

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kristýna Ichová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P360009

Kristýna Ichová

**SPECIFIKA ERGOTERAPIE U VESTIBULÁRNÍ
REHABILITACE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Darina Iskendri

PLZEŇ 2024

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna ICHOVÁ**
Osobní číslo: **Z21B0051P**
Studijní program: **B0915P360009 Ergoterapie**
Téma práce: **Specifika ergoterapie u vestibulární rehabilitace**
Zadávací katedra: **Katedra rehabilitačních oborů**

Zásady pro vypracování

Zpracovat rešerši a uvést teoretická východiska kvalifikační práce.
Stanovit výzkumný cíl kvalifikační práce.
Zpracovat teoreticko-empirickou/ teoretickou rešeršní kvalifikační práci dle požadavků FZS.
Popsat metodiku kvalifikační práce.
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
Dodržet citační normu (ISO) a jednotný citační styl v celé kvalifikační práci.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **elektronická**

Seznam doporučené literatury:

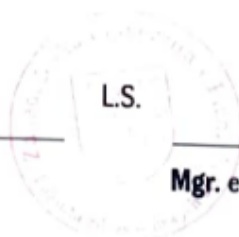
- AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA, 2008. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-157-4.
- SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.
- COHEN, Helen S, Ann BURKHARDT, Gaye W CRONIN a Mary Jo MCGUIRE, 2006. Specialized Knowledge and Skills in Adult Vestibular Rehabilitation for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*. Bethesda, (6), 10. ISSN 02729490. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.669>
- KANNENBERG, Kathy, 2014. Vestibular Rehabilitation in Occupational Therapy Practice. *OT Practice*. Bethesda, (1), 6. ISSN 10844902.
- COHEN, Helen S, 2014. Use of the Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale to describe functional limitations in patients with vestibular disorders. *Journal of Vestibular Research*. Houston, 33-38. Dostupné z: doi:10.3233/VES-130475.
- COHEN, Helen S, 1994. Vestibular Rehabilitation Improves Daily Life Function. *The American Journal of Occupational Therapy*. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.48.10.919

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Darina Iskendri**
Katedra rehabilitačních oborů

Datum zadání bakalářské práce: **20. května 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2024**



Ing. Jan Beránek, MBA
děkan





Mgr. et Mgr. Václav Beránek, Ph.D., MBA
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2024

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Ichová Kristýna

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Specifika ergoterapie u vestibulární rehabilitace

Vedoucí práce: Mgr. Darina Iskendri

Počet stran – číslované: 50

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: vestibulární systém, poruchy vestibulárního systému, vestibulární rehabilitace, ergoterapie, aktivity denního života

Souhrn:

Vestibulární rehabilitace podporuje kompenzační mechanismy ve vestibulárním systému se zaměřením na zlepšení stability, snížení rizika pádu a redukce závratí. Úlohou ergoterapie ve vestibulární rehabilitaci je zachování maximální soběstačnosti ve každodenních činnostech, které jsou omezeny vlivem problémů spojených s poruchami vestibulárního systému. Cílem práce je zjistit, jaké jsou problémové oblasti aktivit denního života u pacientů s poškozením vestibulárního systému. Z výsledků zkoumání vyplynulo, že nejvíce problémovými aktivitami denního života jsou ty, při kterých je nutné přenášení váhy, ohýbání, natahování a vyžadující změnu polohy – např. oblékání dolní poloviny těla, koupání, chůze v terénu a po schodech, práce na zahradě, jízda dopravními prostředky a nakupování. Cíle práce byly naplněny a z kazuistik a dotazníku jasně vyplynuly problémové aktivity denního života. Bylo by vhodné přenést výsledky zkoumání do praxe při práci s pacienty s podobnými problémy.

Abstract

Surname and name: Kristýna Ichová

Department: Department of rehabilitation disciplines

Title of thesis: Specifics of occupational therapy in vestibular rehabilitation

Consultant: Mgr. Darina Iskendri

Number of pages – numbered: 50

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 23

Keywords: vestibular system, disease of vestibular systém, vestibular rehabilitation, occupational therapy, aktivity of daily living

Summary:

Vestibular rehabilitation promotes compensatory mechanisms in the vestibular system with a focus on improving stability, reducing the risk of falls and reducing dizziness. The role of occupational therapy in vestibular rehabilitation is to maintain maximum self-sufficiency in activities of daily living that are limited by problems associated with disorders of the vestibular system. The aim of this study is to identify the problem areas of activities of daily living in patients with vestibular system disorders. The results of the investigation revealed that the most problematic activities of daily living are those that require weight bearing, bending, stretching and require position changes – for example dressing the lower half of the body, bathing, walking in the field and on stairs, gardening, driving vehicles and shopping. The objectives of the work were met and the problem activities of daily living emerged clearly from the case studies and the questionnaire. It would be useful to transfer the results of the research into practice when working with patients with similar problems.

Poděkování

Ráda bych moc poděkovala Mgr. Darině Iskendri za odborné vedení bakalářské práce, její cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při konzultacích bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich účast ve výzkumu, díky čemuž jsem mohla vypracovat praktickou část práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu a toleranci.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 VESTIBULÁRNÍ SYSTÉM	15
1.1 Vestibulokochleární nerv.....	15
1.2 Funkce vestibulárního systému	16
1.2.1 Vestibulookulární reflex (VOR) a vestibulospinální reflex (VSR).....	16
2 LÉZE VESTIBULÁRNÍHO SYSTÉMU	17
2.1 Centrální léze vestibulárního systému.....	17
2.2 Periferní léze vestibulárního systému.....	17
2.3 Závrať (vertigo)	17
2.4 Hlavní příčiny vzniku závratí	17
2.4.1 Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV).....	17
2.4.2 Menierova choroba	17
2.4.3 Vestibulární neuronitida	18
2.4.4 Ischemická léze v oblasti vertebrobazilárního povodí	18
2.4.5 Vestibulární migréna	18
2.5 Nystagmus	18
2.6 Diagnostika.....	18
2.6.1 Vyšetření nystagmu	19
2.6.2 Vyšetření taxe končetin	19
2.6.3 Vyšetření stoje a chůze	19
2.6.4 Head Impulse Test (HIT).....	20
2.6.5 Polohové manévry	20
3 VESTIBULÁRNÍ REHABILITACE	21
3.1 Principy vestibulární rehabilitace	21
3.2 Vestibulární rehabilitace u centrálního poškození	21
3.3 Vestibulární rehabilitace u periferního poškození.....	22
3.3.1 Stádium statické dysbalance.....	22
3.3.2 Stádium dynamické dysbalance	22
3.4 Vestibulární rehabilitace u BPPV	22
4 ERGOTERAPIE	24
4.1 Definice ergoterapie	24

4.2	ADL (Všední denní činnosti)	24
4.3	Ergoterapie u vestibulární rehabilitace	25
4.3.1	The Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VADL).....	26
PRAKTICKÁ ČÁST		27
5	CÍL PRÁCE	27
5.1	Hlavní cíl	27
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	28
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	29
8	METODIKA PRÁCE	30
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	31
9.1	Kazuistika 1	31
9.2	Kazuistika 2	35
9.3	Kazuistika 3	38
9.4	Doporučení	41
9.5	Výsledky dotazníkového šetření.....	43
DISKUZE		58
ZÁVĚR.....		62
SEZNAM LITERATURY		64
SEZNAM PŘÍLOH		66
PŘÍLOHY		67

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	43
Graf 2: Věk respondentů	44
Graf 3: Dosažené vzdělání respondentů	45
Graf 4: Délka praxe v ergoterapii	46
Graf 5: Typ zařízení, ve kterém ergoterapeuti pracují.....	47
Graf 6: Nejčastější diagnózy.....	48
Graf 7: Četnost setkávání s pacienty s poruchou vestibulárního systému v ergoterapii	49
Graf 8: Využití prvků vestibulární rehabilitace v ergoterapii.....	50
Graf 9: Konkrétní používané prvky vestibulární rehabilitace	51
Graf 10: Narušení běžného života u poruch vestibulárního systému	52
Graf 11: Ovlivnění ADL u pacientů s poruchou vestibulárního systému	53
Graf 12: Konkrétní ADL ovlivněné poruchou vestibulárního systému	54
Graf 13: Nutná pomoc druhé osoby při ADL.....	55
Graf 14: Konkrétní ADL, u kterých je nutná pomoc druhé osoby	56
Graf 15: Poruchy spánku u pacientů s poruchami vestibulárního systému.....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Testy ADL v rámci kazuistik	41
---	----

SEZNAM ZKRATEK

BPPV.....Benigní paroxysmální polohové vertigo

CMP.....Cévní mozková příhoda

HIT.....Head Impulse Test

iADL.....Instrumentální aktivity denního života

pADL.....Personální aktivity denního života

VADL.....The Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale

VOR.....Vestibulookulární reflex

VSR.....Vestibulospinální reflex

ÚVOD

Vestibulární systém se skládá z centrální a periferní složky. Do centrální složky patří vestibulární jádra, mozeček, thalamus a oblasti vestibulární kůry. Periferní složka vestibulárního systému tvoří 3 polokruhové kanálky, vestibulární nerv a 2 otolitové orgány (sakulus a utrikulus) (Ambler, 2008; Růžička, 2019).

Funkcí vestibulárního aparátu je schopnost vnímat polohu a pohyb těla v gravitačním poli. Dále také reagovat na změny polohy nebo pohybu. Vestibulární aparát se také podílí na regulaci svalového tonu, koordinaci pohybů hlavy a očí a na udržování rovnováhy (Růžička, 2019).

Funkce vestibulárního systému je zajištěna 2 reflexy: vestibulo-okulárním reflexem a vestibulo-spinálním reflexem. Vestibulo-okulární reflex zajišťuje stabilitu obrazu během pohybů hlavy, a tím udržuje zrakovou ostrost. Vestibulo-spinální reflex zajišťuje udržení rovnováhy těla při stoji a chůzi (Ambler, 2008).

Pacienti s vestibulární poruchou mohou mít např. rozostřené vidění, tinnitus, nauzeu, narušení prostorové orientace, poruchy soustředění a vertigo. U řady nemocných vedou tyto problémy ke snížení schopnosti samostatně vykonávat běžné denní činnosti, dále ke zvýšené únavě a snížení kvality života pacientů (Ambler, 2008).

V rámci aktivit běžného denního života mají pacienti obvykle problémy s činnostmi, které vyžadují rychlé pohyby hlavy nebo změnu polohy těla, jako je např. oblékání ponožek. Dále jde také o činnosti, ke kterým jsou nutné předklony, přenos váhy apod. (koupání, podávání věci z polic, práce na zahradě atd.) (Cohen, 1994).

Vestibulární rehabilitace se snaží podporovat kompenzační mechanismy ve vestibulárním systému a také vede ke zlepšení funkčního stavu se zaměřením na zlepšení stability, snížení rizika pádu a redukce závratí. Rehabilitační program se vždy staví na míru pacientovi podle jeho individuálních potřeb (Kannenber, 2014).

TEORETICKÁ ČÁST

1 VESTIBULÁRNÍ SYSTÉM

Vestibulární systém je uložen v pyramidě ve vnitřním uchu. Kostěný labyrint se skládá ze sluchové a vestibulární části, přičemž částí sluchovou je kochlea a do vestibulární části patří polokruhovitě kanálky a vestibulum. Uvnitř kostěného labyrintu se nachází membranózní labyrint. Tento labyrint je tvořen dvěma váčky (utrikulus a sakulus) a třemi blanitými polokruhovitými kanálky. Prostor mezi labyrinty je vyplněn perilymfou (extracelulární tekutinou) a membranózní labyrint vyplňuje endolymfa (intracelulární tekutina), která je produkována epitelem vystylajícím stěnu blanitého hlemýždě (Ambler, 2008).

Polokruhovitě kanálky se skládají z ampulí, do které je zasunuta crista ampularis, ve které jsou uloženy vláskové buňky a aferentní vestibulární vlákna. Z každé vlasové buňky vystupují kinocilie (pohyblivé části) a stereocilie (nepohyblivé části). Společně jsou spojeny v kupulu. Podle směru pohybu endolymfy dochází ke zvýšení aktivity (stereocilie jdou ke kinociliim) nebo inhibici (kinocilie jdou ke stereociliim) (Ambler, 2008). Ze synapsí těchto vláskových buněk vznikají nervy, které jsou součástí vestibulární části n. vestibulokoklearis. Kanálky poté ústí do utrikulu. Součástí sakulu a utrikulu je tzv. makula, která slouží jako receptorový útvar. V makule jsou uloženy krystalky uhličitanu vápenatého, kterým se říká otolity (Seidl, 2015).

Otolitové orgány (sakulus a utrikulus) slouží k rozpoznání lineárního zrychlení a rozpoznávají pozici a pohyby hlavy, zatímco polokruhovitě kanálky sledují úhlové zrychlení a rotaci hlavy. Polokruhovitě kanálky společně se sakulem a utrikulem detekují pohyb ve třech rovinách. Pokud dojde k poruše kanálků, dochází subjektivnímu pocitu rotace, přičemž poruchu otolitových orgánů provází pocitu padání na jednu stranu, kymáčení a pocitu vznášení (Ambler, 2008).

1.1 Vestibulokokleární nerv

Vestibulokokleární nerv je složen ze dvou větví. Horní větev (ramus superior) svým průběhem kopíruje lící nerv a inervuje utrikulus spolu s předním a laterálním polokruhovitým kanálkem. Spodní větev (ramus inferior) inervuje sakulus a zadní polokruhovitý kanálek a prochází spolu s kochleárním nervem. Axony nervu jsou vedeny do

čtyř vestibulárních jader, z otolovitých orgánů do laterálního a dolního vestibulárního jádra a z polokruhovitých kanálků do mediálního a horního jádra. Z těchto vestibulárních jader vede nespočet drah (ascendentní a descendentní) do mnoha oblastí – např. mozečku, okohybného systému, míchy, autonomních jader mozkového kmene apod. Vestibulární dráhy reflektoricky řídí svalový tonus trupového, šíjového svalstva a svalů končetin a také řídí pohyby hlavy a očí při reakcích na vestibulární podněty. Důkazem spojení vestibulárních drah a autonomního systému jsou vegetativní příznaky, jako je nauzea nebo zvracení, které jsou součástí vertiga (Ambler, 2008; Dunlap, 2019; Růžička, 2019).

1.2 Funkce vestibulárního systému

Základními funkcemi vestibulárního systému jsou udržení rovnováhy, koordinace pohybu očí a hlavy a regulace svalového tonu. To umožňuje člověku vnímat pohyb a polohu těla a generovat motorickou odpověď. Základními aferentními zdroji rovnováhy jsou: vestibulární aparát, propriocepce (polohocit a pohybocit), oko a mozeček (Seidl, 2015). Mezi důležité proprioceptory patří receptory ve svalech a kloubech (včetně krčních a šíjových svalů). To nám umožňuje vnímat pohyb hlavy a těla v prostoru a také postavení hlavy. Funkce vestibulárního systému je zajištěna dvěma reflexy: vestibulookulární reflex (VOR) a vestibulospinální reflex (VSR) (Ambler, 2008).

1.2.1 Vestibulookulární reflex (VOR) a vestibulospinální reflex (VSR)

Hlavním úkolem VOR je zajišťovat stabilitu retinálního obrazu a kvalitu vidění při pohybech hlavy ve všech rovinách polokruhovitých kanálků. VOR generuje pohyby očí opačným směrem, než jsou pohyby hlavy ve všech rovinách tak, že dochází k pomalému pohybu oka a v určitém úhlu jsou oči vráceny zpět do střední roviny pomocí centrálního sakadického pohybu (sakádou). Tento děj je důležitý při rychlých pohybech. Pokud tedy dojde k poškození VOR je zjevná nestabilita retinálního obrazu a pacienti si stěžují na rozostření zraku při rychlých pohybech těla a hlavy (oscilopsie). VSR pomáhá držet tělo a hlavu ve vzpřímené poloze pomocí vestibulospinálního traktu. Důležitý je především pro antigravitační posturální motorickou aktivitu (Ambler, 2008; Růžička, 2019).

2 LÉZE VESTIBULÁRNÍHO SYSTÉMU

2.1 Centrální léze vestibulárního systému

Postižení centrálního vestibulárního systému vzniká poruchou vestibulárních drah a jader, a to hlavně v oblasti mozkového kmene. Vyznačuje se závratí, která může být slabší i silnější a může mít rotační charakter. Dále se také může projevovat pocitem diskomfortu, slabosti, nestability až opilosti a nystagmem. Nystagmus může být rotační či vertikální anebo může mít smíšený charakter. Tento typ vestibulárního syndromu je disharmonický, není zde závislost mezi tonickými úchylkami a nystagmem (Čada, 2017).

2.2 Periferní léze vestibulárního systému

Důvodem vzniku postižení periferního vestibulárního systému je poškození labyrintu a vestibulárního nervu. Většinou se jedná o akutní problém projevující se silnou závratí a horizontálním nebo horizontálně-rotačním nystagmem (Čada, 2017). Tonické úchylky mají jeden směr, který je shodný jako pomalá složka nystagmu, jedná se proto o syndrom harmonický. Typické je také, že jsou přítomny všechny tonické úchylky i nystagmus, v takovém případě se jedná o úplný vestibulární syndrom (Ambler, 2008).

2.3 Závrať (vertigo)

Závrať je subjektivně vnímaný pocit nestability, rotačního pohybu a dezorientace, který je vyvolaný poruchou vestibulárního systému. Může být vnímána jako pohyb vlastního těla nebo pohyb okolí, tedy vnitřní a vnější závrať. Pro vestibulární léze je typická závrať rotačního charakteru (Seidl, 2015).

2.4 Hlavní příčiny vzniku závratí

2.4.1 Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV)

BPPV je jeden z nejčastějších příčin postižení periferního vestibulárního systému, konkrétně zadního polokruhového kanálku. Charakteristickým projevem je záchvat rotační závratí trvající cca 1 minutu spojený s vegetativními příznaky. Tento záchvat obvykle vzniká při poloze vleže na postiženém uchu. Může být také doprovázen rotačním nystagmem (Jeřábek, 2020).

2.4.2 Menierova choroba

Toto onemocnění je charakterizováno triádou příznaků: tinnitem, závratí a kolísající perцепční nedoslýchavostí, dále také může pacient subjektivně vnímat pocit plnosti ucha.

Tyto příznaky zpravidla trvají několik hodin. V závislosti na trvání onemocnění dochází k postupnému zhoršení sluchu na postiženém uchu a také ke zhoršení vestibulárních funkcí (Jeřábek, 2020).

2.4.3 Vestibulární neuronitida

Vestibulární neuronitida vzniká jednostranným poškozením periferního vestibulárního systému. Charakteristickým znakem je náhle vzniklá rotační závrať s výrazným nystagmem a spontánními tonickými úchyly doprovázenými vegetativními příznaky. Tyto příznaky začínají cca 2-3 den ustupovat (Koucký, 2022).

2.4.4 Ischemická léze v oblasti vertebrobasilárního povodí

Při této lézi může dojít k poškození periferního i centrálního vestibulárního systému. K periferní lézi dojde při poškození v povodí a. labyrinthu. Typická je u tohoto poškození závrať, která je také dominujícím příznakem. Při diagnostice je důležitá neurologická symptomatika (Jeřábek, 2020).

2.4.5 Vestibulární migréna

Typickým příznakem vestibulární migrény je silná závrať doprovázena nauzeou a zvracením, která může trvat až několik hodin. Může být také spojena s rozvojem migrenózního stavu doprovázeného bolestí hlavy (Čada, 2017).

2.5 Nystagmus

Nystagmem je označováno kmitání očních bulbů, které je složené z pomalé a rychlé složky. Vzniká při jednostranném poškození vestibulárního systému, kdy dochází k asymetrii obou vestibulárních aparátů. Nepoškozená část aparátu přetlačuje bulby k poškozené straně. Základními složkami nystagmu je jeho intenzita (3 stupně), frekvence (počet kmitů bulbů za 10 vteřin) a směr. Směr může být rotační, vertikální, horizontální nebo smíšený (Skála, 2008).

2.6 Diagnostika

Pro diagnostiku a správné nastavení terapie je především důležitý detailní popis závratí pacientem. Dále jsou velmi důležité vyvolávající příčiny závratě, jejich doba trvání a jiné doprovodné příznaky. Mezi vyvolávající příčiny může patřit např. poloha hlavy (typické pro BPPV), pohyb hlavy a také situace, ve kterých se pacient nachází (např. jízda na eskalátorech). Podle doby trvání můžeme závratě dělit na akutní, epizodické a chronické. Doprovodnými příznaky mohou být tinnitus (Menierova choroba), bolest hlavy (vestibulární migréna) nebo poškození mozečku (CMP) (Růžička, 2019).

U pacientů s příznaky naznačujícími vestibulární poškození je nutné provést několik klinických vyšetření, mezi které patří např. vyšetření nystagmu, vyšetření stoje a chůze, vyšetření taxy končetin a jiné (Jeřábek, 2020).

2.6.1 Vyšetření nystagmu

Nystagmus se vyšetřuje pohybem očí přímo, nahoru, dolů a do stran. Pacient má u vyšetření otevřené oči. Vyšetřuje se spontánní a pohledový nystagmus. Spontánní nystagmus se vyšetřuje pohledem přímo před sebe a sleduje se, jak je ovlivněn fixací pohledu. Díky tomu se může rozpoznat, zda se jedná o periferní nebo centrální postižení. Periferní je typické tím, že nystagmus bije ke zdravé straně, má horizontálně rotační charakter a je ovlivnitelný fixací (Koucký, 2022).

Při vyšetření pohledového nystagmu je pozorován nystagmus při pohybu cca 30 ° ze středu do vertikální a horizontální směru. Pokud je při vyšetření přetrvávající horizontálně rotační nystagmus ve stejném směru, jako je spontánní, je to příznakem periferního postižení vestibulárního systému. Pakliže se směr nystagmu mění podle směru pohledu, jedná se o centrální postižení (Koucký, 2022).

2.6.2 Vyšetření taxy končetin

Pro vyšetření taxy končetin se používá několik jednoduchých testů. Prvním z nich je test pata-koleno, kdy je pacient vyzván, aby v leže na zádech s nataženými dolními končetinami položil patu na koleno druhé končetiny a sjel s ním pomalu po bérce až ke kotníku. Dalším testem je zkouška prst-nos, kdy pacient pokládá střídavě ukazováky obou horních končetin na svůj nos ze zavřenými očima. Třetím testem může být Finger-point test, kdy se musí pacient rychle opakovaně dotýkat ukazovákem ruky prstu vyšetřujícího, který polohu své ruky mění v prostoru. Může se zde objevit intenční třes nebo přestřelování pohybu (Jeřábek, 2020).

2.6.3 Vyšetření stoje a chůze

Vyšetření stoje a chůze je při diagnostice velmi důležité. Poloha a pohyb těla se mění v závislosti na poškození mozku. Jedním z možných testů pro vyšetření stoje je Rombergův test. Tento test má několik variant a také stupňů své obtížnosti (Koucký, 2022). Při 1. stupni pacient stojí o široké bázi s otevřenými očima, při 2. stupni stojí pacient s otevřenými očima a má chodidla u sebe. Při třetím stupni pacient stojí s chodidly u sebe a se zavřenými očima. Pokud je porucha vestibulárního aparátu, pacient při 3. stupni inklinuje až padá ke straně léze (Růžička, 2019).

Dalším možným vyšetřením je Unterbergova zkouška, kdy pacient pochoduje na místě se zavřenými očima a předpaženými horními končetinami, přičemž při poškození se pacient točí k postižené straně (Čakrt, 2017).

U vyšetření chůze pacient nejprve chodí přirozeně po rovině s otevřenými očima, poté se zavřenými. Vyšetřující sleduje šířku báze, délku kroků a případné úchyly ke straně (Čada, 2017).

2.6.4 Head Impulse Test (HIT)

Tento test umožňuje vyšetření vestibulo-okulárního reflexu. Vyšetřující požádá pacienta, aby fixoval pohled na kořen nosu vyšetřujícího, poté uchopí hlavu pacienta a provádí rychlé pasivní pohyby na strany a sleduje, jestli je pacient schopen stále fixovat pohled. U zdravého jedince vyvolají tyto pohyby hlavou pohyb očí opačným směrem stejnou rychlostí, jako je pohyb hlavy. U poškození jdou pohyby očí stejným směrem jako pohyby hlavou a poté následuje refixační sakáda zpět na nos (Jeřábek, 2020).

2.6.5 Polohové manévry

Polohové manévry jsou důležitým vyšetřením především u BPPV. Během vyšetření může dojít k vyvolání závratí, je proto vhodné začít s vyšetřením na zdravé straně. Jedním z nich je tzv. Dix-Hallpikův manévr, při kterém je pacientovi provedena pasivní rotace hlavy doprava a doleva cca o 45°, poté je pacient rychle uveden na záda se záklonem hlavy, pokud je pozorován nystagmus lze podle jeho typu určit typ postižení (Růžička, 2019; Koucký, 2022).

3 VESTIBULÁRNÍ REHABILITACE

Vestibulární rehabilitace je specifický typ rehabilitace, který se snaží o zmírnění problémů souvisejících s poruchami vestibulárního systému. Mezi tyto problémy řadíme hlavně závratě, nestabilitu stoje a chůze, problémy s rovnováhou, časté pády a rozostřené vidění. První zmínky o vestibulární rehabilitaci byly zaznamenány v padesátých letech dvacátého století, když Harold Cooksey a sir Terence Cawthorne vyzorovali u pacientů s vestibulárními poruchami větší zlepšení, pokud se u nich používali manévry zaměřující se na pohyby očí v závislosti na pohybech hlavy (Shaleen, 2019).

Vestibulární rehabilitaci poskytují specializovaní fyzioterapeuti, ergoterapeuti a lékaři. V České republice vestibulární rehabilitaci praktikují jen na některých specializovaných pracovištích, není ovšem součástí sylabu vysokoškolské výuky (Čákr, 2017). Mezi hlavní cíle vestibulární rehabilitace patří zlepšení stability stoje a pohledu, snížení závratí a také zlepšení aktivit běžného denního života, které jsou kvůli problémům spojeným s vestibulární lézí ovlivněny (Čákr, 2017).

Mezi zásadní faktory ovlivňující průběh a výsledek vestibulární rehabilitace patří např. druh poruchy vestibulárního systému a fáze léčení, kognitivní funkce pacienta, jiná chronická onemocnění, farmakoterapie, jeho věk, sociální zázemí a také jeho motivace k samotné terapii (Meldrum, 2020). Dalším důležitým faktorem je psychický stav pacienta, kdy je vestibulární rehabilitace spojována s kladným účinkem na pacientovu úzkost a depresivní projevy (Dunlap, 2019).

3.1 Principy vestibulární rehabilitace

Základními principy vestibulární rehabilitace je vestibulární adaptace, která označuje úpravu a ovlivnění VOR a VSR. Dále pak vestibulární substituce (kompenzace), která má za úkol nahrazení ztracené nebo poškozené funkce vestibulárního systému. V některých zdrojích je také výraz vestibulární kompenzace používán jako ukazatel celkové rekonvalescence pacientů s jednostranným vestibulárním poškozením (Han, 2011; Čákr, 2007).

3.2 Vestibulární rehabilitace u centrálního poškození

U centrálního postižení vestibulárního systému dochází často k poškození kompenzačních mechanismů a zároveň můžeme pozorovat snižování nebo zvyšování gainu VOR. Je proto důležité před začátkem terapie důkladně projít klinický nálezný, abychom

v případě vysokého gainu VOR nezahrnovali cvičení, která by gain ještě zvyšovala. Terapie by měla být prováděna v klidném, nerušeném prostředí, aby nedocházelo k přehlcení senzoryckými vjemy. Do terapie u centrálního poškození se často zařazují aktivity na nácvik postury, okulomotoriky, zvětšování limitů stability, na edukaci o bezpečnosti, prevenci pádů a nácviku aktivit pro zvýšení soběstačnosti (Čakrt, 2017).

3.3 Vestibulární rehabilitace u periferního poškození

3.3.1 Stádium statické dysbalance

Stádium statické dysbalance označuje období, kdy je pacient přijat ihned po vzniku periferního poškození vestibulárního systému a jeho stav ještě není nijak kompenzovaný. V tomto stádiu, trvajícím několik dní, pacient vyhledává klid na lůžku a omezení pohybové aktivity. Rehabilitace zpravidla začíná nácvikem postupné vertikalizace s asistencí. Dále se zařazují aktivity pro tlumení nystagmu a pohyby hlavou v sagitální i frontální rovině (předklon, záklon, úklony). Tyto aktivity se trénují nejprve v leže, poté v sedě a ve stoje. Tato cvičení by měla probíhat v klidovém prostředí za co nejmenšího stresu, abychom zabránili možnému rozvoji fobického posturálního vertiga (Čakrt, 2017; Meldrum, 2020).

3.3.2 Stádium dynamické dysbalance

Ve stádiu dynamické dysbalance je již periferní poškození vestibulárního systému kompenzováno a hlavním zaměřením terapie je zvýšení gainu VOR. Při terapii se proto provádí aktivity zaměřené na zlepšení stability pohledu při pohybech hlavou. Pacient fixuje terč a je instruován k pohybům hlavou v transverzální a sagitální rovině (rotace, předklon a záklon). Cílem terapie je jasný obraz písma na terči. Toto cvičení by se mělo provádět asi třikrát denně 2 minuty (Čakrt, 2017; Shaleen, 2019).

3.4 Vestibulární rehabilitace u BPPV

Benigní paroxysmální polohové vertigo je jedním z nejčastějších poškození vestibulárního systému. Základními přístupy při léčbě tohoto onemocnění jsou speciální manévry, které fungují na principu repozice polokruhovitých kanálků. Jedním z nich je tzv. Epleyův manévr, který se skládá z pěti poloh. V první poloze sedí pacient na lehátku s extendovanými dolními končetinami a pohled je vpřed, poté se pacient položí na záda s hlavou cca 30 ° přes okraj lehátka a v této pozici přetočí hlavu na postiženou stranu o 45 °. V další části pacient otáčí hlavu o 90 ° z postižené strany ke zdravé. Poté pacient rotuje celé tělo na rameno zdravé strany a obličej směřuje k podložce. Na závěr tohoto manévru pacient opět klidně sedí s extendovanými dolními končetinami (Lejska, 2017).

Dalším speciálním manévrem je Sémontův manévr, který obsahuje čtyři polohy. Manévr začíná tím, že se pacient ze sedu položí na postiženou stranu a hlava je natočena ke zdravé straně o cca 45 °. Dále by hlava měla klesnout o 30 ° pod horizontálu (Může dojít k silnému záchvatu závratí, manévr nepřerušujeme.). Poté se pacient přes sed přetočí na zdravou stranu, kdy má hlava stále stejnou pozici. Manévr je zakončen v sedu s dolními končetinami přes lehátko (Lejska, 2017).

4 ERGOTERAPIE

4.1 Definice ergoterapie

Definice ergoterapie prošla změnami v průběhu vývoje celého oboru. Byla ovlivňována změnami ve vztazích k lékařství a ve vztahu k praxi. V průběhu let docházelo ke změnám v hlavních cílech ergoterapie. Ani v dnešní době neexistuje jasná shoda v tom, jak ergoterapii definovat (Krivošíková, 2011).

Světová federace ergoterapeutů (2007) definuje ergoterapii takto: *„Profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém činnost probíhá.“* (Jelínková, 2007)

Česká asociace ergoterapeutů uvádí: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“* (Jelínková, 2007)

Ve dvou výše zmíněných definicích ergoterapie je patrné, že jejím hlavními cíli jsou zachování co největší samostatnosti a soběstačnosti jedince v jeho přirozeném prostředí a podporovat udržení funkčního stavu v průběhu jeho života. Dále se ergoterapie snaží zamezit vzniku deficitu nebo minimalizovat důsledky určité dysfunkce (Krivošíková, 2011).

4.2 ADL (Všední denní činnosti)

Při jakémkoliv poškození funkčního stavu jedince může dojít k omezení soběstačnosti a vzniku závislosti v jeho všedních denních činnostech. Tyto činnosti probíhají jak v domácím prostředí jedince, tak v jeho širším sociálním okolí. Dělí se na personální a instrumentální (Jelínková, 2009).

Do oblasti personálních (bazálních) ADL (pADL) se zařazují přesuny, osobní hygiena, koupání, oblékání, sebesycení, použití toalety a kontinence. Instrumentální ADL (iADL)

zahrnují aktivity, jako je příprava jídla, nákup, domácí práce, transport (např. MHD), braní léků, vedení domácnosti a používání funkční komunikace (Jelínková, 2009).

V takovém případě, kdy je pacient omezen, byť jen v jednom z těchto uvedených činností je úkolem ergoterapie dosáhnout co největší možné soběstačnosti za použití kompenzačních nebo substitučních mechanismů nebo nabídkou kompenzačních pomůcek potřebných k činnosti. Ergoterapeut také může navrhnout úpravu domácího prostředí pro zvýšení samostatnosti jedince (Krivošíková, 2011).

4.3 Ergoterapie u vestibulární rehabilitace

Postižení vestibulárního systému s sebou nese řadu symptomů, které narušují každodenní život a omezují pacienta v jeho soběstačnosti a nezávislosti, což má dopad jak na pacienta samotného, tak na jeho okolí (Cohen, 2006). Tyto obtíže mohou narušovat také jeho sociální chování. Aktivity, které mohou být spouštěčem některých příznaků vestibulárního poškození, jsou takové, při kterých je nutný rychlý pohyb hlavy a očí, přenášení váhy a změny polohy těla. Konkrétně jsou to aktivity jako je vstávání z postele, obouvání bot, přenášení váhy při vstupu do sprchy, jízda v dopravních prostředcích, řízení auta, nebo čtení a jiné. Pacienta mohou omezovat také hlasité zvuky (Cohen, 1994; Kannenberg, 2014).

Ergoterapeuti, pracující s pacienty s poškozením vestibulárního systému, by měli mít pokročilé a hluboké vzdělání v problematice motorické kontroly, anatomie, fyziologie vestibulárního systému a ve funkci zrakového a vestibulárního pole. Při klasické výuce ergoterapie se tato problematika objevuje pouze okrajově, proto je nutné, aby se ergoterapeuti vzdělávali samostatně pomocí speciálních kurzů, samostudia a podobně (Occupational Therapy Association, 2017).

Při plánování ergoterapeutické intervence je důležité, aby ergoterapeut byl dokonale vzdělán v analýze aktivit, kde pozoruje aktivitu a vyhodnocuje, které aktivity jsou pro pacienta problémové, a které snižují pacientovu výkonnost a samostatnost. Návčik těchto aktivit je poté potřeba zahrnout do plánu a cíle terapie (Cohen, 2006).

Mezi hlavní cíle ergoterapie v oblasti vestibulární rehabilitace patří návrh vhodných kompenzačních pomůcek, úprava pracovního a domácího prostředí, návčik alternativních strategií pro sebeobsahu a úkonů spojené s každodenním životem. Dále může ergoterapeut

poskytnout návrh aktivit pro zlepšení úzkostných stavů a deprese (Cohen, 2006; Kannenberg, 2014).

4.3.1 The Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VADL)

Škála aktivit denního života po vestibulárním poškození se používá při určování funkční schopnosti pacienta. Tento dotazník byl navržen pro sebehodnocení pacientových dovedností v oblasti sebeobsluhy, pohybových aktivit a instrumentálních činností denního života. Dotazník obsahuje 28 aktivit, u kterých musí pacient označit obtížnost na škále od 1 do 10. 1 je znakem plné nezávislosti v aktivitě, zatímco 10 značí přílišnou obtížnost, kdy pacient činnost neprovádí z důvodu vertiga nebo ztráty rovnováhy. Je také možné označit aktivitu jako takovou, kterou pacient neprovádí nebo nechce odpovědět. Konkrétními aktivitami zkoumanými v rámci tohoto dotazníku jsou např. přesun z lehu do sedu, oblékání ponožek a bot, přesun do vany nebo sprchy, chůze v úzkých prostorech, příprava jídla, používání eskalátoru, řízení auta, péče o domácnost, cestování hromadnou dopravou. Tento dotazník není přeložen do českého jazyka (Cohen, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké jsou problémové oblasti aktivit denního života u pacientů s poškozením vestibulárního systému.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Setkávají se ergoterapeuti ve své praxi s pacienty s poruchami vestibulárního systému?
2. Jsou více omezeny personální nebo instrumentální aktivity denního života?
3. Jaké konkrétní aktivity denního života jsou u pacientů s poruchou vestibulárního systému poškozeny nejvíce a je nutná pomoc druhé osoby?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro první část praktické části byl vybrán sledovaný soubor skládající se ze 3 žen v dospělém věku, jejichž diagnózou je Menierova choroba. Všechny respondentky byly zařazeny do výzkumu po vzájemných osobních intervencích a domluvách. Všechny respondentky byly seznámeny s cílem této bakalářské práce a byla jim potvrzena anonymita celého výzkumu. Součástí příloh této práce je vzor informovaného souhlasu, který všechny 3 respondentky podepsaly.

Kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu byla přítomnost poruchy vestibulárního systému. Kognitivní schopnosti byly posouzeny orientačně v rámci komunikace a porozumění otázkám a úkolům při odběru dat. Jiné kognitivní testy nebyly použity. Dalším hlediskem k zařazení byla spolupráce a motivace respondentů do účasti ve výzkumu a ochota sdělovat interní záležitosti.

Do výzkumu nebyli zařazeni respondenti, kteří disponovali kognitivní poruchou, poruchou řeči, nebo jinou motorickou poruchou, která způsobovala významné problémy přehlušující vliv poruchy vestibulárního systému.

Druhá část praktické části byla určena ergoterapeutům, kteří se ve své praxi setkali nebo setkávají s pacienty s poruchou vestibulárního systému. Respondenti obdrželi dotazník buď v online formě, nebo v tištěné podobě. V rámci dotazníku odpovídali na otázky týkající se jejich vzdělání, zaměstnání a jejich zkušeností s vestibulární rehabilitací. Dále ze svých zkušeností popisovali aktivity, které jsou podle nich nejvíce problematické v běžném životě pacientů.

8 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce byla zpracována jako kvalitativní výzkum. Pro první část byli vybráni 3 konkrétní respondenti, u kterých byla osobně odebrána anamnéza a provedeno vyšetření související s poruchami vestibulárního systému. Vzhledem k cíli práce a výzkumným otázkám byly kazuistiky nejvíce zaměřeny personální a instrumentální aktivity denního života a na jejich ovlivnění poruchou vestibulárního systému. Respondenti byli vybráni náhodně a zároveň byli informováni o cíli bakalářské práce a průběhu celého šetření. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas o účasti ve výzkumu.

Druhá část praktické části práce byla vytvořena formou dotazníku pro ergoterapeuty, který obsahoval 18 otázek zabývajících se vestibulární rehabilitací a problémovými aktivitami denního života u pacientů s poruchou vestibulárního systému. Dotazníky byly poskytnuty online formou, nebo v tištěné verzi. Pro šíření dotazníku byly využity 3 různé způsoby. První z nich byla tzv. technika sněhové koule, kdy se od prvních respondentů předával dotazníky k dalším. Druhým způsobem pro šíření dotazníku bylo rozeslání odkazu na facebookové stránky pro ergoterapeuty, konkrétně na *Ergoterapeuti z ČR, Ergotherapie a Ergotherapie, aneb rady nad zlato*. Dále byl odkaz na online formu dotazníku rozeslán emailem ergoterapeutům z různých pracovišť po ČR. E-mailové adresy na ergoterapeuty byly nalezeny na stránkách jednotlivých institucí.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Kazuistika 1

Věk: 78 let

Pohlaví: žena

Rodinná anamnéza: Menierova choroba (otec, matka, sestra)

Osobní anamnéza:

- Menierova choroba – diagnostikována v r. 2000 (problémy pociťovala již od dětství)
- záchvat přibližně 3x ročně, trvání 1 týden (projevy: vertigo, nauzea, tinnitus primárně v pravém uchu)
- mimo záchvat vertigo při změnách poloh hlavy a těla

Farmakologická anamnéza: Terocan, Locren, léky na alergii, na cholesterol a na deprese

Abusus: neguje

Sociální anamnéza: pacientka žije v domově pro seniory (od října 2023), má jednu spolubydlící, děti nemá, má sestru, která jí pravidelně navštěvuje, pobírá starobní důchod, jiné příspěvky nepobírá

Školní anamnéza: vystudovala vysokou školu pedagogickou předmět ruština a hudební výchova, má doktorát z ruštiny

Pracovní anamnéza: pacientka učila na základní škole, poté na gymnáziu a dále na střední řemeslné škole dřevorubce

Bytová situace: pacientka žije v bezbariérovém pokoji v domově pro seniory, v koupelně má sprchový kout se sedačkou, vyvýšené WC a koupelna je vybavena madly

Kompenzační pomůcky: čtyřkolové chodítko (vlastní, od ledna 2024), mechanický vozík (vypůjčený v domově)

Kognitivní funkce: pacientka je osoba orientovaná místem i časem, během komunikace žádné známky kognitivního deficitu

HKK: rozsahy pohybu pasivně i aktivně orientačně v normě, úchopy v normě

DKK: orientačně bez zjevných patologií

Mobilita:

- pacientka v lůžku mobilní, mimo lůžko mobilní pouze s chodítkem za přítomnosti zdr. personálu
- během záchvatu Menierovy choroby je pacientka mobilní pouze v lůžku, při přesunech nutný mechanický vozík kvůli příznakům záchvatu
- omezené rotace hlavy z důvodu vyvolání silného vertiga (nutné rotace celým tělem)

Čítí: povrchové i hluboké čítí na HKK a DKK orientačně bez deficitu

Speciální vestibulární vyšetření:

- Triada (tinnitus, závrať, kolísající percepční nedoslýchavost):
 - o tinnitus primárně v pravém uchu
 - o vertigo – velmi silné, rotačního charakteru
 - o kolísající percepční nedoslýchavost jen při některých záchvatech (není pravidelná)
- Taxe končetin – v normě
- Rombergův test – negativní
- Unterbergova zkouška – pozitivní (k pravé straně)
- Head Impulse Test (HIT) – nemožnost provedení z důvodu silného vertiga vyvolaného rotací hlavy

Personální ADL:

- **Sebesycení** – pacientka zvládá sebesycení samostatně bez pomoci druhé osoby
- **Koupání** – koupání zvládá pacientka s pomocí druhé osoby, je nutná asistence při přesunu do sprchy a při mytí vlasů (pacientka nemůže dostat vodu do uší, proto jí dělá problém mýt si vlasy samostatně)
- **Os. hygiena** – pacientka zvládá samostatně mytí obličeje, česání, čištění zubů

- **Oblékání** – oblékání horní poloviny těla zvládá pacientka samostatně, oblékání dolní poloviny těla zvládá s obtížemi kvůli nemožnosti hlubokého předklonu, nutné kompenzační mechanismy nebo pomoc druhé osoby
- **Kontinence** – pacientka je plně kontinentní
- **Použití toalety** – pacientka zvládne použít toaletu samostatně, při přesunech na toaletu potřebuje pomoc druhé osoby jako jistotu
- **Přesuny** – přesuny z postele na vozík a zpět zvládá pacientka samostatně nebo s dozorem druhé osoby (z důvodu náhlého záchvatu vertiga při rychlém pohybu hlavy)
- **Chůze po rovině** – chůzi po rovině zvládá s pomocí 4kolového chodítka a doprovodu druhé osoby při delších tratích
- **Schody** – pacientka po schodech nechodí

Instrumentální ADL:

- **Jízda dopravním prostředkem** – jízda dopravními prostředky je pro pacientku velmi obtížná z důvodu silného vertiga a nevolnosti, dokud toho byla schopna preferovala chůzi
- **Nakupování** – za pacientku řeší nakupování pracovníci, před umístěním do zařízení chodila pacientka na nákupy výhradně pěšky, větší nákupy ji obstarávali příbuzní
- **Příprava jídla** – před umístěním do zařízení zvládala přípravu jídla samostatně, problém byl při vyndávání nádobí z dolních poliček kvůli hlubokému předklonu, a naopak z velmi vysokých kvůli záklonu hlavy a umístění horních končetin nad hlavu
- **Domácí práce** – lehký úklid zvládala a dosud zvládá samostatně, věšení záclon z důvodu silného vertiga nemožné, pacientka se vyhýbá hlubokým předklonům
- **Údržba zahrady** – údržba zahrady nebyla možná z důvodu častých změn poloh
- **Praní** – praní zvládá pacientka samostatně
- **Telefonování** – telefonování a používání komunikačních technologií zvládá pacientka bez větších problémů, preferuje spíše hovor nad SMS z důvodu velikosti klávesnic
- **Užívání léků** – pacientka užívá léky samostatně, při záchvatu Menierovy choroby užívá Terocan také podle svého uvážení
- **Zacházení s penězi** – s financemi zachází pacientka samostatně a dle svého uvážení

Slabé stránky: ADL – hlavně personální, omezená rotace hlavy (nutné otáčení celým tělem)

Silné stránky: kognitivní funkce, motivovanost, HKK i DKK orientačně v normě, umístění v domově pro seniory

Problémové oblasti: ADL – personální i instrumentální (závislost na pomoci druhé osoby)

Souhrn:

Žena ve věku 78 let s diagnózou Menierova choroba (diagnostikována v r. 2000). Záchvat cca 3x ročně trvající 1 týden. Během záchvatu pociťuje silné rotační vertigo, nauzeu až zvracení a tinnitus je přítomen primárně v pravém uchu. Pacientka je mobilní pouze se čtyřkolovým chodítkem za přítomnosti druhé osoby. Během záchvatu je mobilní pouze v lůžku. Během záchvatu pacientka odkázána na pomoc druhé osoby ve většině ADL. **Barthel index vyšel 70 b. ze 100, což značí lehkou závislost.** Pacientka potřebuje pomoc druhé osoby během oblékání (hlavně dolní poloviny těla), dále pak během koupání, použití toalety, přesunů z lůžka na židli a chůzi po rovině. Chůzi po schodech nezvládne. **Test instrumentálních denních činností vyšel 55 b. z 80, což značí částečnou nesoběstačnost instrumentálních aktivitách denního života.** Jízdu dopravními prostředky pacientka odmítá kvůli velkému vertigu a nauzei a zvládá pouze z nutnosti. Pacientka si samostatně uvaří, je schopna zacházet s penězi a léky a komunikační technologie ovládá také samostatně. Potřebuje pomoc při nákupu a domácích pracích. Vzhledem k pobytu pacientky v domově pro seniory je možnost obrátit se kdykoli na ošetřující personál.

9.2 Kazuistika 2

Věk: 49 let

Pohlaví: žena

Rodinná anamnéza: neguje rodinnou zátěž na chronické onemocnění

Osobní anamnéza:

- Menierova choroba (diagnostikována v r. 2011) – záchvat cca 5x ročně
 - o první záchvat při trhání třešní
 - o 3x nucená hospitalizace během záchvatu
- Operace karpálního tunelu P a L HK (2018)
- Operace menisku pravá DK

Farmakologická anamnéza: hormonální antikoncepce

Abusus: alkohol příležitostně, nekuřačka

Sociální anamnéza: bydlí v rodinném domě s manželem, má 3 děti (dobrý vztah), nepobírá žádné příspěvky

Školní anamnéza: střední škola – obchodní akademie

Pracovní anamnéza: kontrolorka výroby (kancelářská práce)

Bytová situace: jednopatrový rodinný dům, při vstupu do domu 2 schody, v koupelně sprchový kout

Kompenzační pomůcky: žádné kompenzační pomůcky nepoužívá

Kognitivní funkce: orientována místem, časem i osobou, orientačně v normě

HKK: syndrom karpálního tunelu na obou HKK (operativně řešeno)

DKK: orientačně bez zjevných patologií

Mobilita:

- pacientka během záchvatu v lůžku mobilní, problémové změny polohy těla, mobilita mimo lůžko pouze s doprovodem druhé osoby

Čítí: povrchové i hluboké čítí HKK a DKK orientačně bez patologie

Spec. vestibulární vyšetření:

- Triada (tinnitus, závrať, kolísající percepční nedoslýchavost):
 - o tinnitus spíše z pravé strany
 - o závrať rotačního charakteru
 - o silné zvracení
- Taxe končetin
 - o zkouška prst-nos
 - se zrakovou kontrolou v normě
 - bez zrakové kontroly porucha na obou HKK
- Rombergův test III. – pozitivní
- Unterbergova zkouška – pozitivní (k pravé straně)

Personální ADL:

- **Sebesycení** – během záchvatu problémové kvůli častému zvracení
- **Koupání** – během záchvatu nutná asistence druhé osoby kvůli silnému vertigo a nestabilitě
- **Os. hygiena** – zvládá samostatně (nutný sed)
- **Oblékání** – problémové oblékání dolní poloviny těla kvůli předklonu (nutný kompenzační mechanismus)
- **Kontinence** – plně kontinentní
- **Použití toalety** – během záchvatu zvládá s pomocí druhé osoby, nutné jištění při přesunu na toaletu a zpět
- **Přesuny** – během záchvatu pouze s pomocí druhé osoby, silné vertigo
- **Chůze po rovině** – během záchvatu jen s asistencí druhé osoby, silné vertigo a nausea
- **Schody** – neprovede

iADL:

- **Jízda dopravním prostředkem** – velmi obtížné, silné vertigo a zvracení
- **Nakupování** – v době záchvatu nemožné, nakupuje manžel

- **Příprava jídla** – problémové předklánění do skříněk, vše musí být v úrovni hlavy
- **Domácí práce** – lehký úklid zvládá samostatně, problém hlavně věšení záclon a luxování kvůli častým změnám polohy těla, velká opatrnost při změnách polohy hlavy a těla
- **Praní** – zvládá samostatně
- **Komunikační technologie** – použití PC a mobilního telefonu bez obtíží
- **Užívání léků** – samostatně
- **Zacházení s penězi** – bez problémů

Slabé stránky: ADL – hlavně personální, taxy končetin

Silné stránky: kognitivní funkce, manžel jako opora během záchvatů

Problémové oblasti: ADL (nutná pomoc druhé osoby)

Souhrn:

Žena ve věku 49 let s diagnózou Menierova choroba (diagnostikována v r. 2011). Záchvat se opakuje cca 5x ročně, trvá cca týden. Pacientka během záchvatu trpí silným vertigem, nauzeou a zvracením, tinnitus spíše v pravém uchu. Pacientka je během záchvatu mobilní pouze s pomocí druhé osoby, velmi problémové jsou změny polohy těla a hlavy. **Barthel index vyšel 60 b. ze 100, tedy závislost středního stupně v pADL.** Pacientka nezvládá během záchvatu sebesycení a chůzi po schodech. Je plně kontinentní a je samostatná v osobní hygieně. Je závislá na pomoci druhé osoby při oblékání, koupání, použití WC, přesunech a chůzi. **Pacientka je částečně nesoběstačná v rámci instrumentálních denních činností (výsledek testu 60 b. z 80).** Pacientka potřebuje pomoc druhé osoby hlavně při jízdě v dopravních prostředích, při nakupování, úklidu domácnosti a práci na zahradě z důvodu častých změn polohy těla a hlavy a vertigu.

9.3 Kazuistika 3

Věk: 58 let

Pohlaví: žena

Rodinná anamnéza: neguje rodinnou zátěž na chronické onemocnění

Osobní anamnéza:

- Menierova choroba (diagnostikována v r. 2019)
 - o záchvat cca 1x měsíčně (trvající 4 dny)
 - o během záchvatu silné rotační vertigo, nauzea, zvracení, tinnitus (levé ucho)

Farmakologická anamnéza: příležitostně léky na bolest a na alergie

Abusus: neguje

Sociální anamnéza: bydlí v bytě s manželem, má dceru a syna (dobré vztahy, navštěvují jí každý týden)

Školní anamnéza: střední škola ekonomická

Pracovní anamnéza: obchodní zástupce (práce v kanceláři)

Bytová situace: byt ve 3. patře s výtahem, v koupelně vana i sprchový kout

Kompenzační pomůcky: žádné kompenzační pomůcky nepoužívá

Kognitivní funkce: orientována místem, časem i osobou, orientačně v normě

HKK: orientačně bez zjevných patologií

DKK: orientačně bez zjevných patologií

Mobilita:

- pacientka v běžném životě mobilní, problémy s častými změnami poloh těla a hlavy
- během záchvatu pacientka mobilní pouze v lůžku, mimo lůžko nutná pomoc druhé osoby, nebo není vůbec
- velký strach z pádu

Čítí: povrchové i hluboké čítí HKK a DKK orientačně bez patologie

Spec. vestibulární vyšetření:

- Triada (tinnitus, závrať, kolísající percepční nedoslýchavost):
 - o tinnitus spíše z levé strany
 - o závrať rotačního charakteru
 - o silná nauzea a zvracení
- Taxe končetin
 - o zkouška prst-nos v normě
- Rombergův test – negativní

- Unterbergova zkouška – pozitivní (k levé straně)

Personální ADL:

- **Sebesycení** – zvládá samostatně během záchvatu i mimo záchvat
- **Koupání** – během záchvatu nutná asistence druhé osoby kvůli silnému vertigo, někdy není schopna, mimo záchvat problém s mytím hlavy
- **Os. hygiena** – zvládá samostatně (nutný sed) během záchvatu i mimo něj
- **Oblékání** – problémové oblékání dolní poloviny těla kvůli předklonu – silné vertigo
- **Kontinence** – plně kontinentní
- **Použití toalety** – během záchvatu zvládá s pomocí druhé osoby (asistence při přesunu na toaletu a zpět do lůžka)
- **Přesuny** – během záchvatu pouze s asistencí druhé osoby, nutné jištění a mezi změnami poloh dělat pauzy, silné vertigo a nauzea
- **Chůze po rovině** – během záchvatu skoro nemožné, velká asistence druhé osoby
- **Schody** – neprovede

iADL:

- **Jízda dopravním prostředkem** – velmi obtížné, silné vertigo
- **Nakupování** – v době záchvatu nemožné, nakupuje manžel nebo objednává přes internet
- **Příprava jídla** – problémové předklánění do skříněk a nutný záklon při vyndávání nádobí z vysokých skříněk, vše musí být v úrovni hlavy
- **Domácí práce** – lehký úklid zvládá samostatně, problém hlavně při změnách poloh těla, nezvládá věšení záclon a převlékání postelí, vše dělá postupně a s pauzami

- **Praní** – zvládá samostatně
- **Komunikační technologie** – použití PC a mobilního telefonu bez obtíží
- **Užívání léků** – samostatně
- **Zacházení s penězi** – bez problémů

Slabé stránky: ADL – personální i instrumentální, velký strach z pádu

Silné stránky: kognitivní funkce, dobrý vztah s rodinou (opora a pomoc během záchvatu), výtah v bytové jednotce (vzhledem k bydlení ve 3. patře)

Problémové oblasti: ADL (asistence druhé osoby hlavně během záchvatu Menierovy choroby)

Souhrn:

Žena 58 let s diagnózou Menierova choroba (diagnostikováno v r. 2019). Záchvat se objevuje cca 1x měsíčně a trvá 4 dny. Záchvat se projevuje rotačním vertigem, nauzeou, zvracením a tinnitem (levé ucho). Pacientka je během záchvatu mobilní pouze v lůžku, mimo lůžko nutná pomoc druhé osoby. **Barthel index je 60 b. ze 100, což ukazuje závislost středního stupně v pADL.** Pacientka se samostatně nají, zvládne osobní hygienu a je plně kontinentní. Je závislá na pomoci druhé osoby v těchto aktivitách: oblékání, koupání, použití toalety a přesunech. Pacientka není v době záchvatu schopná chůze po rovině ani po schodech. **Test instrumentálních denních činností vyšel 65 b. z 80, tedy částečnou nesoběstačnost.** Pro pacientku je obtížná jízda dopravními prostředky, nákup potravin a domácí práce. S opatrností je schopna samostatně připravit jídlo a vyprat. Práci s komunikačními technologiemi zvládá bez problému, stejně tak manipulaci s léky a penězi.

Tabulka 1 - Testy ADL v rámci kazuistik

Kazuistika	Barthel index (pADL)	Test iADL
Kazuistika 1 (žena, 78 let)	70 b. ze 100 = Lehká závislost	55 b. z 80 = Částečná nesoběstačnost
Kazuistika 2 (žena, 49 let)	60 b. ze 100 = Závislost středního stupně	60 b. z 80 = Částečná nesoběstačnost
Kazuistika 3 (žena, 58 let)	60 b. ze 100 = Závislost středního stupně	65 b. z 80 = Částečná nesoběstačnost

Zdroj: vlastní

9.4 Doporučení

Na základě zjištěných problémových aktivit denního života vázaných na poruchy vestibulárního systému jsou zde doporučeny možné ergoterapeutické intervence, které by mohli pacientům pomoci se znovuobnovením soběstačnosti:

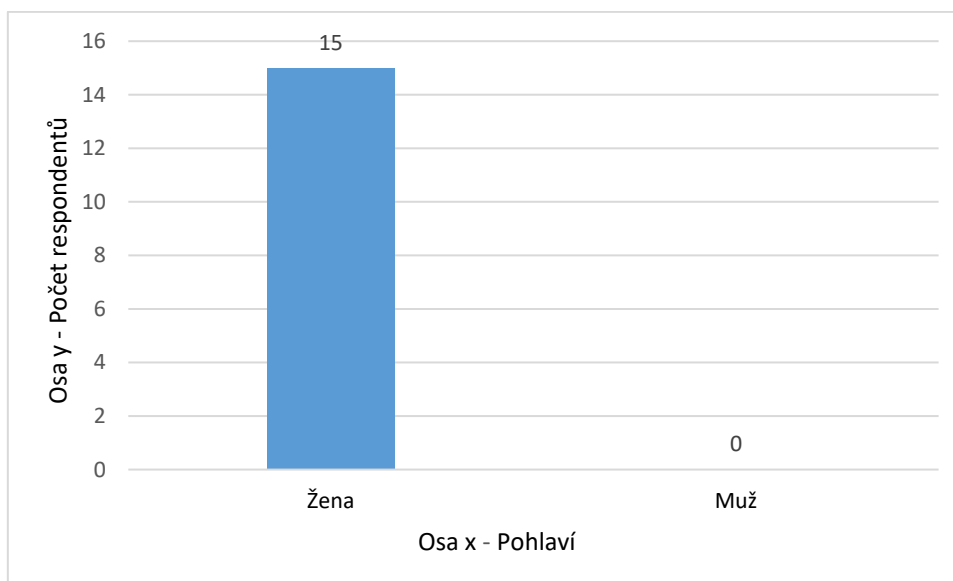
- výběr vhodných kompenzačních pomůcek pro omezení rychlých změn pohybu těla a pro pohyb v prostoru (podavače věcí, navlékače ponožek, chodítka, vozíky)
- nácvik ADL s vybranými kompenzačními pomůckami
- návrh na úpravu domácího prostředí pro zmírnění obtíží
 - úprava kuchyňské linky (poličky do úrovně hlavy, omezit nízké, a naopak příliš vysoké skřínky)
 - přidat madla do volnějších prostorů bez nábytku (chodby) pro možnost přidržování a zvýšení stability a také do koupelny a na toaletu
 - v koupelně přidat do sprchového koutu sedačku
 - pro snazší úklid domácnosti: zrušení záclon a závěsů (použít ozdobné žaluzie atd.), pořízení spotřebičů pro usnadnění práce a snížení nutných změn poloh těla
- možnost objednání služby, která by byla nápomocná např. při nákupu

- v případě problému se zaměstnáním při častějších záchvatech a velkém omezení pracovní schopnosti nabídka sociální rehabilitace (kontakt na sociální pracovníci)
- nácvik postupné vertikalizace s pauzami při změnách poloh s ohledem na přicházející vertigo
- trénink stability stoje a chůze (s kompenzačními pomůckami i bez nich)

9.5 Výsledky dotazníkového šetření

Grafické vyhodnocení otázky č. 1 – Pohlaví

Graf 1: Pohlaví respondentů

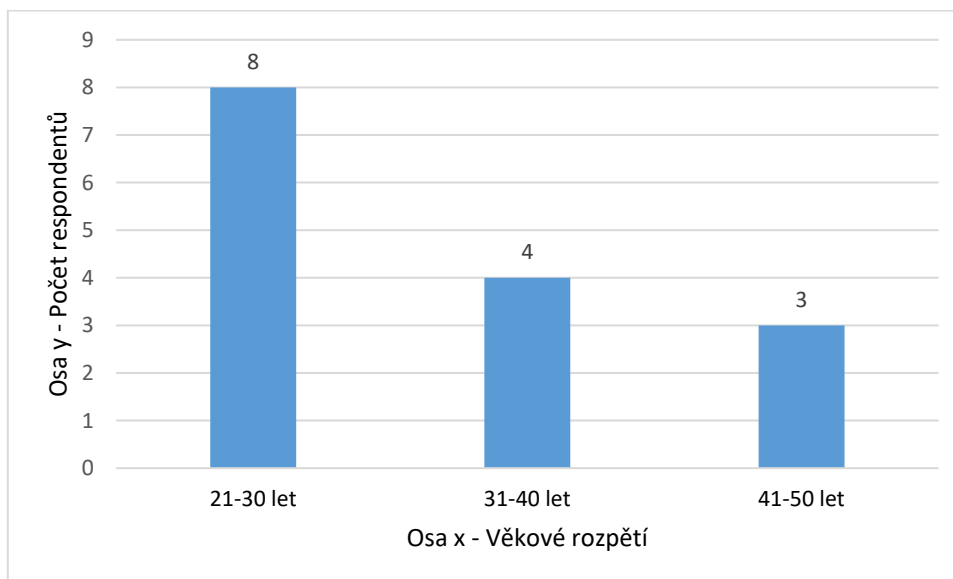


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf znázorňuje pohlaví respondentů, kdy na ose x jsou uvedena pohlaví a na ose y je počet respondentů. Dle grafu je patrné, že všech 15 respondentů (100 %) bylo ženského pohlaví.

Grafické vyhodnocení otázky č. 2 –Věk

Graf 2: Věk respondentů

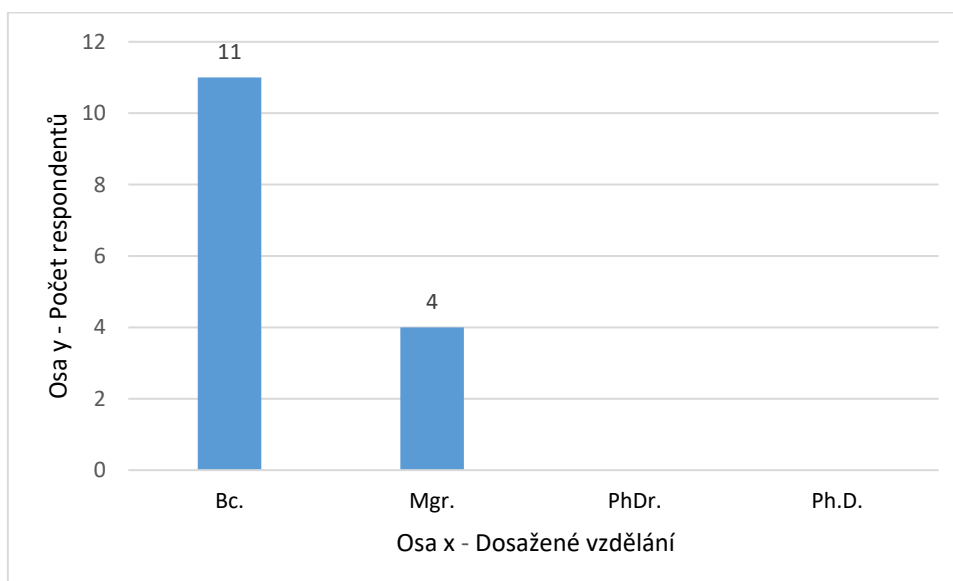


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Graf č. 2 znázorňuje věk respondentů. Na ose x je znázorněno věkové rozpětí a na ose y počet respondentů. Z grafu je patrné, že největší zastoupení respondentů, tedy 8 (53,3 %) je ve věku mezi 21-30 lety. Další 4 respondenti (26,7 %) jsou ve věku 31-40 let a 3 respondenti (20 %) ve věku 41-50 let. Průměrný věk všech respondentů je 32 let.

Grafické vyhodnocení otázky č. 3 – Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Graf 3: Dosažené vzdělání respondentů

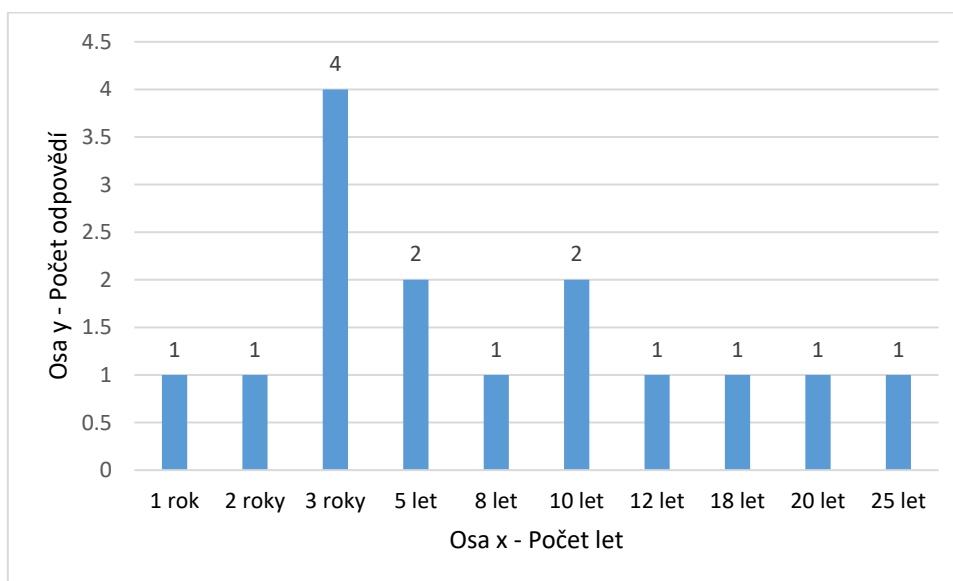


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf znázorňuje dosažené vzdělání jednotlivých respondentů. Osa x označuje titul a osa y počet odpovídajících respondentů. 11 respondentů (73,3 %) vystudovalo bakalářské studium ergoterapie a mají tedy titul Bc. Další 4 (26,7 %) respondenti mají titul Mgr. Nikdo z dotazovaných respondentů nemá titul PhDr. nebo Ph.D.

Grafické vyhodnocení otázky č. 4 – Kolik let pracujete jako ergoterapeut/ka?

Graf 4: Délka praxe v ergoterapii

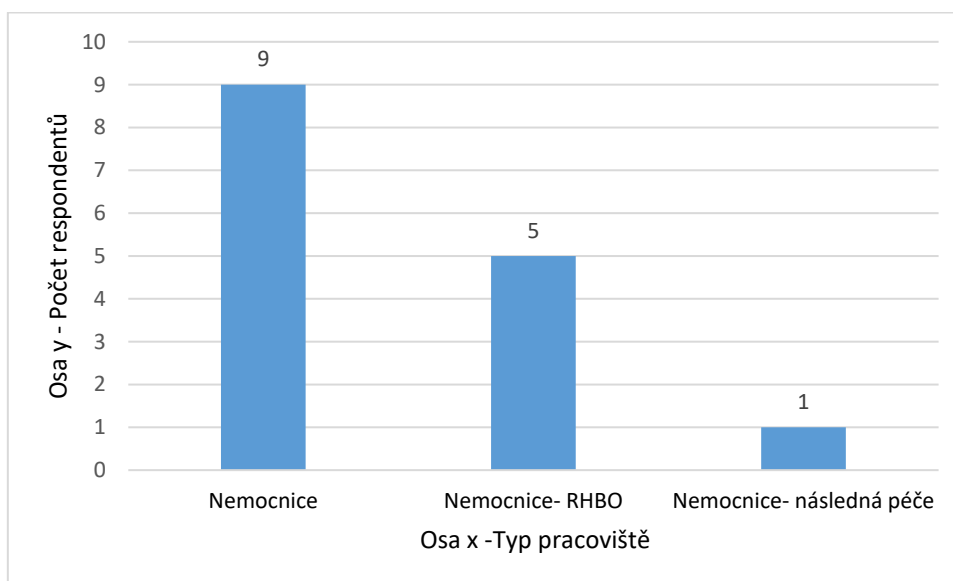


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf znázorňuje délku ergoterapeutické praxe jednotlivých respondentů, kdy na ose x je znázorněna délka praxe a na ose y počet respondentů. Největší početní zastoupení měli respondenti, kteří pracují v ergoterapeutické praxi 3 roky, konkrétně to byli 4 respondenti (26,7 %). Dále pak tu byli 2 respondenti (13,3 %) pracující 5 let a 2 respondenti (13,3 %) pracující 10 let jako ergoterapeuti. Dále poté byli zastoupeni respondenti pracující v ergoterapeutické praxi 1 rok, 2 roky, 8 let, 12 let, 18 let, 20 let, 25 let (46,7 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 5–V jakém zařízení jako ergoterapeut/ka pracujete?

Graf 5: Typ zařízení, ve kterém ergoterapeuti pracují

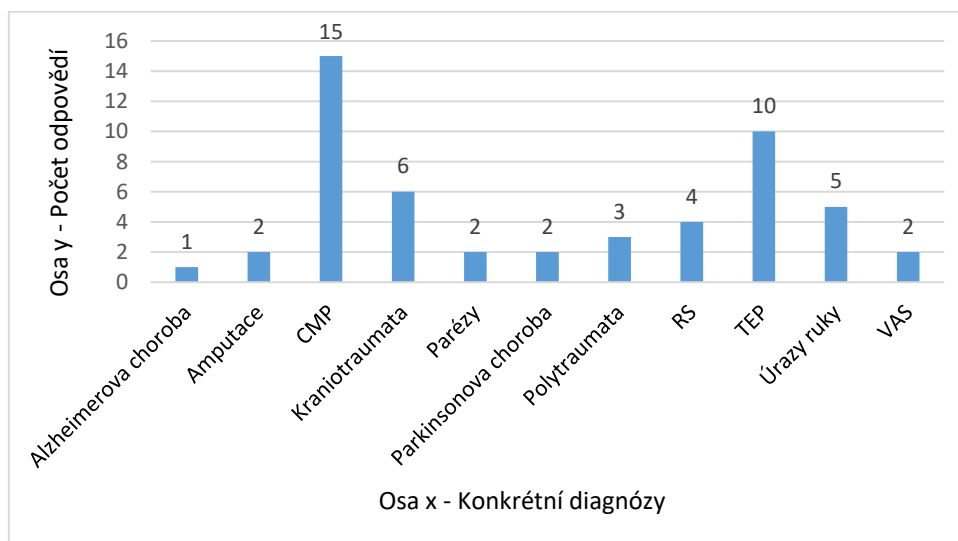


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Graf č. 5 ukazuje typ zařízení, ve kterém dotazovaní respondenti pracují. Na ose x je značen typ pracoviště a na ose y počet respondentů. Z grafu je jasně patrné, že všech 15 respondentů (100 %) pracuje jako ergoterapeut v nemocnici, z toho 5 (33,3 %) respondentů specifikovalo, že pracují na rehabilitačním oddělení (RHBO) a 1 respondent (6,7 %) uvedl, že pracuje na oddělení následné péče.

Grafické vyhodnocení otázky č. 6 – Jaké jsou nejčastější diagnózy, se kterými se ve své praxi setkáváte?

Graf 6: Nejčastější diagnózy

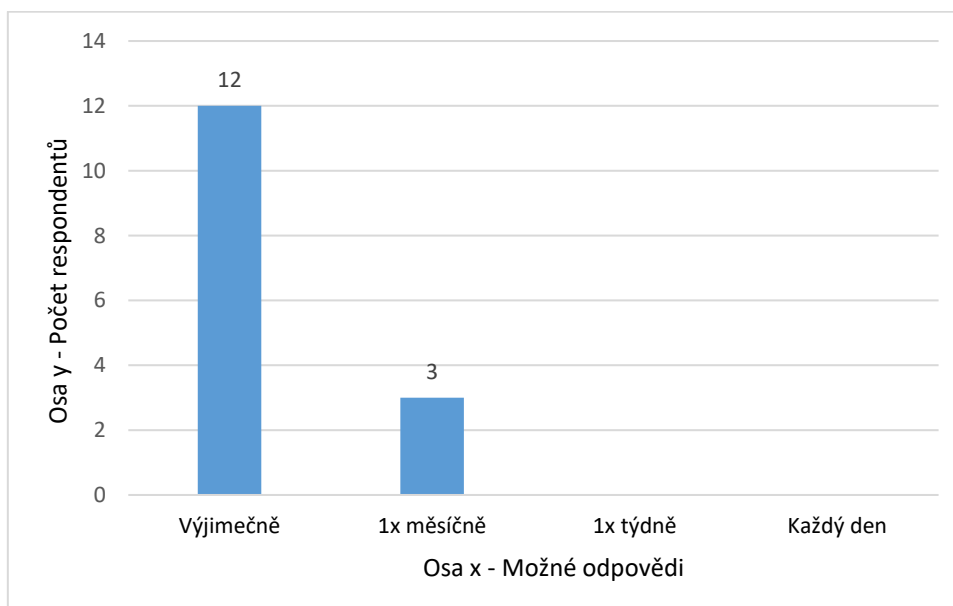


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf znázorňuje nejčastější diagnózy, s kterými respondenti pracují. Na ose x jsou vysáány konkrétní diagnózy a na ose y počet respondentů. Největší početní zastoupení mělo CMP (28,9 %) a TEP (19,2 %). Dále pak byla hojněji zastoupena kraniotraumata (11,5 %), úrazy ruky (9,6 %) a roztroušená skleróza (7,6 %). Menší zastoupení v ergoterapeutické praxi měla polytraumata (5,8 %), amputace (3,9 %), parézy (3,9 %), Parkinsonova choroba (3,9 %), VAS (3,9 %) a pouze 1 byla zastoupena Alzheimerova choroba (1,8 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 7 – Jak často se ve své praxi setkáváte s pacienty s poruchami vestibulárního systému?

Graf 7: Četnost setkávání s pacienty s poruchou vestibulárního systému v ergoterapii

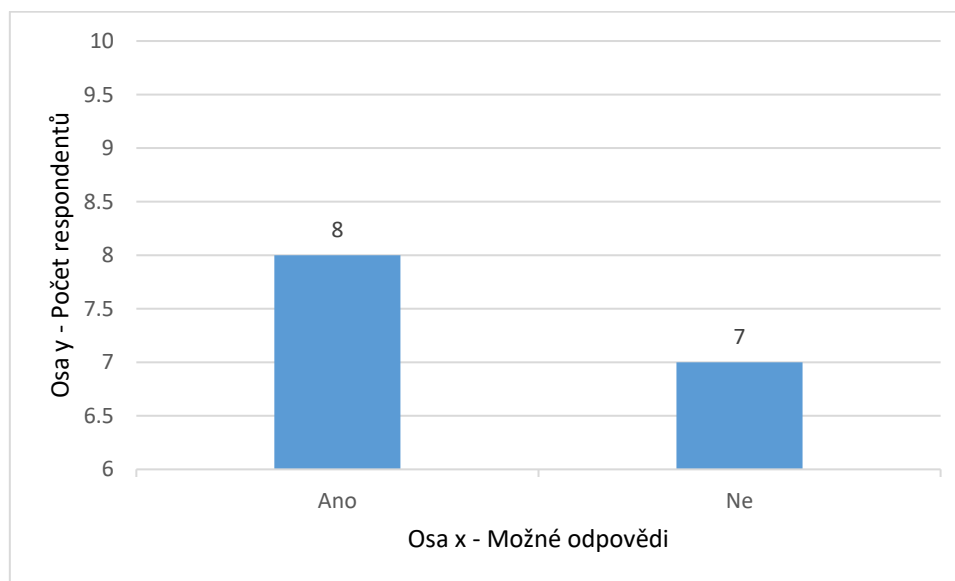


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na grafu č. 8 je znázorněno, jak často se respondenti ve své praxi setkávají s pacienty s poruchami vestibulárního systému. Osa x označuje možné odpovědi a osa y počet odpovídajících respondentů. 12 respondentů (80 %) označilo, že se s těmito pacienty ve své praxi setkává pouze výjimečně. Dále pak 3 respondenti (20 %) označili možnost 1x měsíčně. Možnosti 1x týdně a každý den nevyužil žádný z respondentů.

Grafické vyhodnocení otázky č. 8 – Využíváte ve své praxi prvky vestibulární rehabilitace?

Graf 8: Využití prvků vestibulární rehabilitace v ergoterapii

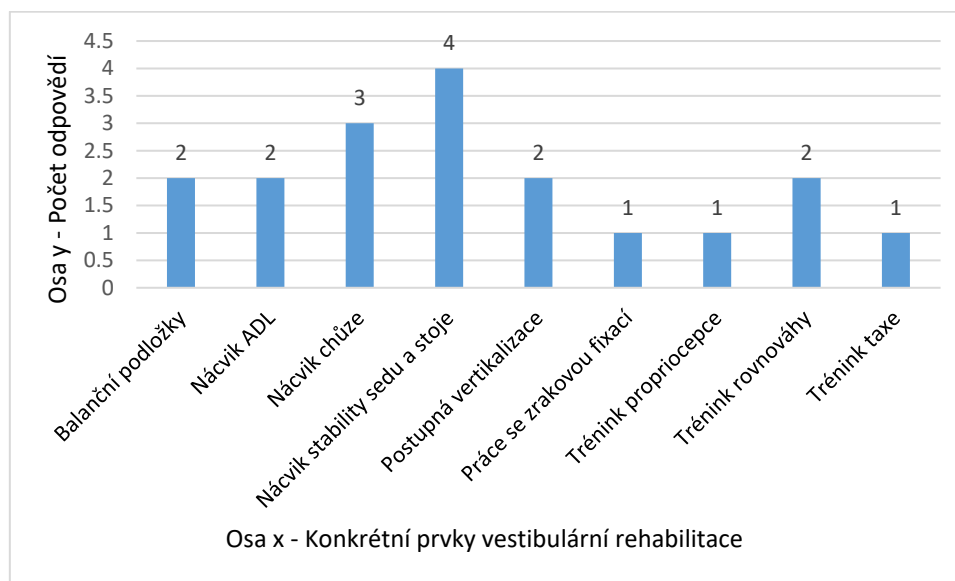


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf znázorňuje, jestli respondenti používají při své ergoterapeutické praxi prvky vestibulární rehabilitace. Na ose x jsou vyobrazeny možnosti ano a ne, na ose y je znázorněn počet respondentů. Z grafu je vidět, že z dotazovaných respondentů používá prvky vestibulární rehabilitace 8 respondentů (53,3 %), zatímco 7 respondentů (46,7 %) tyto prvky nevyužívá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 9 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jaké prvky to jsou?

Graf 9: Konkrétní používané prvky vestibulární rehabilitace

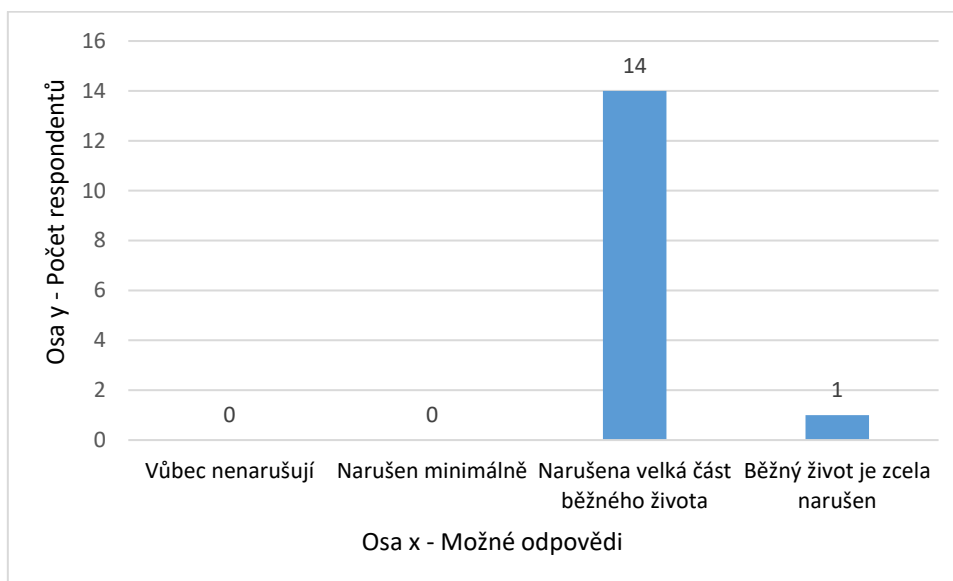


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Graf č. 10 ukazuje konkrétní prvky vestibulární rehabilitace, které respondenti označující v předchozí otázce ANO (8 respondentů), ve své praxi užívají. Na ose x jsou ukázány konkrétní prvky a na ose y počet odpovědí. Nejvíce respondenti udávali nácvik stability sedu a stoje (4x – 22,2 %) a nácvik chůze (3x – 16,6 %). Dále to byly balanční podložky (11,1 %), nácvik ADL (11,1 %), postupná vertikalizace (11,1 %) a trénink rovnováhy (11,1 %). Nejméně pak byla zastoupena práce se zrakovou fixací (5,6 %), trénink propriocepce (5,6 %) a trénink taxie (5,6 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 10 – Jak moc si ve své praxi všímáte, že poruchy vestibulárního systému narušují běžný život pacientů?

Graf 10: Narušení běžného života u poruch vestibulárního systému

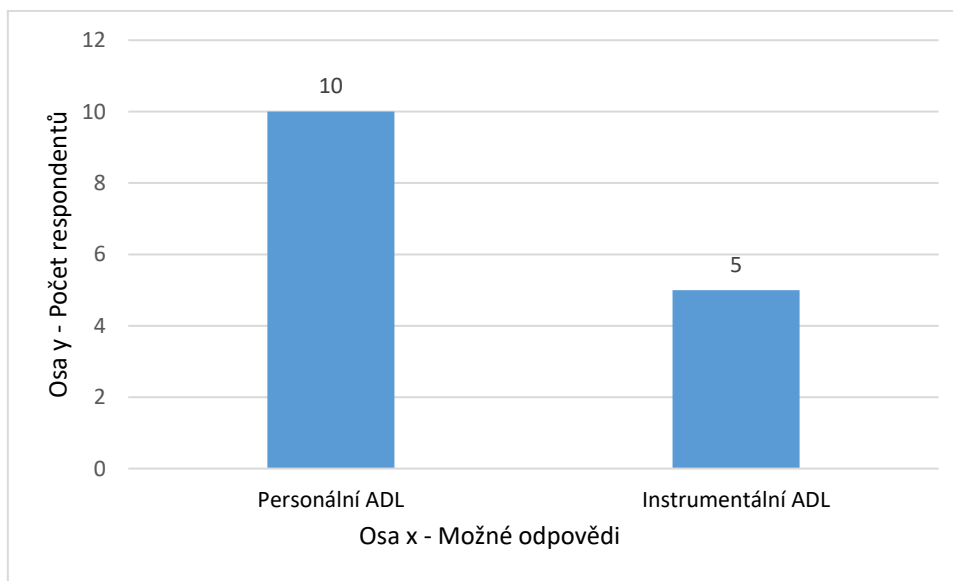


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf ukazuje míru narušení běžného života pacientů s poruchami vestibulárního systému. Osa x označuje možné odpovědi a osa y počet respondentů. Na ose x jsou vyznačeny 4 možnosti, z nichž byly respondenty použity pouze 2. Většina respondentů, tedy 14 (93,3 %) označila, že je u pacientů s poruchami vestibulárního systému narušena velká část jejich běžného života. 1 respondent (6,7 %) odpověděl, že je běžný život těchto pacientů zcela narušen.

Grafické vyhodnocení otázky č. 11 – Dle Vašich zkušeností jsou u pacientů s poruchami vestibulárního systému více narušeny personální nebo instrumentální aktivity denního života (ADL)?

Graf 11: Ovlivnění ADL u pacientů s poruchou vestibulárního systému

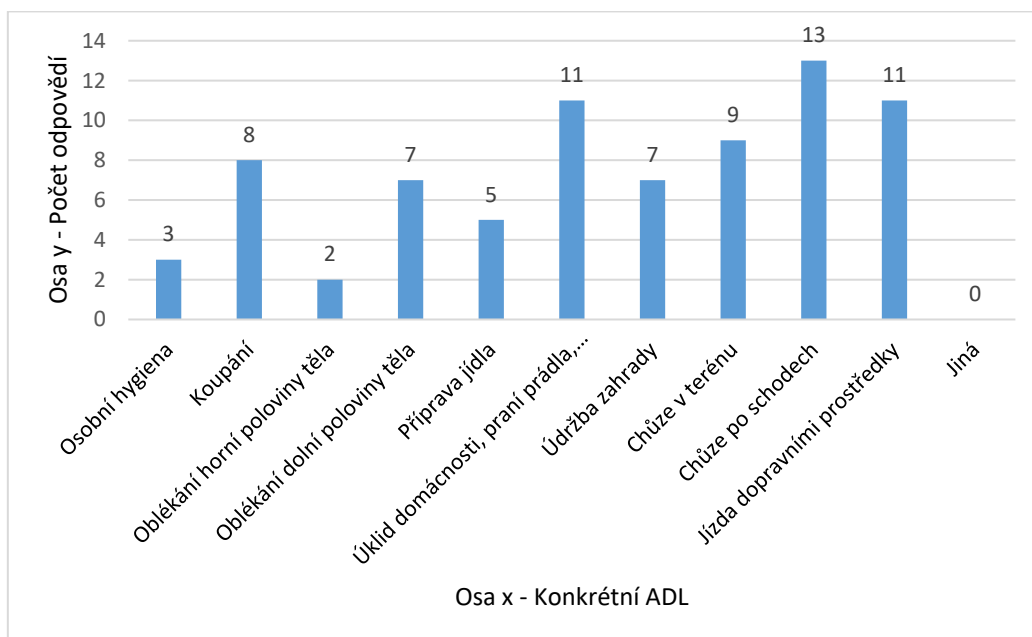


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na tomto grafu je ukázáno, zda jsou podle respondentů u pacientů s poruchami vestibulárního systému více narušeny personální nebo instrumentální ADL. Na ose x je výběr z možností a na ose y je počet respondentů, kteří odpověď označili. 10 (66,7 %) respondentů označilo, že jsou více omezeny personální, 5 respondentů (33,3 %) označilo instrumentální ADL.

Grafické vyhodnocení otázky č. 12 – Označte prosím, které činnosti během dne by podle Vašich zkušeností mohly být pro pacienty problematické (možno více odpovědí):

Graf 12: Konkrétní ADL ovlivněné poruchou vestibulárního systému

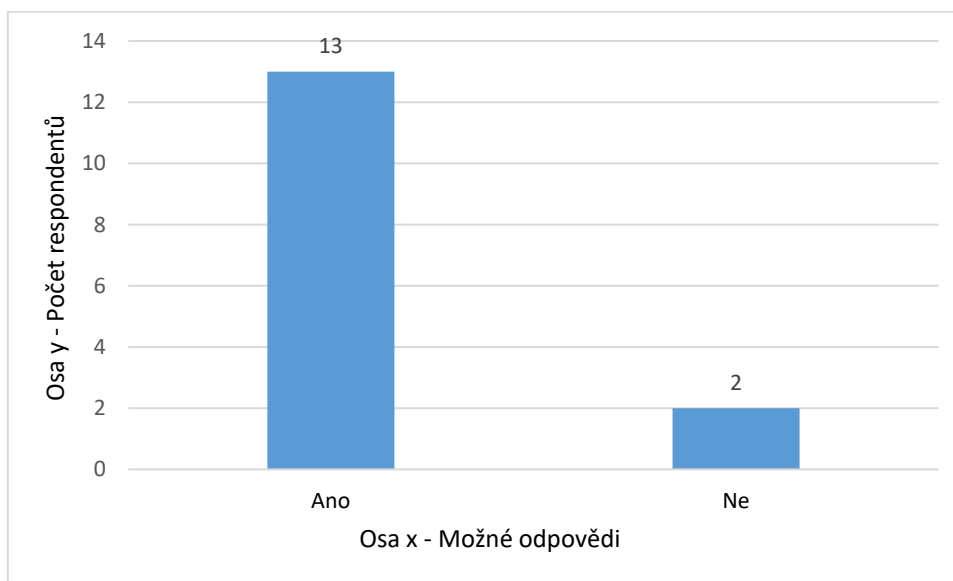


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na grafu č. 13 jsou znázorněny konkrétní činnosti běžného denního života, které jsou ovlivněny poruchou vestibulárního systému. Na ose x jsou vypsány konkrétní ADL a na ose y počet odpovědí. Respondenti mohli označit více možných odpovědí. 13x (17,2 %) byla označena chůze po schodech. 11x (14,5 %) pak označovali respondenti úklid domácnosti a s ním spojené činnosti a také byla 11x (14,5 %) označena jízda dopravními prostředky. 9 respondentů (11,9 %) udává také chůzi v terénu a 8 respondentů (10,6 %) koupání. 7x (9,2 %) bylo zaškrtnuto oblékání dolní poloviny těla a 7x (9,2 %) údržba zahrady. 5x (6,5 %) pak označili přípravu jídla, 3x (3,9 %) osobní hygienu a 2 (2,5 %) respondenti také oblékání horní poloviny těla. Při sečtení aktivit je jasné, že 55,3 % zahrnují personální ADL a 44,7 % instrumentální ADL.

Grafické vyhodnocení otázky č. 13 – Jsou pacienti s poruchami vestibulárního systému odkázáni na pomoc druhé osoby?

Graf 13: Nutná pomoc druhé osoby při ADL

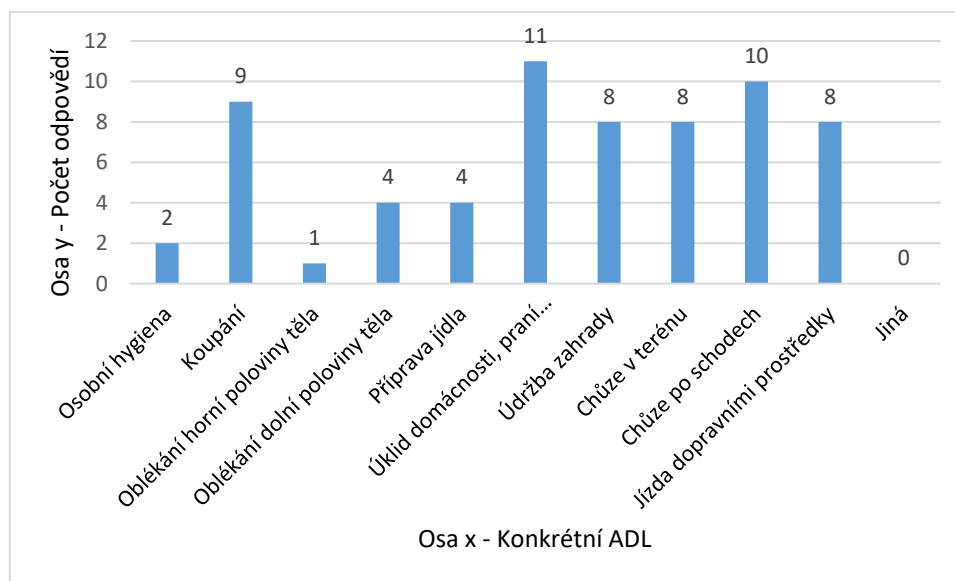


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf udává, zdali jsou pacienti s poruchami vestibulárního systému odkázáni na pomoc druhé osoby, přičemž na ose x jsou vyobrazeny možnosti ANO a NE, a na ose y je označen počet respondentů. Z grafu je patrné, že 13 respondentů (86,7 %) odpovědělo, že tito pacienti jsou odkázáni na pomoc druhé osoby a 2 respondenti (13,3 %) udali, že pacienti pomoc druhé osoby nepotřebují.

Grafické vyhodnocení otázky č. 14 – Označte prosím z Vašeho pohledu, při kterých činnostech pacienti potřebují pomoc druhé osoby (možno více odpovědí)

Graf 14: Konkrétní ADL, u kterých je nutná pomoc druhé osoby

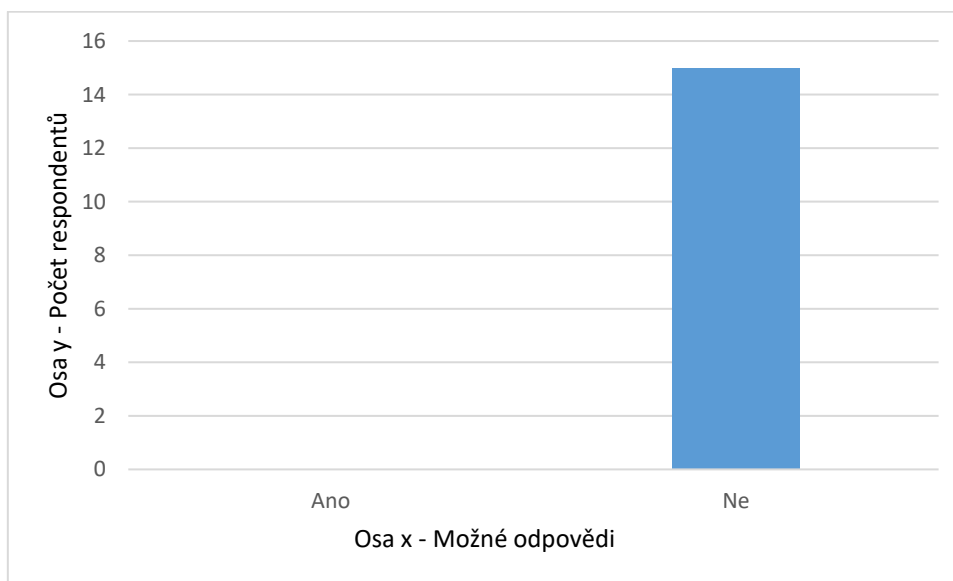


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tento graf ukazuje konkrétní ADL, u kterých potřebují pacienti s poruchami vestibulárního systému pomoc druhé osoby. Na ose x jsou vypsány konkrétní ADL a na ose y počet označení jednotlivých aktivit. Respondenti mohli označovat více možných odpovědí. 11 (16,9 %) respondentů označilo úklid domácnosti, 10x (15,4 %) byla označena chůze po schodech, 9x (13,8 %) bylo zaškrtnuto koupání. Poté byla 8x (12,3 %) vybrána údržba zahrady, 8x (12,3 %) chůze v terénu a 8x (12,3 %) jízda dopravními prostředky. 4 respondenti (6,1 %) označili oblékání dolní poloviny těla a 4x (6,1 %) také přípravu jídla. 2x (3,2 %) byla označena osobní hygiena a pouze 1 (1,5 %) oblékání horní poloviny těla. Po sečtení procent jednotlivých zastoupených aktivit je patrné, že 52,3 % označuje personální ADL a 47,7 % instrumentální ADL.

Grafické vyhodnocení otázky č. 15 – Máte zkušenosti s tím, že by pacienti s poruchami vestibulárního systému měli poruchy spánku?

Graf 15: Poruchy spánku u pacientů s poruchami vestibulárního systému



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Graf č. 16 ukazuje, zda jsou z pohledu respondentů u pacientů s poruchami vestibulárního systému přítomny poruchy spánku. Graf jasně ukazuje, že podle všech 15 respondentů (100 %) není přítomna porucha spánku.

DISKUZE

Tématem této bakalářské práce je ergoterapie u vestibulární rehabilitace. Téma uplatnění ergoterapeutů u pacientů s poruchami vestibulárního systému není v ČR příliš obvyklé a ergoterapeuti se s takovými pacienty ve své praxi setkávají jen zřídka. Stejně tak není výuka vestibulární rehabilitace součástí sylabu při vzdělávání ergoterapeutů na vysokých školách. I z toho důvodu je nízký počet respondentů účinkujících ve výzkumu (Occupational Therapy Asociation, 2017).

Pro výzkum v rámci této bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum, který se skládá ze 3 kazuistik a dotazníku pro ergoterapeuty. Respondenti pro kazuistiky byly vybráni na základě několika kritérií, jakými byla např. přítomnost poruchy vestibulárního systému, absence kognitivní nebo fatické poruchy. Dále pak ochota respondentů sdílet své osobní zkušenosti. Dotazník byl určen pro ergoterapeuty, kteří se někdy ve své praxi setkali nebo setkávají s dospělými pacienty s poruchami vestibulárního systému. Dotazník obsahoval demografické otázky, z kterých vyplývá, že všech 15 respondentů (100 %) je ženského pohlaví. Nejvíce respondentů bylo ve věku mezi 21-30 lety (53,3 %). Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti aktivit denního života u pacientů s poškozením vestibulárního systému. Poté byly stanoveny 3 výzkumné otázky, které byly zaměřeny na ADL ovlivněné právě poruchami vestibulárního systému. Cíl práce byl splněn a výzkumné otázky jsou vyhodnoceny v závěru práce.

V dotazníkové otázce č. 3 respondenti označovali své nejvyšší dosažené vzdělání. Jak zmiňuje Čakrt (2017) vestibulární rehabilitaci mohou do své praxe zařadit pouze ergoterapeuti a fyzioterapeuti, nebo lékaři, kteří absolvovali speciální kurz. Je ovšem pravděpodobné, že ergoterapeuti s magisterským titulem mají větší zkušenosti jak z praxe, tak z absolvovaného studia. Můžeme proto předpokládat, že ergoterapeuti s tímto titulem se mohli více setkávat s pacienty s poruchami vestibulárního systému. Dalším ovlivňujícím faktorem v četnosti setkávání se s těmito pacienty může být také počet let v ergoterapeutické praxi. Ze zkušeností je jasné, že spektrum diagnóz, se kterými se ve své praxi setkávají je širší u ergoterapeutů, kteří jsou v praxi např. 10 let než u těch, kteří jsou krátce po ukončení studia. Z otázky číslo 7 a 8, je ovšem patrné, že všichni respondenti, kteří dotazník vyplnili se ve své praxi setkali s pacienty s poruchami vestibulárního systému, ovšem většina z nich pouze výjimečně.

Z otázky č. 9 vyplývá že pouze polovina respondentů (8 respondentů) při práci se svými pacienty používá prvky vestibulární rehabilitace, z nichž nejčastěji označovali nácvik stability stoje a sedu (22,2 %) a také nácvik chůze (16,6 %), což může být značně ovlivněno právě tím, že vestibulární rehabilitace není součástí běžného sylabu studia na vysokých školách (Occupational Therapy Asociation, 2017).

Cohen (1994) ve své práci zmiňuje, že nejvíce problémové ADL u pacientů s poškozením vestibulárního systému jsou ty, u kterých jsou nutné rychlé pohyby hlavy a změny polohy těla, jako je obouvání bot, jízda dopravními prostředky, koupání a tak dále. Z mého výzkumu také vyplynuly aktivity závislé na změnách polohy hlavy a těla, kdy respondenti v kazuistikách a více než polovina respondentů v dotazníku označila úklid domácnosti, jízdu dopravními prostředky, chůzi, koupání a oblékání dolní poloviny těla. Z dotazníku je patrné, že jsou pacienti při splňování těchto problémových aktivit odkázáni na pomoc druhé osoby, což omezuje nejen je, ale také pečující osobu a tato skutečnost velmi ovlivňuje kvalitu jejich životů. Myslím si proto, že intervence ergoterapeuta by pro ně mohla být velkým přínosem.

Otázka č. 16 měla za cíl zjistit, zdali mají pacienti s poruchami vestibulárního systému poruchy spánku. Tato otázka byla do dotazníku zařazena z toho důvodu, že Cohen (2006) a Kanneberg (2014) udávali, že pacienti s poruchami vestibulárního systému mohou také trpět depresivními a úzkostnými stavy, což může ovlivnit také jejich spánek. Z výsledku dotazníku ovšem plyne, že nikdo z respondentů nemá zkušenosti s tím, že by tito pacienti měli problémy se spánkem. Je také možné, že se ergoterapeuti na spánek u těchto pacientů nezaměřili, a proto nemohli na tuto otázku odpovědět kladně.

V rámci kazuistik byli součástí výzkumu pouze respondenti s diagnózou Menierova choroba. V rámci výzkumu bylo díky tomu vhodné porovnat navzájem projevy této choroby a ovlivnění ADL, kdy se respondenti nejvíce shodovali v těchto omezených aktivitách: koupání, oblékání dolní poloviny těla, přesuny, použití a přesun na WC, chůze v terénu, chůze po schodech, jízda dopravními prostředky, nákupy, úklid domácnosti. Tyto aktivity byly nejvíce omezeny z důvodu častých změn polohy hlavy a těla (předklony, záklony a podobně) a následným vertigem a častou nauzeou. Myslím si ovšem, že pokud by se výzkum rozšiřoval o více respondentů bylo by vhodné zahrnout i jiné diagnózy spadající do poruch vestibulárního systému z důvodu možného rozšíření spektra jak příznaků, tak porušených personálních a instrumentálních ADL. V rámci vyšetření byly použity testy Barthel index a

Test instrumentálních denních činností. Existují testy zaměřené přímo na vestibulární problémy, jako je například VADL, který popisují výše. Tento test ovšem není přeložen do českého jazyka a ani nemá normy pro českou populaci. Z tohoto důvodu byly použity právě dva zmiňované. Všechny 3 respondenti zasahující do kazuistik byli velmi dobře spolupracující, chtěli se dělit o své zkušenosti, velmi detailně popisovali průběh záchvatu, ovlivnění ADL a také jejich subjektivně pociťované velké omezení v kvalitě jejich života a nutné pomoci jiných osob. Spolupráce s nimi byla pro mě velkým přínosem pro praxi a také pro uvědomění si důležitosti zasažení ergoterapeuta do jejich terapie.

LIMITY VÝZKUMU

V této bakalářské práci považuji za limit výzkumu malý počet respondentů. Vyšší počet respondentů odpovídajících na dotazník by podle mého názoru přispěl ke kvalitnějším výsledkům. Ovšem vzhledem k tomu, že pacienti s poruchami vestibulárního systému nejsou běžným repertoárem pacientů v ergoterapeutické praxi, nebylo možné více respondentů získat. Několik zařízení mi odpovědělo, že se s těmito dospělými pacienty ve své praxi vůbec nesečkáávají a nemohou tak tento dotazník vyplnit. Dalším limitem by pak mohlo být vlivem nedostatečné praxe a informovanosti ergoterapeutů o poruchách vestibulárního systému menší množství literatury zabývající se ergoterapií ve vestibulární rehabilitaci. Vzhledem k tomu byla použita i literatura z r. 1994 (Helen S. Cohen – Vestibular rehabilitation improves daily life function).

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle mého názoru je téma ergoterapie u pacientů s poruchami vestibulárního systému pouze v zárodečném stavu. Podle mne by bylo vhodné více se na tuto problematiku zaměřit a zařadit ergoterapii do terapií u pacientů s poruchami vestibulárního systému, protože z výzkumu je patrné, že tyto jedince mají velmi omezené jak personální, tak instrumentální ADL, což je doménou právě ergoterapeutů.

SEBEREFLEXE

Jsem si plně vědoma nedostatků v této bakalářské práci. Vzhledem k tomu, že ergoterapeuti obvykle nepracují s pacienty trpícími poruchami vestibulárního systému, a několik oslovených institucí uvedlo, že s těmito pacienty nemají dostatečné zkušenosti, bylo obtížné získat dostatečný počet respondentů pro vyplnění dotazníku týkajícího se problémových aktivit u těchto pacientů. Z tohoto důvodu má tato práce omezený počet

respondentů. Napsání této bakalářské práce mě velmi obohatilo a získala jsem nové informace v tématu vestibulární rehabilitace. Jsem vděčná za možnost pracovat na kazuistikách s reálnými pacienty, a vidět tak omezení jejich života kvůli Menierově chorobě.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá ergoterapií ve vestibulární rehabilitaci a ovlivněním ADL u pacientů s poruchami vestibulárního systému. V teoretické části jsem se zabývala anatomii a funkcí vestibulárního systému, dále pak poruchami vestibulárního systému a jejich rozdělením na centrální a periferní. V rámci poruch jsou popsány také příznaky, jako je např. vertigo a nystagmus. Dále jsem rozebrala možnosti diagnostiky těchto onemocnění a zaměřila jsem se na vestibulární rehabilitaci a také na uplatnění ergoterapie u vestibulární rehabilitace. Dále na ADL, které jsou spojené s častými změnami polohy těla a hlavy.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké jsou problémové oblasti aktivit denního života u pacientů s poškozením vestibulárního systému. Pro výzkum v rámci této bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum, který se skládá ze 3 kazuistik a dotazníku pro ergoterapeuty. Respondenti pro kazuistiky byli vybráni na základě několika kritérií, jakými byla např. přítomnost poruchy vestibulárního systému, absence kognitivní nebo fatické poruchy. Dále pak ochota respondentů sdílet své osobní zkušenosti. Dotazník byl určen pro ergoterapeuty, kteří se někdy ve své praxi setkali nebo setkávají s dospělými pacienty s poruchami vestibulárního systému. Dotazník obsahoval demografické otázky, z kterých vyplývá, že všech 15 respondentů (100 %) je ženského pohlaví. Nejvíce respondentů bylo ve věku mezi 21-30 lety (53,3 %). Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti aktivit denního života u pacientů s poškozením vestibulárního systému. Poté byly stanoveny 3 výzkumné otázky, které byly zaměřeny na ADL ovlivněné právě poruchami vestibulárního systému.

Výzkumná otázka č. 1 se zaměřovala na to, jestli se ergoterapeuti setkávají ve své praxi s pacienty s poruchami vestibulárního systému. Na tuto výzkumnou otázku můžeme nalézt odpověď v dotazníkových otázkách č.7 a č.8. Z otázky č. 7 vyplývá, že všech 15 respondentů (100 %) se setkává s těmito pacienty. Otázka č. 8 měla za cíl zjistit četnost setkávání se s těmito pacienty. Z odpovědí respondentů můžeme vidět, že pouze 3 respondenti (20 %) se s nimi setkává cca 1x měsíčně. Zbytek respondentů (80 %) označil, že se s nimi setkává pouze výjimečně. Z těchto otázek tedy vyplývá, že se všichni respondenti setkávají s pacienty s poruchami vestibulárního systému ovšem většina z nich jen výjimečně.

Výzkumná otázka č. 2 měla zjistit, zda jsou více omezeny personální nebo instrumentální aktivity denního života. Z doložených kazuistik 3 respondentů je vidět

nepatrně vyšší omezení v personálních aktivitách, což nám dokazuje tabulka č.1. Stejně tak v dotazníku pro ergoterapeuty byla otázka č. 12 zaměřená na tuto problematiku, kde 10 z 15 respondentů (66,7 %) udává, že jsou více ovlivněny právě personální aktivity a pouze 5 respondentů (33,3 %) označilo aktivity instrumentální. Z odpovědi na další výzkumnou otázku ovšem vyplývá, že pokud se zaměříme na konkrétní ovlivněné ADL je poměr mezi ovlivněním personálních a instrumentálních ADL velmi vyrovnaný.

Výzkumná otázka č.3 se zabývala tím, jaké konkrétní aktivity denního života jsou u pacientů s poruchou vestibulárního systému poškozeny nejvíce a je nutná pomoc druhé osoby. V kazuistikách 3 respondentů s diagnózou Ménièreovy choroby jsou podrobně popsány konkrétní (ADL), které jsou ovlivněny poruchou vestibulárního systému. Je popsáno, z jakého důvodu tyto osoby potřebují pomoc druhé osoby při těchto aktivitách nebo proč je samy neprovádějí. V těchto kazuistikách se opakovaly tyto aktivity: personální ADL – koupání, oblékání dolní poloviny těla, přesuny, použití a přesun na WC, chůze v terénu a chůze po schodech. Instrumentální ADL – jízda dopravními prostředky, nákupy, úklid domácnosti. V dotazníku pro ergoterapeuty se otázka č. 13 zabývá konkrétními ADL, které jsou podle zkušenosti ergoterapeutů nejvíce ovlivněny poruchou vestibulárního systému. Ergoterapeuti měli na výběr z několika aktivit a také mohli zaškrtnout možnost jiné a vypsát aktivity, které v nabídce podle nich chybí. Více než polovina dotazovaných označili tyto aktivity: chůze po schodech a v terénu, dále pak úklid domácnosti, jízdu dopravními prostředky a koupání. Názorně je to ukázáno na grafu 13, kde více než polovina respondentů označila chůzi po schodech a v terénu, koupání, úklid domácnosti a jízdu dopravními prostředky. Z výše zmiňovaných aktivit se výsledky kazuistik a dotazníku pro ergoterapeuty shodují v těchto následujících problémových aktivitách: KOUPÁNÍ, CHŮZE V TERÉNU A PO SCHODECH, ÚKLID DOMÁCNOSTI A JÍZDA DOPRAVNÍMI PROSTŘEDKY.

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA, 2008. *Klinická neurologie*. 2. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-157-4.

COHEN, Helen S, 1994. Vestibular Rehabilitation Improves Daily Life Function. *The American Journal of Occupational Therapy*. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.48.10.919

COHEN, Helen S, 2014. Use of the Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale to describe functional limitations in patients with vestibular disorders. *Journal of Vestibular Research*. Houston, 33-38. Dostupné z: doi:10.3233/VES-130475.

COHEN, Helen S, Ann BURKHARDT, Gaye W CRONIN a Mary Jo MCGUIRE, 2006. Specialized Knowledge and Skills in Adult Vestibular Rehabilitation for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*. Bethesda, (6), 10. ISSN 02729490. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.669>

ČADA, Zdeněk, Rudolf ČERNÝ a Ondřej ČAKRT, 2017. *Závratě*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-165-6.

ČAKRT, Ondřej a Jaroslav JEŘÁBEK, 2017. Vestibulární rehabilitace. *Neurologie pro praxi* [online]. 170-173. Dostupné z: doi:10.36290

ČAKRT, Ondřej, Michal TRUC, Pavel KOLÁŘ a Jaroslav JEŘÁBEK, 2007. Vestibulární rehabilitace-Principy rehabilitace pacientů s poruchou vestibulárního systému. *Neurologie pro praxi*. 354-356.

DUNLAP, Pamela M., Janene M. HOLMBERG a Susan L. WHITNEY, 2019. Vestibular rehabilitation: advances in peripheral and central vestibular disorders. *Current Opinion in Neurology* [online]. 32(1), 137-144. ISSN 1350-7540. Dostupné z: doi:10.1097/WCO.0000000000000632

HAN, Byung In, Hyun Seok SONG a Ji Soo KIM, 2011. Vestibular Rehabilitation Therapy: Review of Indications, Mechanisms, and Key Exercises. *Journal of Clinical Neurology* [online]. 7(4). ISSN 1738-6586. Dostupné z: doi:10.3988/jcn.2011.7.4.184

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ, 2007. *Koncepce oboru ergoterapie*. 16.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

JEŘÁBEK, Jaroslav, 2020. Algoritmy diagnostiky a léčby závrativých stavů. *Medicína pro praxi* [online]. Solen, 472-476. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2020/05/08.pdf>

KANNENBERG, Kathy, 2014. Vestibular Rehabilitation in Occupational Therapy Practice. *OT Practice*. Bethesda, (1), 6. ISSN 10844902.

KOUCKÝ, Vladimír, Zuzana BALATKOVÁ, Zdeněk ČADA, Jaroslav JEŘÁBEK, Rudolf ČERNÝ a Lukáš MARTINKOVIČ, 2022. *Akutní závrať: příručka pro praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-721-1.

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

LEJSKA, Mojmír a Eva KADAŇKOVÁ, 2017. *Příručka pro praxi: benigní paroxysmální polohové vertigo* [online]. Praha.

MELDRUM, Dara, Lisa BURROWS, Ondrej ČAKRT, et al., 2020. Vestibular rehabilitation in Europe: a survey of clinical and research practice. *Journal of Neurology* [online]. **267**(S1), 24-35. ISSN 0340-5354. Dostupné z: doi:10.1007/s00415-020-10228-4

OCCUPATIONAL THERAPY ASOCIATION, 2017. Vestibular Impairment, Vestibular Rehabilitation, and Occupational Performance. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **71**(2). ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2017.716S09

RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA, 2019. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-807-5536-815.

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

SHALEEN, Sulway a Susan L. WHITNEY, 2019. *Advances in vestibular rehabilitation* [online]. 6. Dostupné z: doi: 10.1159/000490285

SKÁLA, Bohumil, 2008. *Závrativé stavy*. Praha. ISBN 2008. 978-80-86998-29-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Vzor informovaného souhlasu pro respondenty do kazuistik.....	67
Příloha 2: Informovaný souhlas s výzkumným šetřením	68
Příloha 3: Vzor dotazníku pro ergoterapeuty	69
Příloha 4: Barthel test	72
Příloha 5: Test instrumentálních denních činností	73

PŘÍLOHY

Příloha 1: Vzor informovaného souhlasu pro respondenty do kazuistik

Informovaný souhlas

Název bakalářské práce: Specifika ergoterapie u vestibulární rehabilitace

Jméno a příjmení pacienta:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to, jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP:

Příloha 2: Informovaný souhlas s výzkumným šetřením



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Vážený paní proděkanko,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Kristýny Ichové, posluchačky bakalářského studijního programu Ergoterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké jsou nejčastější problémové aktivity denního života u pacientů s poruchou vestibulárního systému.

Sledovaný soubor tvoří ergoterapeuti, kteří se ve své praxi setkali nebo setkávají s pacienty s poruchou vestibulárního systému.

Sběr dat bude proveden formou anonymního dotazníku, který se zaměřuje na četnost pacientů s poruchou vestibulárního systému v ergoterapeutické praxi a ovlivnění aktivit denního života u pacientů s těmito poruchami.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Dariny Iskendri.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V dne
V dne 20.5.2024

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
proděkan pro pedagogickou činnost

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha 3: Vzor dotazníku pro ergoterapeuty

Dotazník pro ergoterapeuty na téma problémových ADL u pacientů s poruchami vestibulárního systému

Vážené ergoterapeutky, vážení ergoterapeuté,

Jmenuji se Kristýna Ichová a jsem studentkou 3. ročníku ergoterapie na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Specifika ergoterapie u vestibulární rehabilitace“. Cílem práce je zjistit jaké jsou nejvíce problémové aktivity denního života u pacientů s poruchami vestibulárního systému. Dotazník je určen pro ergoterapeuty, kteří se ve své praxi setkali nebo setkávají s dospělými pacienty s poruchami vestibulárního systému. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk:

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) Bc.
- b) Mgr.
- c) PhD.
- d) PhDr.

4. Kolik let pracujete jako ergoterapeut/ka?

5. V jakém zařízení jako ergoterapeut/ka pracujete?

6. Jaké jsou nejčastější diagnózy, se kterými se ve své praxi setkáváte?

7. Jak často se ve své praxi setkáváte s pacienty s poruchami vestibulárního systému?

- a) Každý den
- b) 1x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) 1x ročně
- e) Výjimečně

8. Využíváte ve své praxi prvky vestibulární rehabilitace?

- a) Ano
- b) Ne

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jaké prvky to jsou?

10. Jak moc si ve své praxi všímáte, že poruchy vestibulárního systému narušují běžný život pacientů?

- a) Vůbec ho nenarušují
- b) běžný život je narušen minimálně
- c) je narušena velká část běžného života
- d) běžný život je zcela narušen

11. Dle Vašich zkušeností jsou u pacientů s poruchami vestibulárního systému více narušeny personální nebo instrumentální aktivity denního života (ADL)?

- a) personální (pADL)
- b) instrumentální (iADL)

12. Označte prosím, které činnosti během dne by podle Vašich zkušeností mohly být pro pacienty problematické (možno více odpovědí):

- a) osobní hygiena (čištění zubů, mytí obličeje, česání a péče o vlasy)
- b) koupání (sprchování, koupání)
- c) oblékání horní poloviny těla
- d) oblékání dolní poloviny těla
- e) příprava jídla
- f) úklid domácnosti, praní prádla, žehlení, věšení záclon
- g) údržba zahrady
- h) chůze po rovině
- i) chůze po schodech
- j) jízda dopravními prostředky (MHD, automobil)

k) Jiná:

13. Jsou pacienti s poruchami vestibulárního systému odkázáni na pomoc druhé osoby?

- a) Ano
- b) Ne

14. Označte prosím z Vašeho pohledu, při kterých činnostech pacienti potřebují pomoc druhé osoby (možno více odpovědí):

- a) osobní hygiena (čištění zubů, mytí obličeje, česání a péče o vlasy)
- b) koupání (sprchování, koupání)
- c) oblékání horní poloviny těla
- d) oblékání dolní poloviny těla
- e) příprava jídla
- f) úklid domácnosti, praní prádla, žehlení, věšení záclon
- g) údržba zahrady
- h) chůze po rovině
- i) chůze po schodech
- j) jízda dopravními prostředky (MHD, automobil)
- k) Jiná:

15. Máte zkušenosti s tím, že by pacienti s poruchami vestibulárního systému měli poruchy spánku?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha 4: Barthel test

ZBI

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta _____
Jméno hodnotitele _____
Datum hodnocení _____

Činnost	Skóre
Jedění 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	<input type="text"/>
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu v sedě nebo není schopen používat invalidní vozík	<input type="text"/>
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličej, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	<input type="text"/>
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, obléčení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	<input type="text"/>
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nezvládne	<input type="text"/>
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	<input type="text"/>
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	<input type="text"/>
Celkový součet (0-100)	<input type="text"/>

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Příloha 5: Test instrumentálních denních činností



Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

