

**ZÁPADOČEKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Jana Grznárová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ  
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Jana Grznárová**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**KONDIČNÍ ERGOTERAPIE JAKO SOUČÁST  
VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT V DOMOVECH PRO  
SENIORY**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2013

**Prohlášení:**

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

V Plzni dne 29. 3. 2013

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

## Anotace

Příjmení a jméno: Grznárová Jana

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Kondiční ergoterapie jako součást volnočasových aktivit v domovech pro seniory

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran: číslované: 62, nečíslované: 46

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: kondiční ergoterapie - domov pro seniory - senior

**Souhrn:** Tato bakalářská práce je zaměřena na využití kondiční ergoterapie v domovech pro seniory, na její možnosti a na využití analýzy činnosti v praxi. Práce je rozdělená, na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části jsou obsaženy informace o kondiční ergoterapii, o domovech pro seniory a seniorech. Část praktická je zaměřena na použití kondiční ergoterapie formou kreativních technik u konkrétních klientů, za použití analýz činnosti.

## **Annotation**

Surname and name: Grznárová Jana

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Condition occupational therapy as part of leisure activities in the home for the elderly

Consultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered pages 62 , unnumbered pages 46

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 26

Key words: condition ergotherapy - home for the elderly - senior

**Summary:** This bachelor thesis is focused on the use of conditional occupational therapy in homes for seniors, it's possibilities and the use of activity analysis in practice. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical section provides information about maintaining ergotherapy in homes for the elderly and seniors. The practical part is focused on the use of conditional occupational therapy through creative techniques with specific clients using activity analyses.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 KONDICNÍ ERGOTERAPIE .....	10
1.1 Definice ergoterapie .....	10
1.2 Kondiční ergoterapie u seniorů .....	10
1.2.1 Rukodělné činnosti .....	11
1.2.2 Společenské hry .....	11
1.2.3 Sportovní a pohybové aktivity .....	12
1.2.4 Ostatní .....	12
1.3 Analýza činnosti .....	12
1.3.1 Analýza činnosti podle R. Hagedorn .....	13
1.3.2 Analýza činnosti podle E. Breinesové .....	14
2 DOMOVY PRO SENIORY .....	16
2.1 Vyhlášky .....	16
2.2 Sociální péče o seniory .....	16
2.2.1 Hmotné zabezpečení ve stáří .....	17
2.2.2 Pečovatelská služba .....	17
2.2.3 Domovinky .....	17
2.2.4 Domovy pro seniory .....	17
2.2.5 Domovy – penziony pro důchodce .....	18
2.2.6 Domovy s pečovatelskou službou .....	18
2.2.7 Další zařízení .....	18
2.3 Geriatrická ústavní péče .....	18
2.3.1 Rozhodnutí o nástupu do ústavní péče .....	19
2.3.2 Negativní následky dlouhodobé ústavní péče .....	19
2.3.3 Přijímací proces do zařízení ústavní péče .....	20
3 SENIOR .....	22
3.1 Stáří a stárnutí .....	22
3.2 Tělesné projevy stáří .....	22
3.3 Geriatrické syndromy .....	23
3.3.1 Somatické geriatrické syndromy .....	23
3.3.2 Psychické geriatrické syndromy .....	23
3.3.3 Sociální geriatrické syndromy .....	23
3.4 Preventivní opatření u seniorů .....	23
3.5 Komplexní hodnocení u seniorů .....	24
3.5.1 Klinické vyšetření .....	24
3.5.2 Hodnocení chůze a stoje .....	25
3.5.3 Nutriční stav .....	25
3.5.4 Hodnocení psychických funkcí .....	25
3.5.5 Hodnocení tělesné zdatnosti .....	27
3.5.6 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti .....	27
3.6 Kvalita života .....	28
3.7 Aktivity pro seniory a podpůrné terapie .....	29
3.7.1 Univerzity třetího věku .....	29
3.7.2 Muzikoterapie .....	29
3.7.3 Arteterapie .....	29
3.7.4 Tanečně - pohybová terapie .....	30

3.7.5	Dramaterapie .....	30
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	31
4	CÍL PRÁCE .....	31
5	HYPOTÉZY .....	32
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	33
7	METODIKY VÝZKUMU .....	34
8	KAZUISTKY .....	35
8.1	Kazuistika I .....	35
8.1.1	Anamnéza .....	35
8.1.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	35
8.1.3	Ergoterapeutický plán .....	38
8.1.4	Terapeutická jednotka .....	38
8.1.5	Výstupní vyšetření .....	39
8.1.6	Shrnutí .....	39
8.2	Kazuistika II .....	41
8.2.1	Anamnéza .....	41
8.2.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	41
8.2.3	Ergoterapeutický plán .....	43
8.2.4	Terapeutická jednotka .....	43
8.2.5	Výstupní vyšetření .....	44
8.2.6	Shrnutí .....	44
8.3	Kazuistika III .....	45
8.3.1	Anamnéza .....	45
8.3.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	45
8.3.3	Ergoterapeutický plán .....	47
8.3.4	Terapeutická jednotka .....	47
8.3.5	Výstupní vyšetření .....	48
8.3.6	Shrnutí .....	48
8.4	Kazuistika IV .....	49
8.4.1	Anamnéza .....	49
8.4.2	Vstupní vyšetření ergoterapeutem .....	49
8.4.3	Ergoterapeutický plán .....	50
8.4.4	Terapeutická jednotka .....	51
8.4.5	Výstupní vyšetření .....	51
8.4.6	Shrnutí .....	51
9	VÝSLEDKY .....	53
9.1	Kazuistika I .....	53
9.2	Kazuistika II .....	54
9.3	Kazuistika III .....	55
9.4	Kazuistika IV .....	56
10	DISKUZE .....	57
	ZÁVĚR .....	61
	LITERATURA A PRAMENY .....	63
	SEZNAM ZKRATEK .....	65
	SEZNAM TABULEK .....	66
	SEZNAM GRAFŮ .....	67
	SEZNAM PŘÍLOH .....	68
	PŘÍLOHY .....	69



## ÚVOD

Tato práce pojednává o kondiční ergoterapii jako o jedné ze složek volnočasových aktivit v domovech pro seniory (dále jen DpS), o jejím pozitivním nebo také negativním vlivu na klienty těchto sociálních zařízení. Dále se zaměřuje na použití a efektivitu analýzy činnosti.

V současné době stále přibývá mnoho starých lidí, kteří jsou umisťováni do DpS. Jejich vytržení z domácího prostředí může mít nežádoucí dopad jak na jejich zdraví, tak na jejich psychiku. Mnohdy právě zde, dochází k výraznému zhoršení zdravotního a psychického stavu starého člověka.

Tyto negativní změny mohou být významně ovlivněny vhodně sestaveným volnočasovým programem. Jeho náplň a způsoby provedení mohou mít různé cíle. Pro zdárné zapojení seniora do volnočasových aktivit je klíčová správná motivace. Je velmi důležitá interpretace důvodů, proč je dobré účastnit se těchto aktivit. Mohou být vytvořeny pouze za účelem vyplnění volného času nebo se můžeme cíleně zaměřit na určité obyvatele DpS. Pokud chceme u klienta pozitivně ovlivnit jeho problémové oblasti, náplň takového programu musí mít konkrétní smysl a cíl pro daného jedince. Z tohoto důvodu můžeme zvolit právě kondiční ergoterapii. Volnočasové aktivity mohou být také primární prevencí proti negativním následkům umístění starého člověka do takového zařízení.

Do volnočasového programu můžeme zařadit i výlety a exkurze. Dále pak řadu expresivních (podpůrných) terapií jako jsou např.: muzikoterapie, arteterapie, tanečně-pohybová terapie, dramaterapie, canisterapie atd. V poslední době jsou velmi oblíbenou složkou také různé druhy kulturních akcí (koncerty a výstavy v prostorách DpS, filmová a hudební odpoledne atd.). Pořádají se i vzdělávací programy pro seniory a to buď přímo v DpS nebo je pořádají jiné instituce. Velmi oblíbené jsou Univerzity třetího věku.

Teoretická část této práce se zaměřuje na kondiční ergoterapii u seniorů, na analýzu činnosti, na domovy pro seniory a na seniory jako takové. Také jsou v ní obsaženy informace o možnostech kondiční ergoterapie a informace o již zmíněných expresivních terapiích.

Praktická část je zaměřena na aplikaci získaných znalostí o kondiční ergoterapii z teoretické části a následné zhodnocení její účinnosti a také efektivnosti analýzy činnosti.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KONDIČNÍ ERGOTERAPIE

Jinak také ergoterapie zaměstnáváním, je historicky nejstarší oblastí ergoterapie, a proto je v odborné i laické veřejnosti nejznámější. Může být také nazývána jako psychologická ergoterapie. (1)

*„Jejím úkolem je udržet a posílit všechny zdravé funkce, podporovat fyzickou a psychickou aktivitu, motivovat k volnočasovým aktivitám, zejména u osob, které již nejsou, nebo nemohou být v pracovním procesu. Cílem je zlepšení fyzické i psychické kondice a aktivní, spolupracující a spokojený jedinec.“* (2, s. 27)

### 1.1 Definice ergoterapie

Pro vysvětlení pojmu ergoterapie uvádím definici ergoterapie od České asociace ergoterapeutů: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využití schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života, jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“* (3, s. 13)

### 1.2 Kondiční ergoterapie u seniorů

Kondiční ergoterapie se využívá jako prostředek k pozitivnímu zaměstnání mysli, k odpoutání se od současného problému seniora a napomáhá také k duševní rovnováze. (2)

Dále pak ergoterapie u seniorů má za cíl zachovat, obnovit nebo zlepšit jejich soběstačnost a zlepšit kvalitu jejich života a to pokud možno v domácím prostředí, za pomoci různých kompenzačních pomůcek nebo s asistencí druhé osoby. Zatímco fyzioterapie usiluje o zachování a posílení fyzické zdatnosti, ergoterapie se zaměřuje na rozvoj oblastí všedních denních činností (ADL), a to jak personálních činností (PADL), tak i instrumentálních činností (IADL). Ergoterapeut pomáhá klientovi s rozvojem náhradních činností, s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek a také s úpravami domácího prostředí. (4)

Kondiční ergoterapie je v oblasti gerontologie velice významná. Při dlouhodobém pobytu ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení zbývá mnoho volného času, kdy staří lidé převážně jen pasivně leží nebo si sami vyplňují volnou chvíli. Pak snadno může docházet k projevům negativního vlivu nemocničního prostředí na člověka. Klienti se více

zabývají svými potížemi, což může vést k jejich zhoršení. Někdy může docházet i k nepříznivému ovlivňování mezi jednotlivými klienty. V domovech pro seniory probíhá ergoterapie zaměstnáváním nejčastěji ve formě různých zájmových skupin.

Kondiční ergoterapii můžeme provádět u jedinců v rekonvalescenci, kdy nehrozí nebezpečí podstatných následků onemocnění, jen došlo po dlouhodobém ležení k oslabení organismu, především svalstva. Nejdéle se tato terapie používá v tuberkulózních léčebnách a psychiatrických ústavech. Pro chronicky nemocné klienty v psychiatrických ústavech je kondiční terapie často jediným pojitkem s normálním životem. Kondiční ergoterapie je významná ve všech fázích onemocnění. Terapii ordinuje lékař a tak, aby vyplnila volný čas a nerušila vlastní léčebný proces.

Starší osoby mají raději vhodně zvolenou pracovní činnost než jen léčebný tělocvik. Velice vhodné je provádět terapii v menších kolektivech. Klienti si mohou společně povídat a u toho dělat zajímavou a zábavnou práci. V určitém smyslu můžeme pro terapii volit i takové činnosti, kdy nejde přímo o práci. Např.: sledování televize a filmů pro pamětníky, poslouchání hudby nebo četba. Používáme činnosti, které jsou pro klienta nenáročné, baví ho a jsou mu blízké. (5)

Při výběru náplně terapie se vychází ze zájmů klienta. Je vhodné vybírat takovou činnost, se kterou se jedinec již dříve setkal, která jej zajímá a dělá ji rád. Nemělo by se zapomínat i na správnou motivaci klienta. (1)

### **1.2.1 Rukodělné činnosti**

- práce s papírem – origami, vystřihování z papíru, lepení koláží, pletení košíků z novinového papíru, roláž, tisk
- práce se dřevem – vyřezávání, broušení, pletení košíků z pedigu
- práce s kovem – pilování, ohýbání, drátkování, vrtání, svařování, broušení, tavení
- práce s textilem – vyšívání, filcování, tkaní, šití ručně i na stroji, pletení, batikování, savování, paličkování, háčkování
- práce s přírodninami – koření, listí, větve, luštěniny, kaštiny, žaludy, sušené ovocné kůry, sušené ovoce a květy, sušené šípky
- výtvarné techniky – kresba, malba, grafika
- jiné – vaření a pečení, práce s keramickou hmotou nebo s fimem. (1)

### **1.2.2 Společenské hry**

- deskové hry (šachy, dáma, Člověče nezlob se atd.)

- karetní hry (žolíky, mariáš)
- vzdělávací, logické hry. (1)

### 1.2.3 Sportovní a pohybové aktivity

- míčové hry (kopaná, házená, odbíjená, vybíjená, tenis, stolní tenis, badminton atd.)
- šipky
- kuželky, bowling
- rekreační sporty
- plavání
- hřiště pro seniory. (1)

### 1.2.4 Ostatní

- sledování televize, dokumentárních, přírodopisných, vědeckých a jiných pořadů
- poslech hudby
- čtení (individuálně; skupinová četba). (1)

## 1.3 Analýza činnosti

*„Jednou z klíčových schopností ergoterapeuta je jeho způsobilost analyzovat činnost do jednotlivých kroků. To mu umožňuje vybrat část (části) činnosti a smysluplně ji využít v terapii. Jejím cílem je zjistit, co pacient v činnosti zvládne nebo nezvládne, určit jeho schopnost učení, určit možnosti adaptace činnosti a možnosti stupňování náročnosti činnosti.“ (1, s. 280-281)*

Jde tedy o jakýsi způsob přemýšlení o různých činnostech. Analýza činnosti je přesně uspořádaný proces, ve kterém terapeut sleduje a popisuje danou činnost a následně hodnotí její použitelnost pro terapii. Neexistuje jednotný postup, jak dělat analýzu činnosti. Různí autoři uvádějí jiné způsoby. (1)

Analýza může být zaměřena buď na činnost (terapeut pozoruje vlastnosti a možnosti činnosti, její využití v běžných denních činnostech) nebo na osobu klienta (terapeut pozoruje a zvažuje možnosti klienta, jeho záliby, věk či zdravotní stav). Dále se dle autorky rozlišují tři formy analýzy:

- základní analýza popisuje jednotlivé části činnosti (tj. co bylo provedeno), cíl činnosti, pořadí jednotlivých kroků a potřebné nástroje, pomůcky a materiál
- analýza nároků popisuje nároky, které klade činnost na člověka

- aplikovaná analýza zohledňuje potenciální léčebný užitek činnosti pro pacienta, tj. propojuje činnost s terapeutickými potřebami pacienta. (6)

Analýza, která je zaměřená na činnost obsahuje následující složky:

*Analýza zaměstnávání* – ADL; zaměstnání; hra a volnočasové aktivity.

*Analýza aktivity* – pomůcky; materiál; jednotlivé kroky činnosti (stabilní/pohyblivé); prostředí vhodné pro činnosti; možná rizika, bezpečnostní opatření.

*Analýza úkolu* – detailní rozbor úkolů; analyzuje motorické, kognitivní a percepční dovednosti klienta; běžné složky činnosti; specifické pohyby; zapojení svalových skupin; poloha.

*Analýza dovedností* – složky dovedností potřebných pro zvládnutí úkolu.

*Adaptace* – prostředí; pomůcky; fyzická; psychická; emocionální a časová. Adaptace je nutná pro dosažení co největší schopnosti samostatnosti jedince.

*Stupňování* – při zlepšení zdravotního stavu; při zhoršení zdravotního stavu. (1)

Analýza činnosti podle: trvalých a neměnných nároků činnosti (senzomotorické a kognitivní nároky činnosti); trvalé nároky, které se mohou měnit (prostor, zařízení, materiál a výdaje); sociální a kulturní vnímání činnosti. (7)

*„Analýza činnosti v praxi většinou zahrnuje: typické kroky, úkony a postupy, které obsahuje; potřebný materiál a pomůcky; typické nároky činnosti a rozsah dovedností, které jsou nutné pro její provádění; sociokulturní nebo osobní významy, které obsahuje.“* (1, s. 282)

*„Analýza činnosti slouží jako vodítko pro zjišťování problémů klienta. Pomáhá zvolit hodnotící nástroje pro co nejlepší porozumění jeho situaci. Dává návod, jak nejlépe porozumět činnosti jako takové. Analýza činností jde v případě potřeby do detailního „rozpítvání“ situace, což předpokládá individuální přístup ke klientovi.“* (3, s. 176)

V praxi si ergoterapeut může vybrat jen ty položky, které jsou potřebné pro práci s konkrétním klientem. S položkami, které se pro daného klienta nehodí, nemusí pracovat. Níže jsou uvedeny některé autorky zabývající se touto problematikou:

### **1.3.1 Analýza činnosti podle R. Hagedorn**

#### Analýza a adaptace zaměstnávání: účel

Dva hlavní významy analýzy činnosti: 1. Analýza má blíže specifikovat problémy, na které klient naráží při aktivitách každodenního života a v sociálních rolích. Obsahuje analýzu výkonu, analýzu účasti a existenční analýzu.

2. Používá činnosti jako terapeutický prostředek k léčbě dysfunkcí při výkonu činností každodenního života, v interakcích a rolích klienta. Obsahuje analýzu zaměstnávání, analýzu aktivity, analýzu úkolu a aplikovanou analýzu.

#### Analýza účasti a existenční analýza

Analýza účasti zahrnuje časový rozsah a frekvenci účasti v činnosti. Existenční analýza pojednává o osobním významu činnosti pro klienta. Popisuje se zde dřívější zaměstnání, povinnosti a současná situace jedince.

#### Analýza výkonu

Zjišťuje schopnosti klienta vykonávat činnosti, které chce a které potřebuje. Sleduje problémy jedince v PADL a IADL.

#### Analýza zaměstnávání

Posuzuje zaměstnávání v konkrétní situaci a týká se oblasti práce, volného času a ADL. Toto pomáhá zjistit podstatu a vážnost problému. Následuje trénink a instruktáž problémových činností a pokud disfunkce zůstává je potřeba zvážit použití pomůcek, úpravu prostředí nebo osobní asistenci.

#### Analýza činnosti

Rozděluje činnosti na dílčí úkoly a zaznamenává jejich posloupnost. Hodnotí její stabilní a pohyblivé složky a jejich terapeutické možnosti

#### Analýza úkolu

Jde o detailní analýzu, která má dva cíle: vybrat odpovídající činnost s tím účelem, aby byla v souladu s terapeutickým cílem; analyzovat danou problematickou oblast výkonu.

#### Analýza dovedností

Komplexní zhodnocení dovedností potřebných pro dokončení úkolu.

#### Aplikovaná analýza

Nejprve je nutné úkol zhodnotit v analýze činnosti poté jej lze pomocí aplikované analýzy použít.

#### Adaptace a stupňování

Pro dosažení terapeutického cíle. (3)

### **1.3.2 Analýza činnosti podle E. Breinesové**

*„Podle Breinesové je analýza činností, adaptace a stupňování činností základní ergoterapeutickou dovedností, která přečkala i mnohé názorové změny v profesi a z nich*

*vyplívající upřednostňování určitých terapeutických nástrojů či přístupů. Analýzu činnosti popisuje jako nástroj, který dovoluje zkoumat úkoly života tak, že je možné každou součást úkolu upravit, aby byla zlepšena funkce.“ (3, s. 183 )*

## **2 DOMOVY PRO SENIORY**

### **2.1 Vyhlášky**

#### **Domovy důchodců**

*„Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.“ (8, § 72)*

#### **Domovy - penzióny pro důchodce**

*„Domovy-penzióny pro důchodce jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a pro občany, kteří jsou plně invalidní a jejich celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Do domovů-penziónů pro důchodce se přijímají občané, jejich zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. V domovech-penzionech pro důchodce se poskytuje ubytování a základní péče; podle možností ústavu a požadavků obyvatel domovů-penziónů pro důchodce lze obyvatelům poskytovat i další placené služby. Současně jsou ústavem vytvářeny podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života a zájmové činnosti obyvatel ústavu.“ (8, § 73)*

### **2.2 Sociální péče o seniory**

*„V principu se jedná o zásadu diferencovaného poskytování služeb dle aktuálních potřeb seniorů, s důrazem na aktivní přístup, preventivní zaměření, včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, intenzivní a minimálně invazivní léčbu a rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu.“ (9, s. 50)*

Materiální pomoc jedincům v nedobré životní situaci zajišťuje sociální péče. Z největší části se věnuje starým osobám. (4)

Staří lidé nejsou jen pasivními příjemci péče, ale jsou důležitou součástí společnosti. V sociálních službách často převládá soustředění se především na výkony a výsledky, než na člověka jako takového. Lidé se musí přizpůsobovat danému systému péče, než by tomu bylo opačně. Velmi často se mluví o individuálním přístupu v péči o seniory, ovšem v praxi převládají „totalitární instituce.“ (10)



### **2.2.1 Hmotné zabezpečení ve stáří**

Podle Listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci a při ztrátě živitele. Kdo se ocitne v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.

Důchodové pojištění: starobní důchod; vdovský a vdovecký důchod; plný a částečný invalidní důchod; sirotčí důchod.

Státní sociální podpora: stát se podílí na nákladech na výživu a na základní potřeby seniorů, výše státní sociální podpory závisí na hodnotě životního minima, kterou stanovuje zákon.

Sociální pomoc: poskytují ji obce ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními (jednorázové peněžité dávky, věcné dávky, opakující se peněžité dávky atd.). (4)

### **2.2.2 Pečovatelská služba**

Žadatelem je sám občan. Návrh k zavedení pečovatelské služby pak může dát sociální pracovníce, rodina nebo zdravotníci. Ke zdravotnímu stavu a úrovni soběstačnosti se vyjadřuje ošetřující lékař jedince žádajícího o pečovatelskou službu. Všechny návrhy jsou hodnoceny individuálně, vzhledem k potřebám jednotlivce. Konečné rozhodnutí o poskytnutí péče vydává Odbor sociálních věcí. Tato služba je poskytována v pracovních dnech, kdy pečovatelka dochází ke klientovi domů minimálně jednou denně. Zajišťují ji obecní úřady. Zařízení, která patří k PS: prádelny, střediska osobní hygieny a dopravní služba (rozvoz obědů, nákupy potravin, doprava nebo rozvoz prádla). (4)

### **2.2.3 Domovinky**

Jedná se o denní nebo týdenní stacionáře. Jsou zřizovány většinou jako součást domovů-penzionů, DpS nebo při charitních společnostech. Jsou významnou pomocí pro rodiny starající se o starého člověka, kdy z důvodu vlastních pracovních povinností nemohou o něj pečovat, tzn. v pracovní dny. Péče je celodenní a zahrnuje stravování, dohled a zájmovou nebo kulturní činnost. Služba je placena rodinou a některá zařízení nabízejí i dopravu klientů. (4)

### **2.2.4 Domovy pro seniory**

V domovech pro seniory je poskytována služba člověku, který pobírá starobní důchod; v důsledku špatného zdravotního stavu není schopen se sám o sebe postarat a potřebuje péči druhé osoby, kdy ani jeho rodina se o něj nemůže starat ani nemůžou zajistit pečovatelskou službu; je-li nutné poskytování dlouhodobé péče z jiných závažných důvodů.

Do úkolů péče domovů pro seniory patří: poskytnutí nezbytné péče (stravování, ubytování apod.); další péče (poradenství, zájmová a kulturní činnost); možnost vlastního vybavení, podpora integrace do společenského života a dále úschova cenných věcí.

Péče v DpS zahrnuje: úklid, praní, žehlení, čištění, podpora při řešení těžkých životních situacích a kontakt se společností. Dále se zde poskytuje základní ošetřovatelská, rehabilitační a lékařská péče. Domovy pro seniory dávají starým lidem jistotu, že nezůstanou sami ani, když dojde k náhlému zhoršení jejich zdravotního stavu. Někdy je právě dlouhodobá ústavní péče řešením některých náročných životních situací. (4)

#### 2.2.4.1 Důvody přijetí do domova pro seniory

Vstup starého člověka do DpS může být někdy problematický, proto je důležité vhodně klienta motivovat. Mezi nejčastější důvody přijetí patří: snížení soběstačnosti, zhoršený zdravotní stav, nedobré vztahy v rodině nebo neschopnost rodiny poskytnout potřebnou péči stárnoucímu členovi. Dále pak různé psychologické a sociální činitele, bytové podmínky. Obecně nastupují do domovů dříve muži než ženy to proto, že ženy se snaží tomuto druhu péče vyhnout až do vyčerpání možností žít samy ve své vlastní domácnosti. Někdy je příčinou i to, že se o starého člověka neměl kdo postarat. (11)

### 2.2.5 Domovy – penziony pro důchodce

Toto ústavní zařízení má volnější režim než domovy pro seniory. Žijí zde staří lidé, kteří jsou ve vhodně upraveném prostředí vést samostatný život. Opět přijetí je na základě podání žádosti. Poskytuje se zde základní péče a ubytování klientů. Je zde možný i kulturní a společenský život. (4)

### 2.2.6 Domovy s pečovatelskou službou

Nepatří mezi zařízení ústavní sociální péče. Staří lidé zde žijí samostatně, bez trvalého dohledu nebo péče. Zřizují je městské úřady. Jsou k dispozici byty pro jednotlivce nebo pro dvojice. Platí se zde běžný nájem. Poskytuje se zde pečovatelská služba. Tyto zařízení nabízejí i možnost zapojit se do kulturního a společenského života. (4)

### 2.2.7 Další zařízení

Kluby seniorů (výtvarné, vzdělávací apod.); denní centra; kavárničky pro seniory. (4)

## 2.3 Geriatrická ústavní péče

U zdravotnických či sociálních služeb rozlišujeme formu ambulantní a formu ústavní péče. Ústavní služby dělíme dle délky pobytu na:

Akutní pobyty – krátkodobé (nemocniční, azylové).

Subakutní pobyty – dočasné; většinou po dobu 3 měsíců; dělí se dle účelu pobytu na: „*rekonvalescentně rehabilitační či léčebný; diagnostický; respitní, zajišťující nesoběstačného klienta po dobu nepřítomnosti domácího pečovatele či k oddechu rodiny při dlouhodobém ošetřování; azylový při nemožnosti pobytu v domácím prostředí pro havárie, kalamity, ztrátu užívatelského práva či jiné projevy stařeckého zneužívání a týrání*“ (4, s. 490)

Chronické pobyty – dlouhodobé, trvalé; zařízení poskytují buď jen základní zdravotní péči (DpS) nebo především zdravotní péči (léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné). (4)

### **2.3.1 Rozhodnutí o nástupu do ústavní péče**

Pro rozhodnutí o nástupu starého člověka do ústavní péče je nutné zohlednit několik podmiňujících okolností. Především funkční stav klienta, náročnost jeho domácnosti, podmínky zařízení dlouhodobé ústavní péče, zdravotní stav a jeho potřeby, stanovisko rodiny.

Nejčastějšími důvody přijetí seniorů do ústavní péče jsou: zhoršený zdravotní stav a snížení soběstačnosti; nedostatek financí nutných pro zaplacení nájmu a zprávu domácnosti; obavy nebo individuální zájem rodiny či rozhodnutí některého zdravotnického oddělení. Jedním z důvodů je také rodinný status klienta. V ústavní péči jsou často lidé, kteří žijí sami.

V České republice se žadatelé o pobyt v domově pro seniory dělí na vážné zájemce o pobyt – převážně z důvodu náhle vzniklé nezbytnosti ústavní péče; případní zájemci o pobyt – jedinci pro něž je možnost pobytu v domově pro seniory jaká si pojistka v případě zhoršení zdravotního nebo sociálního stavu. (4)

### **2.3.2 Negativní následky dlouhodobé ústavní péče**

„*Změna prostředí je ve stáří závažný stresor. Zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především: změnou prostředí s neznalostí nejen nových prostor, ale také nových lidí; porušením mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace; ztrátou či ohrožením autonomie a soukromí; změnou sebehodnocení a životní perspektivy; ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem a různými formami a deprivacemi; nevhodným jednáním personálu anebo spolubydlících a spolupacientů.*“ (4, s. 495)

U starých lidí je schopnost adaptace snížena a trvá delší dobu. Její doba trvání je závislá na několika faktorech: zdravotní stav, úroveň soběstačnost, osobnost klienta, důvody umístění do zařízení ústavní péče a podmínky nového prostředí. Klienti mohou pociťovat úzkost nebo strach z nového prostředí. V počátku adaptace je prokázána zvýšená

úmrtí. (12) Dochází někdy také ke vzniku nebo zhoršení některých psychosomatických chorob. Velice je tato situace náročná pro jedince s pokročilou fází demence. Objevují se i poruchy chování, bloudění. Přizpůsobení může být pozitivně podpořeno bezbariérovou úpravou, psychoterapeutickou podporou a dostačujícím seznámením s personálem a se zařízením. Klienti někdy ztrácí i možnost rozhodnutí o sobě samém. Dále ztrácí své soukromí a velmi často ztrácí svojí vlastní identitu. Klienti, kteří nemají podporu ve vlastní rodině, pak mohou postrádat autentické hlubší vztahy. V DpS je nedostatek sblížujících obdobných zájmů a prostředí bývá sociálně rozdílné. Mnohé nově vzniklé společenské vztahy jsou vynucené a nepostavené na svobodné volbě. Někdy může vznikat ponorková nemoc – nárůst únavy, snížení tolerance, podrážděnost. Klienti jsou často vztahovační, nevstřícní. Imobilní klienti často trpí nedostatkem komunikace s okolím, smyslových vjemů, nových podnětů a kontaktů. U některých seniorů se objevují deprivacní a maladaptivní příznaky (12), ztrácí zájem o své okolí i o sebe. Stávají se nekomunikativní, pasivní a apatický. Snižuje se sebevědomí a sebejistota.

*„Adaptace na ústavní prostředí ve smyslu hospitalizmu (12) je popisována ve 4 fázích, jimž však předchází fáze seznamování a mnohdy konfrontace: seznamování, popř. konfrontace; vnější přizpůsobení – podřízení zvyků a chování ústavnímu řádu; vnitřní přizpůsobení – navazování vztahů, sblížování s lidmi, participace na dění; slábnutí vazby na dění mimo ústav; ztotožnění s ústavním prostředím – klient si nepřeje ústav opustit“.* (4, s. 496-497)

### **2.3.3 Přijímací proces do zařízení ústavní péče**

Nástup klienta do jakéhokoli zařízení ústavní péče je náročný proces. U nově přichozích se objevují běžné příznaky adaptace (úzkost, pasivita, změny chování, poruchy spánku, emoční labilita, zhoršení zdravotního stavu, stesk apod.).

*„K usnadnění adaptace by měl pomáhat přijímací proces zahrnující následující prvky:*

*Dobrovolnost vstupu. Přijetí do domova důchodců je striktně vázáno na písemnou žádost klienta, což odpovídá sociálně – právním aspektům. Nástup by neměl být dobrovolný jen formálně, nýbrž pokud možno i přesvědčením či alespoň vlastní vůlí a volbou.*

*Poučenost, znalost prostředí. Je výhodné když klient zná prostředí, do něhož vstupuje. Napomáhá to pocitu svobodné volby.*

*Podpora orientace v realitě (v prostoru i v čase) a bezbariérovost prostředí.*

*Zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti, projevování zájmu a akceptace – přijímání klienta takového jaký je, bez předsudků a moralizování.*

*Přirozenost, civilnost, domáckost prostředí.*

*Informovanost o pravidlech života v zařízení. Pravidla by měla být ucelená, pochopitelná a pro klienty přijatelná.*

*Důsledné aktivní eliminování šikany a nevhodného zacházení jak ze strany personálu, tak ze strany klientů.*

*Animace, nabídka dostatečného spektra aktivit.*

*Cílevědomá práce s klientem po přijetí – např.: ustanovení „patrona“ – kontaktní osoby, na níž se klient především během příjmové adaptační fáze prvních 2-3 měsíců může obracet s problémy nad rámec běžných kontaktů s ostatními pracovníky. Nástupní pohovor včetně komplexního geriatrického hodnocení ke stanovení priorit, přání, limitací, rizik, sociálního zázemí, očekávání, obav klienta a ke zpracování individuálního programu.*

*Smysluplná neformální dokumentace vedená podle zásad ochrany osobních dat a citlivých informací.*

*Průběžné hodnocení adaptační fáze klienta s modulováním nástupního programu.“*  
(4, s. 497-498)

## 3 SENIOR

### 3.1 Stáří a stárnutí

Stáří je pozdní fází ontogeneze člověka. Je projevem morfologických a funkčních změn. Tyto změny jsou vysoce individuální. Pro velkou variabilitu důsledků a průběhu stáří, je těžké jeho členění a vymezení. Rozlišujeme:

Kalendářní stáří – je nejlépe vymežitelné, avšak věková hranice se stále posouvá se zlepšujícím se zdravotním a funkčním stavem starých jedinců. Začátkem stáří se považuje věk 65 let. O vlastním stáří mluvíme od věku 75 let. Další orientační dělení stáří: 65–74 let - mladí senioři; 75-84 let – staří senioři; 85 a více let – velmi staří senioři (4)

Sociální stáří – „*Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Sociální periodizace života často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí, učení, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností), druhý věk (produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (postproduktivní, stáří), případně čtvrtý věk (období závislosti).*“ (4, s.47)

Biologické stáří – tímto pojmem se značí konkrétní úroveň involučních změn člověka. (4)

Stárnutí (involuce) – „*Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní.*“ (4, s. 67)

### 3.2 Tělesné projevy stáří

Tělesné změny projevující se u starých jedinců se obecně nazývají jako fenotyp stáří. Tyto změny mají podobný časový projev, ale jinak jsou velmi individuální. Fenotypické změny antropometrické:

Tělesná výška – ve stáří se snižuje a to trojím způsobem: současné generace jsou vyšší; v oblasti trupu se výška snižuje, ovšem bez délkových změn končetin (4); „*dochází k selektivnímu přežívání osob s nižší tělesnou výškou a s menším tělesným povrchem*“. (4, s. 100)

Tělesná hmotnost a BMI – s rostoucím věkem se zvyšují do období 7.a 8. decennia, potom dochází k jejich snižování. Výraznější jsou změny v tělesné stavbě: snižuje se

množství aktivní tělesné hmoty, zvyšuje se množství podkožního tuku a vaziva. Snižuje se i množství celkové tělesné vody.

Tělesný povrch – u starých lidí se zmenšuje. Postava mohutní. Mění se tvar hrudníku a zvyšuje se jeho obvod. Dochází ke změnám tělesných proporcí.

Změna výrazu obličeje – kožní vrásky, stárnutí kůže, šedivění vlasů, alopecie, pokles tváří a horního víčka, ztráta zubů, snížení dolní čelisti, zúžení horního rtu.

Změny postoje a chůze – nahrbený postoj, hyperkyfóza, kyfokolióza, zkrácení kroku, zpomalení chůze, stárnutí meziobratlových plotének.

Involuční změny smyslového vnímání: zrak – změny akomodace, zužování zorniček, mění se zraková ostrost; sluch – ubývá ostrost pro vysoké tóny; hmat – snižuje se kožní cití; čich – vzniká atrofie čichových vláken; vnitřní prostředí – ke změnám dochází v důsledku úbytku celkové tělesné vody. (4)

### **3.3 Geriatrické syndromy**

Objevují se převážně ve vyšším věku a jsou mnoho příznakové etiologie. Velmi často se přehlíží, ale včasnou diagnostikou a správnou terapií se může dosáhnout zlepšení zdravotního stavu či plného uzdravení. U řady geriatrických syndromů je velké ohrožení umístění jedince do zařízení dlouhodobé ústavní péče. (10)

#### **3.3.1 Somatické geriatrické syndromy**

Mezi somatické geriatrické syndromy patří: poruchy chůze a pohyblivosti; závratě; nestabilita; pády a úrazy; inkontinence moči a stolice; poruchy termoregulace; dekubity; poruchy v oblasti příjmu potravy nebo tekutin. (10)

#### **3.3.2 Psychické geriatrické syndromy**

Mezi psychické geriatrické syndromy patří: demence; deprese; delirium; poruchy chování; poruchy adaptace. (10)

#### **3.3.3 Sociální geriatrické syndromy**

Mezi sociální geriatrické syndromy patří: ztráta soběstačnosti; závislost na pomoci druhých; sociální izolace; týrání a zneužívání; dysfunkce rodiny. (10)

### **3.4 Preventivní opatření u seniorů**

Preventivní opatření u seniorů obsahují primární, sekundární a terciální prevenci. U starých jedinců se soustředíme na prevenci vzniku onemocnění, úrazu a podporuje se dobrá

úroveň soběstačnosti a funkční zdatnosti. Primární prevence je prováděna praktickým lékařem v rámci pravidelné preventivní prohlídky.

Obecná preventivní opatření: fyzická aktivita a cvičení – udržení rozsahu pohybu, stability a rovnováhy; nekouřit; správné stravovací návyky – vyvážená strava; přiměřená tělesná hmotnost; prevence úrazů – vhodné úpravy domácího prostředí, užívání lokomočních pomůcek, vhodná obuv; imunizace.

Preventivní vyšetření: onkologický screening; zrak; sluch; krevní tlak; screening diabetu; TSH; kognitivní screening; kostní denzita; orální zdraví; lipidogram. (10)

### **3.5 Komplexní hodnocení u seniorů**

*„Komplexní geriatrické hodnocení je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování. (13) Vychází se standardního klinického vyšetřování a diagnostikování.“ (4, s. 165)*

#### **3.5.1 Klinické vyšetření**

Obsahuje tyto složky: anamnéza, fyzikální vyšetření, pomocná elementární vyšetření. Klinické vyšetření je celkově podobné jako vyšetření u mladších jedinců, avšak je zde rozdíl v přístupu a komunikaci se starým klientem.

Anamnéza: osobní anamnéza a nynější onemocnění (funkční změny, prodělaná onemocnění a výkony, potíže s příjmem potravy a tekutin, medikace, pohybové aktivity, kontinence moči a stolice); rodinná anamnéza; sociální anamnéza a hodnocení sociálního fungování (sociální vztahy a patologie, sociální role, náročnost bydlení, soběstačnost v domácích podmínkách, užívání sociálních dávek a služeb. (4)

Fyzikální vyšetření – popisuje morfologické a funkční změny. Důvody funkčního hodnocení seniorů: *„detekce, identifikace a kvantifikace příčin významného poklesu funkční kapacity; posouzení vlivu choroby či životních událostí na vývoj funkčních změn; podíl funkční zdatnosti a jí podmíněné kvality života na rozhodování o terapeutických alternativách; doporučení účelného využití veřejných prostředků; zlepšení odhadu průběhu chronických chorob.“ (4, s. 175)*

Hodnotí se: stabilita a chůze, rozsahy pohybů, svalová síla, kognitivní funkce, soběstačnost klienta, hodnotíme celkový vzhled klienta, zda přijel sám nebo s druhou osobou, smyslové poruchy, nutriční stav, hydrataci, tělesnou teplotu, kožní změny, otoky,



otlaky, orientační zhodnocení neurologického stavu (vyšetření očních pohybů). Dále pak vyšetření hlavy a krku, hrudníku, břicha a končetin.

Orientační vyšetření psychického stavu – psychický stav a úroveň mentálních schopností klienta.

Orientační neurologické vyšetření – vyšetření aspektů (pozorování), vyšetřovací manévry a zkoušky, hodnocení motoriky, chůze a stoje, hodnocení duševních změn a symbolických funkcí. (4)

### **3.5.2 Hodnocení chůze a stoje**

Určité změny chůze a stoje jsou přirozeným projevem stáří. Dochází k zpomalení chůze, ztrátě pružnosti pohybů a je horší stabilita. Může dojít k ohnutému držení těla, ztuhlosti kloubů a zkrácení kroku. Staří klienti trpí pocitem nejistoty v chůzi a rizikem pádů.

Vyšetření chůze a rovnováhy – sledují se rysy stoje a chůze, sledují se projevy případných poruch, hodnotí se celkové provedení požadovaného pohybu, svalová síla, posturální reflexy, známky laterální instability, šíře základny, manévry ve stoji a při chůzi, iniciace chůze, délka, kadence a plynulost kroku. (14)

### **3.5.3 Nutriční stav**

Stanovujeme nutriční anamnézu, kde zjišťujeme:

Podmínky a možnosti stravování, finanční možnosti a soběstačnost v IADL (příprava jídla, nákup).

Stravovací návyky – množství, příjem základních živin, místo kde se klient stravuje (doma, v zařízeních ústavní péče).

Chuť k jídlu, kompenzační pomůcky.

Hledáme onemocnění, která zhoršují trávení nebo vstřebávání, zvyšují energetické nároky, způsobují pokles bílkovin a psychickou alteraci.

Fyzikální vyšetření: výška, hmotnost, BMI; svalová síla a soběstačnost; střední obvod paže a kožní řasa nad tricepsem; hodnocení výživy pomocí standardizovaných testů. (10)

### **3.5.4 Hodnocení psychických funkcí**

Využívá se psychiatrické a psychologické vyšetření. Dále se používají různé testy zaměřené na kognitivní i nekognitivní funkce. Hodnotíme kvalitu života klientů,

psychosociální výdoj jedince a vztah k jeho psychosociálnímu prostředí a somatickému stavu. Zaměřujeme se na primární příznaky organických mozkových poruch.

Pomocné vyšetřovací metody – laboratorní vyšetření: sledujeme biochemické hodnoty, hladinu vitamínu B 12, dále provádíme hematologické vyšetření a serologické vyšetření.

Zobrazovací metody se využívají především k diagnóze organických mozkových poruch. Dále se používají elektrofyziologické metody (EEG, metoda evokovaných potencionálů P300).

Hodnocení kognitivních funkcí - zjišťují se poruchy paměti, myšlení, řečových funkcí, fatické poruchy, poruchy orientace. „*Porucha kognitivních funkcí ve svém důsledku vede k poruše exekutivních (výkonných) funkcí, kam patří motivace a vůle, plánování činnosti a provádění úkonů – jednání.*“ (1, s. 185) Některé testy kognitivních funkcí: Mini Mental State Examination (MMSE), test kreslení hodin, Clinical Dementia Rating (CDR), ADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-kognitivní), SKT (Symptom Kurz Test).

Vyšetření emočních funkcí – vyšetřujeme afekty – krátkodobé emoce (zlost, lítost, smutek, radost); nálady – déle trvající; vyšší city – trvalé emoční nastavení. Hodnotící škály: Geriatrická škála deprese podle Yessavage; MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HAM-D (Hamiltonova škála deprese); Beckova škála deprese (Beck Depression Inventory, BDI).

Vyšetření schopností denních aktivit u seniorů s demencí – používají se: dotazník ADL (activities of daily living) a iADL (instrumental activities of daily living); Berthelův test základních denních činností; DAD (The disability Assessment for Dementia); FAQ (Functional Activities Questionnaire).

Pro hodnocení poruch chování a jiných behaviorálních příznaků používáme např.: SCAG (Sandoz Clinical Assessment – Geriatric).

Pro komplexní vyšetření psychických funkcí u seniorů používáme NPI (Neuropsychiatric Inventory); GBS (Gottfries-Brane-Steen-Scale).

Další používané škály: Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale); Hachinského ischemické skóre. (4)

V průběhu života dochází k snížení počtu mozkových buněk. Nejnovější studia, však ukazují, že mozek je při adekvátní stimulaci schopen vytvářet buňky nové.

Ve stáří dochází ke změnám kognitivních funkcí. Jedná se o: snížení psychomotorického tempa; zhoršení zapamatování a výbavnosti informací, především u

krátkodobé paměti; rigidita myšlení a chování, chudší fantazie; dochází ke zhoršení koncentrace, zvyšuje se psychická unavitelnost; snižuje se smyslová výkonnost.

Ve stáří se ale některé kognitivní a psychické funkce naopak zlepšují: schopnost úsudku, vytrvalost, trpělivost, lepší schopnost vnímání detailů; zájem o nové informace, rozhled, stálost názorů a vztahů. (15)

### 3.5.5 Hodnocení tělesné zdatnosti

*„Tělesná zdatnost je schopnost zvládat tělesnou zátěž a jí navozený stres včetně vlivů zevního prostředí, například teploty. Jde o funkční stav organismu. Výkonnost je pojem užší, bývá definován jako schopnost podat měřitelný výkon určité pohybové oblasti. Je to pojem, který má blízko ke sportovní výkonnosti. Ta bývá hodnocena jako rychlostní, silová a vytrvalostní.“ (4, s. 190)*

Metody hodnocení tělesné zdatnosti – tělesnou zdatnost hodnotíme buď anamnesticky, nebo pomocí zátěžových testů.

Anamnesticky – srovnáváme klientovu zdatnost – s jeho vrstevníky; s klientovými standardy; s obecným standardem; s aktivitami denního života (ADL).

Použití zátěžových testů: testy prováděné v terénu – jsou dvě možnosti testování buď je stanovená délka terénu a hodnotí se čas nebo je dán čas zátěže a hodnotí se dráha. Pak jsou testy prováděné v laboratoři – Bicyklový ergometr, Rumpálový (klikový) ergometr, běhátko. (4)

*„Interindividuální variabilita seniorů je natolik výrazná, že neexistují obecné geriatrické normy, ba ani vyšetřovací metodiky platné pro celou seniorskou populaci.“ (4, s. 192 )*

### 3.5.6 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti

*„Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory: funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností a znalostí, které chybějí např.: nemocným se syndromem demence; náročností prostředí. V úvahu je třeba brát vždy oba faktory.“ (4, s. 196)*

#### 3.5.6.1 Aktivity každodenního (všedního) života

Podmiňující je zdatnost v oblasti sebeobsluhy a soběstačnosti. Pro zhodnocení ADL se používají tyto hodnotící škály a dotazníky: Katz ADL (Index of Independence in Activities of Daily Living) – hodnotí se: koupání, oblékání, požívání toalety, přemísťování, kontinence, jezení. (Katz aj., 1970); Bartelův index – obsahuje navíc hodnocení chůze a

stoupání do schodů; Multilevel Assessment Instrument IADL (Lawton aj., 1982); Sickness Impact Profile; Philadelphia Geriatric center IADL Scale; hodnocení funkční nezávislosti FIM. (4)

#### 3.5.6.2 Výkonové testy

Popisují schopnost organismu podávat určité výkony v souvislosti s disabilitou.

Nejpoužívanější testy: test schopností vstát ze sedu na židli (sit-to-stand test), v různých obměnách; test rychlosti chůze; walking behavior – pohybové schopnosti z pohledu chůze (Simonsick aj., 1999); testy rovnováhy; Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) – zaměřen na rovnováhu i na chůzi; Gait Abnormality Rating Scale (GARS) – podobný jako předešlý test (Wolfson aj., 1990); test síly svalového stisku (Fredriksen aj., 2002); test zdvižení a přenesení břemene; test sit-and-reach – dosah paže v sedu; test „zámek-klíč“; test vaření čaje nebo instantní polévky; mentální testy. (4)

#### 3.5.6.3 Hodnocení náročnosti a bezpečnosti domácího prostředí

*„Nedílnou součástí hodnocení soběstačnosti je popis náročnosti prostředí, v němž se křehký geriatrický pacient pohybuje, bariér a kompenzačních pomůcek, které používá, včetně správnosti a účinnosti jejich instalování a užívání. Hodnocení prostředí zahrnuje také posouzení sociální sítě.“ (4 s. 200-201)*

### 3.6 Kvalita života

Pojem kvality života je velmi důležitý pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. Zahrnuje tři hlavní oblasti: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení a vztahy k druhým lidem. Na kvalitu života by se mělo pohlížet v rámci holistického přístupu k osobnosti člověka. Je také velmi spjata s prostředím a s potřebami a požadavky jedinců.

*„Pracovní skupina WHO zabývající se kvalitou života vymezila podstatu kvality života jedince jako vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí.“ (16, s. 58)*

Člověk v seniorském věku chápe kvalitu života především jako určitý stupeň spokojenosti s dosavadním životem. Pokud je spokojen s tím, jak žil a hodnotí svůj prožitý

život jako smysluplný, můžeme očekávat, že jeho současná kvalita života je prožívána na vysoké úrovni. (16)

### **3.7 Aktivity pro seniory a podpůrné terapie**

Podpůrné (expresivní) terapie jsou charakterizovány jako postupy umožňující redukovat úzkost a uvolnit tak latentní tendence, externalizovat pocity úzkosti a strachu. Klient se vyjadřuje verbálně i neverbálně, pomocí uměleckého – pohybového média. (17)

#### **3.7.1 Univerzity třetího věku**

Univerzita třetího věku (dále jen U3V) je souborem programů celoživotního vzdělávání zaměřeným na vzdělávání osob v postproduktivním věku. U3V nabízí několik desítek kurzů. Cílem kurzů je poskytnout seniorům možnost, aby se kvalifikovaně a na univerzitní úrovni mohli systematicky seznamovat s nejnovějšími poznatky v oblasti vědy, historie, politiky, kultury apod. Dále také pomáhá prohlubovat již dosažené znalosti seniorů. Účastníkem kurzů U3V je jedinec, který dosáhl věku potřebného pro přiznání starobního důchodu. U většiny kurzů je podmínkou pro přijetí středoškolské vzdělání s maturitou. V některých případech může být podmínka středoškolského vzdělání prominuta.

Účastník je povinen uhradit zápisné, jehož výši pro akademický rok nebo semestr stanovuje prorektor. Výuka probíhá formou přednášek, případně cvičení, seminářů, exkurzí. Účastník programu U3V, který splní jeho stanovené podmínky, se stává absolventem programu a obdrží osvědčení o úspěšném absolvování kurzu.

Kurzy univerzity třetího věku nabízejí různé fakulty např.: Právnická fakulta, Lékařská fakulta, Filozofická fakulta a Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy v Praze a dále je možné si vybrat z jednotlivých kurzů – např.: Právo, Biologie člověka a Základy práce na počítači.(18, 19)

#### **3.7.2 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je léčebná terapie, která jako léčebný prostředek používá různé zvuky a hudbu různých žánrů. (20)

#### **3.7.3 Arteterapie**

*„Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky.“ (21, s. 14)*

### **3.7.4 Tanečně - pohybová terapie**

*„Tanečně – pohybovou terapii lze považovat za expresivní terapeutický postup. Je definována ADTA jako psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince.“ (22, s. 33)*

### **3.7.5 Dramaterapie**

*„Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.“ (17, s. 23)*

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je provedení a následné zhodnocení účinnosti kondiční ergoterapie v domovech pro seniory a dále posouzení efektivnosti a účelnosti analýzy činnosti.

**Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:**

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o seniorech, o kondiční ergoterapii, o jejích formách a způsobech provádění v praxi, především pak v domovech pro seniory.

2. Vybrání sledovaného souboru seniorů a zjištění charakteristických znaků této skupiny.

3. Nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení hypotéz.

4. Sestavit analýzu činnosti pro jednotlivé klienty, aplikovat je se souběžným pravidelným kontrolováním výsledků pomocí standardizovaných testů a vlastním pozorováním klientů při provádění dané činnosti.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány se stanovenými hypotézami.

## 5 HYPOTÉZY

Ve spojení s cílem práce byly stanoveny následující hypotézy:

1. Předpokládám, že kvalifikovaně a cíleně prováděná kondiční ergoterapie může zlepšit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.
2. Předpokládám, že kondiční ergoterapie napomáhá k udržení dosažené úrovně soběstačnosti seniorů.
3. Předpokládám, že pomocí vhodně sestavené analýzy činnosti klient samostatně provede danou techniku.



## **6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Sledovaný soubor se skládá ze 4 klientek DpS v Plzni. Všechny byly ochotny zapojit se do činnosti a schopny spolupráce. Práce se sledovaným souborem trvala od prosince 2012 až do února 2013. Samotné terapie probíhaly 1x nebo 2x týdně. Klientky měly ještě navíc skupinově rukodělné činnosti v rámci volnočasového programu DpS.

Dvě klientky mají obě počáteční stádium vaskulární demence. Třetí klientka má lehkou fázi Alzheimerovi demence. Čtvrtá klientka je po ischemické cévní mozkové příhodě s následnou pravostrannou hemiparézou až hemiplegií.

## **7 METODIKY VÝZKUMU**

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Klientky byly vyšetřovány standardizovanými testy, vlastním rozhovorem a pozorováním při činnosti. Pro vyšetření byly použity následující testy: Hodnocení funkčního indexu soběstačnosti, test instrumentálních všedních činností, Mini – Mental State Exam, test hodin, dotazník kvality života Short Form-36, Škála deprese pro geriatrické pacienty, Blesedova škála demence, Funkční test HK.

Pro vlastní zjištění a zhodnocení provádění a efektivnosti kondiční ergoterapie byly vytvořeny analýzy činnosti pro konkrétní kreativní techniky, které byly předloženy klientkám a podle nichž se klientky snažily samostatně pracovat.

## 8 KAZUISTKY

### 8.1 Kazuistika I

#### 8.1.1 Anamnéza

**Klient:** žena

**Věk:** 65 let

**Lékařská diagnóza:** pravostranná hemiparéza až hemiplegie po ischemické cévní mozkové příhodě

**Datum onemocnění:** říjen 2007

**Vedlejší onemocnění:** expresivní fatická porucha

**OA:** Před cévní mozkovou příhodou lehký úraz kolene (bez omezení v PADL a IADL činnostech); jinak byla zcela zdráva.

**RA:** Klientka má manžela, tři děti a vnoučata (všichni zdraví).

**SA:** Od roku 2009 žije v domově pro seniory. Uživatelka invalidního důchodu. Dříve žila v bytě s manželem, ale rodina nebyla plně schopna se o klientku postarat.

**PA:** Před CMP pracovala v lázeňství.

#### 8.1.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

**Dne:** 21. 12. 2012

**Použité testy:** Funkční index soběstačnosti (dále jen FIM), test instrumentálních všedních činností IADL, MMSE, Škála deprese pro geriatrické klienty, Funkční test HK

#### **Hodnocení soběstačnosti:**

**PADL** (Hodnoceno rozhovorem a pozorováním)

*Oblékání/svlékání:* horní končetiny, trup – je potřebný dohled a dopomoc při finální úpravě oděvu; je nutné klientce připravit oblečení, tak aby na něj dosáhla.

Dolní končetiny – klientka potřebuje pomoc druhé osoby při oblékání kalhot. Klientka si v sedě na kraji lůžka pomocí zdravé LHK natáhne kalhoty až ke stehnům, pak se za pomoci terapeuta nebo ošetřovatelského personálu postaví a natáhne si kalhoty do pasu.

*Najedení/napití:* V této oblasti je klientka zcela soběstačná, jen potřebuje delší čas. Klientka používá nedominantní HK.

*Hygiena:* osobní hygiena – v oblasti osobní hygieny je klientka soběstačná, jen opět potřebuje delší čas a je nutné klientku převézt na mechanickém vozíku k umyvadlu.

Koupání – klientka potřebuje pomoc druhé osoby. V důsledku pravostranné hemiplegii není klientka schopná sama se přesunout do koupelny ani se samostatně plně umýt.

*Kontinence stolice a moči:* Klientka je plně kontinentní, ale potřebuje pomoc při přesunu na WC.

*Přesuny:* použití WC – v případě potřeby je klientce přistaven mobilní WC k lůžku. Přesun z lůžka na WC zvládá s drobnou pomocí druhé osoby. Je nutná dopomoc s oblékáním a svlékáním kalhot a s hygienou po použití WC. Klientka není z důvodů plegické PDK schopna žádných náročnějších přesunů. Klientka dobře zvládá přesuny z lůžka na vozík. Je nutná jen drobná pomoc. Pro přesuny na delší vzdálenosti je tedy nutné použití mechanického vozíku.

*Lokomoce:* chůzi po rovině a do schodů klientka neprovede. Klientka se pohybuje pomocí mechanického vozíku. Řízení vozíku sama nezvládá, potřebuje pomoc druhé osoby.

#### **IADL (Hodnoceno rozhovorem)**

*Telefonování:* klientka má vlastní mobilní telefon, je schopna jej sama používat.

*Transport:* klientka zvládne cestovat pouze, je-li doprovázena druhou osobou. Není schopna samostatného přesunu. Používá mechanický vozík.

*Nakupování:* klientka není schopna sama nakoupit.

*Vaření:* klientka není schopna samostatného vaření, pouze by zvládla velmi jednoduché úkony (např.: umýt ovoce, zeleninu atd.).

*Domácí práce:* klientka samostatně provede opravdu jen lehké domácí práce.

*Práce kolem domu:* tyto práce klientka neprovede.

*Užívání léků:* léky užívá pokud jsou připraveny a připomenuty.

*Finance:* klientka zvládne základní finanční operace. Rozumí hodnotě peněz.

- **Test FIM:** 89 bodů (pohybová dovednost: 56/91 , psychické funkce: 33/35)
- **Test IADL:** 30 bodů – závislý v IADL

#### **Hodnocení kognitivních funkcí:**

- **Test MMSE:** 26 bodů – normální výsledek
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 0 bodů - normální afekt bez deprese

Klientka je plně orientována osobou, místem, časem a situací. Nemá žádné poruchy paměti ani myšlení. Klientka trpí expresivní fatickou poruchou, jako následek po CMP.

Mývá problém s vyjádřením některých slov. Potřebuje delší čas a někdy i dopomoc k vybavení si správného slova. Nikdy nebyla v péči logopeda. Nemá problém s porozuměním druhému člověku. Je velice komunikativní a společenská.

### **Horní končetiny:**

Dominantní strana – pravá.

Úchopy – LHK – klientka provede dobře jemné i silové úchopy, u háčkového úchopu (udržení břemene) neunesse břemeno těžší 2 kg. Při pracovní pozici v sedu zvládne všechny úkony. Pracovní pozice ve stoji – nelze provést (klientka není schopná samostatného stoje). Jinak by požadované činnosti dovedla provést.

PHK – aktivně neprovede jemný ani silový úchop. Dovede pouze udržet míček v dlani, ale musí tam být umístěn terapeutem a lze to provést jen s velkým úsilím. Všechny prsty pravé ruky jsou bez schopnosti aktivní hybnosti. Stejně tak neprovede úkony v pracovní pozici v sedě i ve stoji. (Hodnoceno Funkčním testem HK). Klientce nikdo neřekl o možnosti použití bimanuálního úchopu. Zkoušela zapojovat PHK pomocí bimanuálního úchopu, ale šlo to velmi obtížně. Sama se pak rozhodla, že raději bude používat jen levou horní končetinu.

Koordinace pohybů – LHK - koordinaci oko-ruka klientka zvládá a nemá problém ani s přesnými cílenými pohyby.

Svalová síla – LHK - svaly levé horní končetiny odpovídají stupni 4 a 5 svalového testu. Není zde patrné žádné výrazné oslabení. Jednotlivé svaly provádějí dané pohyby bez obtíží a v plném rozsahu. (Hodnoceno pomocí svalového testu).

PHK – svaly pravé horní končetiny odpovídají stupni 1 svalového testu a je přítomna spaticita. Při pokusu o pohyb se objeví náznak pohybu, ale sval už jej nevykoná. Prsty jsou v trvalé flexi. Loketní kloub je v semiflexi. Ani po senzoričké stimulaci PHK se neobjevuje výraznější uvolnění spasticity. PHK je schopna aktivního pohybu pouze ve smyslu elevace v RK.

Rozsah pohybu – klientka s LHK je schopna všech pohybů a v plném rozsahu. Netrpí žádným omezením ani bolestí. PHK je schopna aktivního pohybu pouze ve smyslu elevace v ramenním kloubu. Jinak není zachována žádná aktivní hybnost. Pohybu lze dosáhnout pouze pasivně. V RK jsou možné všechny pohyby, ale ne v plném rozsahu. Při pokusu o plný rozsah pacientka udává bolest a objeví se i odpor svalů. V loketním kloubu lze pasivně provést flexi i extenzi, ale ne v plném rozsahu. Nicméně LK je nejvíce pasivně pohyblivý. Neobjevuje se bolest, ale je odpor svalů při pokusu o plný rozsah. Pronaci a pupinaci pasivně zvládne. V oblasti zápěstí je možná palmární flexi a opět ne v plném

rozsahu, ale rozdíl od plného rozsahu je u tohoto pohybu minimální. U dorzální flexe lze pohyb pouze naznačit, stejně tak u radiální a ulnární dukce. Všechny prsty jsou v trvalé flexi. Velmi obtížně docílíme jakéhokoliv pohybu a jen s minimálním rozsahem pohybu. Po sensorické stimulaci se objeví lehké uvolnění, ale to do několika minut mizí.

**Kompenzační pomůcky:** Mechanický vozík. Jinak nepoužívá žádné jiné kompenzační pomůcky.

**Zájmy:** Klientka si ráda čte, luští křížovky, sleduje televizi, ráda jezdí na vycházky, ráda se zúčastňuje kulturních a společenských akcí.

### **8.1.3 Ergoterapeutický plán**

#### **Silné stránky klientky:**

Klientka je velmi ochotná a snaživá. Má zájem o zlepšení svého zdravotního stavu. Smysl pro humor a celkový nadhled, díky čemuž se dobře vyrovnává se svým zdravotním stavem.

#### **Slabé stránky klientky:**

Klientčinou slabou stránkou je expresivní fatická porucha. Klientka někdy není schopna se plně vyjádřit. Potřebuje více času. Dále pak neschopnost samostatné chůze.

#### **Problémové oblasti:**

Expresivní afázie.

Částečná nesoběstačnost v PADL a IADL.

Neschopnost samostatného života bez pomoci druhé osoby.

Mobilita – klientka z důvodu pravostranné hemiplegie není schopna samostatné chůze. Pro přesuny na delší vzdálenosti je zapotřebí použít mechanický vozík.

#### **Krátkodobý ergoterapeutický plán:**

Kondiční ergoterapie - pro trénink grafomotoriky levé ruky. (Klientka by chtěla zlepšit kvalitu grafického projevu).

#### **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

Výběr a použití vhodných kompenzačních pomůcek, aby se snížila závislost na pomoci druhé osoby.

Začlenění zpět do domácího prostředí (poučení rodiny; úprava domácího prostředí).

### **8.1.4 Terapeutická jednotka**

**Typ terapie:** individuální

**Délka terapie:** 45min.

**Cíl terapeutické jednotky:** trénink grafomotoriky

**Náplň terapeutické jednotky:** kresba pastelem

**Předměty, které byly využity při terapii:** čtvrtky, barevné pastely

**Referenční rámec:** biomechanický

**Přístup:** stupňovaných aktivit

**Reakce klienta na terapii:** klientka spolupracovala, ale bylo to pro ni obtížné. Velmi se ale snažila a činnost ji bavila.

**Silné stránky klienta:** klientka byla trpělivá a snažila se. Je nadšená pro jakoukoli činnost.

**Slabé stránky klienta:** klientčinou slabou stránkou je, že nemůže vůbec použít pravou ruku, ani pro zatížení papíru a dále pak, že levá ruka není její dominantní rukou.

**Doporučení:** I nadále procvičovat grafomotoriku levé ruky. Zvážit použití vhodných kompenzačních pomůcek. Klientka postupovala podle analýzy činnosti. Konkrétní AČ viz. přílohy.

#### 8.1.5 Výstupní vyšetření

- **Test FIM:** 89 bodů (pohybová dovednost: 56/91 , psychické funkce: 33/35)
- **Test IADL:** 30 bodů – závislý v IADL
- **Test MMSE:** 26 bodů – normální výsledek
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 0 bodů - normální afekt bez deprese

Výsledky testů u výstupního vyšetření jsou stejné. Nedošlo tedy k žádnému zlepšení ani zhoršení.

#### 8.1.6 Shrnutí

Terapie probíhala v terapeutické dílně, v prostorách oddělení ergoterapie. Někdy u klientky na pokoji. Pracovala samostatně, soustředila se, plně se zapojovala a ochotně spolupracovala. Má zájem se učit stále něco nového. Klientka je optimistická a smířená se svým zdravotním stavem, ale má zájem o zlepšení se v problémových oblastech. Je velmi vděčná za péči terapeutů a se všemi návrhy doporučeními vždy nadšeně souhlasí. Nejraději tkala na jednoduchém rámovém stavu. Pro práci potřebuje více času.

Také se s klientkou trénovala grafomotorika. Procvičovalo se psaní podpisu. Klientka se dokáže samostatně podepsat, ale není spokojena s kvalitou svého písma. Chtěla by to zlepšit. Nejprve se dělala jednoduchá cvičení, později se trénovalo psaní jednotlivých písmen klientčina jména a pak už celý podpis. Toto klientce šlo obtížně a po dobu

společného nácvičku se neobjevily výrazné změny v kvalitě písma, nicméně klientka je schopna se čitelně podepsat.

**Použití analýzy činnosti:** Klientka postupovala podle analýzy činnosti zcela samostatně. AČ byly upraveny ve formě obrázků s textem. Nebylo potřeba žádného zásahu. Jen občas byla nutná drobná fyzická pomoc, protože klientka není schopna vůbec použít PHK. Neměla problém porozumět zadanému úkolu a na postup se plně soustředila. Práce podle analýzy činnosti ji bavila a jak sama hodnotila zvládnutí nové kreativní techniky pro ní tímto způsobem bylo jednodušší.

**Doporučení:** Nadále pokračovat v procvičování grafomotoriky levé ruky. Připravovat klientku na návrat do domácího prostředí. Úprava domácího prostředí. Pomoci klientce zvolit vhodné kompenzační pomůcky a bezbariérové úpravy. Edukace rodiny.



## 8.2 Kazuistika II

### 8.2.1 Anamnéza

**Klient:** žena

**Věk:** 82 let

**Lékařská diagnóza:** pokročilá forma Alzheimerovi demence s pozdním začátkem

**Datum onemocnění:** první projevy Alzheimerovi demence se u klientky začaly objevovat po jejím 70 roce života

**Vedlejší onemocnění:** generalizovaná ateroskleróza

**OA:** Dříve fraktura distální části ulny (žádné omezení v ADL). Klientka udává, že celý život trpí na chronickou rýmu. Jinak vážněji nestonala.

**RA:** Klientka má dceru a 2 vnoučata. Všichni jsou zdraví. Podle klientky se u nikoho v rodině nevyskytl žádný typ demence.

**SA:** Od března 2012 žije klientka v DpS. Před umístěním do tohoto zařízení žila sama v bytě v Plzni. Uživatelka starobního důchodu.

**PA:** Švadlena

### 8.2.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

**Dne:** 21. 12. 2012

**Použité testy:** Funkční index soběstačnosti (dále jen FIM), test instrumentálních všedních činností IADL, MMSE, Škála deprese pro geriatrické klienty, test hodin, Blesedova škála demence

#### **Hodnocení soběstačnosti:**

**PADL** (Hodnoceno rozhovorem a pozorováním.)

Klientka v oblasti PADL je soběstačná. Potřebuje ale dohled a někdy i slovní dopomoc druhé osoby. Je plně kontinentní a na WC dokáže dojít sama.

V oblasti hygieny potřebuje klientka dohled ošetřovatelského personálu, z důvodu zvýšeného rizika pádu.

**IADL** (Hodnoceno rozhovorem)

*Telefonování:* klientka nemá vlastní mobilní telefon, ale jinak by byla schopna telefon samostatně použít.

*Transport:* klientka zvládne cestovat pouze, je-li doprovázena druhou osobou. Neorientuje se v místě ani v čase.

*Nakupování:* klientka není schopna sama nakoupit.

*Vaření:* je schopna sama uvařit jednoduché jídlo.

*Domácí práce:* klientka samostatně provede lehké domácí práce.

*Práce kolem domu:* práce kolem domu klientka provede pod dohledem druhé osoby a jen lehčí úkony.

*Užívání léků:* léky musí být podány druhou osobou a je nutné u klientky počkat, než si je vezme.

*Finance:* klientka bez pomoci není schopna zacházet s penězi.

- **Test FIM:** 113 bodů (pohybová dovednost: 85/91 , psychické funkce: 28/35)
- **Test IADL:** 30 bodů – závislý v IADL

#### **Hodnocení kognitivních funkcí:**

- **Test MMSE:** 18 bodů – test MMSE značí kognitivní poruchu
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 8 bodů – mírná deprese
- **Test hodin:** střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné
- **Blesdova škála demence:** značné potíže: zapamatování si krátkého seznamu položek; orientace v nejbližším okolí; zapamatování si nedávných událostí; hovoří o tom, co se jí stalo už dávno
  - menší potíže: zacházení s menšími částkami peněz; drobné potíže zorientovat se doma; orientace místem a osobou
  - žádné potíže: běžné domácí činnosti; samostatné najedení; oblékání; inkontinence

Klientka není plně orientována osobou, místem, časem a situací. Má problémy s krátkodobou pamětí. Chybně odpovídá na otázku „Co jste dělala včera?“ Několikrát opakuje jednu myšlenku. Neustále mluví o 3-4 stejných tématech. Neudrží dlouho pozornost. Při činnosti potřebuje slovní vedení a radu a pobídku k práci. Je nutné často přerušit klientčin slovní projev. Nemá problém s porozuměním druhému člověku.

#### **Mobilita:**

Klientka je plně mobilní. Nepoužívá žádné pomůcky pro lokomoci. Je zachován správný stereotyp chůze. Jen při pohybu v koupelně je nutný dozor ošetřujícím personálem, kvůli riziku pádu.

**Kompenzační pomůcky:** Dioptrické brýle na čtení.

**Zájmy:** Šití, sledování televize, práce v ergoterapeutické dílně.

### 8.2.3 Ergoterapeutický plán

#### **Silné stránky klientky:**

Klientka je snaživá a má zájem o ruční práce. I když si myslí, že to nezvládne vždy se zapojí a ochotně spolupracuje.

#### **Slabé stránky klientky:**

Dlouho neudrží pozornost. Činnost několikrát přeruší a mluví opakovaně o jednom tématu. Musí být pobídnuta k návratu k činnosti. Potřebuje radu terapeuta.

#### **Problémové oblasti:**

Nesoustředěnost.

Porucha krátkodobé paměti.

Mírné deprese.

Neschopnost plné orientace místem, časem, osobou a situací.

Neschopnost samostatného života bez pomoci druhé osoby.

#### **Krátkodobý ergoterapeutický plán:**

Trénink kognitivních funkcí.

Kondiční ergoterapie – zaměření na trénink paměti (tématické ruční práce).

#### **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

Pokračování v tréninku kognitivních funkcí a kondiční ergoterapie.

Udržování, co největší možné úrovně soběstačnosti.

### 8.2.4 Terapeutická jednotka

**Typ terapie:** individuální

**Délka terapie:** 45min.

**Cíl terapeutické jednotky:** trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie

**Náplň terapeutické jednotky:** vybarvení předtištěného obrázku

**Předměty, které byly využity při terapii:** předtištěné obrázky, pastelky, guma, ořezávátko, podložka pod obrázek, čistý papír

**Referenční rámec:** kognitivní

**Přístup:** kognitivně percepční

**Reakce klienta na terapii:** terapie klientku velmi bavila.

**Silné stránky klienta:** snažila se soustředit a pečlivě vybarvovat bez přetahování.

**Slabé stránky klienta:** dlouho neudržela pozornost. Potřebovala radit jakou má zvolit barvu. Klientka vybarvovala květinu a stonek a hlínu vybarvila fialovou barvou.

**Doporučení:** Mohlo by pomoci s klientkou vytvořit barevný manuál, kde by byly různé druhy barev, názvy barev a mohly by tam být přidány pro lepší zapamatování a následně snadnější vybavení, obrázky předmětů, které nejvíce danou barvu reprezentují.

### 8.2.5 Výstupní vyšetření

- **Test FIM:** 113 bodů (pohybová dovednost: 85/91 , psychické funkce: 28/35)
- **Test IADL:** 30 bodů – závislý v IADL
- **Test MMSE:** 15 bodů – test MMSE značí kognitivní poruchu
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 7 bodů – mírná deprese

Výsledky testů soběstačnosti jsou stejné ve vstupním i výstupním vyšetření. Nastala změna v testu MMSE, kde došlo ke snížení výsledku o 3 body, došlo tedy ke zhoršení. Změna je i ve Škále deprese pro geriatrické pacienty, kde je naopak nepatrné zlepšení, nicméně stále je naměřena mírná deprese. Výsledek se snížil o jeden bod.

### 8.2.6 Shrnutí

Jako místo pro terapii byl zvolen klientčin pokoj, protože klientka měla velký problém s pozorností a různé podněty ji dovedly rozptýlit. Klientka bydlí na pokoji ještě s další obyvatelkou DpS. I přesto několikrát přestala pracovat. Jinak se snažila pracovat pečlivě a byla ochotná ke spolupráci. Snažila se být co nejvíce samostatná, ale velmi často se ptala na radu. Všechny terapie ji velmi bavily. Nejvíce vybarvování předtištěných obrázků. V této činnosti si byla nejjistější. Pro klientku nové kreativní techniky byly zpočátku obtížnější.

**Použití analýzy činnosti:** Nejprve byly klientce předkládány analýzy činnosti ve formě textu s obrázky. Klientka se podle nich snažila samostatně postupovat. To jí ale moc nešlo a ani nebavilo. Podle AČ si zvládla zkontrolovat pomůcky, ale pro samotný postup potřebovala slovní doprovod. Zkoušela postupovat jen pouze podle obrázků, ale ani to jí samostatně bez zásahu terapeuta nešlo. Později, už ani nechtěla podle nich pracovat. Největší problém měla s udržení pozornosti.

**Doporučení:** Pokračovat v krátkodobém i dlouhodobém ergoterapeutickém plánu. Především se zaměřit na trénink kognitivních funkcí a neustále usilovat o udržení, co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti. Dále bylo klientce doporučeno, aby si společně s terapeutkami nebo ošetřovatelským personálem vytvořila manuály pro snadnější orientaci v různých činnostech.

## 8.3 Kazuistika III

### 8.3.1 Anamnéza

**Klient:** žena

**Věk:** 84 let

**Lékařská diagnóza:** ischemická choroba srdeční

**Datum onemocnění:** klientka trpí ICHS již od mládí; přesně si nepamatuje, kdy se tato choroba u ní objevila, ale udává, že to bylo po 20 roce života; tato informace není uvedena ani v klientčině zdravotnické dokumentaci

**Vedlejší onemocnění:** hypertenze; DM

**OA:** Klientka dříve podstoupila operaci štítné žlázy a adnexetomie; cholelitiáza. Klientka nikdy nebyla omezena ve výkonu ADL.

**RA:** Vdova, bezdětná.

**SA:** Od roku 2011 žije v DpS. Uživatelka starobního důchodu. Dříve žila sama v bytě v Plzni.

**PA:** Administrativní pracovnice v ROH.

### 8.3.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

**Dne:** 21. 12. 2012

**Použité testy:** Funkční index soběstačnosti (dále jen FIM), test instrumentálních všedních činností IADL, MMSE, Škála deprese pro geriatrické klienty, test hodin, Blesedova škála demence

#### **Hodnocení soběstačnosti:**

**PADL** (Hodnoceno rozhovorem a pozorováním)

Klientka je v oblasti sebesycení a přesunů zcela samostatná.

Pro oblékání horních končetin, trupu a dolních končetin potřebuje více času, ale přiměřeně vzhledem k věku.

Při hygieně je nutný dohled druhé osoby z důvodu rizika pádu v koupelně.

**IADL** (Hodnoceno rozhovorem.)

*Telefonování:* klientka nemá v domově svůj vlastní mobilní telefon, ale jinak by byla schopna telefon samostatně použít.

*Transport:* klientka zvládne cestovat pouze, je-li doprovázena druhou osobou. Obtížně se orientuje v neznámém místě, ale v místě, kde to dobře zná, nemá s orientací problém.

*Nakupování:* nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby.

*Vaření:* klientka je schopna si jídlo samostatně ohřát.

*Domácí práce:* klientka samostatně provede lehké domácí práce.

*Práce kolem domu:* práce kolem domu klientka provede pod dohledem druhé osoby a jen lehčí úkony.

*Užívání léků:* léky užívá pokud jsou připraveny a připomenuty.

*Finance:* klientka zvládne jen drobné výdaje.

- **Test FIM:** 107 bodů (pohybová dovednost: 78/91 , psychické funkce: 28/35)
- **Test IADL:** 45 bodů – částečně závislý v IADL

**Hodnocení kognitivních funkcí:** (Hodnoceno standardizovanými testy, rozhovorem a pozorováním)

- **Test MMSE:** 23 bodů – test MMSE značí lehkou kognitivní poruchu
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 1 bod – normální afekt bez deprese
- **Test hodin:** chybné zaznamenání času, zachované uspořádání hodin
- **Blesdova škála demence:** značné potíže: zapamatování si krátkého seznamu položek; zapamatování si nedávných událostí
  - menší potíže: zacházení s menšími částkami peněz; orientace místem a osobou
  - žádné potíže: běžné domácí činnosti; samostatné najedení; oblékání; inkontinence; orientace v nejbližším okolí; hovoří o tom, co se jí stalo už dávno; nějaké potíže zorientovat se doma

Klientka je orientovaná místem, osobou, časem, ale není úplně orientována svojí situací. Při vstupním vyšetření si myslela, že její zdravotní stav není dobrý a že je horší než u jiných stejně starých lidí a při výstupním vyšetření tvrdila opak, že její zdravotní stav je velmi dobrý a lepší než u jiných stejně starých lidí. U klientky se střídá veselá aktivní nálada s pasivní smutnou náladou. Podle toho se také zapojuje do činností. To můžou být příznaky začínající demence.

#### **Mobilita:**

Klientka je plně mobilní. Pro větší jistotu při chůzi používá vycházkovou hůl. Potřebuje více času a chůze je někdy nejistá a klientka se zastaví, ale to jen velmi zřídka.

Při chůzi po schodech je nutný dozor druhé osoby. Podobně i při pohybu v koupelně. Hrozí riziko pádu.

**Kompenzační pomůcky:** Při chůzi pro oporu používá vycházkovou hůl; dioptrické brýle na čtení.

**Zájmy:** Zpívání, účast na společenských akcích DpS, četba.

### 8.3.3 Ergoterapeutický plán

#### **Silné stránky klientky:**

Klientka je přátelská a má smysl pro humor. Při terapiích se snaží a na činnosti se soustředí. Pokud má dobrou náladu tak se zapojuje a ochotně spolupracuje.

#### **Slabé stránky klientky:**

Někdy si nebyla jistá v postupu nebo jakou barvu by měla zvolit a opakovaně se ptala na tyto informace.

#### **Problémové oblasti:**

Potřeba delšího času pro zpracování nově přijatých informací.

Potřeba podpory a pomoci při řešení problémových situacích.

Porucha krátkodobé paměti.

#### **Krátkodobý ergoterapeutický plán:**

Trénink kognitivních funkcí.

Kondiční ergoterapie – zaměření na trénink paměti (tématické ruční práce).

#### **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

Pokračování v tréninku kognitivních funkcí a kondiční ergoterapie.

Udržování, co největší možné úrovně soběstačnosti.

### 8.3.4 Terapeutická jednotka

**Typ terapie:** individuální

**Délka terapie:** 45min.

**Cíl terapeutické jednotky:** trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie

**Náplň terapeutické jednotky:** výroba květiny z papíru

**Předměty, které byly využity při terapii:** špejle, šablona květiny, lepenka, pastelky nebo barevný papír, nůžky, lepidlo, tužka

**Referenční rámec:** kognitivní

**Přístup:** kognitivně percepční

**Reakce klienta na terapii:** klientka si tuto kreativní techniku vybrala sama a velmi ji bavila.

**Silné stránky klienta:** klientka byla velmi pečlivá a na práci se snažila soustředit.

**Slabé stránky klienta:** Nebyla si jistá ve volbě barev a opakovaně se ptala, jestliže ta barva vhodná.

**Doporučení:** Podobně jako u předchozí klientky bych doporučila vytvořit barevný manuál.

### 8.3.5 Výstupní vyšetření

- **Test FIM:** 107 bodů (pohybová dovednost: 78/91 , psychické funkce: 28/35)
- **Test IADL:** 45 bodů – částečně závislý v IADL
- **Test MMSE:** 18 bodů – test MMSE značí kognitivní poruchu
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 1 bod – normální afekt bez deprese

Výsledky testů soběstačnosti jsou u vstupního i výstupního vyšetření stejné. Došlo ale k zhoršení výsledku u testu MMSE, kdy se výsledná hodnota u výstupního vyšetření snížila z 23 bodů na 18 bodů.

### 8.3.6 Shrnutí

Terapie probíhaly buď v ergoterapeutické dílně nebo v pokoji klientky. To záleželo na tom, jak se zrovna klientka cítila. Když měla dobrou náladu, tak chodila na terapie do dílny, když se necítila dobře, zůstávaly jsme v jejím pokoji. Podle její nálady se také volila náplň terapie. Klientka pracovala převážně samostatně, byla důsledná a ochotně spolupracovala. Činnosti ji bavily. Na práci se soustředila. Nikdy nepotřebovala delší čas. Nemá žádný problém s jemnou motorikou.

**Použití analýzy činnosti:** Klientce byly předkládány analýzy činnosti nejprve ve formě obrázků s textem. Samostatně bez pomoci podle takto vytvořených AČ dokázala postupovat v prvních dvou týdnech společné terapie. Později se ale snižovala její pozornost. Čím dál častěji přerušovala činnost a ptala se, jak má dál postupovat nebo jakou barvu má zvolit. Takže podle nich postupovala jen částečně. Další analýzy byly tedy upraveny jen do formy fotografií postupu. To se zdálo zpočátku, že tak to bude pro klientku snadnější, ale tak v polovině práce opět začala být nepozorná a bylo nutné slovní vedení.

**Doporučení:** Pokračovat v krátkodobém i dlouhodobém ergoterapeutickém plánu. Především se zaměřit na trénink kognitivních funkcí a neustále usilovat o udržení, co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti.



## 8.4 Kazuistika IV

### 8.4.1 Anamnéza

**Klient:** žena

**Věk:** 80 let

**Lékařská diagnóza:** vaskulární encefalopatie

**Datum onemocnění:** první příznaky tohoto onemocnění se u klientky začaly objevovat v roce 2003

**Vedlejší onemocnění:** DM; chronická ICHS; stav po pravostranné kardiální dekompenzaci; permanentní fibrilace síní; arteriální hypertenze; prepatelární burzitida

**OA:** V mládí akutní zánět slepého střeva s následnou operací. Jinak klientka nebyla nikdy omezena ve výkonu ADL.

**RA:** Vdova; 2 děti.

**SA:** Od roku 2010 žije v DpS. Před umístěním do tohoto zařízení žila sama v bytě v Plzni. Uživatelka starobního důchodu.

**PA:** Účetní.

### 8.4.2 Vstupní vyšetření ergoterapeutem

**Dne:** 21. 12. 2012

**Použité testy:** Funkční index soběstačnosti (dále jen FIM), test instrumentálních všedních činností IADL, MMSE, Škála deprese pro geriatrické klienty, test hodin

#### **Hodnocení soběstačnosti:**

**PADL** (Hodnoceno rozhovorem a pozorováním)

V oblasti přesunů a sebesycení je klientka plně soběstačná.

Potřebuje více času při oblékání horních končetin, trupu a dolních končetin.

Při hygieně je nutný dohled druhé osoby z důvodu rizika pádu v koupelně.

**IADL** (Hodnoceno rozhovorem)

*Telefonování:* klientka má vlastní mobilní telefon a je schopna jej plně použít.

*Transport:* klientka zvládne cestovat pouze, je-li doprovázena druhou osobou.

Obtížně se orientuje v prostoru.

*Nakupování:* nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby.

*Vaření:* uvaří samostatně celé jídlo.

*Domácí práce:* klientka samostatně provede lehké domácí práce.

*Práce kolem domu:* práce kolem domu klientka provede pod dohledem druhé osoby a jen lehčí úkony.

*Užívání léků:* léky užívá pokud jsou připraveny a připomenuty.

*Finance:* bez pomoci není schopna zacházet s penězi.

- **Test FIM:** 113 bodů (pohybová dovednost: 81/91 , psychické funkce: 32/35)
- **Test IADL:** 45 bodů – částečně závislý v IADL

#### **Hodnocení kognitivních funkcí:**

- **Test MMSE:** 26 bodů – bez kognitivní poruchy
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty:** 0 bodů – normální afekt bez deprese
- **Test hodin:** chybné zaznamenání času

Klientka se plně neorientuje místem a časem. Orientace osobou a situací je v pořádku. Zhoršená krátkodobá paměť. Nemá žádné poruchy řeči a tedy u klientky není žádný problém s komunikací.

#### **Mobilita:**

Klientka je plně mobilní. Nepoužívá žádné pomůcky pro lokomoci. Je zachován správný stereotyp chůze. Při pohybu v koupelně je nutný dozor druhé osoby, kvůli zvýšenému riziku pádu. Při chůzi po schodech je nutný dozor druhé osoby.

**Kompenzační pomůcky:** Klientka nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

**Zájmy:** Společenské aktivity DpS, sledování TV, četba, poslech rádia.

### **8.4.3 Ergoterapeutický plán**

#### **Silné stránky klientky:**

Klientka je trpělivá, snaživá a spolupracující. Je přátelská a optimistická. Má zájem o ruční práce, i když si vždy zpočátku myslí, že jí to nepůjde.

#### **Slabé stránky klientky:**

Porucha krátkodobé paměti – pletla si, kdy má být, a na které terapii a v důsledku toho byla pak rozlobená a nervózní a plně se nesoústředila na činnost.

#### **Problémové oblasti:**

Porucha krátkodobé paměti.

#### **Krátkodobý ergoterapeutický plán:**

Trénink kognitivních funkcí.

Kondiční ergoterapie – zaměření na trénink paměti (tématické ruční práce).

### **Dlouhodobý ergoterapeutický plán:**

Pokračování v tréninku kognitivních funkcí a kondiční ergoterapie.

Udržování, co největší možné úrovně soběstačnosti.

#### **8.4.4 Terapeutická jednotka**

**Typ terapie:** individuální

**Délka terapie:** 45min.

**Cíl terapeutické jednotky:** trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie

**Náplň terapeutické jednotky:** ubrousková technika

**Předměty, které byly využity při terapii:** ubrousky, lepidlo, miska na lepidlo, štětec, nůžky, lak na vlasy, pracovní podložka, podklad pro nalepení ubrousku

**Referenční rámec:** kognitivní

**Přístup:** kognitivně percepční

**Reakce klienta na terapii:** klientku terapie bavila. Z výsledného produktu měla radost.

**Silné stránky klienta:** soustředila se a byla pečlivá.

**Slabé stránky klienta:** zpočátku nechtěla pracovat, ale pak se zapojila.

**Doporučení:** používat různě upravené analýzy činnosti, tak aby klientku zaujaly a bylo pro ni snadné podle nich postupovat.

#### **8.4.5 Výstupní vyšetření**

- **Test FIM:** 113 bodů (pohybová dovednost: 81/91 , psychické funkce: 32/35)
- **Test IADL:** 45 bodů – částečně závislý v IADL
- **Test MMSE:** 25 bodů – bez kognitivní poruchy
- **Škála deprese pro geriatrické pacienty** – 0 bodů – normální afekt bez deprese

Výsledky testů vstupního i výstupního vyšetření zůstaly téměř beze změn.

#### **8.4.6 Shrnutí**

Terapie převážně probíhala v ergoterapeutické dílně. Jen jednou u klientky v pokoji. Když měla po naší terapii nějaký další program, tak byla velmi nervózní, protože se obávala, že program nestihne. Proto i při činnosti spěchala a výsledný produkt nebyl tak povedený, jako když byla klidná a snažila se soustředit jen na svou činnost. Jinak tedy klientka pracovala většinou samostatně a byla pečlivá. Při terapii velmi ráda poslouchala rádio. Klientka neměla žádnou poruchu jemné motoriky.

**Použití analýzy činnosti:** Postupovat podle předložené analýzy činnosti se dařilo klientce při prvních dvou terapiích. Pracovala samostatně a nepotřebovala prakticky žádnou pomoc. Postupně, ale bylo potřeba ji zastavit a upozornit ji, aby si znovu pečlivě přečetla, jak má postupovat nebo se podívala na obrázek postupu. Při dalších terapiích, ale klientku už práce s AČ tolik nebavila. Nesoustředila se a bylo nutné klientce hodně radit a pomáhat. Bez zásahu terapeuta nebyla schopna, jen podle předepsaného nebo vyobrazeného postupu, výrobek dodělat. Později bylo nutné, aby postup byl klientce předčítán a následně předváděn a klientka pak postupovala podle praktické ukázky. Ale i přesto, se jí výsledné produkty vždy povedly.

**Doporučení:** Pokračovat v krátkodobém i dlouhodobém ergoterapeutickém plánu. Především se zaměřit na trénink kognitivních funkcí a neustále usilovat o udržení, co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti.

## 9 VÝSLEDKY

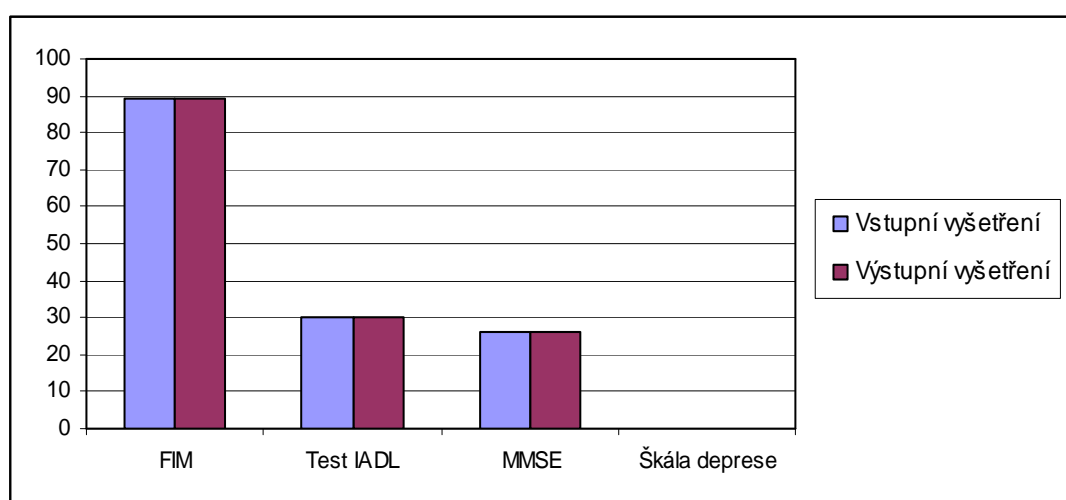
### 9.1 Kazuistika I

Tabulka 1 Kazuistika I

Kazuistika 1	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
FIM	89	89
Test IADL	30	30
MMSE	26	26
Škála deprese	0	0

Zdroj: vlastní

Graf 1 Kazuistika I



Zdroj: vlastní

Z výsledků testů výstupního i vstupního vyšetření je vidět, že nedošlo u klientky k žádným změnám ve smyslu zlepšení ani ve smyslu zhoršení. Nicméně klientka se po společné terapii cítí jistější v oblasti grafomotoriky.

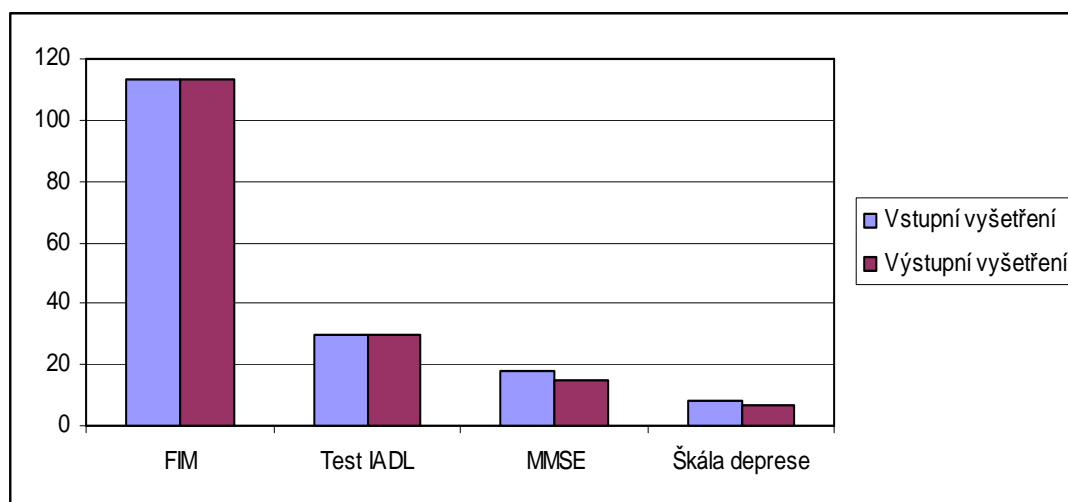
## 9.2 Kazuistika II

Tabulka 2 Kazuistika II

Kazuistika 2	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
FIM	113	113
Test IADL	30	30
MMSE	18	15
Škála deprese	8	7

Zdroj: vlastní

Graf 2 Kazuistika II



Zdroj: vlastní

Ke změně ve výsledcích vstupního a výstupního vyšetření došlo ve Škále deprese pro geriatrické pacienty, kdy se snížilo skóre z 8 bodů na 7. Změna nastala v otázce „Máte většinou dobrou náladu?“, kdy klientka nejprve odpověděla „ne“ a při výstupním vyšetření už odpověděla „ano“. Dále se snížil výsledek u testu MMSE z původních 18ti bodů na 15 bodů.

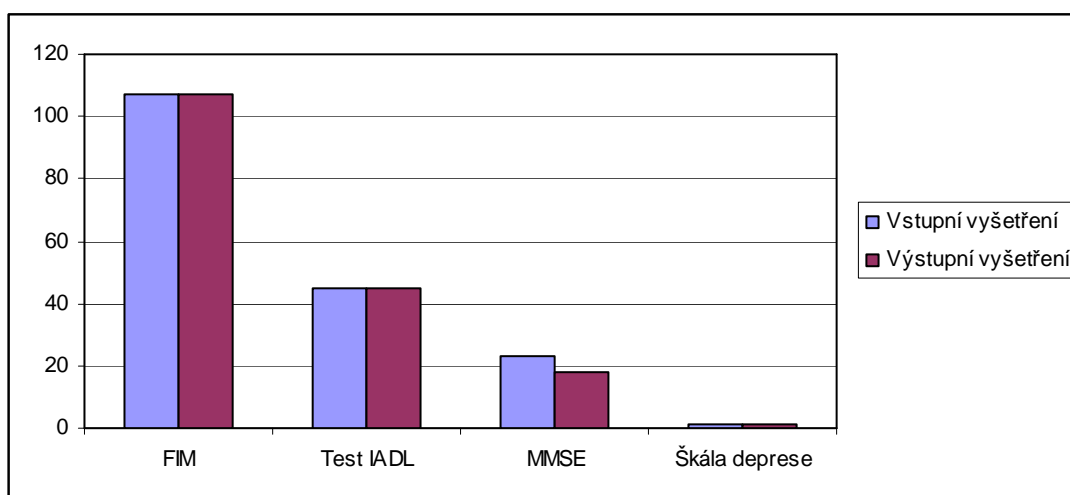
### 9.3 Kazuistika III

Tabulka 3 Kazuistika III

Kazuistika 3	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
FIM	107	107
Test IADL	45	45
MMSE	23	18
Škála deprese	1	1

Zdroj: vlastní

Graf 3 Kazuistika III



Zdroj: vlastní

Změna ve výsledcích vstupního a výstupního vyšetření jak je patrné z grafu a z tabulky nastala u testu MMSE, kdy došlo ke zhoršení. Výsledek se snížil z 23 bodů na 18 bodů. Jinak se neobjevily žádné další výrazné změny.

