

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

ergoterapie

**ÚNAVA U LIDÍ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU  
MOZKOMÍŠNÍ,  
MOŽNOSTI ZVLÁDÁNÍ ÚNAVY Z HLEDISKA ERGOTERAPIE**

*PŘÍSTUPY PRO EFEKTIVNÍ VYUŽITÍ ENERGIE*

Bakalářská práce

Autor: Veronika Vachová

Vedoucí práce: as. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.

Konzultant práce: Bc. Monika Kohoutová

Oponent práce: Bc. Zuzana Krausová

2007

Charles University in Prague  
1<sup>st</sup> Faculty of Medicine  
Occupational therapy

**FATIGUE IN PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS,  
POSSIBLE APPROACHES REGARDING OCCUPATIONAL  
THERAPY**

***ENERGY EFFECTIVNES STRATEGIES***

Bachelor Paper

Author: Veronika Vachová

Supervisor: as. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.

Consultant: Bc. Monika Kohoutová

Opponent: Bc. Zuzana Krausová

2007

**Motto:**

*Lidské tělo je silně přitahováno k jakékoli naději. Proto je pacientova naděje tajnou zbraní lékařů. Je skrytou přísadou každého předpisu.*

(Norman Cousins)

**Poděkování**

*Děkuji as. PhDr. Kamile Řasové, Ph.D., Neurologická klinika VFN a I.LF. UK v Praze, za odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce. Poděkovat chci také Bc. Monice Kohoutové, ergoterapeutce z KRL, za konzultace. Dále děkuji za pomoc s překladem do angličtiny a za přispění svými názory Barboře Horáčkové. Vděk patří také mé mamince, která při psaní bakalářské práce fungovala jako můj jazykový poradce.*

Čestně prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením as. PhDr. Kamile Řasové, Ph.D. a to na základě informací z uvedených zdrojů a vlastní praxe. Dále čestně prohlašuji, že během praxe jsem dodržela etické předpisy a normy, které jsem uplatnila rovněž při pořizování a uvádění údajů o pacientech, které jsou v mé bakalářské práci obsaženy.

Souhlasím s případným zapůjčením tohoto exempláře bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. 7. 2007

*Veronika Vachová*

Veronika Vachová

**Souhrn:**

Práce se zabývá únavou lidí s roztroušenou sklerózou (RS) a možností přístupu na zvládání únavy z hlediska ergoterapie. RS je autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kdy v akutní fázi dochází k masivní destrukci myelinu vlivem autoimunitní reakce člověka, zaměřené proti antigenům myelinu. V teoretické části je popsána epidemiologie, klinické projevy RS, únava u RS a její příčiny a je stanoveno deset základních principů pro zvládání únavy. Každý z těchto principů je v teoretické části detailně popsán. Praktická část obsahuje čtyři kazuistiky osob s RS týkající se pětítýdenní spolupráce. Během prvního setkání byl každý klient seznámen s formulářem pro zjištění míry únavy a způsobem vyplnění, který byl po sedmi dnech záznamů vyhodnocen. Na jeho základě terapeut spolu s klientem stanovili priority a byl sestaven individuální dlouhodobý plán s použitím deseti základních principů pro zvládání únavy. V závěru je zhodnoceno použití základních principů pro zvládání únavy během pětítýdenní praxe s osobami s RS. Práce by měla sloužit nejen ergoterapeutům, ale také osobám s RS, jako pomoc při zvládání únavy.

**Abstract:**

This paper is concerned with fatigue in people with multiple sclerosis (MS) and possible approaches for managing fatigue regarding occupational therapy. MS is an autoimmune illness of the central nervous system, when during an acute phase a massive destruction of myelin occurs due to an autoimmune reaction of a person, aimed at antigens of myelin. The theoretical part describes epidemiology, clinical manifestations of MS, fatigue related to MS and its causes and ten basic principles for managing multiple sclerosis are established. Each of the principles is described in detail in the theoretical part. The practical part contains four casuistics of people with MS, which are concerned with a five-week cooperation. Each client was introduced to a form for establishing the level of fatigue and different ways of filling the form were presented. After seven days of recording, the forms were evaluated. Clients together with the therapist established a list of priorities and a long term plan was compiled with the use of the ten basic principles for managing fatigue. In the conclusion the use of ten basic principles for managing fatigue during a five-week practice with people with MS is evaluated. This paper should serve not only occupational therapists, but also people with MS, as a help for managing fatigue.

# Obsah

<b>I. Úvod</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Teoretická část</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Epidemiologie u RS</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS)</b> .....	<b>2</b>
<b>2. 1 Klinické projevy u RS</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Únava u RS</b> .....	<b>4</b>
<b>4. Základní principy pro zvládání únavy z hlediska ergoterapie</b> .....	<b>6</b>
<b>4. 1 Získání údajů (záznamů) o únavě</b> .....	<b>7</b>
4. 1. 1 Sběr dat o faktorech podílejících se na vzniku a o příčinách, způsobujících únavu u klientů s RS .....	7
4. 1. 2 Následný rozbor zaznamenaných dat .....	8
4. 1. 3 Dlouhodobý plán .....	9
<b>4. 2 Stanovení priorit</b> .....	<b>10</b>
<b>4. 3 Vyvážení aktivit a odpočinku během dne</b> .....	<b>11</b>
4.3.1 Pravidelné cvičení .....	11
<b>4. 4 Stanovení vhodného harmonogramu odpočinku</b> .....	<b>12</b>
4. 4. 1. Stanovení doby odpočinku u předpokládaných dlouhodobých aktivit ...	12
4. 4. 2. Polohování v době odpočinku a správná poloha při aktivitách .....	12
4. 4. 3. Způsoby relaxace .....	15
<b>4. 5 Vhodná úprava bytu a pracovní plochy</b> .....	<b>16</b>
4. 5. 1 Úprava zevního prostředí .....	16
4. 5. 2 Manévrovací prostor pro invalidní vozík .....	16
4. 5. 3 Úprava bytu .....	17
4. 5. 4 Faktory podílející se na zlepšení prostředí .....	18
<b>4. 6 Správná organizace předmětů v bytě</b> .....	<b>18</b>
<b>4. 7 Pomůcky pro zjednodušení ADL</b> .....	<b>19</b>
4. 7. 1 Pomůcky pro hygienu .....	19
4. 7. 2 Pomůcky pro oblékání .....	20
4. 7. 3 Pomůcky pro jídlo a pití .....	20
4. 7. 4 Pomůcky pro práci v kuchyni .....	20
4. 7. 5 Pomůcky pro volný čas (čtení, psaní, komunikaci) .....	20

4. 7. 6 Pomůcky pro lokomoci .....	20
4. 7. 7 Pomůcky pro polohování .....	20
<b>4. 8 Změny v každodenních aktivitách .....</b>	<b>21</b>
4. 8. 1. Změna nebo vypuštění aktivit náročných na energii .....	21
4. 8. 2 Změna denní doby provádění u některých aktivit během dne .....	21
<b>4. 9 Přizpůsobení aktivity stavu klienta .....</b>	<b>22</b>
4. 9. 1 Zmírnění přílišného očekávání klienta .....	22
4. 9. 2 Zjednodušení aktivit .....	22
4. 9. 3 Předání aktivity nebo jeho částí jiné osobě .....	23
<b>4. 10 Požádání o pomoc .....</b>	<b>23</b>
<b>III. Praktická část .....</b>	<b>24</b>
Kasuistika 1 .....	24
Kasuistika 2 .....	30
Kasuistika 3 .....	35
Kasuistika 4 .....	40
<b>IV. Diskuze .....</b>	<b>46</b>
<b>IV. Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>48</b>
<b>Příloha</b>	

# I. Úvod

Roztroušená skleróza (dále RS) je nemoc, o níž toho už bylo mnoho napsáno, ale i přesto, že patří mezi jedno z nejčastějších neurologických onemocnění, je v povědomí širší veřejnosti jen málo známa. Obyčejně se s ní setkáváme teprve, když touto chorobou onemocní někdo blízký v našem okolí. RS je zdlouhavá a málo předvídatelná nemoc, která ovlivňuje postiženého po fyzické, psychické i kognitivní stránce a je právě jednou z těch nemocí, kde se může ergoterapie uplatnit v oblastech ADL (activity of daily living – aktivity všedního dne), pracovních činnostech a volno časových aktivitách. Asi nikdo z nás si nedokáže plně představit, s jakými potížemi se osoba s RS a její nejbližší mohou potýkat. Obzvláště v pozdních stádiích nemoci, kdy jsou osoby s RS víceméně závislé na pomoci další osoby a pro každou jejich činnost je limitujícím faktorem únava (typická pro pozdní stádia RS), je důležité vědět, jak správně k těmto osobám přistupovat a tím zvyšovat kvalitu jejich života. Z toho důvodu je cílem této práce nalézt základní principy pro zvládání únavy u klientů s RS (klient = osoba docházející na terapii, dále jen klient).

