

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Kristýna Slížová

**Problematika zvládnání péče o domácnost osobami po transverzální míšní
lézi z pohledu ergoterapeuta**

*Problems Coping with Household Care by People with Transversal Spinal Cord
Injury from Perspective of an Occupational Therapist*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Rybářová

Praha, 2021

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Kateřině Rybářové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, inspirativní podněty v průběhu tvorby této práce, rychlost a věnovaný čas.

Děkuji také obou probandům za jejich ochotu a spolupráci při tvorbě této práce.

Ráda bych poděkovala své rodině a příteli, kteří mi byli oporou.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Kristýna Slížová

V Praze, 23. 7. 2021

.....

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

SLÍŽOVÁ, Kristýna. *Problematika zvládnutí péče o domácnost osobami po transverzální míšňí lézi z pohledu ergoterapeuta. [Problems Coping with Household Care by People with Transversal Spinal Cord Injury from Perspective of an Occupational Therapist]*. Praha, 2021. 82 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Kateřina Rybářová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Kristýna Slížová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Rybářová

Název bakalářské práce: Problematika zvládnání péče o domácnost osobami po transverzální míšní lézi z pohledu ergoterapeuta

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se zabývá problematikou zvládnání péče o domácnost osobami po transverzální míšní lézi z pohledu ergoterapeuta. Hlavním cílem práce je kvalitativně zhodnotit zvládnání domácích prací muže a ženy po transverzální míšní lézi v úrovni C6.

V teoretické části je popsána problematika poranění míchy a domácích prací a jsou nastíněny možnosti ergoterapeutických intervencí. Podrobněji jsou zde rozebrány možnosti adaptace domácích prací pro osoby s transverzální míšní lézí.

Praktická část je zpracována formou kazuistik dvou probandů (muže a ženy) s transverzální míšní lézí v úrovni C6. Je představena anamnéza, ergoterapeutické vyšetření, zhodnocení soběstačnosti dle SCIM a zhodnocení domácího prostředí za využití metodiky SEMAFOR home. V kazuistikách jsou detailně popsány ergoterapeutické intervence zaměřené na problematiku zvládnání domácích prací u obou probandů.

Závěrem bylo zjištěno, že oba probandi vykonávají mnoho druhů domácích prací, přestože žijí ve společné domácnosti se zdravými členy rodiny. Pro oba je obtížný úklid míst mimo jejich dosahovou vzdálenost ze sedu na vozíku. Bariéry prostředí pro ně představovaly vysoko umístěné úložné prostory a zaplněný prostor pod kuchyňským dřezem. Kvůli nutnosti opory o jednu horní končetinu pro zajištění stability trupu jsou oba probandi limitováni v provádění většiny domácích prací, především při manipulaci s vysavačem, při stlaní postele nebo při vytírání podlahy. Pro oba probandy byly stanoveny ergoterapeutické cíle a plány zaměřené na zvýšení jejich soběstačnosti v provádění domácích prací.

Klíčová slova: kompletní poranění míchy, tetraplegie, domácí práce, ergoterapie, domácí prostředí

BACHELOR THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Kristýna Slížová

Supervisor: Mgr. Kateřina Rybářová

Title: Problems Coping with Household Care by People with Transversal Spinal Cord Injury from Perspective of an Occupational Therapist

Abstract:

This bachelor thesis considers problems of people with transversal spinal cord injury coping with household care from perspective of an occupational therapist. The aim of the thesis is to qualitatively compare how men and women with transversal spinal cord injury in C6 level cope with undertaking household chores.

The theoretical part describes difficulties of spinal cord injury and household chores and sets out possible occupational therapy intervention. It clarifies options of adapting household chores for those with transversal spinal cord injury in more detail.

The practical part is set out by case reports of two client groups (male and female) with transversal spinal cord injury in C6 level. It introduces anamnesis, examination by occupational therapist, appraisal of independence using the SCIM and appraisal of the home environment, by using the methodology SEMAFOR home. The case reports describe occupational therapies that focus on difficulties faced by both client groups on how to cope with household chores.

The conclusion determined that both client groups can carry out a lot household chores even when they live in mixed household with healthy members of the family. Both client groups find it difficult to tidy up places they are unable to reach from their seating position in a wheelchair. Environmental barriers included storage cabinets situated too high and cluttered spaces under kitchen sinks. Since it is essential to keep one upper limb always supported to ensure torso stability, both client groups are struggling to carry out the majority of household chores, such as hoovering, making the bed or wiping the floor. Both clients were provided with specific [occupational] targets and plans that focused on increasing their independence to carry out household chores.

Key words: complete spinal cord injury, tetraplegia, household chores, occupational therapy, home environment

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	3
2.1	Úvod do problematiky transversální míšní léze.....	3
2.1.1	Epidemiologie a etiologie.....	3
2.1.2	Klinický obraz	4
2.1.3	Klasifikace.....	5
2.1.4	Fáze průběhu míšního poranění	7
2.1.5	Tetraplegie.....	8
2.2	Ergoterapie zaměřená na problematiku domácích prací	11
2.2.1	Všední denní činnosti	11
2.2.2	Instrumentální všední denní činnosti.....	12
2.2.3	Domácí práce.....	13
2.3	Možnosti ergoterapeutického vyšetření	19
2.3.1	Metody sběru dat	19
2.3.2	Hodnotící nástroje	20
2.4	Možnosti ergoterapeutické intervence zaměřené na péči o domácnost u osob s transversální míšní lézí	22
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	24
3.1	Cíl práce	24
3.2	Metody zpracování bakalářské práce	24
3.3	Výsledky.....	25
3.3.1	Kazuistika č. 1	26
3.3.2	Kazuistika č. 2	39
3.3.3	Shrnutí výsledků.....	52
4	DISKUZE.....	54

5	ZÁVĚR.....	60
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
7	SEZNAM ZKRATEK.....	69
8	SEZNAM TABULEK.....	71
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	72
10	PŘÍLOHY.....	73
	Příloha č. 1 Informovaný souhlas.....	73

1 ÚVOD

Cílem bakalářské práce s názvem: „*Problematika zvládnání péče o domácnost osobami po transverzální míšní lézi z pohledu ergoterapeuta*“ je kvalitativně zhodnotit zvládnání domácích prací muže a ženy po transverzální míšní lézi v úrovni C6. Inspirací pro volbu tohoto tématu byl autorce její otec a její přání v budoucnu pracovat právě s osobami po úrazech míchy. Touto prací by autorka ráda poukázala na to, zda a jak jsou tyto osoby schopny vykonávat domácí práce, jaké problémy při nich vnímají a jaká může být úloha ergoterapeuta v této oblasti.

Transverzální míšní léze je trvalý stav vznikající následkem úplného přerušení míchy. Je spojen se ztrátou motorických, senzitivních a autonomních funkcí pod místem léze (Wendsche a Kříž, 2005). U cílové skupiny této práce je to ztráta zmíněných funkcí pod úrovní C6. Tento stav je ireverzibilní. Stále neexistuje lék ani léčba, které by dokázali obnovit porušenou funkci míchy. Stav je navíc spojen s řadou komplikací, jako je sexuální dysfunkce, spasticita, dekubity, bolesti nebo například uroinfekty, které jedince provázejí celý život. U jedinců s transverzální míšní lézí je důležitá komplexní rehabilitační péče, jejíž nedílnou součástí je také ergoterapie. Ta hraje důležitou roli nejen v akutní, subakutní a chronické fázi hospitalizace, ale je potřebná i po návratu jedince do domácího prostředí.

Ergoterapie je profese, jejímž cílem je maximální participace jedince do každodenního života. Jednou z oblastí výkonu zaměstnávání jsou všední denní činnosti (ADL), do kterých patří domácí práce, jimiž se tato práce zabývá. Jsou to rutinní běžné činnosti, které jsou prováděny převážně dospělými v rámci vlastní domácnosti (Eichler a Albanese, 2007). Dělí se na jednoduchý úklid jako je utírání prachu, stlaní postele či mytí nádobí a na náročný úklid jako je vysávání, vytírání či mytí oken.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, kdy první se věnuje míšním lézím, jejich klinickému obrazu, fázím léčby a definuje pojem tetraplegie. Další část je věnována domácím pracím, definuje jejich zařazení do ADL a jejich jednotlivé položky, u kterých uvádí jejich dílčí činnosti, možnosti bariér a omezení, který mohou mít vliv na výkon činnosti spolu s jejich úpravou a možností pomůcek. Třetí část je věnována možnostem ergoterapie, kde se zabývá vyšetřením a intervencí. Praktická část je zpracována formou dvou kazuistik a je zaměřena na zvládnání domácích prací dvou klientů s transverzální míšní lézí v úrovni C6. Jako metoda sběru dat bylo využito nezúčastněné pozorování klientů při provádění domácích prací, závěry z pozorování

jsou součástí kazuistik, které také obsahují anamnézu, ergoterapeutické vyšetření, cíle a plány a záznamy ze samotných intervencí. V závěrečném shrnutí výsledků je uvedeno, jak jednotliví probandi provádí nejrůznější domácí práce, a na jaké bariéry či problémy narazili při jejich vykonávání.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Úvod do problematiky transverzální míšní léze

Mícha tvoří důležité spojení mezi mozkiem a zbytkem těla. Při jejím poranění dochází k ovlivnění vedení motorických a senzitivních signálů přes místo poranění. Následkem je porucha motorické a senzitivní funkce pod místem léze spolu s autonomním poškozením močového měchýře, střev a sexuální dysfunkcí. (Kříž a Faltýnková, 2012; Maynard et al., 1997)

„Míšní léze představuje komplikovaný stav spojený se závažnými následky jak pro pacienta, tak pro společnost. Regenerační schopnosti míchy jsou značně omezené. Z tohoto pohledu je důležitá rychlá diagnostika následovaná odpovídající léčbou v závislosti na příčině léze.“ (Šámal, Ouzký a Haninec, 2017, s. 386)

V současné době stále neexistuje lék a léčba v akutní fázi spočívá v provedení všech opatření, která mají zabránit dalšímu poškození míchy nepřiměřeným pohybem spolu s následnou reparací obratle chirurgicky nebo posturální redukcí (Silver, 2005). Poranění míchy vzniká poškozením míšních nervů kompresí, pohmožděním nebo přerušením míchy, které má za následek ochrnutí a ztrátu senzitivní a motorické funkce na základě úrovně, ve které k poranění došlo. (Protos, Stone a Grinnell 2009)

2.1.1 Epidemiologie a etiologie

Poranění míchy se řadí mezi nejzávažnější zranění postihující jedince. Ročně dochází celosvětově ke vzniku až půl milionu případů poranění míchy. (WHO, 2013) Kříž (2013) uvádí, že v České republice je to zhruba 300 nových případů ročně. Poslední statistické údaje z roku 2018 uvádějí 274 případů poranění míchy, z čehož je 128 případů s lézí v krční oblasti. Častěji jsou zranění muži vůči ženám v poměru 2:1. (Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP, 2021)

Může vzniknout následkem úrazu, ale také neúrazovým mechanismem. Ve světě k nejčastějším úrazovým příčinám patří nehody jako jsou autonehody, motonehody, ale i sražení chodci, dále pády, sportovní úrazy a střelná a řezná poranění. K častým příčinám se také řadí skoky do mělké vody, pracovní úrazy nebo jízda na kole. Mezi neúrazové příčiny se řadí porušení cévního zásobení s rozvojem ischemie míchy, intramedulární a extramedulární nádory, degenerativní onemocnění páteře, vrozené anebo zánětlivé onemocnění. (Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP, 2021; Nas, 2015) V České republice patří k nejčastějším úrazovým příčinám pády a dopravní nehody. K neúrazovým se řadí záněty, nádory a cévní léze. (Kriz et al., 2017)

2.1.2 Klinický obraz

Klinický obraz poranění míchy a jejich následků souvisí s transverzálním rozsahem a výškou léze. Poškozením struktur míchy dochází k porušení motorických, senzitivních a autonomních funkcí. (Wendsche a Kříž, 2005)

Motorická dysfunkce se projeví jako periferní (chabá) paréza, při poškození motoneuronů předních rohů nebo kořenů míšních, nebo jako centrální (spastická) paréza při porušení kortikospinálních dráh (Wendsche a Kříž, 2005).

Senzitivní dysfunkce závisí také na rozsahu poškození. Při poškození zadních rohů míšních dochází ke stejnostranné poruše všech modalit cití. Dojde-li k poškození pouze *tractus spinothalamicus ventralis et lateralis* je následkem kontralaterální porušení algického a termického cití a částečně i dotyku a tlaku. Při poškození dráhy zadních provazců dojde ke stejnostranné poruše propriocepce a diskriminačního cití. U úplného (transverzálního) přerušení míchy dojde bilaterálně pod místem léze ke ztrátě všech kvalit cití. (Ambler, 2011, Wendsche a Kříž, 2005)

Autonomní dysfunkce je přítomna při poruchách autonomních neuronů. Projevuje se poruchami mikce a defekace, sexuálních funkcí, Hornerovým syndromem a poruchami regulace vazomotoriky. (Ambler, 2011; Wendsche a Kříž, 2005)

Mezi hlavní symptomy tedy patří:

- plegie – žádná motorická funkce od a pod úrovní poranění pro osoby s kompletní lézí, slabost a snížený rozsah pohybů v postižených svalech;
- paréza – poškození motorických funkcí od a pod úrovní poranění pro osoby s nekompletní lézí
- senzitivní dysfunkce – žádná senzitivní funkce od a pod úrovní poranění;
- spasticita;
- respirační dysfunkce – ztráta funkce, nebo slabost dýchacích svalů u osob s vysokou lézí (C1-C3);
- dysfunkce močového měchýře a střev;
- ortostatická hypotenze – pokles krevního tlaku během pohybu v akutní fázi;
- bolest;
- sexuální dysfunkce. (Protos, Stone a Grinnell, 2009)

Mezi komplikace se řadí:

- autonomní dysreflexie – život ohrožující akutní stav projevující se hypertenzí, bradykardií, zčervenáním obličeje a velkými tepajícími bolestmi hlavy s úzkostí;
- dekubity;
- bolest;
- uroinfekce;
- pneumonie;
- heterotopické osifikace, osteoporóza;
- hluboká žilní trombóza;
- kardiovaskulární onemocnění. (Protos, Stone a Grinnell, 2009; Richardson, Richards a Boyer, 2008)

Kromě výše zmíněných symptomů dojde při náhle vzniklém přerušení míchy k tzv. míšnímu šoku. Při něm dochází k přerušení vedení aferentních a eferentních vzruchů a mícha přestane vykonávat svou reflexní činnost, jedná se o úplnou areflexii v úrovni a pod úrovní míšní léze. Je porušena citlivost pro dotyk, teplo, chlad, bolest a vnímání polohy končetin spolu s porušením reflexní činnosti močového měchýře a střev. Stav trvá několik dní až týdnů, nejčastěji však kolem šesti týdnů. Po jeho odeznění se postupně navrácí reflexní činnost míchy a ta se stává hyperaktivní. V případě tetraplegie dochází ke zvýšení svalového tonu, objevení spasticity spolu se spasmy končetin, které ovlivňují kromě stability i dýchání. Taktéž jsou přítomny iritační pyramidové jevy a míšní automatismy. (Faltýnková, 2012; Wendsche a Kříž, 2005; Beneš, 2005)

Společně s míšním šokem se může u jedinců s transverzální míšní lézí nad úrovní Th6 objevit i neurogení šok. Projevuje se trojicí příznaků – hypotenze, bradykardie a hypotermie. (Doležel, 2004)

Dojde-li při poškození míchy k úplné ztrátě senzitivní a motorické funkce pod místem léze jedná se o úplnou míšní lézi. V případě, kdy je zachována určitá forma senzitivní a/nebo motorické funkce jedná se o neúplnou míšní lézi. (Faltýnková, 2012)

2.1.3 Klasifikace

Neurologická výše míšní léze je stanovena podle motorické a senzitivní úrovně. Senzitivní úroveň je stanovena na základě tzv. klíčových bodů, které se nacházejí dermatomu každého míšního segmentu. Motorická úroveň se hodnotí pomocí deseti klíčových svalů.

Neurologická výška léze je v místě, kde nejnižší segment míchy v klíčových svalech má hodnotu 3 a výše (nejvíce 5) a plnou citlivost v příslušném dermatomu. (Atkins, 2014)

HODNOTÍCÍ ŠKÁLA AIS

Pro hodnocení stupně poranění míchy se používá klasifikace poranění míchy podle Frankela, která byla modifikována Americkou asociací pro poranění míchy (American Spinal Injury Association – ASIA) – stupnice AIS (ASIA Impairment Scale):

A = kompletní poškození, žádná senzitivní nebo motorická funkce v sakrálních segmentech S4-S5;

B = nekompletní poškození, kdy je zachována senzitivní, ale není zachována motorická funkce pod místem poškození;

C = nekompletní poškození, kdy je motorická funkce zachována pod místem poškození se svalovou silou menší než stupeň 3;

D = nekompletní poškození, kdy je motorická funkce zachována pod místem poškození se stupněm svalové síly 3 a více;

E = normální senzitivní i motorická funkce. (Kočič a Wendsche, 2012; McDonald a Sadowsky, 2002)

DĚLENÍ POŠKOZENÍ MÍCHY

Poškození míchy se dělí na kompletní (transverzální) a nekompletní míšní lézi v závislosti na rozsahu poškození míšního průřezu.

K nekompletní míšní lézi, poškození části míšního průřezu, patří termíny kvadruparéza a paraparéza. Mezi kompletní, poškození celého míšního průřezu, se řadí pentaplegie, tetraplegie a paraplegie. U nekompletní míšní léze, která není obsahem této bakalářské práce, ale pro úplnost rozdělení míšních lézí je zde uvedena, je částečně zachována senzitivní a/nebo motorická funkce včetně sakrálních segmentů. Řadí se sem syndrom centrální míšní šedi s těžkým poškozením horních končetin (HKK). Dále vzácný Brown-Séquardův syndrom, kdy je v úrovni léze přítomna anestezie všech kvalit cití, stejnostranně pod úrovní léze porucha propiocepce a centrální paréza s druhostrannou poruchou algického, termického a taktilního cití. Syndrom a. spinalis anterior s motorickým poškozením a disociovanou poruchou cití pro bolest a teplo se zachovanou propiocepcí a diskriminačním citím a syndrom zadních míšních provazců s poruchou propiocepce, vibračního a diskriminačního cití pod úrovní léze. (Kříž, 2019; Růžička, 2019)

Pentaplegie nastává v případě, kdy dochází k lézi nad čtvrtým krčním obratlem. Následkem je kromě poruchy inervace svalů horních (HKK) i dolních končetin (DKK) a trupu, také porucha inervace bránice. Tito jedinci jsou zpravidla odkázáni na umělou plicní ventilaci. Je-li mícha přerušena pod čtvrtým krčním obratlem nastává tetraplegie, která má za následek úplnou ztrátu motorické a částečnou nebo úplnou ztrátu senzitivní funkce pod místem léze. Projevem je porucha hybnosti na HKK a úplná ztráta hybnosti DKK a trupu. Tetraplegie bude, vzhledem k zaměření práce, více probrána v kapitole 2.1.5. Termín paraplegie označuje poškození nebo ztrátu motorických a/nebo senzitivních funkcí v důsledku poranění míchy v úrovni hrudní, bederní nebo křížové oblasti. V závislosti na výši léze může být poškozena funkce trupu a DKK, funkce HKK zůstává zachována. (Kříž, 2019, Maynard et al., 1997)

2.1.4 Fáze průběhu míšního poranění

Poranění míchy lze rozdělit do několika fází, která vyžadují specifická opatření a léčbu. Dle Metodického opatření MZ ČR z 18. června 2002 rozdělujeme období po míšním poranění do následujících tří fází:

I. FÁZE:

Tzv. fáze míšního šoku, který je popsán výše. Tato fáze se dělí na akutní (urgentní, označovanou jako fázi IA) a subakutní (postakutní, označovanou jako fázi IB).

