

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Využití ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Kateřina Soudná

Zpracovala:

Danuše Hrbáčková

LEDEN 2007

Abstrakt

**Název: Využití ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory
Using occupational therapy in comprehensive home care of seniors**

Cíl práce:

Práce je strukturována do několika částí. V úvodu teoretické části se snažím stručně přiblížit problematiku populačního stárnutí. Druhá část teoretického bloku podrobněji vysvětluje pojmy komplexní domácí péče a ergoterapie. Jsou zde uvedeny definice obou pojmů, obecné koncepce, formy, atd. V závěru se zabývám konkrétním využitím práce ergoterapeuta v agenturách komplexní domácí péče. Praktická část práce obsahuje případovou studii. Jedná se o sledování vlivu ergoterapie na soběstačnost a funkční schopnosti klienta agentury komplexní domácí péče. S využitím několika testů se snažím prokázat vliv individuálně prováděné ergoterapie na celkový zdravotní stav klienta a kvalitu jeho života.

Cílem práce je podat základní informace o ergoterapie jako o samostatném zdravotnickém oboru a poukázat na důležitost aplikace ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory.

Metoda:

Zvolenou metodou je případová studie. U náhodně vybraného klienta agentury komplexní domácí péče bylo postupně provedeno: vstupní ergoterapeutické vyšetření, identifikace problémů, stanovení cílů terapie, individuální ergoterapie dle stanovených cílů, kontrolní vyšetření a hodnocení realizace cílů. Údaje získané jednotlivými vyšetřeními a testy jsem zpracovala a vyhodnotila v závěru práce.

Výsledky:

Potvrdil se předpoklad, že provádění individuální ergoterapie v domácím prostředí s využitím kompenzačních pomůcek může pozitivně ovlivnit funkční schopnosti klienta, zlepšit jeho soběstačnost v běžných denních činnostech a zvýšit tak kvalitu jeho života.

Klíčová slova: komplexní domácí péče, ergoterapie, soběstačnost

Chtěla bych poděkovat PhDr. Kateřině Soudné za odborné vedení mé práce, mnoho cenných rad a podnětů a za trpělivost. Zároveň děkuji své rodině a blízkým za podporu při dokončování bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu.

V Praze 15.3. 2007



Danuše Hrbáčková

Souhlasím se zapůjčováním této bakalářské práce pro studijní účely. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musí pramen řádně citovat.

Jméno a příjmení	Číslo OP	Datum	Poznámka

Obsah

1.0	ÚVOD	8
2.0	CÍL PRÁCE	10
2.1	SOUHRN	10
2.2	HYPOTÉZY	10
2.3	METODY	10
3.0	TEORETICKÁ ČÁST	11
3.1	DEMOGRAFICKÉ PROGNÓZY	11
3.2	CHARAKTERISTIKA SENIORSKÉ POPULACE	12
3.3	KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE	13
3.3.1	<i>Úvod</i>	13
3.3.2	<i>Definice</i>	13
3.3.3	<i>Formy a frekvence zdravotní péče</i>	14
3.3.4	<i>Rozsah sociální péče</i>	15
3.3.5	<i>Přínos komplexní domácí péče</i>	15
3.4	ERGOTERAPIE	17
3.4.1	<i>Definice</i>	17
3.4.2	<i>Historie</i>	17
3.4.3	<i>Cíle</i>	18
3.4.4	<i>Prostředky</i>	18
3.4.5	<i>Rozdělení</i>	19
3.5	ERGOTERAPIE V KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČI	20
3.5.1	<i>Úvod</i>	20
3.5.2	<i>Možnosti uplatnění</i>	20
3.5.3	<i>Průběh ergoterapeutické intervence</i>	21
3.5.4	<i>Výhody ergoterapie v domácí péči</i>	23

4.0	PRAKTICKÁ ČÁST	24
4.1	CÍL	24
4.2	HYPOTÉZY	24
4.3	METODY	24
	4.3.1 <i>Výběr klienta</i>	24
	4.3.2 <i>Diagnostické metody</i>	25
	4.3.3 <i>Postup</i>	25
4.4	KAZUISTIKA	26
	4.4.1 <i>Anamnéza</i>	26
	4.4.2 <i>Vstupní vyšetření</i>	26
	4.4.3 <i>Vyhodnocení vstupního vyšetření</i>	31
	4.4.4 <i>Průběh terapie</i>	33
	4.4.5 <i>Kontrolní vyšetření</i>	38
	4.4.6 <i>Pokračování terapie</i>	40
	4.4.7 <i>Závěrečné vyšetření</i>	40
	4.4.8 <i>Zhodnocení terapie</i>	43
	4.4.9 <i>Realizace cílů</i>	46
4.5	DISKUSE	46
5.0	SHRnutí A ZÁVĚR	48
6.0	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49
7.0	PŘÍLOHY	50

1.0 ÚVOD

Podobně jako ve všech vyspělých evropských zemích, tak i v České republice dochází ke změnám ve složení populace, které mají za následek celkové stárnutí naší populace. Mezi příčiny můžeme zařadit celkový pokles porodnosti, ale také technický pokrok a zvýšení kvality léčebných metod, což má za následek snížení úmrtnosti a prodloužení délky života. Podle statistických prognóz bude v roce 2030 činit podíl obyvatelstva nad 65 let v České republice 22,8% (viz. tabulka č.1). To znamená, že se počet obyvatel této věkové skupiny pravděpodobně zvýší na dvojnásobek současného počtu (ČSÚ, 2002).

Tyto prognózy mají veliký význam pro plánování programů péče o seniorskou populaci. Doporučuje se, že pokud podíl osob starších 65 let dosáhne 12% v celkové populaci, je nutno se zabývat v celostátním měřítku systémem péče o staré občany jako součástí zdravotní a sociální politiky a při 14% a více se tato péče stává základním problémem zdravotnictví. Potřeby zdravotní péče budou díky dynamickému stárnutí české populace i v dalších letech narůstat v souvislosti s relativně větší nemocností osob vyššího věku. Objem zdravotní péče využívané starými lidmi se tak bude nadále zvyšovat. Důsledky demografického stárnutí se přitom projeví nejen v oblasti financování zdravotnictví, ale i v potřebě přizpůsobení struktury poskytovaných služeb. Staří pacienti mají totiž specifické zdravotní problémy a potřeby a často je nutné řešit jejich zdravotní potíže zcela odlišně od ostatní populace. (Zavázalová, 2001).

Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje prevalence chronických nemocí a vzrůstá výskyt polymorbidity (přítomnost více nemocí najednou u jednoho jedince). Pro kvalitu každodenního života starého člověka je rozhodující míra specifického omezení, které mu nemoci způsobují. Nejzávažnějším důsledkem nemocí ve vyšším věku je bezesporu snížení soběstačnosti v každodenních činnostech, které může vést až k úplné bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci.

Obecnou snahou je umožnit seniorům zůstat v jejich vlastním prostředí co nejdélejší možnou dobu. V případě, že člověk již není plně soběstačný, mohou mu při zajištění sebeobsluhy pomoci, kromě jeho rodiny, různé organizace. Pečovatelské služby, zřizované okresními ústavy sociálních služeb, nabízejí donášky obědů, pomoc při hygieně, nákupy, ale např. i doprovod při pochůzkách. Další formou pomoci je zdravotnická péče poskytovaná v domácím prostředí. Tu zajišťují agentury domácí péče, tzv. Home Care. Tým pracovníků, který pokrývá zdravotní i sociální péči, je tvořen zdravotními sestrami, lékaři, sociálními

pracovníky, fyzioterapeuty. Méně často jsou v agenturách zaměstnávání ergoterapeuté.

Ergoterapie má v oblasti domácí péče široké pole uplatnění. Mezi nejčastější oblasti, kde se může ergoterapeut uplatnit při péči o seniory v domácím prostředí patří především nácvik soběstačnosti a samostatnosti v běžných denních činnostech jako je hygiena, oblékání, přesuny, příprava jídla, atd. V mnohých případech není zvyšování soběstačnosti v jednotlivých činnostech již možné, a proto se primárním úkolem ergoterapie stává udržení soběstačnosti na stejné hranici a předcházení jejímu zhoršování. Na základě zhodnocení domácího prostředí klienta ergoterapeut navrhuje a pomáhá při realizování úprav v bytě klienta, které jsou zaměřeny především na odstranění různých bariér. Samotné úpravy bytu často nestačí a ergoterapeut proto doporučí klientovi vhodné kompenzační pomůcky, které mu pomohou dosáhnout maximální možné soběstačnosti. Dle potřeb klienta ergoterapeut provádí diagnostiku funkčního stavu a poté nácvik hrubé či jemné motoriky, kondiční cvičení, trénink kognitivních funkcí atd. Nedílnou součástí práce ergoterapeuta je také poradenství pro rodinu a pracovníky týmu domácí péče..

Ze své vlastní zkušenosti mohu říci, že ergoterapeut má takové znalosti i schopnosti řešit problémy jak ze zdravotnické, tak i sociální oblasti, které se týkají péče o seniory v domácím prostředí, že jeho místo v agenturách komplexní domácí péče je nezastupitelné. Téma ergoterapie v domácí péči jsem si pro svou práci, protože se této problematice věnuji i ve svém zaměstnání.

2.0 CÍL PRÁCE

2.1 SOUHRN

Práce je strukturována do několika částí. První část se stručně věnuje fenoménu populačního stárnutí. Druhý z teoretických celků se zabývá problematikou komplexní domácí péče a ergoterapie. Jsou zde uvedeny definice obou pojmů, obecné koncepce, formy, způsoby využití, atd. V závěru teoretického bloku se zaměřuji na možnosti uplatnění ergoterapeuta v agenturách komplexní domácí péče. Třetí, praktická část práce je pojata jako případová studie. Jedná se o sledování vlivu ergoterapie na soběstačnost a funkční schopnosti klienta agentury komplexní domácí péče. S využitím několika testů se snažím prokázat vliv individuálně prováděné ergoterapie na celkový zdravotní stav klienta a kvalitu jeho života.

Stěžejním cílem mé práce je představení ergoterapie jako samostatného zdravotnického oboru a prokázání důležitosti aplikace ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory.

2.2 HYPOTÉZY

- č.1 ergoterapie prováděná v domácím prostředí může zlepšit soběstačnost klienta při běžných denních činnostech
- č.2 pravidelná individuální ergoterapie může zlepšit funkční schopnosti klienta
- č.3 využití kompenzačních pomůcek zlepšuje soběstačnost klienta a tím zvyšuje kvalitu jeho života

2.3 METODY

Zvolenou metodou je případová studie. U náhodně vybraného klienta agentury komplexní domácí péče bylo postupně provedeno: vstupní ergoterapeutické vyšetření, identifikace problémů, stanovení cílů terapie, pravidelná individuální ergoterapie dle stanovených cílů, kontrolní vyšetření a hodnocení realizace cílů. Údaje získané jednotlivými vyšetřeními a testy jsou zpracovány a vyhodnoceny v závěru práce.

3.0 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 DEMOGRAFICKÉ PROGNÓZY

Postavení starých lidí ve společnosti a řešení otázek spojených s důsledky jejich přibývajícím věku jsou nedílnou součástí přirozeného životního cyklu.

Stárnutí jako všeobecně rozšířený jev se objevuje až v západních zemích dvacátého století jako důsledek snižování kojenecké úmrtnosti, zkvalitnění zdravotní péče a životního stylu v rané dospělosti (stravovací návyky, omezování fyzické zátěže, zvyšování kvality materiálních podmínek života apod.). (Stuart-Hamilton, 1999)

Podle demografických prognóz se má relativní i absolutní zastoupení starých lidí v populaci v České republice stejně jako v zemích Evropské unie neustále zvyšovat. Podle statistiky ČSÚ bylo koncem roku 2001 v České republice více než 1,4 milionu osob starších 65 let, což představovalo přibližně 14% obyvatel ČR. Do roku 2030 předpokládá střední varianta projekce nárůst na 23%, do roku 2050 dokonce na 31%, což by mělo představovat téměř 3 miliony osob. (viz. tabulka 3.1)

Tabulka 1 - Základní věkové skupiny, absolutně a jejich podíl v celé populaci v %

Věk	2002	2005	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	1 589 766	1 487 148	1 400 028	1 408 644	1 274 155	1 197 000	1 173 004
15-64	7 195 541	7 302 144	7 286 202	6 786 952	6 520 205	5 964 564	5 309 251
65+	1 417 962	1 446 681	1 596 812	2 088 333	2 308 073	2 633 554	2 956 079
0-14	15,6	14,5	13,6	13,7	12,6	12,2	12,4
15-64	70,5	71,3	70,9	66,0	64,5	60,9	56,3
65+	13,9	14,1	15,5	20,3	22,8	26,9	31,3

zdroj: ČSÚ (2006)

základní výsledky projekce, střední varianta, 2002-2050

projekce obyvatelstva ČR do roku 2050

Z hlediska udržitelnosti vývoje společnosti bude důležitější zaměřit se na zvyšování kvality života seniorské populace spíše než na snahy o ovlivňování početního stavu obyvatelstva. (Burcin, Kučera, 2002).

3.2 CHARAKTERISTIKA SENIORSKÉ POPULACE

Z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Možná si v blízké době budeme spíše zvykat na rozdělení vyššího věku, které bylo používáno na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (duben 2002), kde se hovořilo o seniorech jako o lidech 60 letých a starších a o starých seniorech jako o lidech starších 80 let. Toto rozdělení se zdá být praktičtější nikoliv pro demografický popis populace ve vyspělých zemích, ale pro celý svět, v jehož některých oblastech je střední délka života cca 40 let. Stáří jsme si zvykli rozdělovat ještě dále na jednotlivé etapy následovně:

60-74 let – počínající stáří

75-89 let – vlastní stáří

90 let a více – dlouhověkost

(Holmerová, 2002)

Pro kvalitu života v každém věku, a ve stáří obzvlášť, je rozhodující zdravotní stav. Výsledky rozsáhlého šetření zdravotního stavu celé populace (Papeš a kol., 2002) potvrzují obecně známý fakt, že zdravotní stav se s věkem postupně nevyhnutelně zhoršuje.

Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a vzrůstá také multimorbidita (současná přítomnost více chorob u jednoho jedince). Ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí již tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci či chronických příznaků je jen velmi malé procento obyvatelstva. Ve věku 60 až 74 let trpí chronickou chorobou až 80% osob, nad 70 let až 87%. Z chronických chorob objektivně zjišťovaných u starých osob se nejčastěji vyskytují nemoci kardiovaskulární (stavy po infarktu myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenze, cévní mozkové příhody). (Zavázalová, 2001)

Pro kvalitu každodenního života starého člověka však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemoci ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. To vše podstatně snižuje kvalitu života jedince.

3.3 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE

3.3.1 Úvod

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Její rozsah a působnost je definována v platném znění právních norem upravujících poskytování zdravotní a sociální péče.

Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen když je to nezbytně nutné. Primární péče je souborem činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných potřebnému klientovi v rámci komunity v první linii kontaktu. Uvedený soubor činností realizovaný v rámci primární péče úzce souvisí s podporou a ochranou zdraví, prevencí onemocnění, vyšetřováním, léčením, ošetřováním, rehabilitací, sociálními službami, včetně vytváření podmínek v rámci komunity pro zajištění maximální kvality života pro občany všech věkových kategorií i různých diagnostických, či indikačních skupin. Moderní koncepce systémů zdravotní a sociální péče obsahují princip subsidiarity. To znamená, že k léčbě, péči a pomoci dochází na nejbližší úrovni. Tento princip předpokládá i vlastní aktivní přístup klienta a jeho blízkých v procesu rozhodování při řešení problému, ale současně počítá i s jejich aktivní spoluprací při poskytování péče. Jednoduše řečeno – jedná se o pomoc k svépomoci. Klient a jeho blízcí nejen spolurozhodují, ale také se spolupodílí na poskytování péče. (Misconiová, 1999)

3.3.2 Definice

Komplexní domácí péče je propojenou formou zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí. Potřebným klientem pro účely domácí péče je občan, který z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu je částečně či plně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků, kteří poskytují péči a pomoc v takovém rozsahu, který je dán aktuálním stavem klienta a stavem jeho vlastního sociálního prostředí. Komplexní domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče a

pomoci, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu.

3.3.3 *Formy a frekvence zdravotní péče*

Formy

- *domácí hospitalizace*

Jedná se o specializovanou péči určenou klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato péče je vhodná také pro klienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním. Domácí hospitalizace je poskytována v rozsahu dnů i týdnů.

- *dlouhodobá domácí péče*

Je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, klienty s plným či částečným ochrnutím, či chronickou bolestí. Tato forma obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i let.

- *preventivní domácí péče*

Je určena všem skupinám klientů, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Provádí se měření fyziologických funkcí a monitoruje se celkový stav klienta. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, kterou na základě celkového stavu klienta určí ošetřující lékař.

- *domácí hospicová péče*

Zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Terminální stadium života, umírání, je nejtěžší fází lidského života. Umírání má několik stadií a je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života klienta i jeho blízkých. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Obvykle je péče indikována v maximální frekvenci 3x denně.

- *domácí péče ad hoc*

Jedná se o mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů zdravotních sester, jako například aplikaci injekce, odběr biologického materiálu atd.

Frekvence

Maximální rozsah frekvence domácí zdravotní péče, která je hrazena z fondu zdravotního pojištění, je stanovena na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Jedná se o dostatečný časový rozsah odborné péče, ve kterém mohou poskytovatelé domácí zdravotní péče bezpečně zvládat i velice náročné stavy klientů. Pokud dojde k tomu, že zdravotní stav klienta si vyžaduje širší rozsah i frekvenci domácí péče, je možné po předání žádosti o navýšení úhrady domácí zdravotní péče rozšířit frekvenci péče až na 5 hodin denně. S ohledem na diagnostické a indikační skupiny klientů v domácí zdravotní péči je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost péče 24 hodin denně, 365 dní v roce. Nejedná se však o nepřetržitý provoz zařízení! (Misconiová, 1999)

3.3.3 Rozsah sociální péče

Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou. Služba je poskytována těžce zdravotně postiženým občanům, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby, nebo kteří pro nepříznivý stav potřebují ošetření jinou osobou, nebo další osobní péči.

Pečovatelská služba je dle dikce platných právních norem poskytována za plnou, nebo částečnou úhradu klientem, s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. Sociální potřebnost klienta stanoví sociální pracovník, který také určí, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována.

V rámci domácí péče jsou nejčastěji prováděny následující úkony: jednoduché ošetřovatelské úkony, dopomoc při oblékání, přesunu na vozík, WC, lůžko, donáška nebo příprava a pomoc při podávání jídla, pití a léků, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, praní, žehlení, doprovod na pochůzkách, nákupy. (Misconiová, 1999)

3.3.4 Přínos komplexní domácí péče

Domácí péče respektuje bio-psycho-sociální prostředí klienta a přistupuje k němu na základě holistického přístupu. Respektuje život klienta v jeho vlastním sociálním prostředí a také jeho vnímání kvality života.

Je prokázáno vědeckými studiemi, že psychická pohoda lidí ošetřovaných v domácím prostředí a přítomnost blízkých osob mají pozitivní vliv na jejich uzdravování nebo zmírnění

negativního vlivu psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění.

Ošetřování klienta v domácí péči se předchází negativním vlivům dlouhodobé hospitalizace. Ta může mít vliv na člověka po stránce fyzické (např. snížení výkonnosti, zvýšená unavitelnost,...), psychické (např. omezené množství podnětů z okolí,...) a tím také na soběstačnost jedince. Dále při hospitalizaci dochází ke ztrátě sociálních vazeb a kontaktů se známým prostředím.

V rámci komplexní domácí péče jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení nebo alespoň udržení stávající kvality života klienta i jeho blízkých.

3.4 ERGOTERAPIE

3.4.1 *Definice*

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova ergon, což znamená práce a therapia - léčení. Termín ergoterapie se používá v některých evropských jazycích, zatímco v anglosaské literatuře se používá pro ergoterapii pojmu occupational therapy.

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.

3.4.2 *Historie*

Je to stará léčebná metoda, která se uplatňovala již ve starém Řecku (Drobná, 1992). Roku 172 řecký doktor Galén tvrdil, že zaměstnání je nejlepší lékař a je nezbytné k lidskému štěstí (Turner, 1996).

Ergoterapie v ČR má dlouholetou tradici, která sahá do 19. století, kdy se ergoterapie zaváděla zejména v psychiatrii. Ergoterapie našla uplatnění také v tuberkulózních sanatoriích, např. v Luži-Košumberku, vedené MUDr. F. Hamzou (Pfeiffer, 1990). Od roku 1913 byla ergoterapie zavedena českým chirurgem prof. Dr. Jedličkou v ústavu v Praze. Léčily se zde postižené děti pohybem, aktivním a pasivním cvičením, sportem a prací. Postupně vznikaly další ústavy v Brně a Liberci. Roku 1947 byl otevřen rehabilitační ústav v Kladrubech, roku 1952 v Chuchelné, v roce 1975 v Hrabyni, následovaný roku 1981 rehabilitačním ústavem v Karviné. Ve všech těchto ústavech byla věnována pozornost léčbě prací (Drobná, 1992).

Význam ergoterapie v poslední době vzrůstá, i když její vývoj jako samostatné zdravotnické profese v ČR za posledních 40 let ustrnul na aplikaci tradičních terapeutických technik. Tento trend brzdí vývoj moderní ergoterapie zaměřené především na hodnocení a trénink všedních denních činností (ADL), trénink motorických, sensorických a kognitivních funkcí, trénink používání kompenzačních pomůcek a hodnocení zbytkového pracovního potenciálu, jako součásti ergodiagnostiky. (Votava, 2003)

3.4.3 Cíle

Cíle ergoterapie můžeme rozdělit do několika bodů:

- dosáhnout maximálního stupně funkčnosti v aktivitách denního života – activities of daily living (dále jen ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času pomocí vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání, pokud nemůžeme dosáhnout zlepšení, primárním cílem se stává udržení stávajících schopností klienta
- podporovat u jedince aktivní přístup k uchování si svého zdraví a celkové kvality života
- zabránit vzniku handicapu u osob s disabilitou, či jinak znevýhodněných osob
- pomáhat jedinci zachovat si kvalitu života při trvalém zdravotním postižení, disabilitě či chronickém onemocnění
- přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti formou předpracovní rehabilitace a spolupracovat se zaměstnavateli při vytváření pracovních příležitostí pro osoby s postižením
- působit v oblastech ergonomie práce a pracovního prostředí a v osvětových programech pro specifické skupiny osob (ČAE, 2004)

3.4.4 Prostředky

- *diagnostické*: odhalují na základě postižení nebo nemoci u pacienta/ klienta případnou disabilitu či riziko vzniku handicapu pomocí zbylých funkčních schopností v oblastech mobility, všedních denních činností (ADL) personálních i instrumentálních, funkčního vyšetření horních a dolních končetin, vyšetření kognitivních a smyslových funkcí, zjištění zbylého pracovního potenciálu a potřeby kompenzačních pomůcek.
- *terapeutické*: na základě ergoterapeutického hodnocení spolu s pacientem/klientem stanovit cíle ergoterapeutického plánu, které směřují k zachování či zlepšení soběstačnosti, pracovních činností a aktivit volného času a rekreace a v zastávání potřebných sociálních rolí. Ergoterapie se proto podílí v rámci ucelené rehabilitace i na důležité složce psychologickopedagogické a sociální.
- *preventivní*: přispět pomocí cíleného terapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a handicapu. (ČAE, 2004)

3.4.5 Rozdělení

Z hlediska typu používaných prostředků můžeme ergoterapii rozdělit do čtyř základních oblastí, které se mohou vzájemně prolínat a doplňovat.

- *kondiční ergoterapie*

Kondiční ergoterapie má v první řadě za úkol odpoutat pozornost pacienta (klienta) od nepříznivého vlivu onemocnění a udržet tak dobrou duševní rovnováhu.

- *ergoterapie cílená na postiženou oblast*

Tato forma ergoterapie je náročnější na znalost pohybového aparátu a také vybavení. Cílená ergoterapie se zaměřuje podle požadovaného účinku na zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu, cvičení v určité poloze, cílený trénink kognitivních funkcí.

- *ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink*

Zde se využívá modelových činností a dalších testů, které umožňují posoudit klientovy předpoklady pro budoucí pracovní uplatnění včetně motivace. Další trénink potom nacvičuje dovednosti různého typu, anebo cíleně schopnosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese.

- *ergoterapie zaměřená na trénink ADL*

Onemocnění často způsobí poruchu, která znemožní nebo omezí schopnost pacienta provádět všední denní činnosti – ADL (Activities of Daily Living). Jde o všední činnosti vztahující se na základní fyzické funkce, které dotvářejí každodenní život klienta (personální ADL). Sem patří osobní hygiena, oblékání, jedení, přesuny a mobilita. Nebo může jít o sociální aktivity běžného života (instrumentální ADL), např. nákup, příprava jídla, domácí práce, praní, manipulace s penězi, použití dopravy, telefonování. Ergoterapie se zde využívá ke zlepšení či udržení stávajících schopností klienta v aktivitách běžného denního života.

3.5 ERGOTERAPIE V KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČI

3.5.1 Úvod

Ergoterapie má široké možnosti uplatnění. Jak bylo uvedeno v kapitole 3.4.1, ergoterapie je využívána u jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. S ergoterapií se tedy můžeme setkat v nemocnicích, rehabilitačních ústavech, domovech pro seniory, ústavech pro lidi s handicapem a zřídka také v agenturách domácí péče..

Jak bylo uvedeno v kapitole 3.3.2, komplexní domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče a pomoci, která je poskytována multidisciplinárním týmem. V týmu spolupracují lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé, sociální pracovníci, fyzioterapeuti a v menší míře také ergoterapeuti. Potřebným klientem pro účely komplexní domácí péče je občan, který z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu je částečně či plně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby a to bez ohledu na věk. Nejčastějšími klienty se pro časté zdravotní potíže stávají senioři, a proto jsem si pro svou práci vybrala právě tuto věkovou skupinu.

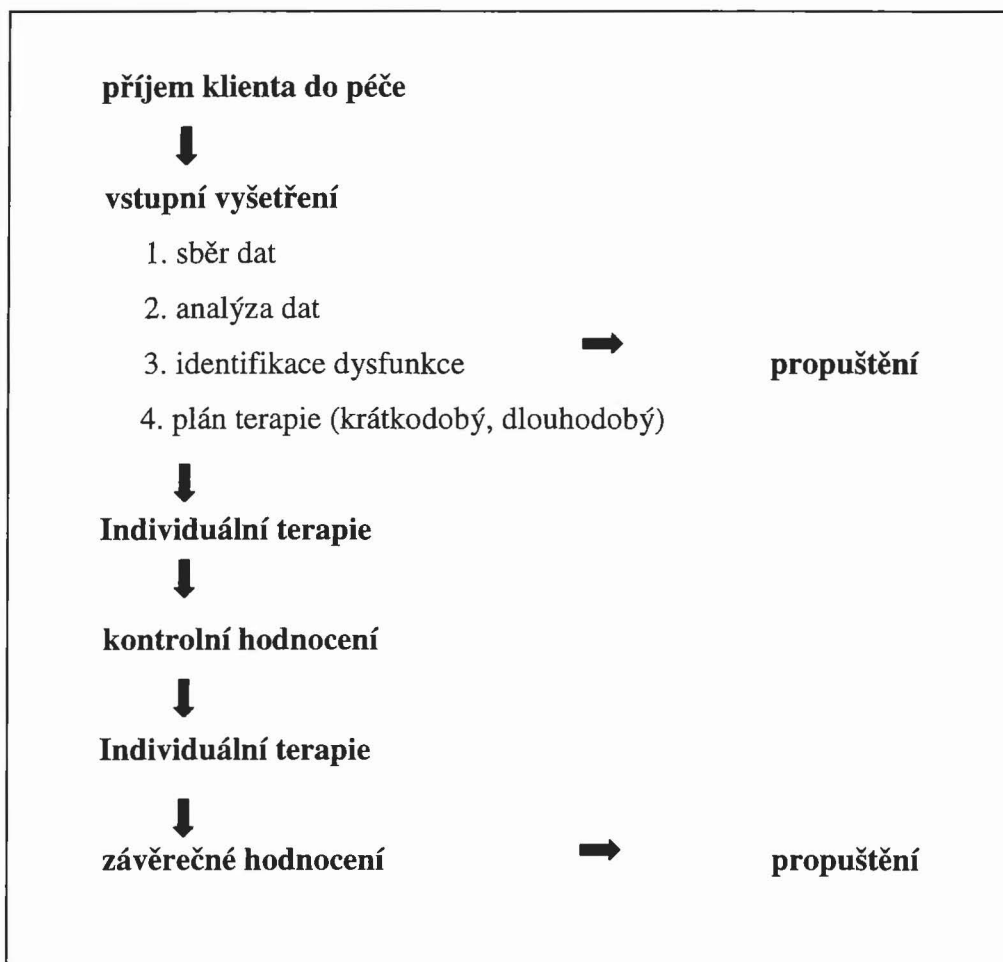
3.5.2 Možnosti uplatnění

Ergoterapie má v oblasti komplexní domácí péče široké pole uplatnění. Uvádím zde přehled nejčastějších oblastí, kde se může ergoterapeut uplatnit v péči o seniory v domácím prostředí.

- nácvik personálních a instrumentálních ADL
- navrhování a pomoc při odstraňování bariér v bytě
- doporučení a pomoc při získání vhodných kompenzačních pomůcek
- nácvik používání kompenzačních pomůcek
- cvičení hrubé a jemné motoriky
- kondiční cvičení
- trénink kognitivních funkcí
- poradenství pro rodinné příslušníky a ostatní členy týmu agentury domácí péče
- role case managera – posuzování podmínek v okolí klienta, plánování, uskutečňování a monitorování individuálních služeb

3.5.3 Průběh ergoterapeutické intervence

Práce ergoterapeuta se samozřejmě liší případ od případu, ale ergoterapeutický proces se řídí podle obecné struktury viz. obr. 1.



Obrázek 1 - struktura práce ergoterapeuta v domácí péči

Příjem klienta do péče

Ergoterapeut v domácí péči pracuje na základě indikace ošetřujícím lékařem. Lékař doporučující domácí péči může předepsat ergoterapeutické vyšetření, které se využije pro upřesnění frekvence a rozsahu péče, nebo indikuje individuální ergoterapii. Specifikaci individuální terapie často dělá sám ergoterapeut na základě vstupního vyšetření a identifikovaných problémových oblastí klienta.

Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření klienta je základem pro budoucí ergoterapeutickou intervenci. Důležitá je proto jeho komplexnost. Ucelené ergoterapeutické vyšetření by mělo obsahovat: informace o zdravotním stavu (anamnéza), funkční vyšetření (mobilita, rozsahy pohybu, čítí, kognitivní funkce), vyšetření soběstačnosti (soběstačnost v pADL a iADL) a domácí šetření zaměřené na získání informací o klientově domácím prostředí včetně bytové situace. Součástí vstupního vyšetření by měl být také rozhovor s ostatními členy rodiny, především pokud se budou podílet na péči o klienta.

Na základě výše uvedených vyšetření ergoterapeut společně s klientem identifikuje problémové oblasti. Poté vytýčí cíle (krátkodobé a dlouhodobé), kterých chce s klientem dosáhnout a vytvoří plán léčebného procesu. Plán obsahuje vedle vlastního procesu terapie také frekvenci návštěv.

Výsledky vstupního vyšetření ergoterapeut konzultuje s ostatními členy týmu, kteří se budou na péči o klienta podílet. Společně vytvoří zásady, které musí všichni dodržovat, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky pro dosažení vytýčených cílů.

Individuální ergoterapie

Individuální terapie navazuje na vstupní vyšetření. Podle stanovených cílů a plánů terapie se vybírají vhodné metody, aktivity, techniky, cvičení atd.

Řízenou pohybovou aktivitou dochází k příznivému ovlivňování pohybového chování podle stupně síly a kvality zvolených aktivit. Správná struktura cvičení vede k usnadnění výkonu a zvládnutí běžných denních činností. (Kalvach, 1999).

Nejčastějším prostředkem ergoterapeutické intervence je provádění různých aktivit (např. sebeobsluha, pracovní aktivity, aktivity volného času atd.). Proto ergoterapie vychází z přístupů, které pomáhají analyzovat aktivity. Charakterizují aktivitu jako funkci faktorů prostředí, personálních faktorů a faktorů rozvoje. Lewis (1989) uvádí 8 základních charakteristik aktivit:

- a) aktivity musí být cílené
- b) aktivity musí mít pro klienta význam a hodnotu
- c) aktivity by měly vyžadovat klientovu účast a spolupráci
- d) k cílům aktivity patří prevence poruchy funkce, podpora zachování či zlepšení funkcí a zvýšení kvality života
- e) aktivity by měly sloužit k rozvoji schopností pro plnění životních úkolů (ADL, práce, hry,...) a životních rolí klienta

- f) všechny aktivity svědčí o cílech a zájmech klienta
- g) aktivity musí být přizpůsobivé, přiměřené věku, pohlaví,...
- h) aktivity jsou vybírány tak, aby se vztahovaly k problémům klienta

Každá návštěva v průběhu terapie je zaznamenána do dokumentace. Zapisuje se délka a průběh návštěvy, prováděné aktivity a techniky, reakce klienta atd.

Kontrolní hodnocení

V průběhu ergoterapeutického procesu se provádí kontrolní hodnocení. Vychází se z testů použitých při vstupním vyšetření. Hodnotí se především oblasti, které byly při vstupním vyšetření vyhodnoceny jako problémové. Společně s klientem výsledky porovnáváme, abychom se ujistili, že terapie probíhá správným směrem a že dochází k plnění vytýčených cílů. Pokud se projeví, že nedochází k očekávanému zlepšení, je třeba zvážit změnu způsobu terapie.

Závěrečné hodnocení

Již při vstupním vyšetření se stanoví přibližná doba, po kterou bude terapie prováděna. Ta může být podle potřeb klienta a průběhu terapie upravena. Na závěr ergoterapeutické intervence posuzujeme společně s klientem, zda došlo k realizaci cílů a vysvětlíme mu, proč terapii ukončujeme. Závěrečná, propouštěcí zpráva by měla obsahovat popis průběhu léčby, výsledky hodnocení klientových schopností při ukončení terapie, návrh na následnou péči, další možnosti rehabilitace a další doporučení.

O ukončení terapie informujeme ostatní členy týmu agentury domácí péče, kteří by měli navázat na naši péči, dále monitorovat klientův zdravotní stav a informovat nás v případě potřeby obnovení naší intervence.

3.5.4 Výhody ergoterapie v domácí péči

Výhody ergoterapie v domácím prostředí klienta můžeme shrnout do několika oblastí. Především všechny aktivity, prováděné v rámci terapie, jsou nacvičovány v klientově domácím prostředí. Podobné podmínky nelze simulovat na žádném rehabilitačním pracovišti. Ergoterapeut může lépe řešit možné bariéry v bytě a jeho okolí, než při pouhém popisu klientem při rozhovoru. Podrobná znalost domácího prostředí je také velice důležitá pro výběr vhodných kompenzačních pomůcek. Ergoterapeut může lépe poznat fungování rodiny klienta jako celku a získané informace poté využít při samotné terapii.

4.0 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 CÍL

Cílem praktické části je prokázání důležitosti aplikace ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory. Jedná se o sledování vlivu ergoterapie na soběstačnost a funkční schopnosti klienta agentury komplexní domácí péče. S využitím několika testů se snažím prokázat vliv individuálně prováděné ergoterapie na celkový zdravotní stav klienta a kvalitu jeho života.

4.2 HYPOTÉZY

- č.1 ergoterapie prováděná v domácím prostředí může zlepšit soběstačnost klienta při běžných denních činnostech
- č.2 pravidelná individuální ergoterapie může zlepšit funkční schopnosti klienta
- č.3 využití kompenzačních pomůcek zlepšuje soběstačnost klienta a tím zvyšuje kvalitu jeho života

4.3 METODY

Zvolenou metodou je případová studie. U náhodně vybraného klienta agentury komplexní domácí péče bylo postupně provedeno: vstupní ergoterapeutické vyšetření, identifikace problémů, stanovení cílů terapie, pravidelná individuální ergoterapie dle stanovených cílů, kontrolní vyšetření a hodnocení realizace cílů.

4.3.1 Výběr klienta

Klient byl vybírán v agentuře komplexní domácí péče v Praze, kde je ergoterapeut členem pracovního týmu. Klient vhodný pro experiment musel splňovat následující kritéria:

- nově přijatý klient agenturou
- doporučení ošetřujícího lékaře k ergoterapii
- souhlas klienta s použitím získaných informací

4.3.2 Diagnostické metody

V ergoterapii se používá k diagnostice celá řada vyšetření a testů. Já jsem pro svou práci vybrala ty, které nejvíce vyhovovaly vybrané klientce a jejím potížím.

- 1) anamnéza
- 2) domácí šetření – zhodnocení domácího prostředí klientky
- 3) funkční vyšetření – hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti
- 4) test soběstačnosti – funkční míry nezávislosti - FIM (Functional Independence Measures), standardizované hodnocení soběstačnosti v běžných denních činnostech
- 5) dotazník kvality života – SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) (Dragomirecká, 2006)

4.3.3 Postup

Po výběru vhodného klienta bylo provedeno vstupní vyšetření obsahující domácí šetření, vyšetření funkčních schopností, testování soběstačnosti a byl vyplněn dotazník kvality života SQUALA.

Na základě výsledků vstupního vyšetření byli stanoveny cíle a plán průběhu terapie. V průběhu 6 měsíců, byla pravidelně prováděna individuální terapie v domácím prostředí klientky zaměřená na zlepšení mobility a soběstačnosti v běžných denních činnostech.

Dle plánu bylo po 2 a po 4 měsících provedeno kontrolní vyšetření. Testy byly vyhodnoceny a porovnány s výsledky při vstupním vyšetření.

4.4 KAZUISTIKA

Pro práci jsem si vybrala paní M., narozenou v roce 1921. Klientka byla k ergoterapii indikována ošetřující lékařkou z důvodu zhoršené mobility. Bylo doporučeno provést domácí šetření a poté situaci konzultovat s lékařem.

4.4.1 Anamnéza

Základní údaje jsem získala od ošetřující lékařky.

nynější onemocnění: klientka prodělala v roce 2003 cévní mozkovou příhodu s následnou levostrannou hemiparézou. Stav se po absolvované rehabilitaci částečně upravil. Nyní se částečně zhoršila mobilita.

rodinná anamnéza: klientka žije se svým manželem, dcera je pravidelně navštěvuje, syn žije v cizině.

pracovní anamnéza: nyní v důchodu

4.4.2 Vstupní vyšetření

Vstupní šetření v domácí péči bývá časově náročnější, proto se zpravidla rozděluje do několika navazujících návštěv. V našem případě se jednalo o tři návštěvy v rozmezí 10 dnů.

Po telefonické dohodě jsem paní M. navštívila v jejím bytě. Byl přítomen i její manžel. Účelem první návštěvy bylo navázání bližšího kontaktu s klientkou, získání informací o jejím domácím prostředí, fungování rodiny a o denních potřebách klientky.

Paní M. žije se svým manželem, který jí velice obětavě pomáhá, ale vzhledem k jeho věku a zdravotním potížím přestává sám na pomoc stačit. Paní M. je téměř při všech běžných denních činnostech závislá na jeho asistenci. Také veškeré činnosti spojené s chodem domácnosti zařizuje manžel (úklid, nákup, příprava jídla, pochůzky,...). Částečně se snaží oběma manželům pomoci jejich dcera. Pravidelně jednou týdně pomáhá paní M. při komplexní hygieně. Ta je komplikována tím, že z důvodu zhoršené pohyblivosti se paní M. nezvládne přesunout do vany. Vzhledem ke zhoršené mobilitě paní M. většinu dne tráví v obývacím pokoji na židli, kde si čte, sleduje televizi atd. S pomocí manžela a chodítka si dojde na toaletu či do koupelny, několikrát týdně se také společně projdou po chodbě domu. Dříve paní M. ráda a často cvičila, používala doma ortoped a velký gymnastický balón, ale nyní si na cvičení netroufne ani s asistencí manžela.

Jako stěžejní problém vidí paní M. potíže se vstáváním, chůzí, přesuny a zejména soběstačností při hygieně. Manžel s jejím vyjádřením k potížím souhlasí.

Společně jsme se dohodli, že postupně provedeme potřebná vyšetření a testy a poté navrhne plán terapie. Pro přehlednost uvádím jednotlivé části vstupního vyšetření v oddělených kapitolách.

Domácí šetření

Součástí domácího šetření bylo zhodnocení bytové situace. Manželé žijí ve starší zástavbě, ve čtvrtém patře s výtahem. V bytě jsou tři obytné pokoje (obývací pokoj, ložnice, pracovna). Všechny místnosti jsou prostorné a světlé. Koupelna je menších rozměrů, je zde umístěna klasická vana, umyvadlo a pračka. Také WC je menší. Kuchyně je prostorná a vybavená potřebnými spotřebiči. K bytu náleží dva balkóny a menší zimní zahrada. Podrobnější zhodnocení je uvedeno ve formuláři v **příloze č.1.**

Funkční vyšetření

Součástí funkčního vyšetření je testování mobility, rozsahů pohybů, svalové síla, čití, kognitivních funkcí atd. Vždy se podrobněji testují ty oblasti, které činí klientovi obtíže.

Paní M. měla problémy s obecně zhoršenou mobilitou, proto jsme testovali orientačně rozsahy pohybů a čití, podrobněji stoj, chůzi, přesuny a rovnováhu. Přehledný záznam v **příloze č.2.**

Pro další ergoterapeutickou intervenci bylo důležité zjištění, že celkové zhoršení pohyblivosti je spojeno se sníženou svalovou silou a s částečnou poruchou rovnováhy, zejména ve stoji a při chůzi. Potíže s chůzí také komplikují časté otoky dolních končetin. Pravděpodobnou příčinou výše uvedených problémů může být dlouhodobější snížená aktivita klientky, která většinu dne trávila v sedě v křesle. Vyšetření také ukázala mírnou parézu levé ruky, která má za následek zhoršené úchopové schopnosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o končetinu nedominantní, nepřikládá tomu klientka větší význam.

Zde uvádím výsledek testování pohyblivosti podle E.Tinetti. Test hodnotí pohyblivost a rovnováhu klienta v sedě a stoji.. Maximální skóre každé položky je 2. Výsledek testu bude použit pro srovnání s kontrolním vyšetřením po 2 a 4 měsících.

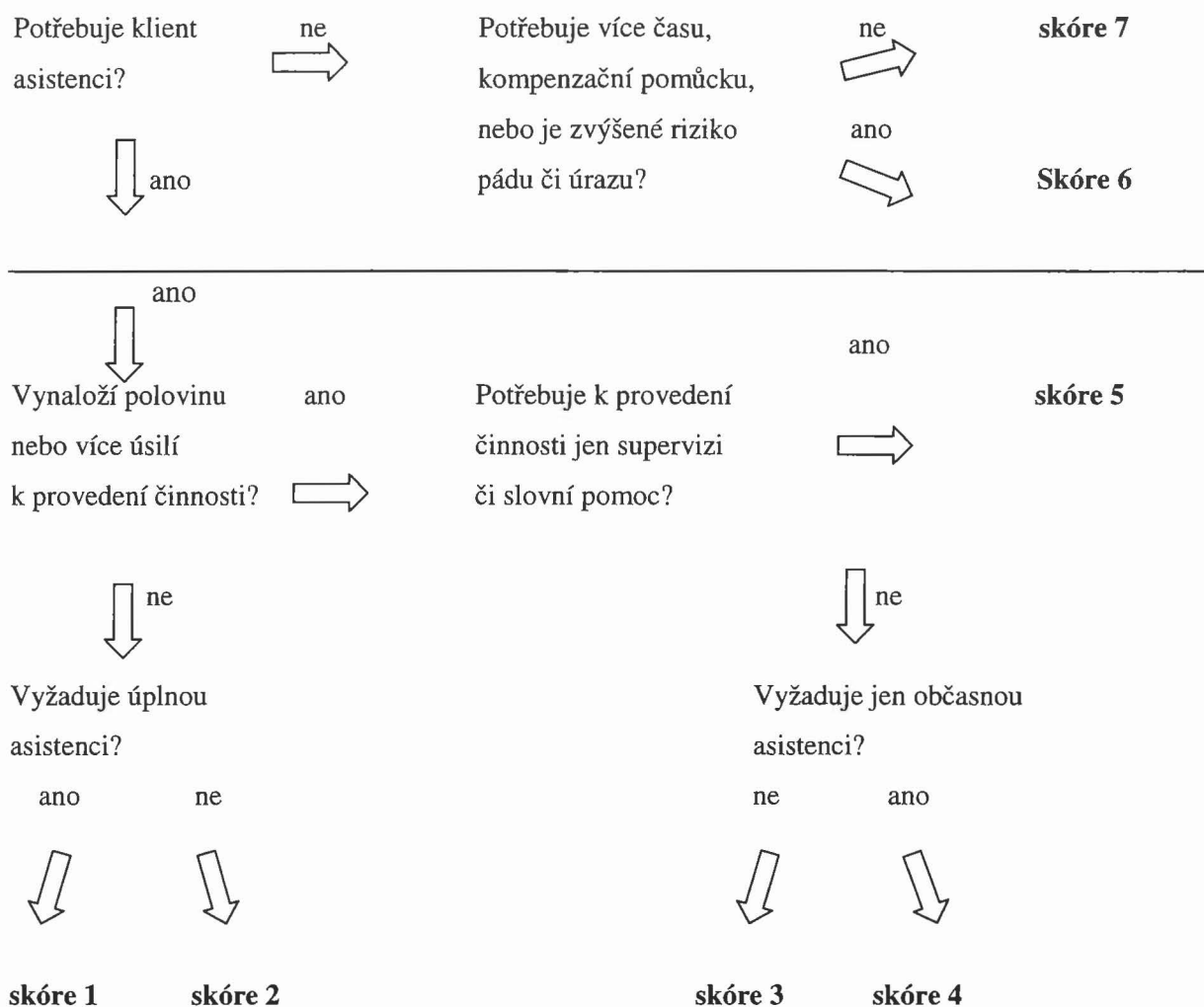
Tabulka 2 – hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti

	činnost	skóre	slovní hodnocení
1	rovnováha v sedě	2	bezpečná, stabilní
2	vstávání ze židle	0	není možné bez asistence
3	rovnováha ve stoji	0	silně kolísá, hledá oporu, předklání se
4	rovnováha ve stoji prvních 5 sec.	0	silně kolísá, hledá oporu, předklání se
5	pokus postavit se	0	neschopna bez asistence
6	rovnováha se zavřenýma očima	0	silně kolísá (pocí uje závrať)
7	stabilita ve stoji	0	nestabilní, padá
8	otočení kolem své osy	0	nestabilní, bez pomoci by upadla
9	stoj - sed	0	neodhadne vzdálenost, prudce dosedá
	součet	2	

Test soběstačnosti

Test soběstačnosti jsme vzhledem k jeho časové náročnosti s klientkou provedli při samostatné návštěvě, týden po vstupním domácím šetření.

Pro hodnocení soběstačnosti jsem si zvolila standardizovaný test funkční míry nezávislosti - FIM (Functional Independance Measures), který se často používá u osob vyššího věku. Stanovuje se v něm míra závislosti v 18 položkách běžných denních činností. Maximální bodové skóre u každé položky je 7 bodů (úplná nezávislost) a nejnižší je 1 bod (úplná závislost na asistenci). Pro konkrétnější představu uvádím obecný přehled funkčních úrovní testu a jejich bodování (obr. 2).



Obrázek 2 - přehled úrovní testu FIM

Test funkční míry nezávislosti byl prováděn v domácím prostředí klientky. Všechny činnosti klientka prováděla tak, jak byla doposud zvyklá. Výsledky testu (tabulka 3) ukázaly, že největší potíže má paní M. s činnostmi, u kterých je základem mobilita (koupání, používání WC, přesuny, chůze,...). Právě nesoběstačnost v denních činnostech vidí klientka jako svůj stěžejní problém, kterému by se chtěla věnovat při terapii. Test funkční míry nezávislosti bude porovnávám s kontrolním testováním.

Tabulka 3 – funkční míra nezávislosti

	Činnost	Skóre
A	příjem jídla	7
B	osobní hygiena	6
C	koupání	1
D	oblékání – horní polovina těla	6
E	oblékání – dolní polovina těla	1
F	používání WC	1
G	kontrola močení - část I.	6
	- část II.	5
H	kontrola vyprazdňování - I.část	7
	- II.část	
I	přesun z lůžka na židli (vozik)	2
J	přesun na toaletu	3
K	přesun do vany (sprchy)	1
L	chůze (jízda na vozíku)	3
M	chůze po schodech	1
N	komunikace – porozumění	6
O	komunikace – vyjadřování	7
P	sociální interakce	7
Q	řešení problémů	6
R	paměť	7
	celkem	83

Dotazník kvality života

Pojem kvalita života můžeme všeobecně chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit jedince ve vztahu k jeho okolí. Vyjadřuje také míru adaptace nemocného či postiženého člověka na jeho životní situaci.

Dotazník kvality života SQUALA (Zannotti, 1994) pojímá měření kvality života jako rozdíl mezi přáním a skutečnou životní situací jedince, přičemž vychází z jeho hierarchie hodnot. Dotazník zahrnuje 23 oblastí života. Každou z nich klient subjektivně hodnotí v pětibodové škále. Parciální skóre pro danou oblast je součinem skóre důležitosti (0-4) a skóre hodnocení spokojenosti (1-5). Výsledky v dotazníku (tabulka 4) budou stejně jako test pohyblivosti a soběstačnosti porovnávány s výsledky z kontrolních šetření.

Tabulka 4 – dotazník kvality života SQUALA

	hodnocená oblast	hodnocení důležitosti	hodnocení spokojenosti	parciální skóre
1	zdraví	3	2	6
2	fyzická soběstačnost	3	1	3
3	psychická pohoda	3	3	9
4	prostředí a bydlení	3	4	12
5	spánek	3	3	9
6	rodinné vztahy	4	4	16
7	vztahy s ostatními	3	4	12
8	děti	3	4	12
9	péče o sebe sama	4	2	8
10	láska	4	4	16
11	sexuální život	1	3	3
12	účast v politice	2	3	6
13	víra	3	3	9
14	odpočinek	3	3	9
15	zájmy	2	3	6
16	pocit bezpečí	4	4	16
17	práce	2	2	4
18	spravedlnost	3	3	9
19	svoboda	3	3	9
20	krása a umění	2	3	6
21	pravdivost	4	4	16
22	peníze	3	4	12
23	jídlo	3	4	12
	celkové skóre			220

4.4.3 Vyhodnocení vstupního vyšetření

Zhodnocení vstupního vyšetření, vytýčení cílů terapie a sestavení jejího plánu je součástí vstupního vyšetření, zde je však pro přehlednost uvádím v samostatné kapitole.

Základem k vytýčení cílů a sestavení reálného plánu terapie je identifikace problémových oblastí. Ty můžeme pro přehlednost rozdělit do několika bodů.

- omezené rozsahy pohybů kořenových kloubů (kyčle, ramena)
- celkové snížení svalové síly
- poruchy rovnováhy ve stoji a při chůzi
- lehká paréza levé končetiny s následkem porušení úchopových schopností
- soběstačnost při běžných denních činnostech (hygiena, oblékání, přesuny,...)

Pro stanovení reálných cílů je důležité stanovení priorit. Pro paní M. je nejzávažnějším problémem nesoběstačnost při aktivitách denního života, zejména při hygieně. Tyto obtíže však zároveň souvisejí s omezenou pohyblivostí i poruchou rovnováhy, čehož si je klientka vědoma. Z výše uvedených problémových oblastí je pro klientku nejméně významnou paréza lehká levé končetiny. Jelikož se jedná o nedominantní končetinu, nejeví se mírná porucha úchopových schopností klientce významnou.

Výsledky vstupního vyšetření byly konzultovány s ošetřujícím lékařem, který doporučil individuální terapii.

Stanovení cílů

Stanovení cílů je základem vlastního terapeutického procesu. Vycházely jsme z výsledků vstupního vyšetření a ze stanovených priorit klientky. Vytýčené cíle můžeme rozdělit podle časového vymezení na krátkodobé a dlouhodobé:

krátkodobé (2 měsíce):

- schopnost používat doporučené kompenzační pomůcky
- zlepšení rozsahů pohybu kořenových kloubů
- zvýšení svalové síly končetin a trupu
- zlepšení rovnováhy ve stoji bez opory a při chůzi

dlouhodobé (4 a více měsíců):

- celkové zvýšení kondice
- zvýšení soběstačnosti v personálních aktivitách denního života
- udržení dosažené soběstačnosti co nejdelší možnou dobu
- uchování dosažených schopností (síla, rovnováha,...)

Jednotlivé, výše uvedené cíle jsou na sobě závislé, vzájemně se doplňují a prolínají.

Plán terapie

Po stanovení jednotlivých cílů můžeme vypracovat plán terapie, který bude možné přizpůsobovat podle průběhu terapie a pokrokům klientky.

Ještě před započatím terapie vybavíme klientku potřebnými kompenzačními pomůckami. Součástí terapie poté bude nácvik jejich používání. Pro zlepšení rozsahů pohybu v kloubech a zvýšení svalové síly využijeme cvičení v sedě a ve stoje s oporou. Cvičení v leže

klientka odmítla. Cvičení bude součástí každé návštěvy. Návčik rovnováhy budeme provádět s využitím gymballu a ve stoji s oporou o chodítko. Zvýšení soběstačnosti se pokusíme dosáhnout tréninkem jednotlivých činností a využitím kompenzačních pomůcek. Návčik rovnováhy a trénink soběstačnosti budeme při návštěvách střídat. Podle pokroku v jednotlivých aktivitách budeme upravovat pravidelnost ve střídání. Navrhovala jsem klientce také procvičování jemné motoriky levé ruky a trénink úchopů. Jak již bylo uvedeno mírná paréza levé ruky není pro klientku významná, proto jsme její cvičení nezařadily do terapie.

Frekvenci terapie jsme zvolili 2x týdně, v přibližné délce 60 minut. Součástí plánu je také kontrolní hodnocení po 3 měsících, abychom se přesvědčili o efektivnosti léčby a v případě potřeby terapii upravili. Předběžná délka terapie byla stanovena na 6 měsíců.

4.4.4 Průběh terapie

Před započítáním samotné terapie jsem klientce doporučila vhodné kompenzační pomůcky. Dosud Paní M. používala pouze čtyřbodové chodítko, se kterým se za asistence manžela dokázala pohybovat po bytě. Pro zlepšení soběstačnosti a zvýšení bezpečnosti při běžných denních činnostech byly paní M. zapůjčeny následující čtyři kompenzační pomůcky (příloha č.3) a dvě pomůcky na cvičení (příloha č.4)

- **nástavec na WC s madly**
usnadní klientce používání WC, možnost opory o obě ruce, v případě potřeby přístupu z boku jdou madla sklopit
- **sedačka na vanu s madlem**
umožní klientce používat vanu při komplexní hygienické péči, madlo umístěné u zdi dá klientce možnost přidršet se a zvýší tak její bezpečnost, sedačku může klientka používat sama nebo s asistencí podle zvládnutí návčiku
- **toaletní křeslo**
toaletní křeslo je pojízdné, má brzdy, odklopná madla a odnímatelné podnožky, klientka ho může používat místo WC v případě, že nezvládne dojít na toaletu nebo v noci, při zlepšení mobility zvládne používat toaletní křeslo i bez asistence
- **švédský podavač předmětů**
umožní paní M. zvednout předměty ze země, které jí např. upadnou a zvýší tak její soběstačnost

- **pedálová pomůcka**
pomůcka bude využívána při cvičení v sedě k procvičení dolních končetin, bude nahrazovat rotoped, který paní M. dříve používala, pomůcku může po instruktáži používat i bez dozoru terapeuta
- **gymball**
balón bude využíván pro trénink rovnováhy a pouze s terapeutem

Nácvik používání kompenzačních pomůcek byl zařazen do tréninku běžných denních činností (hygiena, přesuny,...), pedálová pomůcka byla využívána při pravidelném cvičení a gymball při tréninku rovnováhy.

Cvičení v sedě a ve stoji

Podle plánu bylo při každé terapii (2x týdně) prováděno cvičení v sedě a ve stoji s oporou, s cílem zvýšit svalovou sílu, rozsahy pohybů v kloubech a zlepšit celkovou kondici paní M. Ze začátku jsme volily jednodušší cviky a postupně jsme přecházely ke složitějším a namáhavějším. Vynechaly jsme cvičení hlavou, které způsobovalo paní M. závratě a nepříjemné pocity. Aby mohla klientka cvičit i sama, např. ve volných dnech, vytvořily jsme společně sestavu cviků, kterou jsme neustále opakovaly. Sestavu měla paní M. v psané podobě, aby se jí mohla lépe naučit. Asi po 5 týdnech byla schopna sestavu cviků zacvičit z paměti. Pro snadnější pochopení a zapamatování si cviků jsme zvolily zjednodušené názvosloví cviků přijatelné pro klientku.

cviky v sedě (každý cvik opakujeme 3-5x):

základní poloha – vzpřímený sed, chodidla na zemi na šířku pánve, ruce připažit

- s nádechem předpažit, s výdechem připažit
- s nádechem upažit, s výdechem připažit
- kroužit rameny vzad a vpřed
- upažit, kroužit v loktech , opačným směrem
- upažit, kroužit rukama v zápěstích, zopakovat opačným směrem
- zdvihát střídavě pravou a levou nohu nad podložku („chůze v sedě“)
- střídavě přednožit pravou a levou nohu (propnout koleno)
- přednožit pravou, zakroužit v kotníku, přednožit levou zakroužit v kotníku
- střídavě postavit pravou a levou nohu na špičku
- ruce v bok, střídavě otočit trup vpravo a vlevo

- s výdechem mírný předklon, vyhrbit záda, s nádechem vzpřímit
- ruce v bok, mírné úklony střídavě vpravo a vlevo

Součástí cvičení v sedě je také využití zapůjčené pedálové pomůcky, která pomůže při procvičování dolních končetin. Pomůcka se používá podobně jako ortoped, ale klient sedí na židli. Průměrná doba šlapání pro naši klientku je 10-15 minut.

cviky ve stoji s oporou o chodítko (každý cvik opakujeme 3-5x):

základní poloha – vzpřímený stoj s oporou o chodítko, chodidla rovnoběžně na šířku pánve

- chůze na místě
- pravou nohu zdvihnout nad podložku s pokrčením v koleni, zakroužit v kotníku vpravo i vlevo, levou nohou totéž
- zanožit střídavě pravou a levou nohu, chodidlo pokládáme na zem („krok vzad“)
- přenášet váhu střídavě na pravou a levou nohu (chodidla zůstávají na podložce)

Součástí cvičení byl nácvik vstávání ze židle, stoje s oporou a chůze s chodítkem. Všechny uvedené činnosti jsou nezbytné pro změnu polohy při cvičení, ale také pro nácvik běžných denních činností.

Cvičení na gymballu

Cvičení na gymballech posiluje zádové a břišní svalstvo, cvičí rovnováhu, přitom šetří kolenní a kyčelní klouby. Cvičení v sedu posiluje správný dynamický a aktivní sed. Pérování a houpání je zdravé pro meziobratlové destičky a obratle, cvičením se posilují hluboké stabilizační svaly podél páteře.

Cvičení jsme do terapie zařadily jedenkrát týdně po cvičení v sedě a ve stoji. První tři týdny jsme nacvičovaly posazení na míč s přidržováním se stolu a dopomocí, vzpřímený sed s asistencí a vstávání z balónu s dopomocí. Paní M. se zpočátku cítila velice nejistě, byla nutná výrazná dopomoc při samotném posazování a pro udržení stability ve vzpřímeném sedu roznožném. Po 4 týdnech klientka zvládla posazení a vstávání z balónu téměř samostatně, pro její pocit bezpečí byla nutná fixace boků a přidržování se stolu. Také stabilita vzpřímeného sedu se výrazně zlepšila, proto jsme začaly přidávat jednoduché cviky. Při každém cviku jsem klientku fixovala dle potřeby v pase, kolem boků apod.

základní poloha – vzpřímený sed rozkročný, celá chodidla na podložce, dlaně na s stehnech, každý cvik opakujeme 5x.

- vzpažit – nádech, připažit – výdech
- přenášet váhu střídavě na pravou a levou polovinu hýždí
- přenášet váhu po obvodu hýždí, kruhy pánví vpravo i vlevo
- ruce v bok, klopat pánev vpřed a vzad
- pohupovat se na míči, udržet vzpřímený sed

Celou sérii cviků (stále s asistencí – fixací) klientka zvládla po 12 týdnech nácviku. Po 6 měsících pravidelného cvičení byla stále nutná asistence při posazování a vstávání, ale klientka zvládla vzpřímený sed na balónu bez fixace. Také při provádění jednotlivých cviků se výrazně zlepšila její stabilita a pocit jistoty.

Trénink běžných denních činností

Nácvik jednotlivých činností jsme prováděly 1x týdně. Využívaly jsme při něm dovednosti získané při cvičení v sedě, ve stoji a na gymballu (vstávání, sedání si, chůze, rovnováha,...).

Jako první jsme zvolily nácvik **používání WC s nástavcem**. Dříve paní M. používala WC pouze s dopomocí manžela. Měla potíže se vstáváním z mísy, protože se neměla o co opřít a s oblékáním. Úkolem bylo nacvičit správný postup, který by byl pro klientku zvládnutelný a bezpečný. Pro názornost uvedu postup v bodech: dojít před dveře WC, postavit se s chodítkem vlevo od dveří čelem ke zdi, pravou rukou otevřít dveře (k sobě), s chodítkem udělat dva kroky vpravo, vejít na WC, otočit se vlevo (zády k míse), krok vzad, svléci se (jednou rukou se vždy přidržovat chodítka), přehmátnout na madla nástavce, posadit se, po vykonání potřeby vstát s oporou o madla nástavce, přehmátnout na chodítko, obléci se (jednou rukou se vždy přidržovat chodítka), otočit se vlevo (čelem ke dveřím), vyjít do předsíně, otočit se vpravo, zavřít dveře. Pro klientku nebyl problém si postup zapamatovat. Zpočátku se výrazně projevovaly potíže způsobené zhoršenou mobilitou, především při vstávání, otáčení se s chodítkem a oblékání. Proto jsem klientce doporučila provádět nácvik pravidelně každý den (opakovaně) s asistencí manžela. Ten byl instruován, aby své paní pomáhal pouze v případě, kdy to bude nezbytné. Po osmi týdnech klientka zvládla samostatně používat WC s nástavcem.

Druhou nacvičovanou činností bylo **používání sedačky na vanu a hygiena ve vaně**. Dříve paní M. nepoužívala vanu, protože nebyla schopna se do ní přemístit a komplexní hygienu prováděla u umyvadla s asistencí své dcery. Vzhledem k předpokladu, že ke

komplexní hygieně bude klientka i nadále potřebovat asistenci, domluvily jsme se s její dcerou, že bude přítomna nácviku. První fází bylo předvedení instalace sedačky na vanu. Poté jsem na sobě předvedla nejvhodnější a nejbezpečnější způsob využití sedačky pro přesun do vany, vhodný pro paní M. Ujistila jsem se, že klientka i její dcera způsob pochopily, a že ho sami pokládají za vyhovující a bezpečný. Dalším krokem bylo vyzkoušet přesun s klientkou. Při nácviku jsem ukazovala dceři kdy a jak má paní M. fixovat. Samotnou hygienu již prováděly společně pouze s mým dohledem. Dcera pomáhala klientce např. puštěním vody, podáním mýdla, umytím zad a nohou atd. Přesun z vany ven jsem opět pro názornost s klientkou předvedla já. Při nácviku se nevyskytly výraznější potíže, ale i přesto jsme při následující návštěvě postup zopakovaly společně. Ujistily jsme se tím, že klientka s asistencí dcery zvládne komplexní hygienu s využitím sedačky na vanu bez výraznějších obtíží a především bezpečně.

Dalším nácvikem bylo **používání toaletního křesla**. Cílem bylo naučit klientku používat pomůcku bez asistence druhé osoby nebo jen s minimální asistencí. Nácvik jsme rozdělily na dvě části. Při první jsme nacvičovaly přesun na křeslo z lůžka v ložnici a v druhém případě přesun ze židle v obývacím pokoji. Klientka tak bude moci po zvládnutí nácviku používat toaletní křeslo v noci v ložnici a přes den v případě potřeby v obývacím pokoji. Společně jsme nácvik prováděly 5x, poté již paní M. zvládla přesun na křeslo, svléknutí spodní části těla, obléknutí a přesun zpět na židli pouze s minimální dopomocí (přípravení křesla, zabrzdění, slovní instrukce...). Nácviku se zúčastňoval také manžel paní M., aby věděl, jak může v případě potřeby paní M. pomoci. Asi po 8 týdnech začala klientka pravidelně toaletní křeslo používat, především v noci, aby nemusela obtěžovat manžela s doprovodem na WC. Pokud bylo křeslo správně přistaveno k lůžku a zabrzděno, zvládla jeho použití paní M. zcela samostatně.

Součástí terapie měl být podle plánu také nácvik **oblékání dolní poloviny těla**. Při prvních dvou trénincích, jsme zkoušely nacvičit oblékání tepláků. Byl přítomen i manžel paní M. Nácvik byl pro klientku velice náročný z důvodu omezené pohyblivosti a závratí při předklonu. Nakonec se paní M. domluvila s manželem, že je pro oba jednodušší a bezpečnější, když bude manžel paní M. oblékat jako dosud, a proto se dohodli v nácviku nepokračovat. Důležité v této situaci je nacvičit soběstačnost při vstávání ze židle, aby se klientka při oblékání zvládla alespoň sama postavit.

Poslední pomůckou, která byla klientce zapůjčena, je **švédský podavač**. Jeho používání je velice jednoduché. S pomocí podavače si klientka zvládne podat předměty, které jí např. upadnou na zem. Nácvik používání pomůcky klientka zvládla během jedné návštěvy.

Další aktivity denního života jako je příprava jídla, domácí práce atd. jsme nenacvičovaly. Dá se předpokládat, že by byly pro klientku příliš náročné, některé i zcela neproveditelné a navíc chybí klientce motivace k daným činnostem. Pro ulehčení situace manželovi paní M., který na všechny činnosti spojené s domácností přestává stačit, jsem doporučila využít pomoc pečovatелů.

4.4.5 Kontrolní vyšetření

Podle plánu jsme po 2 měsících pravidelné terapie provedly kontrolní vyšetření. Použily jsme stejné testy jako při vstupním vyšetření, hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti (tabulka 5), funkční míru nezávislosti (tabulka 6) a dotazník kvality života SQUALA (tabulka 7). Pro lepší přehled jsme vyšetření doplnily slovním hodnocením.

Paní M. dosáhla výrazného pokroku ve zlepšení celkové mobility. Zvládne se sama postavit pouze s oporou o madla židle, stoj je stabilnější, krátce vydrží stát i bez opory, chůze s chodítkem je jistější. Zlepšení mobility mělo vliv na zvýšení soběstačnosti klientky při běžných denních činnostech, které jsme společně nacvičovaly (komplexní hygiena ve vaně, použití WC a toaletního křesla). Vše se odrazilo i na zlepšení kvality života dle dotazníku. Díky dosaženým výsledkům měla klientka větší motivaci k pokračování terapie.

Tabulka 5 – hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti

	činnost	skóre	slovní hodnocení
1	rovnováha v sedě	2	bezpečná, stabilní
2	vstávání ze židle	1	s oporou o madla židle
3	rovnováha ve stoji	1	stoj o široké basi
4	rovnováha ve stoji prvních 5 sec.	1	jistá s oporou
5	pokus postavit se	2	schopna postavit se na první pokus
6	rovnováha se zavřenýma očima	0	silně kolísá (pocit'uje závrať)
7	stabilita ve stoji	1	vyrovnávací krok, hledá oporu
8	otočení kolem své osy	1	stabilní s oporou
9	stoj - sed	1	používá ruce k opření se
	součet	10	

Tabulka 6 – funkční míra nezávislosti

	Činnost	Skóre
A	příjem jídla	7
B	osobní hygiena	6
C	koupání	4
D	oblékání – horní polovina těla	6
E	oblékání – dolní polovina těla	1
F	používání WC	6
G	kontrola močení - část I.	6
	- část II.	5
H	kontrola vyprazdňování - I.část	7
	- II.část	
I	přesun z lůžka na židli (vozik)	4
J	přesun na toaletu	6
K	přesun do vany (sprchy)	3
L	chůze (jízda na vozíku)	4
M	chůze po schodech	1
N	komunikace – porozumění	6
O	komunikace – vyjadřování	7
P	sociální interakce	7
Q	řešení problémů	6
R	paměť	7
	celkem	99

Tabulka 7 – dotazník kvality života SQUALA

	hodnocená oblast	hodnocení důležitosti	hodnocení spokojenosti	parciální skóre
1	zdraví	3	3	9
2	fyzická soběstačnost	3	3	9
3	psychická pohoda	3	4	12
4	prostředí a bydlení	3	4	12
5	spánek	3	3	9
6	rodinné vztahy	4	4	16
7	vztahy s ostatními	3	4	12
8	děti	3	4	12
9	péče o sebe sama	4	3	12
10	láska	4	4	16
11	sexuální život	1	3	3
12	účast v politice	2	3	6
13	víra	3	3	9
14	odpočinek	3	4	12
15	zájmy	2	3	6
16	pocit bezpečí	4	4	16
17	práce	2	3	6
18	spravedlnost	3	3	9
19	svoboda	3	3	9
20	krása a umění	2	3	6
21	pravdivost	4	4	16
22	peníze	3	4	12
23	jídlo	3	4	12
	celkové skóre			241

4.4.6 Pokračování terapie

Vzhledem k dosaženým výsledkům jsme další průběh upravily. Frekvence byla nadále 2x týdně. Soustředily jsme se na cvičení v sedě a ve stoji, procvičování chůze s chodítkem a trénink rovnováhy s využitím gymballu. Sestavy cviků jsme ponechaly a snažily jsme vylepšit jejich provádění.

4.4.7 Závěrečné vyšetření

Po dalších dvou měsících jsme opět provedly hodnocení pohyblivosti (tabulka 8), funkční míry nezávislosti (tabulka 9) a dotazník kvality života (tabulka 10).

Tabulka 8 – hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti

	činnost	skóre	slovní hodnocení
1	rovnováha v sedě	2	bezpečná, stabilní
2	vstávání ze židle	1	s oporou o madla židle
3	rovnováha ve stoji	1	stoj o široké basi
4	rovnováha ve stoji prvních 5 sec.	1	jistá s oporou
5	pokus postavit se	2	schopna postavit se na první pokus
6	rovnováha se zavřenýma očima	0	silně kolísá (pociťuje závrať)
7	stabilita ve stoji	1	vyrovnávací krok, hledá oporu
8	otočení kolem své osy	1	stabilní s oporou
9	stoj - sed	1	používá ruce k opření se
	součet	10	

Tabulka 9 – funkční míra nezávislosti

	Činnost	Skóre
A	příjem jídla	7
B	osobní hygiena	6
C	koupání	4
D	oblékání – horní polovina těla	6
E	oblékání – dolní polovina těla	1
F	používání WC	6
G	kontrola močení - část I.	6
	- část II.	5
H	kontrola vyprazdňování - I.část	7
	- II.část	
I	přesun z lůžka na židli (vozik)	4
J	přesun na toaletu	6
K	přesun do vany (sprchy)	3
L	chůze (jízda na vozíku)	4
M	chůze po schodech	1
N	komunikace – porozumění	6
O	komunikace – vyjadřování	7
P	sociální interakce	7
Q	řešení problémů	6
R	paměť	7
	celkem	99

Tabulka 10 – dotazník kvality života SQUALA

	hodnocená oblast	hodnocení důležitosti	hodnocení spokojenosti	parciální skóre
1	zdraví	3	3	9
2	fyzická soběstačnost	2	3	6
3	psychická pohoda	3	4	12
4	prostředí a bydlení	3	4	12
5	spánek	3	3	9
6	rodinné vztahy	4	4	16
7	vztahy s ostatními	3	4	12
8	děti	3	4	12
9	péče o sebe sama	4	4	16
10	láska	4	4	16
11	sexuální život	1	3	3
12	účast v politice	2	3	6
13	víra	3	3	9
14	odpočinek	3	4	12
15	zájmy	2	3	6
16	pocit bezpečí	4	4	16
17	práce	2	3	6
18	spravedlnost	3	3	9
19	svoboda	3	3	9
20	krása a umění	2	3	6
21	pravdivost	4	4	16
22	peníze	3	4	12
23	jídlo	3	4	12
	celkové skóre			248

Od kontrolního vyšetření po dvou měsících terapie se stav klientky výrazněji nezměnil. Mobilita i provádění běžných denních činností zůstaly na stejné úrovni. I přesto se v dotazníku SQUALA zvýšilo parciální skóre u fyzické soběstačnosti a péče o sebe sama. Tuto změnu můžeme přikládat tomu, že se klientka během druhé poloviny terapie ujistila ve svých nově nabytých schopnostech.

4.4.8 Zhodnocení terapie

Pro zhodnocení terapie jsme využily porovnání výsledků použitých testů a dotazníku kvality života. V tabulkách 11, 12 a 13 a grafu 1 jsou porovnávány výsledky testů ze vstupního, kontrolního a závěrečného vyšetření.

Hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti

Z porovnání výsledků (tabulka 11) je patrné, že došlo k výraznému zlepšení pohyblivosti a celkové rovnováhy především mezi vstupním a kontrolním vyšetřením. Během dalších dvou měsíců terapie nedošlo ke zlepšení, ale klientka si udržela dosažené schopnosti.

Tabulka 11 – porovnání výsledků při hodnocení pohyblivosti

	činnost	vstupní vyš.	kontrolní vyš.	závěrečné vyš.
1	rovnováha v sedě	2	2	2
2	vstávání ze židle	0	1	1
3	rovnováha ve stoji	0	1	1
4	rovnováha ve stoji prvních 5 sec.	0	1	1
5	pokus postavit se	0	2	2
6	rovnováha se zavřenýma očima	0	0	0
7	stabilita ve stoji	0	1	1
8	otočení kolem své osy	0	1	1
9	stoj - sed	0	1	1
	součet	2	10	10

Vysvětlivky: barevně jsou označeny položky, kde došlo ke zlepšení.

Test soběstačnosti

Z tabulky 12 vyplívá, že po prvních dvou měsících terapie došlo k výraznému zlepšení aktivit, které jsme s paní M. nacvičovaly. Projevil se zde také vliv cvičení v sedě a ve stoji a trénink rovnováhy. Ve druhé polovině léčby jsme v nácviku denních činností nepokračovali, ale ani přesto nedošlo ke zhoršení soběstačnosti.

Tabulka 12 - porovnání výsledků funkční míry nezávislosti

	Činnost	vstupní vyš.	kontrolní vyš.	závěrečné vyš.
A	příjem jídla	7	7	7
B	osobní hygiena	6	6	6
C	koupání	1	4	4
D	oblékání – horní polovina těla	6	6	6
E	oblékání – dolní polovina těla	1	1	1
F	používání WC	1	6	6
G	kontrola močení - část I.	6	6	6
	- část II.	5	5	5
H	kontrola vyprazdňování - I.část	7	7	7
	- II.část			
I	přesun z lůžka na židli (vořík)	2	4	4
J	přesun na toaletu	3	6	6
K	přesun do vany (sprchy)	1	3	3
L	chůze (jízda na vozíku)	3	4	4
M	chůze po schodech	1	1	1
N	komunikace – porozumění	6	6	6
O	komunikace – vyjadřování	7	7	7
P	sociální interakce	7	7	7
Q	řešení problémů	6	6	6
R	paměť	7	7	7
	celkem	83	99	99

Vysvětlivky: barevně jsou označeny položky, kde došlo ke zlepšení.

Dotazník kvality života SQUALA

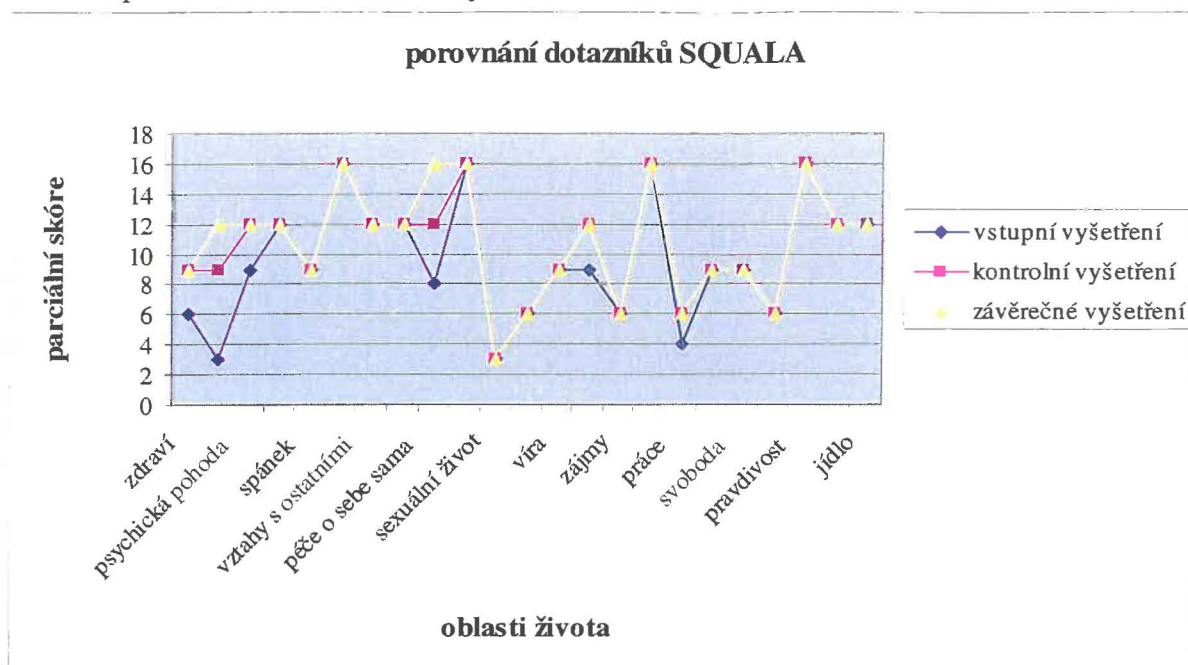
Dotazníky kvality života SQUALA jsme s klientkou vyplňovaly celkem třikrát. Pro přehlednost jsme jejich porovnání sestavily do tabulky (tabulka 13) a do grafu (graf 1). Při porovnání výsledků jsme došly k názoru, že jednoznačně došlo ke zvýšení kvality života klientky především v oblastech soběstačnosti a fyzické zdatnosti.

Tabulka 13 – porovnání dotazníků kvality života

	hodnocená oblast	vstupní vyšetření	kontrolní vyšetření	závěrečné vyšetření
1	zdraví	6	9	9
2	fyzická soběstačnost	3	9	12
3	psychická pohoda	9	12	12
4	prostředí a bydlení	12	12	12
5	spánek	9	9	9
6	rodinné vztahy	16	16	16
7	vztahy s ostatními	12	12	12
8	děti	12	12	12
9	péče o sebe sama	8	12	16
10	láska	16	16	16
11	sexuální život	3	3	3
12	účast v politice	6	6	6
13	víra	9	9	9
14	odpočinek	9	12	12
15	zájmy	6	6	6
16	pocit bezpečí	16	16	16
17	práce	4	6	6
18	spravedlnost	9	9	9
19	svoboda	9	9	9
20	krása a umění	6	6	6
21	pravdivost	16	16	16
22	peníze	12	12	12
23	jídlo	12	12	12
	celkové skóre	220	241	248

Vysvětlivky: barevně jsou označeny položky, kde došlo ke zlepšení.

Graf 1 – porovnání dotazníků kvality života



4.4.9 Realizace cílů

Na základě vstupního vyšetření jsme si vytýčily krátkodobé a dlouhodobé cíle. Mezi krátkodobé jsme zařadily:

- schopnost používat doporučené kompenzační pomůcky
- zlepšení rozsahu pohybů kořenových kloubů
- zvýšení svalové síly končetin a trupu
- zlepšení rovnováhy ve stoji bez opory a při chůzi

Podle kontrolního testování a orientačního vyšetření mobility můžeme říci, že se nám vytýčené cíle podařilo splnit. Klientka zvládne používat všechny zapůjčené kompenzační pomůcky (nástavec na WC, sedačka na vanu, toaletní křeslo, švédský podavač) samostatně nebo s částečnou dopomocí. Zvýšení rozsahu pohybů a svalové síly se projevilo celkovým zlepšením pohyblivosti a klientky. Zlepšení rovnováhy se potvrdilo v testu pohyblivosti podle E.Tinetti.

Dlouhodobé cíle můžeme zhodnotit jen částečně. V testu funkční míry nezávislosti se prokázalo zlepšení soběstačnosti při provádění komplexní hygieny, používání WC a toaletního křesla. Udržení dosažené soběstačnosti a uchování dosažených schopností (síla, rovnováha atd.) je otázkou pro dlouhodobější pozorování. Proto by bylo vhodné kontrolní vyšetření opakovat po 4 měsících a poté dle potřeby.

4.5 DISKUSE

Na podkladě vlastních zkušeností a prostudování literatury zabývající se komplexní domácí péčí a ergoterapií jsem se rozhodla zaměřit práci na využití ergoterapie při péči o seniory žijících v domácím prostředí. Hlavním cílem bylo prokázání důležitosti aplikace ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory.

V případové studii jsem sledovala vliv ergoterapie na soběstačnost a funkční schopnosti klienta agentury komplexní domácí péče. S využitím několika testů jsem se snažila prokázat vliv individuálně prováděné ergoterapie na celkový zdravotní stav klienta a kvalitu jeho života.

Hypotéza č.1 se podle předpokladu potvrdila. Výsledky testů soběstačnosti prokázaly, že pravidelný nácvik běžných denních činností (komplexní hygiena, použití WC, přesuny atd.) může zlepšit celkovou soběstačnost klienta při jejich provádění. Porovnání výsledků vstupního, kontrolního a závěrečného testování je v tabulce 12.

Hypotéza č.2 se také potvrdila. Pro testování funkčních schopností klientky jsme využily hodnocení pohyblivosti podle E.Tinetti. Po dvou měsících pravidelného cvičení došlo prokazatelně ke zlepšení jak pohyblivosti, tak rovnováhy klientky. Porovnání výsledků jednotlivých vyšetření je v tabulce 11.

Hypotéza č.3 se stejně jako první dvě hypotézy také potvrdila. K dosažení lepší soběstačnosti klientky při běžných denních činnostech jsme využily 4 kompenzační pomůcky: nástavec na WC, sedačku na vanu, toaletní křeslo a švédský podavač. Po pravidelném nácviku jejich používání se výrazně zlepšila soběstačnost klientky, což dokazuje porovnání testů soběstačnosti v tabulce 12. Zlepšení soběstačnosti se projevilo také v dotazníku kvality života. Zatímco důležitost jednotlivých oblastí života se neměnila, spokojenost klientky se zvýšila právě u oblastí týkajících se soběstačnosti, což mělo za následek zvýšení parciálního skóre při kontrolním a závěrečném hodnocení (tabulka 13, graf 1). Na zvýšení kvality života se podílelo i celkové zlepšení pohyblivosti. To dokazuje zvýšení parciálního skóre u některých oblastí života v závěrečném vyšetření, ačkoliv druhá polovina terapie již nebyla věnována nácviku běžných denních činností (tabulka 13, graf 1).

Z celkového pohledu na výsledky se potvrdil předpoklad pozitivního vlivu provádění ergoterapie v rámci komplexní domácí péče. Musíme však brát v úvahu, že se jednalo o testování pouze jednoho klienta. Při rozšíření skupiny testovaných osob by se výsledky mohly různit. Na průběh terapie a její výsledky má vliv stav klienta při příjmu do péče (hlavní i vedlejší diagnózy, funkční stav, soběstačnost, motivace k terapii atd.), ale také zainteresování členů rodiny a příbuzných do péče o klienta.

Další otázkou zůstává, jak dlouho si je klientka schopna udržet získané schopnosti. Bude záležet na její aktivitě po skončení terapie a samozřejmě i na jejím zdravotním stavu. Každé onemocnění může, vzhledem k věku klientky, opět výrazně zhoršit funkční schopnosti a následně i soběstačnost klientky. Proto bych doporučila pravidelnou kontrolu zdravotního stavu, funkčních schopností a úrovně soběstačnosti.

Z výsledků práce jednoznačně vyplývá, že ergoterapie má pozitivní vliv na klienta v jeho domácím prostředí, a proto má v komplexní domácí péči své nezastupitelné místo.

5.0 SHRNUTÍ A ZÁVĚR

Předložená práce se zabývá otázkou využití ergoterapie v komplexní domácí péči. Stěžejním cílem práce bylo představení ergoterapie jako samostatného zdravotnického oboru a prokázání důležitosti aplikace ergoterapie v komplexní domácí péči o seniory.

V teoretické části jsem se snažila shrnout poznatky z dostupné literatury týkající se problematiky seniorské populace, domácí péče a v neposlední řadě také ergoterapie. V závěru teoretického bloku jsem se zaměřila na možnosti uplatnění ergoterapeuta v agenturách komplexní domácí péče.

Praktická část práce je pojata jako případová studie. Jedná se o sledování vlivu ergoterapie na soběstačnost a funkční schopnosti vybraného klienta agentury komplexní domácí péče. S využitím několika testů jsem se pokusila prokázat vliv individuálně prováděné ergoterapie na celkový zdravotní stav klienta a kvalitu jeho života. Zároveň je v kasuistice názorně předveden postup ergoterapeutické intervence při práci v domácí péči.

V práci se potvrdily všechny na začátku vyslovené hypotézy. Vliv pravidelně prováděné ergoterapie v domácím prostředí klientky se projevil: celkovým zlepšením pohyblivosti, zvýšením soběstačnosti v běžných denních činnostech a subjektivním zvýšením kvality života klientky. K prokázání výše uvedeného vlivu ergoterapeutické intervence jsem využila porovnání výsledků vstupních, kontrolních a závěrečných testů pohyblivosti podle E.Tinetti, funkční míry nezávislosti a dotazníku kvality života.

Výsledky práce dokazují, že využití ergoterapie v komplexní domácí péči má své opodstatnění. Může pomoci klientovi zlepšit nebo alespoň udržet jeho stávající funkční schopnosti a soběstačnost a umožní mu tak zůstat déle v jeho domácím prostředí.

Na téma ergoterapie v komplexní domácí péči bych chtěla navázat i ve své magisterské práci. Chci se zaměřit na statistické zpracování využitelnosti práce ergoterapeuta v agentuře komplexní domácí péče.

6.0 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s.
2. DROBNÁ, E. (1992). Vzájomná nadväznosť LTV a ergoterapie v rámci komplexnej liečebnej starostlivosti. *Rehabilitácia*, 25, 35-40.
3. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA, 2002, s.
4. KALVACH, Z. a kol. *Pády ve stáří. Cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. Praha: Grafex, 1999
5. LEWIS C., S. *Elder Care in Occupational Therapy*. Slack Incorporated, New Jersey 1989
6. MISCONIOVÁ, B. *Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče*. Praha: Národní centrum domácí péče-Asociace domácí péče, 1999
7. PAPEŠ, Z. a kol. Zdraví obyvatelstva v ČR. *Zdravotnictví v České republice*3(3):6-14
8. PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. ISBN 80-201-0004-0
9. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999
10. TURNER, A. (1996). The philosophy and history of occupational therapy. In A. Turner, M. Foster, & S. E. Johnson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction* (4th ed.) (pp. 3-25). New York: Churchill Livingstone
11. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: univerzita Karlova v Praze-Nakladatelství Karolinum, 2003, s. ISBN 80-246-0708-5
12. ZAVÁZALOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001

JINÉ ZDROJE

13. *Základní výsledky projekce, střední varianta, 2002-2050*. [online] ČSÚ, 2003 [cit. 10. října 2006, 20:08], dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/publ/4020-03-do roku 2050>
14. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online] ČAE, 2004 [cit. 5. listopadu, 2006, 9:35], dostupné z: <http://www.ergoterapie.org>

7.0 PŘÍLOHY

Příloha č.1

Domácí šetření

hodnocení vnějšího prostředí (okolí domu a bytu,...)	
typ bydlení, vnější bariéry	starší zástavba v rušné ulici, vstup do domu bez bariér
podlaží, výtah	4 patro s výtahem
velikost bytu	3+1 s dvěma balkóny a zimní zahradou
dostupnost služeb	v místě bydliště obchod, pošta, lékař, MHD 200m

hodnocení vnitřního prostředí (popis místností, parametry, vybavení,...)	
koupelna	dostupná z předsíně, dveře 80cm, vlevo vana, čelně umyvadlo, vpravo pračka
toaleta	dostupná z předsíně, vpravo od koupelny, dveře 80cm, toal.mísa vpravo
kuchyně	dostupná z předsíně, proti vstupním dveřím, dveře 80cm plně vybavená spotřebiči, plynový sporák
ložnice	dostupná z obývacího pokoje, dveře 80cm, manželská postel, šatní skříň
obývací pokoj	dostupný z předsíně, vpravo od kuchyně, dveře 80cm, jídelní stůl s židlemi uprostřed místnosti, vpravo stolek s křesly vlevo TV, čelně dveře na balkón a do zimní zahrady
pracovna	dostupná z předsíně, vpravo od vstupních dveří, dveře 80cm

Příloha č.2

Funkční vyšetření

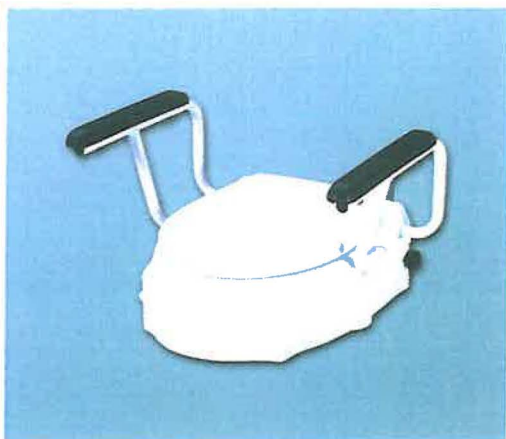
zdravotní stav (základní a vedlejší diagnózy)
stav po cévní mozkové příhodě (2003) - následná levostranná hemiparéza, částečně upravena opakované infekce močových cest mírná obezita

mobilita	
na lůžku (přetáčení,...)	zvládne samostatně
sed (posazení, výdrž, opora,...)	posazení s dopomocí, jinak sed stabilní
stoj (vstávání, stabilita, výdrž,...)	s dopomocí, opírá se o ruce, stoj nestabilní, potřebuje oporu
chůze (pomůcky, výdrž, terén,...)	pouze s chodítkem, výdrž omezená, časté přestávky
pády v anamnéze	neudává

hybnost a funkční schopnosti končetin	
horní končetiny (držení, rozsah pohybu, dominance, síla, úchopy, koordinace)	omezený rozsah pohybu v ramenou, l.ruka - mírná paréza, snížená svalová síla, zvýšený třes při soustředění, vážne extenze l.zápěstí, zhoršení úchopových schopností
dolní končetiny (držení, rozsah pohybu, síla, koordinace)	omezená pohyblivost v kyčlích, snížená svalová síla, časté otoky obou končetin

smyslové a kognitivní funkce	
zrak	mírně zhoršený zrak, korekce brýlemi
sluch	v normě
komunikace (verbální, psaná,...)	v normě
paměť (krátkodobá, dlouhodobá,...)	v normě
orientace (v místě, čase,...)	v normě
jiné (náhled, plánování,...)	v normě

Příloha č.3



nástavec na WC s madly



sedačka na vanu s madlem



toaletní křeslo



švédský podavač předmětů

Příloha č.4



pedálová pomůcka



gymball