V teoretické části jsou uvedeny: epidemiologie, základní údaje o RS, klinické projevy, únava a její příčiny a jsou stanoveny základní principy pro zvládání únavy. Každý z těchto deseti principů je podrobně popsán. V praktické části jsou základní principy použity při spolupráci se čtyřmi klienty během pěti týdnů. Zpočátku jsou získány údaje o únavě pomocí vytvořeného formuláře, viz. příloha. Následně terapeut s klienty stanoví priority a sestaví dlouhodobý plán. Praktická část obsahuje kasuistiky čtyř klientů, které popisují klienty, krátkodobý plán, vyhodnocení formulářů, určení priorit, dlouhodobý plán a celkové zhodnocení klienta. V závěru jsou použité principy zhodnoceny.

## II. Teoretická část

### 1. Epidemiologie u RS

V naší oblasti se odhaduje počet nemocných roztroušenou sklerózou na 50 až 150 na 10 000 obyvatel. Jen v ČR je zaregistrováno přibližně 10 000 nemocných. Roztroušená skleróza se vyskytuje nejčastěji u bílé rasy a nejméně u rasy černé. Onemocnění začíná přibližně mezi 20. až 40. rokem, ojediněle se může objevit již v dětském či důchodovém věku. Onemocněním trpí častěji ženy než muži v poměru 2:1. Největší podíl na vzniku nemoci se přisuzuje genetickým dispozicím člověka a jeho vnímavosti k nemoci. Předpokládá se, že na vzniku RS se mohou podílet: genetické dispozice, neuroinfekce, infekce, dlouhodobě špatný psychický stav, špatný životní styl a prostředí. (Káš 1993), (Nevšimalová 2002), (Preiss 2006).

### 2. Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS)

Roztroušená skleróza je jedno z nejzávažnějších a nejčastějších neurologických onemocnění. RS je autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kdy v akutní fázi dochází k masivní destrukci myelinu vlivem autoimunitní reakce člověka „zaměřené proti antigenům myelinu, které jsou v těle každého člověka v malých množstvích a v klidovém stavu“ (Nevšimalová, 2002:211). Dochází tak ke vzniku produktů imunitních buněk, které jsou pro myelin toxické. Ve tkáni se tvoří tzv. plaký (ložiska demyelinizace), které se hojí tuhou jizvou z gliových buněk (buňky CNS, zajišťující podpůrnou funkci, výživu, ochranu nervových buněk a zároveň odstraňují poškozené neurony). Bílá i šedá hmota mozku, mozečku a míchy je tak postižena mnohočetnými zánětlivými ložisky rozpady myelinu. „Postupně v průběhu nemoci a důsledkem ztráty myelinu dochází k atrofii CNS“ (tamtéž s.211).

„U 85% pacientů dominuje v prvních 5 - 15 letech onemocnění střídání **atak** a **remisí**. Ataka je akutní vzplanutí nemoci, remise je období mezi atakami. Po atace může pacientovi zůstat různá míra trvalého neurologického postižení, která závisí na místě vzniku a síle plaků. U 15% pacientů dochází k pozvolnému nárůstu neurologického deficitu bez atak od počátku nemoci, tento typ průběhu se nazývá primárně progresivní“ (tamtéž).



Zprvu zůstává spíše mírné zhoršení zdravotního stavu, ale málokdy je návrat k předchozímu zdravotnímu stavu bez klinických projevů. V mozku ale existují tzv. slepé zóny, jejichž postižení zůstává bez klinických projevů. Míra postižení vždy závisí na dané lokalizaci zánětlivých procesů v CNS. V pozdních stádiích nemoci atak ubývá a současně dochází k pozvolnému nárůstu invalidity osoby s RS. „K RS patří typicky únava. Způsobuje ji zpomalené vedení demyelizovanými nervy a také zánětlivé faktory v mozkové tkáni. U téměř 50% pacientů se vyskytuje deprese...a u těžkých forem i kognitivní poruchy, především v oblasti paměti a koncentrace“ (Nevšímalová 2002:212). Čím později vzniká onemocnění, tím bývá průběh nemoci postupnější a mírnější.

## 2. 1 Klinické projevy u RS

Mezi nejčastější projevy v časných formách u RS patří:

- a) Nemoci očního nervu, projevující se poruchami vidění, u kterých jen ve vzácných případech zůstává těžká porucha zrakových funkcí.
  
- b) Poruchy citlivosti jako jsou hypestézie (snížená citlivost, snížené vnímání podnětů), hyperestézie (zvýšená citlivost, zesílené vnímání, např. mravenčení, brnění, pálení i bolestivost i při minimálních taktilních podnětech, přecitlivělost na hluk), dysestézie (nepříjemné pocity či smyslové vjemy, např. palčivost až bolestivost na dolních končetinách), parestézie (spontánní nebo vyvolané abnormální vjemy např. mravenčení, pálení, svědění). Tyto projevy mohou výrazně narušovat obratnost končetin. Dále vede k poruchám hlubokého čítí a k vývoji ataxie (porucha koordinace pohybů) (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz>, 19. 7. 2007). Tyto projevy nemocného většinou velmi obtěžují.
  
- c) Poruchy hybnosti – postižení motorických pyramidových drah (monoparézy, paraparézy, hemiparézy – většinou začínající na dolních končetinách), mozečkové příznaky (intenční tremor, ataxie, svalová křeč atd.). Poruchy hybnosti a citlivosti, jsou pro osoby s RS daleko více invalidizující a jsou léčebně daleko méně ovlivnitelné.

d) Poruchy svěračů - snížená kapacita močového měchýře, retence moči až inkontinence.

e) Poruchy při odstupě od mozkových nervů - obrna lícního nervu, dysartrie (vada řeči - ztížená artikulace (výslovnost) při normálním chápání významu řeči), poruchy polykání.

f) Psychické poruchy - euforie, deprese, kognitivní poruchy (především je postižena paměť, koncentrace a schopnost učit se).

U pozdních forem jsou nejzávažnější následky z přetrvávajících obtíží způsobené chronickým rázem onemocnění. Například: spasticita, infekce, svalová slabost a atrofie, osteoporóza, dekubity. Vznikají složité psychosociální problémy - rodinné, sociální i pracovní. Velkým problémem u těžce postižených osob s RS je únava, doprovodně také bolest, které se stávají nejvíce limitujícím faktorem pro život lidí s RS.

### 3. Únava u RS

Typickým příznakem RS je únava a slabost. Únava je subjektivní příznak a každý nemocný ji vnímá odlišně, ale všeobecně osoby s RS velmi obtěžuje a limituje v prováděných činnostech. „Dostavuje se i bez patrné příčiny, náhle a nezvládnutelně“ a subjektivně je obtížně zvládnutelná (Lenský 1996:24). U některých osob s RS nastává značná únava při vykonávání i zcela běžných denních činností, jako jsou přesuny po domě, oblékání, osobní hygiena, příprava jídla a samotná konzumace pokrmů, úklid bytu a vycházky mimo domov. „Únava zintenzivní spasticitu, navozuje dyskoordinaci, případně bolest. Není to tedy jen pocit a příznak, ale limitující faktor, fyziologicky účelný a varovný jako signál“ (tamtéž s.108).

Únavu je nutné respektovat. Přerušit činnost, odpočinout si, relaxovat, nesnažit se ji překonat, ale plánovat činnosti s ohledem na ni. Nevhodná zátěž z přemíry pohybu, pravidelné kouření, pití tvrdého alkoholu, nedostatek spánku, nadměrné opalování, nebo koupele v horké vodě, mohou vyvolat silný pocit únavy, zhoršení stavu, všeobecnou slabost, úbytek energie či větší potíže při chůzi. Není dobré, když klientovi slouží únava jako prostředek k nečinnosti, pasivitě a úniku z reality.

Únava ovlivňuje až 87% pacientů. Freal zaslal dotazník pacientům, kteří si stěžovali na únavu. 90% dotázaných popsalo únavu jako potřebu odpočívat a 48%

dotázaných popsalo únavu jako zhoršení symptomů. 71% dotázaných se zmínilo, že rozsáhlé cvičení jejich únavu zhoršilo, zatímco 57% jich věří, že mírné množství cvičení jim pomohlo únavu zmírnit. Tyto výsledky byly porovnány se stejnou věkovou skupinou bez RS a bylo zjištěno, že u pacientů s RS je výskyt únavy častější a o mnoho závažnější. (Peterson, 2001)

Kvůli poškození různých částí mozku, myšlení i pohyb vyžadují více energie. Tato poškození si můžeme představit jako překážky na silnici. Každá taková překážka nutí vzkazy v mozku takové místo „objet“. Spastické svaly si navzájem brání v pohybu a tím pádem si každý pohyb vyžádá více sil. Neúmyslné a špatně kontrolované pohyby nutí tělo vykonávat více práce než za zdravého stavu.

- Z vnitřních, fyzických, faktorů RS postihuje hybnost končetin, propiocepci a schopnost řízení vlastních motorických pohybů a to, jak na výdrž, tak na přesnost provedení daného pohybu. „Od únavy, neobratnosti, oslabení až k ochrnutí, od svalového napětí, křeče až ke znehybňující kontraktuře, od nejistoty k třesu a kymáčení“ (Lenský, 1996:97). Vzniká svalová únava, kterou pacient není schopen vědomě zvládat (při pohybu vynechávají některé svalové skupiny).
- Ze zevních příčin se únava zhoršuje za nepříznivých fyzikálních faktorů (nevětraná místnost, působení přílišného tepla a dusna a špatné organizace místa a prostoru), po těžko stravitelném jídle a po některých lécích na RS.
- Ze subjektivního hlediska klientů, únavu mohou způsobovat různé psychické faktory. Z mnoha důvodů je deprese hlavní příčinou únavy, stejně jako je pocit bezvýchodné situace ze stále se zhoršujícího stavu, nedostatek duševní aktivity, pocitu ztráty důležitosti pro blízké.

„Ergoterapeuté doporučují následujících 8 neinvazivních technik pro zvládní únavy: vzdělávání o charakteristických jevech RS, sebemonitorující techniky, strategie pro zachování energie a zjednodušení aktivit, využití pomůcek, sledování tělesné teploty, pravidelná relaxace, pravidelný spánek a pozornost věnovaná fyzickému prostředí.“ (Forwell, 2003:9)

Vzdělávání	-Ignorování únavy ani boj s ní nepomáhá -Je zapotřebí nad únavou převzít kontrolu, než aby únava kontrolovala nás
Sebepozorování	-Zjistit poměr aktivita / odpočinek
Zachování energie	-Využití výtahů, parkovacích míst pro postižené -Nafázovat aktivity, aby bylo snadné je přerušit a znovu začít
Vybavení	-Použijte ve sprše židli, než aby jste stáli, pomůcky při chůzi, aby jste se zbytečně nevyčerpávali, dále dálkové ovládání a přístroje upravující klima
Tělesná teplota	-Používejte chladivé oblečení a omezte pobyt na slunci -Citlivost na zvýšenou tělesnou teplotu zvyšuje únavu, např. cvičení v teplém prostředí
Relaxace	-Potřeba znovu doplnit energii nevyžaduje vždy spánek -U některých relaxačních technik se vyskytují kontraindikace, proto je jejich výběr individuální
Pravidelný spánek	-V noci spěte na jiném místě než přes den relaxujete -Dbejte na před – spánkový režim
Prostředí	-Nejčastěji používané předměty uchovávejte na nejsnáze dostupných místech -V práci, škole a doma vytvořte vhodné prostředí, kde budete odpočívat

(Forwell, 2003:10)

Na základě informací z předešlé tabulky lze stanovit 10 základních principů pro zvládání únavy z hlediska ergoterapie.

#### **4. Základní principy pro zvládání únavy z hlediska ergoterapie:**

1. Získání údajů (záznamů) o únavě
2. Stanovení priorit
3. Vyvážení aktivit a odpočinku během dne
4. Stanovení vhodného harmonogramu odpočinku
5. Vhodná úprava bytu a pracovní plochy
6. Správná organizace věcí v bytě
7. Pomůcky pro zjednodušení ADL
8. Změny v každodenních aktivitách
9. Přizpůsobení aktivity aktuálnímu stavu klienta
10. Požádání o pomoc

## **4. 1 Získání údajů (záznamů) o únavě**

Velmi snadná a nadměrná unavitelnost u klientů s RS je závažným problémem a její zvládnutí je jedním z hlavních kroků k reedukačnímu úspěchu. Bohužel, přesná příčina únavy u RS je často neznámá nebo má mnohočetné příčiny. I přesto existují způsoby, které mohou pomoci klientům únavu kontrolovat a zvládat její průběh. Nejprve klient s terapeutem stanoví oblasti, ve kterých se únava pro klienta stává limitující, následně pak faktory, ovlivňující klientovu únavu v daný moment. Po vyhodnocení údajů klient spolu s terapeutem vytvoří plán pro zvládnutí únavy, jehož základem je odhadnout základní osobní situaci klienta.

### **4. 1. 1 Sběr dat o faktorech podílejících se na vzniku a o příčinách, způsobujících únavu u klientů s RS**

Zkušenosti klientů s únavou u RS jsou individuální a proměnlivé od člověka k člověku. Je proto důležité ke klientům přistupovat individuálně a zvolená metoda na zjištění údajů o únavě by klientovi měla vyhovovat. Každého klienta je nutné podpořit a motivovat, aby byl schopen sám identifikovat varovné signály únavy, dále klientovi vysvětlit důležitost sledování a nutnost dokumentovat příčiny své únavy.

Terapeut by měl klientovi navrhnout a doporučit způsoby dokumentace (například deník, diktafon, PC), pomocí kterých si klient vede podrobné záznamy o míře a o možných příčinách únavy. Spolu s klientem pak terapeut stanoví délku trvání zaznamenávání do formuláře (jeden týden). Pokud žádný ze způsobů zaznamenávání dokumentace klientovi nevyhovuje, může požádat o provedení záznamu člena rodiny nebo ošetřující osobu.

Záznamy by měly zahrnovat popis následujících oblastí koncipovaných na základě Neurologického Kompendia CONCAH (Continuing Care at Home) v Londýně roku 1996:

- datum a čas záznamů
- aktivitu, kterou klient právě prováděl (činnost před únavou)
- předpokládanou nadcházející aktivitu
- možnou příčinu vzniku únavy (činnost, aktivita)
- možný iniciátor vzniku únavy (čas, osoba, věc, strava)
- faktory, podílející se na únavě v daný moment

- faktory, ovlivňující průběh (co stěžuje a co pomáhá)
- ve kterých částech těla je pocit únavy nejsilnější
- subjektivní psychický stav v době vzniku únavy (jak se klient cítí v daný moment)
- názor klienta na vlastní stav v daný moment
- doba, kdy má klient nejvíce energie a možná příčina
- pitný režim, složení stravy, vylučovací režim klienta (záznam vždy na konci dne)
- kvalita spánku

Toto jsou oblasti, které by měl terapeut spolu s klientem sledovat, prozkoumat a vyhodnotit. Pro tyto účely slouží dvoustranný formulář na zjištění stupně únavy, který by měl být rozložen na jeden list papíru oboustranně, pro snadnou manipulaci a přehlednost: 1 list papíru = 1 den (viz. příloha). Formulář obsahuje základní informace: jméno, datum, následuje otázka na kvalitu spánku, kterou klient slovně zhodnotí.

V následující části formuláře jsou vysvětleny tři základní složky hodnocení: únava, důležitost a spokojenost s vykonáním určité činnosti. Každou tuto složku prováděných činností klient subjektivně hodnotí pomocí desetimístné škály 1 - 10, kdy 1 má nejnižší hodnotu a 10 tu nejvyšší. Tato škála byla zvolena po vzoru mezinárodních dotazníků, zabývajících se podobnou problematikou, a to z důvodu své jednoduchosti a spolehlivosti.

Do řádku příslušné hodiny klient zaznamená číslo hodnotící únavu, důležitost a míru spokojenosti, dále jednoduše popíše vykonávanou činnost a do následující kolonky má možnost vyjádřit své osobní postřehy a subjektivní pocity. V další části testu jsou umístěny dvě siluety postavy - jedna z pohledu zepředu, druhá zezadu - kam klient barevně označí místa na svém těle, kde během daného dne pociťoval únavu nejcitelněji. Dále následuje možnost krátce zaznamenat složení stravy a průběh vylučování.

#### **4. 1. 2 Následný rozbor zaznamenaných dat**

Klient by měl během dohodnuté doby sedmi dnů zaznamenávat průběh svého dne. Při rozboru dat je v zájmu klienta nechat nejprve klienta samotného ohodnotit výši své energie za uplynulou dobu během konkrétních časových úseků. Následně klient s terapeutem zhodnotí, jak vnímá svou zásobu energie v závislosti na únavě. Podle záznamů vyhodnotí jednotlivé položky, denní dobu, kdy je klient nejvíce unaven a

dobu, kdy má nejvíce energie, také faktory, které k tomuto stavu přispěly. Na základě všech získaných informací terapeut s klientem stanoví dlouhodobý plán, který bude vycházet z potřeb a požadavků klienta na zvládnání únavy z hlediska ergoterapie.

#### 4. 1. 3 Dlouhodobý plán

Následuje struktura dlouhodobého plánu dle Brichcína (1999), doplněná o detailní rozbor:

- **Určení činnosti (aktivity):** klient určí činnosti, které během týdne vykonává
- **Předpokládaná doba aktivity:** klient sám stanoví přibližnou dobu každé aktivity (časy se budou měnit podle průběžného hodnocení a upřesňování plánu)
- **Plánování průběhu:** terapeut dohlíží, aby si klient nenaplánoval víc věcí na danou časovou jednotku, než je schopen zvládnout (kvantita nesmí být na úkor kvality)
- **Příprava podmínek a předpokládané pomoci:** klient s terapeutem popíše kvalitu interakce mezi účastníky - strukturu a klima, co má na situaci vliv (denní doba, prostředí, účastníci, psychický stav klienta)
- **Uspořádání:** klient spolu s terapeutem stanoví postupnost jednotlivých činností během dne a kroky činností k dosažení žádoucího výsledku u daných činností
- **Interakce s prostředím (kde se aktivita bude odehrávat):** pro klienta je důležité stanovit, kde se bude činnost odehrávat a tomu dopředu přizpůsobit energetickou rezervu (například pohyb mimo domov jako nákupy a procházky)
- **Rozhodování:** klient sám se musí umět rozhodnout, jak a jakým způsobem zvládne stanovený režim a zvážit různé možnosti pro výběr nejlepší alternativy pro jednotlivé činnosti
- **Regulace aktivity, koordinace:** klient spolu s terapeutem zváží různé možnosti výběru nejlepší alternativy u každé činnosti
- **Priority:** klientovi pomůže, když si sám stanoví (dle potřeby zasahuje terapeut) priority v daných oblastech aktivit a společně s rodinou nebo ošetřující osobou určí důležitost a potřebnost u všech činností
- **Denní režim:** efektivita plánu na zvládnání únavy záleží na aplikaci krátkodobého plánu v každodenním životě

- **Hodnocení průběhu a výsledků:** klient hodnotí průběh terapie a průběžné výsledky s terapeutem
- **Zpětná vazba:** klientovi poskytuje zpětnou vazbu terapeut, rodina, ošetřující osoba nebo klientův subjektivní zdravotní stav
- **Vnitřní komunikace:** klient sám by měl být schopen kladně zhodnotit své činnosti a provedenou (ukončenou nebo neukončenou) aktivitu, popsat kvalitu provedené činnosti
- **Kontrola plnění a zpřesnění plánu:** kontrolu plnění plánů provádí klient sám, klientovi však pomáhá rodina, ošetřující osoba, terapeut nebo další osoba s RS (pomocí průběžného monitorování), se kterými může klient konzultovat zpřesnění plánu
- **Předání a využití dosažených výsledků:** slouží spíše jako motivační prvek terapie
- **Oprava chyb:** popsat událost, která nastala - popsat nežádoucí a žádoucí výsledek, určit účastníky a jejich názor na problém a jeho řešení, v případě pocitu nejistoty a nezdaru poukázat na to, že lze najít alternativu pro vzniklý problém

Pomocí záznamů terapeut s klientem v dlouhodobém plánu sestaví plán činností a denního režimu na celý následující týden. Naplánují dobu činností a odpočinku, zjednoduší denní aktivitu. Dobu odpočinku stanovíme ze záznamů, budeme se snažit určit vhodný moment, aby nedocházelo k přílišnému vyčerpání. Přitom se vyhneme náhlým a příliš dlouhým úsekům aktivity. Stanovíme vhodné tempo a přiměřenou rychlost, která klientovi vyhovuje. Určíme vhodnou polohu a místo pro odpočinek. Spolu taktéž stanovíme priority denního režimu.

## 4. 2 Stanovení priorit

Je důležité, aby si klient uvědomil, které prováděné činnosti jsou pro něj v dané situaci podstatné a které činnosti naopak podstatné nejsou. Je to věc zdánlivě jednoduchá, zároveň však může odhalit zásadní plýtvání energií na činnostech, které lze odložit nebo dokonce úplně vynechat. Terapeut v takové situaci nemůže hodnotit klientovu situaci ze svého pohledu (hodnocení priorit), nýbrž z klientových



společenských, náboženských či pracovních zvyklostí a návyků, tj. vycházet z oblastí ADL, pracovní činnosti a aktivit volného času.

### **4. 3 Vyvážení aktivit a odpočinku během dne**

Vyvážení aktivit a odpočinku během dne vychází z konkrétních potřeb každého klienta. Zde terapeut spolu s klientem pracují s konkrétními zvyky a plány klienta a společně hodnotí náročnost každé aktivity a následný nebo předcházející odpočinek. Klient by se měl naučit pozorovat a hodnotit míru své únavy a pohotově, dle nastalé situace, reagovat tak, aby se zbytečně nevyčerpal a nemusel později věnovat daleko více času na rekonvalescenci. Pokud klient odpočívá jen jednou denně - doba odpočinku by měla být nejméně jedna hodina (<http://www.clevelandclinic.org/mellen/learning/> 5. 1. 2007).

Nejen pravidelný odpočinek zaručí klientovi zachování energie pro vykonávání nezbytných aktivit. Pravidelné přiměřené cvičení u klientů s RS nepomáhá pouze lepší tělesné kondici, ale především zmírňuje pocity strachu, deprese, únavy, slabosti, ospalosti a pomáhá zůstat aktivní. Zároveň zvyšuje množství použitelné energie a zmírňuje pocity náhlé únavy. Zároveň také vědci potvrdili, že i zdraví atleti, pokud byli nuceni sedět dlouhé časové úseky na židli nebo ležet v posteli, projevíly se u nich pocity strachu, deprese, únavy, slabosti a ospalosti (tamtéž).

#### **4.3.1 Pravidelné cvičení**

Pravidelné cvičení je nezbytnou součástí dlouhodobého plánu. Klient by měl cvičit pravidelně, nejlépe za vedení fyzioterapeuta. „Současný výzkum prokázal, že pravidelná, správně indikovaná a kontrolovaná pohybová aktivita aerobního charakteru má řadu pozitivních vlivů na kardiopulmonální zdatnost, únavnost, psychickou kondici, spánek a kvalitu života nemocných s RS.... Doporučovány jsou pohybové aktivity dynamického, vytrvalostního charakteru (jízda na rotopedu, na veslařském trenážeru, rychlejší chůze, plavání, jízda na kole, běh), při nichž je hlavním zdrojem energie kyslík a je zajištěno dostatečné okysličení organismu“ (Řasová, 2001:176). Z tohoto důvodu je vhodné klientovi doporučit spolupráci s fyzioterapeutem, se kterým společně sestaví individuální plán aerobního tréninku. Tomu předchází zjištění vhodné intenzity zátěže na základě „tzv. spiroergometrického vyšetření na bicyklovém ergometru.“ (tamtéž)

## **4. 4 Stanovení vhodného harmonogramu odpočinku**

Vhodný harmonogram odpočinku stanovíme spolu s klientem na základě denního programu. Doporučuje se jeden delší odpočinek (nejméně 1 hodina), pokud klient nemá možnost odpočívat častěji během dne. Pokud tuto možnost klient má, je vhodné stanovit konkrétní místo a čas, kdy a kde bude klient odpočívat. Mělo by to být místo odlišné od místa, kde klient v noci spí, aby se nevytvořily nevhodné spánkové návyky. Mellenovo centrum pro Roztroušenou sklerózu na klinice v Clevelandu dále klientům doporučuje: „Buďte pozorní k vlastním varovným signálům předcházejícím únavě. Takovéto signály mohou zahrnovat unavené oči či nohy, únavu celého těla, ztuhlá ramena, snížené množství energie nebo její nedostatek, neschopnost se soustředit, slabost, nudu nebo nedostatek motivace, ospalost, zvýšenou podrážděnost, nervozitu, strach nebo netrpělivost.“

### **4. 4. 1. Stanovení doby odpočinku u předpokládaných dlouhodobých aktivit**

Pokud lze předem předpokládat, že aktivita bude trvat dlouhou dobu, je zřejmé, že plánovaný odpočinek klientovi pomůže aktivitu zdárně dokončit. Je vhodné určit nejen kdy, ale také kde a jak odpočívat. Ne vždy je nezbytné odpočívat formou spánku, ale postačí v klidu posedět a relaxovat. Pokud klient odpočívá jen jednou denně - doba odpočinku by měla být nejméně jedna hodina.

### **4. 4. 2. Polohování v době odpočinku a správná poloha při aktivitách**

#### **Klidové a uvolňovací pozice v době odpočinku**

Klidové a uvolňovací pozice slouží k - uvolnění křečovitého napětí nohou

- odlehčení přetíženým zádkům
- vyrovnání namáhaných různých skupin svalstva
- uvědomění si váhy vlastního těla na podložce

(Kuenzle, 1992:11)

Pro klidové a uvolňovací pozici je důležité, aby klient měl co nejpohodlnější polohu těla, kterou subjektivně pociťuje jako nejlepší. Dále by neměla být nepříznivě pociťována váha klientova vlastního těla vůči podložce a mělo by se zamezit kontaktu s ostrými hranami podložky z důvodu dobrého prokrvování těla. Klient by měl volit takovou polohu, která je pohodlná a zároveň podporuje správné fyziologické držení těla. Klienti z vlastních zkušeností vypovídají, že nejpohodlnější poloha pro odpočinek je pro ně leh na boku nebo leh na zádech, ale pro situace, kdy nelze vytvořit vhodné prostředí

pro polohu v leže je popsáno také polohování na vozíku. K zajištění vhodné polohy těla při odpočinku se používají polohovací podložky, polštáře nebo klíny (vhodně vytvarovaný cíp pokrývky nebo běžného polštáře).

### **Poloha na zádech**

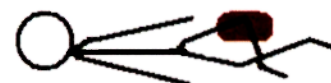
- nohy nemají být napjaté, ale mají ležet uvolněně
- bříska a plochy chodidel se ničeho nedotýkají
- kolena mají být obrácená směrem ven
- pánev má být uložena vodorovně
- záda nemají být vyklenuta (Kuenzle 1992)



varianta 1



varianta 2



varianta 3

### **Poloha napůl na břicho**

- záda by neměla být vyklenuta
- polohy rukou a nohou by měly být pohodlné a mírně pokrčené
- prostor mezi břichem, hrudním košem a podložkou by měl být dobře vypořádán

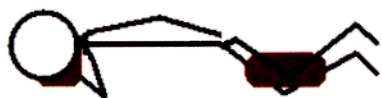


Levé koleno je bočně přitaženo. Velká pevná, ale pohodlná podložka podepírá levé stehno, břicho a hrudní koš. Pravá paže leží pohodlně na podložce za tělem. Pod hlavu a krk je možné vsunout plochý polštárek.

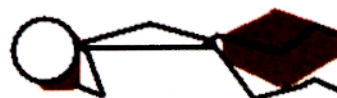
### **Poloha na boku**

- nohy mají být přitaženy tak dalece, až leží uvolněně a až záda nejsou prohnuta
- kolenní a kyčelní klouby by měly být ohnuty jen tolik, aby nohy byly uvolněné

- kolena nemají být nikdy po delší dobu stisknutá
- nejsilnější část podložky by měla být mezi kolena (ochrana kolen před otláčením) (Kuenzle, 1992)



varianta 1



varianta 2

### Sed na vozíku

- sedací část by měla být poměrně vzadu v křesle/ ve vozíku
- opírat se celými zády
- zádová opěrka a sedací plocha by měly být tvrdě vypořstrovány (měli by držet tvar - nemají se prověšovat)
- celá chodidla by měla být postavena na pevné podložce
- kolena jsou od sebe (nejvhodněji na šíři ramen) a jejich poloha je eventuálně podpořena klínem mezi kolena (Kuenzle, 1992)



Při sedu na vozíku je potřeba zajistit oporu po celé délce zad (i pánve). Stupačky je třeba nastavit tak, aby stehna nespočívala svou plnou vahou na sedací ploše. Odlehčení zad - jedna paže visí za opěradlem a napomáhá tak napnutí zad. „Při dlouhodobém trávení času v křesle věnujeme pozornost správné výši sedadla tak, aby chodidla byla v kontaktu se zemí. Opora zad a šíje musí být dostatečná a pohodlná, regulují ji sedací klín a opěrka, područky, aby se ramena zbytečně nevytlačovala vzhůru a přeneseně nezatěžovala krční páteř vynuceným držením“ (Lenský, 1996:123).

#### 4. 4. 3. Způsoby relaxace

Existuje mnoho způsobů relaxace a rolí terapeuta v této oblasti je nabídnout klientovi co nejširší spektrum možností, aby si každý dle svých potřeb a vnitřního naladění vybral způsob nebo způsoby, které mu jí vyhovují. Ke správnému nácviku relaxace je nutné klidné prostředí, přiměřená teplota, pohodlná poloha, pohodlné oblečení atd.

Cílem relaxace je navození tělesného a duševního hlubokého uvolnění, jímž se odstraňuje zbytečné a nevhodné svalové i nervové napětí. „Relaxace bude účinnější vleže, kdy je těžiště nejbližší pevné základně a opěrná plocha co největší. To také vyhovuje obvyklému druhu spasticity u RS, utvářené tělesnou polohou“ (Lenský, 1996:103).

Z používaných technik celkové relaxace vleže lze použít např. Jacobsonovu metodu, autogenního tréninku, postupné uvolňování jednotlivých částí těla či vnitřní úsměv. „Je zajímavé, jak mnoho lidí se dokáže uvolnit při sledování nebo prohloubení vlastního dechu“ (tamtéž), metoda, jež se dá použít kdykoliv a kdekoliv.

Při relaxaci lze využít i další aktivity, které odvedou klientovu pozornost od únavy, například poslech oblíbené hudby, audio nahrávky, sledování televize, četba apod. Dále lze též doporučit pití bylinných čajů na zklidnění, které lze opět volit individuálně dle potřeb každého klienta a po konzultaci se specialistou, aby nedošlo ke zbytečným komplikacím kvůli kontraindikacím s předepsanými léky.

Dále je možné s asistencí další osoby či terapeuta provádět aromaterapeutické masáže pomocí měkkých technik, které různými vonnými oleji navodí příjemnou atmosféru a zároveň mohou silice té které rostliny cíleně pomoci zlepšit klientův stav. Podobnou funkci mohou plnit i reflexní masáže, které stimulují tzv. reflexní plochy na rukou a nohou a tímto nepřímo ovlivňují celkový fyzický i psychický stav klienta. Lenský (1996) též doporučuje Tripesovy obklady, které jsou modifikací Priessnitzových obkladů, kdy se první kontrastní vrstva napustí studeným nálevem z bylinek jako například: kostival, kopřiva, přeslička nebo zázvor, přičemž zapařující efekt zůstává.

## **4. 5 Vhodná úprava bytu a pracovní plochy**

Celá tato část je koncipována na základě následujících zdrojů: Chundela (1984) a Dul (1993).

### **4. 5. 1 Úprava zevního prostředí**

Úprava prostředí a odstranění bariér z okolí klienta s RS (hlavně u pozdních stádií) může významně prospět k aktivizaci klienta. Bariérovost bytu a okolí by neměla být u žádného klienta příčinou pasivity. Vhodnou úpravou umožníme nejen snadnější provádění ADL, ale mnohdy i návrat k zájmovým činnostem klienta. Úprava musí být nejen prospěšná z hlediska praktického využití, ale také z hlediska estetického cítění klienta a jeho rodiny.

U chodících klientů, „aby nedošlo k pádu a zranění, nemělo by docházet k překonávání větších volných prostor. Jako záchytné body pro přidržení využíváme kusy pevného nábytku, na chodbě, v koupelně a na WC pořizujeme opěradla, tyče a madla“ (Lenský, 1996:122).

### **4. 5. 2 Manévrovací prostor pro invalidní vozík**

Nejprve se odstraní ze země všechny pohyblivé koberce, prahy a další bariéry, bránící v pohybu vozíku, jako jsou vyčnívající panty, nevhodně umístěný nábytek atd. Když budeme vycházet z rozměrů standardního vozíku (1050 mm x 700 mm), který se má v prostoru otáčet o 360°, budeme potřebovat „manévrovací“ prostor minimálně o velikosti 1200 mm x 1500 mm.

Vstupní dveře bytu musí mít minimální šířku 900 mm, klika má být umístěna maximálně ve výšce 1100 mm od země a zámek maximálně 1000 mm nad zemí. Pro snadnější manipulaci je vhodné dveře v bytě opatřit vodorovným madlem ve výšce 850 mm – 900 mm. Zvonek by neměl přesahovat výšku nad úroveň ramen klienta (přibližně 1400 mm od země). Nájezdové rampy do domu musí být minimálně 1300 mm široké a oboustranně opatřeny vodící tyčí ve výšce 300 mm. Sklon nájezdové rampy může být nejvýš 1:12. Je-li rampa delší než 900 mm, je nutné rampu opatřit odpočívacím vodorovným prostorem nejméně 1500 mm dlouhým. Před vstupem na rampu má být volná, vodorovná plocha 1500 mm x 2000 mm.

Kabina osobního výtahu má mít rozměry minimálně o velikosti 900 mm x 1200 mm, dveře o šířce minimálně 800 mm a ovládací konzoly výtahu maximálně 1000 mm

nad zemí. Volná plocha před nájezdem do výtahu má být minimálně 1400 mm x 1400 mm.

#### **4. 5. 3 Úprava bytu**

- **Kuchyň**

Pro klienty s omezenou pohyblivostí nebo na vozíku je nejvhodnější uspořádání kuchyně do tvaru U, popřípadě L. Nejvhodnější výška pro pracovní desku (plochu) je ve výšce 700 mm - 800 mm a prostor pod pracovní deskou musí být volný, aby bylo možné pod něj zajíždět s vozíkem. Maximální výška dosahu horních polic je asi 1500 mm, ale pro klienta s RS by se nemělo kuchyňské nádobí umísťovat nad úroveň ramen (1200 mm - 1300mm). Spodní skříňky mají být vybaveny výsuvnými policemi a zásuvkami. Chladnička a myčka by měly být 300 mm - 500 mm nad zemí a sporák (trouba) 700 mm – 800 mm nad zemí. Nejlepším typem pracovních ploch v kuchyni jsou kuchyňské linky na posuvném elektronickém zařízení se zabudovanou sklokeramickou deskou, které umožní snadný způsob manipulace s předměty v kuchyni klientovi i jeho rodině. Kolem pracovní plochy by měla být umístěna madla nebo úchytky a hrany by měly být zaobleny. Správné umístění předmětů je popsáno v následující kapitole: Správná organizace předmětů v bytě.

- **Sociální zařízení**

Pro sociální zařízení je nejvhodnější mít WC i koupelnu v jedné místnosti. Minimální prostor pro manipulaci s vozíkem je kruh o průměru 1500 mm plus prostor pro asistenta, je-li třeba. Umyvadlo by mělo být spíše ploché a širší s možností vjet pod něj s vozíkem, umístěné 700 mm - 800 mm nad zemí. Baterie nad umyvadlem by měla být páková. Nad umyvadlem je vhodné umístit nastavitelné zrcadlo s možností nastavení a sklopení.

Pro klienty je vhodnější sprchový kout než vana. Rozměry sprchového koutu jsou minimálně 1400 mm na 1400 mm a má mít čelní nebo boční přístup. Sprchový kout by měl být vybaven sklopným sedátkem ve výšce sedáku vozíku, madly, držáky (na mýdlo, šampon, sprchu, kartáče na mytí nebo žínky), to vše umístěno na dosah sedáku. Sprcha je také umístěna v dosahu sedáku s pákovým ovládním a nastavitelnou silou proudu vody. Mezi přejezdem z podlahy koupelny k sprchovému koutu by neměl být schod vyšší než 20 mm. Podlaha sprchového koutu musí být protiskuzová nebo opatřená protiskuzovou podložkou. Ručník se také nachází

v dosahu ze sedátka. Není-li možnost umístit sprchový kout, ale pouze vanu, je nutné opatřit sedačku na vanu, protiskluzovou podložku do vany a madla okolo vany i na ní.

Jeli WC samostatně, musí se opět počítat s dostatečným „manévrovacím“ prostorem pro vozík. Sedák záchodové mísy má být minimálně ve výšce 500 mm nad podlahou, kvůli snadnému usedání a opětovnému vstávání. Po obou stranách záchodové mísy se doporučuje pevně umístit sklopná madla ve výšce 780 mm nad podlahou, která by měla být od sebe vzdálena přibližně 600 mm. Ovládání splachovacího zařízení by nemělo být nad úrovní ramen klienta.

- **Obývací prostory**

Společné prostory je taktéž nezbytné uzpůsobit pro pohyb vozíku a sezení u televize nebo u jídelního stolu se rovněž upraví pro vozík nebo se vytvoří místo pro přesun z vozíku.

Ložnice, jedno z nejdůležitějších míst pro klienty s RS, by měla být příjemná a klidná místnost s dostatečným osvětlením, s možností ztlumení jasu v dosahu postele. Postel by měla být ve výšce 500 mm nad zemí, opatřená kvalitní, nejlépe polohovací matrací. Postel může být opatřená antidekubitní podložkou (záleží na klientově zdravotním stavu a jeho potřebách). „Od lůžka vyžadujeme pohodlnost, prostornost, aby bylo pevné, nikoliv tvrdé, dobře přístupné, vzdušné, raději ne přímo pod oknem.“ (Lenský, 1996:25)

#### **4. 5. 4 Faktory podílející se na zlepšení prostředí**

Dalšími faktory, ovlivňujícími prostředí, jsou hluk, vibrace, osvětlení, atmosféra (poměry ve složení vzduchu v místnosti) a materiály v místnosti. Tyto faktory nemají většinou přímý vliv na klientův zdravotní stav, ale mohou způsobovat bolesti hlavy, poruchy spánku, respirační potíže a podrážděnost.

#### **4. 6 Správná organizace předmětů v bytě**

Nejdůležitější zásadou při organizaci předmětů v bytě je praktický a logický přístup. Potřebné a často používané předměty mají být snadno dostupné, nepotřebné či málo používané předměty naopak uložené na svém místě nebo vyřazené, aby zbytečně nezabíraly prostor a nezamezovaly v přístupu k předmětům často používaným. Prakticky to znamená třídit sezónní oblečení, dle zálib klienta umístit osobní předměty –



knihy, předměty pro vykonávání koníčků atd. – na dobře dostupná místa, nejvhodněji od výše kolen do výše ramen. Klienti s RS by měli mít (po dohodě s blízkými) přednost umístit tyto předměty na snadno dostupná místa tak, aby je co nejméně přemísťovali.

Pro snadnější manipulaci s nádobím a spotřebiči v kuchyni, v rámci klientovy úspory tělesné energie, je výhodnější často používané nádobí uchovávat blízko sporáku a uspořádat jej dle nejčastějšího použití. Často používané spotřebiče (toaster, mikrovlnná trouba, varná konvice) nechávat uspořádané na lince. Málo používané předměty je vhodné skladovat v hůře dostupných skříních, množství používaného nádobí zredukovat a nepoužívané předměty odstranit z pracovní plochy a zjednodušit vybavení skříněk. Těžké předměty by měl klient skladovat v úrovni pasu (ale raději je nahradit předměty z lehčího materiálu), lehké předměty mohou být umístěny ve vyšších policích.

V koupelně a na WC by měly být umístěny pouze předměty určené k hygieně a vykonávání potřeby na snadno dostupných místech k tomu určených. Předložka před vanou či sprchovým koutem by měla být buď pevně přichycena k zemi nebo by neměla být v koupelně vůbec, aby neztěžovala pohyb klienta. Stejně jako v koupelně, je důležitá účelovost i v jiných místnostech, jako například v ložnici, která je určená na spaní a neměla by být přeplněna zbytečnými předměty.

#### **4. 7 Pomůcky pro zjednodušení ADL**

Nejvhodnější pomůcky pro klienty s RS by měly být ze stabilních a nerozbitných materiálů, upravené požadavkům klienta. Důležité je používání protiskluzových podložek, upravené nástroje pro snadnější úchop, elektrické spotřebiče pro usnadnění přípravy pokrmů (elektrický otvírák na konzervy, odšťavovač, mikrovlnná trouba), držáky, atd.

Pomůcky volíme vhodně pro danou činnost, ale zároveň by neměly být příliš specializované. Některé specializované pomůcky, pokud si na ně klient zvykne, se mohou stát limitující v činnostech mimo domov, kde nebudou k dispozici.

##### **4. 7. 1 Pomůcky pro hygienu:**

kartáče nebo houby na umývání na prodloužené a ohnuté rukojeti, mýdlo s dávkovačem nebo držák na mýdlo, zubní pasta s dávkovačem, držák na kartáček na zuby, hřeben na rukojeti, kleštičky na střihání nehtů, protiskluzové podložky do vany a do sprchy,

sedáčky do vany/ do sprchy, nebo na vanu, nástavce na WC, protiskluzová madla v okolí vany/sprchy/WC a umyvadla.

#### **4. 7. 2 Pomůcky pro oblékání:**

podavače, navlékače ponožek a punčoch, suché zipy, zapínače knoflíků, prodloužené lžice na obouvání bot, pružné tkaničky (pro klienty s RS je vhodnější volit oblečení, které se snáze obléká a sundává bez složitého zapínání)

#### **4. 7. 3 Pomůcky pro jídlo a pití:**

protiskluzové podložky pod talíře i pod sklenice, větší ucha u hrnků a širší sklenice nebo držáky na sklenice, příbory s širší protiskluzovou rukojetí, zešíkmené talíře (materiál, ze kterého je používané nádobí zhotoveno, volíme podle požadavků klienta - těžší věci usnadňují při tremoru cílení pohybu, ale nevýhodou je potřeba větší síly na manipulaci s nimi)

#### **4. 7. 4 Pomůcky pro práci v kuchyni:**

přizpůsobené nože a škrabky, elektrické otvíráky na konzervy, otvírače na sklenice a lahve, přísavné mísy, protiskluzové prkénko s hroty, odlehčené hrnce a pánve s dvěma úchyty

#### **4. 7. 5 Pomůcky pro volný čas (čtení, psaní, komunikaci):**

držáky na tužky, držáky na knihy, obraceče listů, PC (s možností přístupu na internet) s úpravami PC dle možností a přání klienta, nastavitelný pracovní stůl

#### **4. 7. 6 Pomůcky pro lokomoci:**

francouzské berle, mechanický vozík, elektrický vozík, skútr, osobní automobil upravený pro paraplegika

#### **4. 7. 7 Pomůcky pro polohování:**

polohovací lůžko se standardním příslušenstvím, antidekubitní podložky (výhoda je menší riziko vzniku proleženin, nevýhoda je, že klient má zkreslenou představu o hranicích svého těla), menší a větší polštáře (perličkové polohovací válce, podkovy, polštářky, hnízda), hrazdička

## **4. 8 Změny v každodenních aktivitách**

Klienti si mnohdy neuvědomují, že RS je onemocnění, které mění nejen jejich fyzické možnosti, ale i změny v režimech aktivit, odpočinku (relaxace), spánku a stravování. Je tedy potřebné klientům na základě výsledku z týdenního zaznamenávání aktivit poukázat na možnost těchto změn, které klient nevnímá, protože byl navyklý tyto činnosti po mnoho let dělat v jinou denní dobu a jiným způsobem.

### **4. 8. 1. Změna nebo vypuštění aktivit náročných na energii**

Po stanovení priorit terapeut spolu s klientem určí aktivity, které jsou náročné na energii: práce vykonávané dlouhodobě, vykonávané v nezměněné poloze, vyžadující větší svalové napětí nebo vyžadující delší psychickou aktivitu (např. žehlení, vytírání, vysávání, jednání s úřady, zjišťování informací atd.). Terapeut s klientem rozebere důležitost činností pro klienta v rámci jeho denního režimu a zhodnotí, zda je možné takovou aktivitu změnit, popřípadě úplně vypustit. Například, vyskytnou-li se během dne dvě aktivity náročné na energii, je vhodné, aby klient vykonal pouze jednu z těchto aktivit a druhou náročnou aktivitu ten den vypustil ze svého plánu a naplánoval ji na druhý den. Pokud se klient s RS rozhodne vykonal aktivity obě, může se stát, že stejně jednu z nich nebude schopen úspěšně dokončit nebo se vyčerpá natolik, že bude muset dlouhodobě nabírat síly tak, aby se dostal do stejné kondice, jako před tím.

Mellenovo centrum pro Roztroušenou sklerózu na klinice v Clevelandu radí, jak bojovat s únavou „Odhadněte svou osobní situaci: Ohodnoťte výši své energie. Vnímejte zásobu své energie jako banku. Vklady a výběry, by měly být během dne a týdne v rovnováze. Zaveďte si deník, abyste během jednoho týdne našli denní dobu, kdy jste nejvíce unaveni a nebo máte nejvíce energie. Zároveň si také poznamenejte, jaké jsou, podle vás, faktory, které k tomuto stavu přispěly“ (<http://www.clevelandclinic.org> 5. 1. 2007).

### **4. 8. 2 Změna denní doby provádění u některých aktivit během dne**

Vycházíme z dotazníku, na základě kterého zjistíme, ve kterou dobu má klient největší zásobu energie. Může se stát, že takové vyhodnocení odhalí, že klient má nejvíce sil odpoledne, ale byl zvyklý směřovat většinu aktivit na ranní či dopolední hodiny pouze ze zvyku. Potom se klient zbytečně vyčerpává jen tím, že není ochoten přijmout změnu a přizpůsobit svůj denní režim nové situaci. Pakliže je nezbytné

zásadně změnit denní režim, je nutné přistupovat ke změnám postupně, aby nedocházelo k nežádoucí únavě vlivem náhlé změny (vybočení z normálu).

## **4. 9 Přizpůsobení aktivity stavu klienta**

Jelikož je stav klientů s RS proměnlivý, je nezbytné průběžně přizpůsobovat aktivity aktuálnímu stavu klienta. Cílem tohoto snažení je, aby si klient uvědomil že je nutné časem přehodnocovat naučené postupy s ohledem na svůj aktuální stav, aby pochopil, že přílišné očekávání od sebe samého může přispět ke zhoršení psychického stavu. Zároveň velmi pomůže, pokud klient i jeho okolí přijme variantu předání aktivity jiné osobě - řešení, které je závislé nejen na vůli a ochotě klienta, ale i jeho okolí.

### **4. 9. 1 Zmírnění přílišného očekávání klienta**

Je pochopitelné, že změny, které s sebou RS přináší, jsou pro klienty mnohdy těžko přijatelné a čitelné. Jedním takovým faktorem je očekávání, týkající se časové náročnosti aktivit nebo jejich množství, které je možno najednou vykonat. Zmírnit očekávání klienta znamená vysvětlit mu, jaké změny s sebou RS přináší. Například: pokud má klient seznam deseti věcí, které chce dnes udělat, je vhodné zredukovat tyto nároky na číslo dva a zbytek ponechat na další dny. Nereálné očekávání od vlastních schopností může zapříčinit stres. Je důležité, aby si klient uvědomil, že pocit, že něco dokončil zásadně pomáhá stres eliminovat.

### **4. 9. 2 Zjednodušení aktivit**

Pro zachování energie během vykonávání náročnějších aktivit se doporučuje tyto aktivity zjednodušit a fázovat tak, aby bylo možné činnost snadno přerušit a posléze znovu začít. Provedeme nácvik správných postupů, držení těla, umístění pracovních pomůcek a využití kompenzačních pomůcek tak, aby bylo možné zdánlivě náročnou aktivitu vykonat efektivně a úsporně. Takto klient ví, kdy je vhodné udělat pauzu, která není překážkou pro zdárné dokončení aktivity. Po krátké či delší pauze, dle libovůle klienta, lze v činnosti pokračovat, dokončit ji nebo vykonat další fázi, po které může opět následovat odpočinek.

### **4. 9. 3 Předání aktivity nebo jeho částí jiné osobě**

Na základě stanovení priorit také určíme aktivity, které je potřeba vykonat, ale také které lze předat některé blízké osobě či ošetřující osobě. Toto může být pro některé klienty náročný proces z hlediska uvědomování si své vlastní situace, kdy mohou mít pocit, že své okolí příliš zatěžují, nechtějí být na obtíž, ale zároveň sami již vše nezvládnou tak jako dříve.

## **4. 10 Požádání o pomoc**

Pro klienty s RS je důležité, aby pochopili, že požádat o pomoc je důležité nejen pro ně samotné, ale i pro jejich nejbližší příbuzné a blízké. A to z toho důvodu, že si okolí mnohdy neuvědomuje, že zdravotní stav klientů se může průběžně zhoršovat. Klient s RS je poté nucen si uchovat co nejvíce energie na základní denní činnosti. Rodina i přátelé mohou být nápomocní, když pochopí klientův stav a jeho situaci. Lépe je pak pro obě strany pochopitelné, co únava pro klienta s RS znamená a jak mohou ostatní pomoci.

Klient může také hledat podporu u jiných lidí s RS, kteří budou chápat, čím on sám prochází a mohou si vzájemně pomoci. Je vždy přínosné popovídat si s někým, kdo má podobné zkušenosti a navzájem si předat cenné poznatky, které mohou usnadnit vnitřně danou situaci přijmout, ale také pomoci s konkrétními problémy každodenního života.

Pomoc od specialistů multidisciplinárního týmu či od úřadů je velice důležitá a mnohdy se stává, že klienti o možnostech, které mají, buď neví nebo mají obavy o služby, které jim náleží požádat. Je důležité, aby klient pochopil, že není důvod se obávat a aby se naučil sám oslovit fyzioterapeuty, ergoterapeuty, sociální pracovníky, lékaře či jiné specialisty s žádostí o pomoc.

### III. Praktická část

#### Kasuistika 1

**Jméno klienta:** pí. H

**Rok narození:** 1959

**Diagnóza klienta:** roztroušená skleróza mozkomíšní – sekundárně progresivní forma  
**První obtíže, které klient spojuje s RS:** v roce 1980 – začátek obtíží s únavou a bolestí dolních končetin, v roce 1985 – zánět očního nervu

**Diagnostikována RS:** v roce 1986 – lumbální punkce

**Užívané léky:** na RS – SOLU-MEDROL (methylprednisoloni natrii succinas)  
na depresi - ZYPREXA

**Rodinná anamnéza:** Klientka se narodila a žije v Praze v rodinné vile s rodiči. Klientka je podruhé vdaná, se svým nynějším mužem nežije. Má bratra, který žije ve vlastním bytě, ale občas přebývá v rodinné vile, ve svém pokoji. Klientka má dospělého syna, se kterým bydlí.

**Bytová situace:** Se synem bydlí v patře v 2 + K, přičemž toaleta je ve stejném patře a sprchový kout s vanou je v mezipatře. Vila má pouze jeden společný vchod pro obě bytové jednotky. Rodiče bydlí v přízemí. Vila nemá žádné architektonické bezbariérové úpravy pro osobu na vozíku. Jedinou úpravou v patře, jsou odstraněné prahy, aby se klientka dostala do domu musí překonat 17 schodů.

**Sociální anamnéza:** Klientka má středoškolské vzdělání s maturitou a pracovala jako účetní nyní je již od roku 1998 v plném invalidním důchodu.

**Záliby:** Mezi záliby klientky patří pěstování rostlin, četba, PC a internet.

## **Ergoterapeutické hodnocení**

### **p - ADL:**

Klientka je schopna si sama dojít na WC, klientka není inkontinentní. Koupání (sprchování) a denní hygienu klientka zvládá samostatně, ale sama dodává, že ji mytí ve vaně hodně unavuje. Klientka se sama oblékne, k oblékání nepoužívá žádné kompenzační pomůcky, ale potřebuje více času, aby se oblékla. V kuchyni se klientka pohybuje jistě a je plně samostatná bez používání jakýchkoliv kompenzačních pomůcek.

### **i – ADL:**

S přípravou pokrmů nepotřebuje asistenci. Úklid v bytě zvládá klientka sama, i když ji některé domácí práce velmi unavují (například žehlení, mytí podlah a sociálního zařízení). Samostatně je schopna si nakoupit, dojít na poštu a zařídit potřebné, ale klientka vychází ven zřídka, problémem je bariérový přístup k rodinné vile, kvůli kterému je klientka odkázána na pomoc další osoby. Je schopna manipulace s mobilním telefonem a s počítačem. Psaní rukou klientce taktéž nečiní žádné potíže.

### **Motorické funkce :**

**Lokomoce** - Klientka je samostatně schopna stoje, schopná je i chůze po kratší dobu (pár minut) s oporou. K chůzi používá berle nebo se přidržuje nábytku, jinak při pohybu po bytě i mimo byt používá mechanický vozík. Je schopna vyjít i sejít schody do patra, ale chůze do schodů ji vždy hodně vyčerpá.

**Aktivní pohyb** na HKK je bez obtíží. Na DKK je omezen schopností koordinací pohybu (kvůli pokročilosti onemocnění RS).

**Pasivní pohyb** HKK je bez omezení, u DKK je omezen častou spasticitou.

**Jemná motorika** HKK není porušena. Na DKK je porušena mírou únavy a častou spasticitou, kterou způsobuje RS (klientka má na DKK absenci povrchového cití a propriocepce od kolen dolů, občas v klidové poloze necítí končetiny).

**Hrubá motorika** HKK není porušena. Na HKK taktéž není porušena.

**Svalová síla** HKK je zachována. Na DKK je omezena mírou pokročilosti onemocnění RS (odpovídá přibližně stupni 3 ve svalovém testu)

Obecně jsou motorické schopnosti klientky vázané na aktuální stav a kondici, jak po psychické, tak po fyzické stránce (závislé na RS). Dominantní strana pravá.

**Kognitivní funkce:**

Klientka se vyjadřuje srozumitelně, mluví plynule a spisovně. Má velkou slovní zásobu. Krátkodobou i dlouhodobou paměť má dobrou (bez známek výpadků paměti), ale stává se, že klientce při rozhovoru vypadne slovo nebo myšlenka, na kterou si chvíli nemůže vzpomenout, ale události si pamatuje skvěle. Při učení se nových věcí, například anglických slovíček potřebuje klientka více času na zapamatování i na znovu vybavení naučeného. Bez obtíží rozpoznává osoby i předměty. Nemá problémy s prostorovou orientací v bytě ani mimo něj. Po předchozím naplánování cestuje bez doprovodu v MHD, ale častěji využívá dopravu taxíkem. Dobře rozumí mluvenému i psanému projevu. U prováděných činností vydrží klientka poměrně dlouho (přibližně hodinu, záleží na motivaci) a po stejnou dobu je schopna se na činnost i adekvátně soustředit. Svůj denní režim si klientka zhruba plánuje předem.

**Psychosociální funkce:**

Klientka je tišší, spíše pochmurnější povahy. Vůči novým lidem je zprvu nedůvěřivá, později přátelská a postupně se otevírá i osobnější komunikaci. I po delším čase si těžko zvyká na větší počet nových lidí. Má potřebu si udržovat odstup a lpí na dodržování společenských pravidel. Klientka má ráda když jdou věci podle ní a nemá ráda změny, i když by chtěla něco ve svém životě změnit. Raději čeká co jí nabídne okolí a nechává si možnost „zadních vrátek.“ Má málo osobních blízkých přátel. Obklopuje se spíše rodinou. Klientka se zajímá o dění okolo sebe a ráda se dozvídá nové věci. Nad svou nemocí se snaží mít nadhled, ale bere ji spíše jako prostředek pro dosažení svého. Má snahu o co největší nezávislost a soukromí, alespoň do budoucna.

**Používané kompenzační pomůcky:** dva mechanické vozíky (jeden vlastní - MEYRA a jeden zapůjčený z Centra Paraple), berle, nástavec na WC, protiskluzová podložka ve vaně, sedačka do vany, brýle na čtení

**Silné stránky:** - snaží se vidět svou budoucnost pozitivně

- dostojí svému slibu
- řekne si, co a jak potřebuje a co chce
- komunikativní na jakémkoliv téma
- ochotná zkusit nové věci



- nezávislá v oblastech ADL

**Slabé stránky:** - většinou smutnější nálady

- někdy příliš zaujatá
- má zkreslenou představu o své nemoci
- nedůvěra ve své schopnosti
- malá podpora rodiny

**Krátkodobý plán terapie:**

- seznámení klientky s ergoterapií a přibližným plánem o průběhu terapií během následujících pěti týdnů
- sedmidenní zaznamenávání údajů do formuláře na zjištění stupně únavy u klientů s RS
- vyhodnocení formulářů
- spolu s klientkou navržení dlouhodobého plánu terapie vycházející z formulářů

**Vyhodnocení získaných údajů (formulář a rozhovor s klientem):**

*Návrh klientky na změnu (co by si klientka přála změnit)*

- zmírnit únavu po ránu
- zvýšit energii během dne
- zlepšit náladu, která je depresivního charakteru
- nekomunikativnost s rodiči a bratrem
- zmírnit bolest končetin

**Vyhodnocení formuláře:**

Z formuláře vyplynulo, že klientka vstává každý den okolo sedmé, snídá až kolem desáté. Kolem osmé, deváté leží v posteli nebo provádí hygienu. Pokud se neumyje ráno hygienu, provede okolo osmé večer. Od jedenácti do čtrnácti hodin dělá domácí práce, okolo druhé obědvá. Během odpoledne provádí domácí práce, jde na návštěvu nebo pracuje na zahradě. Spát chodí v průměru kolem deváté hodiny. Koupelna se nachází v mezipatře a vyžaduje překonání schodiště a to klientku unavuje. Kombinace sprcha a schody je pro ní velice náročná. Dále z dotazníku vyplynulo, že klientku vyčerpává žehlení, které jednou týdně vykonává až tři hodiny v kuse. Ráda

dokončí vykonávanou činnost a proto v průběhu žehlení neodpočívá. Byla zvyklá vstávat brzy ráno a ranní nečinnost ji přijde jako zahálka. Většinu noci nespí dobře, budí se a má pocit dostatku spánku. