

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Jana Žďárská

Manuál ADL u osob po cévní mozkové příhodě

ADL manual for people after stroke

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Alžběta Čábelková

Praha, 2014

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce Bc. Alžbětě Čábelkové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky podněty a náměty. Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutkám v Domově seniorů Sue Ryder a Domov seniorů Háje, které mi zde umožnily ověřit praktické znalosti v době odborné praxe. Děkuji také všem pacientům za trpělivost a ochotu spolupracovat. Na závěr bych ráda poděkovala své rodině za velkou podporu při studiu.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svoji závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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.

V Praze dne:

Jana Žďárská

Identifikační záznam:

ŽDÁRSKÁ, Jana. *Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě. [ADL manual for people after stroke]*. Praha, 2014. 136 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Čábelková, Alžběta

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Jana Žďárská

Vedoucí práce: Bc. Alžběta Rejmanová

Oponent práce:

Název bakalářské práce: Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě

Abstrakt bakalářské práce: Tato bakalářská práce si klade za cíl vytvořit „Manuál ADL (z anglického originálu Activity of Daily Living – dále jen ADL) pro osoby po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). Teoretická část bakalářské práce se zabývá CMP a především následky, které pacientům přináší. Představuje obor ergoterapie a jeho nezastupitelnou roli v procesu návratu pacienta do aktivního života. Objasňuje proces rehabilitace a jeho široké možnosti. Popisuje zkušenosti pacientů s dostupností souhrnných materiálů, zabývajících se touto problematikou. Popisuje situaci na trhu, kde je celá řada materiálů, zabývajících se příčinami, etiologií a důsledky CMP, ale schází zde literatura, zabývajících se možnostmi vyrovnání se s vzniklými trvalými následky. V praktické části bakalářské práce představuji vypracovaný „Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě“ včetně vložených souhrnných listů. Pro jednotlivé oblasti ADL jsou v manuálu zvoleny jak běžné, tak i netypické či zajímavé kompenzační pomůcky. Obsahem manuálu jsou také návody a postupy, jak se orientovat na trhu s kompenzačními pomůckami, kde zjistit podrobnosti o jednotlivých kompenzačních pomůckách, kde a jak si pomůcky vyzkoušet, zapůjčit nebo objednat. Jako výzkumný vzorek pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem si vybrala 30 pacientů z různých domovů seniorů, kteří prodělali CMP a používají kompenzační pomůcky. Tito pacienti pak pomocí dotazníkové metody hodnotili předložený manuál, jeho přehlednost, fotodokumentaci, zaměření a zpracování.

Klíčová slova:

CMP

ergoterapie

personální ADL

soběstačnost

instrumentální ADL

kompenzační pomůcky

Abstract: This bachelor thesis is aiming at creating a ADL (Activity of Daily Living) manual for people who suffered a stroke. Theoretical part is mainly focused on results of stroke that patients have to live with. It represents what occupational therapy is about and its irreplaceable role in the process of the patient's return to active life. It shows wide range of rehabilitation process and patient's difficulties with availability of complete materials with its issue. There are materials describing etiology, causes and results of stroke on the market, but not so many publications describing procedure how to deal with it and how to reach the highest level of patient's independence in normal life when it once happened.

Practical part is represented by my own manual called „ADL manual for people after a stroke“ with summary sheets included after each category of ADL. The manual contains use of common and also rare compensatory aids with instructions where to find details about those aids on the market. The manual was created with 30 different people who suffered stroke and use compensatory aids nowadays. Then the survey was made with these patients to express their opinions on the manual.

Key words:

Stroke

Occupational Therapy

personal ADL

self-sufficiency

instrumental ADL

compensatory aids

Seznam příloh

Dotazník

Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě

Souhrnné listy

Seznam použitých zkratk

ADL – Activities of Daily Living, činnosti každodenního života

CMP – cévní mozková příhoda

HKK – horní končetiny

iADL – instrumental Activities of Daily Living, instrumentální činnosti každodenního života

pADL – personal Activities of Daily Living, personální činnosti každodenního života

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Teoretická část	14
2.1	Cévní mozková příhoda a její důsledky	14
2.2	Rehabilitace	16
2.2.1	Rehabilitační proces po CMP	16
2.2.2	Metody rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě	17
2.3	Ergoterapie	18
2.4	Kompenzační pomůcky	19
3	Praktická část	21
3.1	Metodologie práce	21
3.1.1	Cíl bakalářské práce	21
3.1.2	Základní otázka	22
3.1.3	Typ výzkumu	22
3.1.4	Výzkumný vzorek	22
3.2	Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě	22
3.3	Zhodnocení užitečnosti manuálu pomocí dotazníku	22
3.4	Výsledky dotazníku pomocí grafů	23
4	Diskuze.....	27
5	Závěr	31
6	Seznam literatury	34
7	Přílohy.....	38
7.1	Dotazník k manuálu ADL u osob po cévní mozkové příhodě	38
7.2	Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě	41
7.3	Souhrnné listy k Manuálu ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě.....	108

1 Úvod

Téma bakalářské práce „Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě“ jsem si zvolila z důvodu aktivního zájmu o tuto problematiku. Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je závažné onemocnění, které postihuje stále častěji i osoby mladšího věku. Následky CMP bývají pro život člověka omezující. Kvůli následkům se často nemůže vrátit do zaměstnání ani ke svým koníčkům. Důsledky CMP závisí na lokalizaci a rozsahu poškození mozkové tkáně. Následky onemocnění pacienta po určitou dobu omezují v soběstačnosti. Pacienti se tak dostávají z plného zdraví do situace, kdy jsou nuceni žít s určitým omezením (Kalina, 2001).

Tato omezení znesnadňují vykonávání ADL a stávající domácí prostředí se pro pacienta stává bariérovým. Závislost na pomoci druhé osoby je pro pacienta zatěžující i po psychické stránce. (Post-stroke deprese, 2014)

V případě chronické nemoci či trvalého postižení jde velmi často nejen o problém zdravotní. Důsledky zdravotní poruchy limitují mnohé oblasti života postiženého. Není zcela samostatný ve svém bydlišti či mimo ně, má omezené pracovní možnosti, možnosti vzdělávání, obtížně navazuje partnerské vztahy apod. (Pfeiffer, 2001).

Cílem rehabilitace po prodělané CMP je dovést pacienta k soběstačnosti a umožnit mu návrat jak do společnosti, tak i do zaměstnání. Jedná se o tzv. koordinovanou rehabilitaci, která by měla být včasná, komplexní, návazná, koordinovaná a především dostupná. Měla by trvat tak dlouho, dokud se pacient zlepšuje (Švestková, Svěčená a kol., 2013).

K postupnému návratu do běžného života významně napomáhají kompenzační pomůcky, které je možno použít jak v personálních ADL (oblékání, sebesycení,

koupání, použití toalety atd.) tak i v instrumentálních ADL (psaní, používání výpočetní techniky, telefonování, cestování, vaření, zájmy a koníčky atd.) (Krivošíková, 2011).

V současné době existuje nepřehledné množství kompenzačních pomůcek, které pomáhají vykonávání ADL usnadnit. Domnívám se, že souhrn pomůcek, který jsem zpracovala a rozdělila podle jejich oblastí použití, pomůže pacientům v lepší orientaci v této oblasti. Mohl by usnadnit vyhledávání a orientaci v nabídce pomůcek, zprostředkuje prvotní seznámení, nabízí tipy pro výrobu vlastní pomůcky, ukazuje postup, jakým si pacient může danou pomůcku prohlédnout, vyzkoušet a pořídit si ji. Součástí mého manuálu jsou jednotlivé volné souhrnné listy kompenzačních pomůcek, připravené tak, aby je mohl ergoterapeut pacientovi předat právě pro tu oblast ADL, ve které má pacient obtíže.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá CMP a především následky, které pacientům přináší. Představuje obor ergoterapie a jeho nezastupitelnou roli v procesu návratu pacienta do aktivního života. Osvětluje proces rehabilitace a jeho široké možnosti. Popisuje zkušenosti pacientů s dostupností souhrnných materiálů, zabývající se touto problematikou. Popisuje situaci na trhu, kde je sice celá řada materiálů, zabývajících se příčinami, etiologií a důsledky CMP, ale schází zde literatura, zabývající se možnostmi vyrovnání se s trvalými následky v důsledku CMP. Chybí zpracované postupy, vedoucí k dosažení co možná nejvyššího stupně nezávislosti a možnosti návratu k sociálním rolím, jež pacient plnil ve stavu plného zdraví. A právě touto problematikou se ve své bakalářské práci zabývám.

V praktické části této bakalářské práce představuji vypracovaný Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě včetně vložených souhrnných listů pro každou z oblastí ADL. Pro jednotlivé oblasti ADL jsou v manuálu zvoleny jak běžné, tak i méně známé kompenzační pomůcky. Obsahem manuálu jsou také návody a postupy, jak

se orientovat na trhu s kompenzačními pomůckami, kde zjistit podrobnosti o jednotlivých pomůckách, kde a jak si pomůcky vyzkoušet, zapůjčit nebo objednat.

2 Teoretická část

2.1 Cévní mozková příhoda a její důsledky

K poškození mozku může dojít různými způsoby a z rozdílných příčin. CMP patří mezi nejčastější příčiny morbidity, mortality, ale také invalidity. CMP je v dnešní době chápána a považována za urgentní stav vyžadující včasnou léčbu, od které se poté odvíjí i následky nemoci. Výskyt tohoto onemocnění se zvyšuje s věkem. Hranice nad 60 let je riziková pro obě pohlaví. Jednotlivé průzkumy a statistiky nám ukazují, že ročně umírá kolem 5 miliónů lidí na CMP. Jedná se tak o druhou nejčastější příčinu smrti (Kalina, 2001).

CMP (též ictus, iktus, mozková mrtvice nebo mozkový infarkt) je náhle se rozvíjející postižení určitého okrsku mozkové tkáně, vzniklé poruchou jejího prokrvení. K této poruše může dojít buď na podkladě uzávěru mozkové tepny (tzv. ischemická CMP), nebo na podkladě krvácení z mozkové cévy (tzv. hemoragická CMP). Jedním z nejdůležitějších diagnostických úkolů je rozlišit ischemickou a hemoragickou cévní mozkovou příhodou, protože terapeutický přístup je v obou případech odlišný a nevhodná volba může stav nemocného zhoršit. Cévní mozková příhoda je akutní stav, vyžadující neodkladnou lékařskou pomoc (Kalita, 2006).

Na včasnosti léčby závisí i následný proces uzdravování a možných trvalých následků. Tato problematika se stává nejen zdravotním, ale i sociálním a ekonomickým problémem celé společnosti. Vývoj medicínských postupů zahrnuje i zapojení interprofesního týmu včetně ergoterapeutů do následného rehabilitačního procesu a hodnotí tak důležitost ergoterapeutické intervence u pacientů v chronickém stádium nemoci (Faktorová, 2014).

Díky vývoji medicíny došlo k významným pokrokům v oblastech diagnostiky a léčby CMP, které mají příznivý vliv na přežití po prodělaných iktech. Především při léčbě akutního iktu došlo k ovlivnění neurologického deficitu ve smyslu snížení

mortality postižených CMP a zároveň došlo ke zlepšení kvality života pacientů po prodělané CMP (Vaňásková, 2004).

Během posledních dvou desetiletí stoupl počet lidí s poškozením mozku tak dramaticky, že lze toto postižení označit za tichou epidemii. Hlavní příčinou tohoto jevu je fakt, že medicína učinila obrovské pokroky a díky vysoce kvalitní technologii a stále kvalitnějším záchranným službám přežívá více pacientů (Palmer, S., Palmer, J. B., 2013).

Při CMP dochází k postižení určité oblasti mozkové tkáně. Při postižení levé mozkové hemisféry dojde k ochrnutí a poruchám citlivosti pravé poloviny těla a často k poruše řeči, při postižení pravé hemisféry k ochrnutí a poruchám citlivosti levé poloviny těla. Zasažení mozečku a mozkového kmene se nejčastěji projeví závratí, zvracením, poruchami koordinace pohybů a dvojitým viděním. Při lézi dominantní hemisféry, parietální a temporální krajiny vznikají těžší formy apraxie, lehčí formy mohou vznikat i při lézi na straně nedominantní. Poškození mozku je sice často nevratné, ale při včasném a adekvátním zaléčení může dojít alespoň k částečnému zlepšení stavu nemocného (Ambler, 2011).

V nejbližších letech je třeba počítat s výraznějším vzestupem počtu onemocnění z důvodu nárůstu starších osob v populaci. Dochází ale i k posunu výskytu CMP do mladších věkových kategorií. (National Stroke Association, 2014)

Obvykle platí, že čím je postižení mozkové tkáně rozsáhlejší, tím je i závažnější klinický nález. Obecně lze říci, že čím je poškození mozku větší, tím výraznější jsou dlouhodobé následky, které se promítají do veškerých oblastí lidského života. Mezi nejčastější následky po prodělané CMP patří následky fyzické, poruchy smyslového vnímání, problémy v oblasti kognitivních funkcí, poruchy v oblasti chování a emocí. Trvalé následky významně ovlivňují jak oblast pacientova volného času, tak oblast zaměstnávání. Cílem rehabilitace po prodělané CMP je dovést pacienta k soběstačnosti a umožnit mu návrat jak do společnosti, tak i do zaměstnání. K tomu významně napomáhají kompenzační pomůcky, které je možno použít ve všech oblastech ADL (Votava, 2004).

2.2 Rehabilitace

Rehabilitace znamená obnovu nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu na život, práci a aktivity člověka. Nezbytné je zajistit důstojný život i pro člověka s velmi těžkou disabilitou (Švestková, Svěčená a kol., 2013).

Rehabilitace dle Evropské Unie (EU) je celospolečenský proces, který představuje koordinovanou činnost všech složek společnosti (státu, institucí, organizací a jednotlivců) s cílem znovu zařadit člověka, který je disabilní následkem nemoci, úrazu či vrozené vady, do aktivního společenského života (Švestková, Svěčená a kol., 2013).

2.2.1 Rehabilitační proces po CMP

Na rehabilitačním procesu se podílí interprofesní tým odborníků, mezi které patří lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, speciální pedagogové, sociální pracovníce, posudkový lékař, biomedicínský inženýři, zdravotní sestry, protetici a také rodina a přátelé pacienta. Cílem rehabilitace je zlepšení jak fyzického, tak i psychického stavu pacienta a zabránění vzniku sekundárních změn (kontrakturní, deformity kloubů nebo vznik dekubitů). Intenzivní rehabilitací se snažíme u pacienta dosáhnout plné soběstačnosti a zařazení zpět do plnohodnotného života. (Matolínová 2013/2014)

V současné době je obor rehabilitace na velmi vysoké úrovni, známe a ovládáme mnoho účinných metod a prostředků, pomocí nichž můžeme pozitivně ovlivňovat funkce, k jejichž postižení došlo následkem CMP. Problém je však v dostupnosti těchto služeb samotným postiženým. Poměrně často se setkáváme s jedinci po CMP, kteří se do rehabilitačního procesu začlenili až s výrazným časovým odstupem, či u nich rehabilitační proces neprobíhal dostatečně dlouhou dobu. Mnoho z nich je nedostatečně informováno o svých možnostech, o možnostech minimalizace či kompenzace vzniklého postižení a tak je jim ztížena či úplně znemožněna integrace do společenského, pracovního ale i plnohodnotného rodinného života (Bartošková, 2004)

2.2.2 Metody rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě

Včasné zahájení rehabilitace ve všech jejích oblastech je základním předpokladem pro úspěšné naplnění jejího účelu a vede k potřebné aktivizaci a motivaci osoby se zdravotním postižením při řešení její situace, jejího sociálního začlenění (Švestková, Svěčená a kol., 2013).

V akutní fázi nemoci je nejvíce aplikováno polohování, které je prevencí dekubitů, kontraktur a deformit kloubů. Ergoterapeut (člen interprofesního týmu) provádí také pasivní pohyby, které jsou důležité pro udržení kloubní pohyblivosti, svalové síly a prokrvení dané oblasti. V subakutní fázi nemoci je pacient schopen více spolupracovat s ergoterapeutem. V této fázi postupně přidáváme k pasivním pohybům i pohyby aktivní. Začínáme s nácvikem přesunů, mobilitou na lůžku, posazováním, postavováním a nácvikem chůze. V chronickém stádiu nemoci se ergoterapeut nejvíce zabývá nácvikem soběstačnosti v ADL. Jeho úlohou je pomoci pacientovi překonat potíže při jejich provádění. Pomáhá využívat jeho potenciálu, aby mohl vykonávat činnosti, které jsou nezbytné pro naplnění sociálních rolí a zapojení do plnohodnotného života (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Ergoterapeut posuzuje uspořádání pacientova domácího prostředí. Navrhuje vhodné kompenzační pomůcky a v některých případech i např. výměnu bytu (vyšší patro bez výtahu v domě nebo nevhodné dispozice bytu). S pacientem komunikuje také sociální pracovnice, která mu podává informace, jakým způsobem má např. požádat o invalidní důchod a další služby. Nadále je velmi důležitý kontakt s rodinou pacienta a její aktivní účast na rehabilitačním programu (Krivošíková, 2011).

„Pacienti s původně těžkou disabilitou, v případě, že se dostanou do včasné, individuální, dlouhodobé, interprofesionální koordinované rehabilitace a pokračují v rehabilitaci tak dlouho, dokud se zlepšují (potvrzeno standardizovanými funkčními metodikami) se mohou rozdělit do tří skupin:

1/3 pacientů - návrat do původního života

1/3 pacientů – integrace do společnosti i do zaměstnání s pomůckami a s dlouhodobými službami a podporami

1/3 pacientů – nutná dlouhodobá péče

1. doma

2. domovy s potřebnou péčí“ (Švestková, Svěčená a kol., 2013, str. 17).

2.3 Ergoterapie

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince, potřebných pro zvládnání běžných denních pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Navíc používá pojem zaměstnávání (occupation) místo činnosti a rozšiřuje ho na veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které vnímá jako součást své identity. Hlavním cílem ergoterapie je pak umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v ADL, pracovních činnostech a aktivitách volného času. Nácvik činností, v kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí limitována, probíhá v reálných situacích a pokud to je možné i v jejím vlastním prostředí. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné (Turner, Foster, Johnson, 2002).

Disabilita znamená snížení funkčních schopností na úrovni těla jedince nebo společnosti, které vzniká, když se konfrontuje zdravotní stav s bariérami prostředí (Švestková, Svěčená a kol., 2013).

Disabilita neboli omezení se promítají do vykonávání ADL. Tyto činnosti jsou považovány za jednu z klíčových oblastí, jelikož mají významný podíl na úrovni participace pacienta ve společnosti. Jedná se o činnosti prováděné za účelem zajištění si každodenní péče o sebe samého. Tyto činnosti člověk vykonává pravidelně, samostatně a opakovaně. Jsou součástí našich individuálních návyků a mají vztah k věku, pohlaví a období dne (Meghan, 2011).

ADL jsou rozděleny na tzv. personální (bazální) běžné denní činnosti (dále jen pADL) a instrumentální běžné denní činnosti (dále jen iADL).

pADL tvoří činnosti, které jsou běžnou součástí našeho života. Jedná se o aktivity, související s určitými návyky každého člověka, které jsou prováděny obvykle v pravidelných intervalech. V systému ergoterapeutické praxe jsou definovány na položky „příjem jídla“, „koupání/sprchování“, „osobní hygiena/péče o vzhled“, „oblékání“, „použití toalety/hygiena po použití toalety“, „ovládání močení a vyprazdňování stolice“ a „péče o osobní pomůcky či prostředky“ (Rejmanová, 2011)

Druhou již zmíněnou skupinou jsou tzv. iADL. Tyto činnosti člověk provádí za účelem zajištění vlastní domácnosti a společenského života, jedná se tedy již o komplexnější aktivity a úkony (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

V systému ergoterapeutické praxe z roku 2002 jsou iADL děleny do následujících skupin (uvedeny pouze příklady): vaření a údržba domácnosti, hospodaření s penězi/vedení rozpočtu, mobilita v komunitě, péče o druhé a domácí zvířata a péče o vlastní zdraví. U těchto činností je důležité myslet na to, že se jedná o komplexní, vícestupňové aktivity, jejichž provádění vyžaduje nejen fyzické dispozice, ale i psychické dovednosti, jako je úsudek, schopnost plánování nebo řešení různých situací (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

2.4 Kompenzační pomůcky

Ergoterapeut se ve své profesi mimo jiné zabývá i poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem). Doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat. Napomáhá tak integraci osob s disabilitou do společnosti i do zaměstnání s pomůckami a dlouhodobými službami (Skopec, 1999).

Kompenzační pomůcky jsou nástroje či zařízení speciálně vyrobené (upravené) tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovaly určitou nedostatečnost, způsobenou daným postižením. Kompenzační pomůcky nejsou pouze invalidní vozíky nebo schodišťové plošiny. Jedná se také o předměty denní potřeby. Jejich význam je pro člověka s pohybovým postižením klíčový, protože mu umožňují zůstat v běžných denních činnostech soběstačným (Švestková, Svěcená a kol., 2013).

Některé kompenzační pomůcky hradí zdravotní pojišťovny plně, jiné částečně a na některé nepřispívají vůbec. V případě, že pomůcku pojišťovna nehradí ani nezapůjčuje, je možné požádat si o příspěvek na sociálním odboru obce, pod kterou spadá trvalé bydliště pacienta. Jednorázový příspěvek lze získat například na polohovací postel nebo přenosnou nájezdovou rampu pro vozíčkáře. Také z něj lze uhradit individuální úpravy automobilu nebo speciálně upravený počítač. Další možností je obrátit se s žádostí o příspěvek na některou z nadací, nebo najít sponzora. Využit lze i půjčoven kompenzačních pomůcek. Zde je možné si pomůcku vyzkoušet a na určitou dobu za poplatek zapůjčit. (Cerebrum, 2014)

Hrazení kompenzačních pomůcek si může pacient zjistit z příslušných katalogů jednotlivých prodejců nebo na jejich internetových stránkách. Zde se pacient může seznámit s důležitými informacemi (kód pojišťovny, cena pomůcky a částka, kterou hradí zdravotní pojišťovna). U každé kompenzační pomůcky je také vyčíslen doplatek pro pacienta. Pokud se pacient pro kompenzační pomůcku rozhodne, navštíví svého lékaře, který po konzultaci vhodnosti pomůcky vyplní tzv. poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. V případě, že cena pomůcky přesahuje 1 000,- Kč, je třeba, aby žádost schválil také revizní lékař.

Kompenzační pomůcky lze zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb nebo kompenzačních pomůcek, některé z pomůcek pro vaření jsou často k dostání i v prodejnách domácích potřeb. Seznam firem, které kompenzační pomůcky vyrábějí, může pacient vyhledat na internetu. Před zakoupením kompenzační pomůcky je dobré si ji vyzkoušet – tuto službu nabízí většina výrobců pomůcek, na požádání pacienta v místě bydliště navštíví a pomůcky mu osobně předvedou. Pokud budeme pomůcku potřebovat jen po krátkou dobu, je možné si ji za poplatek na tuto dobu zapůjčit.

3 Praktická část

3.1 Metodologie práce

Hlavní náplní praktické části této bakalářské práce je vypracování Manuálu ADL pro pacienty po cévní mozkové příhodě. Dalším bodem je předání tohoto manuálu 25 pacientům k posouzení.

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do čtyř podkapitol. První podkapitola se zabývá metodologií práce. Je zde uveden cíl, základní otázka a typ výzkumu. Zmiňuji zde data, týkající se výzkumného vzorku, a popis pracovišť, odkud byl výzkumný vzorek získán.

Druhá podkapitola představuje zpracovaný Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě – vytvořený manuál je součástí přílohy (viz. 7.2).

Třetí podkapitola se zabývá zhodnocením vytvořeného manuálu pomocí dotazníkové metody. Dotazník byl pro přehlednost práce zařazen do přílohy (viz. 7.1)

Čtvrtá podkapitola interpretuje výsledky dotazníkové metody pomocí grafů, ze kterých lze dobře posoudit, jakým způsobem pacienti hodnotili vytvořený manuál. V dotazníku odpovídalo 25 pacientů na 7 otázek.

3.1.1 Cíl bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce je vytvořit Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě. Zpracovaný manuál bude předložen pacientům k ohodnocení. Pacienti budou v příloženém dotazníku hodnotit přehlednost, fotodokumentaci a uspořádání manuálu. Zodpoví také otázky, týkající se jejich věku, doby od prodělení CMP a také to, zdali jim manuál nabídl nové metody a postupy ve vykonávání ADL.

Výsledkem bude zhodnocení, zda a v jaké míře je tento manuál využitelný pro osoby po CMP.

3.1.2 Základní otázka

Formulace základní otázky pro problematiku této bakalářské práce je následovná: Může zpracovaný Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě pomoci pacientům po prodělané CMP ve výkonu ADL?

3.1.3 Typ výzkumu

V této bakalářské práci byla pro zpracování výsledků použita metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně dotazníková metoda. Dle HENDLA, J 2005 se při kvalitativním výzkumu pracuje s omezeným počtem jedinců, obvykle na jednom místě. Tím, že je počet účastníků omezen, nelze výsledky stáhnout na celou populaci.

K interpretaci výsledků je použito přehledných grafů. Pro každou z otázek je vytvořen samostatný graf, který znázorňuje vyjádření pacientů.

3.1.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek vytvořilo 25 pacientů po prodělané CMP, kteří měli možnost prohlédnout si zhotovený manuál a v příloženém dotazníku zodpověděli 7 otázek, týkajících se tohoto manuálu. Pro zařazení do výzkumné skupiny byl kladen důraz na konkrétní diagnózu – CMP. Pacienti pocházeli z Domova pro seniory Háje a z Domova Sue Ryder v Michli.

3.2 Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě

Vytvořený manuál je součástí přílohy (viz. 7.2).

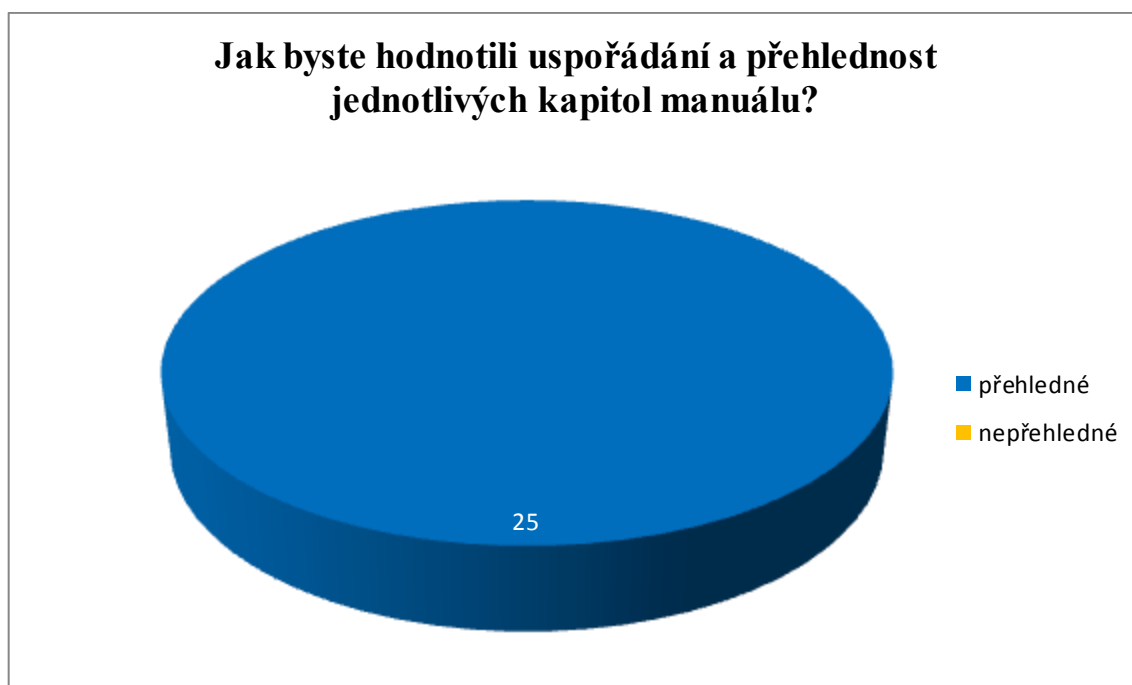
3.3 Zhodnocení užitečnosti manuálu pomocí dotazníku

Dotazník byl pro přehlednost práce zařazen do přílohy (viz. 7.1)

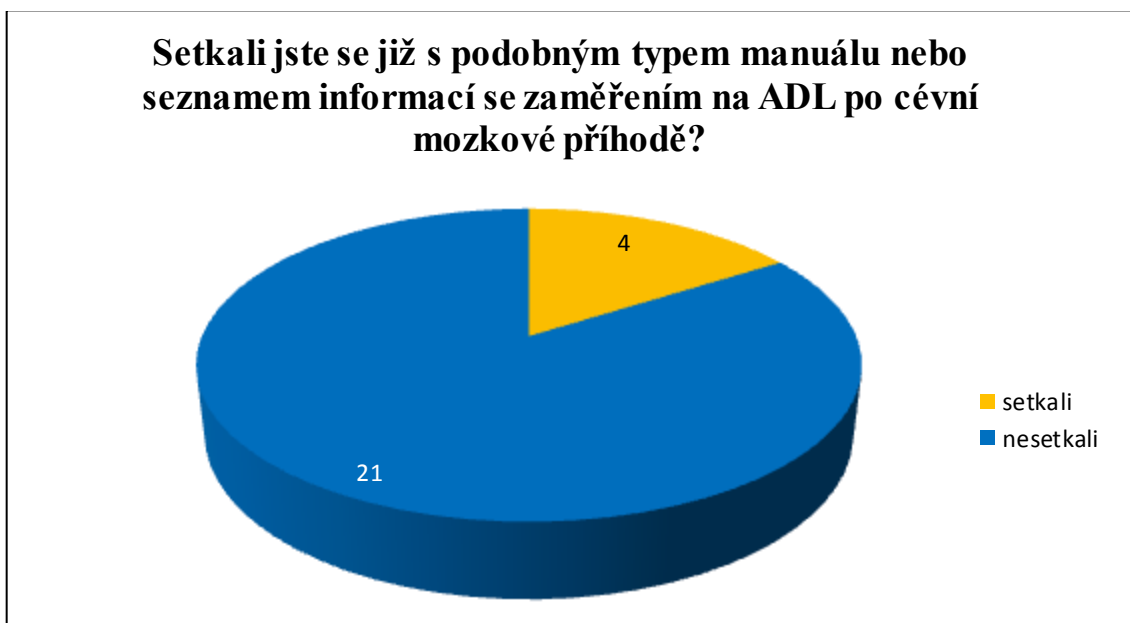
3.4 Výsledky dotazníku pomocí grafů

K interpretaci výsledků dotazníkové metody jsem použila přehledné grafy, ze kterých lze dobře posoudit, jakým způsobem pacienti hodnotili vytvořený manuál. V dotazníku 25 respondentů odpovídalo na 7 otázek.

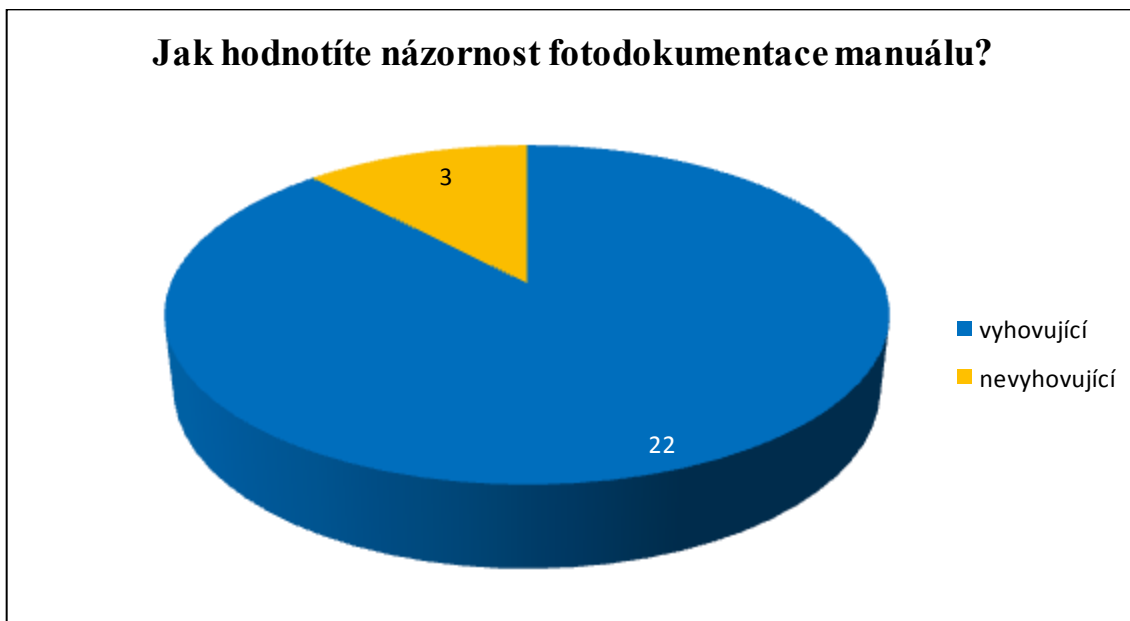
Otázka č. 1: Všichni pacienti hodnotili uspořádání a přehlednost manuálu jako vyhovující.



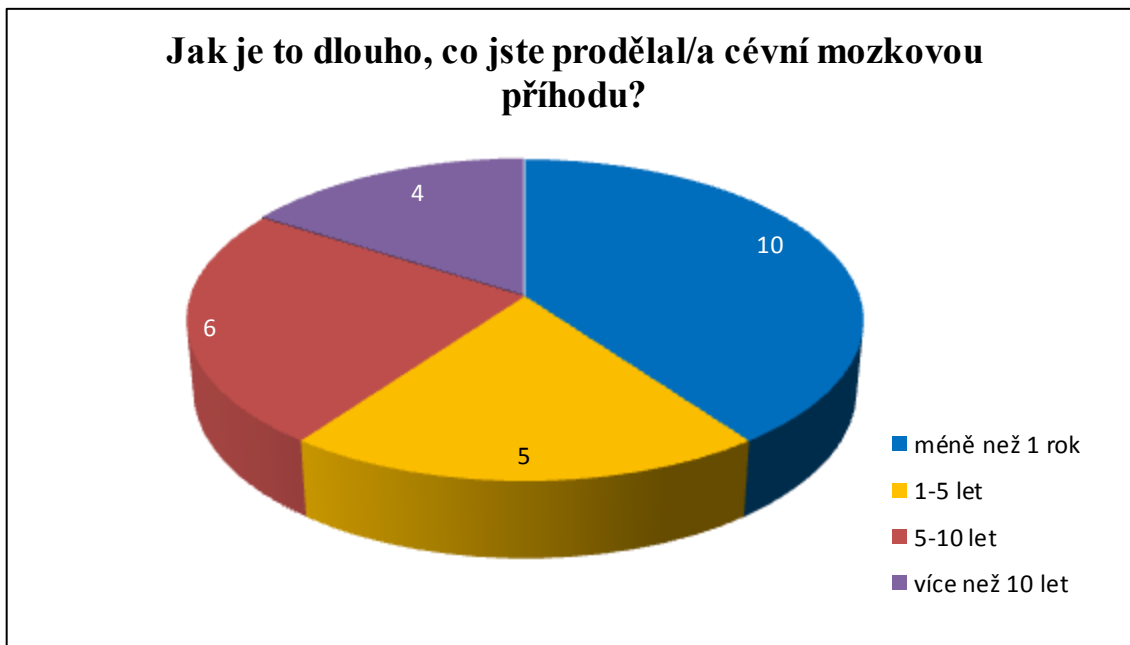
Otázka č. 2: Z 25 ti pacientů 21 zodpovědělo, že se dosud s podobným manuálem neseťkali, 4 pacienti se s podobným manuálem již setkali v rámci rehabilitace.



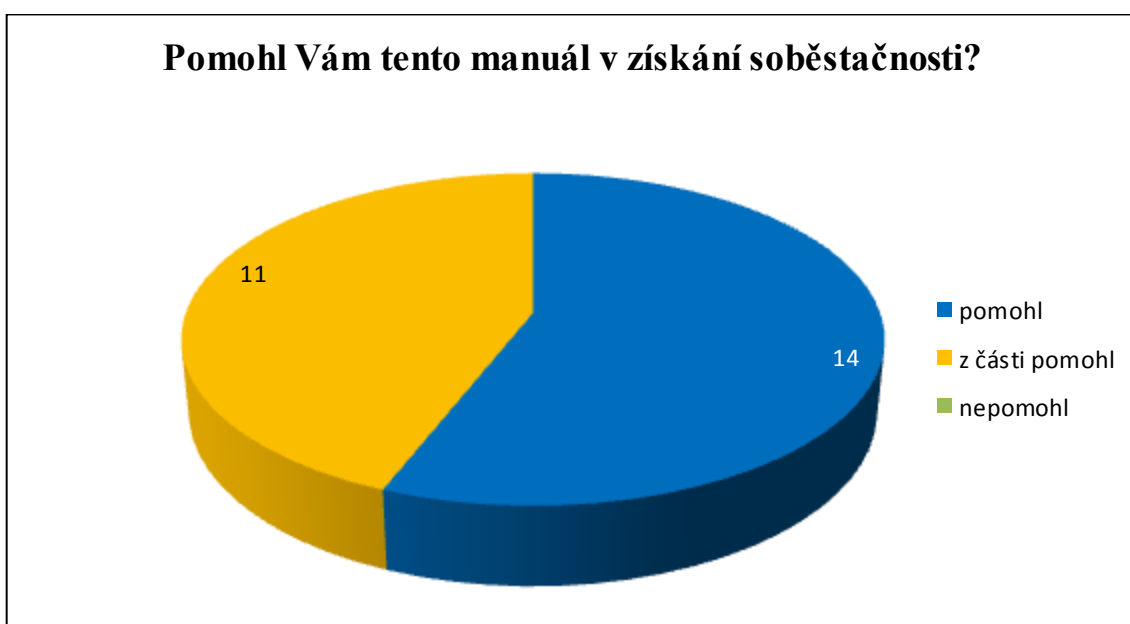
Otázka č. 3: Z 25 pacientů hodnotilo názornost dokumentace 22 pacientů jako vyhovující, 3 pacienti jako nevhovující (především z hlediska velikosti některých obrázků).



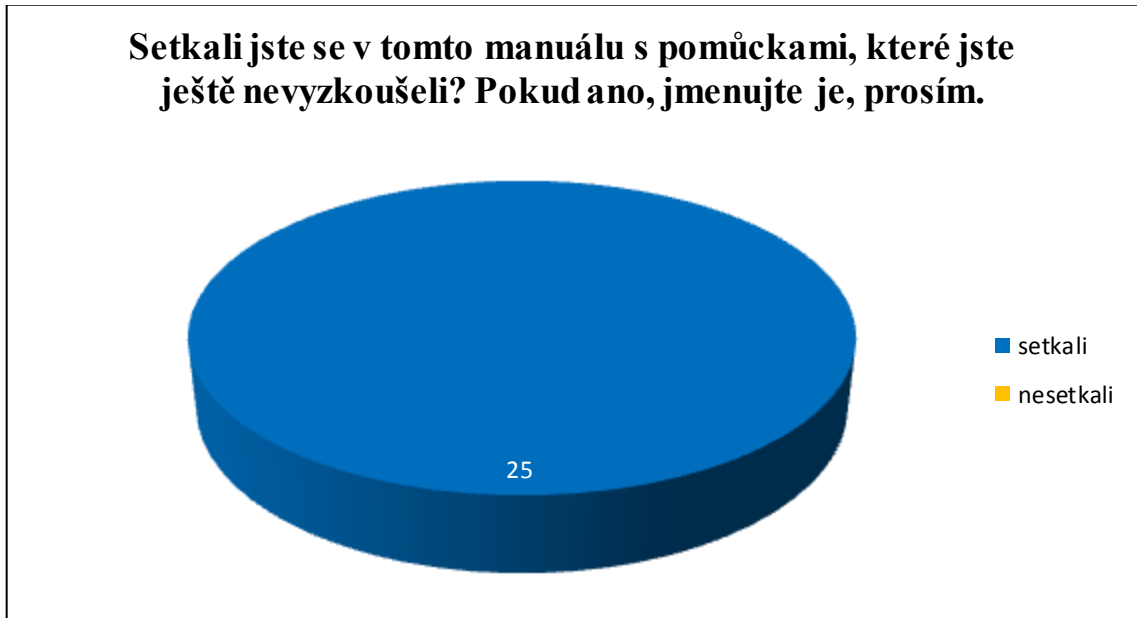
Otázka č. 4: Výzkumný vzorek se skládal z pacientů, kteří prodělali CMP před rokem i před více než deseti lety. Z 25 pacientů bylo deset, u kterých byla doba od prodělané CMP kratší než jeden rok, 5 pacientů prodělalo CMP v rozmezí 1-5 let, 6 pacientů prodělo CMP před 5-10 lety a 4 pacienti prodělali CMP před více jak deseti lety.



Otázka č. 5: Pacienti hodnotili, jak jim manuál pomohl v získání soběstačnosti v ADL. 14ti pacientům manuál v získání soběstačnosti pomohl, 11ti pacientům pomohl částečně. Nikdo z pacientů nehodnotil manuál tak, že mu v získání soběstačnosti nepomohl.



Otázka č. 6: Z 25 respondentů se všichni v předloženém manuálu setkali s kompenzačními pomůckami, které neznali nebo dosud nevyzkoušeli. Dle vyjádření pacientů se jednalo především o speciální pomůcky – např. otvírač tetrapakových obalů, zapínač pásů v automobilu, zapínač podprsenky, pomůcky pro zahrádkaření nebo pomůcky pro práci s výpočetní technikou.



Otázka č. 7: Ve výzkumném vzorku hodnotilo manuál 18 žen a 7 mužů po prodělané CMP.



4 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracovat Manuál ADL pro osoby po CMP, který by pacientům poskytl ucelené informace a postupy, jak docílit pomocí vhodných kompenzačních pomůcek maximálního stupně nezávislosti a napomohl tím pacientům k opětovnému plnění sociálních, společenských i pracovních rolí. Původně jsem se chtěla zaměřit pouze na personální oblast ADL, která se mi sama o sobě zdála značně obsáhlá. Domnívala jsem se, že pomocí katalogů a nabídek výrobců a distributorů kompenzačních pomůcek postupně sestavím přehlednou příručku, představující všechny oblasti pADL. Předpokládala jsem, že na trhu naleznou obsáhlou nabídku kompenzačních pomůcek, týkající se této oblasti ADL v různých cenových relacích. Očekávala jsem, že výrobci kompenzačních pomůcek budou ve svých katalozích navrhovat i konkrétní informace jak si pomůcky objednat, kde si je vyzkoušet nebo zapůjčit.

V průběhu vyhledávání jednotlivých pomůcek jsem se přesvědčila o tom, že bude vhodné zmapovat také oblast iADL i za cenu většího rozsahu manuálu. Tyto oblasti se často prolínají a nelze je snadno oddělit. K rozšíření manuálu o oblast iADL jsem se rozhodla i proto, že svoji disabilitu řeší stále mladší pacienti po prodělané CMP, kteří mají zájem vrátit se zpět do plnohodnotného života včetně pracovního zařazení. Myslím si, že pro tyto pacienty je velmi důležité dobře ovládat výpočetní techniku, telefon nebo pěstovat své původní zájmy a koníčky. Z tohoto důvodu jsem do svého manuálu zapracovala pomůcky pro výkon personálních i instrumentální ADL.

Klinický obraz jedinců po CMP je velice rozmanitý, jedná se o různý stupeň postižení motorické složky horních a dolních končetin, které je často kombinováno s poškozením složky senzitivní. Přítomna bývá i porucha svalového tonu, fatických, gnostických a kognitivních funkcí. Pacienti po prodělané CMP mívají potíže v oblasti mobility, lokomoce, potýkají se se sníženou svalovou silou, s koordinací pohybu, s problémy v oblasti hrubé či jemné motoriky, s omezeními v různé fázi úchopu

(většinou ve fázi uvolnění), mohou mít problémy s poškozením povrchového či hlubokého čtí.

Při sestavování Manuálu jsem se zaměřila jak na pomůcky běžně známé, tak i na speciální pomůcky. Vycházela jsem z toho, že je pro výrobce kompenzačních pomůcek otázka soběstačnosti klíčová. Po prostudování jednotlivých katalogů a webových stránek jsem došla k závěru, že většina z nich prvotně nabízí obdobný sortiment pomůcek, počínaje mechanickými a elektrickými vozíky přes nástavce na toaletu, sedačky do sprchy či do vany, polohovací lůžka, antidekubitní program až po chodítka, berle, madla atd. Bohužel speciálnější pomůcky například pro sebesycení, přípravu pokrmů, oblékání, četbu, společenské hry, zahrádkaření či turistiku nabízejí v omezeném rozsahu. Potěšující bylo, že většina výrobců nabízí návštěvu pacienta v jeho domově, předvedení jednotlivých pomůcek, eventuálně jejich zapůjčení. Ve většině katalogů jsou dostupné informace o tom, jakým způsobem o pomůcku zažádat, jak má být vyplněn poukaz na léčebnou či ortopedickou pomůcku, kdo pomůcky předepisuje, jak se dá zjistit výše spoluúčasti pacienta při hrazení pomůcky, které pomůcky podléhají posouzení revizním lékařem a za jakou dobu má pacient nárok na pomůcku novou nebo na její výměnu při poškození. Velmi dobré jsou popisy jednotlivých pomůcek, jejich fotodokumentace, technické parametry a popis použití pomůcky. Chybělo mi zde ale hodnocení jednotlivých pomůcek přímo pacienty – tak, jak je obvyklé např. při objednávání oděvů na internetu. Do budoucnosti by myslím bylo vhodné tuto možnost pacientům nabídnout. Jejich hodnocení by tak mohlo být vodítkem pro další pacienty, kteří se o danou kompenzační pomůcku zajímají.

Speciální pomůcky pro oblékání, zahrádkaření či turistiku jsem ve většině katalogů nenašla vůbec. Příjemně mě ale překvapily webové stránky, které se věnují zkvalitnění života seniorů, jmenovitě web: „žijte kvalitně“. Zde bylo k nahlédnutí velké množství speciálních pomůcek pro usnadnění různých činností – např. zapínač pásu v automobilu, vhodný pro pacienty, kteří mohou k činnosti použít pouze jednu horní končetinu. Zajímavá byla rozsáhlá nabídka pomůcek na čtení, psaní, oblékání nebo sebesycení. Za mnohé bych chtěla jmenovat například škrabku navlékací na prst nebo trychtýřek, usnadňující nalévání nápojů z tetrapakových obalů. Jednotlivé pomůcky zde

byly velmi dobře popsány včetně návrhu, pro jaké typy omezení je konkrétní pomůcka vhodná. Ceny těchto pomůcek byly ale vysoké, např. u zahradnické lopatky s anatomicky tvarovanou rukojetí se cena pohybovala cca. 700,- Kč.

Toto zjištění mě vedlo k tomu pokusit se vyhledat alternativy při vytvoření rozšířeného úchopu - např. pomocí izolačního materiálu mirelonu a lepicí pásky, nebo molitanového míčku. Tato alternativa se pohybuje v ceně do 100,- Kč. Do manuálu jsem zakomponovala i prvky pro usnadnění různých činností – např. dotyková světla či světla na pohybové čidlo, podložky proti zabránění posunování židlí či stolu, protiskluzové podložky do kuchyně či koupelny, různé typy multifunkčních podavačů nebo madla s přísavkou, která lze použít kdekoliv bez nutnosti vrtání do zdi.

V průběhu práce na své bakalářské práci jsem si uvědomila, že v této oblasti chybí více sdružení pacientů po prodělané CMP. Našla jsem sice odkazy na rekondiční pobyty pro pacienty po CMP, kde se mohou potkat a předávat si informace, ale sdružení, fungující např. na sociální síti nebo na internetu dosud chybí. (Sdružení CMP, 2014)

Přitom by informace zveřejněné tímto způsobem mohly pomoci dalším pacientům, kteří se s potížemi v této oblasti potýkají. Internet považuji jako optimální pro šíření informací tohoto typu. Tímto způsobem by si pacienti mohli předávat zkušenosti s jednotlivými kompenzačními pomůckami nebo navrhopvat k vyzkoušení různé typy pro usnadnění konkrétních činností. Existuje jistě mnoho šikovných kutilů či rodinných příslušníků, kteří jsou schopni leckteré pomůcky sami prakticky upravit nebo i vyrobit levnější variantu.

Velkou zkušeností pro mě bylo absolvování praxí, v jejich průběhu jsem si mohla ověřit, jak posuzují připravený manuál samotní pacienti. Během praxe v Domovech seniorů jsem se setkávala především s používáním mechanických vozíků, polohovacích lůžek a pomůcek, antidekubitních matrací a s různými typy chodítek a

berlí. Zaujalo mě používání pomůcek na čtení nebo při společenských hrách – např. držák na hrací karty. V průběhu praxe na Klinice rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK jsem měla možnost vyzkoušet si velké množství speciálních kompenzačních pomůcek. Měla jsem možnost sledovat pacienty při práci v praktické cvičné kuchyni nebo v koupelně s toaletou. Zde si mohli pacienti většinu činností s pomocí vhodných kompenzačních pomůcek vyzkoušet pod odborným dohledem zkušených ergoterapeutek. Pacienti zde mohli konzultovat i mnohé další činnosti – např. žehlení, používání psacích pomůcek, praktické pomůcky typu navlékače ponožek či speciální pomůcky na úklid, vybavené dlouhými rukojeťmi. Inspirací mi byla diplomová práce Mgr. Svatavy Bartoškové, která vytvořila podobný manuál, týkající se kompenzačních pomůcek a ergonomie. Cílem její diplomové práce bylo zhodnocení stupně nezávislosti v ADL pacientů po CMP v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek.

Pro zařazení do výzkumné skupiny byl kladen důraz na konkrétní diagnózu – CMP. Pacienti pocházeli z Domova pro seniory Háje a z Domova Sue Ryder v Michli a používali kompenzační pomůcky. Ve výzkumném vzorku je 25 pacientů, kteří prodělali CMP např. před rokem i před více než 10 lety. Tito pacienti pak pomocí dotazníku hodnotili předložený manuál. Při posuzování manuálu mě překvapilo, že pacienti podobný manuál v žádném zdravotnickém zařízení většinou neobdrželi. Manuál pacienti hodnotili jako přehledný, kladně posuzovali i použitou fotodokumentaci. Pozitivně mě překvapilo, že se všichni shodli na tom, že v manuálu je mnoho speciálních pomůcek, které doposud neznali a které by rádi vyzkoušeli. Spokojenost pacienti vyjádřili především s přehledně zpracovanými souhrnnými listy, které si mohli ponechat.

Věřím, že Manuál ADL po osoby po CMP napomůže k rozšíření povědomí o speciálních pomůckách, navede pacienty k jejich vyzkoušení a dalšímu používání.

5 Závěr

CMP je závažným onemocněním, jehož výskyt v populaci se dle WHO zvyšuje o 1-1,5% ročně. Příčinou je zvyšování počtu osob vyššího věku, ale i častější výskyt onemocnění u osob ve věku produktivním. Důsledky CMP závisí jednak na rozsahu poškození mozkové tkáně, ale také prodlevou v léčbě či průběhem následné rehabilitace. Trvalé následky po prodělané CMP způsobují pacientovi omezení v mnohých oblastech života. Ztrácí svoji samostatnost, je omezen v oblasti pracovních či studijních příležitostí, často se nemůže věnovat ani svým zájmům a koníčkům. Ztrátou soběstačnosti pacienta bývají většinou postiženy i rodinné vazby. Cílem rehabilitace je docílit návratu pacienta k plnohodnotnému a aktivnímu stylu života s možností opětovného plnění veškerých sociálních, pracovních i společenských rolí. S využitím ergoterapeutických a ergonomických prostředků lze do značné míry minimalizovat a vhodně kompenzovat i závažné následky CMP. Ideálním výsledkem léčebného procesu je návrat pacienta běžného života. Pokud již vnikly následky, cílem je, aby byly vhodně kompenzovány.

Hlavní myšlenkou, která mě vedla ke zpracování tohoto manuálu, bylo poskytnout pacientům po CMP ucelený souhrn kompenzačních pomůcek využitelných pro všechny oblasti ADL. Na počátku práce jsem stála pře otázkou, na které kompenzační pomůcky se nejvíce zaměřit. Snažila jsem se vyhledat a popsat známé i méně známé pomůcky. Zaměřila jsem se nejen na pomůcky pro výkon pADL, ale také na iADL – především v oblasti usnadnění práce s výpočetní technikou, telefonování, psaní a čtení. Předpokládala jsem, že tyto činnosti jsou důležité pro pacienty, kteří by se rádi vrátili zpět k zaměstnání, ke studiu či pěstování původních zájmů a koníčků. Zpracovaný manuál navrhuje možnosti, jak návratu k původním aktivitám docílit.

Pacient se v chronické fázi onemocnění může cítit frustrován svojí neschopností vykonávat všední denní činnosti – tedy takové, které provádí pravidelně prakticky každý zdravý člověk. Právě proto je disabilita v této oblasti vždy výrazně pocíťována.

Dostávají se pocity bezmocnosti, často i osamění, kdy se pacient cítí ve svém boji sám. Manuál by měl pacientům v této situaci ukázat cestu dál – nabídnout možnosti, jak vykonávat běžné denní činnosti jiným způsobem – pomocí vhodné kompenzační pomůcky. Vhodná kompenzace nabízí možnost zůstat dál samostatným a nezávislým na pomoci druhé osoby.

V současné době existuje na trhu nepřehledné množství kompenzačních pomůcek. Není zcela snadné se v tomto množství orientovat, posoudit jednotlivé typy pomůcek a vybrat si tu nejvhodnější. Každému pacientovi také může v závislosti na typu disability vyhovovat pomůcka jiná. Ve své bakalářské práci jsem se pokusila vytvořit příručku, ve které by se snadno orientovali pacienti i jejich rodinní příslušníci. Manuál nabízí i návrhy, jakým způsobem o kompenzační pomůcku požádat, kde si ji vyzkoušet nebo zapůjčit. Vzhledem k tomu, že se na úhradě většiny kompenzačních pomůcek pacienti částečně podílí, nabízí manuál i tipy na levnější varianty či řešení. Zároveň jsou zde popsány i návrhy postupů provádění některých ADL – například oblékání, obouvání, nácvičku chůze či přesunů.

Vypracovaný manuál hodnotilo 25 pacientů z Domova pro seniory Háje a z Domova Sue Ryder v Michlí. Ve výzkumném vzorku hodnotilo manuál 18 žen a 7 mužů, kteří prodělali CMP před rokem i před více než 10 lety. Hodnocení pacientů poukazuje na to, že dobře znají především kompenzační pomůcky typu sedačky do vany, madla, nástavce na toaletu apod., se kterými se setkali v průběhu rehabilitace. Méně známé pro ně byly pomůcky pro sebesycení a přípravu pokrmů. Z pomůcek pro oblékání ve většině případů znali navlékač ponožek a spirálové pružné tkaničky do bot. Speciální pomůcky pro čtení, psaní či některé zvláštní pomůcky pro práci s výpočetní technikou pacienti většinou neznali. Pacienti kladně hodnotili souhrnné vkládací listy, které přehledně shrnují pomůcky pro danou oblast ADL a které si mohli ponechat.

Vytvořený Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě hodnotili pacienti převážně kladně. Pacienti posuzovali uspořádání a přehlednost manuálu jako vyhovující. Názornost fotodokumentace hodnotilo 22 pacientů jako vyhovující, 3

pacienti jako nevyhovující – z hlediska velikosti některých obrázků. 21 pacientů odpovědělo, že se s podobným manuálem dosud nesetkali, 4 pacienti se s podobnými informačními listy setkali v průběhu rehabilitace, týkaly se však jen určitých oblastí ADL. Pacienti hodnotili, jak jim manuál pomohl v získání soběstačnosti v ADL. 14ti pacientům manuál v získání soběstačnosti pomohl a 11ti pacientům pomohl částečně. Všichni pacienti se v manuálu setkali s pomůckou, kterou dosud neznali a o které byli přesvědčeni, že by jim v některých činnostech významně pomohla. Jmenovitě se jedná o otvírač tetrapakových obalů, držák toaletního papíru s gumovým nástavcem, oblékací hůl, zapínač bezpečnostního pásu, bezbariérové záhonky anebo pro ženy důležitá pomůcka pro oblékání podprsenky. Pacienti se shodli na tom, že v manuálu je mnoho speciálních pomůcek, které doposud neznali a rádi by je vyzkoušeli. Spokojenost pacienti vyjádřili s přehledně zpracovanými souhrnnými listy, které si mohli ponechat.

Závěrem mé bakalářské práce mohu konstatovat, že Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě byl testovaným vzorkem pacientů hodnocen kladně. Dle vyjádření pacientů podobné souhrnné informace o usnadnění ADL na trhu chybí. Díky nabídce Manuálu ADL mohou pacienti již při návratu do domácího prostředí aktivně vyhledávat a zkoušet jednotlivé kompenzační pomůcky a pracovat tak na své soběstačnosti. Vhodnými úpravami domácího prostředí, vybavením kompenzačními pomůckami a nácvikem správných pohybových a kompenzačních stereotypů mohou pacienti dosáhnout uspokojivého stupně nezávislosti a zlepšení kvality života.

6 Seznam literatury

BARTOŠKOVÁ, Svatava. *Ergoterapeutické a ergonomické aspekty u jedinců po cévní mozkové příhodě*. Praha, 2004. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce MUDr. Sylva Gilbertová, CSc.

CREPEAU, E. B, COHN, E. S., BOYT SOHELL, B. A. *Williard and Spackman's Occupational Therapy*. 10th edition. London: Lippincott Williams and Wilkins, 2003.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JACOBS, K. *Occupational therapy: work related programs and assessments*. 2nd edition. Boston: Little Brown, 1991.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALINA, Miroslav. *Cévní onemocnění mozku*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001, 206 s. Levou zadní. ISBN 80-725-4198-6.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-784-4.

MATOLÍNOVÁ, V. *Neurovývojové přístupy ve fyzioterapii*. Materiály z předmětu Ergoterapie – neurovývojové přístupy. Školní rok 2013/2014.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1362-4.

PAIN, H., PENGELLY, S. *Assistive device for enabling occupations*. In: CURTIN, M., MOLINEUX, M., SUPYK – MELLSON, J. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction* 6. vyd. Churchill Livingstone Elsevier, 2010. ISBN 978-0-08-045084-1.

PALMER, Sara a PALMER, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 223 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-802-6203-483.

PFEIFFER, J. *Ergoterapie: Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. Praha, REHALB, 2001.

REJMANOVÁ, Alžběta. *Využití termoplastických dlah při limitované aktivitě funkčních schopností horních končetin pro výkon v ADL. [Use of the thermoplastic splints for the upper limbs operation in ADL due to the limited activity of functional capabilities]*. Praha, 2011. 78 s., 8 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Nováková, Olga.

SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.

SKOPEC, Jan a kol., *Stavby bez bariér pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace*, MMR ČR, Praha, 1999.

SPENCE, J. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Překlad Václav Petr. Praha: Triton, 2008, 255 s. ISBN 978-807-3870-584.

ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ A KOL. *Ergoterapie : skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-260-4101-6.

TURNER, A., FOSTER, M. JOHNSON, E. S. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction, Principles, Skills and practice*. Churchill Livingstone, 2002. ISBN 0-443-06224-2.

VAŇÁSKOVÁ, Eva. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 65 s. ISBN 80-701-3398-8.

VOTAVA, J. *Rehabilitace osob se zdravotním postižením a pomáhající techniky v rámci rehabilitace*. SANQUIS. 2004.

Elektronické zdroje:

Co je Ergoterapie?: Česká asociace ergoterapeutů. [online]. [cit. 2014-10-28]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

FAKTOROVÁ, M. State of Art in occupational in the Czech Republic. [online]. [cit. 2014-10-28]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/State_of_OT_in_CR.pdf

Kluby CMP. *Sdružení CMP* [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz/kdo-jsme/kluby-cmp>

Lifestyle Risk Factors. *National Stroke Association* [online]. 2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.stroke.org/understand-stroke/preventing-stroke/lifestyle-risk-factors>

Manuál k projektu Cesta do práce. *CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin* [online]. 2014 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/downloads/manual-cerebrum-ebook.pdf>

MEGHAN, M. G. *Activities of Daily Living Evaluation* [online]. c 2011 [citováno 28. 3. 2011] Dostupné z: <http://www.enotes.com/nursing-encyclopedia/activities-daily-living-evaluation>

Post-stroke deprese (PSD). [online]. 2010 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/1084-deprese.html>

Katalogy a webové stránky výrobců a půjčoven kompenzačních pomůcek

DMA – kompenzační pomůcky, dostupné z www.dmapraha.cz

MEYRA. dostupné z www.meyra.cz

Žijte KVALITNĚ, dostupné z www.zijtekvalitne.cz

Ortoservis – zdravotní pomůcky, dostupné z www.ortoservis.cz

Život bez bariér, dostupné z www.zbb.cz

Pomůcky pro seniory, dostupné z www.pomuckyseniorum.cz/

Solift, s.r.o., dostupné z www.solift.cz

Domov Sue Ryder, dostupné z www.sue-ryder.cz/pujcovna-pomucek.html

Život 90, dostupné z www.zivot90.cz/

7 Přílohy

7.1 Dotazník k manuálu ADL u osob po cévní mozkové příhodě

Dotazník k Manuálu ADL u osob po cévní mozkové příhodě.

Jana Žďárská, studentka oboru ergoterapie

Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1LF UK

Albertov 2049/7

128 00 Praha – Nové Město

Vážení pacienti, společně s tímto dotazníkem se vám do ruky dostává i „Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě“. Tento manuál je součástí mé bakalářské práce v oboru ergoterapie, který studuji na 1.LF UK. Manuál je určen jak pro pacienty, tak i pro osoby, které o ně pečují. Shrnuje a popisuje jednotlivé oblasti běžných denních činností a nabízí různé druhy kompenzačních pomůcek.

Pomocí tohoto dotazníku bych se od vás chtěla dozvědět, zdali jste se v tomto manuálu dobře orientovali, byl vám srozumitelný a našli jste v něm pro vás užitečné informace. Prosim vás proto o zodpovězení několika níže uvedených otázek. Vaše odpovědi jsou pro moji bakalářskou práci přínosné a důležité, proto vám velmi děkuji za váš čas, který jste vyplnění dotazníku věnovali.

1. Jak byste hodnotili uspořádání a přehlednost jednotlivých kapitol manuálu?
 - přehledné
 - nepřehledné

2. Setkali jste se již s podobným typem manuálu nebo seznamem informací se zaměřením na ADL po cévní mozkové příhodě?

- ano
kde.....
.....
- ne

3. Jak hodnotíte názornost fotodokumentace manuálu?

- vyhovující
- nevhovující

4. Jak je to dlouho, co jste prodělal/a cévní mozkovou příhodu?

- méně než rok
- 1 až 5 let
- 5 až 10 let
- více než 10 let

5. Pomohl Vám tento manuál v získání soběstačnosti?

- Pomohl
- Zčásti pomohl
- Nepomohl

6. Setkali jste se v tomto manuálu s kompenzačními pomůckami, které jste ještě nevyzkoušeli? Pokud ano, jmenujte je prosím.

- ano
.....
.....
.....
.....
.....
- ne

7. Jakého jste pohlaví?

- žena
- muž

Děkuji vám za laskavé vyplnění našeho dotazníku.

Jana Žďárská

studentka ergoterapie III. ročník

Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1LF UK

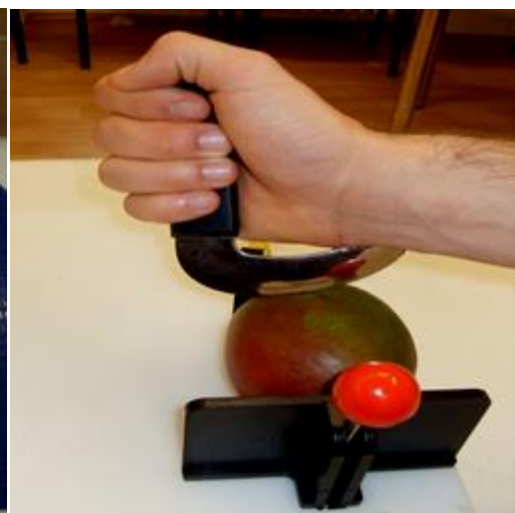
Albertov 2049/7

128 00 Praha – Nové Město

7.2 Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě



Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě



Úvod

Vážení pacienti, připravili jsme pro vás „Manuál ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě“. Tento manuál je určen jak pro pacienty, tak i pro osoby, které o ně pečují. Manuál shrnuje a popisuje jednotlivé oblasti běžných denních činností a nabízí různé druhy a typy kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky mohou pomoci pacientovi zůstat soběstačným a nezávislým na pomoci druhé osoby.

V průběhu hospitalizace a následné rehabilitační péče dostává pacient informace, které mu vykonávání běžných denních činností usnadní. Tento manuál tyto informace shrnuje a popisuje jednotlivé kompenzační pomůcky.

Součástí tohoto manuálu jsou souhrnné listy, které se vztahují k jednotlivým oblastem ADL a pro lepší přehled stručně shrnují navrhované kompenzační pomůcky. V rámci manuálu obdržíte i tipy na způsob pořízení kompenzačních pomůcek.

Rehabilitační proces po CMP

Cílem rehabilitace je zlepšení jak fyzického, tak i psychického stavu pacienta a zabránění vzniku sekundárních změn (kontraktury, deformity kloubů nebo vznik dekubitů). Intenzivní rehabilitací chceme u pacienta dosáhnout plné soběstačnosti a zařazení zpět do plnohodnotného života.

Na rehabilitačním procesu se podílí interprofesní tým odborníků, mezi které patří lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, speciální pedagogové, sociální pracovníci, posudkový lékař, biomedicínský inženýři, zdravotní sestry, protetici a také rodina a přátelé pacienta.

Metody rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě

Rehabilitaci je třeba zahájit co nejdříve po prodělané cévní mozkové příhodě. Na její včasnosti záleží, zdali a jak bude celý rehabilitační proces úspěšný. Včasné zahájení rehabilitace ve všech jejích oblastech je základním předpokladem pro úspěšné navrácení pacienta do plnohodnotného života.

V akutní fázi nemoci je nejvíce aplikováno polohování, které je prevencí dekubitů, kontraktur a deformit kloubů. Provádíme také pasivními pohyby, které jsou důležité pro udržení kloubní pohyblivosti, svalové síly a prokrvení dané oblasti.

V subakutní fázi nemoci již pacient více spolupracuje s terapeutem. V této fázi postupně přidáváme k pasivním pohybům i pohyby aktivní. Začínáme s nácvikem přesunů, mobilitou na lůžku, posazováním, postavováním a nácvikem chůze. Stav pacienta se postupně zlepšuje, což jej pozitivně motivuje k aktivní spolupráci.

V chronickém stádium nemoci se nejvíce zabýváme nácvikem soběstačnosti v běžných denních činnostech. Nyní by měla proběhnout návštěva ergoterapeuta v domácím prostředí pacienta. Ergoterapeut posuzuje uspořádání prostředí, kam se bude pacient vracet. Podle výsledku návštěvy pak ergoterapeut navrhuje úpravy v bytě, vhodné kompenzační pomůcky a v některých případech i např. výměnu bytu (vyšší patro bez výtahu v domě nebo nevhodné dispozice bytu). S pacientem komunikuje také sociální pracovnice, která mu podává informace, jakým způsobem má např. požádat o invalidní důchod a další služby. Nadále je velmi důležitý kontakt s rodinou pacienta a její aktivní účast na rehabilitačním programu. Rehabilitace probíhá tak dlouho, dokud se pacient zlepšuje.

Polohování

Polohování je pro pacienty po CMP velmi důležité, především v její akutní fázi. Zabraňuje vzniku deformit, kontraktur a následnému omezení pohybu v kloubech. Působí pozitivně v prevenci oběhových potíží a podporuje poznávání a uvědomování si postižené strany těla. K zabezpečení správné polohy používáme k tomu určené kompenzační pomůcky, např. polohovací dlahy, polštářky, klíny, válce (obr.1) a



Obrázek 1

polohovací lůžka (obr.2). Pro zabránění vzniku dekubitů jsou velmi důležité např. antidekubitní botičky (obr.3), které ochraňují paty nemocného před vznikem dekubitů.

Polohování dělíme na antalgické, preventivní, korekční a hyperkorekční. Antalgickou polohu zaujímá pacient většinou sám tak, aby se vyhnul bolesti. Není to fyziologická poloha a při jejím přetrvávání může dojít k nevratným změnám na pohybovém ústrojí – především ke kontrakturám.



Obrázek 3

Cílem preventivního polohování je zabránit nežádoucímu postavení v kloubech a následným svalovým zkrácením. Kloub je většinou ve středním postavení. Kloubní pouzdro je



Obrázek 2

stejně napjato, čímž se zabrání poškození měkkých tkání.

Korekční a hyperkorekční polohování slouží k úpravě nefyziologického postavení v kloubech, zkrácených svalů a již vzniklých deformit. Snaží se o zlepšení stávajícího nefyziologického stavu a zmírnění nežádoucích změn (retrakce měkkých

tkání, skoliózy...) Antiedematózní polohování zabraňuje otokům. Končetiny uvedeme do zvýšené polohy a tím zajistíme lepší odtok krve z periferie.

Pacienta je nutno polohovat průběžně po celých 24 hodin. Postiženého ukládáme střídavě do různých poloh (záda, bok levý, bok pravý, břicho). Přes den měníme polohy pacienta po dvou hodinách, v noci po třech hodinách.

V počátečním stádium jsou nemocní polohováni pasivně. K polohování používáme široký sortiment různých polštářků, polohovacích hadů, antidekubitních návleků, polohovacích podložek, abdukčních klínů apod. (obr.4 a 5). Jak se stav nemocného postupně zlepšuje, je již schopen zaujímat různé polohy sám. Správná poloha zabraňuje vzniku komplikací, zmírňuje bolest a příznivě ovlivňuje trofiku kůže.



Obrázek 4



Obrázek 5

Péče o horní končetinu

U pacientů po cévní mozkové příhodě se především v prvních třech měsících rozvíjí spasticita. Zasahuje antigravitační svaly, flexory na horní končetině a extenzory na dolní končetině.



Obrázek 6

bolestivostí v kloubu.

Spasticita významně zhoršuje soběstačnost a kvalitu života nemocného. Pokud by horní končetina pacienta nebyla vhodně polohována, postupně by docházelo ke zkrácení svalových skupin až ke kontrakturám.

Spasticita vede k abnormálnímu postavení horní končetiny. Paže postižené horní končetiny je přitažena k tělu, loket, zápěstí a ruka jsou ve flexi. Svalová dysbalance v pažním pletenci mívá za následek subluxaci ramenního kloubu s omezením rozsahu a



Obrázek 7

Kontraktury negativně ovlivňují soběstačnost pacienta a dají se odstranit pouze chirurgicky.

Horní končetinu polohujeme do antispastického vzorce - v rameni do lehké abdukce a mírné vnitřní rotace, v loketním kloubu je ideální postavení semiflexe, předloktí je v poloze mezi supinací a pronací, zápěstí ve středním postavení a prsty v lehké flexi



Obrázek 8

K polohování využíváme polohovací klíny a desky (obr.7) nebo horní končetinu polohujeme do dlahy (obr.6,8).

Při polohování do dlahy dbáme na to, aby byla dlahy horní končetině dobře přizpůsobena (aby nikde netlačila, nebo se fixační pásky nezařezávaly do kůže).

Spastický vzorec

Pokud by pacient nebyl správně polohován, docházelo by k vývoji typických spastických vzorců na postižené straně těla (obr.9). Horní končetina do flekčního postavení (retrakce ramene s addukcí a vnitřní rotací, flexe v lokti spojená s pronací předloktí, flexe prstů a palce s addukcí), dolní končetina do extenčního postavení (retrakce pánve s vnitřní rotací dolní končetiny, extenze kyčle, kolene a hlezenního kloubu s inverzí a plantární flexí v hleznu) a následnému zkrácení trupového svalstva na postižené straně.



Obrázek 9

Tato poloha je využívána při polohování často, je třeba ale dodržovat určitá pravidla. Při jejich nedodržení poloha na zádech podporuje typické spastické vzorce končetin na postižené straně těla.

Správné postavení tělních segmentů v poloze na zádech (obr.10)

- hlava je podložena, nikoliv však v předklonu, natočená



Obrázek 10

k postižené straně

- jako prevenci proti addukci paže podkládáme rameno a podpaží polohovacím válečkem
- loketní kloub je v extenzi, horní končetina v zevní rotaci
- zápěstí v extenzi, dlaň otevřena k podložce, palec v abdukci – i zde vkládáme polohovací váleček
- jako prevenci proti retrakci pánve podkládáme kyčel
- koleno v mírné flexi – podloženo
- jako prevenci proti plantární flexi a supinaci fixujeme chodidlo v dorzální flexi klínem či opěradlem

Poloha na boku postižené strany

Pacient by nikdy neměl ležet přímo na rameni postižené horní končetiny a příliš jej zatěžovat. Předcházíme tak vzniku syndromu bolestivého ramene.

Správné postavení tělních segmentů v poloze na boku postižené strany (obr.11)

- hlava pacienta je podepřena polštářem
- trup je stabilizován v mírném záklonu polohovacími polštáři nebo klíny, podložena hrudní i bederní páteř



Obrázek 11

- rameno postižené končetiny v mírné zevní rotaci a v protrakci, pacient jej nezatěžuje svoji vahou (pozor na vznik syndromu bolestivého ramene)
- loket v extenzi, předloktí v supinaci, do dlaně je možno vložit polohovací váleček
- nepostižená horní končetina leží na těle, je možno ji podložit polštářem
- kyčel postižené dolní končetiny je v extenzi a koleno v mírné flexi
- nepostižená dolní končetina spočívá na polohovací podložce či polštáři (mírná flexe v koleni i kyčli)

Poloha na nepostiženém boku

Polohování na nepostiženém boku pacienta významně napomáhá dodržení



Obrázek 12

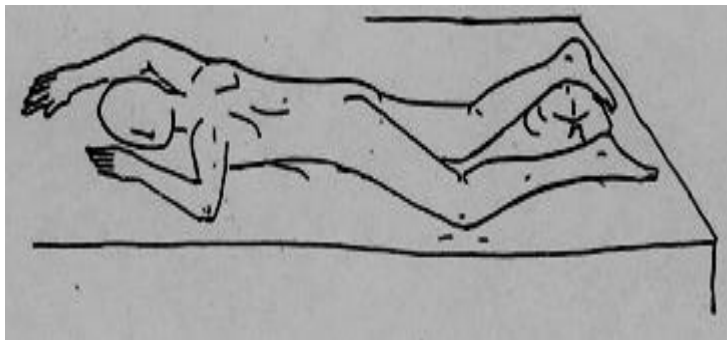
antispastických vzorců postižené končetiny. V této poloze je stimulován hrudník na postižené straně pacienta. Poloha je i prevencí dekubitů na postižené straně těla.

Správné postavení tělních segmentů v poloze na nepostiženém boku (obr.12)

- hlava je uložena v rovné linii s trupem
- trup je mírně přetočen dopředu
- rameno postižené horní končetiny svírá s trupem úhel alespoň 100 stupňů, končetina zapolohována ve středním postavení v ramenním kloubu
- loket, zápěstí a prsty v extenzi, předloktí ve středním postavení
- nepostižená horní končetina uložena tak, jak je pacientovi příjemné
- postižená dolní končetina vypodložena a zapolohována v semiflexi
- nepostižená dolní končetina je pohodlně uložena

Poloha na břicho

Poloha na břicho (tzv. pronační poloha) je výhodná především proto, že eliminuje



Obrázek 13

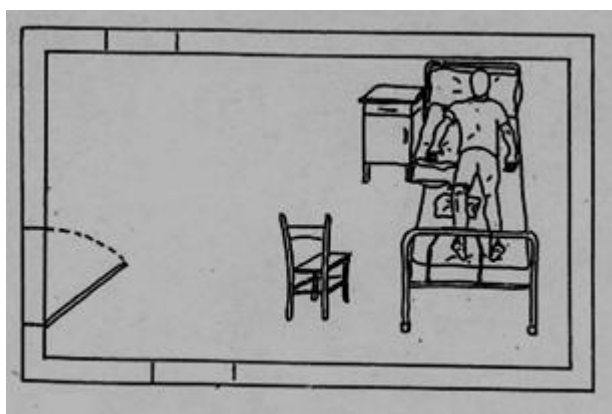
tlak na sakrální oblast a hrudník. Také udržuje kyčle a kolena v extenzi. Je ale méně vhodná pro starší pacienty a nevhodná pro pacienty se srdečními problémy.

Správné postavení tělních segmentů v poloze na břicho (obr.13)

- hlava rotovaná směrem k nepostižené straně
- postižená horní končetina v extenzi a předloktí v pronaci, ramenní pletenec podložen klínem až po loket
- nepostižená horní končetina tak, jak je příjemné pacientovi
- kyčel postižené dolní končetiny v extenzi, koleno v mírné flexi, bérec zapolohován tak, aby se zamezilo plantární flexi chodidla
- nepostižená dolní končetina v mírné flexi
- pod břicho vkládáme polštář nebo polohovací vak od žeber až po spiny kyčlí

Uspořádání nemocničního pokoje

Nemocniční pokoj hemiparetika (nebo jeho pokoj doma) by měl být správně uspořádán (obr.14). Potřebný nábytek – tedy např. noční stolek nebo stoleček by měl stát na straně parézy, aby pacienta co nejvíce stimuloval. Při podávání předmětů z nočního stolku



Obrázek 14

může pacient používat i nepostiženou horní končetinu, při tomto pohybu ale rotuje trup a opírá se o loket postižené strany, čímž ji faciliteje. Také přístup k pacientovi (tedy veškerá ošetrovatelská péče, manipulace s pacientem či návštěvy) by měla přicházet

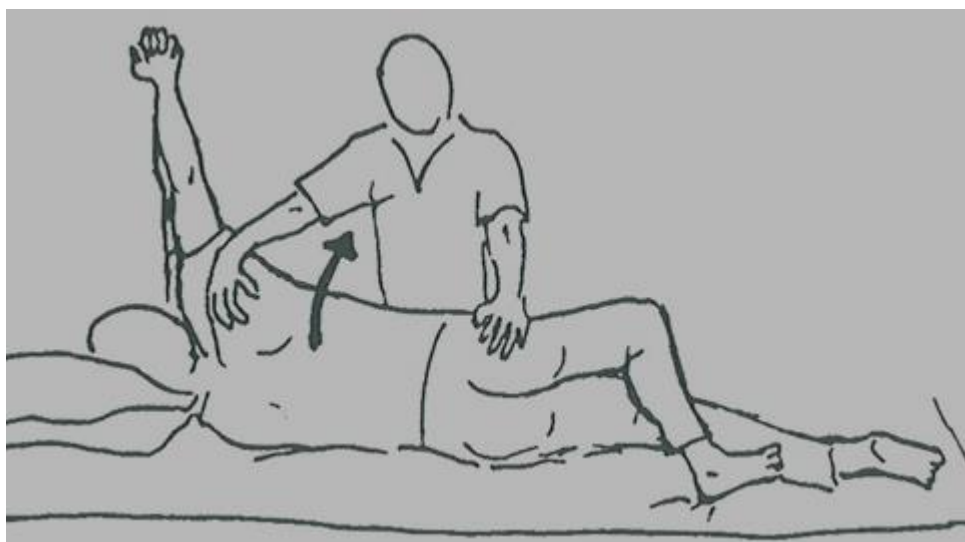
k pacientovi z postižené strany. Na postižené straně musí být pacient co nejvíce stimulován, aby se tak vyloučil nedostatek smyslových podnětů. Tímto způsobem se zároveň hlava rotuje na postiženou stranu, jinak by měl pacient tendenci udržovat hlavu rotovanou ke zdravé straně.

Mobilita

Přetáčení na nepostižený bok

Mobilita na lůžku a přetáčení je základem vývoje stavu směrem k posazování a chůzi.

Pasivní provedení (obr.15)

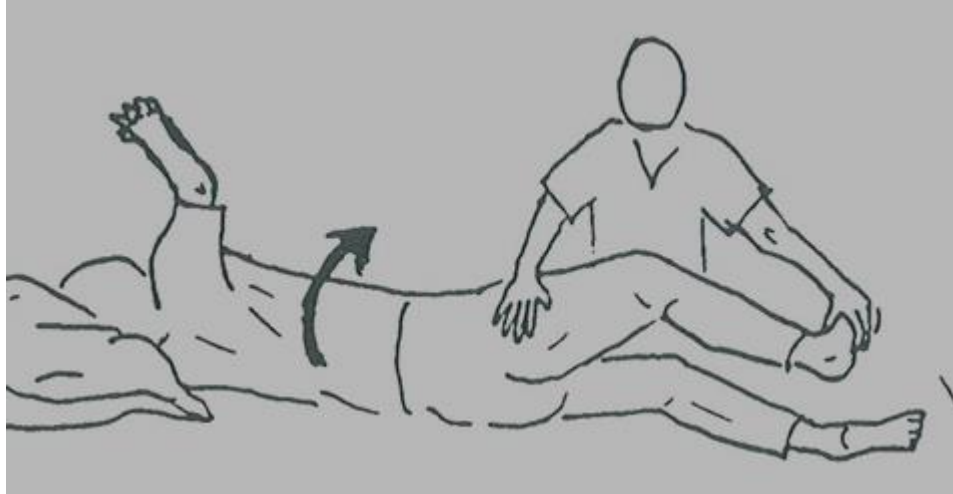


Obrázek 15

- koleno postižené dolní končetiny je pokrčeno
- paže jsou spojeny (prsty propletené, palec postižené horní končetiny je navrchu, aby byla zachována funkce opozice palce
- při přetáčení pacientovi pomáháme současně tlakem na rameno a bok

Aktivní provedení (obr.16)

- pacientovy dlaně jsou spojeny
- pacient se snaží otočit sám, terapeut pomáhá pacientovi přidržováním postižené dolní končetiny za hýždí a vnější stranu chodila.



Obrázek 16

Přetáčení na postižený bok

Aktivní provedení (obr.17)

- pacientovi pomáháme přidržováním ramene a kolene postižené strany těla
- pacient přetáčí sám nepostižené koleno a rameno



Obrázek 17

Nácvik sedu, změna polohy z lehu do sedu

Mobilita na lůžku, přetáčení na bok a posazování je základem vývoje stavu směrem k chůzi. Nácvik posazování by měl vždy předcházet nácviku stoje a následné chůze.

Pasivní provedení (obr.18)

- pacient má pokrčená kolena, přetáčíme jej přes postižený bok do sedu
- pacient se zdravou horní končetinou opírá o okraj lůžka
- terapeut fixuje pacientovu lopatku a zároveň mu napomáhá svést nohy z lůžka

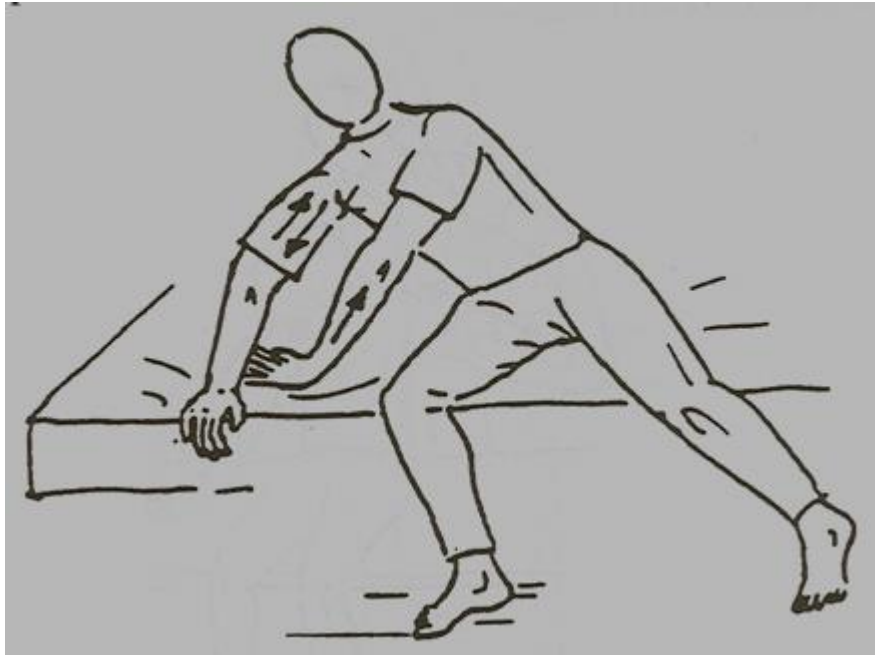


Obrázek 18

Aktivní provedení (obr.19)

- pacient se přetočí aktivně na bok tak, jak je popsáno v kapitole o aktivním přetáčení na lůžku
- nepostíženou horní končetinou se přidržuje hrany lůžka
- pacient se opírá o loket postižené horní končetiny a současně spouští dolní končetiny z lůžka

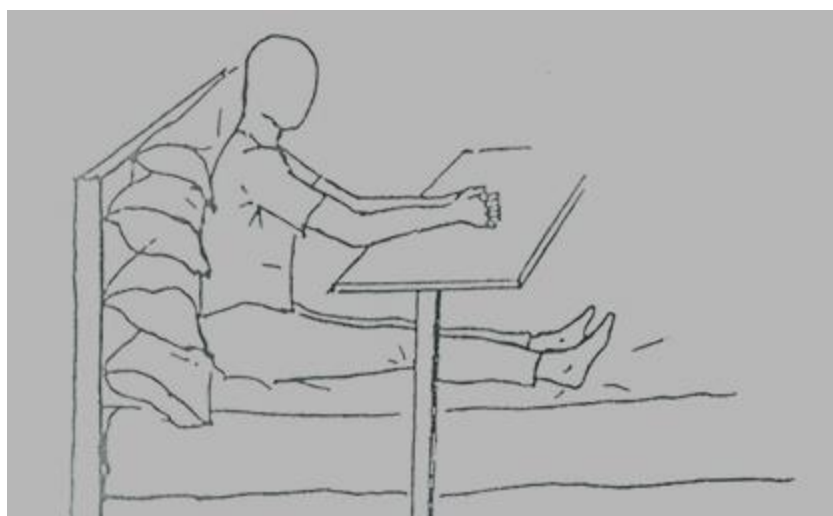
- vzepře se pomocí zdravé horní končetiny o lůžko a dokončí posazení



Obrázek 19

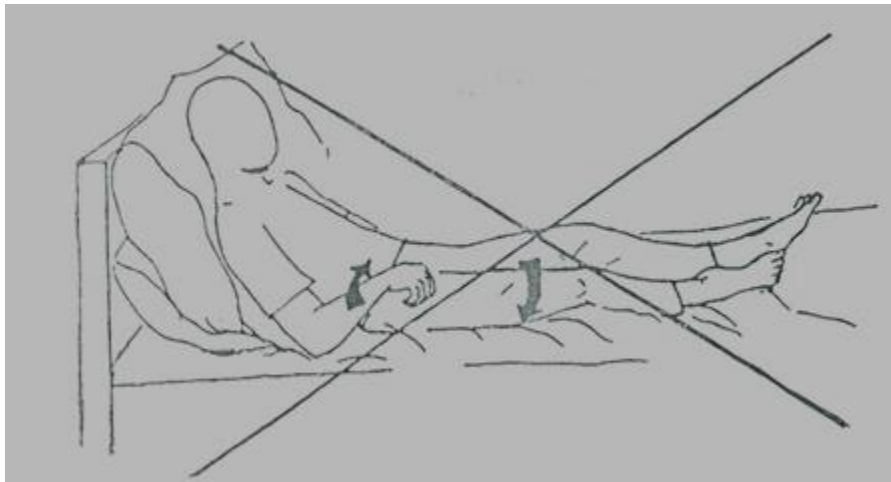
Sezení na lůžku

Při sezení na lůžku je třeba dbát na to, aby pacient seděl ve vzpřímené poloze a nenakláněl se k postižené straně. Pacienta polohujeme pomocí polohovacích klínů, hadů a polštářů (obr.20). Při sezení se spuštěnými nohama z postele dbáme na to, aby chodidla byla podložena stupínkem a zabránili jsme tak vývoji plantární flexe chodila. Tento stav by negativně ovlivňoval postavování a následnou chůzi.



Obrázek 20

- pacientova bedra jsou dobře vypodložena – docílíme tak sedu se vzpřímeným trupem
- váha pacientova těla by se měla rozložit na obě hýždě rovnoměrně
- kyčle ve flexi (90°)
- postižená horní končetina v extenzi, rameno v protrakci a zevní rotaci, (lokty spočívají na stolku nebo jsou podepřeny polštářem)
- obrázek 21 – nesprávně provedený sed, kdy se horní i dolní postižená končetina stáčí do spastického postavení



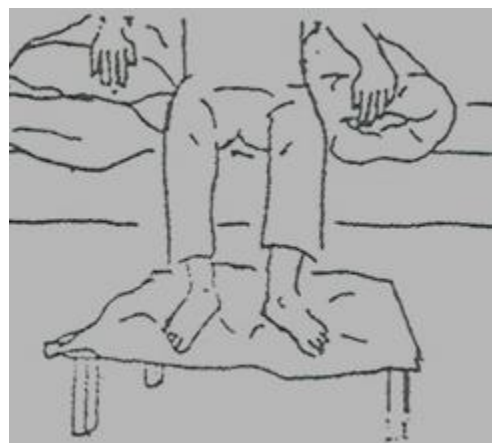
Obrázek 21

Sed s dolními končetinami svěšenými z lůžka

V této poloze pacient pracuje na udržování rovnováhy. Poloha vsedě se svěšenými končetinami stimuluje návrat opěrných a rovnovážných reakcí pacienta. Nenásilně tak dochází i ke stimulaci kolenních kloubů – aproximace při opoře o dolní končetiny



Obrázek 22



Obrázek 23

Pacient může mít zpočátku problémy s kontrolou svého těla, proto je dobré, aby terapeut stál před pacientem nebo při postižené straně pacienta a zpočátku jej jistil. Pacient může přepadávat k postižené straně těla.

V této poloze pacienta stabilizujeme pomocí polohovacích pomůcek – polohovací polštáře pod horní končetiny (obr.23). Na dolních končetinách udržujeme flexi do 90° v kyčlích, kolenou i hleznech, chodidla jsou polohována v dorzální flexi na stupínku.

Přesun z lůžka na židli

Pokud pacient již dokáže udržet stabilitu vsedě na lůžku, můžeme začít nacvičovat přesuny z lůžka na židli. Přesuny jsou specifickým cvičením v rehabilitačním programu. Terapeut učí pacienta, jakým způsobem má přesun provádět, aby se pacient po čase již dokázal přesunout sám.

Pro správně provedený přesun je dobré, aby lůžko, na kterém pacient sedí, bylo vysoké tak, aby pacient dosáhl na zem a mohl se při přesunu opřít o obě plošky chodidel. Židli nebo vozík postavíme kolmo vedle lůžka, vozík zabrzdíme. Pokud by židle podkluzovala po hladké podlaze, můžeme pro její stabilizaci použít protiskluznou podložku.

Pasivní provedení:

Při pasivním provádění přesunu pacienta terapeut stojí před pacientem a drží ho



Obrázek 25



Obrázek 24

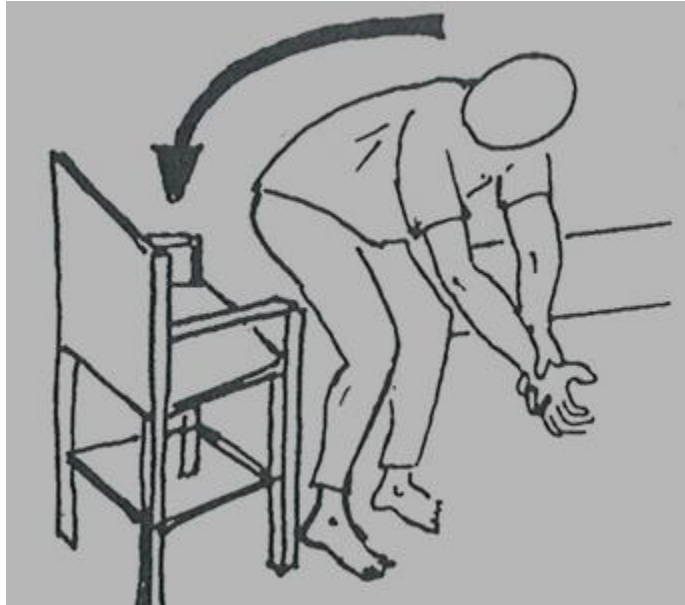
v oblasti lopatek (obr. 24)

- pacient si opře paže o ramena terapeuta
- terapeut stojí tak, že si svými koleny přidržuje kolena pacienta – především u postižené dolní končetiny (obr.25)

- pacient se předkloní a terapeut pomáhá pacienta nadzdvihnout – ale ne do plného stoje
- přitom terapeut otáčí pacienta směrem k židli, kam ho pomalu posazuje (pacient by se při přesunu neměl zcela postavit)

Provedení přesunu s dopomocí:

- pacient spojí ruce před tělem (postížený palec je nad zdravým palcem) a předkloní se, nohy jsou opřeny o podlahu
 - pomalu zvedne hýždě od podložky a přesune se nad židli
 - terapeut pomáhá s nadzvednutím hýždí a přidržuje židli, na
- kteřou si pacient bude sedat



Obrázek 26

Provedení přesunu samostatně:

- pacient spojí ruce před tělem
- předkloní se vpřed až téměř do stoje a pomalu se otáčí, přenáší část své váhy i přes postiženou dolní končetinu (obr. 26)
- pacient se posadí na židli



Obrázek 27

Nácvik stoje

Střídavé přenášení váhy jako nácvik stoje (obr.27)

Pro nácvik stoje je vhodné trénovat s pacientem vsedě střídavé přenášení váhy těla do stran a také přesuny pánve vpřed a vzad. Pacient tento pohyb postupně zkouší trénovat sám tak, že střídavě přenáší váhu z jedné hýždě na druhou (směrem do stran). Při přesunech pánve vpřed a vzad pacient pomocí nepostížené horní končetiny vysunuje vpřed a vzad střídavě levé i pravé rameno, pohyb koordinuje s pohyby pánve.

Postavování ze sedu

Při stoji by měla být kolena v extenzi, kyčle ve středním postavení, trup vzpřímený.

S dopomocí (obr.28)

- terapeut stojí na postižené straně pacienta a přidržuje jej, kolenem fixuje koleno pacienta v extenzi a také jistí jeho chodidlo
- svojí rukou přidržuje pacientovu nepostíženou horní končetinu



Obrázek 28

Samostatně (obr.29a)

- pacient spojí ruce před tělem (postižený palec nad zdravým palcem) a předkloní se



Obrázek 29a

- nadzdvihne hýždě
- postižená dolní končetina je postavena mírně za nepostíženou končetinou

Nácvik chůze

Pokud pacient dobře zvládá stabilitu ve stoji, začne se připravovat na nácvik samotné chůze. Ještě předtím je třeba nacvičovat přenášení váhy z jedné nohy na druhou nohu, do stran a dopředu a dozadu. Zkoušíme chůzi na místě a pacient se snaží zvedat více kolena. Může také zkusit výpady dopředu – ale při tomto cvičení by měl pacienta jistit terapeut, nebo se pacient přidržuje zdravou horní končetinou pevné opory.

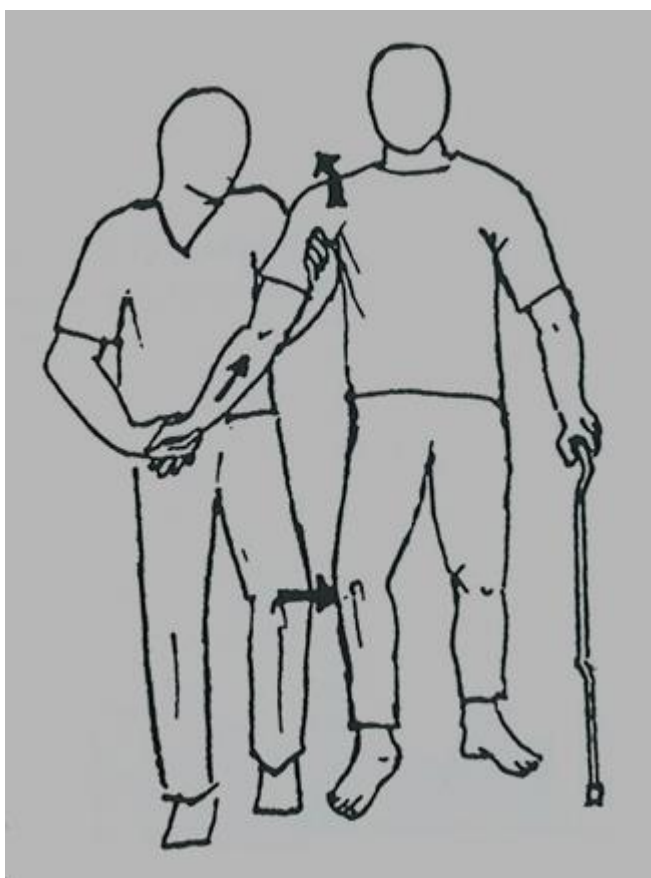
V rehabilitačním středisku se první nácvik chůze provádí v bradlech nebo v závěsu. V domácích podmínkách postupujeme tak, že terapeut kráčí za pacientem a poskytuje oporu

jeho kyčlím, udržuje pánev v protrakci a kontroluje také přenášení váhy na postiženou dolní končetinu (obr. 29b) Tímto způsobem si pacient obnovuje správný stereotyp



Obrázek 29b

chůze. Je-li pacient již ve stádiu, kdy mu chůze nečiní velké potíže, terapeut stojí na postižené straně pacienta a podpírá mu postiženou paži a rameno (obr. 30)



Obrázek 30

Při nácviku chůze dbáme na správné postavení těla, délku jednotlivých kroků, odvíjení chodidla od podložky a souhyb horních končetin.

Pomůcky používané při chůzi

Dostatečně pevná obuv nejlépe kotníčková, která nohu dobře stabilizuje.

Peroneální páska, která udržuje postiženou končetinu v dorzální flexi. Zlepšuje se tak stereotyp chůze a umožňuje došlápnutí na patu.

Berle a hole

Pro snadnější a jistější chůzi pacient používá berli nebo hůl. V současné době je



Obrázek 31

velký výběr berlí i holí v různých barvách a typech provedení. Při nácviku chůze učíme pacienta správně hůl či berli používat.

Pokud pacient používá hůl či berli v interiéru, měl by si stávající domácí prostředí upravit. Vhodné je například odstranění prahů, běhounů, omezení věcí na podlaze. Je třeba důkladně přilepit koberce v bytě a také správně rozestavit nábytek tak, aby nepřekážel volné chůzi,

ale zároveň aby poskytoval potřebnou oporu pacientovi.

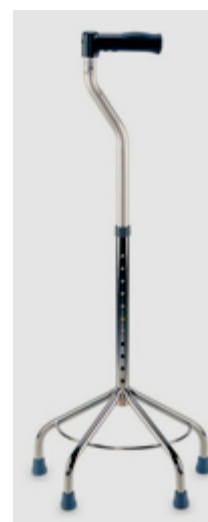
Berle (obr.31) je možné si vybrat s nastavitelnou výškou loketní opěrky, která může být vyměkčená či anatomicky tvarovaná. Může mít i světelnou odrazku pro větší bezpečnost pacienta při pohybu v exteriéru.



Obrázek 33

Hole je možné si vybrat s nastavitelnou výškou duralové, dřevěné, skládací či skládací se sedátkem, na kterém si pacient může během chůze odpočinout. Pro lepší

stabilitu a jistotu při chůzi jsou vhodné hole vícebodové



Obrázek 32

(obr. 32).

Určitě bychom neměli zapomenout na příslušenství k berlím a holím – a to zejména držák holí (obr. 33), který zamezí neustálému padání holí či berlí v interiéru. Další důležitou součástí hole či berle pro zimní období je protiskluzový nástavec pro použití v zimním období – tento nástavec má pět hrotů, je kovový a snadno sklopitelný (obr. 34).



Obrázek 34

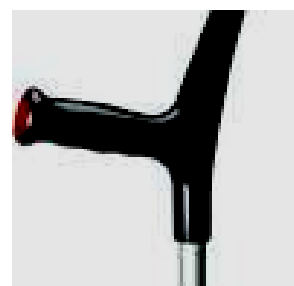
Chůze s oporou

Při nácvičku chůze s oporou nejprve pacienta poučíme, jak



Obrázek 35

ji správně používat. Hůl či berle je vždy na straně zdravé (obr.35). Na začátku trénujeme chůzi třibodovou, kdy jde nejprve hůl, poté nemocná dolní končetina a naposled zdravá dolní končetina. Později již můžeme trénovat chůzi dvoubodovou, kdy jde současně hůl a postižená dolní končetina, poté zdravá dolní končetina. Dbáme na to, aby kroky byly vždy stejně dlouhé, což znamená, že zdravou dolní končetinou dělá pacient kratší krok, aby se vyrovnal s kratším krokem postižené dolní končetiny.



Obrázek 36

Při chůzi v exteriéru volíme zpočátku takovou trasu, kde je minimum přechodů s obrubníky, schodů či podobných překážek. Dbáme na to, aby po cestě byla možnost odpočinku například na lavičce. Pro větší bezpečnost použijeme světelnou odrazku na berli (obr. 36) či hůl nebo reflexní pásku.

Chůze ze schodů (do schodů)

Pacienti v domácím prostředí upřednostňují při chůzi ze schodů či do schodů přidržovat se pevného zábradlí místo používání berle či hole. Pacient **při chůzi do schodů** (obr.37) vystupuje vždy zdravou dolní končetinou, poté se přisunuje postižená končetina, a pokud je použita berle (hůl) tak i berle. Pokud se pacient přidržuje pevného zábradlí u schodů, terapeut stojí za pacientem s důvodu



Obrázek 37

zajištění bezpečnosti a napomáhá mu uchopením za pánev.



Obrázek 38

Při chůzi ze schodů (obr.38) stojí terapeut před pacientem a může jej přidržovat za pas či dolní část trupu. Při chůzi ze schodů jde nejprve berle (hůl), pak postižená dolní končetina a nakonec zdravá dolní končetina.

Běžné denní činnosti - ADL

Soběstačnost

Běžné denní činnosti (z anglického originálu Activities of Daily Living – ADL) zahrnují činnosti, které se vztahují k péči o sebe sama. ADL jsou většinou dobře zažitá a mohou mít i formu rituálů. Dělí na dvě hlavní oblasti – personální (pADL) a instrumentální (iADL). ADL jsou velmi variabilní, záleží na věku, vývojové fázi, pohlaví, roli, kultuře či náboženství.

Ergoterapie pomáhá řešit praktické otázky, související se snížením či ztrátou soběstačnosti v běžných denních činnostech, které jsou pro život nepostradatelné. Tímto způsobem ergoterapie podporuje aktivní začlenění pacienta do společnosti a přispívá tak ke zvýšení kvality jeho života.

Nácvik soběstačnosti je velmi důležitou součástí celého rehabilitačního procesu. S jejím tréninkem začínáme co nejdříve, pokud možno ještě na nemocničním lůžku, kde pacienta učíme přetáčení na bok, záda, břicho, posazování a později i postavování. Jakmile je to možné, trénujeme s pacientem další denní činnosti, například provádění osobní hygieny (čištění zubů, mytí obličeje a rukou), příjem potravy nebo oblékání.

V další fázi nacvičujeme úkony soběstačnosti ve cvičných prostorách (cvičná koupelna, toaleta, kuchyň). V těchto prostorách trénujeme co největší soběstačnost. Pomůžeme pacientovi vyzkoušet si různé kompenzační pomůcky, aby si mohl vybrat ty z nich, které jsou pro něj nejvíce užitečné.

Velmi důležitá je úprava domácího prostředí. Ergoterapeut v rámci domácí návštěvy zmapuje domácí prostředí pacienta a doporučí mu vhodné úpravy.

Personální ADL

Personální ADL – zmiňované i jako bazální ADL zahrnují běžné denní činnosti v těchto oblastech:

- **sebesycení** – zahrnuje konzumaci jídla (použití příboru, donesení jídla do úst, napití se otevření/zavření lahve, přenést skleničku/hrnek), přípravu jídla (namazání, loupání, škrábání, krájení), obsluha kuchyňských přístrojů.
Do této části jsem zapracovala i oblast přípravy pokrmů (vaření) pod názvem „**Pomůcky používané v kuchyni**“, i když oblast vaření spadá do instrumentálních ADL. Učinila jsem tak proto, aby měl pacient konzumaci i přípravu jídla přehledně v jedné části manuálu.
- **oblékání** – zahrnuje přípravu oblečení, obléknutí oblečení ve správném pořadí, zvládnutí různých druhů zapínání (knoflíky, zip, patentky,...), zvolení vhodného oblečení podle teploty, počasí, příležitosti; vybrání vhodných doplňků, vázání kravaty, manipulace s kýlním pásem, ortézou
- **přesuny** – z vozíku/ na vozík, do postele – zpracováno v části č. 3 – „Mobilita“.
- **hygiena** – mytí (sprchování, koupání, namydlení se, opláchnutí), čištění zubů (zvládnutí péče o protézu, použití kartáčku na zuby, dentální nitě, ústní vody, mezizubního kartáčku), holení, česání a úprava vlasů, použití fěny, kulmy a žehličky na vlasy; nanesení deodorantu, použití kosmetiky (make-up, řasenka, rtěnka, krém,...), odlíčení, osušení se ručníkem, péče o brýle/ kontaktní čočky a naslouchadlo, péče o nehty či uši
- **toaleta** – manipulace s oblečením, používání toaletního papíru, bidetu, pomůcek pro menstruaci, inkontinenční pomůcky, hygiena rukou

Sebesycení

Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti v běžných denních činnostech a v aktivitách volného času. Ergoterapie pomáhá řešit praktické otázky, související se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život



Obrázek 39

nepostradatelné. Jednou z těchto činností je sebesycení.

Pokud pacient nemůže k sebesycení a stolování používat obě horní končetiny, (tzn. že je v raném stádiu rehabilitace), doporučujeme používat pro sebesycení různé kompenzační pomůcky. Jedná se o ergonomicky upravené pomůcky, které tak kompenzují nejen snížený rozsah, přesnost a sílu pohybu, ale i kvalitu úchopu (obr. 39). Pacient si tak může vybrat pomůcky s prodlouženým či zesíleným držadlem, přizpůsobené pro manipulaci jednou končetinou (obr. 39)

Při sebesycení je třeba dbát mimo jiné i na správnou výšku stolu a to, aby pacient měl postiženou končetinu na stole stále na očích, i když ji zatím nemůže do některých činností plně zapojit. Přesto je možné zkoušet si postiženou končetinou leccos přidržet apod.

Jednou z velmi důležitých pomůcek při sebesycení je protiskluzová podložka, která zabrání pohybu talíře po stole. Protiskluzových podložek je mnoho typů, dají se koupit v prodejnách se zdravotnickými potřebami, ale i v běžných obchodech (obr.39).

Konzumace jídla

Pokud pacient není schopen používat obě horní končetiny, používá při stolování



Obrázek 40

především lžící a vidličku. Při krájení tužší potravy je třeba použít tzv. kompenzační vidličku, která je opatřena ostrou hranou, kterou můžeme potravu zároveň i krájet.

Ergonomické příbory významně pomáhají především tehdy, když pacientovi ještě vážně supinace, pronace a pohyby v zápěstí. Pro usnadnění manipulace s potravou na talíři jsou vhodné speciálně upravené ergonomické příbory, především s rozšířeným úchopem, který je navíc řešen zároveň jako protiskluzový (obr.40). Příbory jsou opatřené nastavitelnou rukojetí, ke které je možné jednoduchým způsobem připevnit fixační dlaňovou pásku. Dlaňová páska fixuje pomůcku na ruce ve správné poloze (obr. 42). Další



Obrázek 41

možností je použití nože, který je kombinován zároveň s vidličkou – má ergonomickou rukojeť a rozšířený úchop (obr. 41). Pokud potřebujeme rozšířený úchop u příborů i jiných nástrojů, můžeme použít profesionální návleky pro rozšíření úchopu (obr. 43), které jsou ale drahé – za sadu 3 návleků zaplatíme cca 400,-



Obrázek 42

Kč. Nebo si můžeme rozšířit rukojeť nástroje pomocí trubice dutého profilu z pěnového polyetylenu tzv. mirelonu, který se používá jako tepelná izolace na trubky a je velmi levný.

Talíře se zvýšeným okrajem pro lepší manipulaci s potravinami jsou opatřeny přísavkou, která po přísátí pevně drží na povrchu stolu.



Obrázek 44



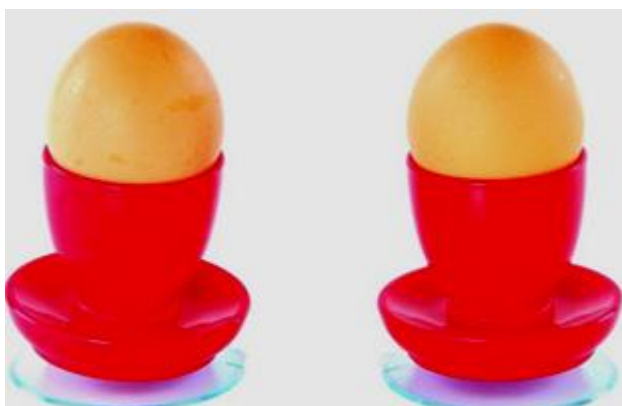
Obrázek 43

Hloubka talíře a jeho zvýšený okraj pomáhají při manipulaci s potravinami pouze jednou horní končetinou (obr. 44). Stejnou službu nám udělá i barevně odlišný univerzální nasazovací okraj, který se pomocí tří



úchytek dá nasadit na každý talíř. Pacient, který nemůže při jídle použít nůž, takový okraj uvítá. Nádobí s tímto okrajem lze mýt v myčce a dávat do mikrovlnné trouby (obr. 45).

Obrázek 45



Obrázek 46

vajíčka s protiskluzovou podložkou (obr.46)

Pokud je pacient schopen postiženou horní končetinu alespoň částečně používat, je dobré ji co nejvíce zapojovat do všech činností. Většinou je nejvíce postiženo akrom horní končetiny. Pacient je tedy

schopen pohybu v rameni a lokti, ale vážne supinace, pronace a pohyby v zápěstí.

Pro pití je vhodný hrnek se dvěma uchy nebo s jedním velkým uchem, kterým se dá provléct celá dlaň (obr.47)



Obrázek 47

Další možností je využít ergonomický plastový hrnek, který má na obvodu žlábků, do kterých při uchopení hrnku dobře zapadnou prsty a hrnek se tak lépe drží i lidem, kteří mají menší sílu v ruce (obr. 48). Další možností – především pro pacienty, kteří mají potíže s krční páteří či stabilitou trupu je speciální plastový hrnek s výřezem pro nos (obr. 49), tato úprava umožňuje se napít i těm pacientům, kteří mají problémy hýbat krční páteří. Hrnek je



Obrázek 49

kteří jsou upoutáni na lůžko či jsou nepohybliví. Další možností je tzv. jednosměrné brčko s ventilem, který udrží tekutinu uvnitř, i když brčko již nedržíte v ústech. Další oblastí kompenzačních pomůcek pro

tvarován tak, aby se mohl napít i pacient, který nosí brýle či krční límec. Pokud má pacient problémy s koordinací pohybů či svalovou silou a nedokáže správně naklopit hrnek, je vhodný hrnek s víčkem a náustkem. Pacient tak má jistotu, že se nepolije. Pro osoby, které raději využívají k pití brčko je určen držák brčka, který je opatřen klipem pro uchycení ke sklenici. Klip na sklenici je skvělá pomůcka hlavně pro pacienty,

Obrázek 48



Obrázek 50

sebesycení jsou ergonomická prkénka, vhodná např. k snadnému namazání chleba či krájení ovoce a zeleniny (obr. 50). Prkénko má dvě ergonomické zarážky, a také



Obrázek 51

zabraňuje posunu potravin díky hrotům, na které je možné zeleninu, ovoce či další potraviny napíchnout.

Prkénko má zvýšené okraje a tak zabraňuje padání potravin na zem. Zvýšené okraje svírají pravý úhel, což napomáhá osobám s pouze jednou pohyblivou horní končetinou



Obrázek 52

nebo se špatnou motorikou namazat si třeba sám krajíc chleba (obr.51). Prkénko může být vybaveno přísavkami, aby dobře drželo na podložce, nebo může mít jednu hranu zkosenou a tak se na podložce stabilizuje. K servírování je možné využít servírovací stolek, který je vyroben podobně jako pojízdné chodítko, ale místo nákupního košíku či odpočinkového sedátka jsou na něm instalovány dva servírovací tácy pro převoz jídla z kuchyně do jídelny či obýváku ke stolu (obr. 52).

Pomůcky používané v kuchyni

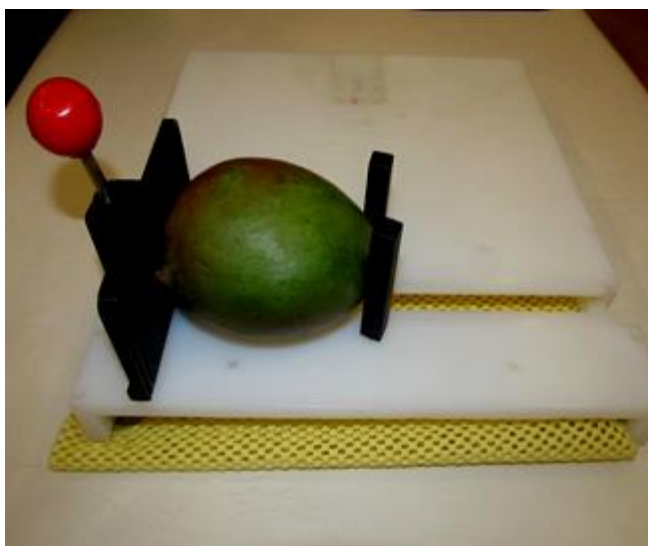
Prostor kuchyně je třeba přizpůsobit pohybu postiženého člověka. V kuchyni by



Obrázek 53

měl být dostatek prostoru pro pohyb. Vhodná je souvislá plocha kuchyňské linky se zabudovaným

sporákem. Místo klasického sporáku je lepší sporák s keramickými plotnami, kde se hrnce nemusí zvedat, pouze se posouvají. Optimální výška pracovní plochy je 85-90cm. Nádobí, které je často používáno, by mělo být snadno dosažitelné. Optimální výška pracovního stolu je cca.78cm. Podlaha nesmí být kluzká. Trouba na pečení by měla být ve výši očí. Při úpravě kuchyňského prostoru je třeba pečlivě promyslet, jak bezpečně a



Obrázek 54

snadno manipulovat s horkými předměty. Optimální je, když je vedle sporáku odkládací plocha. Také dřez by měl být nedaleko sporáku pro bezpečnější manipulaci s horkými tekutinami. Horní skříňky je dobré zavěsit na kolejničky, skříňky se pak dají stahovat dolů a pacient se v nich může lépe orientovat. Kuchyň vybavíme např. barovou židlí nebo židlí na kolečkách, kdyby



Obrázek 55

se pacient potřeboval rychle posadit.

Užitečným pomocníkem je odlehčená rychlovarná konvice v drátěné konstrukci,



kteřá konvici při nalévání fixuje ve správné poloze bez toho, aby ji pacient



Obrázek 56

musel držet. Ohřívání usnadní mikrovlnná trouba. Manipulace s pánví na sporáku usnadní držák na hrnce s dlouhou rukojetí (obr. 55) vhodný pro

Obrázek 57

pacienty, kteří mohou k vaření používat pouze jednu horní končetinu. Tento držák je opatřený přísavkami a při míchání pokrmu drží pánev ve stabilní poloze. Nádobí by mělo být lehké, snadno uchopitelné a pokud možno nerozbitné. Je dobré obstarat si vhodné kompenzační přístroje a další kuchyňské náčiní (nože se speciální rukojetí např. ve tvaru pilky). Zajímavým pomocníkem je multifunkční obracečka s ergonomickou rukojetí, díky které se lépe manipuluje s pokrmy na pánvi (obr. 56, 57).

Existuje celá řada nejrůznějších variant škrabek, které umožňují loupání brambor či jiné zeleniny a ovoce jednou rukou. Škrabka s dlaňovou páskou je vhodná pro osoby s nižší svalovou silou či malým citem v horní končetině. Dalším typem škrabky je speciální škrabka, která se navléká na prst (obr. 58). Škrabka je řešena tak, že



při navléknutí na prst nespadne. Při čistění zeleniny je možno použít kartáček s přísavkami, který se upevní na dno kuchyňského dřezu. Pro krájení chleba, zeleniny a dalších potravin můžeme použít kompenzační prkénka,

Obrázek 58

kteřá jsou opatřena ostrými hroty z nerezavějící oceli a fixačním zařízením, kterým se prkénko připevní k desce stolu (obr.53).

Činností, která vyžaduje svalovou sílu a koordinaci pohybů je otevírání konzerv,



Obrázek 59



Obrázek 61

zavařenin a lahví. Vykonat tuto činnost pouze jednou horní končetinou může činit obtíže. Pomoci mohou speciální otvíráky lahví a konzerv, které se např.



Obrázek 60

upevní na spodní část

závěsné skříňky. Další možností je multifunkční otvírák s ergonomickou protiskluzovou rukojetí (obr.59,60,61 a

62). Otvírák je variabilní a velmi lehký na



Obrázek 62

uchopení. Má

několik funkcí. S jeho pomocí otevřeme velkou

sklenici, lahev s vodou, konzervu nebo sáček s potravinami.

Zavařeniny otevřeme s pomůckou, díky níž se pod víčko dostane vzduch a tak se otevření ulehčí.

Při vaření využijeme speciální držáky a úchytky. Vhodnou pomůckou je protiskluzová podložka. Při mytí sklenic použijeme štětku upevněnou na dno kuchyňského dřezu přísavkou.

Ergonomické prkénko s fixačními bodci má v rohu vyvýšené okraje, které spolu svírají pravý úhel. Tím zajišťují pacientům snadnější manipulaci s potravinami (obr. 63). Prkénko může být opatřené i zářezkou, ohnutou dolů do pravého úhlu pro zapření do kuchyňské linky. Další varianta ergonomického prkénka je opatřena přísavkami, aby se neposunovalo po podložce.



Obrázek 63

Užitečnou pomůckou v kuchyni je speciální otvírák pro otvírání kartonových krabiček například s mlékem, kefirem, se šlehačkou apod. (obr. 64). Otvírák se umístí navrch krabičky do místa, kde jsou vršky obou stran slepené. Jemným pohybem pak



Obrázek 64

rozdělí slepené vršky obou stran krabice, když táhneme otvírákem směrem k sobě, krabici zcela otevře. Na otevřenou krabici můžeme nasadit speciální plastový trychtýřek, který pomůže při nalévání nápojů z obalu (obr.65). Máme tak jistotu, že se nám tekutina nerozlije. Trychtýřek má v sobě drážku, která jej v krabici stabilizuje a dá se zavřít víčkem. Vyndat jej stačí až tehdy, když je obal prázdný.



Obrázek 65

Kompenzační pomůcky a vybavení kuchyně je velmi důležitou oblastí běžných denních činností právě proto, že je třeba vykonávat je každý den. Možnost vykonávat je samostatně bez dopomoci druhé osoby pro pacienty zásadní (obr. 66).



Obrázek 66

Oblékání

Oblékání zahrnuje přípravu oblečení, obléknutí oblečení ve správném pořadí, zvládnutí různých druhů zapínání (knoflíky, zip, patentky,...), zvolení vhodného oblečení podle teploty, počasí a příležitosti; výběr vhodných doplňků, vázání kravaty, manipulace s kýlním pásem, ortézou apod.

Při oblékání je třeba vybrat vhodný typ oblečení. Zpočátku tedy oděvy spíše



Obrázek 68

volnější, které se dají lépe a snadněji obléknout. Vybíráme oděvy z

pružnějšího materiálu, což ale neznamená, že by neměly být slušivé a elegantní. Například ženy mohou každý kousek doplnit zajímavým šátkem, šálkou či šperkem. Určitě

není třeba rezignovat na hezké oblečení, jen je vhodné typ oblečení dobře posoudit. Místo knoflíků, se kterými se většině pacientů hůře



Obrázek 69

manipuluje, můžeme používat suché zipy nebo zipy klasické. Při použití klasického zipu je dobré přišít na zip látkový či kožený řemínek či přívěsek, který usnadní jeho zapínání (obr.68). Další možností je použít rukojeť s háčkem. Tato pomůcka se snadno nacvakne na jakýkoli jezdec zipu. Zvětší se tak úchopová plocha zipu (obr. 67). Vhodný je také speciální tažný háček, který je určen pro pacienty se špatnou koordinací pohybů. Háček se dá jednoduše navléknout na zip a také přendávat na jiný typ oblečení.

Pokud potřebujeme používat oblečení s knoflíky, vybíráme knoflíky větší a

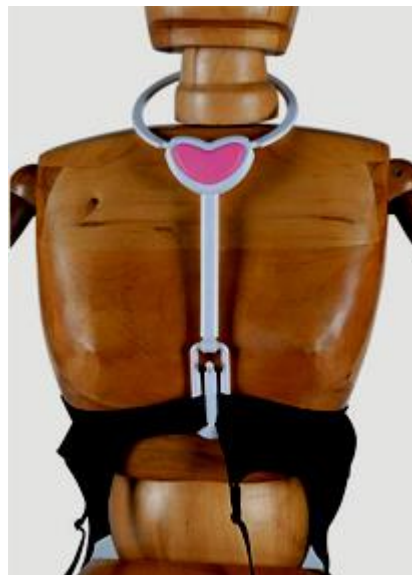


Obrázek 70

dírky spíše vodorovné, ve kterých knoflík lépe drží. Pro zapínání knoflíků můžeme použít provlékač knoflíků, který má ergonomickou rukojeť a ulehčuje zapínání knoflíků jednou rukou (obr.69). Na druhé straně provlékače je háček na

zapnutí i rozeptnutí zipu. Vhodné je též použití patentek, které se vyrábí v různých velikostech a každý si tak může vybrat, která velikost mu nejvíc vyhovuje. Nejsnadnější zapínání zajišťuje suchý zip, který se k sobě pouze přitlačí. Na tuto činnost stačí jedna ruka.

Speciální oblékací hůl je určena pro osoby, které mají omezenou pohyblivost ruky a sníženou koordinaci pohybů (obr.70). Hůl také může sloužit jako obouvák na boty. Díky zesílené rukojeti obalené molitanem se velmi pohodlně drží i osobám s velmi malou úchopovou silou. Oblékač hůl použijeme tak, že vložíme do rukávu bundy ruku, oblékač hůl si položíme přes rameno, háček si nasadíme pod kabát, a ten si pak přetáhneme přes sebe. Poté už můžete i druhou ruku navléknout do rukávu.



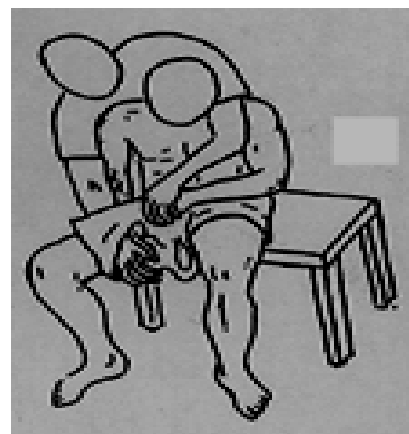
U žen může působit problémy navlékání a zapínání podprsenky. Vhodné je zapínání vpředu na patentky, ploché háčky nebo suché zipy. Pro snadné oblékání jsou oblíbené elastické sportovní podprsenky bez zapínání, které se přetahují přes hlavu. Při zapínání klasické podprsenky se postupuje tak, že se nejprve navlékne kolem trupu zapínáním dopředu, kde se zapne a pak se teprve přetočí a navlékne na ramena. Použit také můžeme pomůcku pro zapínání podprsenky (obr.71).

Obrázek 71

Oblékání trička

Stejným způsobem lze oblékat nátlčník, dámskou spodní košilku či tričko s dlouhým rukávem (obr.72).

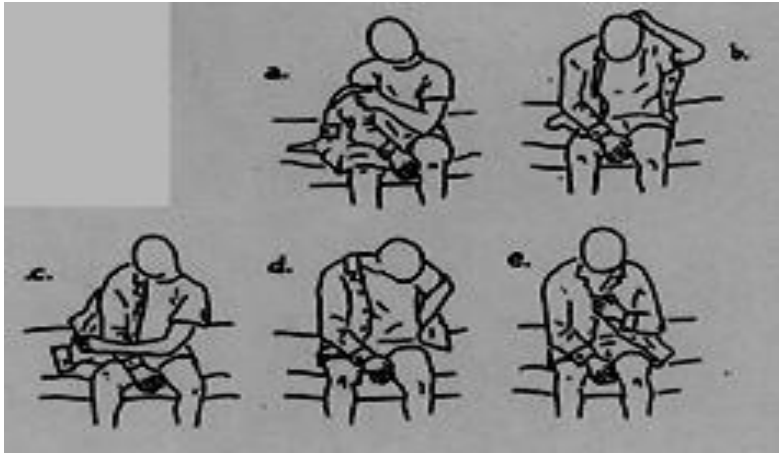
- pacient si položí tričko na nepostížené koleno zadní stranou nahoru
- postižená horní končetina zůstává svěšená mezi kolena
- pacient si nepostíženou horní končetinou přetáhne tričko přes ruku a loket postižené horní končetiny až na rameno



Obrázek 72

- poté pacient vsune do rukávu nepostíženou horní končetinu a tričko si přetáhne přes hlavu nepostíženou horní končetinou (trup v mírném předklonu)

Oblékání košile (obr.73)



Obrázek 73

- výchozí pozice při oblékání je stejná jako při oblékání trička(obr.72)

- pacient si položí košili na koleno postižené dolní končetiny límcem dál od těla a vnitřní stranou nahoru

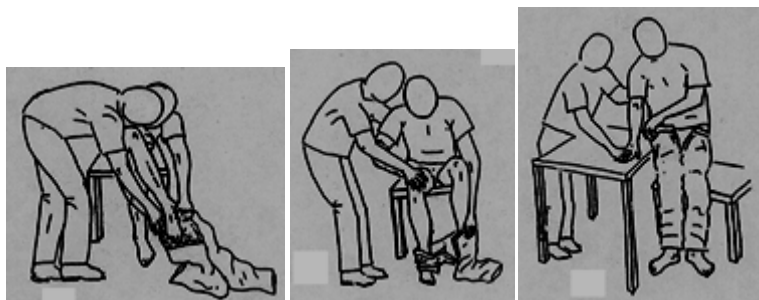
- postižená horní končetina je svěšena mezi kolena
- pacient navlékne nepostíženou horní končetinou rukáv na horní končetinu postiženou až do výše ramene
- poté zdravou horní končetinou uchopí zadní část košile, přehodí si ji přes záda a navlékne si rukáv na nepostíženou horní končetinu

Navlékání kalhot (obr.74)

Kalhoty by měly mít spíše širší střih, zpočátku je dobré, když mají elastický pas, později můžeme použít zapínání na háčky, větší knoflíky, patentky, zdrhovadlo či suchý zip (obr.74).

- pacient sedí na židli
- za pomoci horních končetin přehodí postiženou dolní končetinu přes končetinu nepostíženou
- zdravou horní končetinou pacient navlékne nohavici na postiženou dolní končetinu co nejvýše
- spustí nohu na zem a navlékne druhou nohavici na zdravou dolní končetinu
- poté pacient vstane, postiženou horní končetinou se opírá o stůl a natahuje si kalhoty pomocí zdravé horní končetiny

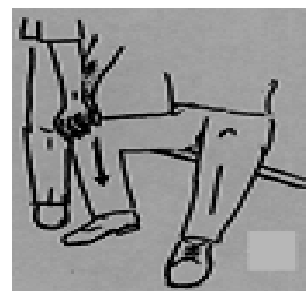
- poté se pacient opět posadí, aby si mohl kalhoty zapnout



Obrázek 74

Obouvání bot (obr.75)

- výchozí poloha je opět stejná
- pacient nazouvá botu nepostíženou horní končetinou
- poté dolní končetinu položí na zem a zatlačí patu směrem dolů (obr.75)
- při obouvání je vhodné použít obouvací lžici



Obrázek 75

Pro jednodušší nazouvání bot můžeme použít různé druhy a délky nazouvacích lžic nebo již výše popsanou oblékací hůl se lžicí na boty na druhém konci (obr.77). Obouvací lžice usnadní jak nazouvání, tak i zouvání bot. Některé obouvací lžice jsou opatřeny



Obrázek 76



Obrázek 77

pacientovi snadné zavěšení lžice na věšák.

Další důležitou kompenzační pomůckou je zouvák na boty (obr. 76), který důmyslně usnadňuje zouvání obuvi bez nutnosti

pružinovým mechanismem, který zajišťuje velmi jednoduchou manipulaci. Lžice na obouvání bot může být dlouhá 59 až 78 cm. Díky této délce se není nutné ohýbat a integrované poutko zajistí



Obrázek 78

předklánění a držení rovnováhy. Pacient postaví zouvák před sebe a jednou nohou si stoupne na jeho rovný povrch. Druhou nohou vsune do otvoru v zadní části (patou). Poté pohybem paty jednoduše zuje botu z nohy.

Tkaničky do bot

Zavazování tkaniček jednou rukou v podstatě není možné, proto je dobré zpočátku používat boty se zapínáním například na suchý zip.



Obrázek 79

na noze. Tím, že jsou tkaničky elastické, dají se bez rozvazování boty opět nazout i vyzout. Další možností je použití spirálových elastických tkaniček. Tyto tkaničky mají osm oček a dají se libovolně utahovat i povolovat, ale již není nutné je zavazovat.

Použit můžeme tzv. elastické tkaničky (obr.78,79). Tkaničky se navlečou do bot a pak se boty nazují – pacient požádá o zavázání tkaniček tak, aby bota dobře seděla

Navlékání ponožek

Navlékač ponožek nám tuto činnost výrazně ulehčí (obr.80). Je určen především pro osoby s porušenou koordinací pohybu rukou, osoby, které



Obrázek 80

mají k dispozici jen jednu horní končetinu nebo osoby, které mají potíže s ohýbáním. Navlékač ponožek má na jedné straně po obvodu stahovací popruhy. Ponožku navlékne na plastový díl navlékače, nasadíme špičku do ponožky a rovnoměrně

pomocí popruhů vytáhneme ponožku na nohu. Prohnutý tvar navlékače drží ponožku ve správné poloze při natahování na nohu.

Hygiena

Pod pojmem osobní hygiena rozumíme mytí (sprchování, koupání, namydlení



Obrázek 81

se, opláchnutí), čištění zubů (zvládnutí péče o protézu, použití kartáčku na zuby, dentální nitě, ústní vody, mezizubního kartáčku), holení, česání a úprava vlasů, použití fěnu, kulmy a žehličky na vlasy; nanesení deodorantu, použití kosmetiky (make-up, řasenka, rtěnka, krém,...), odlíčení, osušení se ručníkem, péče o brýle/ kontaktní čočky a naslouchadlo, péče o nehty či uši.

Osobní hygiena

Osobní hygiena je zásadním požadavkem pro integraci postižené osoby do společnosti. Nečistota nebo tělesný zápach představují pro resocializaci velkou překážku. Problémem může být velká porucha hybnosti, která znemožňuje či omezuje provádění hygienických

úkonů způsobem na něj byl pacient doposud zvyklý. Překážkou

mohou být i architektonické bariéry, díky kterým se pacient do koupelny hůř dostává, nebo se obává pádu na



kluzké podlaze.

Obrázek 82

Prostor koupelny včetně vstupních dveří musí být dostatečně velký, aby umožňoval bezpečný pohyb pacienta po koupelně. Jako první je třeba do koupelny



Obrázek 83

instalovat pro větší bezpečnost madla a protiskluzné podložky. Vana by měla být opatřena madly a vhodným typem sedačky (na vanu, do vany), dále protiskluznou podložkou, která by měla být jednak na dně vany, ale i na zemi před vanou. Dalším vhodným vybavením je připevnění mycích potřeb v dosažitelné vzdálenosti pacienta.

K snadnějšímu učesání slouží speciální ergonomický hřeben s prodlouženou rukojetí, která je z neklouzavého materiálu. S pomocí toho kartáče se pacient s omezenou hybností horní končetiny může pohodlně učesat i na vrcholu zadní části hlavy bez pomoci druhé osoby (obr.82).

Pro snadnější umytí na hůře dostupných částech těla je určena mycí houba na pevné či ohebné prodloužené rukojeti (obr.81, 82). Stejnou službu pacientovi zajistí aplikátor mýdla s prodlouženou a ohebnou rukojetí (obr.83).



Obrázek 84



Obrázek 85

snadno oddělit a tak je možno se umývat či natírat i jen samotným zásobníkem. Na

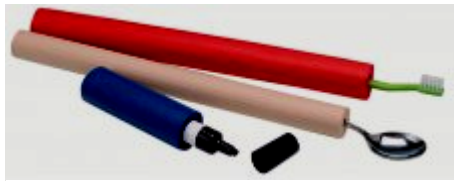
Tímto způsobem se pacient dokáže namydlit na těžko přístupných částech těla, i když má k dispozici pouze jednu zdravou horní končetinu. Do aplikátoru je možno dát jak tekuté mádlo, tak i například krém. Zásobník lze od rukojeti



Obrázek 86

podobném principu funguje i aplikátor krému na dlouhé protiskluzné rukojeti (obr.84). Pro snadné vysoušení vlasů slouží držák na fěn, do kterého je možno fěn vložit a mít volnou ruku (obr.85). Fénem je možno na držáku pohybovat do všech stran a tak není třeba jakkoliv otáčet hlavou či krkem. Je vhodný pro osoby s bolestmi krční páteře,

nebo se sníženou svalovou silou v rukách. Dalším užitečným pomocníkem v oblasti osobní hygieny je pomůcka pro vymáčknutí pasty na zuby nebo krému (obr.86). Pro



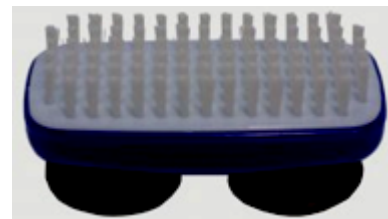
Obrázek 87

lepší úchop je možno rozšířit držadlo kartáčku na zuby pomocí



Obrázek 88

profesionálního návleku (obr. 87). Rozšíření úchopu lze dosáhnout i pomocí trubice dutého profilu z pěnového polyetylenu tzv. mirelonu, který se používá jako tepelná izolace na trubky a je velmi levný. Kleštičky na nehty s přísavkami a speciálním pilníkem usnadní



Obrázek 89

stříhání nehtů, pokud pacient může použít jen jednu horní končetinu, nebo má v končetinách velmi malou sílu (obr. 88, 90).

Pro péči o nehty můžeme použít i speciální kartáček s přísavkami, upevnitelný k podložce (obr.89).



Obrázek 90

Koupání, sprchování

Prostor koupelny včetně vstupních dveří musí být dostatečně velký, aby byl



umožněn bezpečný pohyb pacienta po koupelně. Sprchování je pro jedince s vážnou poruchou hybnosti někdy bezpečnější a pohodlnější než koupání ve vaně. Ale ani koupání ve vaně není třeba se vzdávat, pokud k tomu využijeme vhodné kompenzační pomůcky. Jako první je třeba do koupelny instalovat pro větší bezpečnost madla a protiskluzné podložky. Vana by měla být opatřena madly a vhodným typem sedačky (na vanu, do vany), dále protiskluznou podložkou, která by měla být

Obrázek 91

jednak na dně vany, ale i na zemi před vanou. Dalším vhodným vybavením, dle potřeby pacienta, je připevnění mycích potřeb v dosažitelné vzdálenosti pacienta.

Podložka do vany tvoří součást řady kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené osoby a osoby se sníženou schopností mobility (obr.92). Svým protiskluzovým provedením usnadňuje pacientům běžné úkony



Obrázek 92

osobní hygieny a zároveň eliminuje možné riziko pádu. Protiskluzová podložka je vyrobena z pórovité gumy se zdrsňenou sedací plochou. Ve spodní části je podložka doplněna protiskluzovými přísavkami, které zabraňují nežádoucímu posunutí po dně vany, čímž výrazně přispívají ke zvýšení stability a bezpečnosti při koupání.

Sedačky do vany

Sedačka na vanu (obr.91) najde své využití zejména tam, kde pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen bez pomoci použít standardní vanu. Svou konstrukcí usnadňuje běžné úkony osobní



Obrázek 93

hygieny a zároveň eliminují možné riziko pádu. Tím výrazně zvyšuje soběstačnost pacienta. Díky posuvatelým záložkám je možné nastavit šířku dle typu vany. V sedačce je navíc integrováno madlo pro snazší vstávání. **Sedačka do vany** závěsná s variabilní šířkou (obr.93) má jednoduchou konstrukci, která usnadňuje její instalaci do vany. Celkové rozměry sedačky jsou navrženy tak, aby umožňovaly využití sedačky ve



Obrázek 94

většině standardních van. Konstrukce sedačky se skládá z rámu vyrobeného z povrchově upravených duralových trubek a výřezem pro zpřístupnění intimní hygieny a dvou nastavitelných závěsných ramen. Závěsná ramena jsou opatřena protiskluzovými koncovkami, které zabraňují nežádoucímu skluzu a posunu po obvodových stranách vany, na kterých je sedačka zavěšena. Tak je zajištěna stabilita i bezpečnost.

Do vany lze instalovat i závěsnou sedačku otočnou (obr.94). Mechanické uložení sedátka umožňuje jeho plynulé otáčení a tím usnadňuje přesun pacienta do



vany. Pro fixaci zvolené polohy a dosažení maximální stability slouží mechanická západka, která se dá zajistit jednoduchým způsobem ve čtyřech pozicích. Boční ramena závěsného rámu jsou opatřena čtyřmi plastovými protiskluzovými koncovkami, které zabraňují nežádoucímu skluzu a posunu po obvodových stranách vany, na kterých je

Obrázek 95

sedačka zavěšena.

Sklopná sedačka do sprchy (obr.95) se skládá z kovového rámu a plastového hygienického sedátka s výřezem pro provedení intimní hygieny. Sklopný mechanismus



umožňuje dvě polohy. Vodorovnou polohu pro běžné používání a svislá pro sklopení sedačky. Sedačka má podle typu i podpůrné nohy (výškově nastavitelné), které odlehčují zavěšení a umožňují zvýšit nosnost sedačky.

Pojízdné křeslo do sprchy (obr.96) má polstrované hygienické sedátko s polstrovaným opěradlem. Sedátko má výřez s plastovou toaletní nádobou. Tento model má také odklopné područky a sklopnou jednodílnou stupačku. Zadní kolečka mají nášlapnou brzdu.

Obrázek 96



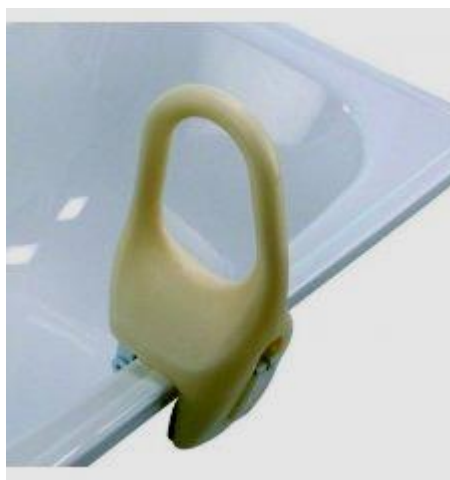
Obrázek 97

Do sprchy můžeme použít i přenosnou sedačku bez opěradla s madly (obr.97). Konstrukce sedačky se skládá z rámu vyrobeného z duralových trubek a plastového hygienického sedátka. Konstrukce rámu pamatovala i na madla pro snazší vstávání. Opěrné nohy jsou ve spodní části opatřeny pryžovými protiskluzovými nástavci a umožňují nastavit variabilní výšku v rozmezí

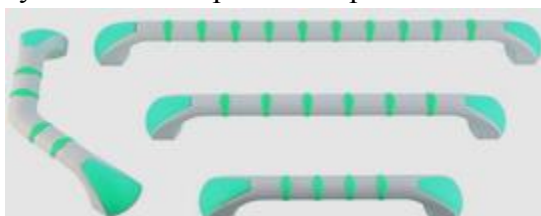
12 cm.

Madla

Madla usnadňují pohyb v koupelně i na toaletě a zvyšují bezpečnost pacienta. Vybrat si můžeme madla, která jsou připevněna na stěnu, na vanu, nebo madla s přísavkou, při jejich instalaci není nutné vrtat do obkladů. Madla se vyrábí kovová i plastová s protiskluznou úpravou jejich povrchu.



Obrázek 98



Obrázek 99

Madlo s upevněním na vanu tzv. švédské madlo (obr.98) zároveň zvyšuje

soběstačnost. Madlo je vyrobeno kombinací povrchově upravených ocelových trubek vysoké pevnosti a je vybaveno rychloupínacím systémem. Je nastavitelné dle šířky okraje vany. Upevnění se provádí pomocí rychloupínacího šroubu.

Madlo s upevněním na stěnu tzv. záchytné madlo do koupelny (obr.99). Vybrat si pacient může kovové či plastové provedení a různé velikosti. Z hlediska zajištění bezpečnosti je nabízena



Obrázek 100

protiskluzová úprava rukojeti. Upevňuje se pomocí čtyř šroubů. **Madlo s přísavkou** tzv. madlo s bezpečnostním ukazatelem, je ideální do koupelen a dalších prostor, kde nechceme či nemůžeme vrtat do obkladů (obr.100).

Provedení přesunů do vany, z vany

- sedačka by měla být umístěna tak, aby byla při pacientově nepostížené horní končetině
- pacient se zdravou horní končetinou přidrží madla
- otočí se k vaně zády, posadí se na sedačku a posune hýždě dozadu
- zvedne zdravou dolní končetinu a přesune ji do vany, totéž provede postiženou dolní končetinou, pokud mu toto činí obtíže, podvleče nepostíženou dolní končetinu pod postiženou a přehodí přes okraj vany obě končetiny najednou
- posune se doprostřed sedačky a osprchuje se či vykoupe
- při vystupování z vany je postup opačný, pacient se hýžděmi přisune co nejbližší k okraji vany, přehodí dolní končetiny a pomalu se zvedne (před výstupem z vany je pro větší bezpečnost lepší vypustit vodu)

Toaleta

Toaleta – použití toalety znamená zvládnout manipulaci s oblečením, používání toaletního papíru, bidetu, pomůcek pro menstruaci, inkontinenční pomůcky a hygieny rukou.

Na toaletě je vhodné instalovat madla zvýšit sedátko toaletní mísy pomocí nástavce.

Sklopná madla (obr. 101) mohou být jednoduchá, zdvojená nebo se sklopnou stabilizační nohou a



Obrázek 101

aretační pojistkou.



Obrázek 102

Zvýšení toalety pomocí nástavce výrazně usnadní dosedání na toaletu a vstávání z ní. Plastový nástavec na toaletu se usazuje přímo na toaletní mísu (obr.102). K fixaci slouží jednoduché aretační zarážky ve spodní části nástavce. Výšku nástavce je třeba zvolit tak, aby celková výška toalety i s nástavcem byla shodná s výškou podkolení jamky pacienta (po dosednutí by měl být v kolenní pravý úhel). Nástavec může být ve standardním provedení v plastové formě, nebo vyměkčený a protiskluzový z polyuretanové hmoty. Nosnost nástavce je až 190 kg.

Další možností je použít na toaletě nástavec přenosný, který je v plastovém provedení, má podpůrnou konstrukci s madly a dá se převážet třeba na chalupu. Velkou výhodou je, že není třeba instalovat do obkladů madla, nemusí se vrtat

(obr.103). Tento nástavec je vhodný pro použití tam, kde toaletu používají i ostatní členové rodiny. Často je ale problém s tím, kam přenosný nástavec ukládat. Stejně tak jako v koupelně i na toaletě lze instalovat madla pro zvýšení bezpečnosti pacientů. Madla s instalací do stěny nebo madla s přísavkou, která jsou popsána v kapitole kompenzačních pomůcek při koupání.



Obrázek 103

Nástavec z polyuretanové pěny je vyměkčený a tím zajišťuje prevenci proti dekubitům. Na toaletní mísu se připevňuje



pomocí dvou fixačních šroubů (obr.104).

Obrázek 104

Instrumentální ADL

Činnosti, které zahrnují širší soběstačnost.

- Komunikace – nácvik psaní (obr.105)
- Manipulace s léky
- Péče o domácnost – úklid (zametání, mytí nádobí, utírání prachu, manipulace s úklidovými prostředky), péče o květiny a domácí zvířata, praní prádla (třídění, pověšení), žehlení, opravy prádla, údržba domácích spotřebičů, udržování zahrady
-
- Použití komunikačních technologií – telefon (volání, napsání SMS), počítač (používání e-mailu, sociálních sítí (obr.106))
- Koničky a volný čas



Obrázek 105



Obrázek 106

Nácvik psaní

Trénink psaní by měl být v prvé řadě zaměřen na nácvik vlastnoručního podpisu, což je pro pacienta velice důležité. Nejprve je třeba se rozhodnout, zdali bude možné používat při psaní dominantní končetinu



Obrázek 107

nebo bude třeba přeučit pacienta na končetinu opačnou. Při psaní postiženou horní končetinou bude pravděpodobně nutné zvolit vhodnou kompenzační pomůcku. Může to být tužka se širší rukojetí, rozšíření úchopu molitanovým návlekmem či některý z ergonomických gumových nástavců pro kvalitnější a snadnější úchop (obr. 107). Nácvik psaní začínáme uvolňovacími cviky (velké kruhy, vlnky ...), poté nacvičujeme obkreslování různých tvarů, jednotlivých písmen, později začínáme se samotným nácvikem psaní jednotlivých písmen a slov.

Kompenzační pomůcky pro nácvik psaní



Obrázek 108

Kompenzační pomůcky pro nácvik psaní umožňují zvětšení úchopové plochy tužky (tužka se širší rukojetí, molitanový válec, fixatér prstů, kulový kompenzační úchop). Rozšířit úchopovou plochu různých nástrojů můžeme buď použitím profesionálních návleků pro rozšíření úchopu (obr.108), nebo pomocí trubice dutého profilu z pěnového polyetylenu tzv. mirelonu, který se používá jako tepelná izolace na trubky a je velmi levný.

Jedním z profesionálních nápleků pro rozšíření úchopové plochy jsou pěnové trubičky pro pohodlnější úchop tužky nebo propisky (obr.108). Jsou určeny pro pacienty se špatnou koordinací pohybů ruky, nebo s malou svalovou silou. Do trubičky se vloží tužka tak, aby hrot zůstal venku. Tužka v trubičce se velmi dobře drží. Trubičky lze umývat v myčce na nádobí.



Obrázek 109

Další možností speciálního úchopu je ergonomicky tvarovaná kuličková tužka (obr.109).

Je určena pro pacienty, kteří mají problém s koordinací pohybu prstů. Model je vhodný jak pro praváky, tak pro leváky, průměr pera je 2,5 cm.



Obrázek 110

Pěnový či plastový kulatý držák je možné

využít na držení mnoha předmětů, které mají delší rukojeť a které se samostatně špatně drží. Držák ve tvaru míčku ocení zejména ti pacienti, kteří mají potíže stisknout pevně dlaň, nebo mají omezenou schopnost pohybu rukou. Držák umožní pevnější a jistější stisk. Je možné ho využít při manipulaci s



Obrázek 111

psacími potřebami, zubním kartáčkem, žiletkou, příbory apod. (obr.110)



Obrázek 112

Gumový

nástavec pro pohodlnější úchop (obr.111,113) je určen pro slabší tužky či pera, která v nich dobře drží a umožňují tak psát bez velkých problémů. Otvory v nástavci jsou úzké a tužku dobře fixují.

Speciálně vyvážené pero (obr.112) je vhodné pro osoby, které mají problémy s třesem rukou. Váha pera je variabilní díky závaží ve vnitřní části a může se pohybovat od 55 do 250 gramů. Díky této váze a větším rozměrům dokáže tato kuličková tužka eliminovat chvění rukou.

V této kapitole zmíníme také speciálně ergonomicky upravené nůžky (obr.114).

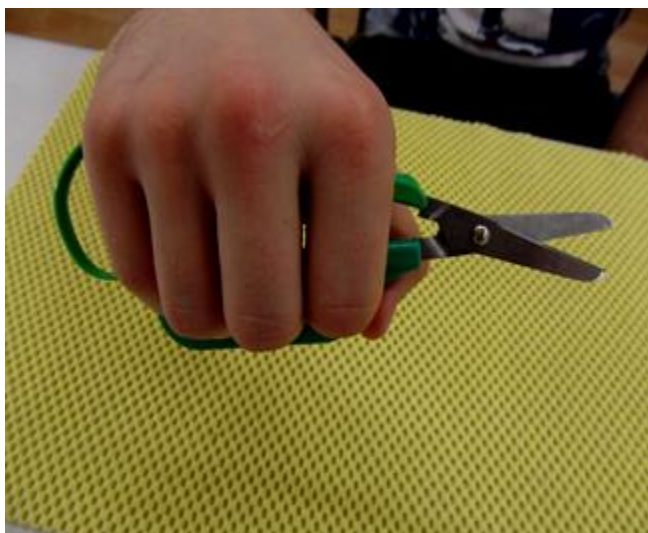


Obrázek 113

Jsou velice lehké a snadno ovladatelné. Díky těmto vlastnostem jsou vhodné pro osoby, které mají malou sílu v rukou. Nůžky se po stříhnutí sami zpět otevřou, proto jsou vhodné pro osoby, které mají potíže s rozevřením prstů a dlaně.

Nůžky mají jednu rukojeť placatou a druhá je klasický otvor, do kterého je možné vložit až 3-4 prsty. Nůžky jsou na konci ostří zaoblené, aby nemohlo dojít k poranění.

Pro pacienty s velmi sníženou svalovou silou v rukách, kteří nedokážou sevřít běžné ani upravené rukojeti jsou vhodné speciální nůžky s plochým tvarem rukojetí



Obrázek 114

(obr.115). Nůžky můžeme držet klasickým způsobem - rukou ve vzduchu – a díky preciznímu vyvážení nemusíme vyvinout při stříhání téměř žádné úsilí. Nůžky ale také můžeme položit na



Obrázek 115

vodorovnou plochu (např. na stůl), a stříhat bez toho aniž bychom museli držet nůžky ve vzduchu - pouze tlačíme shora na rukojeť. V tomto případě můžeme nůžky vypočítat protiskluznou podložkou. Nůžky jsou konstruované tak, aby se po stříhnutí samy rozevřely.

Manipulace s léky

Manipulace s léky vyžaduje jemnou motoriku, dobrou koordinaci pohybů a také dobrý zrak. Pokud má pacient s těmito pohyby ještě potíže, může využít kompenzační pomůcky pro manipulaci s léky. Vhodný je otvírák na lahvičky s léky, které mají bezpečnostní uzávěr (obr. 116). Otvírák je protiskluzový a má ve své horní části lupu. Ta zvětšuje čtyřnásobně a lze tak dobře přečíst i drobný text na



Obrázek 116

lahvičce. Nedojde tak k záměně léků. Je to ideální pomůcka pro pacienty, kteří mají malou sílu v zápěstí.

Nepostradatelným pomocníkem je praktický plastový zásobník na léky na celý týden dopředu (obr.117). Obsahuje sedm zásobníků. Tyto schránky je možné **od sebe oddělit** a vzít si jeden nebo více segmentů s sebou. Pacient tak může mít své léky vždy u sebe a přitom mít přehled o lécích na celý týden. Každý



Obrázek 117

ze sedmi zásobníčků představuje **jeden den v týdnu** a je také řádně označen číslem.

Další možností je praktický drtič tabletek se zásobníkem (obr.118). Na rozdrčení tabletky stačí minimální síla.



Obrázek 118

Úklid

Péče o domácnost – úklid (zametání, mytí nádobí, utírání prachu, manipulace s úklidovými prostředky), péče o květiny a domácí zvířata, praní prádla (třídění, pověšení), žehlení, opravy prádla, údržba domácích spotřebičů, udržování zahrady.



Obrázek 119

Pokud není stoj pacienta ještě příliš stabilní je vhodné používat úklidové náčiní na dlouhých nástavcích a rukojetích (obr.119), aby se pacient nemusel předklánět a snižovat tak své těžiště. Smetáček a lopatka na dlouhé násadě usnadní každodenní úklid bez nutnosti ohýbání se. Úklidová souprava je velmi lehká.

Vhodné je také provedení úklidového náčiní s teleskopickou rukojetí, kdy je možné si délku rukojeti nastavit podle stávajících podmínek. Při vytírání podlahy je



Obrázek 120



Obrázek 122

výhodné použít tzv. španělská vědra (obr.120). Mají na násadě upevněný mop, který lze ve vědru namočit a v připevněném trychtýři snadno vyždímat.



Obrázek 121

U vysávání je vhodné používat pojízdný vysavač, se kterým je snadnější manipulace (obr. 121). Doporučujeme používat ruční typ vysavače, aby se pacient nemusel ohýbat. Je třeba dbát i na systém zapínání a vypínání. Zapínání přístroje nohou by mohlo pacienta ohrozit ztrátou stability, proto je lepší přístroj s ručním zapínáním.



Obrázek 123

Alternativou je automatický vysavač (obr. 122), který vysává sám.



Obrázek 124

Při praní je vhodné použít pračku, která se plní seshora, to

proto, aby se pacient nemusel příliš ohýbat. Při věšení je dobré použít příruční stojan na prádlo, při věšení prádla pak může pacient sedět (obr.123). Nemusí také zdvihat horní končetiny nad horizontálu. Količky vybíráme takové, které se dají na prádlo navléci bez rozevírání (obr.125)



Obrázek 125

Při žehlení používáme klasické žehlicí prkno, pacient by měl při žehlení spíše sedět (obr.124). Další pomůckou, která se používá v domácnosti při úklidu, je

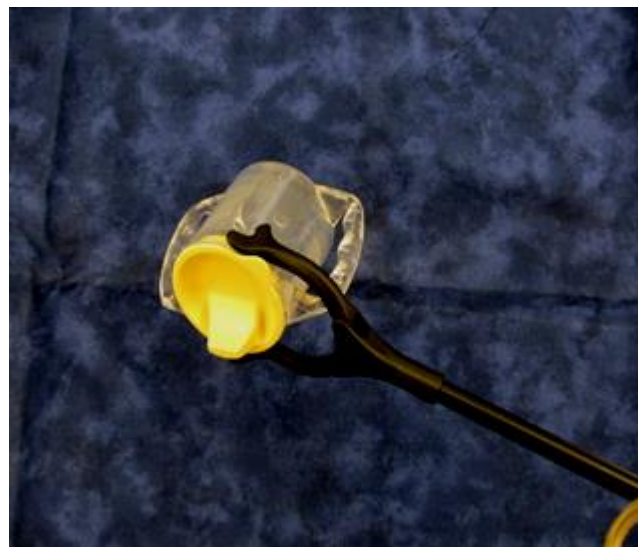
nástěnné kopyto pro snadnější čištění bot. Toto kopyto se v potřebné výšce připevní na stěnu a bota se na něj navlékne.

Alternativou je pak leštění bot

pomocí tuby s krémem, která je opatřená houbičkou a rovnou se

na botu tímto způsobem nanáší. Při čištění bot tímto způsobem postupujeme tak, že postiženou horní končetinu vsuneme do

boty a zdravou horní končetinou botu čistíme



Obrázek 126

Při všech domácích pracích je třeba zapojovat co nejvíce postiženou horní končetinu,

která musí být vždy přítomna na pracovní ploše.

Pokud je to alespoň trochu možné, snažíme se o to, aby postižená horní končetina při provádění

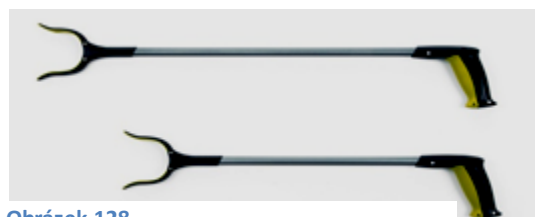


Obrázek 127

jednotlivých činností alespoň přidržovala, nebo

nepostižená horní končetina vedla postiženou. Takto může pacient zapojovat postiženou horní končetinu při vaření, mytí nádobí, úklidu, praní prádla, věšení, žehlení apod. Čím více bude pacient postiženou končetinu zapojovat do jednotlivých činností, tím více s ní bude počítat.

Podavač věcí (obr. 126,127,128) je pomůcka, kterou ocení všichni, kdo mají potíže s ohýbáním. Podavač je vyroben z



Obrázek 128

lehkého hliníku, rukojeť je plastová. Může být také skládací a na konci opatřený

magnetem. Pomocí podavače lze snadno zvednout předměty, které jsou mimo náš dosah. Podavač je ideální na podávání věcí ze země, nebo z větší výšky např. skříně. Podavač může být i uzamykatelný - tzn. že při přenášení je možné zaaretovat rukojeť proti otevření.

Navlékač nitě do jehel (obr. 129) pro běžné (ne strojové šití) ocení zejména



Obrázek 129

osoby s horším zrakem, nebo s třesem v rukou. Nit vsuneme do navlékače a stisknutím tlačítka se pak nit sama automaticky navleče do jehly.

Pomůcka pro manipulaci s klíči (obr.130) je vhodná pro osoby, které nemají dostatečnou zručnost při odemykání. Nasazením této pomůcky na klíče získáme větší prostor pro manipulaci s

klíči a lepší možnost tzv. pákového efektu, který je k odemčení potřebný. Do držáku se vejdou tři klíče.



Obrázek 130

Přívěšek na klíče se světlem (obr. 131) - má **alarm a led světlo**. Alarm pomůže ve chvíli, kdy nemůžeme klíče najít. Spouští se automaticky, po hodině se dá vypnout vytažením pojistky z přívěsku. Led světlo je skvělé v tom, že pokud potřebujete otevřít potmě, můžete si posvítit. Také je dost silné na to, abychom se orientovali po tmě v domě, pokud dojde třeba k výpadku proudu



Obrázek 131

Komunikace

Použití komunikačních technologií – telefon (volání, napsání SMS), počítač (používání e-mailu, sociálních sítí)

Nastavení počítače pomocí funkce „usnadnění“

Při používání počítače lze dříve, než pacient sáhne ke speciálním klávesnicím,



Obrázek 132

myším či dalším ovládacím zařízením počítače, nastavit si počítač pomocí programů pro usnadnění podle zrakových, sluchových či motorickým postižení. Takto se na počítači jenom změnou nastavení dá

změnit velikost písma, zvětší se rozlišení obrazovky, může se použít funkce lupa. Dále je možno nastavit tzv. rozložené klávesové kombinace pro osoby, které mají potíže stisknout najednou více kláves např. Ctrl + Alt + Del. Další možností je zamezit tomu, aby postižený člověk nemačkal některé klávesy vícekrát. Počítač lze nastavit tak, aby takové situace ignoroval. Stejně tak se dá nastavit kontrola, kdyby pacient nechtěně stiskl klávesu Caps Lock, Num Lock nebo Scroll Lock. Místo používání myši počítač nabízí posunování po obrazovce pomocí numerické klávesnice. Je také možné zvolit si velikost a barvu ukazatele myši. Stejně tak se dá nastavit myš pro pravou či levou ruku. Pokud má pacient potíže s umístěním ukazatele myši a výběrem objektů na obrazovce, může si upravit rychlost pohybu ukazatele.



Obrázek 133

Kompenzační pomůcky

Pomocník pro psaní na klávesnici – nástavec na ruku (obr.133). Po nasazení tohoto nástavce na ruku je možné například psát na klávesnici díky gumovému zakončení nástavce. Tento nástavec je vhodný pro klávesnice, kalkulačky, obsluhu telefonu a podobně. Nástavec je stranově nastavitelný.

Vhodným složením jednotlivých částí lze sestavit počítačovou sestavu "ušitou na míru" téměř každému pacientovi,



Obrázek 134

kteří chce pomocí počítače komunikovat, vzdělávat se, nebo

se bavit. Základní rozhodování při výběru jednotlivých částí musí vycházet z potřeb pacienta, který bude s počítačem pracovat. Každý počítač může být vybaven jinými zařízeními a programy tak, aby jej byli schopni obsluhovat pacienti s širokým spektrem postižení (obr.13,134).

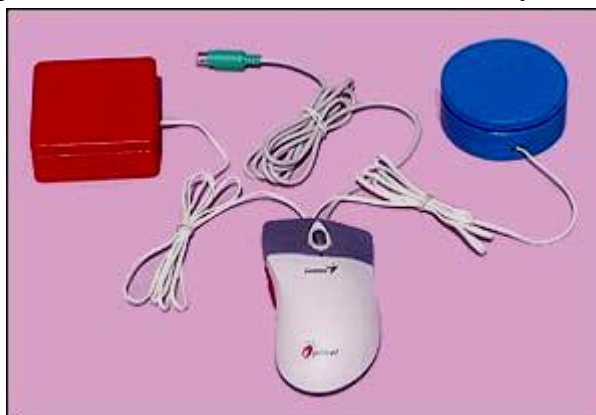
Monitory



Obrázek 135

širokoúhlých monitorů (obr.135). například s poměrem stran 16:9, které jsou vhodné ke sledování filmů. Další

Monitor je základní výstupní zařízení a při jeho koupi je třeba zvážit jeho parametry, především velikost monitoru. Současný trend směřuje k používání



Obrázek 136

možností je vybavit počítač dotekovým monitorem. Tyto dotekové obrazovky (panely) usnadňují komunikaci přístroje s uživatelem pomocí programovatelného intuitivního

rozhraní. Multimediální softwarové aplikace společně s dotekovou obrazovkou vytvářejí silný komunikační prostředek jednoduše ovladatelný i neškoleným uživatelem, kterému umožňuje snadné pochopení jednotlivých funkcí. Další alternativou je zakoupení počítače integrovaného přímo do monitoru.

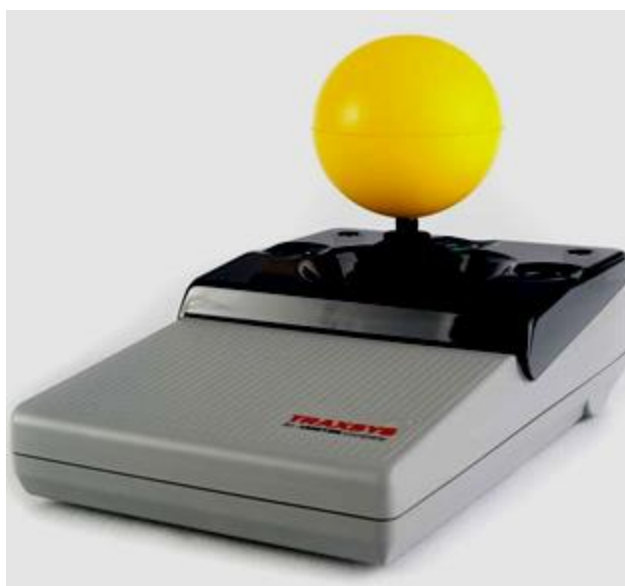
Speciální pomůcky pro snadnější ovládání počítače

Nabízené pomůcky (obr. 136,138)) usnadňují lidem s postižením ovládání počítače. Využit lze adaptéry a externí spínače, za jejich pomoci dokáže ovládat počítač i uživatel s tělesným postižením. Mnozí lidé s postižením nezvládají například psaní na standardní klávesnici. Pro tyto uživatele je možné pořídit některou ze speciálních klávesnic (obr.134).



Obrázek 137

Všechny klávesnice jsou dodávány s plexisklovým krytem, umožňujícím vést



Obrázek 138

zabraňující nechtěnému stisku kláves. Alternativou jsou klávesnice, umožňující uživateli psát jen pomocí jedné ruky (obr.137). Prostorové rozložení jednotlivých kláves respektuje anatomickou stavbu ruky včetně délky jednotlivých prstů. Klávesy jsou snadno dosažitelné, aniž by se muselo hýbat paží, vybrat si lze provedení pro levou i pravou ruku.

Alternativní myši (polohovací zařízení)

Podobný problém jako při používání klávesnice mohou mít lidé s postižením při používání standardní myši. Je možné využít tzv. velký trackball ("obrácená" myš), nebo myš ovládaná pomocí joysticku (obr. 138). Další možností je ergonomická myš, která umožňuje vertikální polohu ruky (obr.139). Práce s myší se dá



Obrázek 139

také ulehčit použitím ErgoRestu, což je pomůcka která podpírá ruku v předloktí a umožňuje spočinout celou váhou ruky na speciálních oporách.



Obrázek 140

Roller Joystick je "joysticková myš", která je vhodná především pro pacienty s malou zručností, motorickými problémy, třesem paží, křečovitostí (obr.140). Roller Joystick je vybaven třemi, barevně odlišenými, tlačítky. Tlačítka simulují kliknutí levým nebo pravým tlačítkem a funkci klikni a táhni.

Mobily

Speciálně přizpůsobené telefony splňují všechny náročné požadavky jako je velký a dobře čitelný displej, dobře čitelné znaky na klávesnici, jednoduché ovládání, ale i robustní a odolná konstrukce (obr.141). Displej telefonu s rozlišením 160x128 px má jednoduché ovládání. Na displeji jsou velká tlačítka, SOS



Obrázek 141

tlačítko, kalkulačka, kalendář, úkoly, hudební přehrávač, Fm rádio, diktafon, telefonní seznam s kapacitou 100 kontaktů a v příslušenství slot pro paměťové karty.



Obrázek 142

Další možností je speciálně upravený telefon pro pacienty typu Aligátor (obr.142), jedná se o legendární telefon s luxusním a elegantním designem. Má dlouhou výdrž baterie, velká ovládací tlačítka a displej s vysokým rozlišením.

Volný čas a aktivity

Jednou z nejvýznamnějších oblastí života je volný čas, resp. trávení volného času, a to jak z hlediska kvantitativního (objem volného času), tak kvalitativního (struktura volného času - konkrétní volnočasové aktivity a praktiky a jejich zastoupení v celku volného času). Volný čas je velmi důležitá součást životního stylu.

Četba



Obrázek 143

Jedním z oblíbených koníčků je četba knih. Dnes už knihy však nemají jen tištěnou podobu, ale existují i elektronické knihy (obr.144). Jsou skvělé v tom, že se vám vejdou třeba i do kapsy u kalhot. Tzv. E-knihy si do čtečho zařízení lze objednat na internetových stránkách, nebo v knihovnách či knihkupectvích.



Obrázek 144

Pro snadnější manipulaci s klasickými knihami ve vazbě slouží skládací stojan (obr. 143). Má pět nastavitelných poloh. Snadno se s ním manipuluje, na každé straně stojanu jsou svorky, které drží knihu otevřenou. Podstavec stojanu je řešen jako protiskluzový.

Díky elektronické podobě knih můžeme mít oblíbené knižní tituly stále při sobě. Čtečka elektronických knih (obr.144) je výhodná nejen svoji velikostí a váhou, ale i tím, že není nutné otáčet stránky. Při čtení papírových stránek lze použít gumový nástavec na prst pro snadnější otáčení stránek.



Obrázek 145

Dobrou pomůckou pro čtení jakéhokoliv



Obrázek 146

textu v exteriéru i interiéru jsou lupy. Užitečná je multifunkční lupa do kabelky (obr.145). Tato lupa má velikost kreditní karty a obsahuje navíc **další komponenty** - pero, tužku, pravítko a LED světlo. Lupa zajišťuje dvojnásobné zvětšení.



Obrázek 147

Pro použití doma je vhodná lupa se zavěšením na krk a integrovaným osvětlením (obr. 146). Lupa je uložena v plastovém rámu, je ji možné pomocí šňůrky pověsit na krk a opřít plastovými nožičkami o hrudník.

Speciální světlo na čtení (obr.147) obsahuje dvě spojené LED lampičky a díky svému provedení je možné jej umístit na kraj knihy. Lampičky mají společnou základnu, avšak každá z lampiček je na samostatném rameně. Obě

ramena jsou ohybatelná a je tak možné každé z nich ohnout v jiném úhlu.

Obdélníkový stojan (obr.148) umožní pohodlné čtení novin, aniž by je bylo nutné držet v ruce. Po umístění novin na stojan, je možné je zajistit pružným řemínkem pro jejich bezpečné upevnění.



Obrázek 148

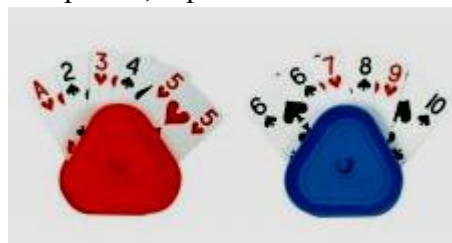
Společenské hry

Jednou z volnočasových aktivit jsou společenské hry. Jejich výhodou je to, že se dají hrát ještě na nemocničním lůžku. Při jejich hře dochází k tzv. kognitivní rehabilitaci, procvičuje se prostorová a vizuální paměť, prostorová orientace, vybavování uložených informací v paměti apod.



Obrázek 150

Oblíbené jsou například karty. Co ale dělat, když pacient karty neudrží. Možností je



Obrázek 149

stojánek na karty, do kterého se karty vloží a pak umístí na stůl (obr. 149). Hráč má tak skvělý přehled v kartách a zároveň zcela cloní soupeřům. Při vyjmutí jedné karty ostatní bezpečně ve stojánku drží. Další oblíbenou hrou je domino (obr.150).

Pro pacienty s disabilitou jsou vhodné dominové kostky ve velkém formátu. Lakované herní kameny ze dřeva lze snadno uchopit. Tečky lze díky barevnému zvýraznění a černé střední čáře velice dobře rozeznat.



Obrázek 151

Hru v kuželky známe jako hranou ve stoje, ale vyzkoušet si můžeme i kuželky v miniaturní podobě (obr.151). Kuželková dráha se vejde na stůl. Hází se kovovou

kuličkou, která se kutálí po pohyblivé rampě. Trénuje se koncentrace a přesnost míření, prozíravost a šikovnost.



Obrázek 152

A nakonec hra jedna z nejoblíbenějších – populární člověče, nezlob se.

Vyzkoušet můžeme hru v malém formátu s velkými figurkami (obr.152). Každý hráč má jen 2 figurky, hra je rychlejší a kratší. Otvory v hrací desce jsou zapuštěny kvůli lepší stabilitě figurek. Tato verze člověče, nezlob se je vhodná pro hráče s

omezenou motorikou a nižší schopností koncentrace. Hlavičky figurek mají pro jednotlivé barvy různý tvar pro lepší orientaci hráčů se slabým zrakem.

Péče o zahrádku

Ve volném čase se můžeme věnovat svým koníčkům a zálibám. Pokud pacient dříve rád pracoval na zahrádce, není třeba se této aktivitě vzdávat. Na trhu je spousta kompenzačních pomůcek, určených k usnadnění práce na zahrádce.



Obrázek 153

Jedním z nich je sedátko na kolečkách (obr. 153). Jedná se o **ideálního pomocníka** při pletí záhonů nebo pro usnadnění práce na zahradě. Díky své konstrukci je možné se pohybovat přímo kolem záhonů a i při dlouhé práci nedochází k namáhání kolen. Sedadlo má úložný prostor pro ukládání zahradnického náčiní. Maximální nosnost je 113 kg.

Zahradkářská vidlička s anatomicky tvarovanou rukojetí je nástroj, který pacientovi umožní práci na zahrádce bez většího pohybu zápěstím - ideální je tak i pro osoby s postiženou jemnou motorikou, nebo se sníženou silou v rukou.



Ergonomicky tvarovaná rukojeť se dobře a **Obrázek 154**

pohodlně drží. Tvar rukojetí zabraňuje tomu, abyste při práci s vidličkou vyvíjeli velký tlak. Samotné madlo je vyrobené z přilnavého a měkkého materiálu.



Obrázek 155

Práci na zahrádce nám usnadní i zahradnická lopatka (obr.155) s anatomicky tvarovanou rukojetí. Další možností je kultivátor se speciální rukojetí (obr.156) pro snadné kypření půdy.



Obrázek 156

Jako univerzální pomocník při práci na zahrádce slouží opěrka pod ruku (obr.157, 158). Opěrku přimontujeme na rukojeť zahradnického náčiní, které potřebujeme použít (na lopatku, motyku, hrábě).



Obrázek 157

Opěrka je nastavitelná a měla by tak plně vyhovovat potřebám každého uživatele. Opěrka připomíná vršek francouzské hole, je to proto, že pracuje na tomtéž principu. Měla by ulevit od bolesti a uvolnit tlak v předloktí při práci na zahradě (obr.158).



Obrázek 158

Turistika a cestování

Cestování a turistika patří mezi koníčky, které nám do života přináší nové a neopakovatelné zážitky. A tak ať už jedete autem, na kole, motorce či jdete po svých, můžete k snadnějšímu pohybu využít různé užitečné kompenzační pomůcky, díky kterým se svého milého koníčku nemusíte vzdávat.

Zapínač bezpečnostního pásu (obr.159) pomůže v případě, že má pacient bolesti



Obrázek 159

v ramenním kloubu, nebo sníženou svalovou sílu v jedné z horních končetin. Zapínač se jednoduše upevní na bezpečnostní pás a při přetahování je nutné vyvinout **pouze minimální sílu** potřebnou k zapnutí pásu.

Na kratší vzdálenosti jsou vhodné elektrické skútry (obr.160). Jsou alternativou k elektrickým vozíkům. V zahraničí si je lze také zapůjčit například na prohlídku centra města nebo zoologické zahrady.



Obrázek 160

Další možností je použití tříkolového kola s protišlapnou brzdou (obr.162) Toto jízdní kolo umožňuje samostatnou jízdu tělesně postiženým nebo osobám s poruchami rovnováhy.



Obrázek 161

Pro turistiku lze vyzkoušet trekkingové hole (obr.161). Pokud si vybereme ty kvalitní, budou i lehké, například ze slitiny hliníku.



Obrázek 162

Trekingové hole jsou teleskopické a je důležité nastavit si správně jejich výšku podle výšky svého těla. Mají anatomicky tvarované rukojeti a v holích je instalován tzv. antishock – tedy tlumení jednotlivých nárazů holí. V příslušenství mohou být talířky pro použití do sněhu nebo gumové koncovky.

7.3 Souhrnné listy k Manuálu ADL pro osoby po cévní mozkové příhodě

Kompenzační pomůcky – důležité informace, odkazy a kontakty

Kompenzační pomůcky jsou nástroje či zařízení speciálně vyrobené (upravené) tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovaly určitou nedostatečnost, způsobenou daným postižením. Jedná se také o **předměty denní potřeby. Jejich význam je pro člověka s pohybovým postižením klíčový, protože mu umožňují zůstat v běžných denních činnostech soběstačným.**

Některé kompenzační pomůcky hradí zdravotní pojišťovny plně, jiné částečně a na některé nepřispívají vůbec. V případě, že pomůcku pojišťovna nehradí ani nezapůjčuje, je možné **požádat si o příspěvek na sociálním odboru obce**, pod kterou spadá trvalé bydliště pacienta. Jednorázový příspěvek lze získat například na polohovací postel nebo přenosnou nájezdovou rampu pro vozíčkáře. Také z něj lze uhradit individuální úpravy automobilu nebo speciálně upravený počítač.

Další možností je **obrátit se s žádostí o příspěvek na některou z nadací**, nebo najít sponzora. Využít lze i půjčoven či **bazarů zdravotních pomůcek**. Zde je možné si kompenzační pomůcku vyzkoušet či zapůjčit si ji pro krátkodobé použití.

Před návštěvou lékaře je vhodné navštívit prodejny či prodejce kompenzačních

508 SUPER
NÁSTAVEC NA WC VYMĚKČENÝ
KÓD POJIŠŤOVNY: 12/0023882
CENA: 1200,- Kč
POJIŠŤOVNA HRADÍ: 1200,- Kč
DOPLATEK: 0,- Kč PLNĚ HRAZENO

PŘEDEPISUJE: praktický lékař, rehabilitační lékař, neurolog, ortoped
geriatr
SCHVÁLENÍ REVIZNÍHO LÉKAŘE: NE
UŽITNÁ DOBA: 3 roky

pomůcek a konkrétní modely pomůcek si **vyzkoušet**. Tak lze lépe odhadnout, co bude pro pacienta lépe použitelné a pohodlné.

Hrazení kompenzačních pomůcek lze zjistit z příslušných katalogů jednotlivých prodejců nebo na jejich internetových stránkách. Zde je možno se seznámit s důležitými informacemi (kód pojišťovny, cena pomůcky a částka, kterou hradí zdravotní

pojišťovna). U každé kompenzační pomůcky je také vyčíslen doplatek. **Pokud se pacient pro kompenzační pomůcku rozhodne, navštíví svého lékaře**, který po konzultaci vhodnosti pomůcky vyplní tzv. poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. V případě, že cena pomůcky přesahuje 1 000 Kč, je třeba, aby žádost schválil také revizní lékař.

Kompenzační pomůcky lze zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb nebo kompenzačních pomůcek, některé z pomůcek pro vaření jsou často k dostání i v prodejnách domácích potřeb. Seznam firem, které kompenzační pomůcky vyrábějí, může pacient vyhledat na internetu.

Důležité odkazy a kontakty

Po zadání hesla „Kompenzační pomůcky“ do příkazového řádku internetového vyhledávače se nám zobrazí seznam firem, které v tomto oboru figurují. Po rozkliknutí jednotlivých odkazů se dostaneme již přímo na webové stránky prodejců kompenzačních nebo zdravotnických pomůcek, kde si můžeme vyhledat pomůcku, kterou potřebujeme. Většina výrobců na požádání zdarma zasílá svůj katalog, nebo může pacienta navštívit přímo obchodní zástupce firmy a vybrané pomůcky mu předvést.

<http://www.zdravotnicke-potreby.net/prodejna.php?zbozi=1>

<http://www.meyra.cz/>

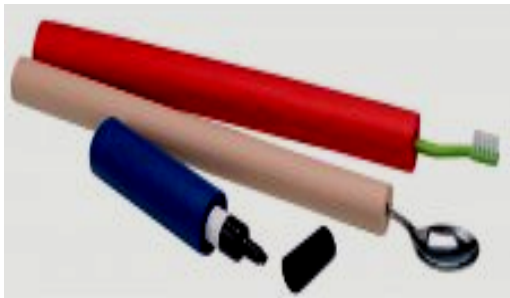
<http://www.spoza.cz/>

Velmi zajímavým odkazem je <http://www.zijtekvatitne.cz/>, kde je možno si vybrat speciální kompenzační pomůcky – např. oblékací hůl, zapínač podprsenky, pomůcky pro práci na zahrádce, zapínač bezpečnostního pásu ve vozidle apod.

Před zakoupením kompenzační pomůcky je dobré si ji vyzkoušet – tuto službu nabízí většina výrobců pomůcek nebo půjčovny kompenzačních pomůcek např. při Domovech seniorů – např. <http://www.sue-ryder.cz/pujcovna-pomucek.html>. Pokud budeme pomůcku potřebovat jen po krátkou dobu, je možné si ji za poplatek na tuto dobu zapůjčit.

Návleky pro rozšíření úchopu

Profesionální návlek pro rozšíření úchopu – jedním z profesionálních návleků pro



rozšíření úchopové plochy jsou pěnové trubičky pro pohodlnější úchop tužky, propisky, zubního kartáčku, lžice apod. Nástroje v trubičce velmi dobře drží, trubičky lze umývat v myčce na nádobí. Každá trubička má jiný vnitřní průměr : 6, 9,5 a 20

mm.. Cena je cca 400 Kč za sadu o třech kusech.

Levnější variantou je použití tzv. Mirelonu spolu s lepicí páskou - Mirelon je pěnový polyetylen lisovaný do tvaru duté trubice, který se používá



jako izolační

materiál pro izolaci topenářských nebo vodovodních trubek. Trubice Mirelonu mají různý vnitřní průměr, jejich cena je cca 10,- Kč za metr trubice. Mirelon je na omak příjemný a

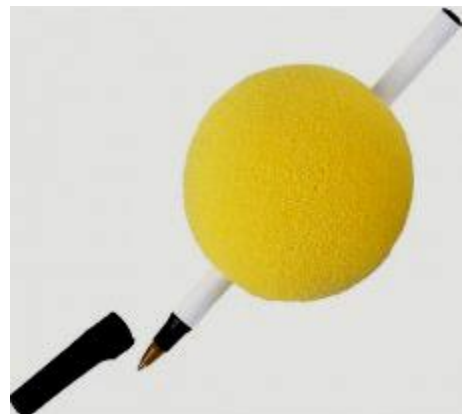


neklouže, pomocí izolační pásky z něj lze vytvarovat rozšířený úchop na mnoho nástrojů, běžně používaných v domácnosti – např.



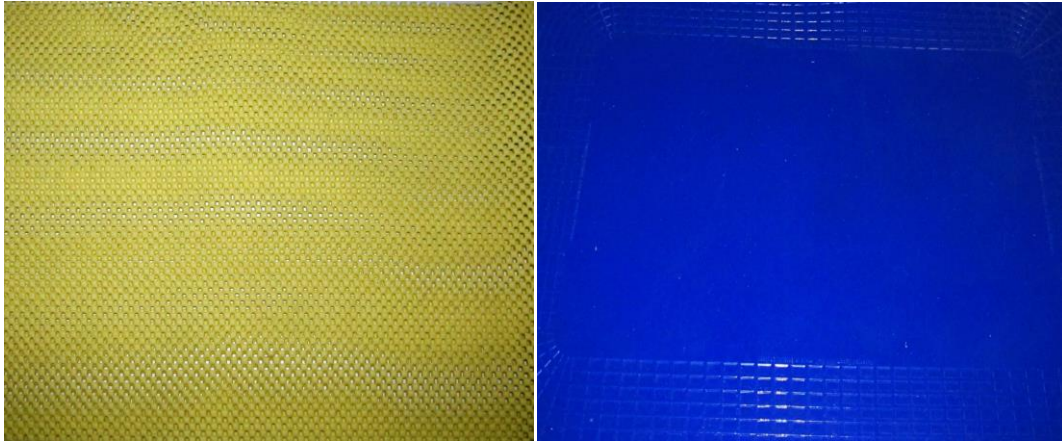
na tužku, pero, lžici, vařečku a další. Tento materiál lze zakoupit v prodejnách s izolačními materiály nebo přímo u výrobce: **Mirel Vratimov a.s.** Mourová 114/7, 739 32 Vratimov Tel.: +420 596 732 673 Fax: +420 596 732 693 E-mail: mirel@mirelon.com

Další možností pro rozšíření úchopu je použití **molitanového míčku**, do kterého uděláme, kterým protáhneme tužku, pero, lžici či jiné nástroje. Cena jednoho molitanového míčku se pohybuje v závislosti na velikosti od 20 do 40 Kč.



Užitečné tipy na usnadnění činností ADL

Protiskluzové podložky je možno koupit v prodejnách se zdravotnickými potřebami ale i v běžných obchodech, orientační cena cca: 50kč



Podavače předmětů – s magnetem, aretací nebo gumovými čelistmi, k dostání např. v prodejnách kompenzačních pomůcek, orientační cena od cca 200 Kč dle vybavení podavače.



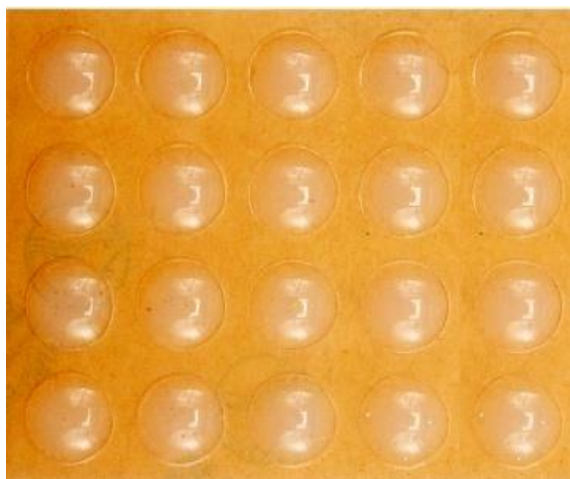
Dotykové světlo na baterie i s dálkovým ovladačem pro usnadnění pohybu v noci po místnosti cena cca od 200,- Kč , k ceně je nutno připočítat i cenu za baterie do světla, ev. dálkového ovladače.



Madla s přísavkou tzv. madla s bezpečnostním ukazatelem(červená barva ukazatele signalizuje, že madlo není bezpečně přichycené, zelená potvrzuje správné přichycení madla k povrchu), jsou ideální do koupelen a dalších prostor, kde nechceme či nemůžeme vrtat do obkladů, cena cca 200,- Kč,



Podložky pod nábytek (silikonové nebo samolepící) pro zabránění posunu nábytku např. při dosedání na židli, cena od 20,- Kč za balení



Berle, hole a příslušenství



Berle s nastavitelnou výškou loketní opěrkou (vyměkčená či anatomicky tvarovaná)

Hole s nastavitelnou výškou duralové, dřevěné, skládací či skládací se sedátkem. Pro lepší stabilitu a



jistotu při chůzi jsou vhodné hole vícebodové



Držák holí zamezuje neustálému padání holí či berlí v interiéru

Odrážka na berli pro bezpečný pohyb v

Protiskluzový nástavec - pro použití v zimním období, nástavec má pět hrotů, je kovový a snadno sklopitelný

Chůze s oporou

- hůl či berle je vždy na straně zdravé
- chůze tříbodová, nejprve hůl, poté nemocná dolní končetina a



naposled zdravá dolní končetina

- chůze dvoubodová, jde současně hůl a postižená dolní končetina, poté zdravá dolní končetina

Konzumace jídla

Ergonomické příbory s rozšířeným, protiskluzovým úchopem. Ergonomický nůž



s vidličkou s rozšířeným úchopem

Dlaňová fixační páska se připevňuje na příbory, fixuje pomůcku na ruce ve správné poloze

Talíře se zvýšeným

okrajem s přísavkou. **Univerzální nasazovací okraj na talíř** v barevném provedení, upevnění



na talíř pomocí tří úchytek, lze mýt v myčce i používat v mikrovlnné troubě. **Stojánek na vajíčko** s protiskluzovou podložkou



Hrnek s jedním uchem, možno provléct dlaň pro snadnější úchop. **Ergonomický plastový hrnek** se žlábkem, do kterých při uchopení hrnku dobře zapadnou prsty pro jistější úchop

Speciální plastový hrnek s výřezem pro nos, při pití není nutné zaklánět hlavu.



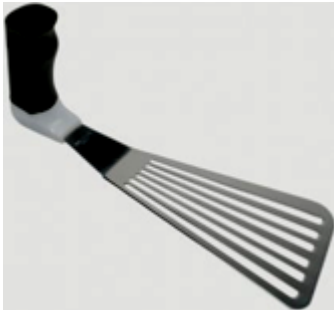
Ergonomické prkénko se zářázkami, s přísavkami a hroty pro snadnější přidržení potravin

Pomůcky používané v kuchyni



Držák na hrnce s dlouhou rukojetí opatřený přísavkami, při míchání pokrmu v hrnci drží hrnec ve stabilní poloze.

Ergonomické prkénko se zarážkami a hroty pro snadnější manipulaci s potravinami. Nůž ve tvaru pilky s ergonomickou rukojetí.



**Multifunkční
obracečka** -

s ergonomickou rukojetí pro snadnější manipulaci s pokrmy na pánvi.



Speciální škrabka na prst se na prst snadno navléká, je dobře fixována a nepadne.



Multifunkční otvírák s ergonomickou protiskluznou rukojetí, pro otevírání konzerv, zavařenin sáčků a lahví. Otvírák je velmi lehký na uchopení a variabilní. S jeho pomocí otevřeme velkou sklenici, lahev s vodou, konzervu nebo sáček s potravinami.



Ergonomické prkénko s fixačními bodci, v rohu vyvýšené okraje, které spolu svírají



pravý úhel pro snadnější manipulaci s potravinami. Zarážky pro zapření do kuchyňské linky nebo přísavky, zabráňující posunu po podložce.

Speciální otvírák kartonových krabiček s mlékem, kefirem, se šlehačkou apod.

Otvírák se umístí navrch krabičky do místa, kde jsou vršky obou stran slepené, jemným



pohybem pak rozdělí slepené vršky obou stran krabice, a když táhneme otvírákem směrem k sobě, krabice se otevře.

Speciální plastový trychtýřek po nasazení na

otevřenou krabici pomůže při nalévání

nápojů z obalu, máme tak jistotu, že se tekutina nerozlije.

Trychtýřek má v sobě drážku, která jej v krabici stabilizuje a dá se zavřít víčkem.

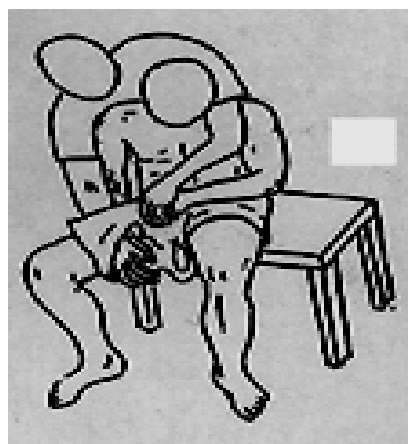


Tipy při oblékání

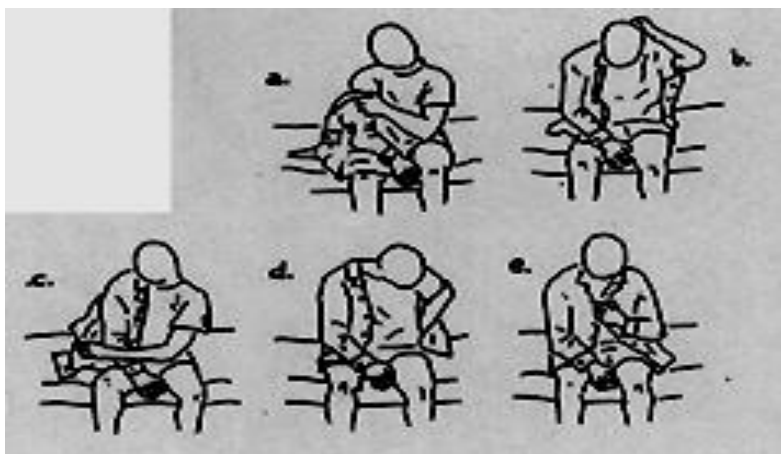
Oblékání trička

Stejným způsobem lze oblékat náčelník, dámskou spodní košilku či tričko s dlouhým rukávem

- pacient si položí tričko na nepostížené koleno zadní stranou nahoru
- postižená horní končetina zůstává svěšená mezi koleny
- pacient si nepostíženou horní končetinou přetáhne tričko přes ruku a loket postižené horní končetiny až na rameno
- poté pacient vsune do rukávu nepostíženou horní končetinu a tričko si přetáhne přes hlavu nepostíženou horní končetinou (trup v mírném předklonu)



Oblékání košile



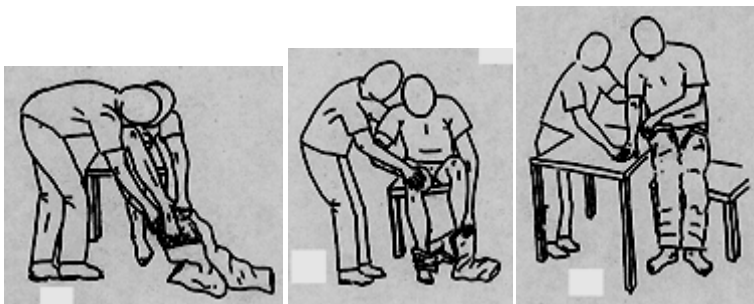
- výchozí pozice při oblékání je stejná jako při oblékání trička
 - pacient si položí košili na koleno postižené dolní končetiny límcem dál od těla a vnitřní stranou nahoru
- postižená horní končetina je svěšena mezi koleny
 - pacient navlékne nepostíženou horní končetinou rukáv na horní končetinu postiženou až do výše ramene

- poté zdravou horní končetinou uchopí zadní část košile, přehodí si ji přes záda a navlékne si rukáv na nepostíženou horní končetinu

Navlékání kalhot

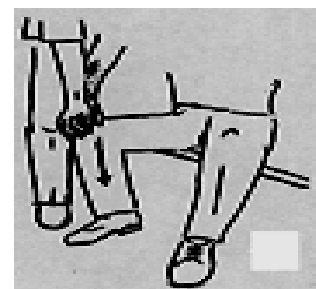
Kalhoty by měly mít spíše širší střih, zpočátku je dobré, když mají elastický pas, později můžeme použít zapínání na háčky, větší knoflíky, patentky, zdrhovadlo či suchý zip

- pacient sedí na židli
- za pomoci horních končetin přehodí postiženou dolní končetinu přes končetinu nepostíženou
- zdravou horní končetinou pacient navlékne nohavici na postiženou dolní končetinu co nejvýše
- spustí nohu na zem a navlékne druhou nohavici na zdravou dolní končetinu
- poté pacient vstane, postiženou horní končetinou se opírá o stůl a natahuje si kalhoty pomocí zdravé horní končetiny
- poté se pacient opět posadí, aby si mohl kalhoty zapnout



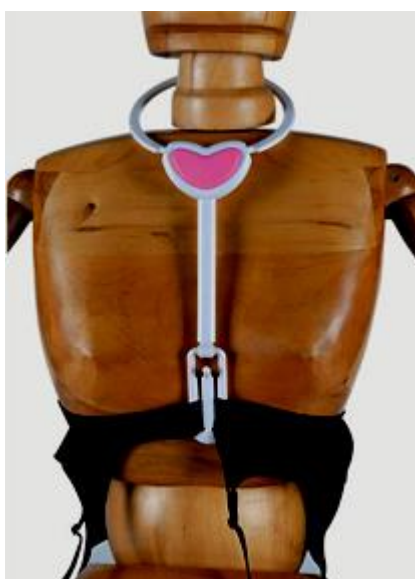
Obouvání bot

- výchozí poloha je opět stejná
- pacient nazouvá botu nepostíženou horní končetinou
- poté dolní končetinu položí na zem a zatlačí patu směrem dolů
- při obouvání je vhodné použít obouvací lžiči



Oblékání

Speciální oblékací hůl určená pro osoby, které mají **omezenou pohyblivost ruky** a sníženou koordinaci pohybů ruky. Hůl také může sloužit jako **obouvák na boty**. Díky zesílené rukojeti obalené molitanem se velmi pohodlně drží. Použití - **vložíme do rukávu bundy ruku, oblékací hůl si položíme přes rameno, háček si nasadíme pod kabát, a ten si pak přetáhneme přes sebe. Poté navlékneme druhou ruku do rukávu.**



Pomůcka pro zapínání podprsenky se speciálním háčkem.

Přívěšek a háček na zip látkový či kožený, rozšíří úchopovou plochu a usnadní zapínání zipu.



Provlékač knoflíků s ergonomickou rukojetí ulehčuje zapínání knoflíků jednou rukou. Na druhé straně provlékače je háček na zapnutí i rozepnutí

zipu. Nejsnadnější zapínání zajišťuje **suchý zip**, který se k sobě pouze přitlačí a na tuto činnost stačí jedna ruka.



Nazouvací lžíce na boty s prodlouženou rukojetí, může být pevná nebo s pružinovým mechanismem, který zajišťuje velmi jednoduchou manipulaci. Délka 59 až 78 cm.

Zouvák na boty usnadňuje zouvání obuvi bez nutnosti předklánění a držení rovnováhy. Pacient postaví zouvák před sebe a jednou nohou si stoupne na jeho rovný povrch. Druhou nohou vsune do otvoru v zadní části (patou). Poté pohybem paty jednoduše zuje botu z nohy.



Spirálové elastické tkaničky – tyto tkaničky mají osm oček a dají se libovolně utahovat i povolovat, ale již není nutné je zavazovat.



Další možností jsou **elastické tkaničky**, které se navlečou do bot a pak se boty nazují. Pacient požádá o zavázání tkaniček tak, aby mu bota dobře seděla na noze. Tím, že jsou tkaničky elastické, dají se bez rozvazování boty opět nazout i vyzout.

Navlékač ponožek pro snadnější natahování ponožek, prohnutý navlékače drží ponožku ve správné poloze při natahování na nohu.



Osobní hygiena



Mycí houba a hřeben na prodloužené rukojeti, rukojeť pevná či ohebná, madlo



s protiskluzovou úpravou.



Aplikátor mýdla s prodlouženou a ohebnou rukojetí, použití pro mýdlo i krém, zásobník lze od rukojeti oddělit a použít samostatně

Pomůcka pro vymáčknutí zubní pasty, lze použít i na tubu s krémem



Kleštičky na nehty s přísavkami a speciálním pilníkem

Kartáček – s přísavkami, pro snadné mytí prstů a nehtů.

Držák na fén pro snadné vysoušení vlasů, fénem je možno na držáku pohybovat do všech stran, není tedy třeba otáčet hlavou či krkem (při bolestech krční páteře, nebo rukou)



Koupání, sprchování



vstávání (upevnění pomocí rychloupínacího systému)

Sedačka do vany závěsná má jednoduchou konstrukci, která usnadňuje její instalaci do vany. Celkové rozměry sedačky jsou navrženy tak, aby umožňovaly využití sedačky ve většině standardních van. Konstrukce sedačky se skládá z rámu vyrobeného z povrchově upravených duralových trubek s výřezem pro zpřístupnění intimní hygieny a dvou nastavitelných závěsných ramen. Závěsná ramena opatřena protiskluzovými koncovkami, které zabraňují nežádoucímu skluzu a posunu po obvodových stranách vany.



Protiskluzová podložka do vany je vyrobena z pórovité gumy se zdrsňenou sedací plochou. Ve spodní části je podložka doplněna protiskluzovými přísavkami, které zabraňují nežádoucímu posunutí po dně vany. Vedle vany je vhodné položit protiskluzovou podložku na podlahu.



Závěsná sedačka do vany otočná, mechanické uložení sedátka umožňuje jeho plynulé otáčení a tím usnadňuje přesun pacienta do vany. Pro fixaci zvolené polohy slouží mechanická západka, která se dá

zajistit

jednoduchým způsobem ve čtyřech pozicích. Boční ramena závěsného rámu jsou opatřena čtyřmi plastovými protiskluzovými koncovkami,



které zabraňují nežádoucímu skluzu a posunu po obvodových stranách vany, na kterých je sedačka zavěšena.

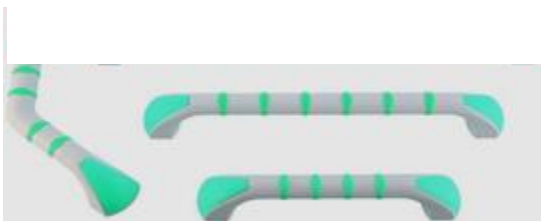
Sklopná sedačka do sprchy z kovového rámu a plastového hygienického sedátka s výřezem pro provedení intimní hygieny. Sklopný mechanismus umožňuje dvě polohy,



vodorovnou a svislou. Sedačka má podle typu i podpůrné nohy (výškově nastavitelné), které odlehčují zavěšení a umožňují zvýšit nosnost sedačky.

Přenosná sedačka do sprchy – konstrukce z rámu vyrobeného z duralových trubek a plastového hygienického sedátka, madla pro snazší vstávání, opěrné nohy jsou opatřené pryžovými protiskluzovými nástavci a umožňují

nastavit variabilní výšku v rozmezí 12 cm.



Madla s upevněním na stěnu tzv. záchytné madlo do koupelny, kovové či plastové

provedení a různé velikosti, s protiskluzovou úpravou rukojeti. Upevňuje se pomocí čtyř šroubů. **Madla s přísavkou** tzv. madla s bezpečnostním ukazatelem, jsou ideální do koupelen a dalších prostor, kde nechceme či nemůžeme vrtat do obkladů.



Toaleta

Sklopné madlo s aretační pojistkou, jednoduché, zdvojené nebo se sklopnou stabilizační nohou a aretační pojistkou.

Plastový nástavec na toaletu pro snadnější dosedání a vstávání na toaletu, usazuje se přímo na toaletní mísu, k fixaci slouží jednoduché aretační zarážky ve



spodní části nástavce.

Nástavec může být ve standardním provedení v plastové formě, nebo vyměkčený a protiskluzový z polyuretanové hmoty. Nosnost nástavce je až 190 kg.



Nástavec

z polyuretanové pěny

- je vyměkčený jako prevence proti dekubitům a na toaletní mísu se



připevňuje pomocí dvou fixačních šroubů.

Přenosný nástavec na toaletu v plastovém provedení, s podpůrnou konstrukcí s madly, snadný transport např. na chalupu. Vhodný pro použití tam, kde toaletu používají i ostatní členové rodiny.



Držák toaletního papíru s gumovým nástavcem.

Nácvik psaní

Molitanový míček k rozšíření úchopu například pro tužku. Umožní pevnější a jistější



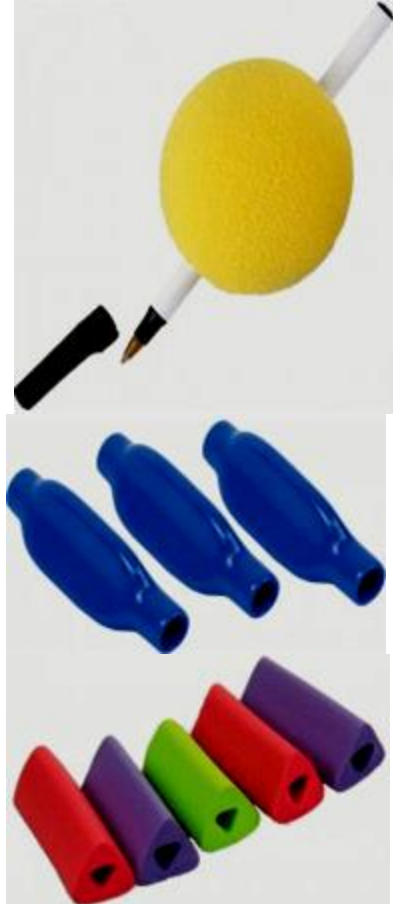
stisk.

Ergonomicky tvarovaná kuličková tužka pro pacienty, kteří mají problém s koordinací pohybu prstů.

Speciálně vyvážené pero

vhodné pro osoby,

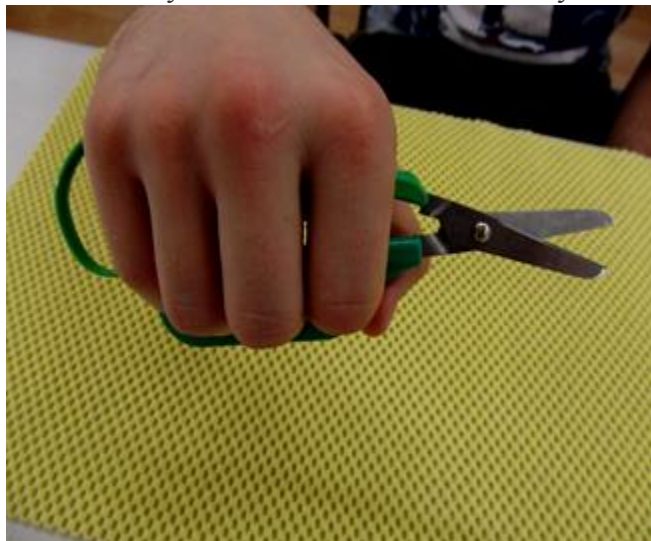
kteří mají problémy s třesem rukou. Váha pera je variabilní díky závaží ve vnitřní části. Díky tomu pero



dokáže eliminovat chvění rukou.

Variabilní gumový nástavec pro pohodlnější úchop pro slabší tužky či pera.

Nůžky s automatickým rozevíráním varianta pro praváky i leváky, nůžky se po stříhnutí



sami zpět otevřou. S nůžkami se pracuje s minimální námahou.

Speciální nůžky s plochým tvarem rukojeti lze držet klasickým způsobem rukou ve vzduchu, k ovládnutí díky preciznímu vyvážení nůžek stačí malá síla.



Manipulace s léky

Otvírák na lahvičky s léky je určen pro lahvičky, které mají bezpečnostní uzávěr. Otvírák je protiskluzový a má ve své horní části lupu. Ta zvětšuje až čtyřnásobně a lze tak dobře přečíst i drobný text na lahvičce.



Drtič na tabletky bezpečně rozdrťí tablety pomocí otáčení víčka. Na rozdrčení tablety stačí minimální síla.

Praktický plastový zásobník na léky na celý týden dopředu obsahuje sedm zásobníků. Tyto schránky je možné od sebe oddělit a vzít si jeden nebo více segmentů s sebou. Je tak možno mít své léky vždy u sebe a přitom mít přehled o lécích na celý týden. Každý ze sedmi zásobníčků představuje jeden den v týdnu a je také řádně označen číslem.



Úklid



Úklidové náčiní na dlouhých nastavečích a rukojetích, lehké, v provedení s teleskopickou rukojetí, délku lze nastavit

Ruční typ vysavače – snadnější manipulace, není nutno se ohýbat, vhodnější je ruční zapínání i vypínání, aby nebyl pacient ohrožen ztrátou stability při zapínání přístroje nohou.

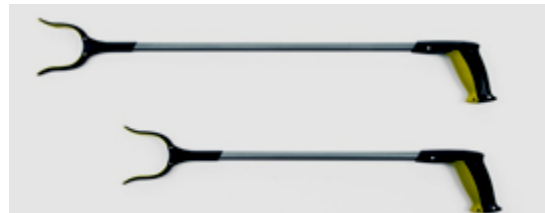


Automatický vysavač vysává sám, dobíjení z klasické elektrické zásuvky.



Kolíčky, které se dají na prádlo navléci bez rozevírání

Podavač z lehkého hliníku, rukojeť plastová, skládací, na konci s magnetem, uzamykatelný



Navlékač nitě do jehel pro běžné (ne strojové šití). Po vsunutí nitě do navlékače se stisknutím tlačítka sama automaticky navleče do jehly.

Pomůcka pro manipulaci s klíči, nasazením této pomůcky na klíče získáme větší prostor pro manipulaci s klíči a lepší možnost tzv. pákového efektu, který je k odemčení potřebný. Do držáku se

vejdou tři klíče.



Přívěšek na klíče s alarmem a LED světlem. Alarm se spouští automaticky, po hodině se dá vypnout vytažením pojistky z přívěsku. Silné LED světlo



Speciální pomůcky pro snadnější ovládání počítače

Klávesnice, umožňující **uživateli psát jednou rukou** s prostorovým rozložením jednotlivých kláves respektuje anatomickou stavbu ruky včetně délky jednotlivých prstů. Klávesy jsou snadno dosažitelné, aniž by se muselo hýbat paží, vybrat si lze provedení pro levou i pravou ruku.



Roller Joystick tzv. „joysticková myš“, která je vhodná především pro pacienty s malou zručností, motorickými problémy, třesem paží, křečovitostí



Big Track polohovací zařízení - velký "trackball", který nahrazuje myš. Koule tohoto zařízení je tak velká, že jej lze ovládat celou dlaní. Ke snadnějšímu ovládání přispívají i velká tlačítka.



Ergonomická myš - umožňuje vertikální polohu ruky. Práce s myší se dá také ulehčit použitím ErgoRestu, což je pomůcka která podpírá ruku v předloktí a umožňuje spočinout celou váhou ruky na speciálních oporách.



nastavitelný.

Nástavec na ruku - po nasazení tohoto nástavce na ruku je možné například psát na klávesnici díky gumovému zakončení nástavce. Tento nástavec je vhodný pro klávesnice, kalkulačky, obsluhu telefonu a podobně. Nástavec je stranově

Širokoúhlý/dotkový monitor - například s poměrem stran 16:9, vhodný ke sledování filmů. Dotkový monitor usnadňuje komunikaci přístroje s uživatelem pomocí programovatelného intuitivního rozhraní



Klávesnice Jumbo XL s velkoplošnými klávesami, které jsou oproti standardním více



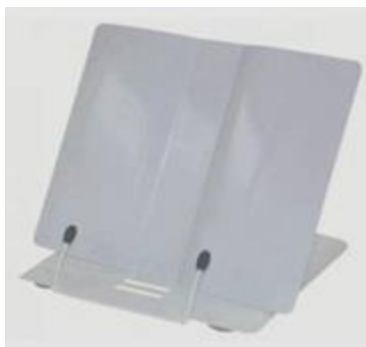
než o polovinu větší. Snadnějšímu ovládání přispívá i přehlednější rozmístění a redukce kláves (chybí numerická část klávesnice).

vyvedení pravého i levého tlačítka do externích spínačů. Rezidentní program MyšMaš pak přiřadí levému tlačítku myši funkci Enter a pravému tlačítku funkci Mezerník. Při přepnutí nebo vypnutí programu má myš své standardní funkce. Takto upravenou myš mohou používat i ti, kteří nezvládají klikat standardními myšimi tlačítky.

Adaptovaná myš, princip upravené myši spočívá ve



Četba



Skládací stojan pro snadnější manipulaci s klasickými knihami ve vazbě, pět nastavitelných poloh. Na každé straně stojanu jsou svorky, které drží knihu otevřenou. Podstavec stojanu řešen jako protiskluzový. Při čtení papírových stránek lze použít gumový nástavec na prst.



Elektronické knihy, čtečka elektronických knih výhodná nízkou hmotností, není nutné otáčet stránky. Knihy se do čtečky dají nahrávat z internetu.

Audioknihy vznikají z knižní předlohy, možno stahovat z internetu, nabídka i v knihovnách či knihkupectví v nezkrácené či zkrácené verzi.



Multifunkční lupa do kabelky velikosti kreditní karty, spolu s dalšími komponenty - pero, tužka, pravítko a LED světlo. Lupa zajišťuje dvojnásobné zvětšení.



Lupa se zavěšením na krk a s osvětlením v plastovém rámu, možno pomocí šňůrky pověsit na krk a opřít



plastovými nožičkami o hrudník.

Speciální světlo na čtení obsahuje dvě spojené LED lampičky, díky svému provedení je možné jej umístit na kraj knihy. Lampičky mají společnou základnu, každá z lampiček je na samostatném rameni. Obě ramena jsou ohybatelná v jiném úhlu.

Společenské hry

Stojánek na karty dřevěný nebo plastový, karty se umístí do stojánek před sebe a postaví na stůl. Hráč má tak dobrý přehled v kartách a zároveň zcela cloní soupeřům. Při vyjmutí jedné karty ostatní bezpečně ve stojánek drží.



Domino, dominové kostky ve velkém formátu, herní kameny jsou lakované a lze je snadno uchopit. Tečky lze díky barevnému zvýraznění a černé střední čáře dobře rozeznat.

Kuželková dráha v pokojovém provedení, lze ji snadno umístit na stůl, hází se kovovou kuličkou, která se kutálí po pohyblivé rampě.



Člověče, nezlob se v uzpůsobeném malém formátu s velkými figurkami, každý hráč má jen 2 figurky, hra je rychlejší a kratší. Otvory v hrací desce jsou zapuštěny kvůli lepší stabilitě figurek. Hlavičky figurek mají pro jednotlivé barvy různý tvar pro lepší orientaci hráčů.

Péče o zahrádku

Bezbariérové stolní záhonky jsou koncipovány tak, aby pod ně mohl zajet pacient na



vozičku, nebo u nich sedět na židli či zahradním křeslíku.

Zahradní sedátko na kolečkách je vhodné při pletí záhonů a pro usnadnění práce na zahradě. Díky své konstrukci je možné pohybovat se kolem záhonů, aniž by docházelo k namáhání kolen. Úložný prostor pro ukládání zahradnického náčiní. Maximální nosnost 113 kg.



Zahradkářská vidlička s anatomicky tvarovanou rukojetí pro snadnější práci na zahradce bez většího pohybu zápěstím, ideální i pro osoby s postiženou jemnou motorikou, nebo se sníženou svalovou silou v ruce. Ergonomicky tvarovaná rukojeť se pohodlně drží. Tvar rukojeti zabraňuje tomu, aby bylo třeba vyvíjet velký tlak.

Ergonomická zahradnická lopatka s anatomicky tvarovanou rukojetí. Madlo je vyrobené z přilnavého a měkkého materiálu.

Opěrka pod ruku umožní práci na zahrádce bez ohýbání. Opěrku přimontujeme na rukojeť zahradnického náčiní, které potřebujeme použít (na lopatku, motyku, hrábě). Opěrka je nastavitelná a usnadní nám práci jednou rukou.



Připomíná vršek francouzské hole, je to proto, že pracuje na totéž principu. Uleví od bolesti a uvolní tlak v předloktí při práci na zahradě.

Turistika a cestování

Zapínač bezpečnostního pásu pomůže v případě, že má pacient bolesti v ramenním kloubu, nebo sníženou svalovou sílu v jedné z horních končetin. Upevní se na bezpečnostní pás, při tahu je nutné vyvinout **pouze minimální sílu.**



Elektrický skútr alternativou k elektrickým vozíkům, s praktickým košíkem.



Trekingové hole, kvalitní, teleskopické a lehké, ze slitiny hliníku s anatomicky tvarovanými rukojeťmi. V holích je instalován tzv. antishock – tlumení jednotlivých nárazů holí. V příslušenství mohou být talířky pro použití do sněhu nebo gumové koncovky.



Jízdní kolo - tříkolka s protišlapnou brzdou, umožňuje samostatnou jízdu tělesně postiženým nebo osobám s poruchami rovnováhy.