Akutní fáze (IA) – trvající zhruba 1-2 týdny po vzniku onemocnění. Po vzniku úrazu je jedinci poskytnuta přednemocniční péče s cílem zajištění vitálních funkcí. U většiny případů dochází kromě poranění míchy i k poranění páteře, při kterých je potřeba k zajištění dekomprese míchy a stabilizace páteře spondylochirurgických výkonů. Pacienti jsou následně hospitalizováni na ARO nebo na JIP spondylochirurgického oddělení. Jakmile je pacient stabilizován následuje fáze IB. (Doležel, 2004; Kolář, 2009)

Subakutní fáze (IB) – období od 3. do 12. týdne, kdy je pacient přeložen na jednu ze čtyř spinálních jednotek (SJ), a to do Fakultní nemocnice (FN) Ostrava, FN Motol, FN Brno nebo do Krajské nemocnice (KN) Liberec. Zde je poskytnuta komplexní ošetrovatelská, lékařská, rehabilitační a psychologická péče. Důležitou součástí péče je prevence následků poranění míchy, především plicních komplikací, dekubitů, tromboembolické nemoci a uroinfekcí, dále indikace vhodných léků a nácvik močení a vyprazdňování. „*Zásadní je rovněž intenzivní fyzioterapie a ergoterapie.*“ (Kříž a Faltýnková, 2012, s. 4; Kolář, 2009)

II. FÁZE:

Chronická fáze – tzv. fáze rehabilitace, kdy dle Doležela (2004, s. 148) „*dochází k reparační neurogenního poškození a k obnovování reflexní aktivity ať normální či abnormální.*“ Pacienti jsou hospitalizováni na Spinální rehabilitační jednotce ve specializovaných rehabilitačních ústavech (RÚ) – RÚ Hrabyně (Rehabilitační ústav Hrabyně a Chuchelná, 2021), RÚ Kladruby (Rehabilitační ústav Kladruby, 2021) a Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk (Hamzova léčebna Luže-Košumberk, 2021). Pacienti zde pokračují v intenzivní rehabilitaci, která je soustředěna na zajištění co největší úrovně soběstačnosti a přípravu na návrat do domácího, popřípadě pracovního prostředí. Intenzivní rehabilitace probíhá po dobu čtyř až pěti měsíců. (Doležel, 2004; Kříž a Faltýnková, 2012)

III. FÁZE:

Terciální fáze – pozdní stádium, období po propuštění do domácího prostředí. I v domácím prostředí je potřeba zajistit další péči v souvislosti se vznikem různých komplikací. Nejčastějšími komplikacemi jsou dekubity, uroinfekce, spasticita, bolesti nebo psychické stavy. Úrazy míchy mohou trvale ovlivňovat organismus jedince, proto je potřeba tyto jedince celoživotně dispenzarizovat. Organismus postupně přechází do fáze funkčního úpadku, který se projevuje např. vysokým výskytem osteoporózy, nebo urychleným stárnutím pacientů. (Doležel, 2004; Kříž a Faltýnková, 2012)

Ergoterapie je důležitou součástí všech výše zmíněných fází, dle Lidákové, Kříže a Králové (2019, s. 322) začíná: „*na jednotce intenzivní péče, pokračuje na spinální jednotce a dále na spinální rehabilitační jednotce, trvá tedy po celou dobu hospitalizace. Dále navazuje v ambulantním prostředí nebo prostředí neziskových organizací, což umožňuje jednotlivcům zlepšovat nově získávané dovednosti, prozkoumat nové postupy a rozšířit svoji participaci ve škole, v práci, doma a při volnočasových aktivitách.*“

2.1.5 Tetraplegie

Tetraplegie (dříve kvadruplegie) vzniká jako následek poranění krční páteře od míšního segmentu C4 kaudálně. Jedná se tedy o poškození nebo ztrátu motorické nebo senzitivní funkce v oblasti krční míchy v důsledku poškození nervových prvků uvnitř míšního kanálu. Výsledkem je poškození funkce HKK, trupu a DKK. Při kompletní krční lézi chybí i senzitivní a motorická funkce v sakrálních segmentech S4-5. (Pfeiffer, 2007; Sabharwal, 2019)

Hlavními symptomy jsou ochrnutí svalů, senzitivní poškození a autonomní dysfunkce, která zahrnuje močovou dysfunkci, dysfunkci defekace a sexuální dysfunkci (Sabharwal, 2019; Štulík et al., 2010)

Tetraplegie se může dělit dle základních funkčních schopností a potřeb a dle lokality léze na:

Léze C4-C5 – je přítomna dostatečná svalová síla pro flexi loktů – klíčový sval je m. biceps brachii, ale je omezená respirační funkce s bráničním dýcháním a nutná asistence při výkonu všedních denních činností (ADL). Jedinci jsou schopni ovládat elektrický vozík, popřípadě v interiéru i mechanický vozík, ale se značným úsilím. Potřebují polohovací postel, desku pro přesuny, kompenzační pomůcky pro zlepšení funkce rukou a pro sebeobslužné činnosti. Zdatnější jedinci zvládnou samostatný přesun v rovině, sed jen s oporou. (Faltýnková, 2012; Klusoňová, 2011)

Léze C6 – je možná aktivní extenze zápěstí a úchopové funkce ruky lze dosáhnout pomocí tenodézního úchopu – tzv. funkční ruky tetraplegika (viz níže). Je přítomno brániční dýchání a jedinci jsou schopni jízdy na mechanickém vozíku. Dále jsou schopni samostatného horizontálního přesunu, při náročnějších vertikálních přesunech je nutná asistence, popřípadě technické pomůcky. Jedinci jsou schopni řídit upravený automobil, mohou být potřeba kompenzační pomůcky pro ruku. Indikována může být polohovací postel a zvedací zařízení do koupelny. (Faltýnková, 2012; Sabharwal, 2016)

Léze C7-C8 – dostatečná svalová síla extenzorů lokte – klíčovým svalem je m. triceps brachii, a flexorů prstů. Jedinci zvládají samostatně většinu ADL. Přesuny zvládají samostatně nebo s malou asistencí. Jsou schopni řídit upravený automobil. (Faltýnková, 2012; Sabharwal, 2016)

Úroveň soběstačnosti tetraplegika se odvíjí převážně od rozsahu a výše léze, ale také závisí na tělesné konstituci a věku jedince. Výraznou roli zde také hrají nadváha a spasticita. (Nas, 2015; Sabharwal, 2016)

Míšní léze v oblasti C6

Vzhledem k zaměření praktické části práce zabývající se jedinci s míšní lézí v úrovni C6 budou nyní více přiblíženy jejich funkční schopnosti.

Neurologická míšní léze v oblasti C6 je diagnostikována v případě, kdy má jedinec stupeň svalové síly m. extensor carpi radialis 3 z 5 a je u něj neporušena senzitivní funkce

pro dermatom C6. Navíc je neporušena motorická a senzitivní funkce nad úrovní C6. (Atkins, 2014)

Faltýnková (2012, s. 11) v publikaci Vše okolo tetraplegie uvádí u skupiny tetraplegií s lézí v úrovni C6, C6/7: „Klient má plnou aktivní hybnost ramenních kloubů, plnou sílu ohýbačů lokte (*m. biceps brachii*), plnou sílu zvedačů – klíčovým svalem je *m. extensor carpi radialis* – a může mít slabou sílu natahovače lokte (*m. triceps brachii*).“

I přes to, že je relativně zachována svalová síla extenzorů zápěstí, svaly prstů a palce jsou však plegické, a tak dochází k poruše úchopové funkce. Proto u těchto osob dochází v akutní fázi léčby k nácviku náhradního funkčního úchopu – tzv. funkční ruka tetraplegika (viz níže). Tento úchop je slabý, ale jedinci poskytuje potřebnou úchopovou funkci ruky. (Kříž, 2019, Mateo et al., 2013)

Faltýnková (2012) dále uvádí, že jsou tito jedinci schopni sedu s oporou o natažené HKK a také mohou zvednou jednu HKK do úrovně ramen.

Funkční ruka tetraplegika

Níže bude vysvětlen pojem funkční ruka tetraplegika, která jedinci umožní jinak porušenou úchopovou funkci ruky.

Jednou z oblastí ergoterapie v počáteční fázi rehabilitace u tetraplegiků je dosažení co největší možné samostatnosti v sebeobslužných činnostech, při přesunech či při lokomoci na vozíku, s čímž souvisí nácvik náhradního funkčního úchopu (Faltýnková, 2012). Jedná se o kompenzační mechanismus, díky němuž je jsou tyto osoby schopny úchopové funkce. Při palmární flexi zápěstí dojde tahem extenzorů prstů a palce k jejich pasivnímu natažení a tím k rozevření ruky a schopnosti obejmout uchopovaný předmět. Následnou aktivní extenzí (dorzální flexí) zápěstí, mírným stažením flexorů, dojde ke zkrácení flexorů prstů a palce a je umožněn úchop a držení předmětu. Výsledkem jsou tři náhradní úchopy: dlaňový, klíčový nebo pinzetový. (Kříž, 2019; Mateo et al., 2015)

2.2 Ergoterapie zaměřená na problematiku domácích prací

2.2.1 Všední denní činnosti

Pro přehlednost a úplnost bude nyní definována jedna z hlavních oblastí ergoterapie – všední denní činnosti. Následně bude popsáno jejich rozdělení a bude uvedeno členění, ve kterém je právě jednou z položek hlavní téma této práce – domácí práce.

Všední denní činnosti (Activities of Daily Living – „ADL“) patří mezi základní oblasti výkonu zaměstnávání, kterými se ergoterapie zabývá. Dělí se na personální (PADL) a instrumentální (IADL). Jsou zásadní pro fungování člověka a jeho schopnosti žít nezávisle. (Hopkins et al., 2017; Krivošíková, 2011)

Mezi personální neboli základní či bazální ADL (Personal Activities of Daily Living – „PADL“), patří položky jako je osobní hygiena, koupání, oblékání, jení, používání WC, přesuny a funkční mobilita. Tyto aktivity jsou obvykle prováděny v domácím prostředí. (Krivošíková, 2011)

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA, 2014) charakterizuje PADL jako činnosti zaměřené na péči o vlastní tělo. Jedná se tedy o činnosti, které jsou zásadní pro život v sociálním světě, činnosti umožňující základní přežití a pocit pohody. K PADL navíc řadí, kromě výše zmíněných položek, i péči o osobní věci (používání, čištění a údržba např. kontaktních čoček, brýlí atd.) a sexuální aktivity (aktivity s výsledkem uspokojení a/nebo vztahy, nebo reprodukční potřeby).

Dalším souborem všedních denních činností jsou instrumentální všední denní činnosti (Instrumental Activities of Daily Living – „IADL“) zahrnující složitější úkoly, mezi které patří nakupování, vaření, domácí práce, praní, transport, manipulace s penězi, příprava léků, používání telefonu. Tyto činnosti jsou spojeny se schopností člověka poradit si s okolním prostředím. (Katz, 1983)

ADL jsou ergoterapeuty chápány jako termín sloužící k popisu činností, které člověk provádí za účelem zajištění každodenní péče o sebe samého. Jedná se o činnosti prováděné automaticky, pravidelně, samostatně a s použitím nástrojů vhodných pro danou činnost. Jejich provádění je součástí našich vlastních zvyků a jsou vztaženy k našemu věku a pohlaví. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

V následujících odstavcích budou podrobněji popsány instrumentální ADL, kde jednou z jejich položek jsou domácí práce, na které je tato bakalářská práce zaměřena. Domácí práce jsou detailněji popsány dále v kapitole 2.2.3.

2.2.2 Instrumentální všední denní činnosti

„K běžným denním činnostem se dále řadí činnosti instrumentální (IADL) či činnosti širší soběstačnosti. IADL jsou komplexnější aktivity a úkony, které osoba provádí za účelem zajištění vlastní domácnosti a života ve společnosti. Vyžadují širší sociální a komunikační dovednosti, schopnosti řešení problémů, interakci s prostředím, manipulaci s předměty a nástroji.“ (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 151)

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA, 2014) je definuje jako aktivity, které jsou orientovány ve vztahu k prostředí a které jsou často komplexní. Provádění těchto činností vyžaduje jak fyzické, tak i psychické dovednosti, kam řadíme úsudek, schopnost plánování či řešení problémů, u některých činností jsou vyžadovány i sociální dovednosti (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Lze je rozdělit do následujících tří skupin:

- *„činnosti zaměřené na dopravu – řízení automobilu, mobilita v exteriéru;*
- *činnosti zabývající se domácností – praní prádla, úklid domácnosti, příprava jídla;*
- *činnosti orientované na volný čas – práce na zahradě.“ (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 151)*

Americká asociace ergoterapeutů řadí mezi IADL tyto položky:

- výchova dětí – poskytnutí péče a dohledu k podpoře vývojových potřeb dítěte;
- péče o ostatní (včetně výběru a dohledu nad pečovateli) – zařizování, dohlížení nebo poskytování péče o ostatní;
- péče o domácí mazlíčky – zařízení, dohlížení nebo pečování o mazlíčky a asistenční zvířata;
- komunikace – odesílání, příjem a interpretace informací pomocí různých systémů a zařízení (psací potřeby, telefony, klávesnice, počítače nebo tablety, komunikační tabulky, světelné signály, Braillovo písmo, a jiné);
- řízení a mobilita v komunitě – plánování a dopravování se v komunitě a použití veřejné nebo osobní dopravy (řízení, chůze, ...);

- správa financí – využití finančních zdrojů zahrnující i alternativní metody finančních transakcí, také plánování a využití financí pro krátkodobé a dlouhodobé účely;
- správa a udržování zdraví – správa a údržba zvyků pro zdraví a kondice (fyzická kondice, výživa, vyhýbání se nebezpečnému a dodržovat předepsané medicíny);
- příprava jídla a úklid po jídle – plánování, příprava a servírování vyvážených, výživných jídel spolu s následným úklidem zbytků a kuchyňských potřeb;
- náboženství a duchovní aktivity – účast na náboženství a zapojení do aktivit, které umožňují propojení s něčím vyšším, nebo které jsou pro nás významné (trávení času hraním si s dětmi, aktivity v přírodě a pomoc ostatním v nouzi);
- bezpečnost – znalost a provádění preventivních postupů pro udržení bezpečného prostředí, rozpoznání náhlých, nečekaných nebezpečných situací, a zahájení opatření ke snížení ohrožení zdraví a bezpečnosti (zajištění bezpečí při vstupu a výstupu z domu, znalost nouzových čísel, a výměna předmětů jako jsou baterie v alarmech);
- nakupování – příprava nákupního seznamu (potravin a ostatních), výběr, nákup a přeprava položek, výběr metody platby, dokončení platební transakce spolu s použitím počítače, telefonu nebo tabletu k nákupu;
- zřízení a vedení domácnosti – získání a údržba majetku a majetku domácnosti a prostředí (např. dům, dvůr, zahrada), včetně údržby a opravy osobního majetku (oblečení a domácích předmětů) a znalost toho, jak požádat o pomoc a na koho se s žádostí o pomoc obrátit. (AOTA, 2014)

2.2.3 Domácí práce

Domácí práce se řadí mezi položky IADL. Společně s ostatními položkami ADL je lze pro většinu osob považovat za běžné a obecné činnosti, a proto tvoří součást všedních denních činností. (Törnquist a Sonn, 2014) Tento pojem je užíván k popisu zaměstnávání a aktivit souvisejících s domovem a rodinou. Obvykle jsou chápány jako rutinní, relativně málo kvalifikovaná práce, jejíž velká část je zaměřena na pochopení dělby práce mezi páry. (Eichler a Albanese, 2007) Obsahují nejen aspekty práce, volného času a péče o sebe, ale také neplacenou práci při péči o manžela/manželku a děti. Stále však zůstává předpokladem, že jsou prováděny dospělými v rámci vlastní domácnosti. Pouze ve výjimečných případech provádí domácí práce někdo jiný než člen domácnosti, kdy se jedná o tzv. placenou, nebo neplacenou

pomoc. Neplacená pomoc je obvykle prováděna příbuznými, například babičkami. (Eichler a Albanese, 2007; Primeau, 1992)

Eichler a Albanese (2007) ve své studii navrhli novou definici domácích prací, ve které popisují, že se domácí práce skládají ze souhrnu všech fyzických, duševních, emocionálních a duchovních úkolů, které jsou vykonávány pro vlastní nebo cizí domácnost a které udržují každodenní život těch, za které je člověk zodpovědný. Stejně tak má každá činnost určitý účel a zahrnuje určitý sled akcí, které je nutno provést pro splnění požadovaného cíle, například domácí práce zahrnují dvě akce: každodenní lehký úklid a týdenní náročný úklid. (Törnquist a Sonn, 2014)

Přestože máme několik položek patřících mezi domácí práce, většinou se shodují na tomto základním dělení:

- jednoduchý úklid – utírání prachu, stlaní postele, lehké poklizení, mytí nádobí;
- náročný úklid – mytí a čištění oken, vysávání, vytírání, uklízení koupelny a WC, čištění sporáku, lednice, koupelny. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Törnquist a Sonn, 2014)

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) zavedená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je řadí pod kapitolu 6 Život v domácnosti a klasifikuje je pomocí kódů: „d640 – *Vykonávání domácích prací*“ a „d650 – *Péče o předměty v domácnosti*“:

- **pod kód d640 patří:** úklid domu, praní prádla, používání domácích spotřebičů, skladování potravin a vyhazování odpadu; zametání, vytírání, mytí stolů, stěn a dalších povrchů, dále pak sběr a likvidace domácího odpadu, úklid pokojů, skříní a zásuvek; sběr; praní, sušení, skládání a žehlení prádla; čištění bot, používání smetáků, kartáčů a vysavačů; používání praček, sušiček a žehliček (WHO, 2010).
Tento kód obsahuje položky: „*praní a sušení prádla a oděvů; uklízet prostory kuchyně a přístroje; čistit obytné prostory; používat domácí zařízení; skladovat denní potřeby a odstraňovat odpadky*“ (ÚZIS ČR, 2020).
- **pod kód d650 patří:** údržba a úprava domácnosti a jiných osobních předmětů včetně domu a všeho okolo, oblečení, vozidel a zdravotnických pomůcek, péči o zvířata a rostliny, stejně jako malování nebo tapetování pokojů, opravování a připevňování nábytku, instalátérské práce, péče o rostliny, péče a krmení domácích mazlíčků a zvířat a péči o vstup do domu, chodníky a příjezdové cesty (WHO, 2010).

Tento kód obsahuje položky: „*šití a úprava oděvů; udržování bytu, vybavení bytu a domácího zařízení; udržování dopravních prostředků; udržování zdravotních pomůcek; péče o rostliny (v interiéru a exteriéru) a zvířata, péče o vstup do domu, chodníky a příjezdové cesty*“ (ÚZIS ČR, 2020).

Rozdělení domácích prací se netýká pouze jejich rozdělení na jednotlivé činnosti, ale i jejich dělbou mezi muži a ženami. Tímto se v minulosti zabývala Krausz (1986), která ve své studii zabývající se rozdělením úkolů v domácnosti mezi manželskými páry zjistila, že ve většině domácností jsou úkoly děleny v souladu s tradičními normami pro obě pohlaví. Autorka dále uvádí, že ženy primárně provádí činnosti jako je výměna ložního prádla, utírání prachu, praní, vytírání, mytí nádobí, vysávání a organizace domácnosti včetně péče o děti. Kdežto typicky mužské činnosti jsou výměna žárovky, malování, jednoduché opravy v domácnosti, finance, sekání trávy či údržba vozidel (Krausz, 1986). Oproti tomu, v novější studii Fernández et al. (2016) zjistili, že si lidé začínají úkoly, které byly dříve více genderové, rozdělovat. Na druhé straně některé činnosti jako jsou opravy v domácnosti i nadále provádějí převážně muži.

Nyní bude představeno několik výše zmíněných položek domácích prací spolu s jejich analýzou a možnostmi adaptace pro osoby po transverzální míšní lézi.

První položkou je **praní prádla**. Tato obsáhlá činnost se skládá z kroků jako je posbírání a roztřídění špinavého prádla, jeho přenesení a naplnění do pračky spolu s přidáním pracího prášku a aviváže a spuštěním vhodného pracího programu. Po doprání pak z vytažení čistého prádla z pračky a jeho vložení do sušičky, nebo pověšení na sušák či na šňůru na prádlo. Po usušení je suché prádlo složeno, popřípadě vyžehleno a uloženo do skříně nebo do zásuvky. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Van Oss, 2016)

U jedinců s transverzální míšní lézí se mohou vyskytovat omezení, jako je nestabilita trupu spolu s obtížnou manipulací HKK při zátěži, které ztěžují jeho provádění (Kříž, 2019). Vhodnou úpravou prostředí, nebo využitím pomůcek potřebných pro danou činnost, mohou tyto osoby dosáhnout větší samostatnosti. Pro provádění této činnosti je zapotřebí, aby pračka i sušička byly snadno dostupné, nejlépe umístěné ve vyšší poloze. Koš na špinavé prádlo by měl být v blízkosti pračky, nebo je možné využít koš, ve kterém jedinec převezme špinavé prádlo na klíně do pračky. Prací prášek a další potřeby pro praní by měly být umístěny v dosahu. Místo pro skládání suchého prádla by mělo být v úrovni pasu a v blízkosti sušičky, popřípadě šňůry. V případě žehlení je možné žehlící prkno připevnit ke zdi ve výšce 72-82 cm

nad zemí, čímž je umožněno podjetí vozíku pod prkno. Je vhodné využít držák šňůry žehličky k zabránění jejímu zamotání do vozíku a použít žáruvzdornou podložku, aby nebylo nutné žehličku stavět. (Foti a Koketsu, 2013; Stewart, 1995; Van Oss, 2016)

Zametání, vysávání a vytírání jsou jedny z nejnáročnějších činností. Vyžadují fyzické schopnosti jako je zvládnout se sehnout a přemístit nábytek tak, aby bylo možné zamést a vytřít všechny povrchy a schopnost manipulace se všemi potřebnými nástroji. Činnost **utírání prachu** zahrnuje schopnost ohýbání a natahování se za předměty, jejich uchopování a zvedání, dále pak samostatnou manipulaci s čistícími prostředky. **Organizace domácnosti** je součástí správy domácnosti. Každý jedinec má určitou úroveň komfortu v tom, jak jeho domov vypadá. Organizace zahrnuje třídění a správu důležitých předmětů a jejich umístění na určené místo tak, aby je bylo možné později znovu najít, včetně likvidace již nepotřebných předmětů. (Van Oss, 2016)

I v případě těchto činností, se jedinci po transverzální míšni lézi potýkají s omezeními a bariérami, které je možné alespoň částečně upravit. V případě utírání prachu mohou mít tyto osoby problémy se stabilitou trupu. Ta je omezuje při utírání povrchů v úrovni pasu, nebo o něco výše či níže. Při vytírání a zametání podlah je vhodné používat pomůcky s prodlouženou nebo zesílenou rukojetí, lehké mopy/smetáky a vytírat/zametat postupně malé plochy. V dnešní době je běžné využívat inteligentní spotřebiče jako je robotický vysavač, čistič oken apod., které navíc šetří čas a energii. Osoby po transverzální míšni lézi by měli před zvolením nejlepšího způsobu uspořádání své vlastní domácnosti vzít v potaz všechny aspekty svých schopností. Pro zajištění samostatnosti mohou být potřebné úpravy, např. pravidelně používané předměty umístit do dostupné vzdálenosti, nebo využívat podavač. (Kříž, 2019; Stewart, 1995; Van Oss, 2016)

Mytí a utírání nádobí společně s jeho úklidem zahrnuje kroky jako je odnesení veškerého použitého nádobí (talíře, pánve, příbory), které je potřeba umýt, do dřezu, dále naplnění dřezu a přidání mýdla. Dále jejich umytí a opláchnutí s následným osušením a uklizením na správné místo. U osob používajících myčku tato položka zahrnuje vložení nádobí a příborů do myčky, přidání čistícího přípravku a nastavení a spuštění správného mycího programu. Po umytí jejich úklid na příslušné místo. (Van Oss, 2016)

Pro usnadnění mytí nádobí je vhodné používat gumovou podložku na dně dřezu pro snížení možnosti rozbití nádobí. Také je možné u osob s poruchou úchopu využívat místo

houby na mytí žínku nebo rukavici s houbičkou. Pro šetření energie je vhodné využívat myčku. (Stewart, 1995; Van Oss, 2016)

Odstraňování odpadu je činnost zahrnující sběr smetí a odpadků v domě, jejich třídění a příprava k likvidaci včetně použití odpadkového koše, popřípadě jejich pálení. (WHO, 2010)

Péče o rostliny zahrnuje péči o rostliny uvnitř i venku, jejich sázení či přesazování a zalévání. Také **péče o domácí zvířata a mazlíčky** sestává z jejich krmení, uklízení a venčení spolu s péčí o jejich zdraví a zajištění péče v nepřítomnosti pečující osoby. (WHO, 2010)

Vliv prostředí na zvládání domácích prací osobami po transverzální míšní lézi

Nyní bude zmíněn vliv prostředí, který může ovlivnit vykonávání výše zmíněných činností. Vztah mezi prostředím a výkonem činnosti je popisován i v některých ergoterapeutických modelech. Například Kielhofnerův Model lidského zaměstnávání (MOHO), ve kterém se zohledňuje vzájemná interakce člověka s prostředím, nebo Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP) dělí prostředí na fyzické, sociální, kulturní a institucionální (Krivošíková, 2011).

Stiens et al. (2002) uvádí, že participace osob po transverzální míšní lézi do života je primárně ovlivněna prostředím, kdy u těchto jedinců častěji dochází ke vzniku nesouladu mezi jejich schopnostmi a požadavky prostředí. Participaci lze chápat jako výsledek interakce mezi schopnostmi člověka a jeho prostředím. V MKF je definována jako zapojení do životní situace (ÚZIS ČR, 2020). U jedinců po transverzální míšní lézi není tento vztah dostatečně zdokumentován, přestože právě různé aspekty prostředí ho ovlivňují. Navíc právě prostředí hraje důležitou roli pro správný a kvalitní výkon při provádění domácích prací a také do značné míry určuje úspěšnost adaptace a dosažení životních cílů těchto osob. (Noreau, Fougereyrollas a Boschen, 2002; Wong et al., 2017) S čímž souvisí i jeho přístupnost, která dle Coopera a Rodmana (1994) není posuzována pouze podle vlastností fyzického prostředí, ale také podle fyzických, sociálních a psychologických potřeb jeho uživatelů.

Z literatury o domácím prostředí vyplývá, že domácí prostředí by mělo být bezpečné a pohodlné pro zajištění ADL, a také by mělo umožnit sebevyjádření, kontrolu a samostatnost včetně vztahů s ostatními (Gibson, 2012; Heywood, 2005). Zároveň je nejdůležitějším životním prostředím. Pro dospělé osoby po úrazech míchy může být propuštění do domácího prostředí obtížné, pokud se v jejich domácnostech nacházejí bariéry, jako jsou schody, malé koupelny, nepřístupné kuchyně atp. Úpravy domácího prostředí umožní snadnější návrat těchto osob do domácího prostředí, kdy základní úpravy zahrnují rampy, podlahové povrchy s nízkým

třením a snížené pracovní plochy, mezi dražší úpravy pak patří pořízení schodišťové plošiny nebo výtahu. (WHO, 2013)

AOTA (2014) označuje prostředí jako vnější fyzické a sociální předpoklady, které obklopují člověka a ve kterých se odehrávají každodenní činnosti. Prostředí tedy „*může podporovat nebo usnadňovat činnost i vytvářet bariéry či zvýšené nároky, které provádění konkrétní činnosti ztěžují nebo mu zabraňují*“ (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová 2009, str. 163).

Ergoterapeut hraje důležitou roli v pomoci lidem s disabilitou při dosahování samostatnosti pro fungování v komunitě. Jedním z požadavků na ergoterapeuta je, aby zvládl zhodnotit prostředí, ve kterém jedinec funguje, určit, jaký vliv má prostředí na provádění činnosti a následně mu nabídl možnosti, které usnadní vykonávání požadovaných činností. (Van Oss, 2016; Cooper, Rigby a Letts, 1995)

Dle Kielhofnera (2008) může prostředí jedinci nabídnout možnosti pro provedení činnosti, nebo na druhou stranu může vyvíjet přílišný tlak na jedince, nebo po něm vyžadovat nebo očekávat určitý typ chování. Příliš velký tlak může jedinci způsobit stres, úzkost a může mít za následek neschopnost jedince zvládnout situaci, čímž dochází k následnému selhání v činnosti. Ale ani v případě malého tlaku nebo nestimulujícího prostředí nedosahují jedinci kvalitního výkonu. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Prostředí je tvořeno fyzickými, sociálními, kulturními a institucionálními faktory. **Fyzické faktory** se týkají přírodního (geografický terén, rostliny, ovzduší) a zastavěného (budovy, nábytek, zařízení) prostředí, ve kterém se odehrávají každodenní činnosti. Toto prostředí může buď podporovat, nebo představovat bariéry pro participaci v činnostech. Příkladem bariéry může být například šířka dveří, která neumožní průjezd osobě na vozíku, nebo nedostatek sociálních příležitostí pro abstinující jedince. **Sociální faktory** zahrnují postavení jedince ve skupině a jeho vztahy, které formují a ovlivňují jeho chování a postoje vůči sobě i ostatním. Patří zde také očekávání osob, skupin a populace, se kterou je jedinec v kontaktu. Například osoby s disabilitou se musejí naučit zvládat předsudky okolí. **Kulturní faktory** jako jsou etická hlediska, tradice, definice rolí, normy chování či zvyky, taky ovlivňují naše pocity sounáležitosti k prostředí. Osoby s disabilitou ovlivňuje očekávání, která jsou na ně kladena, postoje, které k nim zaujímají jejich blízcí, a role, které vůči nim ostatní lidé zaujímají. K posledním **institucionálním faktorům** patří pravidla, nařízení nebo zákony.

Ty ovlivňují například dostupnost zdravotní péče a kompenzačních pomůcek nebo možnosti využívat sociální služby. (AOTA, 2014; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

2.3 Možnosti ergoterapeutického vyšetření

2.3.1 Metody sběru dat

Nyní budou uvedeny možnosti vyšetření zvládnání domácích prací z pohledu ergoterapeuta. Zvládnání domácích prací je možné hodnotit několika způsoby.

Hodnocením se rozumí celkový proces shromažďování a interpretace údajů potřebných pro plánování intervence, včetně vypracování plánu hodnocení, provádění sběru údajů, interpretace údajů a dokumentace výsledků hodnocení (James, 2009).

Průběžné hodnocení IADL tedy umožňuje dokumentovat výsledky léčby, a to včetně aktuálního výkonu jedince při provádění činnosti. Cílem tohoto průběžného hodnocení je poskytnout informace o změnách funkčního stavu jedince, stanovit případná omezení ve výkonu činnosti a naplánovat další postup. (Krivošíková, 2011)

Hlavní metodou sběru dat je dotazování zahrnující různé typy rozhovorů, dotazníků, hodnotících škál a testů, a pozorování. Nejčastěji používanou metodou získávání informací v ergoterapii je **rozhovor** probíhající přímo s jedincem, popřípadě s jeho rodinou. Pomocí rozhovoru ergoterapeut navazuje první kontakt s jedincem, získává potřebné informace o jeho životě, zájmech, potřebách či náhledu na jeho situaci, spolu se zjištěním jeho verbálních schopností. Rozhovor může být strukturovaný s pevně danou strukturou a uzavřenými otázkami, nestrukturovaný směřující ke konkrétnímu cíli s otevřenými otázkami, nebo semistrukturovaný s pevně daným účelem, osnovou, ale naopak volností ve volbě a pořadí otázek pro získávání informací. Tato metoda sběru dat se může používat samostatně, nebo v kombinaci s jinými metodami, například s pozorováním. (Hendl, 2016; Krivošíková, 2011)

Další metodou je **pozorování** jedince při provádění jednotlivých dílčích činností domácích prací. Poskytuje ergoterapeutovi doplňující, obtížně zjistitelné až skryté informace o jedinci. Nabízí možnost pozorovat jednání a chování jedince nebo skupiny při činnostech. Oproti rozhovoru, kde jedinec spíše sděluje své pocity a myšlenky, představuje pozorování snahu zjistit, co se reálně děje. Pozorování může být skryté – otevřené, zúčastněné – nezúčastněné, strukturované – nestrukturované a může probíhat v umělé vytvořené nebo v přirozené situaci. (Hendl, 2016; Krivošíková, 2011)

Kromě dvou výše zmíněných metod jsou často používané také **dotazníky a hodnotící škály**. Ty slouží k získání požadovaných, a to buď obecných nebo specifických informací za krátký čas. Dotazníky mohou být s otevřenými nebo uzavřenými odpověďmi. (Hendl, 2016; Krivošíková, 2011)

Výběr vhodné metody sběru dat záleží na typu informace, kterou je potřeba zjistit, od koho se informace bude získávat, proč, a také na schopnostech terapeuta (Hendl, 2016).

2.3.2 Hodnotící nástroje

Nyní budou uvedeny příklady hodnotících nástrojů. Následující příklady hodnotí obecně IADL, protože doposud nebylo vytvořeno hodnocení, které by hodnotilo pouze domácí práce. Pro subjektivní hodnocení domácích prací se může použít Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), které je níže také uvedeno.

Lawtonova škála instrumentálních denních činností (IADL Scale)

Škála hodnotí funkční stav jedince v instrumentálních všedních denních činnostech. Měří osm oblastí, ve kterých je hodnoceno přímo i praní a domácí práce. Jedinec je v dotazníku hodnocen jedním nebo žádným bodem, kde v případě domácích prací získává 1 bod, pokud zvládá pečovat o dům sám s příležitostnou pomocí (těžké práce), provádí lehké domácí práce jako je mytí nádobí či ustlání postele, nebo nedokáže udržet přijatelnou úroveň čistoty, anebo potřebuje dopomoc se všemi úkoly údržby domácnosti. Pokud se nepodílí na žádných úkonech domácnosti získává 0 bodů. U praní získává 1 bod v případě, že zvládne kompletně vyprat prádlo anebo vyprat pouze malé předměty. Pokud praní nezvládne vůbec získává automaticky 0 bodů. (Coyne a Kluwer, 2019; Lawton a Brody, 1969)

Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR)

Tento standardizovaný nástroj hodnotí 11 položek IADL. Pro každou položku hodnotí zvlášť úroveň schopností a zdroje. Schopnosti (skills) jsou definovány jako schopnost splnit úkol, hodnoceny jsou na třibodové škále 0-2, kde 0 = samostatný a odpovídající výkon, 1 = částečný výkon a 2 = neprovede samostatně. Zdroje (source) jsou definovány jako vnější podpora (osoby, vybavení, služby) pro splnění úkolu, hodnoceny jsou opět na třibodové škále 0-2, kde 0 = zdroje jsou dostatečné pro výkon činnosti, 1 = zdroje jsou částečné pro splnění úkolu a 2 = zdroje jsou pro splnění úkolu nedostatečné. Hodnotí praní prádla, údržbu domácnosti a domácí práce. (Williams et al., 1991)

Jelikož tento nástroj hodnotí položky za pomoci semi-strukturovaného rozhovoru, budou nyní uvedeny otázky vztahující se k tématu bakalářské práce: u položky **domácí práce** terapeut zjišťuje, zda jedinec provádí domácí práce, zda provádí lehké práce jako je mytí nádobí, utírání prachu, vysávání, dále jak často je provádí nebo zda si zajišťuje úklidové služby a jestli jsou pro něj adekvátní. V případě **praní prádla** to jsou otázky jako zda tuto činnost provádí, jestli třídí, nosí, uklízí, věší prádlo nebo ho dává do sušičky, dále jak často tuto činnost provádí, zda využívá služby praní prádla, kde má umístěnou pračku/sušičku nebo co využívá pro přenášení prádla. Poslední položka vztahující se k této práci se týká **péče o domácnost**, která zahrnuje otázky o typu bydlení, pracích v exteriéru, otázku na instalatérské práce či jednodušší práce jako je výměna žárovky, otázky ohledně adekvátní teploty v létě a v zimě, nebo zda tyto činnosti vykonává někdo za něj. (Clemson et al., 2008)

Activities of Daily Living Checklist

Tato škála hodnotí míru potřebné dopomoci u jednotlivých aktivit PADL/IADL. U každé činnosti se zvolí jedna z možností provádění. Možnosti jsou: nezávislý, potřebuje dopomoc, závislý a činnost vůbec neprovede. Škála zohledňuje položky praní prádla a domácí práce, které ale více nespecifikuje. (Frontier Management, 2021)

The Frenchay Activities Index (FAI)

Péče o domácnost je ve FAI hodnocena ve čtyřech položkách z patnácti hodnocených IADL. Hodnotí mytí nádobí, praní prádla, lehké a těžké domácí práce a údržbu domácnosti. FAI probíhá formou rozhovoru a jeho cílem je zjistit, jak často tyto činnosti v posledních třech nebo šesti měsících jedinec vykonával. Četnost provádění je hodnocena na čtyřbodové škále, kde 0 = nikdy nebo vůbec a 3 = denně nebo týdně. (Zeltzer, 2008)

Participation Survey/Mobility (PARTS/M)

Tento dotazník, stejně jako předchozí hodnotící nástroje, v sobě zahrnuje otázky týkající se domácích prací. Slouží pro zjištění participace v hlavních životních aktivitách u osob s omezením nebo poruchou mobility. Jednou z dvaceti hlavních životních aktivit rozdělených do šesti domén je právě práce uvnitř domu. Ta zahrnuje mytí nádobí, praní prádla, úklid domu anebo provádění oprav. Otázky jsou zaměřeny na to, jak často se jedinec účastní domácích prací, čím je jeho participace limitována, dále hodnotí její důležitost a zda se vzhledem ke své disabilitě může této činnosti účastnit. Pokud jedinec tuto činnost provádí, pak odpovídá dále na následující otázky – jak je spokojen se svou participací v této činnosti, jak moc velkou

dopomoc potřebuje a jak často využívá úpravy a speciálně upravené nářadí – pokud ne, na tyto otázky neodpovídá. (Gray et al., 2006)

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání

Tento standardizovaný nástroj je vhodnou metodou pro subjektivní zhodnocení mimo jiné i v oblasti domácích prací. Metodou je semi-strukturovaný rozhovor. Cílem nástroje je zhodnocení problémových oblastí výkonu zaměstnávání jedince při všedních denních, pracovních i volnočasových aktivitách. U těchto oblastí jedinec zhodnotí důležitost, a následně svůj výkon a spokojenost s výkonem na škále 0-10, kde 10 je mimořádně důležité a maximální výkon a spokojenost. (Law et al., 2008)

2.4 Možnosti ergoterapeutické intervence zaměřené na péči o domácnost u osob s transverzální míšní lézí

Primárním cílem ergoterapie je facilitovat schopnosti člověka tak, aby se mohl účastnit každodenních aktivit. Tohoto cíle dosáhneme tím, že umožníme jedinci provádět činnosti, které zvýší možnost jeho participace, nebo přizpůsobíme prostředí tak, aby se podpořilo jeho začlenění. (WFOT, 2012)

Ergoterapeuti, jakožto odborníci na hodnocení ADL, musí být schopni vysvětlit svá rozhodnutí o klinickém uvažování a doporučení týkající se typu a úrovně pomoci v domácnosti, která je jedincem vyžadována při provádění domácích prací. Kromě toho je třeba se vyjádřit k tomu, kdo daný úkol vykonal, zda je rozumné, aby jej prováděli ostatní členové domácnosti, a zda může být v budoucnu požadována pomoc. (Arnold et al., 2018)

Základem každé ergoterapeutické intervence, ať už při problémech se zvládnutím domácích prací, nebo obecně všech PADL i IADL, je stanovení vhodných krátkodobých a dlouhodobých cílů (Foti a Koketsu, 2013; James, 2009). Jejich stanovení je v případě míšních lézí ovlivněno několika faktory jako výší léze, funkčním potenciálem, úrovní soběstačnosti, domácím prostředím a také tím, zda jedinec prováděl domácí práce před úrazem. (Kříž, 2019). Kromě stanovení cílů je její součástí i výběr vhodného přístupu a zhodnocení intervence pro zjištění, zda je zvolená intervence účinná při dosahování stanovených cílů (James, 2009).

Poté následuje samotný nácvik činnosti. Ten by měl ze začátku probíhat v simulovaném prostředí. Toto prostředí nabízí možnost nácviku požadované činnosti, přípravy na reálné prostředí a stanovení potřebných kompenzačních strategií. Následně jsou naučené strategie přeneseny do reálného prostředí – nejlépe do domácího prostředí jedince spolu se zajištěním

neustálé podpory jedince v používání osvojených dovedností. (Kříž, 2019; elearnSCI.org, 2012)

Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009, str. 204) dělí intervenční strategie do tří kategorií: „*kompenzace/adaptace, obnova/navrácení původních schopností a edukace/nácvik.*“

Při výběru vhodné strategie se ergoterapeut rozhoduje, zda je vhodnější zaměřit se na kompenzaci prostřednictvím adaptace, nebo na obnovení původních schopností. U jedinců s míšní lézí v chronické fázi se více využívá kompenzační přístup. (James, 2009)

V rámci kompenzačního přístupu může ergoterapeut využít kombinaci několika metod. Jednou z možností je adaptace aktivity nebo úkolu. Tato adaptace spočívá v upravení způsobu provedení určité činnosti, kde předměty i prostředí zůstávají nezměněné. Další metodou je adaptace či přizpůsobení předmětů nebo využití kompenzačních pomůcek. Může se jednat o běžně používané náčiní na úklid, které je upraveno prodloužením rukojeti nebo zesílením úchopu. Například „*luxování je možno provádět při dostatečném aktivním úchopu, nebo opatřit rukojeť úchytkou či smyčkou*“ (Kříž, 2019, str. 353). Při utírání prachu na špatně dostupných místech může být potřeba právě prodloužená rukojeť, která usnadní dosah na potřebné místo. V případě sušení prádla to naopak může být umístění šňůry v dosažitelné výšce. Poslední metodou je adaptace prostředí, jako jsou drobné úpravy domácnosti, nebo finančně náročné stavební úpravy. Například se může jednat o zpřístupnění a úpravu prádelny, kde ergoterapeut může doporučit umístění pračky a sušičky naproti sobě. To umožní jedinci zajet mezi ně a plnit obě najednou, nebo skládat prádlo na klíně a odkládat ho na volnou plochu pračky/sušičky. Nebo může doporučit umístění pračky/sušičky do vyšších pozic jejich postavením na nízkou skříňku. Dále může doporučit pořízení lehkého nábytku či odstranění kobereců a prahů. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Kříž, 2019; Spinalistips, 2006-2020)

Ergoterapeuti tedy při řešení problémů se zvládáním domácích prací u osob po transverzální míšní lézi využívají kombinaci biomechanického a rehabilitačního přístupu (Protos, Stone a Grinnell, 2009).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je kvalitativně zhodnotit zvládání domácích prací muže a ženy po transversální míšní lézi v úrovni C6.

3.2 Metody zpracování bakalářské práce

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. V teoretické části je popsána problematika všech témat souvisejících se zaměřením bakalářské práce. Praktická část je zpracována formou kazuistik dvou klientů. Je zaměřena na pozorování při provádění domácích prací. Pro bakalářskou práci byly zvoleny osoby po transversální míšní lézi v oblasti C6.

Cílovou skupinou osob byly osoby po transversální míšní lézi s lézí v oblasti C6, dospělého věku (mezi 18 a 60 lety), chronické fázi onemocnění (tzn. alespoň 2 roky od vzniku úrazu), žijící v domácím prostředí. Dle těchto kritérií a z důvodu splnění předem stanoveného cíle práce byly, za pomoci externí ergoterapeutky pracující se spinálními pacienty, během zimního semestru 2020 vybráni dva probandů – jeden muž a jedna žena, kteří žijí ve společné domácnosti s další osobou, ale bez dětí, jsou v chronické fázi onemocnění a oba mají do 30let.

Pro samotné zpracování praktické části práce byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat formou nezúčastněného pozorování klientů při provádění domácích prací. Pozorování probíhalo v domácím prostředí klientů. Obsah pozorování vycházel ze vstupní rozhovoru s klienty, ve kterém byli dotazováni, zda provádí následující položky: stlaní postele, utírání prachu, vysávání, vytírání, úklid koupelny a WC, praní prádla, mytí nádobí, mytí oken, zalévání květin, péče o domácího mazlíčka, vynášení smetí a jednoduché opravy.

Při prvním setkání s klienty byl podepsán Informovaný souhlas a byl vysvětlen cíl bakalářské práce. Následně bylo v domácím prostředí probandů provedeno vstupní vyšetření, kde byla odebrána anamnéza. Dále bylo provedeno ergoterapeutické vyšetření včetně hodnocení postavy a držení těla, mobility a lokomoce, orientačního vyšetření dolních končetin a podrobnější vyšetření horních končetin. Při dalším setkání v domácím prostředí probanda bylo provedeno hodnocení soběstačnosti dle SCIM, určeného pro hodnocení soběstačnosti u osob s míšní lézí a hodnocení domácího prostředí s využitím metodiky SEMAFOR home a nakonec byly stanoveny problémové oblasti výkonu zaměstnávání při domácích pracích dle COPM. Při třetím setkání proběhl vstupní rozhovor zaměřený na domácí práce. Následně

proběhlo i samotné pozorování při vykonávání jednotlivých položek domácích prací, které jedinec v rozhovoru označil, že vykonává. Nakonec byly na základě získaných dat z rozhovoru a pozorování stanoveny cíle a plány terapií, na které navázaly samotné terapie. Podrobnosti terapií jsou uvedeny v kapitolách 3.3.1 a 3.3.2. Celkem s oběma probandy proběhlo 5 setkání, každé v délce zhruba 45 minut.

Oba probandi uvedení v této bakalářské práci s použitím získaných anonymizovaných dat souhlasili podepsáním Informovaného souhlasu.

Sběr dat potřebných pro vypracování obou kazuistik probíhal v období květen-červen 2021 vždy v domácím prostředí probandů. Získaná data jsou prezentována v následujících kapitolách.

3.3 Výsledky

Nyní budou představeny kazuistiky dvou probandů, u kterých bylo hlavním cílem analyzovat zvládání domácích prací.

Ergoterapeutické intervence s oběma klienty probíhaly v jejich domácím prostředí. Při prvním setkání bylo provedeno vstupní ergoterapeutické vyšetření, které zahrnovalo: získání anamnézy, hodnocení soběstačnosti, vyšetření HKK a orientačně i DKK. Hodnocení domácího prostředí bylo doplněno o hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, ve kterém jsou uvedeny bariéry prostředí ztěžující provádění domácích prací. Závěrem byly stanoveny problémové oblasti ve vykonávání domácích prací za využití subjektivního hodnocení COPM. Při dalším setkání, které také probíhalo v domácím prostředí, byly detailně vyšetřeny domácí práce. Sběr dat probíhal formou vstupního rozhovoru, na který bylo navázáno pozorováním při vykonávání určitých domácích prací spolu se stanovením cílů a plánů dalších intervencí. Závěrem kazuistik jsou představeny proběhlé terapie. V následujících dvou kapitolách jsou představeny samotné kazuistiky probandů.

3.3.1 Kazuistika č. 1

Proband č. 1

Rok narození: 1993

Pohlaví: žena

Diagnóza dle MKN-10: G824 spastická tetraplegie

Datum stanovení diagnózy: 13.9.2015

Vyšetřující: Kristýna Slížová

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: spastická tetraplegie – paraplegie DKK a paraparéza HKK s levostrannou akcentací jako následek transverzální míšní léze od segmentu C6, etiologicky při tříštivé fraktuře obratle C6, AIS A

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, do úrazu zdravá

Rodinná anamnéza: matka zemřela 1994 (tragicky), otec – zdravý (nestýkají se), sestra – zdravá

Sociální anamnéza: rodinný stav – vdaná; děti – nemá; sdílení domácnosti – s manželem; sociální přivýdělek/důchod/jiný příjem: III. stupeň invalidního důchodu, příspěvek na péči (III. stupeň) a na mobilitu, vlastní průkaz ZTP/P

Pracovní anamnéza: Současné zaměstnání: produktivní manažerka v e-shopu

Náplň práce: home-office, práce na počítači (4 hodiny denně)

Školní anamnéza: stupeň dosaženého vzdělání: střední škola s maturitou – všeobecné gymnázium

Bytová situace: současně bydlí na vesnici v nízkopodlažním rodinném domě bez schodů s manželem a psem; interiér není bezbariérově upraven – bez prahů, koupelna a záchod odděleny, v koupelně vana s vanovým zvedákem, bez madel; WC standardní výška WC (42 cm) bez madel, exteriér – kolem domu chodník, zahrada – kolem domu šterk a tráva, větší část zahrady přístupna přes nevyhovující nájezd (sklon nájezdu neodpovídá vyhlášce č. 398/209 Sb.) (viz metodika SEMAFOR home str. 31)

Farmakologická anamnéza: Betmiga 50mg 1-0-0, spasmed 30mg 1-0-1

Alergologická anamnéza: nejuje

Toxikologická anamnéza: kouří příležitostně, alkohol příležitostně

Anamnéza bolesti: přítomna bolest zad při manipulaci s těžšími předměty (vysavač, kýbl s vodou), jinak bez bolesti

Předchozí RHB: 1x na opakovacím pobytu v Hrabyni před 3 lety

Zájmové činnosti: plavání, procházky se psem, výlety, cestování, společenské hry, čtení knih a focení

Denní režim: pravidelný. Ve všední dny vstává před 8 hodinou, kdy si přisedne na vozík, aby si vzala počítač a vrací se zpět do postele, kde 4 hodiny pracuje. Poté si ohřeje oběd. Po obědě lehce poklízí, cvičí 1-1,5 hodin (na motomeđu a protahovací cviky). Jde na procházku se psem. Podvečer si vaří jídlo na další den a zbytek večera tráví s manželem. Po osprchování chodí spát kolem 22.-23. hodiny. V průběhu dne odpočívá na sedačce.

Spánek: spánek má dobrý, spí zhruba 8-9 hodin

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík Move-Tech (voděodolný, odlehčený s pevným rámem, bez područek, tvarovaná zádová opěrka, sportovní brzdy pod sedačkou) a jednokomorový antidekubitní podsedač (hrazeny z vlastních finančních prostředků), vanový zvedák do vany (hrazeno zdravotní pojišťovnou), upravený automobil na ruční řízení (hrazeno z příspěvku na zvláštní pomůcku) a motomed (hrazeno z části přes nadaci a z vlastních finančních prostředků)

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

HODNOCENÍ POSTAVY A DRŽENÍ TĚLA:

Aspekce – v sedě na mechanickém vozíku s individuálními úpravami

Zepředu: mírná protrakce ramen, elevace levého ramene, hypotrofie interosseálních svalů, hyperextenze MP kloubů (více na ukazovácích a palcích), flexe IP kloubů III.-V. prsty; výška kolen symetrická

Ze zadu: zhojená jizva v oblasti trnových výběžků C5-C7 o délce asi 8 cm, prominence obou lopatek

Z boku: mírná protrakce ramen, hyperlordóza bederní páteře, anteverze pánve, DKK svírají v kyčelních, kolenních i hlezenních kloubech 90°, Achillovy šlachy symetrické

MOBILITA, LOKOMOCE:

Mobilita na lůžku – samostatně na levý i pravý bok, na břicho, na záda; samostatně zvládá úpravu polohy těla v horizontální poloze

Sed/leh a leh/sed – samostatně

Stabilita sedu – v sedě stabilní pouze s oporou o jednu HK nebo se zádovou oporou

Přesuny – samostatně, pouze do auta využívá přisedací desku

Přesuny země/vozík – zvládá samostatně přes mezistupeň (pro snížení výškového rozdílu mezi zemí a vozíkem) – jako mezistupeň nejčastěji využívá sedačku nebo křeslo v obývací místnosti nebo na terase

Jízda ve vozíku – samostatně v mechanickém vozíku; ve sněhu, do prudkého kopce – potřeba dopomoc druhé osoby

Stereotyp jízdy – semicirkulární vzor propulze

Stoj a chůze – neprovede

ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ DKK: plegie DKK, orientačně pasivní rozsahy v normě, Achillova šlacha plně protažitelná, přítomny mírné extenční spasmy DKK, lehká hypestezie až anestezie povrchového cití, anestezie hlubokého cití

VYŠETŘENÍ HORNÍCH KONČETIN

Dominance: pravák

Vzhled: obě HKK – ploché ruce s hypotrofií interosseálních svalů, hyperextenze MP kloubů (více na ukazováku a palci), flexe IP kloubů III.-V. prstů.

Postavení a držení HKK: bez patologie

Rozsahy pohybů: orientačně aktivní i pasivní bez omezení ve všech kloubech

Svalová síla dle svalového testu dle Jandy: svaly pletence ramenního a lokte – stupeň 3, symetricky snížená svalová síla stisku obou HKK – stupeň 3+

Bolestivost: bez bolesti

Úchopy: využívá náhradní funkční úchop, mírně vážne obratnost LHK

- *Silové úchopy:* válcový a kulový úchop provádí jednou HK, problém při úchopu těžších předmětů
- *Jemné úchopy:* PHK – zvládne provést s využitím pinzetového úchopu, LHK – zvládne provést s využitím klíčového úchopu

Fáze úchopů:

- přiblížení – bpn
- uchopení – bpn
- držení – snížená svalová síla obou HK, lehké předměty zvládne, těžké nezvládne
- rozevření – bpn
- oddálení – bpn

Koordinace pohybu:

- nutnost přidržovat se jednou HK při manipulaci s předměty pro udržení stability trupu

Citlivost:

- *Povrchové cití:* hypestezie taktilního cití a hypalgezie od segmentu C6, lokální výpadek termického cití v oblasti loketního kloubu obou HKK v průměru 5 cm

- *Hluboké čítí:* zachováno

Grafomotorika: schopna psát, písmo psací a čitelné, psací potřebu drží mezi ukazovákem a prostředníkem

Kognitivní, psychosociální a fatické funkce: orientována místem, časem, osobou, bez významných poruch kognitivních funkcí, spolupracující a komunikující, bez fatické poruchy

Smysly: krátkozrakost (brýle nenosí), jinak bpn

Náhled klientky na svou situaci: adekvátní, zachovaný

HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI:

Personální všední denní činnosti (PADL) – dle Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

(sběr dat formou rozhovoru)

Sebeobsluha

1. *Stravování (krájení, otvírání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s vodou):*

3 – Jí a pije samostatně, nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky (používá převážně lžici a vidličku)

2. *Koupele (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem).*

A. horní polovina těla; B. dolní polovina těla:

A: 2 – Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí

B: 2 – Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (bez madel, využívá vanový zvedák, kterým se spustí do vany)

3. *Oblékání (oděv, boty, ortézy; oblékání, nošení, svlékání). A – horní polovina těla; B – dolní polovina těla:*

A: 4 – Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcku nebo přizpůsobené prostředí

B: 4 – Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcku nebo přizpůsobené prostředí

4. *Úprava zevnějšku (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení, make-up):*

3 – provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

Dýchání a ovládání svěračů

5. *Dýchání:*

10 – Dýchá samostatně bez asistence nebo pomůcek

6. *Ovládání svěračů – močový měchýř:*

0 – Permanentní katetr

7. *Ovládání svěračů – střevo:*

10 – Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; žádné úniky stolice

8. *Použití toalety:*

4 – Používá toaletu samostatně na všechny úkony, ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (např. madla)

Mobilita (místnost a toaleta)

9. *Mobilita na lůžku a prevence dekubitů:*

6 – Provede veškerou mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů samostatně

10. *Přesuny: lůžko – vozík:*

2 – Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)

11. *Přesuny: vozík – toaleta (jestliže používá toaletní vozík: přesun do a zpět; jestliže používá normální vozík: zabrzdění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK):*

1 – Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky

Mobilita (v interiéru a exteriéru)

12. *Mobilita v interiéru:*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

13. *Mobilita na střední vzdálenosti (10-100 metrů):*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

14. *Mobilita v exteriéru (více než 100 metrů):*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

15. *Schody:*

0 – Neschopen/a překonávat schody nahoru ani dolů

16. *Přesuny: vozík – auto (nastavení vozíku k autu, zabrzdění vozíku, odstranění postranic a stupaček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení):*

1 – Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky

17. *Přesuny: země – vozík:*

1 – Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek

Celkové SCIM skóre – 60/100

Instrumentální všední denní činnosti (IADL): (vyšetřeny orientačně rozhovorem)

- Nakupování: nakupuje převážně s manželem, ale zvládne i sama (potřebuje pomoc při podání položek z vyšších míst)
- Příprava jídla: provádí samostatně, ale potřebuje pomoc s manipulací s těžkými předměty (hrnec plný vody), vytažení upečeného jídla z trouby
- Transport: řídí auto upravené na ruční řízení, vozík si nakládá sama za pomoci navijáku
- Péče o domácnost: provádí (vzhledem k zaměření bakalářské práce bude tato položka detailněji popsána níže)
- Péče o druhé: společně s manželem o fenku dogy
- Užívání léků: zvládne samostatně
- Použití komunikačních technologií: bez potíží používá notebook a telefon
- Finance a manipulace s penězi: finance má rozdělené s manželem, zvládá si zaplatit vše, co potřebuje; v obchodě platí převážně kartou

Cíle pacienta: Úprava vstupu na terasu

HODNOCENÍ DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ: provedeno dne 15.6.2021

Identifikace bariér proběhla s využitím metodiky SEMAFOR home

Subjektivně klientka hodnotí bariéry dle spokojenosti s vykonáváním denních aktivit průměrně 1,4/4 (velmi spokojena) – nejhůře hodnocené položky: vcházení a odcházení do/z obydlí, provádění týdenního úklidu a manipulace s domácím odpadem

Objektivně byly identifikovány:

Bariéry na úrovni 1 – nejméně závažné bariéry:

1. *Sklon v okolí dveří neumožňuje vstup (vstup do obydlí) – vstup do obydlí je v mírném sklonu a zatavněný*
2. *WC – není bezbariérové, výškově neodpovídá standardům vyhlášky č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, funkčně ji to neomezuje, ale má potřebu opřít se o skříňku umístěnou vedle WC pro přesun zpět do vozíku*

Bariéry na úrovni 2 – středně závažné bariéry:

1. *Společné prvky domácnosti – umístění poliček v obývacím pokoji neumožňuje jejich plné využití; při manipulaci s okny potřeba překonat 30 cm parapet*

2. *WC* – manipulační prostor v okolí WC neumožňuje jeho užívání (nemožnost přijet k WC z boku); typ splachovacího zařízení znesnadňuje jeho užívání (splachovací zařízení umístěno na nádrži za WC)
3. *Kuchyň* – zaplněný prostor pod dřezem ztěžuje jeho užívání (potřeba u dřezu stát bokem), umístění úložných prostor neumožňuje jejich užívání (vysoko umístěny poličky s hrnky)

Bariéry na úrovni 3 – velmi závažné bariéry:

1. *Venkovní prostor* – výška prahu neumožňuje průchod (přístup na terasu přes 15 cm vysoký a 10 cm široký práh)

Z tohoto hodnocení v rámci provádění domácích prací vyplývá, že pro klientku je omezující provádění úklidu převážně na poličkách v obývacím pokoji, které neumožňují jejich plné využití, zaplněný prostor pod dřezem, který ztěžuje mytí nádobí a vysoko umístěný úložný prostor v kuchyni, který znesnadňuje uklízení čistého nádobí.

KANADSKÉ HODNOCENÍ VÝKONU ZAMĚSTNÁVÁNÍ (COPM): provedeno dne 15.6.2021

Tabulka 3.3.1.1 Vstupní COPM u probanda č. 1

Problémové oblasti	Důležitost	Výkon	Spokojenost
Péče o psa	9	7	6
Vysávání	8	5	5
Utírání prachu	7	6	5
Vytírání	6	5	4
Vynášení smetí	2	4	3
Celkové skóre	x	5,4	4,6

Ze COPM vyplývá, že pro klientku je nejvíce důležité v oblasti péče o domácnost zvládat péči o psa a vysávání. Naopak problémy s vynášením smetí klientka nevnímá jako významné. Nejhuře hodnotí klientka svůj výkon při vynášení smetí, vytírání a vysávání.

ZÁVĚR ZE VSTUPNÍHO ROZHOVORU ZAMĚŘENÉHO NA DOMÁCÍ PRÁCE:

proběhl dne 16.6.2021

Ze vstupního rozhovoru s klientkou vyplývá, že provádí většinu domácích prací samostatně, popřípadě se o ně dělí s manželem, který navíc provádí těžší práce jako je např. malování, výměna žárovky, drobné opravy nebo práce na zahradě (sekání trávy). Sama provádí činnosti jako je praní prádla, vysávání, vytírání, utírání prachu, úklid koupelny, mytí nádobí, třídění odpadu, stlaní postele, péče o psa, zalévání květin a lehké poklizení. Dříve prováděla všechny výše zmíněné činnosti včetně mytí oken. Obavy vzhledem k provádění domácích prací po úraze neměla, spíše přemýšlela, jak dané činnosti provést co nejjednodušeji. Celkově oproti dřívějšímu hodnotí domácí práce jako složitější a časově náročnější činnosti, na příklad vysávání celého domu ji zabere 45 a více minut oproti dřívějšímu. Jako největší problém uvádí vytírání, kde je pro ni problém objem a váha kýble s vodou, který má problém převážet a také z důvodu pomalejšího provedení si stěžuje na vychladnutí vody v průběhu činnosti. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Na otázku týkající se rad, jak domácí práce provádět, anebo na koho se v nesnázích obrátit odpověděla, že na spousty věcí si přišla sama anebo jí poradily osoby se stejnou diagnózou. Při dotazu, zda s ní jednájí jinak např. opraváři, doručovatelé apod., odpověděla, že nevnímá, že by se k ní chovali nějak jinak, jen jednou se setkala s nepříjemným chováním.

ZÁZNAM Z VYŠETŘENÍ DOMÁCÍCH PRACÍ: pozorování provedeno dne 16.6.2021

Stlaní postele: Klientka tuto činnost většinou neprovádí. Při potřebě stlaní postele peřinu dvakrát přeloží a položí ji na polštář s využitím švihu. Sedí u toho na vozíku.

Vysávání: K vysávání používá klientka klasický elektrický vysavač s hadicí. Pro manipulaci s vysavačem používá pouze jednu horní končetinu a druhou se přidržuje vozíku pro zajištění stability. Vysávání je pro klientku velký problém. Při manipulaci s vysavačem si stěžuje na jeho váhu. Problém nastává při vysávání větších ploch, kdy je pro ni obtížné zkorigovat manipulaci vozíku s držením hadice vysavače a posouvat samotný vysavač.

Vytírání: K vytírání používá klientka klasický mop a kýbl s vodou, který si plní vodou a převáží ho na kolenou. Pro manipulaci s mopem používá pouze jednu horní končetinu, druhou se přidržuje vozíku pro zajištění stability. Problém je při ždímání mpu, kde chybí dostatečná svalová síla pro dostatečné vyždímání. Stejně jako vysávání i vytírání je pro klientku problém. Při manipulaci s kýblem s vodou si stěžuje na jeho váhu a na možnost jeho vylití, což

se ji i párkrát stalo. Dalším problémem je vytírání větších ploch, kdy je pro ni obtížné převážet mop a kýbl z místa na místo.

Utírání prachu: K utírání prachu klientka využívá klasický mokrý hadr. To znamená, že je omezena pouze na úklid plochy, na kterou dosáhne. Problém nastává při manipulaci s těžkými předměty, se kterými jen obtížně manipuluje jednou HK. Největším problémem je máchání a ždímání hadru, kdy se ji nedaří hadr dostatečně vyždímat jednou rukou.

Mytí nádobí: Klientka nemá bezbariérovou úpravu kuchyně. Nádobí umývá ve dřezu a využívá i vestavěnou myčku. Při mytí nádobí zajíždí ke dřezu zešikma, kdy má rotovaný trup a opět využívá oporu o jednu horní končetinu. Navíc se při zapínání kohoutku a oplachování nádobí musí výrazně naklánět dopředu. Také pro vkládání a vykládání nádobí do/z myčky využívá pouze jednu horní končetinu a druhou drží stabilitu. Nádobí z myčky vykládává na linku a až poté jej uklízí na příslušné místo.

Úklid koupelny: V případě úklidu koupelny klientka využívá hadr namáčený v umyvadle. Opět jsou přítomny problémy se ždímáním hadru stejně jako u utírání prachu. Umývá pouze povrchy, na které z vozíku dosáhne – poličky umístěné v úrovni a pod úrovní očí, vnitřek vany pouze v dosahové vzdálenosti, kdy opět potřebuje oporu o jednu HK. K vyšším poličkám se nedostane, proto je uklízí manžel.

Praní prádla: Tato činnost pro ni nepředstavovala žádný problém. Pro praní a sušení prádla využívá vedle sebe postavenou pračku i sušičku s předním plněním. Koš na prádlo má umístěný vedle sušičky. Klientka špinavé prádlo převáží na klíně k pračce. Prací prostředky má umístěny v dosahu na pračce. Při plnění pračky prádlem či pracím prostředkem opět využívá oporu o jednu HK. Po vyprání prádla jej rovnou z pračky vkládá do sušičky. Ta ji zároveň ulehčuje při žehlení, které neprovádí. Čisté suché prádlo skládá na sušičce a poté ho v koši převáží a ukládá do skříní.

Zalévání květin: Klientka se o zalévání květin dělí s manželem, protože na květiny umístěné na poličkách nedosáhne. Pro zalévání využívá plastovou lahev, kterou si ve dřezu naplní vodou, zašroubuje víčkem a na kolenou převáží ke květinám.

Péče o mazlíčka: Klientka pečuje o jednoho psa. Misku na žrádlo a vodu má umístěnou v předsíni. Žrádlo nabírá z pytle do misky, kterou převáží na klíně. Žrádlo poté nasype v mírném předklonu do misky. Problém nastává při plnění misky na vodu. Klientka misku plní v koupelně, poté si dá ručník na klín, na něj misku a veze ji zhruba 3 metry na místo.

SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY:

Silné: vlastní zázemí, rodina, přátelé, mnoho zájmů, spolupracující, stabilní zaměstnání, schopna samostatného pohybu na mechanickém vozíku v interiéru, i v neupraveném nízkopodlažním prostředí (bez schodů a prahů), a exteriéru, zvládne se přesunout ze země na vozík přes mezistupeň (sedačka), funkční svalová síla na obou HKK, bez poruchy kognitivních a fatických funkcí, soběstačná v personálních ADL a ve většině instrumentálních ADL

Slabé: potřeba dopomoci při jízdě do většího kopce a ve sněhu, hypestezie taktilního a hypalgezie od segmentu C6, problém se stabilitou trupu, při provádění činností potřebuje oporu o jednu HK, mírně vážnou obratnost HKK, v instrumentálních ADL potřebuje pomoc s mytím oken a při drobných opravách v domácnosti (výměna žárovky), zároveň má problémy při provádění ostatních domácích prací jako vysávání, utírání prachu a vytírání.

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

28letá klientka po tříštivé fraktuře obratle C6 s následnou paraplegií DKK a paraparézou HKK jako následek transverzální míšní léze od segmentu C6 ze dne 13.9.2015, AIS A. Bydlí v nízkopodlažním rodinné domě se zahradou společně s manželem. Dům není bezbariérově upraven, ale bez prahů a schodů. V koupelně má vanu s vanovým zvedákem. Samostatný záchod je bez madel, místo nich využívá skříňku postavenou vedle záchodu. Z hodnocení dle metodiky SEMAFOR home vyplývá, že největší bariérou je nemožnost vstupu na terasu přes samostatně nepřekonatelný práh. Pobírá 3. stupeň invalidního důchodu, příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu, vlastní průkaz ZTP/P. Pracuje každý všední den 4 hodiny na počítači. Kognitivní, psychosociální a fatické funkce neporušeny, klientka si je plně vědoma svého stavu.

Klientka je v rámci lůžka plně mobilní, vertikalizaci do sedu a přesuny do vozíku a z něj zvládá samostatně bez využití kompenzačních pomůcek. V interiéru i exteriéru se pohybuje na mechanickém vozíku. Sed stabilní pouze s oporou o jednu horní končetinu nebo s oporou zad.

Je pravačka. Aktivní rozsahy pohybu horních končetin jsou bez omezení ve všech kloubech na obou horních končetinách. Svalová síla dle svalového testu dle Jandy – svaly pletence ramenního a lokte – stupeň 4, symetricky snížená svalová síla stisku ruky obou horních končetin, odpovídající stupni 3+. Akra plochá, ukazovák a palec v hyperextenzi MP kloubů, III.-V. prst ve flexi IP kloubů; přítomna hypotrofie interoseálních svalů ruky. Pro úchop

předmětů využívá na pravé horní končetině pinzetový úchop a na levé horní končetině využívá klíčový úchop s výraznou addukcí palce. Hypestezie taktilního čítí a hypalgezie od segmentu C6, lokální výpadek termického čítí v oblasti loketního kloubu obou horních končetin v průměru 5 cm. Polohocit a pohybovit zachován.

Dolní končetiny jsou plegické. Jejich pasivní rozsahy jsou bez významných patologií, Achillova šlacha plně protažitelná, přítomny mírné extenční spasmus dolních končetin, hypestezie až anestezie povrchového čítí. Hluboké čítí je porušeno.

V hodnocení personální ADL získala dle SCIM skóre 60/100. Zvládá samostatně všechny položky sebeobsluhy – stravování, koupel, oblékání a úprava zevnějšku a dýchání a ovládání svěračů – používá permanentní močový katetr; zvládá samostatně přesuny lůžko-vozik-toaleta a vozík-zem, vozík-auto; pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku v interiéru, v exteriéru potřebuje dopomoc druhé osoby při jízdě do kopce a ve sněhu; schody nezvládne. V instrumentálních ADL zvládá samostatně transport v upraveném autě s ručním řízením, finanční management, užívání léku a použití komunikačních technologií; z části samostatně zvládá nakupování a přípravu jídla, kde potřebuje pomoc především s podáním předmětů z vyšších míst a s těžšími předměty. V případě péče o mazlíčka se o péči dělí s manželem. Většinu domácích prací provádí samostatně, obtíže má při úklidu věcí, které nemá v dosahové vzdálenosti a s těžkými předměty jako je například vysavač či kýbl s vodou.

CÍLE A PLÁNY:

Krátkodobé ergoterapeutické cíle:

1. Klientka do 1 týdne změní strategii nalévání vody feně do misky za využití uzavíratelné PET lahve.
2. Klientka bude do 1 měsíce schopna samostatně provádět domácí práce v souladu se zásadami ergonomie.
3. Klientka do 1 měsíce zvládne samostatně umýt celou vanu.

Krátkodobé ergoterapeutické plány:

- ad. 1) Doporučení využívat PET lahev. Výběr vhodného místa pro umístění lahve v blízkosti misky na vodu a snadno dosažitelné vzdálenosti pro jednodušší manipulaci. Vyzkoušení možnosti doplňování vody přímo z PET lahve do misky.
- ad. 2) Edukace klientky o zásadách ergonomie při provádění domácích prací. Nácvik provádění jednotlivých činností dle zásad ergonomie. Návrh úpravy rozmístění nábytku v domácnosti.

- ad. 3) Trénink stability trupu. Navržení možnosti umývat vanu za využití zvedáku do vany spolu se samotným vyzkoušením této možnosti. Doporučení využívat švédský podavač předmětů s houbou na jeho konci pro snadnější dosáhnutí na vzdálené plochy vany a nácvik práce s ním.

Dlouhodobé ergoterapeutické cíle:

1. Klientka zvládne sama do 2 měsíců utřít prach v celém domě.
2. Klientka si do 3 měsíců vybere a zakoupí vhodný vysavač pro usnadnění vysávání.
3. Klientka do 3 měsíců zvýší svůj výkon a spokojenost s výkonem dle COPM při vytírání podlah v celém domě.

Dlouhodobé ergoterapeutické plány:

- ad. 1) Vyzkoušení práce se švédským podavačem v kombinaci s prachovkou či hadrem nebo s prachovkou s prodlouženou rukojetí nebo s využitím prachové rukavici – průzkum trhu s případnými dalšími možnostmi úklidových pomůcek pro tyto osoby. Následně pořízení vhodnějšího úklidového prostředku. Vyzkoušení využívání rozprašovače s čisticím prostředkem místo mokrého hadru spolu s nácvikem utírání prachu s využitím vybrané pomůcky.
- ad. 2) Online poradenství v oblasti výběru pomůcky pro vysávání včetně ukázky vhodných vysavačů s jeho výběrem v prodejně na internetu. Doporučení úpravy podlah pro snadnější manipulaci s vysavačem. Následně terapie zaměřená na zvýšení stability trupu a posílení svalů pletence ramenního a nácvik manipulace s novým vysavačem jednou horní končetinou.
- ad. 3) Doporučení úprav nebo sjednocení povrchů v domácnosti. Online poradenství a výběr snadněji ovladatelného mopu, doporučení pořízení koleček pod kbelík pro snadnější manipulaci. Následně repetitivní trénink manipulace s kbelíkem na kolečkách (bez vody, s vodou). Navrhnutí možnosti napouštění vody do kbelíku pomocí hadice z vany/popřípadě koupě baterie do dřezu s vytahovací sprškou – její vyzkoušení v příslušné prodejně. Repetitivní trénink celé činnosti (včetně výše zmíněných doporučení)

ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE:

19.6.2021: S klientkou byly probrány návrhy úprav domácího prostředí. Bylo navrženo, aby si častěji používané předměty přemístila do nižších poloh – například nádobí v kuchyni, zároveň

i pro usnadnění uklízení nádobí po jeho umytí. Bylo doporučeno sjednotit nebo opravit podlahy v celém domě pro snadnější provádění úklidu především pro vytírání a vysávání. Ve druhé části terapeutické jednotky byla vyzkoušena možnost využití PET lahve jako alternativy pro snadnější doplňování vody do misky pro psa a bylo nalezeno její vhodné umístění v dostupné vzdálenosti blízko misky. Pro klientku byla tato varianta s PET lahví lepší a jednodušší než předchozí postup.

28.6.2021: Klientce byla představena nabídka vysavačů a mopů. Byly představeny možnosti vysavačů (tyčových vysavačů, robotických vysavačů a lehkých klasických vysavačů se šňůrou). Dále možnosti mopů, kde pro zjednodušení máchání byly představeny především rotační mopy. Protože klientka při vstupním vyšetření zmiňovala problém při manipulaci s kbelíkem, bylo doporučeno pořízení vozíku pod kbelík.

VÝSTUPNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ:

Vyšetření bylo provedeno 30.6.2021 a obsahovalo subjektivní zhodnocení COPM. Klientka byla edukována o zásadách ergonomie při provádění domácích prací, a to zejména při utírání prachu a vytírání.

Tabulka 3.3.1.2 Porovnání vstupního a výstupního COPM u probanda č. 1

Problémové oblasti	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ		VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	
	Výkon 1	Spokojenost 1	Výkon 2	Spokojenost 2
Péče o psa	7	6	9	8
Vysávání	5	5	5	5
Utírání prachu	6	5	6	5
Vytírání	5	4	5	4
Vynášení smetí	4	3	4	3
Celkové skóre	5,4	4,6	5,8	5

ZÁVĚR KAZUISTIKY:

Práce s klientkou probíhala v jejím domácím prostředí. Byla možnost se s klientkou setkat celkem pětkrát, z čehož dvakrát probíhala samotná ergoterapeutická intervence. Klientka samostatně zvládá praní prádla, vysávání, vytírání, mytí nádobí, třídění odpadu, stlaní postele, péči o psa, zalévání květin a lehké poklizení, utírání prachu a úklid koupelny. Při pozorování klientky při činnosti bylo zjištěno, že ji činí problémy úklid míst, která nejsou v její dosahové vzdálenosti – vysoko umístěný úložný prostor v kuchyni, vysoko umístěné poličky obývacího

pokoje a koupelny, manipulace s těžkými předměty – vysavač, kýbl s vodou, ždímání hadru a mopu a při mytí nádobí ji ztěžuje provádění zaplněný prostor pod dřezem. Pro udržení stability těla při činnostech využívá oporu o jednu HK. Samotné intervence byly zaměřeny na možnosti úprav domácího prostředí a na představení vhodných pomůcek pro usnadnění provádění domácích prací. Konkrétně bylo doporučeno sjednocení podlah v domě a přemístění často používaného nádobí do nižších míst. Z pomůcek byla na internetu představena nabídka mopů spolu s vozíkem pod kbelík mopu a vysavačů, které klientce usnadní manipulaci. S klientkou byl splněn jeden stanovený cíl, na ostatních převážně zaměřených na pomůcky se začalo pracovat. Každé setkání probíhalo zhruba 45 minut. Klientka byla během všech setkání spolupracující, bez bolestí a pohybovala se na mechanickém vozíku. Při výstupním hodnocení dle COPM bylo zjištěno zlepšení v oblasti péče o psa, kdy se výkon zlepšil ze 7 na 9 a spokojenost z 6 na 8.

3.3.2 Kazuistika č. 2

Proband č. 2

Rok narození: 1994

Pohlaví: muž

Diagnóza dle MKN-10: G824 spastická tetraplegie

Datum stanovení diagnózy: 15.7.2015

Vyšetřující: Kristýna Slížová

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: spastická tetraplegie – paraplegie DKK a paraparéza HKK jako následek transverzální míšní léze od C6 kaudálně, etiologicky při fraktuře těla obratle C6, AIS A

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, do úrazu zdrav

Rodinná anamnéza: matka – zdravá, otec – zdravý, mladší sestra – zdravá

Sociální anamnéza: rodinný stav – svobodný; děti – nemá; sdílení domácnosti – s babičkou; sociální přivýdělek/důchod/jiný příjem: III. stupeň invalidního důchodu, příspěvek na péči (III. stupeň) a na mobilitu, vlastní průkaz ZTP/P

Pracovní anamnéza: Současné zaměstnání: technický správce budov

Náplň práce: práce na počítači, kontrola správného chodu budovy a personálu

Pracovní doba: 4 hodiny denně

Školní anamnéza: stupeň dosaženého vzdělání: střední škola s maturitou – všeobecné gymnázium

Bytová situace: současně bydlí ve městě ve třípatrovém rodinném domě (přízemí tvořeno garáží, zbylá dvě patra obytná). Přístup do domu je přes schodiště, proto má přístup do domu řešen přes garáž, ve které má vertikální zdvihací schodišťovou plošinu. Výtahem se dostane pouze do prvního obytného patra, který má výstup do ložnice. Interiér domu je částečně bezbariérově upraven – je bez prahů, koupelna a záchod jsou spojeny. V koupelně má vybudovaný otevřený sprchový kout bez madel; standardní WC s elektronickým bidetem, bez madel. Exteriér – před domem silnice, za domem zahrada přístupná s využitím předního přídatného pohonu. (viz metodika SEMAFOR home str. 44). V budoucnu se plánuje přestěhovat na chalupu, která je na vesnici a je částečně bezbariérově upravena (potřeba dojistit)

Farmakologická anamnéza: Betmiga 50mg 1-0-0, Baclofen 10mg 3-0-3

Alergologická anamnéza: pyly

Toxikologická anamnéza: příležitostně alkohol, pravidelně kouří, 3x do týdne kouří vodní dýmku

Anamnéza bolesti: přítomna mírná bolest zad

Předchozí RHB: 1x týdně navštěvuje Vojtovu metodu, 1x týdně jezdí cvičit Crossfit

Zájmové činnosti: návštěva přátel, Crossfit, filmy, seriály, vodní dýmka

Denní režim: pravidelný. Ve všední dny vstává před 7 hodinou, kdy provede ranní hygienu, nasnídá se a kolem 9 hodiny odjíždí do práce. Obědvá v práci. Domů se vrací po 14. hodině. Jde si odpočinout. Zbytek odpoledne tráví s přáteli nebo rodinou. Usíná kolem 23. hodiny.

Spánek: spánek má dobrý, spí zhruba 7-8 hodin

Kompenzační pomůcky: mechanický vozík Quickie Argon² (s pevným rámem, bez područek; hrazeno z části zdravotní pojišťovnou, ze sbírky a z nadace) a podsedák JAY extreme active (hrazeno zdravotní pojišťovnou), přední přídatný pohon UNA wheel mini, koupací židle a upravené auto na ruční řízení (hrazeny z vlastních finančních prostředků), vertikální zdvihací schodišťovou plošinu (hrazena z příspěvku na zvláštní pomůcku)

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

HODNOCENÍ POSTAVY A DRŽENÍ TĚLA:

Aspekce – v sedě na mechanickém vozíku s individuálními úpravami

Zepředu: protrakce ramen, plochá ruka s hypotrofií interosseálních svalů, hyperextenze MP kloubů I. a II. prstu, flexe IP kloubů III.-V. prstů; zevní rotace v kyčelních kloubech, výška kolen symetrická, zhojená jizva po tracheostomii a nad ní asi 5 cm široká horizontální jizva (po předním operačním přístupu)

Ze zadu: prominence levé lopatky

Z boku: mírný předsun hlavy, protrakce ramen, hrudní kyfóza, retroverze pánve, DKK svírají v kyčelních, kolenních i hlezenních kloubech 90°, Achillovy šlachy symetrické

MOBILITA, LOKOMOCE:

Mobilita na lůžku – samostatně na levý i pravý bok, na břicho, na záda; samostatně zvládá úpravu polohy těla v horizontální poloze

Sed/leh a leh/sed – zvládá s větším úsilím samostatně, ale když má možnost využije pomoc druhé osoby při vertikalizaci do sedu

Stabilita sedu – v sedě stabilní pouze s oporou o jednu HK nebo se zádivou oporou

Přesuny – vozík/postel a zpět zvládá samostatně, do auta využívá skluznou desku, při přesunu na koupací vozík úplná dopomoc druhé osoby

Přesuny země/vozík – zvládá samostatně přes mezistupeň (pro snížení výškového rozdílu mezi zemí a vozíkem) – například stolička, nebo nízká židle

Jízda ve vozíku – samostatně v mechanickém vozíku v interiéru, v exteriéru a v pracovní době využívá navíc k mechanickému vozíku přední přídatný pohon

Stereotyp jízdy – semicirkulární vzor propulze

Stoj a chůze – neprovede

ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ DKK: plegie DKK, orientačně pasivní rozsahy v normě, Achillova šlacha plně protažitelná, přítomny flekční spasmy DKK (převažující hlavně v noci), lehká hypestezie až anestezie povrchového cití, anestezie hlubokého cití

VYŠETŘENÍ HORNÍCH KONČETIN

Dominance: pravák

Vzhled: obě HKK – plochá ruka s hypotrofií interosseálních svalů, hyperextenze MP kloubů I. a II. prstu, flexe IP kloubů III.-V. prstů;

Postavení a držení HKK: bez patologie

Rozsahy pohybů: orientačně aktivní i pasivní bez omezení ve všech kloubech

Svalová síla dle svalového testu dle Jandy: svaly pletence ramenního a lokte – stupeň 3, symetricky snížená svalová síla stisku obou HKK – stupeň 3

Bolestivost: bez bolesti

Úchopy: využívá náhradní funkční úchop

- *Silové úchopy:* válcový a kulový úchop provádí oběma HKK s oporou jedné HK o loket
- *Jemné úchopy:* zvládne provést s využitím klíčového úchopu na obou HKK

Fáze úchopů:

- přiblížení – bpn
- uchopení – bpn
- držení – snížená svalová síla obou HK, lehké malé předměty zvládne klíčovým úchopem; těžké předměty samostatně nezvládne, využívá úchopovou rukavici
- rozevření – bpn
- oddálení – bpn

Koordinace pohybu:

- potřeba zajištění stability trupu při manipulaci s předměty oporou o loket jedné HK

Citlivost:

- *Povrchové čítí:* hypestezie všech kvalit povrchového čítí od segmentu C6
- *Hluboké čítí:* zachováno

Grafomotorika: schopen psát, písmo psací, ale nečitelné, využívá náhradní úchop – psací potřebu drží mezi ukazovákem a prostředníkem; nyní již moc nepíše

Kognitivní, psychosociální a fatické funkce: orientován místem, časem, osobou, bez významných poruch kognitivních funkcí, spolupracující a komunikující, bez fatické poruchy

Smysly: bpn

Náhled klienta na svou situaci: adekvátní, zachovaný

HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI:

Personální všední denní činnosti (PADL) – dle Spinal Cord Independence Measure (SCIM)
(sběr dat formou rozhovoru)

Sebeobsluha

1. *Stravování (krájení, otvírání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s vodou):*

3 – Jí a pije samostatně, nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky (jí převážně lžící a vidličkou, pije bimanuálním úchopem při opoře jedné HK o loket)

2. *Koupel (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem).*

A. horní polovina těla; B. dolní polovina těla:

A: 2 – Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí

B: 0 – Potřebuje plnou asistenci

(bez madel, využívá koupací vozík)

3. *Oblékání (oděv, boty, ortézy; oblékání, nošení, svlékání). A – horní polovina těla; B – dolní polovina těla:*

A: 4 – Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcku nebo přizpůsobené prostředí

B: 0 – Potřebuje plnou asistenci (z důvodu flekčních spasmů problém při ranním oblékání)

4. *Úprava zevnějšku (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení, make-up):*

3 – provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

Dýchání a ovládání svěračů

5. *Dýchání:*

10 – Dýchá samostatně bez asistence nebo pomůcek

6. *Ovládání svěračů – močový měchýř:*

11 – Samostatná intermitentní katetrizace; kontinentní mezi katetrizací; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci

7. *Ovládání svěračů – střevo:*

5 – Pravidelné načasování; potřebuje asistenci (při zavádění čípku); zřídka únik stolice

8. *Použití toalety:*

1 – Potřebuje částečnou asistenci; sám se neočistí

Mobilita (místnost a toaleta)

9. *Mobilita na lůžku a prevence dekubitů:*

6 – Provede veškerou mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů samostatně

10. *Přesuny: lůžko – vozík:*

2 – Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)

11. *Přesuny: vozík – toaleta (jestliže používá toaletní vozík: přesun do a zpět; jestliže používá normální vozík: zabrzdění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK):*

0 – Potřebuje plnou asistenci

Mobilita (v interiéru a exteriéru)

12. *Mobilita v interiéru:*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

13. *Mobilita na střední vzdálenosti (10-100 metrů):*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

14. *Mobilita v exteriéru (více než 100 metrů):*

2 – Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku

15. *Schody:*

0 – Neschopen/a překonávat schody nahoru ani dolů

16. *Přesuny: vozík – auto (nastavení vozíku k autu, zabrzdění vozíku, odstranění postranic a stupaček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení):*

1 – Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (používá skluznou desku, potřebuje asistenci při nakládání vozíku)

17. *Přesuny: země – vozík:*

1 – Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek

Celkové SCIM skóre – 55/100

Instrumentální všední denní činnosti (IADL): (vyšetřeny orientačně rozhovorem)

- Nakupování: zvládne si nakoupit sám, ale převážně nakupuje babička
- Příprava jídla: jednoduchá jídla si vaří sám, jinak babička, nebo jí v restauraci
- Transport: řídí auto upravené na ruční řízení, s nakládáním vozíku potřebuje dopomoc druhé osoby
- Péče o domácnost: provádí (vzhledem k zaměření bakalářské práce bude tato položka detailněji popsána níže)
- Péče o druhé: o nikoho nepečuje, zvíře nemá
- Užívání léků: zvládne samostatně
- Použití komunikačních technologií: bez potíží používá notebook a telefon
- Finance a manipulace s penězi: vlastní finance si obstarává sám – zvládá si zaplatit vše, co potřebuje; v obchodě platí převážně platební kartou

Cíle pacienta: Úprava vstupu na zahradu, pořízení nového koupacího a mechanického vozíku

HODNOCENÍ DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ: provedeno dne 25.6.2021

Identifikace bariér proběhla s využitím metodiky SEMAFOR home

Subjektivně klient hodnotí bariéry dle spokojenosti s vykonáváním denních aktivit průměrně 1,4/4 (velmi spokojen) – nejhůře hodnocené položky: pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností – nedostane se do druhého patra), péče o prádlo (nedostane se

do místnosti s pračkou), ukládání a vyjímání věci denní potřeby do/z úložných prostor (nevhodná skříň, vysoká lednice) a přístup a využívání technických prostor (úzké přístupové dveře)

Objektivně byly identifikovány:

Bariéry na úrovni 1 – nejméně závažné bariéry:

1. Schodiště mezi podlažími neumožňuje přístup do jednotlivých částí domácnosti – výtah má pouze do prvního obytného patra, do druhého se z důvodů schodiště nedostane
2. Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod – vstup do jednotlivých místností je skrz dlouhou, ale úzkou chodbu – zhruba metr širokou, kde se klient nedokáže sám otočit, minimální manipulační prostor pro otáčení vozíku je kruh o průměru 1500 mm nebo obdélník o rozměrech 1200 mm x 1500 mm (dle vyhlášky č. 398/2009 Sb.)
3. Charakter vstupu do technických prostor neumožňuje jejich užívání – dveře jsou 600 mm široké, není umožněn přístup k pračce

Bariéry na úrovni 2 – středně závažné bariéry:

1. Příjezdová cesta neumožňuje vstup – příjezd do domu je řešen přes garáž, ke které se musí dostat po úzkém chodníčku kolem zaparkovaného auta
2. Výtah neumožňuje jeho užívání při vstupu do domu – tlačítko pro otevření dveří je umístěno na stěně mezi vstupem do výtahu a skříní, kdy při jeho zmáčknutí se rychle otevírají dveře do prostoru, takže má klient problém rychle uvolnit dveřím místo
3. Kuchyň – zaplněný prostor pod pracovní deskou a dřezem a umístění úložných prostor neumožňuje jejich užívání
4. Obývací pokoj – výška prahu neumožňuje jeho užívání – příliš vysoká přechodová lišta (cca 150 mm), který je klient schopen překonat jen s dopomocí druhé osoby

Bariéry na úrovni 3 – velmi závažné bariéry:

1. Venkovní prostor – výška prahu neumožňuje průchod (přístup na terasu přes plastové venkovní dveře s prahem 150 mm vysokým a 100 mm širokým)

Z tohoto hodnocení v souvislosti s prováděním domácích prací vyplývá, že pro klienta bude omezující především samotné praní prádla, kdy se nedostane do místnosti s pračkou, zaplněný prostor pod pracovní deskou a dřezem a umístění úložných prostor neumožňuje jejich plné užívání.

KANADSKÉ HODNOCENÍ VÝKONU ZAMĚŠTNÁVÁNÍ (COPM): provedeno dne 25.6.2021

Tabulka 3.3.2.1 Vstupní COPM u probanda č. 2

Problémové oblasti	Důležitost	Výkon	Spokojenost
Vytírání rozlitých tekutin	10	6	8
Stlaní postele	9	8	8
Utírání prachu	9	7	7
Mytí nádobí	4	3	3
Praní prádla	2	1	1
Celkové skóre	x	5,2	5,4

Ze COPM vyplývá, že pro klienta je nejvíce důležité v oblasti péče o domácnost zvládat vytírání rozlitých tekutin spolu se stláním postele a utíráním prachu. Nejhůře hodnotí klient svůj výkon vytírání rozlitých tekutin. Činnosti mytí nádobí a praní prádla pro něj nejsou důležité, ale zároveň při jejich provádění není spokojen s jejich výkonem.

ZÁVĚR ZE VSTUPNÍHO ROZHOVORU ZAMĚŘENÉHO NA DOMÁCÍ PRÁCE:
proběhl dne 30.6.2021

Ze vstupního rozhovoru s klientem vyplývá, že provádí sám nebo alespoň částečně některé domácí práce. Zbytek prací v domácnosti provádí babička, se kterou bydlí. Sám provádí činnosti jako je věšení prádla, zapínání robotického vysavače, lehké poklizení, utírání prachu, mytí nádobí, stlaní postele a v případě, že něco rozlije nebo rozbije, tak je schopen to uklidit. Dříve jelikož bydlel sám, prováděl všechny domácí práce i včetně vysávání, vytírání, úklidu koupelny a vynášení smetí. Obavy vzhledem k provádění domácích prací po úraze neměl, protože sdílí domácnost s další osobou. Celkově oproti dřívějšímu hodnotí domácí práce jako složitější a časově náročnější činnosti, a ty, které provádí mu týdně zaberou zhruba 2 hodiny. Největší problém je pro něj manipulace s horkými předměty a nemožnost vyprat si sám prádlo, také uvádí nedostupnost čistících prostředků. Z kompenzačních pomůcek využívá aktivní úchopovou rukavici. Dále uvedl, že na to, jak provádět některé činnosti si přišel sám, přestože mu byly slibovány rady, tak mu nakonec nikdo nepomohl ani neporadil.

ZÁZNAM Z VYŠETŘENÍ DOMÁCÍCH PRACÍ: pozorování provedeno dne 30.6.2021

Stlaní postele: Klient tuto činnost provádí. Při ranním stlaní postele peřinu dvakrát přeloží na půl s využitím švihu. Složenou ji posune vedle na druhou polovinu manželské postele. Při této činnosti sedí na vozíku.

Vysávání: Klient tuto činnost fyzicky neprovádí. Vlastní robotický vysavač, který ovládá přes dálkové ovládání.

Vytírání: Vzhledem k tomu, že klient sdílí bydlení s babičkou, vykonává tuto činnost převážně ona. Pouze v případech, kdy klient něco rozlije na podlahu je nucen to uklidit. To provádí za pomoci suchého hadru, který drží jednou rukou mezi palcem a ukazovákem a druhou HK se jejím zaháknutím za ručku pro doprovod přidržuje pro udržení stability. Ale klient se plánuje přestěhovat a bude bydlet sám, v budoucnu by tuto činnost rád prováděl alespoň z části sám.

Utírání prachu: Klient tuto činnost provádí především ve svém pokoji. K utírání prachu využívá navlhčený ubrousek, což znamená, že úklid prachu provádí jen na plochách, na které dosáhne. Při této činnosti se pro lepší stabilitu opírá o loket jedné HK.

Mytí nádobí: Klient nemá bezbariérovou úpravu kuchyně. Umývá nádobí pouze ve dřezu, myčku nevlastní. Při mytí nádobí zajíždí ke dřezu bokem, je tedy nucen mít rotovaný trup. Opět využívá oporu o loket jedné horní končetiny. Navíc se při zapínání kohoutku a oplachování nádobí musí výrazně naklánět dopředu.

Praní prádla: Tuto činnost by klient rád prováděl, ale místnost s pračkou je pro něj nepřístupná. Proto samotné vyprání prádla zajišťuje babička. Klient po vyprání dostane koš s mokrým prádlem, který si převáží na klíně k sušáku. Prádlo věší na sušák, na prádelní šňůry nedosáhne. Količky nevyužívá. Problém u něj nastává, když mu prádlo spadne na zem, kdy je nucen celý sušák posunout a prádlo ze země zvednout. Suché prádlo skládá na stole a poté jej na klíně převáží a ukládá do skříně.

SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY:

Silné: vlastní zázemí, má vertikální zdvihací schodišťovou plošinu, rodina, přátelé, spolupracující, stabilní zaměstnání, schopen samostatného pohybu na mechanickém vozíku v interiéru i exteriéru, zvládne se sám přesunout ze země na vozík přes mezistupeň (stolička, postel), zachována funkční svalová síla obou HKK, bez poruchy kognitivních a fatických funkcí, soběstačný ve většině instrumentálních ADL

Slabé: hypestezie taktilního čítí a hypalgezie od segmentu C6, problém se stabilitou trupu, při provádění činností potřebuje oporu o jednu HK (využívá oporu o loket), mírně vážnoucí obratnost HKK, v personálních ADL je závislý na dopomoci druhé osoby při koupání a použití toalety, při oblékání dolní poloviny těla, instrumentálních ADL potřebuje dopomoc s praním prádla, vynášením smetí, úklid koupelny, zároveň má problém při utírání prachu.

ZÁVĚR VYŠETŘENÍ:

28letý klient po fraktuře těla obratle C6 s následnou paraplegií DKK a paraparézou HKK jako následek transverzální míšní léze od segmentu C6 ze dne 15.7.2015, AIS A. Bydlící ve městě ve třípatrovém rodinném domě (přízemí tvořeno garáží, zbylá dvě patra obytná). Přístup do domu je přes schodiště, proto má přístup řešen přes garáž, ve které má vertikální zdvihací schodišťovou plošinu. Výtahem se dostane pouze do prvního obytného patra. Interiér domu je částečně bezbariérově upraven – je bez prahů, koupelna a záchod jsou spojeny. V koupelně má vybudovaný otevřený sprchový kout bez madel; standardní WC s elektronickým bidetem, bez madel. Exteriér – před domem silnice, za domem zahrada přístupná s využitím předního přídatného pohonu. Vstup na zahradu je přes práh, který je schopen překonat jen s dopomocí druhé osoby, což se jeví jako největší bariéra v metodice SEMAFOR home. V budoucnu se plánuje přestěhovat na chalupu, která je na vesnici a je částečně bezbariérově upravena. Pobírá invalidní důchod 3. stupně, příspěvek na péči a na mobilitu, vlastní průkaz ZTP/P. Každý den dojíždí za využití předního přídatného pohonu na mechanickém vozíku do 500 vzdálené práce, kde pracuje 4 hodiny – pohybuje se po budově anebo pracuje na počítači. Kognitivní, psychosociální a fatické funkce neporušeny, klient si je plně vědom svého stavu.

Klient je v rámci lůžka plně mobilní, pro vertikalizaci do sedu využívá asistenci druhé osoby, ale s velkým úsilím zvládá i samostatně, a přesuny do vozíku a z něj zvládá samostatně bez využití kompenzačních pomůcek, při přesunech do auta a zpět na vozík využívá skluznou desku, přesun na koupací vozík nezvládá. V interiéru se pohybuje na mechanickém vozíku, při pohybu v exteriéru využívá přední přídatný pohon k mechanického vozíku. Sed stabilní pouze s oporou o jednu horní končetinu nebo se zádovou oporou.

Je pravák. Aktivní rozsahy pohybu horních končetin jsou bez omezení ve všech kloubech na obou horních končetinách. Svalová síla dle svalového testu dle Jandy – svaly pletence ramenního a lokte – stupeň 3, symetricky snížená svalová síla stisku ruky obou horních končetin, odpovídající stupni 3. Akra plochá, hypotrofie interosseálních svalů, hyperextenze

MP kloubů I. a II. prstu, flexe IP kloubů III.-V. prstů. Pro úchop využívá klíčový úchop. Pro silové úchop využívá úchopovou rukavici. Hypestezie všech kvalit povrchového cití od segmentu C6. Polohocit a pohybovit zachován.

Dolní končetiny jsou plegické. Jejich pasivní rozsahy jsou bez významných patologií, Achillova šlacha plně protažitelná, přítomny mírné flekční spasmy dolních končetin převažující v noci, hypestezie až anestezie povrchového cití. Hluboké cití je porušeno.

V hodnocení personální ADL získal dle SCIM skóre 55/100. Zvládá samostatně – stravování, koupel a oblékání horní poloviny těla, úpravu zevnějšku, dýchání, samostatná katetrizace, mobilitu na lůžku, přesuny lůžko-vozik, vozík-zem, vozík-auto; pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku v interiéru i exteriéru (v exteriéru využívá přední přídavný pohon). Potřebuje dopomoc druhé osoby při oblékání a mytí dolní poloviny těla, při přesunech vozík-koupací křeslo-toaleta; při použití toalety – zavádění čípku a s očištěním. V instrumentálních ADL zvládá samostatně transport v upraveném autě s ručním řízením, finanční management, užívání léku, použití komunikačních technologií, nakupování a přípravu jednoduchého jídla, při přípravě složitějšího pokrmu potřebuje dopomoc při krájení. O péči o domácnost se dělí s babičkou. Sám provádí nebo zvládá provádět – utírání prachu, věšení prádla, stlaní postele, vytření rozlitých tekutin a mytí nádobí. Problém má při úklidu ve větší vzdálenosti, než je jeho dosahová vzdálenost a je pro něj obtížné zvedání spadlého prádla na zem.

CÍLE A PLÁNY:

Krátkodobé cíle:

1. Klient bude do 3 týdnů schopen vytírat tekutiny rozlité na zem dle zásad ergonomie.
2. Klient zvládne sám bez dopomoci do 3 týdnů utírat prach v celé ložnici včetně poliček.

Krátkodobé plány:

1. Edukace klienta v zásadách ergonomie činnosti vytírání. Návčik stability trupu. Návčik práce s hadrem s využitím podavače.
2. Vyzkoušení práce se švédským podavačem v kombinaci hadrem nebo s prachovkou s prodlouženou rukojetí. Následně pořízení vhodnější možnosti vyhovující klientovi. Návčik utírání prachu se zakoupenou pomůckou spolu s návčikem stability trupu.

Dlouhodobé cíle:

1. Klient si do 3 měsíců vybere a zakoupí vhodný mop a naučí se s ním pracovat.
2. Do 4 měsíců zvládne provést celou činnost praní prádla sám bez dopomoci druhé osoby.

Dlouhodobé plány:

1. Poradenství a výběr vhodného mopu a kbelíku na kolečkách pro usnadnění manipulace. Po zakoupení repetitivní trénink manipulace s mopem a s kbelíkem na kolečkách – prvně bez vody. Následně výběr vhodné možnosti plnění kbelíku vodou a jeho vyzkoušení. Návuk manipulace s kbelíkem s vodou. Repetitivní trénink celé činnosti. Včetně tréninku stability trupu a svalové síly horních končetin.
2. Poradenství v oblasti stavebních úprav nebo možnosti umístění pračky na dostupné místo. Cviky na zvýšení svalové síly a stability trupu. Poté návuk vkládání a vykládání prádla z pračky, manipulace s košem s mokrým prádlem – jeho přemístění ze země na klín a převoz k sušáku na prádlo včetně zásad ergonomie při manipulaci s břemeny. Nakonec návuk celé činnosti dle zásad ergonomie.

ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE:

1.7.2021: Při třetím setkání s klientem byla probrána možnost úpravy domácího prostředí pro zpřístupnění místnosti s čistícími prostředky. Bylo doporučeno, aby klient čistící prostředky, které by rád využíval anebo využívá umístil na dostupné místo. V další části byla klientovi ukázána možnost využít švédský podavač v kombinaci s hadrem anebo prachovku se zesílenou rukojetí pro dosažení do nedostupných míst při utírání prachu. Tyto pomůcky měl klient možnost si prakticky vyzkoušet. Klientovi se více osvědčila práce s prachovkou, ale rozhodl se pro koupi i švédského podavače, který využije i jiných činnostech.

5.7.2021: S klientem byly probrány možnosti pro výběr vhodného mopu, ukázky vhodných mopů byly představeny na internetu. Dále si klient vyzkoušel manipulaci s mopem Clean Twist společnosti Leifheit. S klientem byly probrány zásady ergonomie. V další části terapie byly klientovi představeny (z důvodu plánované rekonstrukce chalupy) publikace zabývající se bezbariérovým prostředím – *Bydlení bez bariér* od Ligy vozíčkářů a *Rozpouštíme bariéry* od Asistence o.p.s.

VÝSTUPNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ:

Vyšetření bylo provedeno 7.7.2021 a obsahovalo subjektivní zhodnocení COPM.

Tabulka 3.3.2.2 Porovnání vstupního a výstupního COPM u probanda č. 2

Problémové oblasti	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ		VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	
	Výkon 1	Spokojenost 1	Výkon 2	Spokojenost 2
Vytírání rozlitých tekutin	6	8	6	8
Stlaní postele	8	8	8	8
Utírání prachu	7	7	8	9
Mytí nádobí	3	3	3	3
Praní prádla	1	1	1	1
Celkové skóre	5	5,4	5,2	5,8

ZÁVĚR KAZUISTIKY:

Práce s klientem probíhala v jejím domácím prostředí. S klientem proběhlo celkem pět setkání, z čehož dvakrát proběhla samotná intervence. Klient samostatně provádí stlaní postele, utírání prachu, mytí nádobí, věšení prádla, vytírání vylitých tekutin. Bylo zjištěno, že klientovi činí největší problém úklid v místech, která jsou mimo jeho dosahovou vzdálenost – poličky v pokoji a v kuchyni, nepřístupnost pračky a při mytí nádobí mu ztěžuje jeho provádění zaplněný prostor pod dřezem. Při vykonávání činností udržoval stabilitu těla oporou o loket jedné HK nebo zaháknutím jedné HK za ručky pro doprovod. Intervence byla zaměřena na možnosti úprav domácího prostředí a na výběr vhodných pomůcek pro usnadnění provádění domácích prací především při utírání prachu a vytírání. Konkrétně bylo doporučeno přemístění používaných čistících prostředků na dostupné místo. Z pomůcek byly představeny švédský podavač, prachovka a rotační mopy. S klientem se podařilo každý ze stanovených cílů začít řešit. Vzhledem k tomu, že se klient hodlá osamostatnit a přestěhovat se, byly terapie zaměřeny i na představení publikací shrnujících design bezbariérové domácnosti. Každé setkání probíhalo zhruba 45-50 minut. Klient během všech setkání spolupracoval. Při výstupním hodnocení dle COPM bylo zjištěno zlepšení v oblasti utírání prachu, kdy se jeho výkon zlepšil ze 7 na 8 a spokojenost z 7 na 9.

3.3.3 Shrnutí výsledků

Při zpracování obou kazuistik, které probíhalo v domácím prostředí probandů, bylo zjištěno, že osoby po transverzální míšní lézi v oblasti C6 provádějí samostatně některé domácí práce, a i přes to, že oba klienti sdílí domácnost s dalším člověkem.

Ze vstupního rozhovoru s klienty vyplývá, že klientka č. 1 – žena, provádí sama jedenáct domácích prací, a to praní prádla, vysávání, vytírání, utírání prachu, úklid koupelny, mytí nádobí, stlaní postele, péče o psa, zalévání květin třídění odpadu a lehké poklizení. Oproti tomu klient č. 2 – muž, provádí pouze šest činností jako je stlaní postele, utírání prachu, mytí nádobí, věšení prádla, lehké poklizení a vytírání, které provádí samostatně nebo při nich asistuje. Ani jeden z klientů nevykonává činnosti jako je mytí oken či lehké opravy v domácnosti. Oba uvádí, že před úrazem vykonávali všechny domácí práce i včetně lehkých oprav nebo mytí oken. Také jejich provádění jim zabere mnohem více času oproti dřívějšímu.

Oba klienti vykonávají činnosti jako je stlaní postele, utírání prachu a mytí nádobí. Při pozorování klientů při provádění činnosti utírání prachu dělal oběma problém úklid v místech, na která z vozíku nedosáhnou. V případě mytí nádobí neměl ani jeden z klientů upravenou kuchyňskou linku, proto oba klienti zajížděli ke dřezu bokem a byli nuceni mít při mytí nádobí rotovaný trup. Pro stlaní postele oba využívají stejnou techniku dvojitého přeložení peřiny.

Klientka č. 1 oproti klientovi č. 2 navíc vykonává činnosti jako je vysávání, zalévání květin, úklid koupelny, praní prádla v pračce a péči o psa. Z pozorování při vykonávání těchto činností bylo zjištěno, že klientce činí největší problém manipulace s těžkými předměty – jako je vysavač nebo kýbl s vodou, kdy je nucena s nimi manipulovat pouze jednou horní končetinou z důvodu potřeby udržovat stabilitu druhou horní končetinou. Problém jí činí také ždímání mokrého hadru, kdy nemá dostatečnou svalovou sílu, aby jej vyždímala. Naopak činnost praní prádla pro klientku nečinila žádný problém. Klientka vlastní pračku i sušičku, které má postaveny vedle sebe. Prádlo z pračky vkládá rovnou do sušičky, následně jej skládá na sušičce a převáží v koši na klíně do skříní. Při vytírání klientka využívá klasický mop a vysává s klasickým kabelovým vysavačem.

Klient č. 2 oproti klientce č. 1 vykonává navíc akorát věšení prádla na sušák. Z důvodu nedostupnosti místnosti s pračkou prádlo nepere, ale pokud mu koš někdo podá na klín, je schopen prádlo pověsit na sušák. Problém pro něj představuje zvedání prádla ze země. Vytírání oproti klientce č. 1 pouze provádí částečně. Oproti klientce č. 1 při této činnosti využívá suchý

hadr, který drží mezi palcem a ukazovákem a pro vytření požadovaného se ohne do strany vozíku.

Oba klienti potřebují z důvodu své diagnózy při vykonávání domácích prací udržovat stabilitu trupu. Klientka č. 1 toto řeší opřením jedné horní končetiny dlaní o nábytek, klient č. 2 využívá oporu o loket nebo zaháknutí jedné horní končetiny za ručku pro doprovod.

U obou klientů bylo zjištěno, že provádění některých domácích prací je znesnadněno bariérami prostředí, jako je zaplněný prostor pod dřezem, vysoko umístěné úložné prostory neumožňující jejich plné využívání a v případě klienta č. 2 nedostupnost místnosti s pračkou.

4 DISKUZE

Hlavním cílem práce je kvalitativně zhodnotit zvládání domácích prací muže a ženy po transverzální míšní lézi v úrovni C6. V České republice ročně přibývá zhruba 250-300 nových případů míšních lézí, z čehož se ve většině (cca 45,3 %) případech jedná o lézi v cervikální oblasti (Kříž et al., 2017), a proto je tato práce zaměřena na osoby s cervikální míšní lézí. K výběru této míšní léze autorku inspiroval její otec, který se následkem nehody potýká s transverzální míšní lézí v oblasti C6/7 a který zároveň není zmíněn v této práci. Téma domácí práce autorku zaujalo, protože u těchto osob není dostatečně popsáno, což se potvrdilo také během studování české i zahraniční literatury. Proto se autorka rozhodla práci zaměřit na domácí práce a na zjištění toho, jak je tyto osoby provádějí.

Tato bakalářská práce je zpracována teoreticko-praktickou formou. Odborné studie věnující se této problematice byly vyhledávány v databázích PubMed, Google Scholar, ScienceDirect a Web of Science. Při vyhledávání v těchto databázích byla použita především tato klíčová slova: spinal cord injury, tetraplegia, occupational therapy, instrumental activities of daily living, household chores a jeho synonyma. Dále byla využita česká i cizojazyčná odborná literatura zaměřující se na ergoterapii. Při hledání relevantních zahraničních zdrojů zabývajících se možnostmi ergoterapeutické intervence při zvládání domácích prací těmito osobami, se autorka potýkala s problémem, kdy v uvedených databázích nebyl nalezen žádný odborný článek nebo studie zabývajících se problematikou domácích prací u těchto osob. Avšak při studování odborné zahraniční literatury, například v knize *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations* (Meriano a Latella, 2016), byly nalezeny zmínky o této problematice. Oproti tomu při studování české odborné literatury byly nalezeny alespoň základní informace zabývajících se touto problematikou v publikaci *Poranění míchy: Příčiny, důsledky, organizace péče* (Kříž, 2019).

Informace zabývajících se možnostmi ergoterapeutické intervence zaměřené na domácí práce u osob s míšní lézí, které jsou popsány v kapitole 2.4, byly získány ze zahraničních webových stránek – <https://spinalistips.se> a <http://www.elearnsci.org>. První webová stránka je volně dostupná a zabývá se typy, jak provádět nejenom domácí práce u osob s míšní lézí. Druhá webová stránka zabývajících se léčbou a rehabilitací osob po poranění míchy, je vedena formou e-learningových prezentací, které jsou přístupné až po registraci. Na této stránce je velká část prezentací věnovaná spinální ergoterapii, kde se jedna z prezentací věnuje problematice domácích prací (z ang. Domestic tasks). U ní jsou uvedeny možnosti, jak danou činnost

provádět, jaké pomůcky využít nebo jaká je vhodná úprava domácího prostředí pro jejich snadnější vykonávání. Autorka si myslí, že něco takového v České republice chybí a bylo by přínosné takový materiál, nejenom pro oblast domácích prací, vytvořit i v českém jazyce.

Autorka se v této bakalářské práci zaměřila na problematiku domácích prací, protože uklízet a pečovat o své vlastní obydlí je jedna ze základních činností, které by člověk měl zvládat provádět. Zároveň dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách je péče o domácnost a s tím související vykonávání domácích prací včetně praní prádla a mytí nádobí jednou ze základních životních potřeb jedince (Česko, 2006). Autorka byla překvapena, když se během praxí v rámci studia se spinálními klienty ani jednou nesešla s tím, že by ergoterapeut řešil zvládání domácích prací i přes to, že všední denní činnosti, kterých jsou domácí práce součástí, jsou jednou z hlavních oblastí, na které se ergoterapeut ve své praxi zaměřuje (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Krivošíková (2011) uvádí, že tyto činnosti jsou náročnější a jsou prováděny v domácím prostředí. Proto bylo záměrem autorky provést veškerý sběr dat a následně i terapie v domácím prostředí klientů. Bohužel byl tento záměr vzhledem k situaci spojené s onemocněním COVID-19, která v České republice nastala a vzhledem k nastaveným vládním opatření, odložen a nebylo tak možné zahájit sběr dat. Až po uvolnění opatření bylo možné se s klienty setkat a provést potřebný sběr dat v jejich domácím prostředí. Domácí prostředí klientů zvolila autorka, protože právě hodnocení provádění činností v přirozeném prostředí nabízí ergoterapeutovi pohled na výkon jedince v jeho přirozeném prostředí. Umožňuje zjistit, jakým způsobem jsou činnosti prováděny, jak jedinec řeší vzniklé problémy a zároveň ergoterapeutovi nabízí možnost zhodnocení bariér, které mají na výkon dané činnosti vliv. Zvolení vhodných strategií pro provádění činností a kompenzačních pomůcek se odvíjí od funkčních možností jedince a jeho prostředí.

Obsah teoretické části práce byl volen tak, aby čtenáři přiblížil problematiku míšního poranění. Uvedl, jaké jsou jeho následky, jak se může poranění míchy dělit a jaké fáze léčby musí jedinec po vzniku poškození míchy absolvovat před samotným návratem do domácího prostředí. V další části práce nabízí popis domácích prací, protože právě ty jsou hlavním tématem práce a je potřeba je vhodně začlenit a definovat. Již v této části jsou nastíněny možnosti adaptací domácích prací pro jedince s TML. Část je také věnována vlivu prostředí na výkon domácích prací, protože právě vliv prostředí je součástí ergoterapeutických modelů – Modelu lidského zaměstnávání (MOHO, Kielhofner a Burke, 1980) a Kanadského modelu výkonu zaměstnávání (CMOP, Law et al., 2005). Závěrem této kapitoly autorka uvedla

možnosti ergoterapeutického vyšetření, kde zmínila několik hodnotících nástrojů, jejichž obsahem jsou mimo jiné domácí práce. Doposud nebyl vytvořen žádný hodnotící nástroj zabývající se pouze domácími pracemi.

Praktická část je zpracovaná prostřednictvím kazuistik dvou osob po transversální míšní lézi. Kde hlavním cílem bylo kvalitativně zhodnotit zvládnutí domácích prací muže a ženy po transversální míšní lézi v oblasti C6. Proto byli autorkou vybráni dva probandi – jedna žena (dále jako klientka č. 1) a jeden muž (dále jako klient č. 2), které spojuje stejná výška léze, rok stanovení diagnózy a oba žijí ve sdílené domácnosti s další osobou. Muž a žena byli vybráni, protože nejenom v České republice mají žena a muž historicky danou svou roli, a to nejen v domácnosti, ale i v životě. Ženy spíše pečují o domácnost a děti, naopak muži se starají o finanční zajištění a manuální práce (Krausz, 1986). Tento historický fakt ovšem v dnešní době zasahuje do velmi aktuální problematiky genderů. Proto se autorka rozhodla zvolit osoby opačného pohlaví, muže a ženu, aby zjistila, jak se liší provádění domácích prací z jejich pohledu. Pro vypracování této části práce bylo prvotním záměrem autorky získat potřebná data pomocí semi-strukturovaného rozhovoru. Od této možnosti bylo nakonec z části upuštěno, protože se autorka rozhodla získaná data z rozhovoru pouze shrnout, a také proto, že na dotazované položky získala odpovědi při samotné analýze činnosti, ke které využila nezúčastněné pozorování. Metody zpracování bakalářské práce jsou blíže uvedeny v kapitole 3.2.

Při prvním setkání s klienty bylo provedeno vstupní vyšetření, kde byla odebrána anamnéza, včetně bytové situace a vzhledem k diagnóze probandů i orientační vyšetření DKK. Pro hodnocení soběstačnosti bylo použito spinálními ergoterapeuty využívané hodnocení SCIM. Toto hodnocení bylo vytvořeno pro funkční zhodnocení pacientů s míšní lézí a kromě sebeobsluhy, ovládnutí svěračů a mobility i dýchání a jednotlivých druhů přesunů (Catz et al., 1997). Zvolené hodnocení bylo pro autorku přínosné, protože oproti nejčastěji využívanému Barthel Indexu (Mahoney a Barthel, 1965) hodnotí například dýchání, zvláště oblékání a koupel horní a dolní poloviny těla, mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů atd. (Catz et al., 1997). Poté bylo provedeno hodnocení domácího prostředí za využití metodiky SEMAFOR home. Tato metodika byla vybrána, protože se jedná o jedinou českou standardizovanou metodiku, která nabízí zhodnocení bariér domácího prostředí (Čihařová, 2017). Pro stanovení problémových oblastí ve výkonu zaměstnávání bylo zvoleno hodnocení Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), které je založeno na klientově subjektivním zhodnocení výkonu a spokojenosti s výkonem při provádění činností a z jeho výsledků je možné stanovit

cíle terapií. Auroce pomohlo s identifikací problémových oblastí při domácích pracích a při stanovování cílů terapií. V průběhu nebo po ukončení terapií je vhodné provést kontrolní hodnocení pro zjištění, zda byly použité metody terapie účinné a zda došlo u jedince ke zlepšení výkonu a spokojenosti s výkonem ve stanovených oblastech (Law et al., 2005). V případě této práce bylo provedeno kontrolní vyšetření s využitím COPM s odstupem pouze několika dní. V praxi je ale vhodnější provádět kontrolní vyšetření s větším časovým odstupem, aby měl klient možnost hodnotit svůj subjektivní výkon v době, kdy si již své předchozí hodnocení jednotlivých položek nepamatuje. Z provedení těchto dvou kazuistik vyplývá, že právě COPM by být vhodným nástrojem pro hodnocení efektivity terapie zaměřené na domácí práce.

Transverzální míšňí léze je trvalý stav spojený s úplnou ztrátou motorické i senzitivní funkce pod úrovní léze (Kříž, 2019; Protos, Stone a Grinell, 2009). V případě transverzální míšňí léze v úrovni C6 jsou nad touto úrovní neporušeny motorické a senzitivní funkce – je zachována funkce svalů v oblasti ramenního kloubu a extensory zápěstí (Atkins, 2010). U těchto jedinců je také porušena stabilita trupu a jsou oslabeny svaly ruky. Proto je v počátečních fázích léčby důležitou úlohou ergoterapeuta nácvik funkční ruky tetraplegika, který alespoň částečně zajistí možnost úchopové funkce (Faltýnková, 2012; Kříž, 2019). Hlavním cílem ergoterapie u osob po úrazech míchy je jejich zpětná participace do života, protože každý jedinec má právo účastnit se aktivit každodenního života. Během hospitalizace je ergoterapeutická intervence soustředěna na nácvik personálních ADL, doporučení kompenzačních pomůcek pro sebeobsluhu a mobilitu a doporučení úprav domácího prostředí ještě před návratem jedince domů. Po návratu do domácího prostředí je od jedince s transverzální míšňí lézí očekáváno, že bude vykonávat i instrumentální ADL, jejichž jednou z jejich položek je i péče o domácnost. Péče o domácnost zahrnuje položky jako je úklid domu, praní, sušení a žehlení prádla, třídění a vyhazování odpadu, zametání, vysávání, vytírání, péče o zvířata, zalévání květin apod. (Van Oss, 2016; WHO, 2010). U osob s transverzální míšňí lézí se při výkonu těchto činností mohou vyskytovat omezení související s jejich funkčním stavem, jako je ztráta hybnosti trupového svalstva a omezení funkce HKK, převážně úchopové funkce, které ovlivní výkon těchto činností. Při pozorování klientů při provádění domácích prací bylo zjištěno, že jako kompenzační mechanismus pro zajištění stability trupu oba klienti využívají oporu o jednu HK. Například klient č. 2 udržuje stabilitu za pomoci opory o loket nebo zaháknutím horní končetiny za ruku pro doprovod, kdežto klientka č. 1 využívá oporu o dlaň. Také bylo zjištěno, že tito jedinci jsou schopni provádět domácí práce, přestože například autoři (Atkins, 2010; Sabharwal, 2019) ve svých člancích uvádějí, že osoby po transverzální míšňí

lézi v oblasti C6 potřebují plnou asistenci při vykonávání domácích pracích. Tito jedinci jsou schopni provádět jednoduché domácí práce, ale dokážou si poradit i s těmi složitějšími. Také by se dalo předpokládat, že pokud jedinec sdílí domácnost s někým dalším, budou většinu, ne-li všechny domácí práce, vykonávat právě oni. Tento předpoklad byl na základě analýzy získaných dat vyvrácen.

Během sběru dat bylo autorkou zjištěno, že u klientky č. 1 v oblastech soběstačnosti a volnočasových aktivit hráli roli tzv. peer mentoři a další osoby s podobnou diagnózou. Peer mentoring je popisován jako vztah mezi dvěma jedinci, kteří spolu sdílejí nějakou společnou charakteristiku (transverzální míšň lézi) nebo zkušenost a v němž jeden poskytuje potřebnou pomoc nebo podporu druhému (Hayes a Balcazar, 2008). Tito peer mentoři nabízejí rady nejenom v oblasti domácích pracích, ale všeobecně o možnostech participace jedince do aktivního života. V České republice v projektu organizace CZEPA s názvem „Peer mentoring“ v současnosti působí jedenáct kvalifikovaných peerů, kteří nabízejí pomoc jedincům po úrazech míchy s participací do aktivního života (CZEPA, 2021). Tato služba má velký potenciál, protože nabízí možnosti a informace, se kterými nejlépe poradí právě osoba se stejnou diagnózou.

Během práce s klientem č. 2 bylo zjištěno, že se plánuje v budoucnu přestěhovat na chalupu, kterou předtím hodlá postupně upravovat. Proto bylo do intervence s tímto klientem zařazeno i řešení bezbariérového prostředí, kdy byly představeny publikace zaměřující se na bezbariérové bydlení. V souvislosti s tématem bakalářské práce je vhodné při zařizování nového bydlení jedincům doporučit sjednocení podlah v celém domě, pro snadnější provádění úklidu, nezapomínat na přístupnost všech potřebných místností – především s pračkou/sušičkou a s čistícími prostředky, a také na vhodné výškové umístění společných prvků domácnosti v dosahové vzdálenosti z vozíku. Je vhodné předat kontakty či doporučení na různé firmy zabývající se bezbariérovým prostředím. Ergoterapeut by nikdy neměl zapomínat na hodnocení domácího prostředí a jeho vliv na výkon při provádění činností.

Transverzální míšň léze je trvalý celoživotní stav, který jedinci ztěžuje vykonávání dříve banálních činností. Proto autorka chtěla v této práci poukázat na to, že i vzhledem ke zmiňovaným údajům z literatury, jsou tyto osoby schopny vykonávat domácí práce, i když jim zaberou mnohem více času a energie, které by mohli investovat do jiných činností.

Česká i zahraniční literatura se této problematice věnuje pouze okrajově, proto autorka chtěla poukázat na důležitost role ergoterapeuta i po propuštění těchto jedinců do domácího

prostředí. Ergoterapeuti i nadále hrají důležitou roli v doporučování pomůcek, při návrhu nových strategií výkonu činnosti a při doporučení úprav domácího prostředí.

5 ZÁVĚR

Teoretická část práce nabízí souhrn zjištěných informací z literatury souvisejících s tématem práce. Uvádí přehled problematiky míšních lézí, kde je detailněji popsána cílová skupina práce. Cílovou skupinou byly osoby po transversální míšní lézi (dále TML) v úrovni C6. Další část práce byla věnována domácím pracím, protože praktická část této práce je zaměřena na jejich problematiku. Závěrem jsou uvedeny možnosti ergoterapeutického vyšetření domácích prací, na které navazují možnosti intervencí u osob po TML. Praktická část představuje dva klienty (ženu a muže) kteří jsou v chronické fázi po TML v úrovni C6 a kteří již žijí v domácím prostředí a nabízí závěry z pozorování klientů při výkonu domácích prací.

Z rozhovoru s klienty bylo zjištěno, že oba vykonávají některé domácí práce, a to buď sami, nebo alespoň částečně, i přes to, že sdílí domácnost s dalším člověkem. Ze získaných informací vyplývá, že žena (kazuistika č. 1) provádí více domácích prací oproti muži (kazuistika č. 2) a že jednotlivé obtíže při jejich vykonávání souvisí s tím, jaké činnosti vykonávají. Například v případě ženy je to manipulace s těžkými předměty např. při vytírání, kdežto muž tento problém nemá, protože tuto činnost jako celek nevykonává. Z jejich pozorování při výkonu domácích prací bylo zjištěno, že pro oba klienty se jeví jako obtížné úklid míst, která nejsou v jejich dosahové vzdálenosti, s tím souvisí zjištěné bariéry prostředí, jako jsou vysoko umístěné úložné prostory nebo zaplněný prostor pod dřezem.

V případě obou klientů byl využit biomechanický rámec vztahů, rehabilitační a biomechanický přístup. Také je vhodné při řešení problematiky zvládnutí domácích prací hodnotit i domácí prostředí. Pro jeho hodnocení v České republice je vhodné využít standardizovaný nástroj SEMAFOR home, který je určen pro osoby s fyzickou disabilitou a který poskytuje celkové zhodnocení bariér domácího prostředí.

Závěrem lze říct, že cíl práce, kterým bylo kvalitativně zhodnotit zvládnutí domácích prací muže a ženy po transversální míšní lézi v úrovni C6, byl splněn. Při pozorování bylo zjištěno, jak tito klienti zvládají vykonávat domácí práce, jaké problémy při jejich vykonávání mají a jaký na to má vliv domácí prostředí.

Tato práce nabídla úvod k dosud dostatečně neprozkoumanému výkonu zaměstnávání v oblasti domácích prací u této cílové skupiny. Do budoucna by bylo užitečné, kdyby bylo také prozkoumáno, jak zvládají domácí práce i osoby s jinou výší léze. Mohl by tak vzniknout ucelený přehled toho, jaké domácí práce jsou tyto osoby schopny samostatně vykonávat, jaké

pomůcky nebo strategie jim usnadňují je samostatně provádět či jaké bariéry prostředí se v souvislosti s jejich výkonem mohou objevit.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Z. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

AOTA [American Occupational Therapy Association]. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **68**(Supplement_1) [cit. 2020-10-10]. Doi: 10.5014/ajot.2014.682006. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?doi=10.5014/ajot.2014.682006>

ARNOLD, S. et al. International perspective on factors influencing the performance of housework: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2018, **81**(12), 687-699. ISSN 0308-0226. Dostupné z: doi:10.1177/0308022618777986

ATKINS, M. S. *Spinal Cord Injury*. In: RADOMSKI, M. V. a C. A. T. LATHAM. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, ©2014, s. 1168-1214. ISBN 978-1-4511-8921-6.

BENEŠ, V. Poranění míchy. In: JEDLIČKA, P. et al. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005, s. 133-140. ISBN 80-7262-312-5.

CATZ, A. et al. SCIM – spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. *Spinal Cord*. 1997, **35**(12), 850-856. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/sj.sc.3100504

CLEMSON, L. et al. *Assessment of Living Skills and Resources*. 2008.

COOPER, B., RIGBY, P. a L. LETTS. Evaluation of Access to Home, Community, and Workplace. In: TROMBLY, C. A. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 4th ed. Maryland: Baltimore: Williams & Wilkins, ©1995, s. 55-72. ISBN 0-683-08390-2.

COOPER, M. a M. C. RODMAN. Accessibility and Quality of Life in Housing Cooperatives. *Environment and Behavior*. 1994, **26**(1), 49-70. ISSN 0013-9165. Dostupné z: doi:10.1177/0013916594261004

COYNE, R. a W. Kluwer. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale* [online]. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing, 2019 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/lawton-instrumental-activities-daily-living-iadl-scale>

CZEPA. *Peer Mentoring* [online]. ©2021 [cit. 2021-07-19]. Dostupné z: <https://peermentor.cz>

Česká společnost pro míšňí léze ČLS JEP. *Statistiky* [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/cz/statistiky/>

ČESKO. Vyhláška č. 398 ze dne 5.listopadu 2009. Vyhláška o obecných požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. In: *Sbírka zákonů České republiky, 2009*, částka 129. [cit. 2021-7-12]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-398>

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15.listopadu 2006. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky, 2006*, částka 164. [cit. 2021-7-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČIHAŘOVÁ, K. Metodika SEMAFOR home Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home: Plně standardizovaná (reliabilní a validní) metodika pro objektivní hodnocení bariér v domácím prostředí osob s fyzickým postižením. In: *Informační Bulletin ČAE*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2017, **2**(2017), 15-19. ISSN 1804-1558.

DOLEŽEL, J. Traumatická léze míšňí. *Urologie pro praxi*. 2004, **5**(4), 146-155. ISSN: 1213-1768.

EICHLER, M. a P. ALBANESE. What Is Household Work? A Critique of Assumptions Underlying Empirical Studies of Housework and an Alternative Approach. *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*. 2007, **32**(2). ISSN 03186431. Dostupné z: [doi:10.2307/20460633](https://doi.org/10.2307/20460633)

elearnSCI.org. *Occupational Therapists & Assistive Technologists: Learn about SCI occupational therapy* [online]. [2012] [cit. 2021-6-28]. Dostupné z: <http://elearnsoci.org/intro.aspx?id=8&category=Occupational+Therapists+%26+Assistive+Technologists>

FALTÝNKOVÁ, Z. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, 2012. ISBN 978-80-260-5098-8.

FERNÁNDEZ, J. et al. The gendered division of housework. *Psicothema*. 2016, **28**(2), 130-136. ISSN 0214-9915. Dostupné z: [doi:10.7334/psicothema2015.169](https://doi.org/10.7334/psicothema2015.169)

FOTI, D. a J. S. KOKETSU. Activities of Daily Living. In: PENDLETON, H. M. a W. SCHULTZ-KROHN. *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 7th ed. St. Louis, Missouri: Mosby/Elsevier, ©2013, s. 157-232. ISBN 978-0-323-05912-1.

FRONTIER MANAGEMENT. *Activities of Daily Living: A Checklist For What You Need to Know*. [online]. ©2021 [cit. 2021-6-29]. Dostupné z: <https://frontiermgmt.com/activities-of-daily-living-checklist/>

GIBSON, B. E. *Disability and dignity-enabling home environments*. 2012, **74**(2), 211-219. ISSN 02779536. Dostupné z: doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.006

GRAY, D. B. et al. Participation Survey/Mobility: Psychometric Properties of a Measure of Participation for People With Mobility Impairments and Limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2006, **87**(2), 189-197. ISSN 00039993. Dostupné z: doi: 10.1016/j.apmr.2005.09.014

Hamzova léčebna Luže-Košumberk. *Pro pacienty a lékaře*. [online] ©2021 [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: <https://www.hamzova-lecebna.cz/cz/m/pro-pacienty-a-lekare/>

HAYES, E. a F. BALCAZAR. Peer-mentoring and disability: current applications and future directions. In: KROLL, T., ed. *Focus on Disability: Trends in Research and Application*. New York: Nova Science Publishers, ©2008, s. 89-108. ISBN 978-1-60021-792-0.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEYWOOD, F. Adaptation: Altering the House to Restore the Home. *Housing Studies*. 2005, **20**(4), 531-547. ISSN 0267-3037. Dostupné z: doi:10.1080/02673030500114409

HOPKINS, R. O. et al. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. 2017, **14**(8), 1332-1343. doi: 10.1513/AnnalsATS.201701-059SR. ISSN 2329-6933. Dostupné také z: <http://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.201701-059SR>

JAMES, A. B. Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. In: CREPEAU, E. B., E. S. COHN a B. A. B. SCHELL SCHELL. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott: Williams & Wilkins, s. 538-578. ©2009. ISBN 978-0-7817-6004-1.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ M. a L. ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KATZ, S. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983, **31**(12), 721-727. ISSN 00028614. Dostupné z: doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x

- KIELHOFNER, G. a J. P. BURKE. A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*. 1980, **34**(9), 572-581. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.34.9.572
- KIELHOFNER, G. Model of human occupation: theory and application. 4. vyd. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2008, 565 s. ISBN 0-7817-6996-β5.
- KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOČIŠ, J. a P. WENDSCHE. *Poranění páteře*. Praha: Galén, ©2012. ISBN 978-80-7262-846-9.
- KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ©2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KRAUSZ, S. L. Sex Roles within Marriage. *Social Work*. 1986, **31**(6), 457-464. ISSN 1545-6846. Dostupné z: doi:10.1093/sw/31.6.457
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-
- KRIZ, J. Incidence of acute spinal cord injury in the Czech Republic: a prospective epidemiological study 2006–2015. *Spinal Cord*. 2017, **55**(9), 870-874. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/sc.2017.20
- KŘÍŽ, J. a Z. FALTÝNKOVÁ. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšními lézemi*. CZEPA, 2012, 15 s.
- KŘÍŽ, J. *Poranění míchy: Příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-424-8.
- KŘÍŽ, J. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. *Neurologie pro praxi*. Praha, 2013, **14**(3), 140-143.
- LAW, M. et al. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. [cit. 2021-07-01]. ISBN 978-80-254-2744-6.
- LAWTON, M. P. a E. M. BRODY. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*. 1969, **9**(3 Part 1), 179-186. ISSN 0016-9013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- LIDÁKOVÁ, V., KŘÍŽ J. a P. KRÁLOVÁ. Ergoterapie. In: KŘÍŽ, J. *Poranění míchy: Příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-424-8.
- MAHONEY, F.I. a D. W. BARTHEL. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 1965, **14**, 61-65. PMID: 14258950.

- MATEO, S. et al. Improvement of grasping after motor imagery in C6-C7 tetraplegia: A kinematic and MEG pilot study. *Restorative Neurology and Neuroscience*. 2015, **33**(4), 543-555. ISSN 09226028. doi:10.3233/RNN-140466
- MATEO, S. et al. Kinematic characteristics of tenodesis grasp in C6 quadriplegia. *Spinal Cord*. 2013, **51**(2), 144-149. ISSN 1362-4393. doi:10.1038/sc.2012.101
- MAYNARD, F. M. et al. International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*. 1997, **35**(5), 266-274. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/sj.sc.3100432
- MCDONALD, J. W. a C. SADOWSKY. Spinal-cord injury. *The Lancet*. 2002, **359**(9304), 417-425. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(02)07603-1
- MERIANO, C. a D. LATELLA. *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated. ©2014. ISBN 978-1-61711-055-9.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Metodické opatření MZ, kterým se stanovuje síť zdravotnických zařízení a jejich spádových území pro zajištění komplexní péče při závažných čerstvých spinálních postizeních. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002, 36s., částka 6. [cit. 2021-06-09]. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-6-2002-2/>
- NAS, K. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*. 2015, **6**(1). doi: 10.5312/wjo.v6.i1.8. ISSN 2218-5836. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/2218-5836/full/v6/i1/8.htm>
- NOREAU, L., FOUGEYROLLAS, P. a K. A. BOSCHEN. Perceived Influence of the Environment on Social Participation Among Individuals with Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2002, **7**(3), 56-72. ISSN 1082-0744. Dostupné z: doi:10.1310/1UGA-EY2T-N6XP-1PHE
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PRIMEAU, L. A. A Woman's Place: Unpaid Work in the Home. *American Journal of Occupational Therapy*. 1992, **46**(11), 981-988. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.46.11.981

PROTOS, K., STONE, K. a M. GRINNELL. Spinal Cord Injury. IN: CREPEAU, E. B., E. S. COHN a B. A. B. SCHELL SCHELL. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott: Williams & Wilkins, c2009, s. 1065-1069. ISBN 978-0-7817-6004-1.

Rehabilitační ústav Hrabyně a Chuchelná. *Poskytovaná péče*. [online]. ©2021 [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: <http://www.ruhrabyne.cz/poskytovana-pece/>

Rehabilitační ústav Kladruby. *Poskytovaná péče*. [online]. ©2021 [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/poskytovana-pece/>

RICHARDSON, E. J., RICHARDS, J. S. a B. A. BOYER. Spinal Cord Injury. BOYER, B. A. a M. I. PAHARIA. *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*. Hoboken, NJ, USA: Wiley, ©2008, s. 229-250. ISBN 978-0-471-78386-2.

RŮŽIČKA, E. et al. *Neurologie*. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.

SABHARWAL, S. Spinal Cord Injury (Cervical). In: FRONTERA, Walter, R., Julie, K. SILVER a Thomas D. RIZZO. *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, c2019, 902 - 904. ISBN 978-0-323-54947-9.

SILVER, J. R. History of the treatment of spinal injuries. *Postgraduate Medical Journal*. 2005, **81**, 108-114. DOI: 10.1136/pgmj.2004.019992. Dostupné také z: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/81/952/108.full.pdf>

SPINALISTIPS. *Tips och ideas about: Household tasks* [online]. ©2006-2020 [cit. 2021-6-28]. Dostupné z: <https://spinalistips.se/en/category/all-tips-about-household-tasks-8>

STEWART, C. Retraining Housekeeping and Child Care Skills. In: TROMBLY, C. A. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 4th ed. Maryland: Baltimore: Williams & Wilkins, ©1995, s. 55-72. ISBN 0-683-08390-2.

STIENS, S. A. et al. 4. Optimal participation in life after spinal cord injury: Physical, psychosocial, and economic reintegration into the environment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002, **83**, S72-S81. ISSN 00039993. Dostupné z: doi: 10.1053/apmr.2002.32178

ŠÁMAL, F., OUZKÝ, M. a P. HANINEC. Míšní léze z pohledu neurochirurga. *Neurologie pro praxi*. 2017, **18**(6), 386-388. ISSN 12131814. DOI:10.36290/neu.2017.115

- ŠTULÍK, J. et al. *Poranění krční páteře*. Praha: Galén, ©2010. ISBN 978-80-7262-685-4.
- TÖRNQUIST, K. a U. SONN. Towards an ADL Taxonomy for Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014, **21**(sup1), 20-27. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi: 10.3109/11038128.2014.952885
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví [online]. Druhé aktualizované české vydání. 2020 [cit. 2021-5-20]. ISBN 978-80-7472-187-8. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>
- VAN OSS, T. Instrumental Activities of Daily Living. In: MERIANO, C. a D. LATELLA. *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2016, s. 249-296. ISBN 978-1-61711-055-9.
- WENDSCHE, P. a J. KRÍŽ. *Doporučené postupy – péče v akutní fázi po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 2005.
- WFOT [World Federation of Occupational Therapists]. *About Occupational Therapy* [online]. ©2020 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- WHO [World Health Organization]. International Perspectives on Spinal Cord Injury [online]. 2013 [cit. 2021-4-10]. ISBN 978-92-4-069186-5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/international-perspectives-on-spinal-cord-injury>
- WHO [World Health Organization]. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1587-2. Dostupné také z: <http://uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>
- WILLIAMS, J. H. et al. Development and Testing of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in Elderly Community-Dwelling Veterans. *The Gerontologist*. 1991, **31**(1), 84-91. ISSN 0016-9013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/31.1.84
- WONG, A. W. K. et al. Relationships between environmental factors and participation in adults with traumatic brain injury, stroke, and spinal cord injury: a cross-sectional multi-center study. *Quality of Life Research*. 2017, **26**(10), 2633-2645. DOI: 10.1007/s11136-017-1586-5. ISSN 0962-9343. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-017-1586-5>
- ZELTZER, L. Frenchay Activities Index (FAI). *Stroke Engine* [online]. 2008 [cit. 2021-6-29]. Dostupné z: <https://strokengine.ca/en/assessments/frenchay-activities-index-fai/#Purpose>

7 SEZNAM ZKRATEK

a. = arteria

ADL = všední denní činnosti

AIS = ASIA Impairment Scale

ang. = anglicky

OTA = Americká asociace ergoterapeutů

apod. = a podobně

ASIA = American Spinal Injury Association

atd. = a tak dále

atp. = a tak podobně

bpn = bez patologického nálezu

COPM = Canadian Occupational Performance Measure = Kanadské hodnocení výkonu
zaměstnávání

COVID-19 = koronavirové onemocnění 2019

DKK = dolní končetiny

FAI = The Frenchay Activities Index = Frenchayský test aktivit

FN = fakultní nemocnice

HK = horní končetina

HKK = horní končetiny

IADL = instrumentální všední denní činnosti

IP = interphalangeální

KN = krajská nemocnice

m. = musculus

MKF = Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN – 10 = Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

MP = metakarpofalangeální

MZ ČR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. = například

PADL = personální všední denní činnosti

Sb. = sbírky

SCIM = Spinal Cord Independence Measure = Měření nezávislosti u míšního poranění

SEMAFOR home = Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home

SJ = spinální jednotka

TML = transversální míšní léze

tzv. = takzvaně

ZTP/P = zvlášť těžké postižení s průvodcem

8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 3.3.1.1 Vstupní COPM u probanda č. 1	32
Tabulka 3.3.1.2 Porovnání vstupního a výstupního COPM u probanda č. 1	38
Tabulka 3.3.2.1 Vstupní COPM u probanda č. 2	46
Tabulka 3.3.2.2 Porovnání vstupního a výstupního COPM u probanda č. 2	51

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Příloha č. 1 Informovaný souhlas

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Problematika zvládání péče o domácnost osobami po transverzální míšní lézi z pohledu ergoterapeuta

Stručná anotace BP:

Tato bakalářská práce se zabývá zvládáním péče o domácnost osobami po transverzální míšní lézi. Hlavním cílem bakalářské práce je kvalitativně zhodnotit zvládání domácích prací u těchto osob. Teoretická část se věnuje transverzální míšní lézi, problematikou a možnostmi zvládání péče o domácnost u transverzální míšní léze. Praktická část zahrnuje semistrukturovaný rozhovor zaměřený na zvládání domácích prací a kazuistiku dvou osob, jejíž součástí bude Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), v němž pacienti subjektivně zhodnotí své problémové oblasti převážně v oblasti domácích prací a zhodnocení domácího prostředí dle SEMAFOR home. Závěrem bakalářské práce bude shrnutí získaných dat spolu s uvedením možností zvládání domácích prací u těchto osob.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

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

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: