předkládán reviznímu lékaři zdravotní pojišťovny. Pokud jsou splněny všechny předpoklady je poukaz předán dodavateli nebo distributorovi dané pomůcky. Následně pojišťovna uhradí distributorovi cenu pomůcky. (Žižka, 2012, Krivošíková, 2011)

4.4.2 Hrazení pomůcky z příspěvku sociálního odboru městského úřadu v místě trvalého bydliště

Tímto způsobem se žádají pomůcky, které zdravotní pojišťovna hradí pouze částečně anebo je nehradí vůbec a to podle vyhlášky č. 329/2011 Sb.. Podle této vyhlášky lze žádat příspěvek na bezbariérové úpravy bytu nebo o jednorázové příspěvky na opatření speciálních pomůcek. Dále také lze žádat o příspěvky na zakoupení, opravu nebo úpravu motorového vozidla. Většina těchto příspěvků nekryje celou cenu pomůcky, protože tyto příspěvky mají stanovené limity. (Žižka, 2012, Krivošíková, 2011)

4.4.3 Hrazení pomůcky pouze klientem

V tomto případě je situace získání pomůcky nejjednodušší. Jedná se pouze o dohodu mezi dodavatelem či distributorem pomůcky a samostatným uživatelem. Bohužel u takto zakoupené pomůcky je mnohem složitější uplatnit nároky, které vyplývají ze záruky. Pokud klient nemá dostatek prostředků na zakoupení pomůcky, může také požádat o finanční dar některou z nadací. Obrátit se může například na nadaci Charty 77 – Konto bariéry, Výbor dobré vůle – nadace Olgy Havlové, nadační fond Kapka naděje, nadace Vize 79 a na spoustu dalších. (Žižka, 2012, Krivošíková, 2011)

4.5 Členění kompenzačních pomůcek

Kompenzační pomůcky lze členit z mnoha různých hledisek. Tato bakalářská práce vychází z dělení podle Jiřího Langra.

4.5.1 Pomůcky pro lokomoci

Kompenzačních pomůcek pro lokomoci je velké množství například: hole, berle, vícebodové opěrky nebo ortopedické vozíky. (Langer et al., 2013)

4.5.1.1 Hole

Hole patří do skupiny rehabilitačních prostředků s opěrnou funkcí. Hole dělíme na jednobodové a vícebodové. Slouží k zajištění stability u osob, kteří mají dostatečnou sílu v zápěstí a používají se zejména pro odlehčení postižené končetiny. (Langer et al., 2013, Bendová et al., 2006)

4.5.1.2 Berle

Berle dolní končetiny zatěžují méně než hole. Máme několik druhů: podpažní, francouzské a kanadské. Většinou se používají v páru, ale není to podmínkou užívání. Poskytují oporu celému tělu nejen dolním končetinám. (Langer et al., 2013)

4.5.1.3 Chodítka

Chodítka nám souží k nácvičku stoje a hlavně chůze. Nejčastěji rozdělujeme chodítka na čtyřbodová, ty jsou nepojízdná a na chodítka dvoukolová, tříkolová a čtyřkolová. Tyto chodítka jsou pojízdná. (Bendová et al., 2006)

4.5.1.4 Ortopedické vozíky

Ortopedické vozíky užívají osoby s těžkým postižením lokomoce, kdy už není možná samostatná chůze ani chůze s oporou. Vozíky se dělí na mechanické a elektrické. Některé části jsou odnímatelné a to kvůli přesunům z vozíku. Nastavení parametrů vozíku je individuálně uzpůsobené potřebám konkrétního uživatele. (Langer et al., 2013)

4.5.2 Pomůcky pro běžné denní činnosti

Úroveň samostatnosti v oblasti sebeobsluhy je u člověka s poruchou pohybu jedním z faktorů, které výrazně ovlivňují jeho sebevnímání a sebehodnocení. Tyto faktory se také velmi výrazně promítají do oblasti jeho socializace a společenské interakce. K tomu aby klient s omezenou hybností horních nebo dolních končetin dokázal samostatně zvládat běžné praktické úkony spojené např. s přípravou pokrmů a jejich následnou konzumací, s oblastí svlékání, oblékání, obouvání a zouvání, ale i s realizací volnočasových aktivit, slouží řada speciálních prostředků. (Bendová et al., 2006)

4.5.2.1 Pomůcky v oblasti příjmu potravy

Mezi kuchyňské potřeby se řadí celá řada kompenzačních pomůcek, které slouží pro sebeobsluhu v oblasti příjmu potravy. Tyto pomůcky jsou využívány zejména u osob s poruchou motorických funkcí horních končetin, především funkce úchopové. (Langer et al., 2013, Bendová et al., 2006)

Mezi kuchyňské pomůcky řadíme: vyvýšený okraj na talíř nebo přímo talíř s vyvýšeným okrajem, ergonomický hrnek s víčkem, hrnek s výřezem pro nos, hrnek s pítkem, fixační páska na suchý zip, ergonomický příbor nastavitelný a příbor s anatomickou rukojetí, příbor pro jednu ruku, protiskluzová podložka, kuchyňské prkénko fixační, škrabka na ovoce a zeleninu s přísavkou a mnoho dalších. (DMA kompenzační pomůcky – katalog, 2015, Langer et al., 2013, Bendová et al., 2006)

4.5.2.2 Pomůcky v oblasti oblékání

Mezi pomůcky pro oblast oblékání řadíme: zapínač knoflíků – zapínání a rozepínání knoflíků představuje velmi náročnou činnost na kvalitu jemné motoriky klienta, proto pomůcky usnadňují tuto činnost. Navlékač ponožek a punčoch, zapínač zipu, elastické tkaničky do bot, speciálně upravené lžice do bot a mnoho dalších. (DMA kompenzační pomůcky – katalog, 2015, Bendová et al., 2006)

4.5.2.3 Pomůcky v oblasti hygieny

Kompenzační pomůcky k zajištění osobní hygieny jsou nezbytnou součástí péče o klienty s poruchou hybnosti. Většina těchto pomůcek usnadňuje provedení úkonů v oblasti intimní hygieny a zvyšují tak soběstačnost uživatele v oblasti sebeobsluhy a nezávislosti. (Langer et al., 2013, Bendová et al., 2006)

Mezi pomůcky v oblasti hygieny řadíme: vanový elektrický zvedák, sedačka do vany nebo stolička k vaně, protiskluzová podložka do vany a před vanu, sedačka na vanu, sedačka do vany sklopná, křeslo do sprchy pojízdné, nástavec na toaletu, klozetové křeslo, kartáče, houby a hřebeny s prodlouženou rukojetí, madla, sklopné madlo na toaletu, kartáč na mytí nohou a rukou s protiskluzovými přísavkami, držák toaletního papíru, meziprstní žínka, kartáček na zuby s rozšířenou rukojetí, stolní stříhátko na nehty a mnoho dalších. (DMA kompenzační pomůcky – katalog, 2015, Langer et al., 2013, Bendová et al., 2006)

4.6 Standardizované testy

4.6.1 Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

Pomocí tohoto testu zkoumáme funkce hrubé motoriky. Tento test obsahuje pět úrovní hodnocení.

I. Stupeň

- Dítě chodí samostatně, bez pomoci jiné osoby nebo kompenzační pomůcky, ale vyskytují se problémy ve složitějších hrubě motorických funkcích.

II. Stupeň

- Dítě chodí bez kompenzačních pomůcek, omezení má pouze venku a na velké vzdálenosti, při chůzi ve stísněných prostorech, běhu a poskocích.
- Ve srovnání se stupněm I. pro dítě není tak snadné provádět hrubě motorické pohyby.

III. Stupeň

- Dítě chodí s kompenzačními pomůckami.
- Pomocí kompenzačních pomůcek může dítě chodit v terénu na krátké vzdálenosti, s pomocí další osoby vyjde schody a na delší vzdálenosti je transportováno.

IV. Stupeň

- Dítě má omezenou pohyblivost, většinou se pohybuje pomocí vozíku. Na krátkou vzdálenost přejde pomocí chodítka, ale není zde dostatečná stabilita. Na větší vzdálenost se pohybuje na vozíku.

V. Stupeň

- Soběstačnost dítěte je velmi omezená, i při použití kompenzačních pomůcek.
- Nezvládnou udržet hlavu a trup v sedu a při otočení potřebují pomoc. Dítě musí být pasivně transportováno a je omezeno v celkové mobilitě.

(Cerebral Palsy Care, 2015)

4.6.2 Index ADL podle Katze

Hodnocení, které se využívá hlavně u chronicky nemocných pacientů. Obsahuje 6 položek: oblékání, koupání, kontinence, příjem jídla, použití WC a přesuny. Původní verze rozlišovala při bodování položek tři stupně samostatnosti. Hodnocení je založeno na hierarchickém uspořádání jednotlivých položek. Celkové skóre je rozděleno do 8 kategorií. V původní verzi je také rozlišovaný typ asistence: aktivní fyzická, slovní nebo dohled. Roku 1970 vyšla upravená verze tohoto testu, která zjednodušila bodování do dvou stupňů – nezávislost a závislost. Upravená verze se v praxi používá častěji než verze původní (Příloha 8). (Krivošíková, 2011)

4.6.3 FIM – Funkční míra nezávislosti

Tento test je určen ke stanovení stupně poruchy, změn v průběhu rehabilitace a k hodnocení efektivnosti rehabilitačních programů. Lze ho použít u každého klienta, který dochází na rehabilitaci. (Krivošíková, 2011)

FIM hodnotí 18 položek v 6 oblastech: přesuny, lokomoce, komunikace, osobní péče, sociální schopnosti a kontrola sfinkterů. Každá činnost se hodnotí na sedmibodové škále. To znamená, že zde 7 funkčních úrovní určuje množství požadované asistence v jednotlivých činnostech. Rozpětí bodového skóre je 18 – 126 bodů. (Krivošíková, 2011)

Mezi cílovou skupinu testovaných patří zejména klienti s poruchou aktivit denního života. Cíl testu je hodnocení všedních denních činností. Testování může provádět ergoterapeut, fyzioterapeut nebo zdravotní sestra. Celková délka testu je asi 20 – 30 minut (Příloha 5). (Krivošíková, 2011, Švestková, 2008)

4.6.4 MMSE – Mini-Mental State Examination

Jedná se o krátkou škálu mentálního stavu. Tento test je standardizován u nemocných se syndromem demence. Škála je využívána pro stanovení závažnosti demence a ke sledování změn kognitivních funkcí během terapie. Test obsahuje otázky týkající se orientace, paměti a pozornosti, schopnosti pojmenovat objekty, pochopení a provedení verbální a psané příkazy. Maximální bodový zisk je 30 bodů. Skóre 24 bodů nebo méně se považuje za patologický stav. Za každý správně provedený úkol klient získává bod. (Švestková, 2008)

Mezi cílovou skupinu testovaných patří klienti s demencí. Cíl testu je stanovení závažnosti demence. Testování může provádět ergoterapeut nebo jiná zdravotnická profese. Mezi kontraindikace se řadí pravostranná mozková léze, 8 a méně let vzdělání. Celková délka testu je 15 minut (Příloha 7). (Švestková, 2008)

4.6.5 BI – Barthel Index

Jedná se o jednoduché, orientační vyšetření ADL. Test indikuje míru asistence. Nikdy by neměl být používán samostatně, protože netestuje kognitivní funkce, instrumentální ADL a sociální interakci. (Švestková, 2008)

Mezi cílovou skupinu testovaných patří klienti s neuroskeletárním a neuromuskulárním onemocněním, klienti v akutním a chronickém stádiu onemocnění a klienti s fyzickým postižením. Cíl testu je hodnocení personálních všedních denních činností. Testování může provádět ergoterapeut nebo jiná zdravotnická profese. Celková délka testu je asi 5 minut (Příloha 6). (Švestková, 2008)

5 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je seznámení s problematikou dětské mozkové obrny a využitím kompenzačních pomůcek pro soběstačnost u dětí s tímto onemocněním.

Dílčí cíle:

1. Zjistit jaký vliv má používání kompenzační pomůcky – zapínač knoflíků na zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Pro dosažení tohoto cíle je nutné splnit následující body:

- a) Načerpání teoretických znalostí o dané problematice.
 - b) Nastudování vhodných metod k testování charakteristické skupiny a k potvrzení či vyvrácení hypotéz.
 - c) Vytvoření metodiky pro nácvik rozeptínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínač knoflíků.
 - d) Vytvoření individuálního programu pro klienty.
2. Zjistit jaký vliv má kompenzační strategie rozeptínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Pro dosažení tohoto cíle je nutné splnit následující body:

- a) Načerpání teoretických znalostí o dané problematice.
- b) Vytvoření metodiky pro nácvik rozeptínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.
- c) Vytvoření individuálního programu pro klienty.

Tyto výsledky budou diskutovány v závěrečné části práce.

6 HYPOTÉZY

Domnívám se že:

1. Použitím kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků bude efektivnější výsledek v oblasti nácviku oblékání, a to u všech sledovaných klientů s dětskou mozkovou obrnou oproti využití kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro kazuistické šetření byl vybrán soubor čtyř klientů. Všichni klienti byli z Centra pobytových a terénních sociálních služeb (CTPS) Zbůch. Spolupráce se souborem byla po dobu pěti týdnů. Spolupráce probíhala od 2. 2. 2016 do 6. 3. 2016. Práce s klienty byla individuální.

Ve CTPS Zbůch byli pro kazuistickou studii vybráni klienti. První klient byl ve věku 17 let s diagnózou spastická diparetická forma dětské mozkové obrny. Přidruženou diagnózou zde byla epilepsie a nystagmus horiznotalis. Druhý klient ve věku 10 let s diagnózou kvadruparetická forma dětské mozkové obrny s převahou na DK. Přidruženou diagnózou byla vrozená vada srdeční přepážky, Bronchitis astmatika a strabismus konvergnis. Třetí klient ve věku 15 let s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny. Přidruženými diagnózami zde byli mentální retardace středního stupně a Casus socialis. Čtvrtý klient ve věku 14 let s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny. Přidruženými diagnózami zde byli mentální retardace, epilepsie a dyslalie.

Společným znakem sledovaného souboru je diagnóza dětská mozková obrna, problémové oblasti v ADL činnostech. Na základně vyšetření problém s jemnou motorikou, úchopovou schopností a problematika v oblasti oblékání z důvodu neschopnosti rozepnout a zapnout knoflíky.

Spolupráce byla po dobu pěti týdnů. Hlavním důvodem této délky byla dohoda s daným zařízením o délce spolupráce.

Vzhledem k zaměření bakalářské práce, jsou kazuistická šetření orientována na soběstačnost v oblasti oblékání se zaměřením na rozepínání a zapínání knoflíků. Ostatní problémové oblasti nejsou podrobněji sledovány, protože nejsou zahrnuty do dílčích cílů bakalářské práce.

8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metody testování byly u všech klientů shodné. Pro výzkumné šetření byly zvoleny následující metody – FIM = Funkční míra nezávislosti, Katzův test každodenních činností, GMFCS = Gross Motor Function Classification System, BI = Barthel test ADL činností, MMSE = Mini - Mental State Examination.

Část výzkumného šetření je založena na sběru kvalitativních dat. Data byla odebrána prostřednictvím rozhovoru, aspekci a zpracováním dat z lékařské dokumentace. Všechny informace byly následně zpracovány a zaznamenány formou kazuistického šetření.

Forma nácviku soběstačnosti v oblasti zapínání a rozepínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků nebo kompenzační strategie byla u každého klienta mírně upravena tak, aby byla podmíněna jeho problémovým oblastem. Ergoterapeutická intervence byla zaměřena individuálně na základě podrobného vyšetření u daného klienta.

Sběr dat byl prováděn ve dvou termínech v rámci kazuistického šetření, při vstupním vyšetření 2. 2. 2016 a výstupním vyšetření 4. 2. 2016. Data jsou dále zpracována v kapitole výsledky výzkumného šetření.

9 KAZUISTIKY

9.1 Kazuistika 1

- **Klient:** muž
- **Věk:** 17 let
- **Hlavní diagnóza:**
 - Dětská mozková obrna – spastická diparetická forma (11/2001)
- **Vedlejší diagnóza:**
 - Epilepsie při základní dg. DMO
 - Juvenilní katarakta – virektomie
 - Pes planovalgus l. sin p. op. řešení stabilizace talokalkaneálního kloubu vlevo
 - Nystagmus horizontalis
- **Pravák**
- **Anamnéza**

(čerpáno ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru se zdravotnickým personálem, klientem a aspekci)

Rodinná anamnéza

Klient žil pouze s matkou, která je zdravá. Otec má astma. Nemá žádné sourozence.

Sociální anamnéza

Žije v Centru pohybových a terénních sociálních služeb Zbůch.

Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo fyziologicky. Porod ve 28. gestačním týdnu. Porodní váha 990 gramů. Plně kojen do 1. měsíce. Retinopatie nedonošených se slabozrakostí – špatný zrak na dálku i nablízko.

9/2012 ademie, hypertrofie adenoidní tkáň

1/2013 ortopedická operace

9/2013 operace šedého zákalu pravého oka

Prodělal varicelu

Alergie neprokázány

Pracovní anamnéza

Dochází do ZŠ speciální pro postižené v Centru pohybových a terénních sociálních služeb Zbůch.

Vstupní vyšetření

Subjektivní hodnocení

Cítí se dobře. Žádné potíže neudává. Velmi rád dochází na atletiku. Celkově je spokojen.

Standardizované testy – testováno 2. 2. 2016

- **FIM** – 88b. ze 126 b.
- **Katzův test každodenních činností** – C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 4. stupeň (Má omezenou pohyblivost, většinou se pohybuje pomocí vozíku. Na krátkou vzdálenost přejde pomocí chodítka, ale není zde dostatečná stabilita. Na větší vzdálenost se pohybuje na vozíku.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 24b. ze 30b. – problémy s pozorností
- **Barthel test ADL činností** – 65b. ze 100b. (lehká závislost)

Orientační vyšetření motoriky

- **Jemná motorika:** pro uchopování předmětů preferuje spíše pravou horní končetinu. Při uchopování pravou rukou má menší obtíže. Objevují se problémy v celkové obratnosti.
- **Hrubá motorika:** je schopen chůze pouze v chodítku. Většinu času se pohybuje na mechanickém vozíku. Pro pohyb na vozíku není nutný doprovod. Sed: předsun hlavy dopředu, protrakce ramen, kyfotické zakřivení páteře, anteverze pánve, horní končetiny volně položené na stehnech, břišní stěna lehce prominuje dopředu, kyčelní kloub je v zevní rotaci a abdukci, flekční postavení kolen, špičky jsou vytáčeny zevně
- **Grafomotorika:** psací potřeby uchopuje pravou horní končetinou. Při psaní a kreslení se projevuje jemná neobratnost. Používá zvětšené linky. K trénování psaní se používají grafomotorická cvičení.

PADL

- **Oblékání/svlékání**

Horní polovina těla: zvládne samostatně svléci mikinu a triko, ale při oblékání potřebuje dopomoc druhé osoby.

Dolní polovina těla: při svlékání a oblékání dolní poloviny těla potřebuje dopomoc druhé osoby.

Nezvládne si zapnout zip, knoflíky ani zavázat tkaničky.

- **Sebesycení**

Je schopen se samostatně najíst lžící. Z příboru používá pouze vidličku, ale není schopen si jídlo samostatně nakrájet, k tomu potřebuje pomoc druhé osoby.

Tekutiny pije samostatně z hrnku.

- **Hygiena**

K hygienickým úkonům potřebuje dopomoc druhé osoby.

- **Přesuny/mobilita**

Z lůžka na vozík se přesune samostatně. Sed je samostatný, ale nestabilní. Pomocí chodítka ujde několik kroků. Mechanický vozík ovládá samostatně bez dopomoci.

- **Vyměšování**

V oblasti moče a stolice je plně kontinentní.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí

- **Smyslová postižení:** slovní projev je velmi dobrý. Řeč je plynulá. Zvládá stavbu složitějších vět i souvětí. Je velmi výřečný a „skáče“ ostatním do řeči. Odpovědi na otázky jsou adekvátní věku a postižení. Orientován v místě i čase. Pozitivní naladění vyjadřuje smíchem. Pokud se mu činnost nelíbí, začne se od činnosti odvracet a dávat ruce v bok.
- **Mobilita na lůžku a lokomoce:** samostatně se přesune z vozíku na lůžko. Na rovném terénu pomocí chodítka ujde několik kroků. K přesunům používá mechanický vozík, který ovládá samostatně bez dohledu druhé osoby.
- **Osobní hygiena:** při dodržování osobní hygieny potřebuje dopomoc druhé osoby.
- **Oblékání:** při oblékání a svlékání horní a dolní poloviny těla potřebuje dopomoc druhé osoby. Zouvání a obouvání bot samostatně nezvládne.
- **Jídlo/pití:** lžící se nají samostatně. Při používání příboru potřebuje dopomoc druhé osoby. Pití je podáváno v hrnečku.
- **Obratnost, vytrvalost/koncentrace, pozornost:** má problémy s udržením pozornosti a koncentrace u dané činnosti. Při plnění činnosti udržuje neustálou komunikaci s ostatními osobami ve svém okolí. „Vypráví“ o traktorech a jiných zemědělských strojích, proto je nutné ho uklidňovat a směřovat jeho pozornost na danou činnost.

Funkční hodnocení

- **Preference:** pravá horní končetina
- **Vzhled kůže:** v normě
- **Mobilita:** je schopen na rovném terénu pomocí chodítka udělat několik kroků. K přesunům z místa na místo používá mechanický vozík.
- **Jizva:** po operaci Achillovy šlachy je jizva zhojena, klidná a nebolestivá. Posunlivost a protažlivost jsou v pořádku. Způsobuje omezený pohyb v hlezenním kloubu.
- **Úchopy:**

Tabulka 2 Hodnocení úchopů klienta č. 1

TYP ÚCHOPU	LHK	PHK
Špetka	SOP	MOP
Štipec	MOP	MOP
Háček	SOP	SOP
Stříška	SOP	SOP
Pěst	Norma	Norma
Opozice	MOP	MOP
Úchop válce	SOP	MOP
Úchop koule	MOP	MOP

Zdroj: vlastní

Seznam zkratek: SOP – silně omezený pohyb

: MOP – mírně omezený pohyb

Fáze úchopu:

- **PŘÍPRAVNÁ FÁZE:** nejsou viditelné žádné potíže při zaměření cíle a koordinaci oko – ruka. Posun paže do prostoru je realizován pomocí předklonu trupu. Otevírání ruky při pohybu je plynulé.
- **FÁZE ÚCHOPU A MANIPULACE:** uchopení předmětu je realizováno se současnou flexí zápěstí. Palec je položen nad ostatními prsty (sevření ruky v pěst).
- **FÁZE UVOLNĚNÍ:** uvolnění předmětu dochází prudkým rozevřením ruky z pěsti. Po upuštění předmětu jsou prsty a zápěstí v extenčním postavení.

Psychosociální funkce

Velmi pozitivně reaguje na přítomnost druhých osob ve svém okolí a velmi rád se seznamuje s novými lidmi. Mezi jeho největší koníčky patří traktory a zemědělské stroje, o kterých „vypráví“ s velkým zaujetím.

Závěr vstupního vyšetření ergoterapeuta

Klient není plně soběstačný v pADL ani iADL činnostech. Při sebeobsluze potřebuje pomoc dospělé zodpovědné osoby. Na přesuny používá mechanický vozík, který ovládá samostatně.

Problémové oblasti

Klient se pohybuje pomocí mechanického vozíku. Pozornost je těkavá a schopnost se soustředit je časově omezená. Spolupracuje a je relativně motivovaný. Pro zhoršený zrak je nutné vhodné osvětlení místnosti a předmětů na pracovní ploše.

V oblasti pADL činností, potřebuje pomoc druhé osoby. V oblasti sebesycení je schopen se samostatně najíst lžící. Používá příbor, ale není schopen si jídlo samostatně nakrájet. Tekutiny pije z hrnečku. V oblasti oblékání potřebuje pomoc druhé osoby se všemi činnostmi. Při zavazování tkaniček, knoflíků a zipu je plně odkázán na pomoc. Sám si vyčistí zuby, umyje ruce a učeše se.

Činnosti v oblasti iADL, nezvládá a je plně odkázán na pomoc druhé osoby.

Cíle ergoterapie

- Motivovat
- Zvýšit pozornost a koncentraci při činnosti
- Zvýšit samostatnost vybrané činnosti v oblasti pADL

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Ovlivnění pozornosti a koncentrace během činnosti
- Návik manipulace s předměty v oblasti oblékání
- Návik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků
- Návik rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky

Průběh terapie

Terapie byla zahájena seznámením a vstupním vyšetřením 2. 2. 2016. Terapie probíhala 1 – 2x týdně po dobu 30 – 45 minut dle pozornosti a soustředěnosti klienta. Jednalo se tedy o 9 setkání. Poslední setkání proběhlo 4. 3. 2016, kdy bylo provedeno výstupní vyšetření klienta a hodnocení terapií.

Po vstupním vyšetření byly stanoveny cíle terapie. Trénink rozepínání a zapínání knoflíků byl rozdělen do dvou částí. První část terapie byla věnována tréninku rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky, pouze dopomocí a slovním vedením. Druhá část terapie byla zaměřena na zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků a na celkovou manipulaci se zapínačem knoflíků. Při závěrečné terapii bylo provedeno výstupní hodnocení.

Výstupní vyšetření

Standardizované testy – testováno 4. 3. 2016

- **FIM** – 92b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 4. stupeň (Má omezenou pohyblivost, většinou se pohybuje pomocí vozíku. Na krátkou vzdálenost přejde pomocí chodítka, ale není zde dostatečná stabilita. Na větší vzdálenost se pohybuje na vozíku.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 25b. ze 30b.
- **Barthel test ADL činností** – 70b. ze 100b. (lehká závislost)

Orientační vyšetření motoriky – beze změn

pADL činnosti – zlepšení v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků. Klient je schopen při dohledu druhé osoby si rozepnout a zapnout knoflíky na oděvu.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí – zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání.

Funkční hodnocení – beze změn

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Zvýšení doby pozornosti při činnosti
- Zvýšení samostatnosti v oblasti oblékání
- Zvýšení samostatnosti při rozepínání a zapínání knoflíků
- Používání potřebných kompenzačních pomůcek v běžném životě

Terapie s klientem probíhala ve dnech:

2. 2. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 26. 2. 2016,
3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Schéma terapeutických jednotek

Terapeutická jednotka 1

Datum: 2. 2. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Odběr anamnestických údajů a vstupní vyšetření.

Náplň terapeutické jednotky: Vyšetření schopností klienta pomocí standardizovaných testů: Barthelův test základních všedních činností – ADL, FIM – funkční míra nezávislosti, MMSE – Mini Mental State Exam, Katrův test každodenních činností, Gross Motor Function Classification System. Získávání informací o stavu klienta z lékařské dokumentace pracoviště.

Délka terapeutické jednotky: 45 min.

Předměty, které byly využity při terapii: standardizované testy

Reakce klienta: Klient byl během terapie nesoustředěný, zaujatý předměty z okolí, i když místnost ergoterapie dobře zná. Během terapie neustále projevoval zájem o zemědělské stroje, které patří mezi jeho největší koníčky. Všechny pokyny během terapie s ochotou splnil.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 26. 2. 2016, 3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Nácvič rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků a nácvič rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Náplň terapeutické jednotky: Klient byl uveden do korigovaného sedu v rámci možnosti jeho postižení. Na pracovní plochu za pomoci klienta byly připraveny následující pomůcky: protiskluzová podložka, zapínač knoflíků, triko s knoflíky a panel nástrojů. V první části terapie trénoval rozepínání a zapínání velkých a malých knoflíků bez kompenzační pomůcky pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta na panelu nástrojů. V druhé části terapie nacvičoval rozepínání a zapínání knoflíků pomocí

kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů a na předem připraveném triku. V závěru terapie si klient oblékl triko a nacvičoval zapínání knoflíků na sobě bez kompenzační pomůcky pouze s dopomocí terapeuta.

Délka terapeutické jednotky: 30 minut

Předměty, které byly využity při terapii: protiskluzová podložka, zapínač knoflíků, triko s knoflíky, panel nástrojů – kostka

Referenční rámec a přístupy: biomechanický rámec vztahů – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL

Reakce klienta:

4. 2. 2016 – Po celou dobu terapie spolupracoval. Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků dělalo klientovi velké problémy. Rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky pomocí kompenzační strategie tvořilo menší problémy.

11. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta zvládal. Zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky mu tvořilo menší problémy. Při rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky na panelu činností byl vidět malý pokrok oproti předešlé terapii.

15. 2. 2016 – Při zapínání malých knoflíků bez kompenzační pomůcky na panelu nástrojů se musel více soustředit, ale činnost při zvětšeném úsilí zvládal. Zapínání malých knoflíků na předem připraveném triku pomocí kompenzační pomůcky mu tvořilo problémy, protože klient neustále provlékal zapínač knoflíků z vnitřní strany a ne ze zevní strany knoflíkové dírky. Po upozornění si chybu vždy uvědomil a napravil ji.

17. 2. 2016 – Při zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na panelu nástrojů pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta se objevovaly menší obtíže. Rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na předem připraveném triku mu dělalo menší problémy. Z počátku činnosti provlékal zapínač knoflíků vnitřní stranou dírky, ale po upozornění si chybu uvědomil a okamžitě napravil. Na konci terapie používal zapínač knoflíků zcela správně a k manipulaci postačoval pouze slovní doprovod a dohled terapeuta. Na rozdíl od předešlé terapie byl zaznamenán malý pokrok v činnosti.

25. 2. 2016 - Zapínání malých knoflíků na panelu činností bez zapínače knoflíků pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta vyžadovalo více úsilí. Vzniklé problémy byly také způsobeny tím, že klient si zapomněl na terapii přinést brýle, a proto byly ztíženy podmínky viditelnosti. Rozepínání a zapínání knoflíků na předem připraveném triku pomocí kompenzační pomůcky mu dělalo obtíže, pro zhoršené podmínky viditelnosti, a proto jsme po několika minutách činnost ukončili.

26. 2. 2016 – Při rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky nebyli viditelné žádné potíže. Rozepínání a zapínání malých knoflíků na předem připraveném triku pomocí zapínače knoflíků mu tvořilo pouze malé obtíže. Zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na triku, které si oblékl, mu tvořilo problémy a bylo nutné činnost několikrát opakovat. Na konci terapie se zapnout knoflíky na oblečeném triku povedlo a klient byl z úspěchu euforický.

3. 3. 2016 – Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovní dopomoci a dohledu terapeuta tvořilo klientovi malé obtíže. Při rozepínání a zapínání malých knoflíků na předem připraveném triku pomocí zapínače knoflíků nebyli viditelné žádné obtíže. Zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na triku, které si oblékl, mu dělalo obtíže, ale bylo vidět zlepšení oproti předešlé terapii.

4. 3. 2016 – S rozepínáním a zapínáním knoflíků bez kompenzační pomůcky pomocí kompenzační strategie na panelu nástrojů neměl obtíže. Při zapínání malých knoflíků na předem připraveném oděvu prostřednictvím kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků nebyli viditelný žádný pokrok. Zapínání knoflíků na triku, které si sám oblékl, mu tvořilo menší obtíže oproti předešlé terapii.

Tabulka 3 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 1

Závěrečné shrnutí testování klienta č. 1			
Test	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Zlepšení
Test kognitivních funkcí MMSE	24	25	ANO
Katzův test každodenních činností	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	NE
FIM	88	92	ANO
Barthelův test základních všedních činností	65	70	ANO

Zdroj: vlastní

9.2 Kazuistika 2

- **Klient:** muž
- **Věk:** 10 let
- **Hlavní diagnóza:**
 - Dětská mozková obrna – kvadruparetická forma s převahou na DK se svalovými kontrakturami (01/2006)
- **Vedlejší diagnóza:**
 - Bronchitis astmatika
 - Strabismus konvergens
 - Vrozená vada srdeční přepážky
- **Pravák**
- **Anamnéza**

(čerpáno ze zdravotnické dokumentace, z rozhovorů se zdravotnickým personálem, klientem a aspekci)

Rodinná anamnéza

Klient žil s matkou. Má dvě sestry, které jsou zdravé a bratra narozeného 2001, který také trpí dětskou mozkovou obrnou.

Sociální anamnéza

Žije společně s bratrem v Centru pohybových a terénních sociálních služeb Zbůch.

Osobní anamnéza

Je ze IV. gravidity matky. Porod ve 27. gestačním týdnu. Porodní váha 1260 gramů. Po porodu přeložen na JIP. Po propuštění do péče matky bez rehabilitace. Matka nevládala péči, a proto docházelo k rozvoji dětské mozkové obrny. 12. 6. 2007 byl umístěn do dětského domova Karlovy Vary. Opakovaná hospitalizace pro opakované záněty plic a průdušek s následným rozvojem astmatu.

Alergie nezjištěna.

Pracovní anamnéza

Dochází do ZŠ speciální pro postižené v Centru pohybových a sociálních službách Zbůch.

Vstupní vyšetření

Subjektivní hodnocení

Cítí se dobře. Nestěžuje si na žádné potíže. Cekově je spokojen.

Standardizované testy – testováno 2. 2. 2016

- **FIM** – 81b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
- **Gross Motor Function Classification Systém** (úroveň hrubé motoriky) – 4. úroveň (Má omezenou pohyblivost, většinou se pohybuje pomocí vozíku. Na krátkou vzdálenost přejde pomocí chodítka, ale není zde dostatečná stabilita. Na větší vzdálenost se pohybuje na vozíku.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 20b. ze 30b. – problémy s pozorností
- **Barthel test ADL činností** – 60b. ze 100b. (závislost středního stupně)

Orientační vyšetření motoriky

- **Jemná motorika:** k uchopování předmětů preferuje pravou horní končetinu. Při uchopování předmětů pravou rukou nemá viditelné problémy. Nemá problémy s celkovou obratností.
- **Hrubá motorika:** není schopen samostatné chůze. Pohybuje se na mechanickém vozíku. Pohyb na vozíku zvládá samostatně, nepotřebuje doprovod druhé osoby. Sed: hlava ve středním postavení, protrakce ramen, kyfotické zakřivení páteře, mírná antevertze pánve, horní končetiny volně položené na stehnech, kyčelní kloub je ve flexi a addukci, flexe kolenních kloubů, špičky směřují dopředu.
- **Gragomotorika:** psací potřeby uchopuje pravou horní končetinou. Při psaní a kreslení se objevuje lehká neobratnost. Pro psaní používá zvětšené linky. K trénování psaní používá grafomotorická cvičení.

PADL

- **Oblékání/svlékání**

Horní polovina těla: je schopen si samostatně svléci a obléci mikinu. Při oblékání trika potřebuje pomoc druhé osoby.

Dolní polovina těla: při svlékání a oblékání dolní poloviny těla potřebuje dopomoc druhé osoby. Zvládne si samostatně zout boty, ale obutí už nezvládá.

Má velké obtíže při zapínání zipu, knoflíků a vázání tkaniček.

- **Sebesycení**

Je schopen se samostatně najíst lžící. Při příjmu potravy příborem potřebuje dozor druhé osoby.

Tekutiny pije samostatně z hrnku.

- **Hygiena**

K hygienickým úkonům potřebuje dopomoc druhé osoby.

- **Přesuny/mobilita**

Klient se samostatně přesune z lůžka na vozík. Sed je samostatný s oporou o horní končetiny. Zvládá stoj u žebřin. Mechanický vozík ovládá samostatně bez dopomoci druhé osoby.

- **Vyměšování**

V oblasti moče a stolice je plně kontinentní.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí

- **Smyslová postižení:** slovní projev je dobrý. Řeč je plynulá. Zvládá stavbu složitějších vět a souvětí. Odpovědi na dané otázky jsou adekvátní k danému věku a postižení. Je orientován v místě a čase. Pozitivní naladění vyjadřuje smíchem. Pokud se mu daná činnost nelíbí, odmítá spolupráci a přestává komunikovat s okolím.
- **Mobilita na lůžku a lokomoce:** samostatně se přesune z lůžka na vozík. Sed na vozíku je samostatný. Zvládá stoj u žebřin. K přesunům z místa na místo používá mechanický vozík, který ovládá samostatně.
- **Osobní hygiena:** při dodržování osobní hygieny potřebuje dopomoc druhé osoby.
- **Oblékání:** při svlékání a oblékání dolní a horní poloviny těla potřebuje dopomoc druhé osoby. Samostatně zvládá zouvání obuvi, ale při obouvání je odkázán na pomoc druhé osoby.
- **Jídlo/pití:** nají se samostatně lžící. Při používání příboru potřebuje dozor druhé osoby. Pití je podáváno v hrnečku.
- **Obratnost, vytrvalost/kontrakce, pozornost:** klient má problémy s udržení pozornosti a koncentrace u dané činnosti. Musí se na danou činnost plně soustředit, a proto je nutné ho neustále motivovat k činnosti a udržovat jeho koncentraci.

Funkční hodnocení

- **Preference:** pravá horní končetina
- **Vzhled kůže:** v normě
- **Mobilita:** klient není schopen chůze. K přesunům z místa na místo používá invalidní vozík, který ovládá samostatně bez pomoci druhé osoby.

- Úchopy:

Tabulka 4 Hodnocení úchopů klienta č. 2

TYP ÚCHOPU	LHK	PHK
Špetka	MOP	MOP
Štipec	MOP	MOP
Háček	SOP	SOP
Stříška	SOP	SOP
Pěst	Norma	Norma
Opozice	MOP	MOP
Úchop válce	Norma	Norma
Úchop koule	Norma	Norma

Zdroj: vlastní

Seznam zkratk: SOP – silně omezený pohyb

: MOP – mírně omezený pohyb

Fáze úchopu:

- **PŘÍPRAVNÁ FÁZE:** nejsou patrné žádné potíže při zaměření cíle a koordinaci oko – ruka. Posun paže do prostoru a otevírání ruky je prováděno pomocí plynulého pohybu.
- **FÁZE ÚCHOPU A MANIPULACE:** při uchopování předmětů je zápěstí v neutrálním postavení. Palec je položen nad ostatními prsty (sevření ruky v pěst).
- **FÁZE UVOLNĚNÍ:** uvolnění předmětu z úchopu je pomocí plynulého pohybu prstů a zápěstí. Po upuštění předmětu je zápěstí a prsty v semiflexi.

Psychosociální funkce

Klient je velmi snaživý a spolupracující. Dobře reaguje na přítomnost druhých osob ve svém okolí a rád se seznamuje s novými lidmi. Mezi jeho záliby se řadí televizní seriál Kobra 11. S několika přáteli z ústavu pohybových a sociálních služeb Zbůch si ve volném čase na tento kriminální seriál „hrají“. V průběhu každé terapie mi sděluje nové zážitky ze hry s přáteli.

Závěr vstupního vyšetření ergoterapeuta

Klient není plně soběstačný v pADL ani iADL činnostech. Při sebeobsluze potřebuje dopomoc dospělé zodpovědné osoby. Na přesuny používá mechanický vozík, který ovládá samostatně.

Problémové oblasti

Klient se pohybuje pomocí mechanického vozíku. Pozornost a schopnost soustředění jsou časově omezeny. Spolupracuje a je relativně motivovaný. Pro zhoršený zrak je nutné volit správné umístění předmětů na pracovní plochu.

V oblasti pADL je nutná dopomoc druhé osoby. V oblasti sebesycení je schopen se samostatně najíst lžící bez dozoru jiné osoby. Používá příbor, ale je potřebný dozor nebo slovní doprovod zodpovědné osoby. Při oblékání trika potřebuje dopomoc. V oblasti oblékání dolní poloviny těla je nutná pomoc druhé osoby. Samostatně si zuje obuv, ale v obouvání je plně závislý na pomoc. Při zavazování tkaniček, knoflíků a zapínání zipu se objevují značné obtíže. Sám si vyčistí zuby, umyje si ruce a učeše si vlasy.

Činnosti v oblasti iADL nezvládá a je plně odkázán na pomoc druhé osoby.

Cíl ergoterapie

- Motivace
- Zlepšit pozornost při činnosti
- Zvýšit samostatnost vybrané činnosti v oblasti pADL
- Zvýšit obratnost při zapínání velkých knoflíků

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Ovlivnění pozornosti během činnosti
- Návik manipulace s předměty v oblasti oblékání
- Návik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků
- Návik kompenzačních strategií při zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky

Průběh terapie

Terapie byla zahájena seznámením a vstupním vyšetřením 2. 2. 2016. Terapie probíhala 1 – 2x týdně po dobu 30 – 45 minut dle pozornosti a soustředěnosti klienta. Jednalo se tedy o 8 setkání. Poslední setkání proběhlo 4. 3. 2016, kdy bylo provedeno výstupní vyšetření klienta a hodnocení terapií.

Po vstupním vyšetření byly stanoveny cíle terapie. Trénink rozepínání a zapínání knoflíků byl rozdělen do dvou částí. První část terapie byla věnována tréninku rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky, pouze dopomocí a slovním vedením. Tato část byla zaměřena zejména na zapínání velkých knoflíků, které dělaly klientovi problémy. Druhá část terapie byla zaměřena na zapínání knoflíků pomocí zapínače a na celkovou

manipulaci se zapínačem knoflíků. Při závěrečné terapii bylo provedeno výstupní hodnocení.

Výstupní vyšetření

Standardizované testy – testováno 4. 3. 2016

- **FIM** – 85b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 4. stupeň (Má omezenou pohyblivost, většinou se pohybuje pomocí vozíku. Na krátkou vzdálenost přejde pomocí chodítka, ale není zde dostatečná stabilita. Na větší vzdálenost se pohybuje na vozíku.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 20b. ze 30b.
- **Barthel test ADL činností** – 65b. ze 100b. (lehká závislost)

Orientační vyšetření motoriky – beze změn

pADL činnosti – zlepšení v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků. Klient je schopen při dohledu druhé osoby si rozepnout a zapnout knoflíky na oděvu.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí – zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání a svlékání oděvu.

Funkční hodnocení – beze změn

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Zvýšení samostatnosti v oblasti oblékání
- Zvýšení doby pozornosti při činnostech
- Používání potřebných kompenzačních pomůcek v běžném životě

Terapie s klientem probíhala ve dnech:

2. 2. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Schéma terapeutických jednotek

Terapeutická jednotka 1

Datum: 2. 2. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Odběr anamnestických údajů a vstupního vyšetření.

Náplň terapeutické jednotky: Vyšetření schopností klienta pomocí standardizovaných testů: Gross Motor Function Classification System, Barthelův test základních všedních činností – ADL, MMSE – Mini Mental State Exam , FIM – funkční míra nezávislosti, Katzův test každodenních činností. Získávání informací o stavu klienta z lékařské dokumentace pracoviště.

Délka terapeutické jednotky: 45 min.

Předměty, které byly využity při terapii: standardizované testy

Reakce klienta: Klient byl na začátku terapie nesoustředěný a roztěkaný. Pohyboval se po místnosti a ukazoval veškeré pomůcky, které jsou k dispozici. Po několikátém upozornění přítomné ergoterapeuty se utišil a ochotně spolupracoval. Během terapie splnil všechny dané pokyny. Na konci terapie s nadšením předvedl přesun z vozíku na židli, který nedávno nacvičil.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Návuk rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků a návuk rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Náplň terapeutické jednotky: na začátku terapie byl klient uveden do korigovaného sedu v rámci možnosti jeho postižení. Za pomoci klienta byly na pracovní plochu připraveny následující pomůcky: protiskluzová podložka, zapínač knoflíků, panel nástrojů, triko s knoflíky. V první části terapie trénoval rozepínání a zapínání velkých a malých knoflíků bez kompenzační pomůcky pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta na panelu nástrojů. V druhé části terapie nacvičoval zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů a předem připraveném triku. V závěru terapie si klient oblékl triko s knoflíky a nacvičoval zapínání knoflíků na sobě bez kompenzační pomůcky pouze s dopomocí terapeuta.

Délka terapeutické jednotky: 30 minut

Předměty, které byly využity při terapii: protiskluzová podložka, panel nástrojů – kostka, zapínač knoflíků, triko s knoflíky

Referenční rámec a přístupy: biomechanický rámec vztahů – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL

Reakce klienta

4. 2. 2016 – S náplní terapeutické jednotky souhlasil. Rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů klientovi dělalo problémy a musel se na činnost velmi soustředit. Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta mu tvořilo menší problémy a vyžadovalo to menší soustředění.

11. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků mu dělalo více problémů. Klient sám přiznal, že se zapínáním velkých knoflíků má problémy a souhlasil, že v průběhu příštích terapií budeme společně na tomto problému pracovat. Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí zapínače knoflíků mu tvořilo menší obtíže a byl patrný pokrok oproti předešlé terapii.

15. 2. 2016 – V první části terapie se zaměřil na nácvik rozepínání a zapínání velkých knoflíků, které mu v předchozí terapii tvořili problémy. Bylo znatelné zlepšení oproti předešlé terapii. Při rozepínání a zapínání malých knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíku na panelu nástrojů mu dělalo mírné problémy. Rozepínání a zapínání knoflíků na předem připraveném triku pomocí kompenzační pomůcky mu netvořilo větší problémy. Na konci terapie stačil pouze slovní doprovod a dohled terapeuta, jinak manipulaci se zapínačem knoflíků zvládal samostatně.

17. 2. 2016 – Rozepínání velkých knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovního doprovodu a dohledu terapeuta mu netvořilo větší potíže. Při zapínání knoflíků, ale bylo nutné vynaložit větší úsilí. Rozepínání a zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky mu tvořilo menší obtíže zvláště zapínání knoflíků. Rozepínání a zapínání knoflíků na předem připraveném triku pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků zvládal bez problémů. Stačil pouze slovní doprovod a dohled jinak činnost vykonával samostatně.

25. 2. 2016 - V první části terapie nacvičoval rozepínání a zapínání velkých a malých knoflíků na panelu činností pomocí slovního doprovodu a dohledu terapeuta. Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky mu tvořilo menší potíže. Při zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů byl znatelný pokrok oproti předešlé terapii. Rozepínání a zapínání knoflíků na triku s knoflíky pomocí zapínače knoflíků zvládal bez větších problémů. Zapínání knoflíků bez pomoci zapínače knoflíků na triku, které si sám oblékl, tvořilo problémy, a bylo nutné ho k činnosti více motivovat. Ke konci terapie se zapnout knoflíky na oblečeném triku povedlo a klient byl z úspěchu pozitivně naladěn.

3. 3. 2016 – Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta zvládal bez větších problémů. Při rozepínání a zapínání malých knoflíků na předem připraveném triku pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků se objevily menší obtíže. Při zapínání knoflíků na triku, které si oblékl bez kompenzační pomůcky, mu tvořilo obtíže, ale byl viditelný pokrok oproti předešlé terapii.

4. 3. 2016 – S rozepínáním a zapínáním knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků neměl problémy. Zapínání malých knoflíků na předem připraveném triku pomocí zapínače knoflíků nebyl viditelný žádný značný pokrok oproti minulé terapii. Zapínání knoflíků bez zapínače knoflíků na triku, které si oblékl, mu dělalo menší problémy oproti minulé terapii.

Tabulka 5 Závěrečné shrnutí tetování klienta č. 2

Závěrečné shrnutí testování klienta č. 2			
Test	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Zlepšení
Test kognitivních funkcí MMSE	20	20	NE
Katzův test každodenních činností	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	NE
FIM	81	85	ANO
Barthelův test základních všedních činností	60	65	ANO

Zdroj: vlastní

9.3 Kazuistika 3

- **Klient:** muž
- **Věk:** 15 let
- **Hlavní diagnóza:**
 - Dětská mozková obrna – kvadraparetická forma (05/2002)
- **Vedlejší diagnóza:**
 - Mentální retardace středního stupně
 - Casus socialis
- **Pravák**
- **Anamnéza**

(čerpáno ze zdravotnické dokumentace, z rozhovorů se zdravotnickým personálem, klientem a aspekci)

Rodinná anamnéza

Klient žil pouze s matkou. Matka je zdravá a otec nejspíš taky. Má 6 sourozenců, kteří jsou umístěni v dětském domově nebo v náhradní rodinné péči.

Sociální anamnéza

Klient žije v Centru pohybových a sociálních službách Zbůch.

Osobní anamnéza

Je ze VI. těhotenství. Matka během těhotenství kouřila až 40 cigaret denně. Porod ve 37. gestačním týdnu. Porodní váha 2140 gramů. Zaznamenána aspirace plodové vody, nutná resuscitace. Během převozu na JIP srdeční zástava.

2001 – 2x akutní infekce močových cest

2002 – recidivující infekce močových cest

2003 – varicella

2004 a 2005 – bronchitis acuta

11/ 2007 – prolongace obou Achillových šlach

Alergie neprokázány

Pracovní anamnéza

Dochází do ZŠ speciální pro postižené v Centru pohybových a sociálních službách Zbůch.

Vstupní vyšetření

Subjektivní hodnocení

Klient se cítí dobře. Neudává žádné potíže.

Standardizované testy – testováno 2. 2. 2016

- **FIM** – 80b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – D (nezávislý kromě koupání, oblékání a příjmu potravy)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 2. stupeň (Chodí bez kompenzačních pomůcek, omezení má pouze v exteriéru a na velké vzdálenosti, při chůzi ve stísněných prostorech, běhu a poskocích. Pro dítě není tak snadné provádět hrubě motorické pohyby.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 10b. ze 30b. – problémy s pozorností
- **Barthel test ADL činností** – 75b. ze 100b. (lehká závislost)

Orientační vyšetření motoriky

- **Jemná motorika:** pro uchopování předmětů preferuje pravou horní končetinu. Při uchopování se objevují obtíže. Svalová síla je oslabená. Objevují se problémy v celkové obratnosti.
- **Hrubá motorika:** je schopen samostatné chůze. Chůze je paretická. Výrazné stáčení špiček dovnitř, kyčelní klouby jsou v addukci a vnitřní rotaci, kolenní klouby v semiflexi. Chodí po špičkách. Při stožení přenesou váhu na paty. Stoj je nestabilní. Sed: výrazný předsun hlavy dopředu, protrahované rameno, kyfotické zakřivení páteře, antevertovaná pánve, horní končetiny volně položené na stehnech, kyčelní kloub je ve vnitřní rotaci a mírné addukci, kolenní kloub – genua valga, špičky jsou vtáčeny zevně
- **Grafomotorika:** uchopuje psací potřeby pravou horní končetinou. Při psaní a kreslení se objevuje výrazná neobratnost. K trénování jsou použita jednoduchá grafomotorická cvičení.

PADL

- **Oblékání/svlékání**

Horní polovina těla: samostatně si svlékne a oblékne mikinu. Při svlékání a oblékání trika potřebuje pomoc druhé osoby.

Dolní polovina těla: při oblékání a svlékání dolní poloviny těla potřebuje pomoc druhé osoby. Při obouvání a zouvání bot potřebuje výraznou pomoc.

Má problémy při zapínání zipu, knoflíků a zavazování tkaničky.

- **Sebesycení**
Samostatně se nají lžící. Příbor nepoužívá. Při příjmu potravy je nutné na klienta dohlížet.
Tekutiny pije samostatně z hrnku.
- **Osobní hygiena**
K hygienickým úkonům potřebuje výraznou dopomoc druhé osoby.
- **Přesuny/mobilita**
Je schopen samostatných přesunů. Zvládá samostatnou chůzi. Chůze je paretická. Výrazné stočení špiček dovnitř. Chodí po špičkách. Stoj je nestabilní. Při stoji přenese váhu na paty.
- **Vyměšování**
V oblasti moči a stolice je plně kontinentní.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí

- **Smyslová postižení:** slovní projev je velmi nesrozumitelný, ale stále se snaží něco sdělit a velmi trpělivě danou myšlenku opakuje, dokud mu daná osoba neporozumí. Slovní zásoba je velmi omezená. Je orientován v místě a čase. Pozitivní náladu vyjadřuje úsměvem a objímáním dané osoby. Pokud se mu činnost nelíbí, začne se zlobit a odcházet od činnosti.
- **Mobilita na lůžku a lokomoce:** je schopen samostatných přesunů. Zvládá samostatnou chůzi, ale chůze je paretická. Výrazné stáčení špiček dovnitř, kyčelní klouby jsou v addukci a vnitřní rotaci, kolenní klouby v semiflexi. Chodí po špičkách.
- **Osobní hygiena:** při dodržování osobní hygieny potřebuje výraznou dopomoc druhé osoby.
- **Oblékání:** při oblékání a svlékání dolní poloviny těla potřebuje dopomoc druhé osoby. Zouvání a obouvání bot zvládne pouze s výraznou dopomocí další osoby.
- **Jídlo/pití:** samostatně se nají lžící. Při jídle potřebuje dohled druhé osoby. Příbor nepoužívá. Tekutiny jsou podávány v hrnečku.
- **Obratnost, vytrvalost/pozornost, koncentrace:** má problémy s udržením pozornosti a koncentrace u dané činnosti. Pokud ho činnost zaujme, vydrží činnost několikrát opakovat. Pokud se mu do činnosti nechce je nutné ho k činnosti motivovat.

Funkční hodnocení

- **Preference:** pravá horní končetina
- **Vzhled kůže:** v normě
- **Mobilita:** je schopen samostatné chůze. Chůze je paretická. Vtáčí špičky dovnitř a chodí po špičkách.
- **Jizva:** po operaci Achillovy šlachy je jizva zhojena, klidná a nebolestivá. Posunlivost a protažlivost jsou v pořádku. Neomezuje ho v chůzi. Chůze je samostatná, ale velmi obtížná, kolébavá a namáhavá. Výrazně vtáčí špičky dovnitř. Tendence chůze po špičkách. Chůze po patách nelze.
- **Úchopy:**

Tabulka 6 Hodnocení úchopů u klienta č. 3

TYP ÚCHOPU	LHK	PHK
Štipec	SOP	MOP
Špetka	SOP	SOP
Háček	SOP	MOP
Stříška	SOP	SOP
Pěst	Norma	Norma
Opozice	SOP	SOP
Úchop válce	SOP	MOP
Úchop koule	MOP	Norma

Zdroj: vlastní

Seznam zkratek: SOP – silně omezený pohyb

: MOP – mírně omezený pohyb

Fáze úchopu:

- **PŘÍPRAVNÁ FÁZE:** nejsou viditelné žádné značné obtíže při zaměření cíle a koordinaci oko – ruka. Posun paže do prostoru je doprovázen mírným předklonem trupu. Otevírání ruky při pohybu je realizováno prudkým rozevřením dlaně.
- **FÁZE ÚCHOPU A MANIPULACE:** při uchopování předmětu se současně objevuje flexe zápěstí. Palec je položen nad ostatními prsty (sevření ruky v pěst).
- **FÁZE UVOLNĚNÍ:** uvolnění předmětu z úchopu je pomocí prudkého pohybu, kdy je ruka uvolněna z pěsti. Po upuštění předmětu je zápěstí a prsty v neutrálním postavení.

Psychosociální funkce

Velmi pozitivně reaguje na přítomnost druhých osob ve svém okolí a velice rád se seznamuje s novými lidmi. Velmi často druhé osoby objímá a realizuje políbení do oblasti obličeje.

Závěr vstupního vyšetření ergoterapeutem

Klient není plně soběstačný v pADL ani iADL činnostech. Při sebeobsluze potřebuje pomoc dospělé zodpovědné osoby. Je schopen samostatné chůze, která je paretická. Stoj je nestabilní. Při stoji přenesl váhu na paty.

Problémové oblasti

Je schopen samostatné chůze. Chůze je paretická. Výrazné stáčení špiček dovnitř. Chodí po špičkách. Kyčelní klouby jsou v addukci a vnitřní rotaci, kolenní klouby v semiflexi. Schopnost se soustředit je časově omezená. Spolupracuje a je relativně motivovaný. Verbální projev je nesrozumitelný. Artikulace nepřesná a nízká.

V oblasti pADL činností, potřebuje pomoc druhé osoby. V oblasti sebesycení je schopen se samostatně najíst lžící. Příbor nepoužívá. Při jídle je nutný dohled druhé osoby. Tekutiny jsou podávány z hrnečku. Je potřeba pomoc druhé osoby při oblékání a svlékání trička a dolní poloviny těla. Při obouvání a zouvání obuvi je potřeba značná pomoc. Při zapínání knoflíků, zipu a zavazování tkaniček se objevují velké problémy a je odkázán na pomoc. Čištění zubů, mytí rukou a česání vlasů prování pod dohledem zodpovědné osoby.

Činnosti v oblasti iADL nesvede a je plně odkázán na pomoc ostatních osob.

Cíl ergoterapie

- Motivace
- Zlepšit pozornost při činnosti
- Zlepšit samostatnost vybrané činnosti v oblasti pADL
- Zlepšit obratnost při zapínání knoflíků

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Ovlivnění pozornosti a koncentrace během činnosti
- Návuk manipulace s předměty v oblasti oblékání
- Návuk posloupnosti jednotlivých kroků činnosti při používání zapínače knoflíků
- Návuk rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků
- Návuk rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky

Průběh terapie

Terapie byla zahájena seznámením a vstupním vyšetřením 2. 2. 2016. Terapie probíhala 1 – 2x týdně po dobu 30 – 45 minut dle pozornosti a soustředěnosti klienta. Jednalo se tedy o 9 setkání. Poslední setkání proběhlo 4. 3. 2016, kdy bylo provedeno výstupní vyšetření a hodnocení terapií.

Po vstupním vyšetření byly stanoveny cíle terapie. Trénink rozepínání a zapínání knoflíků byl rozdělen do dvou částí. První část terapie byla věnována tréninku rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky, pouze dopomocí a slovním vedením. Druhá část terapie byla zaměřena na zapínání knoflíků pomocí zapínače a na celkovou manipulaci se zapínačem knoflíků. Při závěrečné terapii bylo provedeno výstupní hodnocení.

Výstupní vyšetření

Standardizované testy – testováno 4. 3. 2016

- **FIM** – 84b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – D (nezávislý kromě koupání, oblékání a přijímání potravy)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 2. stupeň (Chodí bez kompenzačních pomůcek, omezení má pouze v exteriéru a na velké vzdálenosti, při chůzi ve stísněných prostorech, běhu a poskocích. Pro dítě není tak snadné provádět hrubě motorické pohyby.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 12b. ze 30b.
- **Barthel test ADL činností** – 85b. ze 100b. (lehká závislost)

Orientační vyšetření motoriky – beze změn

pADL činnosti – zlepšení v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků. Je schopen při lehké dopomoci druhé osoby si rozepnout a zapnout knoflíky na oděvu.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí – mírné zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání.

Funkční hodnocení – beze změn

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Zvýšení doby pozornosti při činnosti
- Zvýšení samostatnosti v oblasti oblékání
- Zvýšení samostatnosti při rozepínání a zapínání knoflíků
- Používání potřebných kompenzačních pomůcek v běžném životě

Terapie s klientem probíhala ve dnech:

2. 2. 2016, 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 26. 2. 2016,
3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Schéma terapeutických jednotek

Terapeutická jednotka 1

Datum: 2. 2. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Odběr anamnestických údajů a vstupní vyšetření.

Náplň terapeutické jednotky: Vyšetření schopností klienta pomocí standardizovaných testů: Barthelův test základních všedních činností – ADL, FIM – funkční míra nezávislosti, MMSE – Mini Mental State Exam, Katrův test každodenních činností, Gross Motor Function Classification System. Získávání informací o stavu klienta z lékařské dokumentace pracoviště.

Délka terapeutické jednotky: 45 min.

Předměty, které byly využity při terapii: standardizované testy

Reakce klienta: Klient byl během terapie pozitivně naladěn a soustředěný. Ochotně komunikoval a předvedl, vše co bylo požadováno. Po celou dobu terapie spolupracoval. Na konci terapie byl domluven termín příští návštěvy.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 4. 2. 2016, 11. 2. 2016, 15. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 26. 2. 2016, 3. 3. 2016, 4. 3. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Nácvik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků a nácvik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Náplň terapeutické jednotky: Klient byl uveden do korigovaného sedu v rámci možnosti jeho postižení. Na pracovní plochu za pomoci klienta byly připraveny následující pomůcky: protiskluzová podložka, zapínač knoflíků, triko s knoflíky a panel nástrojů. V první části terapie trénoval rozepínání a zapínání velkých a malých knoflíků bez kompenzační pomůcky pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta na panelu

nástrojů. V druhé části terapie nacvičoval rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů a na předem připraveném triku. V závěru terapie si klient oblékl triko a nacvičoval zapínání knoflíků na sobě bez kompenzační pomůcky pouze s dopomocí terapeuta.

Délka terapeutické jednotky: 30 minut

Předměty, které byly využity při terapii: protiskluzová podložka, panel nástrojů – kostka, zapínač knoflíků, triko s knoflíky

Referenční rámec a přístupy: biomechanický rámec vztahů – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL

Reakce klienta

4. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků mu tvořilo potíže, ale klient trval na neustálém opakování činnosti. Rozepínání a zapínání velkých knoflíků pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta na panelu činností mu dělalo velké problémy. Po celou dobu terapie spolupracoval.

11. 2. 2016 – Zapínání a rozepínání velkých knoflíků bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů mu tvořilo malé problémy, ale byl viditelný pokrok oproti předešlé terapii. Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí kompenzační pomůcky mu dělalo velké obtíže. Největším problémem byla celková manipulace se zapínačem a zapamatování si posloupnosti jednotlivých kroků činnosti. Oproti minulé terapii se klient v používání zapínače knoflíků zhoršil.

15. 2. 2016 - Zapínání a rozepínání velkých knoflíků na panelu nástrojů zvládal a oproti minulé terapii byl patrný pokrok. Při zapínání malých knoflíků bez kompenzační pomůcky se projeví malé problémy, začal odmítat spolupráci a bylo nutné ho k činnosti motivovat. Do rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků na panelu nástrojů a předem připraveném triku se mu moc nechtělo. Nakonec několik knoflíků pomocí zapínače knoflíků zapal a poté odmítl spolupráci. I přes motivaci k činnosti, odmítal spolupráci. Nakonec byla terapie po 20 ti minutách ukončena a klient opustil místnost.

17. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků pouze s verbálním doprovodem mu netvořila větší obtíže. Rozepínání a zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky mu tvořilo menší problémy, zvláště zapínání knoflíků. Rozepínání a zapínání knoflíků na předem připraveném triku pomocí zapínače knoflíků mu tvořilo značné problémy. Největším problémem pro klienta bylo si zapamatovat posloupnost jednotlivých

kroků činnosti. Nejprve prostrkoval knoflíky do zapínače knoflíků a teprve poté provlíkal zapínač knoflíkovou dírkou. Na konci terapie pomocí slovního doprovodu a dohledu posloupnost kroků činnosti byla správná.

25. 2. 2016 – V první části terapie se zaměřil na nácvik rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků. Tato činnosti mu netvořila žádné viditelné potíže. Rozepínání a zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů pomocí verbálního doprovodu a dohledu terapeuta vyžadovalo větší soustředění. Byl patrný pokrok oproti minulé terapii. Rozepínání a zapínání knoflíků na triku s knoflíky pomocí zapínače knoflíků mu nedělalo větší obtíže a byl patrný pokrok oproti předešlé terapii. Zapínání knoflíků bez zapínače na triku, které si oblékl, mu tvořilo problémy a bylo nutné činnost několikrát opakovat. Na konci terapie se mu zapnout knoflíky na oblečeném triku povedlo.

26. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta zvládal bez problémů. Zapínání malých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků mu tvořilo menší problémy. Při rozepínání a zapínání knoflíků na předem připraveném triku pomocí zapínače knoflíků nebili viditelné žádné značné potíže. Tento úspěch v klientovi vyvolal pozitivní naladění. Zapínání knoflíků bez zapínače knoflíků pouze pomocí terapeuta na triku, které si oblékl, mu tvořilo problémy a bylo nutné činnost několikrát opakovat. Ke konci terapie byl patrný pokrok oproti začátku činnosti.

3. 3. 2016 – Rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků nedělalo žádné potíže. Malé potíže se objevovali pouze při zapínání malých knoflíků. Při rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků na předem připraveném triku bylo možné vidět zhoršení oproti předešlé terapii. Zapínání knoflíků na triku, které si oblékl, bez kompenzační pomůcky pouze s dopomocí terapeuta mu dělalo menší potíže než předešlou terapii.

4. 3. 2016 – Při rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta nebyly viditelné žádné potíže. Při zapínání malých knoflíků byl viditelný pokrok oproti předešlé terapii. Při rozepínání a zapínání knoflíků na triku s knoflíky pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků byly patrné pouze drobné potíže. Zapínání knoflíků na triku, které si sám oblékl, bez kompenzační pomůcky mu dělalo drobné potíže.

Tabulka 7 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 3

Závěrečné shrnutí testování klienta č. 3			
Test	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Zlepšení
Test kognitivních funkcí MMSE	10	12	ANO
Katzův test každodenních činností	D (nezávislý kormě koupání, oblékání a přijímání potravy)	D (nezávislý kormě koupání, oblékání a přijímání potravy)	NE
FIM	80	84	ANO
Barthelův test základních všedních činností	80	85	ANO

Zdroj: vlastní

9.4 Kazuistika 4

- **Klient:** muž
- **Věk:** 14 let
- **Hlavní diagnóza:**
 - Dětská mozková obrna – kvadraparetická forma (07/2002)
- **Vedlejší diagnóza:**
 - Mentální retardace
 - Epilepsie
 - Dyslalie

➤ **Pravák**

➤ **Anamnéza**

(čerpáno ze zdravotnické dokumentace, z rozhovorů se zdravotnickým personálem, klientem a aspekci)

Rodinná anamnéza

Klient žil pouze s matkou, bez otce. Má dvě sestry. Obě jsou zdravé. Má bratra narozeného 2005, který také trpí dětskou mozkovou obrnou.

Sociální anamnéza

Žije společně s bratrem v Centru pohybových a sociálních službách Zbůch.

Osobní anamnéza

Klient je ze IV. těhotenství. Porod ve 27. gestačním týdnu pro abrupaci placenty. Po porodu resuscitován a přeložen na JIP. Intraventrikulární krvácení 2. stupně, periventrikulární malacie, anemie z nezralosti, hyperbilirubinémie z nezralosti, umělá plicní ventilace, hemangiom na zádech, opakované respirační infekty, bronchitidy, 2005 bronchopneumonia dexter.

V 16. týdnu – operace tříselné kýly vpravo

12/2008 – operace retence varlat

Alergie: hraničně pozitivní roztoči

Pracovní anamnéza

Klient dochází do ZŠ speciální pro postižené v Centru pohybových a sociálních službách Zbůch.

Vstupní vyšetření

Subjektivní hodnocení

Cítí se dobře. Je spokojen. Nic ho nebolí a na nic si nestěžuje.

Standardizované testy – testováno 2. 2. 2016

- **FIM** – 56b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesun z místa na místo a přijímání potravy)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 5. stupeň (Soběstačnost je omezená i při použití kompenzačních pomůcek. Musí být pasivně transportován a je omezen v celkové mobilitě.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 17b. ze 30b.
- **Barthel test ADL činností** – 30b. ze 100b. (vysoce závislý)

Orientační vyšetření motoriky

- **Jemná motorika:** pro uchopování předmětů preferuje pravou horní končetinu. S uchopováním předmětů má větší problémy. Výrazná hypotrofie prakticky celého svalstva. Objevují se výrazné problémy v celkové obratnosti.
- **Hrubá motorika:** není schopen samostatné chůze. Pohybuje se na mechanickém vozíku, kdy je nutné ho pasivně transportovat. Stoj je možný pokud se opře o druhou osobu. Ve stoji chvíli vydrží. Zvládne pár kroků s oporou o dva terapeuty. Sed: držení hlavy v záklonu, neustále přepadává k pravému ramennímu kloubu, výrazná protrakce ramen, kyfotické zakřivení páteře, anteverze pánve, břišní stěna prominuje dopředu, horní končetiny volně visí z mechanického vozíku, kyčelní kloub je v abdukci a zevní rotaci, kolenní klouby jsou vytočené směrem ven, špičky jsou vytáčeny zevně.
- **Grafomotorika:** uchopuje psací potřeby pravou horní končetinou. Při psaní a kreslení je zřetelná výrazná neobratnost. K trénování jsou použita jednoduchá grafomotorická cvičení.

PADL

- **Svlékání/oblékání**

Horní polovina těla: při oblékání a svlékání horní poloviny těla potřebuje výraznou pomoc druhé osoby. Při oblékání aktivně dopomáhá.

Dolní polovina těla: při oblékání a svlékání dolní poloviny těla potřebuje výraznou pomoc druhé osoby. Při obouvání a zouvání bot je plně odkázán na pomoc druhé osoby.

Objevují se značné problémy při zapínání zipu, knoflíků a zavazování tkaničky nezvládá.

- **Sebesycení**
S pomocí druhé osoby se nají lžící. Příbor nepoužívá.
Tekutiny pije s pomocí druhé osoby z hrnku.
- **Osobní hygiena**
K hygienickým úkonům potřebuje výraznou dopomoc druhé osoby.
- **Přesuny/mobilita**
Při přesunech na lůžko nebo toaletu potřebuje asistenci druhé osoby. Sed je nestabilní s výrazně ochablým držením těla, hlava neustále padá k pravému rameni. Výrazná hypertrofie prakticky celého svalstva trupu. Klient používá mechanický vozík, na kterém je pasivně transportován.
- **Vyměšování**
V oblasti moči a stolice je částečně inkontinentní.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí

- **Smyslová postižení:** slovní projev je pomalejší, ale v rámci postižení srozumitelný a adekvátní. Slovní zásoba je lehce omezená. Odpovědi na otázky jsou srozumitelné. Je orientován v místě a čase. Pozitivní náladu vyjadřuje úsměvem a pokřikováním. Pokud se mu činnost nelíbí, začne velmi hlasitě křičet a pohazovat věci kolem sebe.
- **Mobilita na lůžku a lokomoce:** při přesunu z vozíku na lůžko nebo toaletu potřebuje asistenci. Pohybuje se na mechanickém vozíku, na kterém je transportován druhou osobou. Při opoře o druhou osobu se zvládne postavit. Stoj je velmi nestabilní. Při opoře o dva terapeuty zvládne několik kroků. Dolní končetina je v semiflexi a addukčním držení. Sed na vozíku je nestabilní.
- **Osobní hygiena:** při dodržování osobní hygieny potřebuje výraznou dopomoc druhé osoby.
- **Oblékání:** při oblékání a svlékání dolní a horní poloviny těla potřebuje výraznou pomoc druhé osoby. Zouvání a obouvání bot sám nezvládne. Je plně odkázán na pomoc druhé osoby.
- **Jídlo/pití:** za pomoci se nají lžící. Příbor nepoužívá. Pití je podáváno v hrnečku.
- **Obratnost, vytrvalost/koncentrace, pozornost:** má problémy udržet pozornost a koncentraci u dané činnosti. Aby se na činnost dokázal soustředit a udržel pozornost, je nutné ho dostatečně motivovat. Pokud se při činnosti objevují problémy, přestává o činnost jevit zájem a ukončuje spolupráci.

Funkční hodnocení

- **Preference:** pravá horní končetina
- **Vzhled kůže:** v normě
- **Mobilita:** není schopen chůze. Pohybuje se na mechanickém vozíku, na kterém je pasivně transportován. Dolní končetina je v semiflexi a addukci. Při popře o druhou osobu je schopen se postavit. S oporou o dva terapeuty ujde pár krůčků.
- **Úchopy:**

Tabulka 8 Hodnocení úchopů klienta č. 4

TYP ÚCHOPU	LHK	PHK
Špetka	SOP	SOP
Štípec	MOP	SOP
Háček	SOP	SOP
Stříška	SOP	SOP
Pěst	MOP	MOP
Opozice	SOP	SOP
Úchop válce	SOP	SOP
Úchop koule	SOP	MOP

Zdroj: vlastní

Seznam zkratek: SOP – silně omezený pohyb

: MOP – mírně omezený pohyb

Fáze úchopu:

- **PŘÍPRAVNÁ FÁZE:** objevují se drobné potíže se zaměřením cíle a koordinací oko – ruka. Posun paže do prostoru je realizován výrazným předklonem hlavy a natažením celé horní končetiny. Pohyb při otevírání ruky je trhavý.
- **FÁZE ÚCHOPU A MANIPULACE:** při uchopení předmětu se současně objevuje flexe zápěstí. Ruka je sevřená v pěst a prsty jsou ve flexi. Palec je položen nad ostatními prsty.
- **FÁZE UVOLNĚNÍ:** upuštění předmětu je realizováno prudkým uvolněním ruky z pěsti. Po uvolnění předmětu je zápěstí a prsty v extenčním postavení.

Psychosociální funkce

Velmi pozitivně reaguje na přítomnost druhých osob ve svém okolí a velmi rád se seznamuje s novými lidmi. Pokud je jeho bratr, se kterým bydlí v zařízení, přítomný ve stejné místnosti, neustále na něj upíná svou pozornost a nesoustředí se na dané činnosti.

Závěr vstupního vyšetření ergoterapeuta

Klient není plně soběstačný v pADL ani iADL činnostech. Při sebeobsluze potřebuje výraznou pomoc dospělé zodpovědné osoby. Není schopen chůze. Je pasivně transportován na mechanickém vozíku. Sed je nestabilní s výrazným ochablým držením těla a hlava neustále padá k pravému rameni. Stoj je možný pouze pokud se opře o druhou osobu.

Problémové oblasti

K pohybu používá mechanický vozík, na kterém je pasivně transportován. Při přesunu z lůžka na vozík nebo toaletu potřebuje dopomoc druhé osoby. Dolní končetiny jsou v semiflexi a addukci. Hlava neustále přepadává k pravému rameni. Výrazná hypertrofie celého svalstva trupu. Na horních končetinách je svalstvo hypotonické. Pozornost je velmi těkavá. Velmi omezená doba schopnosti se soustředit na danou činnost. Tempo řeči je pomalejší a artikulace mírně nepřesná.

V oblasti pADL činností, potřebuje pomoc druhé osoby. V oblasti sebesycení je schopen se za pomoci druhé osoby najíst lžící. Příbor nepoužívá. Pití je podáváno v hrnečku. Při svlékání a oblékání horní a dolní poloviny těla je nutná pomoc druhé osoby. Klient při oblékání a svlékání aktivně dopomáhá. Obouvání a zouvání bot nezvládá je plně odkázán na pomoc ostatních osob. Při zapínání zipu a knoflíků má značné problémy. Zavazování tkaniček nezvládá. Čistění zubů, mytí rukou a česání vlasů samostatně nezvládá a je nutná dopomoc zodpovědné osoby.

Činnosti v oblasti iADL nesvede a je plně odkázán na pomoc druhých osob.

Cíl ergoterapie

- Motivace
- Zlepšit pozornost při činnosti
- Zvýšit samostatnost vybrané činnosti v oblasti pADL
- Zvýšit obratnost při zapínání velkých knoflíků

Krátkodobý ergoterapeutický plán

- Ovlivnění pozornosti a koncentrace během činnosti
- Návik manipulace s předměty v oblasti oblékání
- Návik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí zapínače knoflíků
- Návik rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky

- Návčik posloupnosti jednotlivých kroků činnosti při používání kompenzační pomůcky

Průběh terapie

Terapie byla zahájena seznámením a vstupním vyšetřením 2. 2. 2016. Terapie probíhala 1 – 2x týdně po dobu 30 – 45 minut dle pozornosti a soustředěnosti klienta. Jednalo se tedy o 5 setkání. Poslední setkání proběhlo 7. 3. 2016, kdy bylo provedeno výstupní vyšetření klienta a hodnocení terapií.

Po vstupním vyšetření byly stanoveny cíle terapie. Trénink rozepínání a zapínání knoflíků byl rozdělen do dvou částí. První část terapie byla věnována tréninku rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky, pouze dopomocí a slovním vedením. Druhá část terapie byla zaměřena na zapínání knoflíků pomocí zapínače a na celkovou manipulaci se zapínačem knoflíků. Při závěrečné terapii bylo provedeno výstupní hodnocení.

Výstupní vyšetření

Standardizované testy – testováno 7. 3. 2016

- **FIM** – 60b. ze 126b.
- **Katzův test každodenních činností** – F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesun z místa na místo a příjmu potravy)
- **Gross Motor Function Classification System** (úroveň hrubé motoriky) – 5. stupeň (Soběstačnost je omezená i při použití kompenzačních pomůcek. Musí být pasivně transportován a je omezen v celkové mobilitě.)
- **Test kognitivních funkcí** – MMSE – 17b. ze 30b.
- **Barthel test ADL činností** – 30b. ze 100b. (vysoce závislí)

Orientační vyšetření motoriky – beze změn

pADL činnosti – lehké zlepšení v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků. Je schopen dopomoci druhé osobě při rozepínání a zapínání knoflíků na oděvu.

Hodnocení motorických funkcí v závislosti na mentální retardaci u dětí – zlepšení dopomoci druhé osobě v oblasti oblékání.

Funkční hodnocení – beze změn

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Zvýšení doby pozornosti a koncentrace při činnosti
- Zvýšení samostatnosti v oblasti oblékání
- Zvýšení samostatnosti při rozepínání a zapínání knoflíků
- Používání potřebných kompenzačních pomůcek v běžném životě

Terapie s klientem probíhala ve dnech:

2. 2. 2016, 4. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 7. 3. 2016

Schéma terapeutických jednotek

Terapeutická jednotka 1

Datum: 2. 2. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Odběr anamnestických údajů a vstupní vyšetření.

Náplň terapeutické jednotky: Vyšetření schopností klienta pomocí standardizovaných testů: Barthelův test základních všedních činností – ADL, FIM – funkční míra nezávislosti, MMSE – Mini Mental State Exam, Katzův test každodenních činností, Gross Motor Function Classification System. Získávání informací o stavu klienta z lékařské dokumentace pracoviště.

Délka terapeutické jednotky: 45 min.

Předměty, které byly využity při terapii: standardizované testy

Reakce klienta: Klient byl během terapie nesoustředěný a svou pozornost neustále upínal, ke svému bratrovi, se kterým bydlí v rehabilitačním ústavu Zbůch a při terapii byl přítomný v místnosti. Během testování bylo znatelné, že trpí mentální retardací a bylo nutné některé otázky a pokyny několikrát opakovat než byl schopný reagovat. Snažil se splnit většinu zadaných pokynů během terapie. Po celou dobu terapie spolupracoval.

Terapeutická jednotka 2

Datum: 4. 2. 2016, 17. 2. 2016, 25. 2. 2016, 7. 3. 2016

Typ terapie: Individuální terapie

Cíl terapeutické jednotky: Nácvik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků a nácvik rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Náplň terapeutické jednotky: Klient byl uveden do korigovaného sedu v rámci možnosti jeho postižení. Na pracovní plochu před klienta byly připraveny pomůcky: protiskluzová podložka, panel nástrojů, zapínač knoflíků a triko s knoflíky. V první části terapie probíhalo nacvičování rozepínání a zapínání velkých a malých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky pouze pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta. V druhé části terapie nacvičoval rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů a triku s knoflíky.

Délka terapeutické jednotky: 30 minut

Předměty, které byly využity při terapii: zapínač knoflíků, protiskluzová podložka, panel nástrojů – kostka, triko s knoflíky

Referenční rámec a přístupy: biomechanický rámec vztahů – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL

Reakce klienta:

4. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na panelu nástrojů mu tvořilo obrovské potíže. Největším problémem bylo zejména udržení pozornosti při činnosti, a proto byla nutná neustálá motivace. Rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta na panelu nástrojů nejprve odmítal, ale nakonec se o činnost pokusil. Tato činnost mu také tvořila velké problémy a opětovně vyžadoval velkou motivaci k práci.

17. 2. 2016 – Rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů bez kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků mu opět tvořilo velké potíže. Činnost několikrát opakoval. Při činnosti ho bylo nutné motivovat a po celou dobu terapie udržovat jeho pozornost. Na konci činnosti byl nepatrný pokrok oproti začátku terapie. V druhé části terapie nacvičoval zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky na panelu nástrojů. Práce se zapínačem knoflíků mu tvořila obrovské potíže. Největší potíže tvořila manipulace se zapínačem knoflíků, ale klient činnost s pozitivním naladěním několikrát opakoval. Na konci terapie nebyl patrný žádný pokrok v činnosti.

25. 2. 2016 – V první části terapie se zaměřil na nácvik rozepínání a zapínání velkých knoflíků na panelu nástrojů pomocí slovního vedení a dohledu terapeuta. Tato činnost mu tvořila velké problémy, ale byl patrný pokrok oproti předešlé terapii. Při činnosti bylo nutné neustále udržovat jeho pozornost. V druhé části terapie nacvičoval rozepínání a zapínání knoflíků na panelu nástrojů pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků. Tato činnost mu tvořila velké potíže. Největší problémy tvořila opět manipulace se zapínačem knoflíků. Rozepínání a zapínání knoflíků na triku s knoflíky pomocí kompenzační pomůcky mu také tvořila velké problémy a klient po chvíli činnost odmítal i přes neustálou motivaci k činnosti.

7. 3. 2016 – Odběr anamnestických údajů a výstupní vyšetření klienta pomocí standardizovaných testů a aspektů.

Tabulka 9 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 4

Závěrečné shrnutí testování klienta č. 4			
Test	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Zlepšení
Test kognitivních funkcí MMSE	17	17	NE
Katzův test každodenních činností	F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z míst na místo a příjmu potravy)	F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z míst na místo a příjmu potravy)	NE
FIM	56	60	ANO
Barthelův test základních všedních činností	30	30	NE

Zdroj: vlastní

10 VÝSLEKDY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

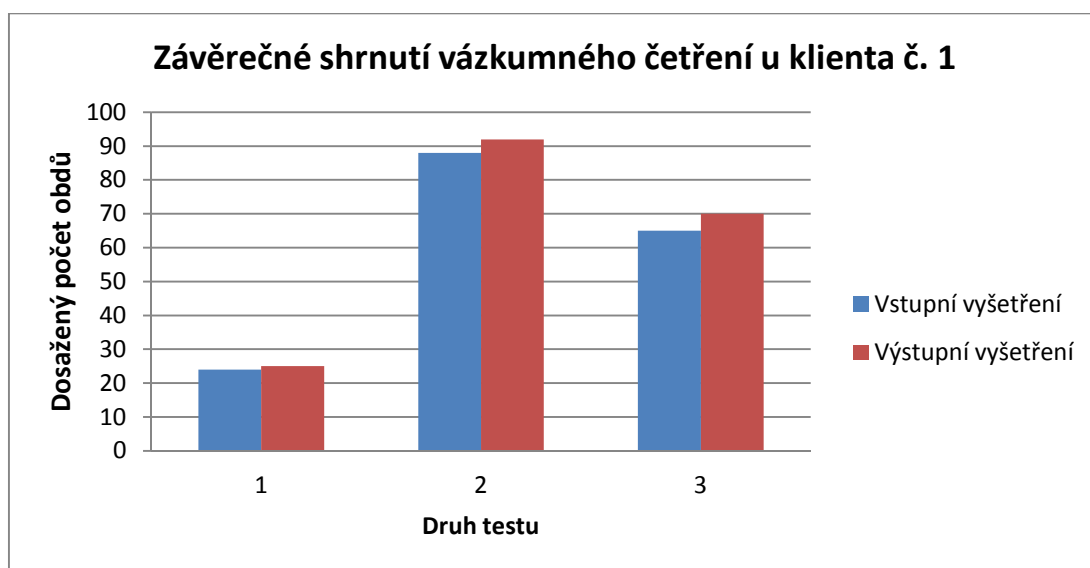
10.1 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 1

Tabulka 10 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 1

Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 1			
Č.	Název testu	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
1.	Test kognitivních funkcí MMSE	24	25
2.	Katzův test každodenních činností	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
3.	FIM	88	92
4.	Barthelův test základních všedních činností	65	70

Zdroj: vlastní

Graf 1 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 1



Zdroj: vlastní

U prvního klienta došlo ke zlepšení ve 3 ze 4 standardizovaných testů. V testu kognitivních funkcí – MMSE došlo ke zlepšení pouze o 1 bod, a proto se celkové hodnocení testu nezměnilo. V Katzově testu každodenních činností nedošlo v závěrečném hodnocení k žádnému zlepšení. V testu FIM došlo k zlepšení o 4 body. Zlepšení bylo viditelné převážně v oblasti sebeobsluhy. V Barthelově testu základních všedních činností došlo ke zlepšení o 5 bodů v oblasti oblékání.

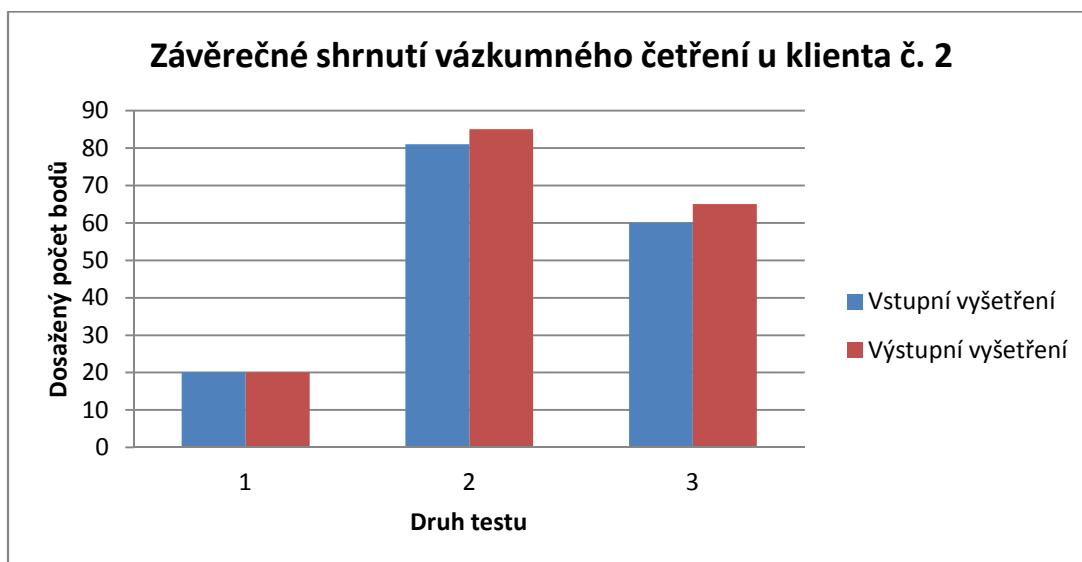
10.2 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 2

Tabulka 11 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 2

Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 2			
Č.	Název testu	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
1.	Test kognitivních funkcí MMSE	20	20
2.	Katzův test každodenních činností	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)	C (nezávislý kromě koupání a oblékání)
3.	FIM	81	85
4.	Barthelův test základních všedních činností	60	65

Zdroj: vlastní

Graf 2 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 2



Zdroj: vlastní

U druhého klienta došlo ke zlepšení pouze ve 2 ze 4 standardizovaných testů. Ke zlepšení nedošlo v kognitivním testu – MMSE a Katzově testu každodenních činností. Zlepšení bylo viditelné v testu FIM, kde se klient zlepšil o 4 body. Zlepšení se týkalo převážně oblasti sebeobsluhy a oblékání. V Barthelově testu základních všedních činností se klient zlepšil o 5 bodů v oblasti oblékání.

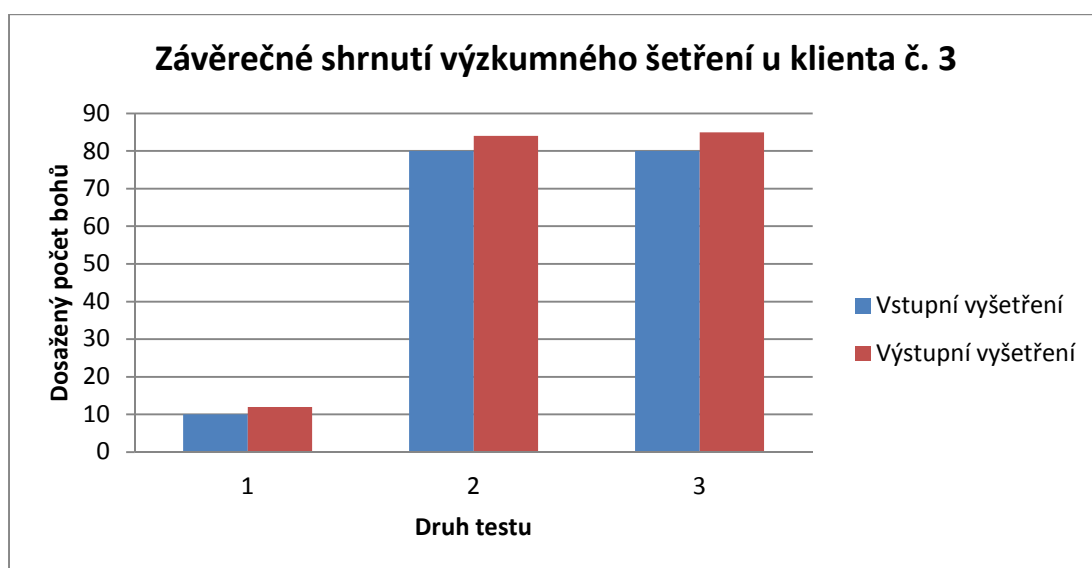
10.3 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 3

Tabulka 12 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3

Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3			
Č.	Název testu	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
1.	Test kognitivních funkcí MMSE	10	12
2.	Katzův test každodenních činností	D (nezávislí kromě koupání, oblékání a přijímání potravy)	D (nezávislý kromě koupání, oblékání a přijímání potravy)
3.	FIM	80	84
4.	Barthelův test základních všedních činností	80	85

Zdroj: vlastní

Graf 3 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3



Zdroj: vlastní

U třetího klienta také došlo ke zlepšení ve 3 ze 4 standardizovaných testů. V testu kognitivních funkcí – MMSE došlo ke zlepšení o 2 body, a proto se celkový výsledek testu nezměnil. V Katzově testu každodenních činností ke zlepšení celkového výsledku nedošlo. V testu FIM se klient zlepšil o 4 body převážně v oblasti sebeobsluhy a oblékání. V Barthelově testu všedních činností se zlepšil o 5 bodů v oblasti oblékání.

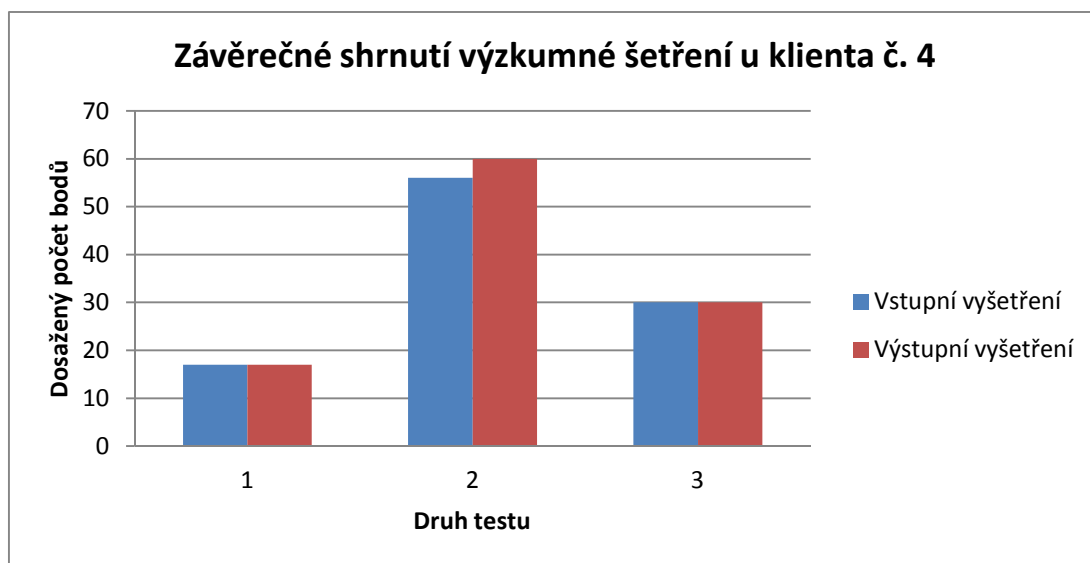
10.4 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření u klienta č. 4

Tabulka 13 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 4

Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 4			
Č.	Název testu	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
1.	Test kognitivních funkcí - MMSE	17	17
2.	Katzův test každodenních činností	F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a příjmu potravy)	F (nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a příjmu potravy)
3.	FIM	56	60
4.	Barthelův test základních všedních činností	30	30

Zdroj: vlastní

Graf 4 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 4



Zdroj: vlastní

U čtvrtého klienta byl nácvik soběstačnosti v oblasti oblékání nejméně úspěšný. Dokazují to i výsledky standardizovaných testů. Zlepšení je viditelné pouze v testu FIM, kde se klient zlepšil o 4 body a to převážně v oblasti sebeobsluhy a oblékání. V ostatních standardizovaných testech ke změně výsledku nedošlo. Tento stav byl způsoben krátkým časovým intervalem spolupráce z důvodu klientova onemocnění.

DISKUZE

Jelínková (2009) uvádí, že personální všední denní činnosti jsou nezbytné pro udržení zdraví. Do personálních činností řadíme činnosti, které jsou součástí každodenního života od ranního vstávání až po večerní ulehání. Jedná se o činnosti, které souvisí s individuálními návyky, vztahují se k věku, pohlaví a období dne. (Jelínková et al., 2009)

Při nácviku všedních denních potřeb může ergoterapeut využívat různé terapeutické metody. Metoda, kterou použije, závisí na fyzických a kognitivních schopnostech klienta. Při nácviku činností je důležité, aby nácvik probíhal ve stejnou denní dobu, ve stejné místnosti a pokud možno se stejným terapeutem. (Krivošíková, 2011)

Votava říká, že kompenzační pomůcky umožňují klientům, samostatné provádění pADL činností a dalších aktivit v jejich životě. Používají se v případě, kdy nelze činnost jinak nacvičit nebo je činnost bez pomůcky prováděna neproduktivně. (Votava, 2003)

Langer ve své knize Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením uvádí, že při výběru kompenzační pomůcky je důležité zvážit funkčnost pomůcky, věk a pohlaví, ale především by se výběr kompenzační pomůcky měl ověřit od individuálních potřeb a požadavků klienta. (Langer, 2013)

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo seznámit se s problematikou dětské mozkové obrny a využitím kompenzačních pomůcek pro soběstačnost u dětí s tímto onemocněním. Informace byly zjišťovány pomocí kazuistické studie.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaký vliv má používání kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků na zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaký vliv má kompenzační strategie rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s DMO.

Pro výzkumné šetření a následnou kazuistickou studii byl vybrán soubor čtyř klientů. Všichni klienti byli z Centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. U klientů probíhal intenzivní nácvik soběstačnosti v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků pomocí kompenzační pomůcky a kompenzační strategie po dobu pěti týdnů. Práce probíhala individuálně.

Hypotéza 1: Domnívám se, že použitím kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků bude efektivnější výsledek v oblasti nácviku oblékání, a to u všech sledovaných klientů s dětskou mozkovou obrnou oproti využití kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Tato hypotéza byla ověřována pomocí standardizovaných testů: FIM test, Katzův test každodenních činností a Barthel test ADL činností. Ze vstupních a výstupních výsledků testů je patrné, že došlo ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u všech čtyř klientů.

I přes tyto výsledky se hypotéza nepotvrdila, protože ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání pomocí kompenzační pomůcky došlo pouze u dvou ze čtyř sledovaných klientů. U klientů č. 1 a č. 2 se významně zlepšila soběstačnost v oblasti rozepínání a zapínání knoflíků pomocí používání kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků. U klientů č. 3 a č. 4 nedošlo ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání pomocí kompenzační pomůcky. Tvořilo jim problémy zejména celková manipulace s kompenzační pomůckou a posloupnost jednotlivých kroků činnosti.

U klienta č. 4 byly problémy způsobeny krátkým časovým intervalem naší spolupráce z důvodu jeho nemoci, a proto nedošlo k výraznému zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání. Je schopen pouze aktivně dopomáhat druhé osobě při oblékání, ale samostatně se obléci nezvládne.

U klienta č. 3 sice došlo ke zlepšení soběstačnosti při rozepínání a zapínání knoflíků, ale pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky.

Po dobu terapie se u všech klientů zlepšila komunikace a pozornost během provádění dané činnosti.

Z diskuze vyplívá, že se hypotéza 1 nepotvrdila.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce bylo využití pomůcek pro soběstačnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou z pohledu ergoterapeuta. Hlavním cílem práce bylo seznámení se s problematikou dětské mozkové obrny a využitím kompenzačních pomůcek pro soběstačnost u dětí s tímto onemocněním.

Jak již bylo uvedeno, DMO je závažné centrální onemocnění, které patří mezi časté neuro – vývojové onemocnění. Je způsobeno poruchou mozku a projevuje se postižením pohybového aparátu. Poruchy hybnosti u dětí s dětskou mozkovou obrnou jsou závažné z hlediska soběstačnosti a výrazně omezují samostatnost ve výkonu všedních denních činností.

Práce se především zabývá problematikou v oblasti soběstačnosti u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Cíle terapie vycházejí z vyšetření a jsou podmíněny problematickými oblastmi klientů.

Tato práce ukazuje na konkrétní možnosti nácviku soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Také poukazuje na důležitost používání kompenzačních pomůcek v oblasti všedních denních aktivit. U klientů musí být zvolena vhodná strategie nácviku činnosti, aby nebyli zbytečně uváděni do stresových situací.

V hlavní části je popsána celková problematika DMO, aktivity všedního dne, možné bariéry prostředí a charakteristika kompenzačních pomůcek. Cílem praktické části bylo zjistit jaký vliv má používání kompenzačních pomůcky – zapínače knoflíků nebo kompenzační strategie rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky na zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Pro splnění stanovených cílů byly informace, data a veškeré poznatky v rámci praktické části čerpány během praxe v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch.

Během terapií se zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání pomocí kompenzační pomůcky – zapínače knoflíků podařilo potvrdit pouze u klientů č. 1 a č. 2. U klienta č. 3 došlo sice během terapie ke zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání, ale pomocí kompenzační strategie bez kompenzační pomůcky. Důvodem tohoto výsledku byly obtíže, které se objevovaly při manipulaci s kompenzační pomůckou. U klienta č. 4 se nepotvrdilo zlepšení soběstačnosti v oblasti oblékání pomocí kompenzační pomůcky ani pomocí

nácviku kompenzační strategie rozepínání a zapínání knoflíků bez kompenzační pomůcky z důvodu krátké spolupráce.

Tato práce může sloužit pro terapeuty či rodinné příslušníky klientů s dětskou mozkovou obrnou, kteří mají problémy se soběstačností v oblasti personálních všedních denních aktivit. Mohou ji využít jako inspiraci pro práci s klienty tohoto typu onemocnění. Tato bakalářská práce by měla být především obecným shrnutím problematiky soběstačnosti u dětí s DMO a využitím kompenzačních pomůcek pro soběstačnost u dětí s tímto typem onemocnění.

LITERATURA A PRAMENY

AMBLER, Z. *Základy neurologie: šesté přepracované a doplněné vydání*. Praha: Galén, 2006, ISBN:978-80-7262-433-4

BENDOVÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci – Pedagogická fakulta, 2006, ISBN: 80-244-1436-8

Cerebral Palsy Care. *Classification Based on Gross Motor Function Classification System* [online]. Dostupné z: <<http://cpcare.org/classification/gmfcs/>>

DMA kompenzační pomůcky – katalog. *DMA* [online]. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <<http://www.dmapraha.cz/pdfdoc/katalog2015/>>

DMA kompenzační pomůcky. *Zapínač knoflíků ADL* [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.dmapraha.cz/images/produkty/img/dsc_2844_adl_18.jpg>

DMA kompenzační pomůcky. *Pomůcky pro sebeobsluhu – ostatní* [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://www.dmapraha.cz/katalog/ostatni>>

DMA kompenzační pomůcky. *Pomůcky pro sebeobsluhu* [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://www.dmapraha.cz/katalog/stravovani>>

HAGEDORN, R. *Tools for practice in occupational therapy: a structured approach to core skills and processes*. New York: Churchill livingstone, 2000, ISBN: 978-0443061592

Heczková J. *Ergoterapie u dětí s DMO* [online]. [cit. 2016-3-3]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail>>

Innovation leadership agency. *Semafor home - metodika hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí* [online]. [cit. 2016-2-1]. Dostupné z: <<http://www.ila.cz/aktuality/semafor-home-metodika-hodnoceni-architektonicky-ch-barier-v-domacim-prostredi/>>

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta, 2011, ISBN:987-80-7368-945-2

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006, ISBN:80-7254-730-5

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

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, ISBN: 978-80-7013-535-8

KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2012, ISBN:978-80-7262-657-1

KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. a kol. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2008, ISBN: 978-80-7262-492-8

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

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN: 80-247-1018-8

KUDLÁČEK, J. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál s.r.o., 2012, ISBN: 987-80-262-0178-6

LANGER, J. a kolektiv. *Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci – Pedagogická fakulta, 2013, ISBN: 978-80-244-3681-4

LIPPERT – GRÜNER, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005, ISBN: 80-7262-317-6

NeuroCentrum Praha. *Jaká jiná zdravotní postižení provázejí DMO* [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <[http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm /postizeni/](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm/postizeni/)>

Oxford Medical Education. *Mini-Mental State Examination (MMSE)* [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: <<http://www.oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/mini-mental-state-examination-mmse>>

prof. MUDr. PFEIFFER, J. DrSc. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2001, ISBN: 978-80-247-1587-2

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN: 978-80-247-1135-5

Pipeková J. *Mentální retardace*. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <<http://www.slezgym2006b.estranky.cz/clanky/zsv/mentalni-retardace.html>>

Poranění mozku. *Hodnocení funkčního stavu pacienta*. [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: <<http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/hodnoceni-funkcniho-stavu-pacienta.html>>

Sestra. *Aplikace prvků ergoterapie v rehabilitačním ošetřování*. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aplikace-prvku-ergoterapie-v-rehabilitacnim-oseetrovani-463448>>

ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2007, ISBN: 978-80-7315-160-7

Doc. MuDr. ŠVESTKOVÁ, O. *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. Praha: Rozvojové partnerství PENTACOM v rámci projektu iniciativy Společenství EQUAL "Rehabilitace - Aktivace - Práce", 2008

Vitalion. *Dětská mozková obrna*. [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <<http://nemoci.vitalion.cz/detska-mozkova-obrna/>>

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, 2003, ISBN:80-246-0708-5

Zdravotnické potřeby. *Elastické tkaničky ADL*. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnicke-potreby.net/detail.php?id=2010014#>>

Žijte kvalitně: pomáháme nejen seniorům. *Kartáč s přísavkami na mytí zad*. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://www.zijtekvalitne.cz/pomucky-pro-osobni-hygienu/kartac-s-prisavkami-na-myti-zad/>>

Žijte kvalitně: pomáháme nejen seniorům. *Škrabka na zeleninu a ovoce s přísavkou na pracovní desku*. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <<http://www.zijtekvalitne.cz/pomucky-do-kuchyne/skrabka-na-zeleninu-a-ovoce-s-prisavkou-na-pracovni-desku/>>

JUDr. ŽIŽKA, Z. *Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, ISBN: 978-80-87181-07-2

SEZNAM ZKRATEK

DMO	dětská mozková obrna
CNS	centrální nervový systém
ADL	všední denní činnosti
pADL	personální všední denní činnosti
iADL	instrumentální všední denní činnosti
WC	wather closet (toaleta)
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna
SBb	sbírka
GMFCS	gross motor function classification system
FIM	funkční míra nezávislosti
MMSE	mini – mental state examination
BI	Barthel index
CTPS	centrum pohybových a terénních sociálních služeb
ZŠ	základní škola
KP	kompensační pomůcky
DK	dolní končetina
JIP	jednotka intenzivní péče
LHK	levá horní končetina
PHK	pravá horní končetina
MOP	mírně omezený pohyb
SOP	silně omezený pohyb

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozdělení ADL činností	22
Tabulka 2 Hodnocení úchopů klienta č. 1	43
Tabulka 3 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 1	48
Tabulka 4 Hodnocení úchopů klienta č. 2	52
Tabulka 5 Závěrečné shrnutí tetování klienta č. 2.....	57
Tabulka 6 Hodnocení úchopů u klienta č. 3	61
Tabulka 7 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 3	67
Tabulka 8 Hodnocení úchopů klienta č. 4	71
Tabulka 9 Závěrečné shrnutí testování klienta č. 4	76
Tabulka 10 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 1	77
Tabulka 11 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 2	78
Tabulka 12 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3	79
Tabulka 13 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 4	80

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 1	77
Graf 2 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 2	78
Graf 3 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 3	79
Graf 4 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření u klienta č. 4	80

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Příklady kompenzačních pomůcek

Příloha č. 2 – Adresář nadací poskytující příspěvky na pomůcky osob se zdravotním postižením

Příloha č. 3 – Adresář půjčoven kompenzačních pomůcek pro osoby se zdravotním postižením v České republice

Příloha č. 4 – Půjčovny pomůcek svazu tělesně postižených

Příloha č. 5 – FIM – Funkční míra nezávislosti

Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností - ADL

Příloha č. 7 – MMSE – Mini-mental State Exam test

Příloha č. 8 – Katzův test každodenních činností

Příloha č. 1 – Příklady kompenzačních pomůcek

Obrázek 1 Navlékač ponožek



Zdroj: (Sestra, 2015)

Obrázek 2 Elastické tkaničky



Zdroj: (Zdravotnické potřeby, 2015)

Obrázek 3 Zapínač knoflíků



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 4 Zapínač zipu



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 5 Ergonomický držák klíčů



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 6 Držák toaletního papíru



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 7 Držák na tužku



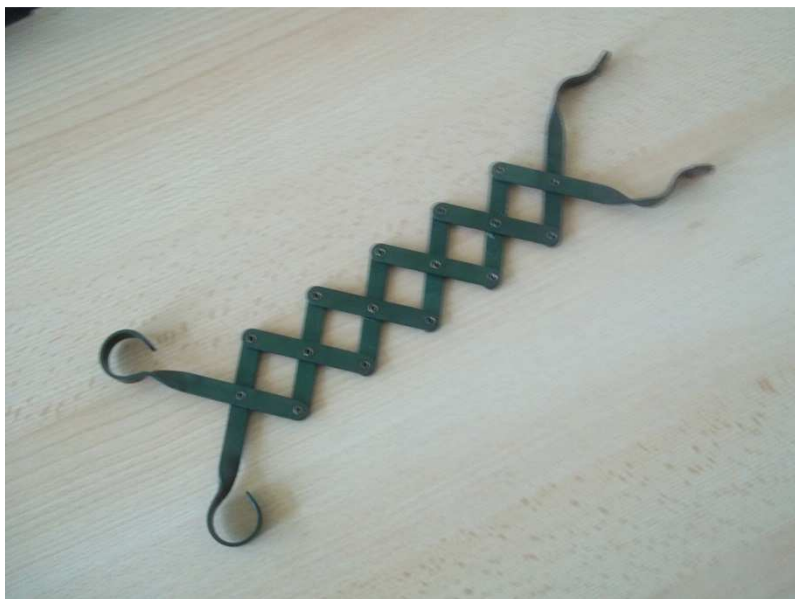
Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 8 Švédský podavač předmětů



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 9 Nůžkový podavač předmětů



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 10 Hřeben s prodlouženou rukojetí



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 11 Kartáč s přísavkami



Zdroj: (Žijte kvalitně: pomáháme nejen seniorům, 2015)

Obrázek 12 Hrneček s výhřezem pro nos



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 13 Ergonomická vidlička



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 14 Ergonomický nůž



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 15 Ergonomická lžíce



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 16 Škrabka s přísavkami



Zdroj: (Žijte kvalitně: pomáháme nejen seniorům, 2015)

Obrázek 17 Talíř s vyvýšeným okrajem



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 18 Okraj na talíř



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 19 Nůž ergonomický pravoúhlý



Zdroj: (Katedra fyzioterapie a ergoterapie, ZČU)

Obrázek 20 Multifunkční kuchyňské prkénko



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 21 Držák nápojů



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 22 Hrnek s pítkem



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Obrázek 23 Otvírač sklenic



Zdroj: (DMA kompenzační pomůcky, 2015)

Příloha č. 2 – Adresář nadací poskytující příspěvky na pomůcky osob se zdravotním postižením

Nadace Charty 77 – Konto Bariéry

- Melantrichova 5, 110 00 Praha 1, Czech Republic
- Tel: 224 214 452, 224 230 216, 224 225 092
- Fax: 224 213 647
- nadace77@bariery.cz
- www.kontobariery.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením.

Nadace Taťány Kuchařové – Krása pomoci

- Revoluční 1003/3, 110 00 Praha 1
- Tel: 604 866 366
- Fax: 221 803 254
- info@krasapomoci.cz
- www.krasapomoci.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením.

Nadační fond J&T

- Prosecká 851/64, 190 00 Praha, Česká republika
- Tel: 221 710 374
- Mob: 724 829 131
- nadacnifondjt@nadacnifondjt.cz
- www.nadacnifondjt.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením.

Nadační fond Václava Klause

- Politických vězňů 10, 110 00 Praha 1
- Tel: 222 192 409
- bachora@volny.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením.

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové

- Senovážné náměstí 2, 111 21 Praha 1
- Tel: 224 217 331
- vdv@vdv.cz
- www.vdv.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením.

Nadace Dětský mozek

- Riegrova 336/5, 250 01 Brandýs nad Labem
- Tel: 603 258 852, 326 303 770
- nadace@detskymozek.cz
- www.detskymozek.cz
- Lze žádat o příspěvek na pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Podporují i dospělé.

Nadace správného životního stylu

- Františka Černého 9, 273 01 Lhota, okres Kladno
- Tel: 225 028 100
- Fax: 225 028 106
- nadace@nadaceszs.cz
- www.nadaceszs.cz

Nadace Zdraví pro Moravu

- Klatovská 606/3, 602 00 Brno, Ponava
- Tel: 603 420 526
- nadace@nadacezdravi.cz
- www.nadacezdravi.cz

Nadace Syner

- Rumunská 655/9, 406 01 Liberec 1
- Tel: 486 124 101, 486 123 502
- nadacesyner@seznam.cz
- www.nadacesyner.cz

Firemní dárcce ČESKÁ RAFINÉRSKÁ, a.s.

- Záluží 2, 436 01 Litvínov
- Tel: 476 163 567, 476 161 111
- Fax: 476 165 086
- Formulář žádosti o sponzorský dar na adrese: www.crc.cz/cz/spolecenska-odpovednost.aspx
- Pouze pro osoby se zdravotním postižením z Mostecka, Litvínovska a Kralupska

Nadace Dagmar a Václava Havlových – Vize 97

- Voršilská 10, 110 00 Praha 1
- Tel: 234 097 811, 234 097 812
- nadace@vize.cz
- www.vize.cz
- Lze žádat o příspěvek na vzdělání osob se zdravotním postižením.

Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových

- 119 08 Praha 1 – Hrad
- Tel: 224 372 196, 224 372 193
- info@nadacnifonfklausovych.cz
- www.nadacnifondklausovych.cz

Nadace Sophia

- Az Tower, 19p. Pražáková 1008/69, 639 00 Brno
- sophia@dimension.cz
- www.nadacesophia.cz
- Lze žádat o příspěvek na vzdělání osob se zdravotním postižením.

Nadace Archa Chantal

- Na Poříčí 12, 110 00 Praha 1
- Tel: 739 442 141
- info@archa-chantal.cz
- www.archa-chantal.cz

Nadační fond Kapka naděje

- Revoluční 1200/16, 110 00 Praha 1
- Tel: 721 342 785
- kapkanadeje@volny.cz
- www.kapkanadeje.cz

Olivova nadace

- Olivova 224, 251 01 Říčany u Prahy
- Tel: 323 631 313
- info@olivovanadace.cz
- www.olivovanadace.cz

Nadace PRO FUTURO

- Washingtonova 1599/17, 110 00 Praha 1

Občanské sdružení Život dětem

- Linderova 998/6, 180 00 Praha 8 – Libeň
- Tel: 284 840 516-8
- Fax: 284 840 519
- zivotdetem@zivotdetem.cz
- www.zivotdetem.cz

Zdroj: (Žižka, 2012, s. 103-104) – aktualizováno 20. 10. 2015

Příloha č. 3 – Adresář půjčoven kompenzačních pomůcek pro osoby se zdravotním postižením v České republice

Centrum pro zdravotně postižené Kraje Praha

- Lovosická 40, Poliklinika Prosek, 190 00 Praha 9
- Tel: 266 010 111
- info@poliklinikaprosek.cz
- www.poliklinikaprosek.cz

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, pracoviště v Českém Krumlově

- Kaplická 586, 381 01 Český Krumlov
- Tel: 380 711 764
- Cpzp.ck@volny.cz
- www.czpjckkrumlov.blog.cz

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, o.s., pracoviště v Jindřichově Hradci

- Janderova 147/II, 377 01 Jindřichův Hradec
- Tel: 384 361 723, 702 281 484
- czpjk@seznam.cz
- www.jczps.webnode.cz

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, pracoviště Písek

- Palackého sady 185, 397 01 Písek
- Tel: 382 212 343, 722 922 397
- czpjkpi@seznam.cz
- www.czpjk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, pracoviště Strakonice

- Stavbařů 213, 386 01 Strakonice
- Tel: 383 321 931, 724 707 312
- strakonice@jczp.cz
- www.czp.strakonice.cz

Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje, pracoviště Tábor

- Kvapilova 2289, 390 03 Tábor
- Tel: 381 254 240
- Czpj-k-ta@volny.cz
- www.poradnaprouzivatele.cz

Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje

- Koterovská 134, 326 00 Plzeň
- Tel: 377 440 854, 775 786 001
- plzen@czppk.cz
- www.czppk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje

- Masarykovo náměstí 215/I, 337 01 Rokycany
- Tel: 371 723 759, 775 786 004
- Rokycany@czppk.cz
- www.czppk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje

- Bělojarská 1541, 347 01 Tachov
- Tel: 374 722 189, 775 278 505
- tachov@czppl.cz
- www.czppk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje

- Májova 19, 350 02 Cheb
- Tel: 354 433 024, 602 340 483
- cheb@sluzbypostizenym.cz
- www.sluzbypostizenym.cz

Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje

- Sokolovská 54, 360 05 Karlovy Vary
- Tel: 353 998 050, 603 725 000
- karlovyvary@sluzbypostizenym.cz
- www.sluzbypostizenym.cz

Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje

- Rokycanova 1756, 356 01 Sokolov
- Tel: 352 628 788, 602 340 482
- sokolov@sluzbypostizenym.cz
- www.sluzbypostizenym.cz

Centrum pro zdravotně postižené Ústeckého kraje, o.s.

- Štefánikova 25, 400 01 Ústí nad Labem
- Tel: 775 204 056
- zounova@krcentrum.cz
- www.krcentrum.cz

Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.s.

- Konopeova 812, 470 01 Česká Lípa
- Tel: 487 853 481
- czpcl@volny.cz
- www.czplk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.s.

- Spolkový dům, Emilie Floriánové 8, 466 01 Jablonec nad Nisou
- Tel: 483 356 218
- czpjbc@volny.cz
- www.czplk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.s.

- Zahradní 415/10, 460 01 Liberec XI-Růždol I
- Tel: 485 104 044
- czplk@volny.cz
- www.czplk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.s.

- Archivní 570, 513 01 Semily
- Tel: 488 577 841
- czpsm@volny.cz
- www.czplk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Královéhradeckého kraje

- Pospíšilova 365, 500 03 Hradec Králové
- Tel: 495 538 867, 604 839 979
- czphk@czphk.cz
- www.czphk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Královéhradeckého kraje, pobočka Náchod

- Palachova 1303, 547 28 Náchod
- Tel: 491 426 027
- nachod@czphk.cz
- www.czphk.cz

**Centrum pro zdravotně postižené Královéhradeckého kraje, pobočka
Rychnov nad Kněžnou**

- Palackého 694, 516 01 Rychnov nad Kněžnou
- Tel: 494 535 494
- rychnov@czphk.cz
- www.czphk.cz

**Centrum pro zdravotně postižené Královéhradeckého kraje, pobočka
Trutnov**

- Horská 5/1, 541 01 Trutnov
- Tel: 499 813 032
- trutnov@czphk.cz
- www.czphk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje

- Bělehradská 389, 530 09 Pardubice
- Tel: 466 335 630, 775 693 987
- czp-pk@centrum.cz
- www.czp-pk.cz

**Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina – pracoviště Havlíčkův
Brod**

- Dobrovského 2915, 580 01 Havlíčkův Brod
- Tel: 569 427 614
- czphbrod@volny.cz
- www.zdravotnepostizeni-vysocina.cz

Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina, pracoviště Jihlava

- Vrchlického 57, poliklinika 586 47 Jihlava
- Tel: 567 303 685, 732 880 824
- cszp.ji@centrum.cz
- www.zdravotnepostizeni-vysocina.cz

Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina, pracoviště Pelhřimov

- Na Obci 1768, 393 01 Pelhřimov
- Tel: 565 324 806, 733 255 149
- czp.pe@centrum.cz
- www.zdravotnepostizeni-vysocina.cz

Centrum zdravotně postižené kraje Vysočina

- Komenského náměstí 12, 674 01 Třebíč
- Tel: 568 841 034
- czp.tr@volny.cz
- www.zdravotnepostizeni-vysocina.cz

Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina, pracoviště Žďár nad Sázavou

- Komenského 1190/1, 591 01 Žďár nad Sázavou
- Tel: 566 625 703, 605 353 612
- czp.zdar@volny.cz
- www.zdravotnepostizeni-vysocina.cz

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.s.

- Dr. E. Beneše 1497/21, 792 01 Bruntál
- Tel: 554 718 068
- czp.bruntal@czp-msk.cz
- www.czp-msk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.s.

- Kolaříkova 653, 738 01 Frýdek – Místek
- Tel: 558 431 889
- czp.fm@czp-msk.cz
- www.czp-msk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.s.

- Sokolovská 9, 741 01 Nový Jičín
- Tel: 556 709 403
- czp.novyjicin@czp-msk.cz
- www.czp-msk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.s.

- Liptovská 21, 747 06 Opava 6
- Tel: 553 734 109
- czp.opava@czp-msk.cz
- www.czp-msk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.s.

- Bieblova 3/2922, 702 00 Ostrava
- Tel: 596 115 318
- czp.ostrava@czp-msk.cz
- www.czp-nsk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje

- Gahurova 5265, 760 01 Zlín
- Tel: 575 570 600, 776 224 751
- zlin@czp-zk.cz
- www.czp-zk.cz

Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje

- Náměstí Míru 1551, 767 01 Kroměříž
- Tel: 575 752 152, 608 903 613
- kromeriz@czp-zk.cz
- www.czp-zk.cz

Zdroj: (Žižka, 2012, s. 85-88) – aktualizováno 20. 10. 2015

Příloha č. 4 – Půjčovny pomůcek svazu tělesně postižených

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Beroun

- Na Parkáně 111, 266 01 Beroun – Město
- Tel: 736 282 467, 311 624 359
- oostpberoun@seznam.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Beroun

- Čapkova 6, 678 01 Blansko
- Tel: 516 411 117, 776 059 474
- stp.blansko@seznam.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Kutná Hora

- 285 42 Červené Janovice 102
- Tel: 327 594 777, 731 165 937
- stp-kh@seznam.cz, radomerska.l@seznam.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace Děčín

- U Plovárny 1261/12, 405 02 Děčín 1
- Tel: 606 622 119, 412 510 110
- i.lenghartova@seznam.cz, stp.dc@volny.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., místní organizace

Hořovice

- Palackého náměstí 640/32 (MÚ), 268 01 Hořovice
- Tel: 605 503 281
- jarmila.gruntova@klikni.cz
- stp.mypage.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Hodonín

- třída Palackého 67/7, 697 01 Kyjov
- Tel: 731 115 213, 518 389 453
- karla.zborilova@seznam.cz
- www.stpkyjov.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Louny

- Pod Nemocnicí 2503, 440 01 Louny
- Tel: 415 620 300, 732 184 297, 608 609 633
- mocnakova.z@centrum.cz
- www.svaztelesnepostizenych-louny.ic.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Náchod

- Zámecká 239, 547 01 Náchod
- Tel: 724 113 329
- k.kabrt@seznam.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Nymburk

- Náměstí T. G. Masaryka 1130/18, 290 01 Poděbrady 3
- Tel: 739 005 654, 724 810 619
- rizek.stp@seznam.cz

**Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., krajská organizace
Moravskoslezského kraje**

- 30. Dubna 2938/3, 702 00 Ostrava
- Tel: 721 907 609, 737 253 342
- stpvct@seznam.cz
- www.svaztp-msk.cz

**Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace
Louny (pobočka Podbořany)**

- Mírová 615 – Městský úřad, 441 01 Podbořany
- Tel: 732 184 297, 774 734 061
- mocnakova.z@centrum.cz
- www.svaztelesnepostizenych-louny.ic.cz

**Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace
Louny (pobočka Postoloprty)**

- Jiráskovo náměstí 622, 439 42 Postoloprty
- Tel: 732 184 297
- mocnakova.z@centrum.cz
- www.svaztelesnepostizenych-louny.ic.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s.

- Karlínské náměstí 12, 186 00 Praha 8 – Karlín
- Tel: 224 817 224, 732 526 288
- jirina.pavloskova@svaztp.cz
- www.svaztp.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., místní organizace Přerov

- Kratochvílova 35 – Přerovanka, 750 02 Přerov
- Tel: 581 217 082, 739 727 457
- centrumstp@seznam.cz
- www.mostp.cz/index.html

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Příbram

- Žežická 193, 261 01 Příbram
- Tel: 606 650 114, 326 531 930
- ovstppribram@volny.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s. okresní organizace Tábor

- Kvapilova 2289, 390 03 Tábor
- Tel: 737 564 152, 606 878 605
- zeisovazdena@seznam.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Uherské Hradiště

- Palackého náměstí 293, 686 01 Uherské Hradiště
- Tel: 777 769 309
- baliceksvaztelposti@centrum.cz
- www.svaztp-uh.estranky.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace Ústí

nad Labem

- Stříbrnické nivy 2428/4, 400 11 Ústí nad Labem
- Tel: 475 211 956, 776 356 275
- stp.ul@volny.cz
- www.volny.cz/stp.ul/

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Vsetín

- Tyršova 1271, 755 01 Vsetín
- Tel: 576 515 045, 731 482 559
- stpvsetin@seznam.cz
- www.stpvsetin.estranky.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace Zlín

- Podlesí IV 5348/B, 760 05 Zlín 5 – Jižní Svahy
- Tel: 728 869 609
- alena.merhautova@centrum.cz
- www.stp-zlin.cz

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., okresní organizace

Znojmo

- Zámečnická 320/10, 669 02 Znojmo
- Tel: 725 611 711, 515 224 924
- ovstpznnojmo@seznam.cz
- www.stp-znojmo.cz/web/

3 P, o.s. – Podpora Pomoc Pomůcky

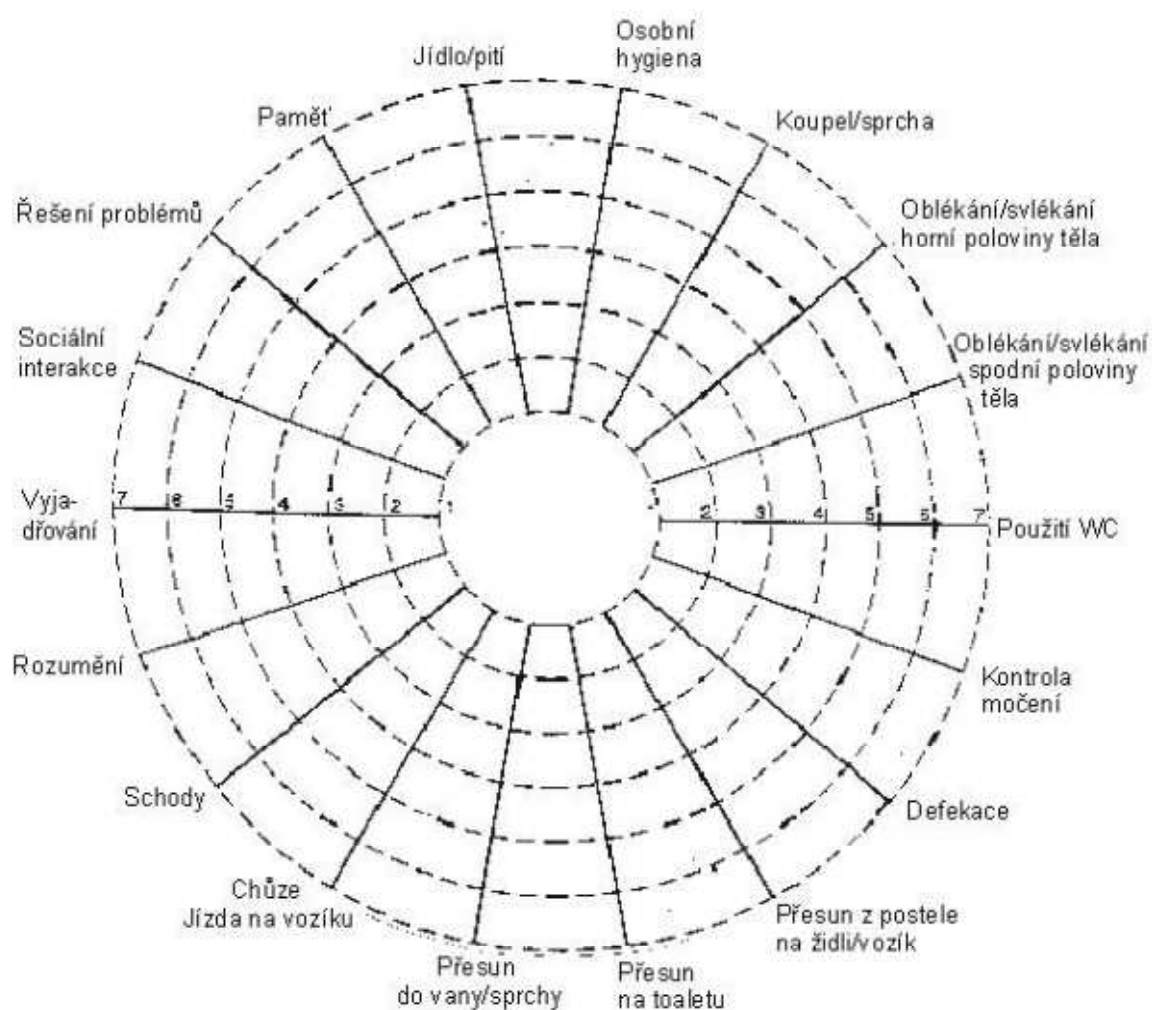
- Wuchterlova 362/11, 160 00 Praha 6
- Tel: 224 323 433, 724 654 007
- pujcovna.czp@centrum.cz
- www.3p-os.cz

Zdroj: (Žižka, 2012, s. 90-93) – aktualizováno 20. 10. 2015

Příloha č. 5 – FIM – Funkční míra nezávislosti

FIM - Functional Independence Measures

Jméno:
Rodné číslo:
Datum:



7 Úplná samostatnost
6 Modifikovaná samostatnost

bez pomoci druhé osoby

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

Upraveno podle: Zdroj: (Poranění mozku, 2016)

Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností - ADL

Jméno klienta:

Datum vyšetření:

Barthelův test základních všedních činností – ADL

(activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
2. oblékání	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
3. koupání	a) samostatně nebo s pomocí b) neprovede	5 0
4. osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí b) neprovede	5 0
5. kontinence stolice	a) plně kontinentní b) občas inkontinentní c) trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence moči	a) plně kontinentní b) občas inkontinentní c) trvale inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) vydrží sedět d) neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	a) samostatně nad 50 m b) s pomocí 50 m c) na vozíku 50m d) neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	a) samostatně bez pomoci b) s pomocí c) neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů: vysoce závislý

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Upraveno podle: Zdroj: (Lippert – Grüner, 2005)

Příloha č. 7 – MMSE – Mini-mental State Exam test

Jméno klienta:

Datum vyšetření:

Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte klientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď započtete 1 bod.</p> <p>a) Který je teď rok? b) Které je roční období? c) Můžete mi říci dnešní datum? d) Který je den v týdnu? e) Který je teď měsíc? f) Ve kterém jsme státě? g) Ve které jsme zemi? h) Ve kterém jsme městě? i) Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? j) Ve kterém jsme poschodí?</p>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Všípivost Vyšetřující jmenuje 3 předměty (lopatka, šátek, váza) a vyzve pacienta, je opakovat. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá 1 bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny 3, opakuje je tak dlouho, dokud se je nenaučí.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Vyzvěte klienta, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93 – 86 – 79 – 72 – 65). Skončíte po 5 odečtech. Každou správnou odpověď hodnotíte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách.</p>	5
<p>4. Výbavnost Vyzvěte klienta, aby opakovat 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <p>a) Ukažte klientovi 2 předměty (tužka, hodiny) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za každou správnou odpověď po 1 bodu. b) Vyzvěte klienta, aby po Vás opakovat „Žádná, ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte 1 bodem. c) Dejte klientovi třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod. d) Dejte klientovi přečíst kartu s nápisem „Zavřete oči“. Započítejte 1 bod za zavření očí. e) Vyzvěte klienta, aby napsal smysluplnou větu. 1 bod za větu obsahující podmět a přísudek, který dává smysl. f) Vyzvěte klienta, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
Celkové skóre	Max. skóre
<p>Hodnocení: Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu (derilium nebo demenci). Test má senzitivitu 87% a specifitu 82%.</p>	

Upraveno podle: Zdroj: (Oxford Medical Education, 2016)

Příloha č. 8 – Katzův test každodenních činností

Katzův test každodenních činností

A nezávislý při jídle, kontinenci, schopný přesunu, jít na toaletu, obléknout se a vykoupat se
B nezávislý ve všech uvedených funkcích kromě jedné
C nezávislý kromě koupání a ještě jedné funkce
D nezávislý kromě koupání, oblékání a ještě jedné funkce
E nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu a ještě jedné funkce
F nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a ještě jedné funkce
G závislý ve všech šesti funkcích
Jiné závislý přinejmenším ve dvou funkcích, které však nejsou klasifikované v C, D, E nebo F

„Nezávislý“ znamená bez dohledu, řízení nebo aktivní pomoci od jiné osoby, kromě zvláštních případů uvedených níže. Hodnocení je založeno na aktuálním stavu, ne na schopnosti. Na pacienta, který odmítne úkon provést, se pohlíží, jako by jej nezvládl, i když je jinak pokládán za schopného, úkon splnit.

Funkce	Nezávislost	Závislost
Koupání (houba, sprcha nebo vana)	Pomoc pouze při koupání jedné části těla (např. zad nebo ochrnuté končetiny) nebo se celý vykoupe sám	Pomoc při koupání více než jedné části těla, pomoc při vstupu do vany a výstupu z ní, nebo se nemůže koupat sám
Oblékání	Vezme si oblečení ze skříní nebo zásuvek, oblékne si šaty i svrchní oděv, zvládne si zapnout pásek a různé zapínání, šle, nevyžaduje se šněrování bot	Neoblékne se sám nebo zůstane částečně neoblečen
Toaleta	Jde na toaletu, použije toaletu, svlékne se, oblékne a upraví si oděv, očistění exkrementů (zvládne dát si do lůžka exkrementní mísu, používanou v noci a může nebo nemusí používat mechanické opěry)	Používá exkrementní mísu nebo exkrementní židli nebo potřebuje pomoc, když se chce dostat na toaletu a použít ji
Přesun	Dostává se na lůžko i z něj zcela nezávisle, dostane se na vozík i z něj zcela nezávisle (může nebo nemusí při tom používat mechanické opěry)	Pomoc při pohybu z lůžka nebo na něj a/nebo na vozík, nezvládne jeden ani více přesunů
Kontinence	Močení i defekaci zvládne zcela sám/kontroluje je	Částečná nebo úplná inkontinence močení nebo defekace, částečná nebo plná kontrola pomocí klyzmat, katétrů, nebo řízené používání urinálů a/nebo exkrementních mís na lůžku
Přijímání potravy	Jí z talíře nebo jeho ekvivalentu (krájení masa a příprava jídla, jako je namazání chleba máslem, se z hodnocení nevyklučují)	Při jídle potřebuje pomoc (viz výše), vůbec se nenají nebo přijímá parenterální výživu

Upraveno podle: Zdroj: (Lippert – Grüner, 2005)