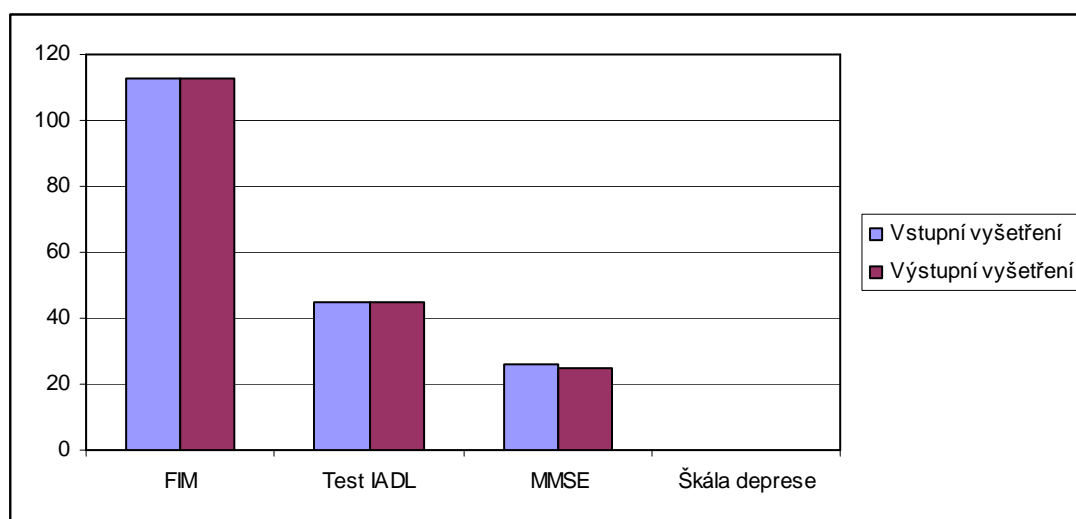
## 9.4 Kazuistika IV

Tabulka 4 Kazuistika IV

Kazuistika 4	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
FIM	113	113
Test IADL	45	45
MMSE	26	25
Škála deprese	0	0

Zdroj: vlastní

Graf 4 Kazuistika IV



Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tabulky a z grafu, ani zde nedošlo ke změnám ve výsledcích vstupního a výstupního vyšetření. Pouze se snížilo o jeden bod skóre u testu MMSE. Jinak nenastali žádné významné změny.



## 10 DISKUZE

Cílem této práce bylo provedení kondiční ergoterapie a na základě toho zjištění výsledného působení ergoterapie na klienty DpS. V souvislosti s tím také zhodnocení účelnosti použití vhodně sestavené analýzy činnosti.

V rámci odborných praxí jsem si ověřila poznatky získané z literatury, že kondiční ergoterapie skutečně může velmi významným způsobem ovlivnit psychickou a fyzickou aktivitu člověka žijícího v jiném než domácím prostředí (3). A pokud je vhodně zvolena k osobnosti klienta, může pozitivně ovlivnit kvalitu jeho života v sociálním zařízení. Přiměřené smysluplné zaměstnávání pomáhá udržovat jedince v dobré tělesné a duševní kondici, i když už není zapojen do běžného pracovního procesu. Kondiční ergoterapie u seniorů může také velmi pomoci starému člověku vyrovnat se s přechodem do starobního důchodu. Nemusí se pak cítit tolik zbyteční. Naopak jedinci, kteří se nezapojují nebo nechtějí zapojit do takových aktivit se mnohdy cítí nevyužitě a přebytečně. To může mít až fatální následky.

U nově přijatého seniora z domácího prostředí, je tedy velice nutná jeho včasná aktivizace. To může zamezit vzniku negativních následků dlouhodobé ústavní péče. Ovšem toto je vysoce individuální. Někteří klienti se sami nechtějí zapojovat do volnočasových aktivit nebo se u nich mohou objevit zmíněné negativní důsledky, i když jsou plně zapojeni. Kořen problémů pak musíme hledat jinde.

Nyní bych se zaměřila na výsledky své práce ve srovnání se stanovenými hypotézami.

### Hypotéza č.1

*„Předpokládám, že kvalifikovaně a cíleně prováděná kondiční ergoterapie může zlepšit kvalitu života klientů v domovech pro seniory.“*

Hypotéza č.1 se mi potvrdila. Toto jsem hodnotila pomocí dotazníku SF-36, podle Škály deprese pro geriatrické pacienty a vlastním rozhovorem na téma jejich kvality života v domově pro seniory.

Kazuistika I – podle vyplněného dotazníku SF-36, který je zaměřen na vnímání zdravotního stavu jedincem, klientka pociťuje významné omezení především v oblasti chůze. Jinak nevnímá žádná výrazná omezení. Neudává žádné bolesti a na většinu otázek odpovídala pozitivně. Z tohoto dotazníku tedy vyplývá, že klientka i přes své zdravotní obtíže považuje svůj život za uspokojující. To samé lze soudit ze Škály deprese, kde

klientka získala 0 bodů, netrpí tedy žádnými depresemi. Informace získané z dotazníku a škály jsem si ověřila rozhovorem a pozorováním chování klientky. Klientka působí vyrovnaně a spokojeně. Svůj život v DpS hodnotí jako kvalitní. Má velmi ráda ruční práce a chce se učit stále něco nového, to ji pomáhá odpoutat se od negativních myšlenek o jejím zhoršeném zdravotním stavu. Tedy u kazuistiky I se mi hypotéza potvrdila.

Kazuistika II – dle dotazníku SF-36 klientka považuje svůj zdravotní stav za celkově dobrý, ale trochu omezující v běžných činnostech, především ve smyslu snížení výkonnosti. Bolesti udává pouze velmi mírné a nijak nezasahující do vykonávání ADL. Klientka se ale cítí vyčerpaná a bez energie. Ve škále deprese získala 7 bodů, což značí mírnou depresi. K této zjištěné skutečnosti bylo během terapie přihlédnuto, klientka vystupovala klidně, vesele a přátelsky. Nepůsobila smutně nebo depresivně, jak udávala v dotaznících. Má velmi ráda skupinové terapie. Ochotně se do všeho zapojuje a s životem v DpS je spokojena, jak sama udává. U klientky nelze objektivně posoudit jak se doopravdy cítí, jak vnímá svojí kvalitu života, ale domnívám se, že se mi u této kazuistiky hypotéza potvrdila.

Kazuistika III – v dotazníku SF-36 klientka vyplnila, že její zdraví špatné a očekává, že se bude neustále zhoršovat. V důsledku se cítí omezena především v pohybově náročnějších činnostech. Udává potíže v chůzi do schodů. Tyto činnosti jsou pro ni namáhavé a rychle se unaví. To podle klientky má také vliv na snížení její pracovní výkonnosti. Bolesti označila, že má mírné a že ji omezují jen trochu. Klientka si stěžovala na bolesti v zádech. Často se cítí vyčerpaná a unavené, ale nepociťuje beznaděj nebo smutek. Podle Škály deprese je spokojena se svým životem, jediné co uvedla jako negativní je, že se necítí plná elánu a energie. Jinak depresemi netrpí. Klientka vystupuje někdy trochu zmateně a posmutněle. Jindy je zase veselá a má zájem se zapojovat do skupinových terapií. Je ale patrné, že kondiční ergoterapie ji pomáhá odpoutat se od myšlenek na svojí bolest a klientka jak sama řekla se cítí dobře, že může vytvářet něco smysluplného. U této kazuistiky se mi tedy hypotéza potvrdila.

Kazuistika IV – klientka své zdraví považuje za velmi dobré a omezená svým zdravotním stavem se cítí pouze u velmi a středně namáhavých činností. Bolesti neudává žádné. Jinak se cítí šťastná a plná elánu. Stejně tak uváděla ve Škále deprese, kde měla 0 bodů. Tedy netrpí žádnými depresemi a je spokojena se svým životem. Má velmi ráda rukodělné činnosti. Aktivně se zapojuje do všech skupinových terapií. Podobně jako předchozí klientka, se cítí dobře, že něco může tvořit. I v tomto případě se mi hypotéza potvrdila.

## **Hypotéza č.2**

*„Předpokládám, že kondiční ergoterapie napomáhá k udržení dosažené úrovně soběstačnosti seniorů.“*

Tato hypotéza se mi potvrdila. Ve všech čtyřech případech zůstala úroveň soběstačnosti stejná. U klientek nedošlo vlivem kondiční ergoterapie ke snížení úrovně soběstačnosti. Nenastalo ani zlepšení.

U kazuistiky I nedošlo vůbec k žádným změnám. Klientka je vzhledem ke své diagnóze dostatečně soběstačná. Podle mého názoru u této klientky kondiční ergoterapie skutečně napomáhá k udržení stávající soběstačnosti.

U kazuistik II-IV v oblasti soběstačnosti také nenastaly žádné změny. Nicméně podle výsledků testů MMSE dochází k zhoršování kognitivních funkcí, což postupně povede i ke snižování úrovně soběstačnosti. U těchto klientek tato forma terapie má velmi pozitivní vliv na psychickou kondici. Domnívám se, že dobrý duševní stav starého člověka může zpomalovat snižování úrovně kognitivních funkcí. To jsem také sama mohla postřehnout během společné terapie. Klientky velmi naplňovala myšlenka, že něco mohou vytvářet, že nejsou zbytečné. Samotné snižování kognitivních funkcí má samozřejmě negativní efekt na oblast soběstačnosti.

## **Hypotéza č.3**

*„Předpokládám, že pomocí vhodně sestavené analýzy činnosti klient samostatně provede danou techniku.“*

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Konkrétní příklady AČ aplikovaných u klientek uvádím v přílohách.

Potvrdila se pouze u kazuistiky I. Klientka pracovala samostatně podle předložených analýz činnosti. Nebyl nutný žádný výrazný zásah. Jen občas potřebovala drobnou fyzickou pomoc. S porozuměním zadanému úkolu neměla problém.

U kazuistiky II se hypotéza nepotvrdila. Klientka se snažila postupovat podle předložených analýz. To jí ale moc nešlo a ani nebavilo. Podle AČ si zvládla zkontrolovat pomůcky, ale k postupu už musela mít slovní doprovod. Později už ani nechtěla podle nich pracovat. Klientka měla problém s udržením pozornosti a práce s AČ vyžaduje jistou úroveň pozornosti, proto to klientku nebavilo.

U kazuistiky III a IV se hypotéza potvrdila částečně. Kazuistika III - klientka samostatně postupovala podle předložené analýzy činnosti. Takto jí to šlo v prvních dvou

týdnech, pak ji ale přestala práce podle AČ bavit, takže postupovala podle nich jen částečně a bylo nutné časté slovní vedení.

Kazuistika IV- Klientka samostatně postupovala podle AČ pouze dvakrát. Při další terapii už jí to moc nešlo. Neudržela dlouho pozornost, ale to si myslím, že bylo způsobeno tím, že ji nebavila práce podle AČ. Potřebovala slovní vedení a někdy i fyzickou pomoc.

## ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl provádět s klienty domova pro seniory kondiční ergoterapii, sledovat a zhodnotit její účinnost, a dále posoudit účelnost analýzy činnosti.

Forma terapie byla volena na základě zdravotního a duševního stavu klientek a podle jejich zájmů. Podobně tak byly sestaveny i analýzy činnosti. Náplň každé terapeutické jednotky byla volena podle problémových oblastí klientek. U kazuistik II-IV šlo o podporu kognitivních funkcí, v kazuistice I byl kladen důraz především na trénink grafomotoriky nedominantní ruky.

Během doby terapie nebyly zaznamenány žádné podstatné změny v soběstačnosti. U všech čtyřech klientek zůstala úroveň soběstačnosti nezměněná. Což můžeme hodnotit jako pozitivní výsledek vzhledem k jejich věku a diagnóze. U tří klientek, ale docházelo k postupnému snižování jejich pozornosti a to vedlo k zhoršování průběhu terapie. Prodlužovala se délka terapie a také výsledné produkty byly méně kvalitní.

Za hlavní důvod, proč nebylo dosaženo žádných výrazných výsledků, lze u kazuistik II-IV považovat neustále se rozvíjející demenci. U klientek došlo v průběhu terapie k snížení kognitivních funkcí. Největší problémy byly zaznamenány v oblastech týkajících se krátkodobé paměti a udržení pozornosti – nejčastějším problémem bylo, že si některá z klientek nepamatovala, jakou činnost vykonávala v předchozí terapii.

V případě kazuistiky I se nedalo očekávat žádné významné zlepšení v oblasti soběstačnosti, protože stav klientky je již ve fixním stádiu. Zde kondiční ergoterapie skutečně má velký význam pro udržení dosažené úrovně soběstačnosti a také napomáhá k udržení psychické pohody klientky.

Jedním z hlavních cílů této práce bylo potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. **Hypotéza č.1**, tedy předpoklad, že kvalifikovaně a cíleně prováděná kondiční ergoterapie může zlepšit kvalitu života klientů v domovech pro seniory, **byla potvrzena** ve všech čtyřech kazuistikách.

**Hypotéza č.2**, která předpokládala, že kondiční ergoterapie napomáhá k udržení dosažené úrovně soběstačnosti seniorů, **byla potvrzena** ve všech čtyřech kazuistikách.

**Hypotéza č.3**, tedy předpoklad, že pomocí vhodně sestavené analýzy činnosti klient samostatně provede danou techniku, nebyla potvrzena ve třech z celkových čtyř kazuistik.

Závěrem lze shrnout, že se cíl bakalářské práce podařilo splnit. V praktické části byla ověřena platnost teoretických poznatků v oblasti kondiční ergoterapie u seniorů.

Stanovené hypotézy se ve většině případů potvrdily. Tuto práci lze považovat za úspěšnou a přínosnou pro ergoterapeutickou práci se seniory.

## LITERATURA A PRAMENY

- [1] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [2] KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
- [3] JELÍNKOVÁ, Jana., KRIVOŠÍKOVÁ, Mária., ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [4] KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [5] PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie 2: učebnice pro zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 169 s. ISBN 80-201-0004-0.
- [6] HAGEDORN, Rosemary. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. Ed. 2. London: Churchill Livingstone, 1996. 187 s. ISBN 0443052921
- [7] YOUNG, M., QUIN, E. *Theories and Practice of Occupational Therapy*. Ed. 2. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991. ISBN 0443040605
- [8] *Zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení č. 182/1991 Sb.*
- [9] HOLMEROVÁ, Iva., JURÁŠKOVÁ, Božena., ZIKMUDNOVÁ, Květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 3. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. 142 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [10] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [11] KASALOVÁ, Hana, SCHIMMERLINGOVÁ, Věra. *Problémy starých občanů se sníženou soběstačností*. Bratislava: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí; 1991, 77 s. ISBN 80-7138-046-6.
- [12] MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 158s. ISBN 80-85850-76-1.
- [13] RUBENSTEIN, LZ. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Milan: Kurtis; 1995, 912 p, 1. ISBN 0-8261-9930-5

- [14] RŮŽIČKA, E. JANKOVIC, J. Disorders of gait. In: Jankovic J., Tolosa E., eds. *Parkinson's disease and movement disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002, s. 409-429. ISBN 0683300164
- [15] SUCHÁ, Jitka. *Trénink paměti pro každý věk*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-438-0
- [16] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
- [17] VALENTA, Milan. *Dramaterpie*. Vyd. 4. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2
- [18] *Masarykova Univerzita: Univerzita třetího věku - O nás* [online]. 2012-10-08 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.u3v.muni.cz/o-nas/>
- [19] *Univerzita Karlova: Univerzita třetího věku* [online]. 2012-11-23 [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.cuni.cz/UK-51.html>
- [20] HALPERN, S. LINGERMAN H. A. *Muzikoterapie*. Vyd. 1. Bratislava: Eko-konzult, 2005, s. ISBN 80-8079-044-2
- [21] LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
- [22] ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně – pohybová terapie*. Vyd. 1. Praha: Triton s.r.o., 2005. 122 s. ISBN 80-7254-547-7
- [23] BARTOŠOVIČ, Ivan. *Starostlivost' o seniorov v domovoch dochodcov*. Vyd. 1. Bratislava: Charis s.r.o., 2006. ISBN 1336-4790
- [24] PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. Vyd.1. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978- 80-247-1135-5
- [25] KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-807262-657-1
- [26] VAŇÁSKOVÁ, Eva. *Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 65 s. ISBN 80-7013-398-8



## SEZNAM ZKRATEK

ADTA – American Dance Therapy Association;(americká asociace tanečně pohybové terapie)

AČ – analýza činnosti

ADL - Activities of Daily Living (všední denní aktivity)

BMI – body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

DM – diabetes melitus

DpS - domov pro seniory

EEG - elektroencefalogram

FIM - functional independence measure; (funkční míra nezávislosti)

HK – horní končetina

IADL – instrumentální všední denní činnosti

ICHS – ischemická choroba srdeční

JM – jemná motorika

LHK – levá horní končetina

LK – loketní kloub

OA – osobní anamnéza

PA – pracovní anamnéza

PADL – personální všední denní činnosti

PDK – pravá dolní končetina

PS – pečovatelská služba

RA – rodinná anamnéza

RK – ramenní kloub

ROH – revolučně - odborové hnutí

SA - sociální anamnéza

WC - water closet (toaleta)

WHO - World Health Organization; světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Kazuistika I.....	53
Tabulka 2 Kazuistika II .....	54
Tabulka 3 Kazuistika III.....	55
Tabulka 4 Kazuistika IV .....	56

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Kazuistika I .....	53
Graf 2 Kazuistika II .....	54
Graf 3 Kazuistika III.....	55
Graf 4 Kazuistika IV.....	56

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Finální výrobky klientek

Příloha 2 Analýza činnosti

Příloha 3 Použité testy

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 Finální výrobky klientek

Zde jsou fotografie hotových výrobků klientek, které vyráběly buď v rámci individuální terapie nebo v rámci skupinové terapie, které se účastnily i ostatní obyvatelé Dps. Tyto terapie probíhaly v ergoterapeutické dílně nebo v keramické dílně. Některé výrobky vyrobily klientky samy nebo se na jejich výrobě pouze podílely.

Obrázek 1 Kresba pastelem – Kazuistika I



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 Vybarvení předtištěného obrázku – Kazuistika II



Zdroj: vlastní

**Obrázek 3 Květina z papíru – Kazuistika III**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 4 Ubrousková technika – Kazuistika IV**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 5 Výšivka na polštář 1 – Kazuistika I**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 6 Výšivka na polštář 2 – Kazuistika I**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 7 Zvonek z hlíny – Kazuistika II**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 8 Vytlačování vzoru do hlíny – Kazuistika II**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 9 Ozdobná koule z vlny – Kazuistika III**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 10 Jehelník – Kazuistika III**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 11 Výšivka na polštář – Kazuistika IV**



Zdroj: vlastní



**Obrázek 12 – Jednoduchý gobelín – kazuistika IV**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 13 Mandala – Kazuistika I**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 14 Jehelník – Kazuistika II**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 15 Medvídek z látky – Kazuistika III**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 16 Zvířátko z látky – Kazuistika IV**



Zdroj: vlastní

## **Příloha 2 Analýza činnosti**

Kazuistika I – Analýza činnosti - Kresba pastelem

### **1 ANALÝZA ZAMĚSTNÁNÍ**

#### **1.1 Kresba pastelem**

- volnočasová aktivita – kreativní technika.

#### **1.2 Cíl činnosti**

- nakreslit pomocí pastelu libovolný obrázek
- trénink grafomotoriky, jemné motoriky a drobných úchopů levé ruky
- náplň volnočasové aktivity.

#### **1.3 Předpokládaný čas pro provedení činnosti**

- uvedený čas je pouze orientační
- bez omezení – podle složitosti motivu; čím složitější obrázek tím delší čas; jednoduchý obrázek 15 – 20 min.
- s omezením – podle závažnosti postižení klienta (orientačně 20 – 30 min.).

### **2 ANALÝZA AKTIVITY**

#### **2.1 Pomůcky a materiál**

- pastelové tužky Progreso
- čisté papíry nebo čtvrtky A4
- tvrdá podložka pod papír
- guma
- obyčejná tužka (pro předkreslení motivu)
- další pomůcky dle uvážení, např.: pravítko atd.

#### **2.2 Stručné kroky činnosti (stabilní, pohyblivé)**

- pomůcky již máme předpřipravené na pracovním místě
- rozmyslet si, co chceme kreslit (pohyblivé)
- papír/čtvrtku podložit tvrdou podložkou (stabilní)

- tužkou načrtnout obrázek na zkušební papír (stabilní)
- překreslit obrázek (stabilní)
- samotná kresba obrázku. (pohyblivé)

### **2.3 Fyzické prostředí pro provedení činnosti**

- činnost se odehrává v jakékoli místnosti, kde musí být vyhovující podmínky a vhodné ergonomické parametry přizpůsobené diagnóze klienta

### **2.4 Bezpečnostní opatření**

- nebezpečí poranění se o pastely a tužku (poučít klientku, aby byla opatrná při manipulaci s pastely a s tužkou).

### **2.5 Instrukce pro terapeuta**

Klientku je nutné před zahájením terapeutické jednotky motivovat. Činnost se bude odehrávat v místnosti, která je vhodná pro tuto činnost a je přizpůsobena specifickým potřebám klientky. Před zahájením činnosti se klientky zeptáme, jestli už někdy pracovala s pastely. Toto je důležité pro seznámení se s novou technikou.

Klientce dáme napsaný postup činnosti nebo fotodokumentaci činnosti dle diagnózy klienta. Popřípadě verbálně doplníme a čekáme na otázky.

Klientce připravíme pomůcky k dané činnosti: pastely Progreso, čisté papíry nebo čtvrtky, tvrdou podložku pod papír, gumu, tužku, pravítko atd.

Klientce prezentujeme, kde dané pomůcky najde a kam je pokládáme.

Klientku upozorníme, aby dbala vlastního bezpečí při používání pastelů a tužky.

Klientku při práci pozorujeme a nerozptylujeme. Na závěr s klientkou vedeme rozhovor o výsledné činnosti, zda-li byla spokojena. Popřípadě s čím spokojena nebyla a co by změnila.

### **2.6 Instrukce pro klienta**

*Kresba pastelem*

Postupujte dle návodu:

- zkontrolujte si připravené pomůcky na pracovním místě (pastely Progreso, čisté papíry nebo čtvrtky, tvrdou podložku pod papír, gumu, tužku, pravítko atd.)

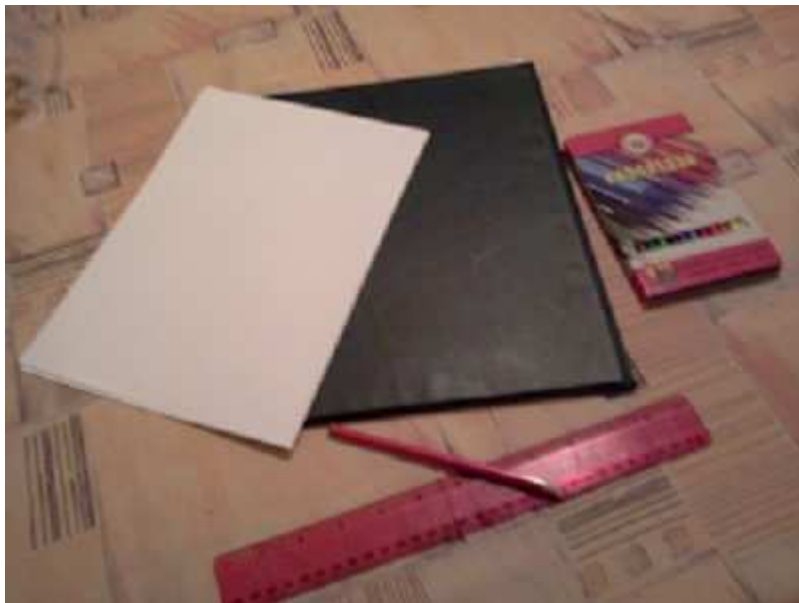
- čistý, bílý papír nebo čtvrtku si podložte tvrdou podložkou
- v klidu si rozmyslete, co chcete kreslit; můžete si obrázek načrtnout tužkou na zkušební papír
- podle potřeby můžete si zvolený motiv předkreslit obyčejnou tužkou na váš čistý papír
- poté začněte kreslit s pastely
- barvy si vybírejte podle vašeho uvážení

Pokuste se udělat zadanou činnost samostatně. Nebudete-li si s něčím jistý zeptejte se. V případě chyby upozorním.

### 3 ANALÝZA ÚKOLU

#### 3.1 Detailní rozbor kroků pro klienta

Obrázek 1



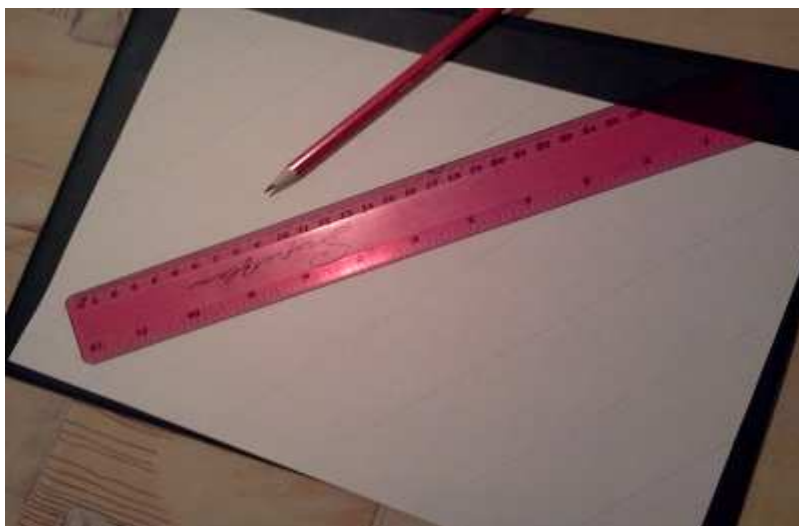
Připravené pomůcky - pastely Progreso, čisté papíry nebo čtvrtky, tvrdou podložku pod papír, gumu, tužku, pravítko.

**Obrázek 2**



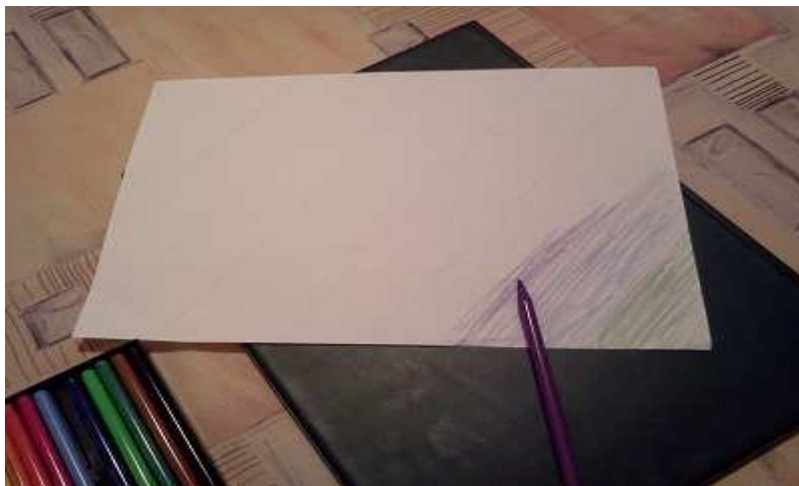
Papír nebo čtvrtku si podložte tvrdou podložkou.

**Obrázek 3**



Zvolený motiv si předkreslete obyčejnou tužkou na váš papír. Můžete použít pravítko nebo jiné pomůcky, podle vašeho zvážení.

**Obrázek 4**



Až dokončíte všechny přípravy, můžete začít pracovat na samotném obrázku.

Obrázek 5



Hotový obrázek.

### 3.2 Poloha

- činnost lze provádět ve stoji nebo v sedě dle upraveného prostředí a dle možností klientky.

### 3.3 Zapojení svalových skupin a specifické pohyby

- klientka je po ischemické cévní mozkové příhodě s následnou pravostrannou hemiparézou až hemiplegií
- pravá horní končetina vůbec nelze zapojit do výkonu činnosti; nelze použít bimanuální úchop (pro klientku je provedení tohoto úchopu obtížné, viz Vstupní vyšetření); pravou ruku nelze použít ani pro zatížení papíru (okamžitě sklouzne ze stolu)
- činnost klientka provádí se svojí nedominantní končetinou
- při činnosti nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

## 4 ADAPTACE

- u klientky není nutná adaptace na prostředí, protože zná prostory ergoterapeutické dílny
- pouze je nutná adaptace na terapeuta při první společné terapii.

## 5 STUPŇOVÁNÍ

- klientce lze činnost zjednodušit tím, že ji terapeut předkreslí tužkou nějaký motiv a ona jej pouze pastely vybarví
- činnost by šlo ztížit, že by se klientce předložil určitý obrázek, který by měla sama nakreslit nebo by měla omezený výběr barev či menší plochu pro kresbu
- klientka pracovala podle napsaného postupu a popsanych obrázků zcela samostatně; jen byla nutná občasná fyzická pomoc.

## 6 VÝSLEDNÝ PRODUKT





## **1 ANALÝZA ZAMĚSTNÁNÍ**

### **1.1 Vybarvení předtištěného obrázku**

- volnočasová aktivita – kreativní technika.

### **1.2 Cíl činnosti**

- vybarvit předtištěný obrázek
- trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie
- náplň volnočasové aktivity.

### **1.3 Předpokládaný čas pro provedení činnosti**

- uvedený čas je pouze orientační
- bez omezení – vybarvení obrázku 15 – 20 min. (záleží na složitosti předtištěného obrázku)
- s omezením – vybarvení obrázku 25 – 30 min. (záleží na závažnosti postižení klienta a na složitosti obrázku)

## **2 ANALÝZA AKTIVITY**

### **2.1 Pomůcky a materiál**

- předtištěné obrázky
- pastelky
- guma
- ořezávátko
- podložka pod obrázek
- čistý papír.

### **2.2 Stručné kroky činnosti (stabilní, pohyblivé)**

- pomůcky již máme předpřipravené na pracovním místě
- volba libovolného obrázku (pohyblivé)
- podložení obrázku podložkou (stabilní)
- rozmyšlení barev (stabilní)
- vybarvení obrázku (pohyblivé).

### **2.3 Fyzické prostředí pro provedení činnosti**

- činnost se odehrává v jakékoli místnosti, kde musí být vyhovující podmínky a vhodné ergonomické parametry přizpůsobené diagnóze klienta.

## 2.4 Bezpečnostní opatření

- nebezpečí poranění se o pastelky nebo o ořezávátko (poučit klientku, aby byla opatrná při manipulaci s pastelkami a s ořezávátkem).

## 2.5 Instrukce pro terapeuta

Klientku je nutné před zahájením terapeutické jednotky motivovat. Činnost se bude odehrávat v místnosti, která je vhodná pro tuto činnost a je přizpůsobena specifickým potřebám klientky. Před zahájením činnosti se klienta zeptáme, jestli už někdy pracoval s pastelkami. Toto je důležité pro seznámení se s novou technikou.

Klientce dáme napsaný postup činnosti nebo fotodokumentaci činnosti dle diagnózy klienta. Případně verbálně doplníme a čekáme na dotazy.

Klientce připravíme pomůcky k dané činnosti:

- předtištěné obrázky
- pastelky
- guma
- ořezávátko
- podložka pod obrázek
- čistý papír

Klientce prezentujeme, kde dané pomůcky najde a kam je pokládáme.

Klientku upozorníme na nebezpečí poranění se o pastelky nebo o ořezávátko.

Klientku při práci pozorujeme a nerozptylujeme. Na závěr s klientkou vedeme rozhovor o výsledné činnosti, zda-li byla spokojená, popřípadě s čím spokojená nebyla a co by změnila.

## 2.6 Instrukce pro klienta

*Vybarvení předtištěného obrázku*

Postupujte dle návodu:

- zkontrolujte si připravené pomůcky na pracovním místě (předtištěné obrázky, pastelky, gumu, ořezávátko, podložka pod obrázek, čistý papír)
- vyberte si libovolný předtištěný obrázek
- vámi vybraný obrázek si podložte podložkou
- rozmyslete si, jaké barvy chcete použít pro váš obrázek
- čistý papír můžete použít na vyzkoušení barev
- nyní můžete začít vybarvovat obrázek.

### 3 ANALÝZA ÚKOLU

#### 3.1 Detailní rozbor kroků pro klienta

Obrázek 1



Připravené pomůcky na pracovním místě pro vybarvení předtištěného obrázku (pastelky, obrázek, prázdný papír, guma, ořezávatko, podložka pod obrázek).

Obrázek 2



Vybraný obrázek si podložíme tvrdou podložkou.

Obrázek 3



Na čistý papír si můžeme vyzkoušet barvy pastelek.

Obrázek 4



Začneme pečlivě vybarvovat obrázek.

Obrázek 5



Hotový obrázek.

### 3.2 Poloha

- činnost lze provádět ve stoje, v sedě nebo v leže dle upraveného prostředí

### 3.3 Zapojení svalových skupin a specifické pohyby

- svalová síla klientky odpovídá stupni 4 a 5 svalového testu (hodnoceno orientačně); všechny svaly HKK se při činnosti fyziologicky zapojovaly
- klientka má pokročilou formu Alzheimerovi demence s pozdním začátkem; nemá žádnou poruchu úchopů nebo jemné motoriky
- nepoužívá žádné kompenzační pomůcky ani žádný kompenzační úchop

## 4 ADAPTACE

- u klientky není nutná adaptace na prostředí, protože zná prostory ergoterapeutické dílny
- pouze je nutná adaptace na terapeuta při první společné terapii.

## 5 STUPŇOVÁNÍ

- klientce je možné úkol ztížit, že jí dáme úplně čistý papír a necháme ji malovat dle vlastní volby nebo můžeme klientce dát pouze předlohu, podle které bude sama kreslit.
- úkol můžeme usnadnit, když budeme klientce radit, jaké barvy by mohla použít nebo že jí jako předlohu dáme již vybarvený obrázek, který by si vybrala
- klientka měla problém porozumět psanému postupu; byly jí předkládány pouze obrázky bez textu se slovním doprovodem, to pro ni bylo jednodušší, ale později nechtěla už vůbec pracovat podle AČ. Nebyla schopna samostatného postupu.

## 6 VÝSLEDNÝ PRODUKT



## **1 ANALÝZA ZAMĚSTNÁNÍ**

### **1.1 Výroba květiny z papíru**

- volnočasová aktivita – kreativní technika.

### **1.2 Cíl činnosti**

- vyrobit květinu za papíru
- trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie.
- náplň volnočasové aktivity.

### **1.3 Předpokládaný čas pro provedení činnosti**

- uvedený čas je pouze orientační
- bez omezení – výroba květiny 15 – 20 min.
- s omezením – výroba květiny 30 – 40 min. (záleží na závažnosti postižení klienta).

## **2 ANALÝZA AKTIVITY**

### **2.1 Pomůcky a materiál**

- šablony částí květiny
- barevné papíry
- tužka
- lepidlo
- lepící páska
- guma
- nůžky
- špejle.

### **2.2 Stručné kroky činnosti (stabilní, pohyblivé)**

- pomůcky již máme předpřipravené na pracovním místě
- vybrat si barevné papíry (pohyblivé)
- obkreslit jednotlivé části na barevný papír (stabilní)
- vystříhnout obkreslené části květiny (stabilní)
- slepit jednotlivé části (stabilní)
- přilepit na špejli. (stabilní)

### **2.3 Fyzické prostředí pro provedení činnosti**

- činnost se odehrává v jakékoli místnosti, kde musí být vyhovující podmínky a vhodné ergonomické parametry přizpůsobené diagnóze klienta.

### **2.4 Bezpečnostní opatření**

- nebezpečí poranění se o nůžky , špejle a o tužku (poučit klientku, aby byla opatrná při manipulaci s nůžkami, špejlemi a s tužkou)
- opatrnost při použití lepidla a lepenky.

### **2.5 Instrukce pro terapeuta**

Klientku je nutné před zahájením terapeutické jednotky motivovat. Činnost se bude odehrávat v místnosti, která je vhodná pro tuto činnost a je přizpůsobena specifickým potřebám klientky. Před zahájením činnosti se klienta zeptáme, jestli už někdy pracoval s papírem. Toto je důležité pro seznámení se s novou technikou.

Klientce dáme napsaný postup činnosti nebo fotodokumentaci činnosti dle diagnózy klientky. Případně verbálně doplníme a čekáme na dotazy.

Klientce připravíme pomůcky k dané činnosti:

- šablonky částí květiny
- barevné papíry
- tužka
- lepidlo
- lepící páska
- guma
- nůžky
- špejle.

Klientce prezentujeme, kde dané pomůcky najde a kam je pokládáme.

Klientku upozorníme na nebezpečí poranění se o nůžky, špejle a o tužku. Opatrnost při použití lepidla a lepenky.

Klientku při práci pozorujeme a nerozptylujeme. Na závěr s klientkou vedeme rozhovor o výsledné činnosti, zda-li byla spokojená, popřípadě s čím spokojený nebyla a co by změnila.

### **2.6 Instrukce pro klienta**

*Květina z papíru*

Postupujte dle návodu:

- zkontrolujte si připravené pomůcky na pracovním místě (šablony částí květiny, barevné papíry, tužka, lepidlo, lepicí páska, guma, nůžky, špejle)
- vyberte si barevné papíry z nabízených barev
- obkreslete na každý barevný papír jednotlivé části květiny
- obkreslené části vystříhněte
- vystříhnuté části slepte lepidlem dohromady
- slepené části přilepte lepicí páskou na špejly tak, aby květina nepřepadávala přes horní okraj špejle, ale pevně se o ni opírala.

### 3 ANALÝZA ÚKOLU

#### 3.1 Detailní rozbor kroků pro klientku

Obrázek 1



Připravené pomůcky pro výrobu květiny z papíru (šablony, barevné papíry, nůžky, lepidlo, lepicí páska, guma, tužka, špejle).

Obrázek 2



Zvolte si barevné papíry.



**Obrázek 3**



Obkreslete šablony na vámi zvolené barevné papíry.

**Obrázek 4**



Obkreslená části vystříhnete.

**Obrázek 5**



Vystřížené části slepte k sobě.

**Obrázek 6**



Slepenou květinu přilepte lepicí páskou ke špejly.

**Obrázek 7**



Hotová květina.

### **3.2 Poloha**

- činnost lze provádět ve stoje, v sedě nebo v leže dle upraveného prostředí

### **3.3 Zapojení svalových skupin a specifické pohyby**

- svalová síla klientky odpovídá stupni 4 a 5 svalového testu (hodnoceno orientačně); všechny svaly HKK se při činnosti fyziologicky zapojovaly
- klientka má ischemickou chorobu srdeční; nemá žádnou poruchu úchopů nebo jemné motoriky
- nepoužívá žádné kompenzační pomůcky ani žádný kompenzační úchop

## **4 ADAPTACE**

- u klientky není nutná adaptace na prostředí, protože zná prostory ergoterapeutické dílny
- pouze je nutná adaptace na terapeuta při první společné terapii.

## 5 STUPŇOVÁNÍ

- klientce je možné úkol ztížit, že jí necháme vyrobit si šablony jednotlivých částí květiny zcela samostatně, podle její fantazie.
- úkol můžeme usnadnit, když klientce pomůžeme s obkreslováním, vystřihováním nebo přilepováním částí květiny. Případně když klientce dáme už obkreslené a vystřižené jednotlivé části květiny.
- nejprve klientka samostatně pracovala podle napsaného postupu a popsanych obrázků, to jí šlo při prvních dvou terapiích; postupně se ale snižovala její pozornost a podle AČ postupovala jen částečně; pak jí byly předkládány jen obrázky bez textu, zpočátku podle nich pracovala samostatně, ale v polovině terapie začala vyžadovat radu a už nebyla schopna samostatného postupu.

## 6 VÝSLEDNÝ PRODUKT



## **1. ANALÝZA ZAMĚSTNÁNÍ**

### **1.1 Ubrousková technika - decoupage**

- volnočasová aktivita – kreativní technika

### **1.2 Cíl činnosti**

- vytvořit si dekorativní obrázek z ubrousku
- trénink kognitivních funkcí formou kondiční ergoterapie.
- náplň volnočasové aktivity.

### **1.3 Předpokládaný čas pro provedení činnosti**

- uvedený čas je pouze orientační
- bez omezení – výroba obrázku – 10-15 min., schnutí lepidla 10 min.
- s omezením – dle stavu klienta – výroba obrázku - 20-30 min., schnutí lepidla 10 min.

## **2 ANALÝZA AKTIVITY**

### **2.1 Pomůcky a materiál**

- ubrousky (třívěstevné, libovolný počet)
- lepidlo (určené přímo na decoupage nebo Herkules)
- miska na lepidlo
- štětec
- nůžky
- lak na vlasy (bezbarvý)
- pracovní podložka (igelitová folie apod.)
- podklad pro nalepení ubrousku

### **2.2 Stručné kroky činnosti (stabilní, pohyblivé)**

- pomůcky již máme předpřipravené na pracovním místě.
- na pracovní plochu položíme pracovní podložku (stabilní)
- vybereme si obrázek (stabilní)
- připravíme si podklad pro nalepení ubrousku (stabilní)
- podklad natřeme lepidlem (pohyblivé)
- necháme zaschnout lepidlo (stabilní)
- odstraníme 2 spodní vrstvy ubrousku (pohyblivé)
- přiložíme ubrousek (pohyblivé)

- ubrousek přetřeme jednou vrstvou lepidla (pohyblivé)
- necháme zaschnout lepidlo (stabilní)
- hotový obrázek přestříkneme lakem (stabilní).

### **2.3 Fyzické prostředí pro provedení činnosti**

- činnost se odehrává v jakékoli místnosti, kde musí být vyhovující podmínky a vhodné ergonomické parametry přizpůsobené diagnóze klienta.

### **2.4 Bezpečnostní opatření**

- nebezpečí požití lepidla
- nebezpečí poranění se o nůžky
- opatrnost při práci se štětcem a s lakem.

### **2.5 Instrukce pro terapeuta**

Klientku je nutné před zahájením terapeutické jednotky motivovat. Činnost se bude odehrávat v místnosti, která je vhodná pro tuto činnost a je přizpůsobena specifickým potřebám klientky. Před zahájením činnosti se klientky zeptáme, jestli už někdy dělala ubrouskovou techniku. Toto je důležité pro seznámení se s novou technikou.

Klientce dáme napsaný postup činnosti nebo fotodokumentaci činnosti dle diagnózy klienta. Případně verbálně doplníme a čekáme na dotazy.

Klientce připravíme pomůcky k dané činnosti:

- ubrousky
- lepidlo
- miska na lepidlo
- štětec
- nůžky
- lak
- pracovní podložku
- podklad pro nalepení ubrousku

Klientce prezentujeme, kde dané pomůcky najde a kam je pokládáme.

Klientk upozorníme na nebezpečí požití lepidla, nebezpečí poranění se o nůžky nebo štětec. Upozorníme na opatrné použití laku.

Klientku při práci pozorujeme a nerozptylujeme. Na závěr s klientkou vedeme rozhovor o výsledné činnosti, zda-li byla spokojená, popřípadě s čím spokojena nebyla a co by změnila.

## 2.6 Instrukce pro klienta

### *Ubrousková technika - decoupage*

Postupujte dle návodu:

- zkontrolujte si připravené pomůcky na pracovním místě (ubrousky, lepidlo, miska na lepidlo, štětec, nůžky, pracovní podložka, lak, podklad na nalepení ubrousku)
- na pracovní plochu si položte pracovní podložku
- vyberte si obrázek z daných ubrousků
- připravíme si podklad na nalepení ubrousku (pokud je třeba podklad doupravíme)
- do misky si nalijeme menší množství lepidla
- podklad potřeme jednou vrstvou lepidla
- lepidlo necháme lehce zaschnout
- z vybraného ubrousku sloupneme dvě spodní vrstvy ubrousku a necháme si jen tu vrstvu s obrázkem
- zbylou vrstvu ubrousku přiložíme na lepidlem potřený podklad
- přiložený ubrousek potřeme ještě jednou vrstvou lepidla; postupujeme opatrně, abychom ubrousek nepotrhal; vyhladíme všechny nerovnosti
- necháme vzniklý obrázek zaschnout
- na závěr suchý obrázek lehce přestříkáme lakem.

Pokuste se udělat zadanou činnost samostatně. Nebudete-li si s něčím jistý zeptejte se.

V případě chyby upozorním!

## 3 ANALÝZA ÚKOLU

### 3.1 Detailní rozbor kroků pro klienta

Obrázek 1



Připravené pomůcky na pracovním místě pro výrobu dekorace z ubrousku(ubrousky, lepidlo, miska na lepidlo, štětce, podklad pro nalepení ubrousku, nůžky, tužka pravítko).

**Obrázek 2**



Připravíme si podklad. Vytvoříme si destičku z tvrdého materiálu. Upravíme jí podle rozměrů ubrousku.

**Obrázek 3**



Odstraníme spodní 2 vrstvy ubrousku.

**Obrázek 4**



Připravenou podložku potřeme lepidlem a necháme chvíli zaschnout.

**Obrázek 5**



Potom opatrně přikládáme ubrousek, od spodního okraje k hornímu.

**Obrázek 6**



Ubrousek přetřeme ještě jednou vrstvou. Vyhladíme všechny nerovnosti.

**Obrázek 7**



Přečnávající okraje ubrousku přilepíme lepidlem k zadní straně ubrousku.



Obrázek 8



Finální výrobek. Po zaschnutí jej ještě můžeme přestříkat bezbarvým lakem.

### 3.2 Poloha

- činnost lze provádět ve stoje nebo v sedě dle upraveného prostředí

### 3.3 Zapojení svalových skupin a specifické pohyby

- svalová síla klientky odpovídá stupni 4 a 5 svalového testu (hodnoceno orientačně); všechny svaly HKK se při činnosti fyziologicky zapojovaly
- klientka má vaskulární encefalopatii; nemá žádnou poruchu úchopů nebo jemné motoriky
- nepoužívá žádné kompenzační pomůcky ani žádný kompenzační úchop

## 4 ADAPTACE

- u klientky není nutná adaptace na prostředí, protože zná prostory ergoterapeutické dílny
- pouze je nutná adaptace na terapeuta při první společné terapii.

## 5 STUPŇOVÁNÍ

Klientce bychom mohli úkol ztížit, kdybychom po přiložení ubrousku na lepidlem přetřený podklad, místo další vrstvy lepidla obrázek přes kus látky přežehlili žehličkou.

V případě, že klientka úkol nezvládne, můžeme jí jej usnadnit. Např.:

- naměříme rozměry ubrousku a upravíme podklad pro klienta
- odstraníme spodní vrstvy ubrousku
- můžeme použít větší plochu

- klientka samostatně postupovala v prvních dvou terapiích; při dalších terapiích bylo nutné klientku občas zastavit a upozornit ji, aby si znovu přečetla postup nebo se pozorněji podívala na obrázek a přečetla si jeho popis; klientka měla problémy se soustředěním se; později musel být postup přečítán a předváděn terapeutem.

## **6 VÝSLEDNÝ PRODUKT**



## Příloha 3 Použité testy

### Test funkční soběstačnosti – FIM (Vaňásková, 2004)

	<i>Příjem</i>	<i>Kontrola</i>	<i>Propuštění</i>
<u>Osobní péče:</u> datum:			
A. Jídlo	.....	.....	.....
B. Péče o zevnějšek	.....	.....	.....
C. Koupání	.....	.....	.....
D. Oblékání – horní končetiny, trup	.....	.....	.....
E. Oblékání – dolní končetiny	.....	.....	.....
F. Intimní hygiena	.....	.....	.....
<u>Kontinence:</u>			
G. Kontinence – močový měchýř	.....	.....	.....
H. Kontinence – konečník	.....	.....	.....
<u>Přesuny:</u>			
I. Lůžko, židle, vozík	.....	.....	.....
J. WC	.....	.....	.....
K. Vana, sprcha	.....	.....	.....
<u>Lokomoce:</u>			
L. Chůze/Vozík Chůze Vozík Obojí	.....	.....	.....
M. Schody	.....	.....	.....
<b>Pohybová dovednost:</b> součet (max. 91 bodů)	.....	.....	.....
<u>Komunikace:</u>			
N. Chápání Audio Video Obojí	.....	.....	.....
O. Vyjadřování Verb. Neverb. Obojí	.....	.....	.....
<u>Sociální aspekty:</u>			
P. Sociální kontakt	.....	.....	.....
Q. Řešení problémů	.....	.....	.....
R. Paměť	.....	.....	.....
<b>Psychické funkce:</b> součet (max. 35 bodů)			
<b>CELKOVÉ SKÓRE:</b> součet (max. 126 bodů)			
<b>Tabulka hodnocení</b>			
Nezávislost	<i>bez pomoci</i>		
7 Plná soběstačnost (opakovaně)			
6 Částečná soběstačnost (pomůcka)			
Částečná závislost	<i>s pomocí</i>		
5 Potřebný dohled			
4 Minimální pomoc (nemocný = 75% +)			
3 střední pomoc (nemocný = 50% +)			
Plná závislost			
2 Výrazná pomoc (nemocný = 25% +)			
1 Plná závislost (nemocný = 0% +)			

**Test instrumentálních všedních činností (Lawton, Brody, 1969; Deník odborné praxe)**

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. telefonování	a) vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	b) zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	c) nedokáže použít telefon	0
2. transport	a) cestuje samostatně dopravní prostředkem	10
	b) cestuje, je-li doprovázen	5
	c) vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	a) dojde samostatně nakoupit	10
	b) nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	c) neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	a) uvaří samostatně celé jídlo	10
	b) jídlo ohřeje	5
	c) jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	a) udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	b) provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	c) potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	a) provádí samostatně a pravidelně	10
	b) provede pod dohledem	5
	c) vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	a) samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	c) léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	a) spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	b) zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	c) neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

**Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:**

0 – 40 bodů: závislý v IADL

45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL

80 bodů: nezávislý v IADL

## Test kognitivních funkcí (MMSE) – Mini-Mental State Exam (Deník odborné praxe)

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <p>a) Který je teď rok? 1</p> <p>b) Které je roční období? 1</p> <p>c) Můžete mi říci dnešní datum? 1</p> <p>d) Který je den v týdnu? 1</p> <p>e) Který je teď měsíc? 1</p> <p>f) Ve kterém jsme státě? 1</p> <p>g) Ve které jsme zemi? 1</p> <p>h) Ve kterém jsme městě? 1</p> <p>i) Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? 1</p> <p>j) Ve kterém jsme poschodí? 1</p>	
<p>2. Všípivost</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí. 3</p>	
<p>3. Pozornost a počítání</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93 – 86 – 79 – 72 – 65). Skončete po 5 odečtech. Každou správnou odpověď hodnotíte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách. 5</p>	
<p>4. Výbavnost</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. Bod za každou správnou odpověď. 3</p>	
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <p>a) Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu. 2</p> <p>b) Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte jedním bodem. 1</p> <p>c) Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod. 3</p> <p>d) Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „Zavřete oči“. Započtete 1 bod za zavření očí. 1</p> <p>e) Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu. 1 bod za větu obsahující podmět a přísudek, která dává smysl. 1</p> <p>f) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 1</p>	
<b>Celkové skóre</b>	<b>max.30 bodů</b>
<p><b>Hodnocení:</b> Skóre 23 a nižší svědčí pro kognitivní poruchu (delirium nebo demenci). Test má senzitivitu 87% a specifiku 82%.</p>	

## Test kreslení hodin (Topinková, 1999; Deník odborné praxe)

### Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s překresleným kolem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechny chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut“.
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení kresby.
3. Valorizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis
1	<b>Bezchybné provedení</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• číslice 1 – 12 ve správném pořadí i na místě</li><li>• dvě ručičky ve správné poloze</li></ul>
2	<b>Lehká prostorová chyba ciferníku hodiny</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrně</li><li>• číslice mimo kruh</li><li>• otočení papíru s otočením číslic</li><li>• použití pomocných čar pro lepší orientaci</li></ul>
3	<b>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• pouze jedna ručička</li><li>• čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“</li><li>• čas vůbec nezaznamenán</li></ul>
4	<b>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• nepravidelné mezery</li><li>• zapomenutí čísel</li><li>• perservace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li><li>• záměna pravý - levý (čísllice proti směru)</li><li>• dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li></ul>
5	<b>Těžká prostorová dezorientace</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li></ul>
6	<b>Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučuje depresi/delirium)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• žádný pokus zakreslit hodiny</li><li>• ani vzdálená podobnost s hodinami</li><li>• napsáno slovo nebo jméno</li></ul>

## Škála deprese pro geriatrické pacienty (Topinková, 1999; Deník odborné praxe)

Otázky	Odpověď
1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději domy, než by jste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými lidmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá vás někdy. Že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne
<b>Hodnocení:</b> Za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod. 0 - 5 bodů: normální afekt bez deprese 6 – 10 bodů: mírná deprese Nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření	

## Blesedova škála demence (Blesed, Tomlinson, Roth; Deník odborné praxe)

Vyplňuje se s příbuzným pacienta nebo s pečující osobou

	NE	menší potíže	značné potíže
1. Mívá potíže při vykonávání běžných domácích činnostech, např. udělat čaj?			
2. Mívá větší potíže při zacházení s menšími částkami peněz? (přepočítat atd.)			
3. Dělá mu nějaké potíže zapamatovat si krátký seznam položek, např. při nákupu?			
4. Dělá mu nějaké potíže zorientovat se doma/na oddělení/např.: najít WC atd.?			
5. Dělá mu nějaké potíže zorientovat se v nejbližším okolí domova, např.: dojít na nákup, příp. na poštu?			
6. Dělá mu nějaké potíže orientace místem, kde právě je nebo rozlišení různých lidí, kteří jsou s ním v kontaktu? (např.: příbuzných, lékařů, sester)			
7. Dělá mu nějaké potíže zapamatovat si nedávné události, např.: kdy jsme se viděli naposledy, co bylo včera apod.?			
8. Má ve zvyku hovořit spíše o tom, co se mu událo už dávno, než o tom co se děje nyní nebo teprve nedávno?			
9. Mívá potíže se sám najíst?	NE	<i>jen lžící (horší čistota)</i>	<i>jen pevná sousta (rukama) musí být krměn</i>
10. Mívá potíže s oblékáním?	NE	<i>někdy splete knoflíky neschopen sám</i>	<i>v nesprávném pořadí (zapomene)</i>
11. Inkontinence?	NE	<i>občas se pomočí zcela inkontinentní (i stolice)</i>	<i>často se pomočuje</i>

### Celková charakteristika:



## Dotazník kvality života Short Form-36 (SF-36) (Vaňásková, 2004)

### NÁVOD

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jistí jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)

- Výtečné.....1  
Velmi dobré.....2  
Dobré.....3  
Docela dobré.....4  
Špatné.....5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

- Mnohem lepší než před rokem.....1  
Poněkud lepší než před rokem.....2  
Přibližně stejné jako před rokem.....3  
Poněkud horší než před rokem.....4  
Mnohem horší než před rokem.....5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako přesunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Trpěl jste někdy z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpěl jste někdy z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uved'te do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

Vůbec ne.....1

Trochu.....2

Mírně.....3

Poměrně dost.....4

Velmi silně.....5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

Žádné.....1

Velmi mírné.....2

Mírné.....3

Střední.....4

Poměrně dost.....5

Velmi silné.....6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

- Vůbec ne.....1  
 Trochu.....2  
 Mírně.....3  
 Poměrně dost.....4  
 Velmi silně.....5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil?

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a.jste se cítil(a) pln(á) elánu?	1	2	3	4	5	6
b.jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c.jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d.jste pociťoval(a) klid a pohodu	1	2	3	4	5	6
e.jste byl(a) pln(a) energie	1	2	3	4	5	6
f.jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g.jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h.jste byl(a) šťastn(á)	1	2	3	4	5	6
ch.jste se cítil(a) unaven(á)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v minulých týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

- Pořád.....1  
 Většinou.....2  
 Občas.....3  
 Málokdy.....4  
 Nikdy.....5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď. Která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé.	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5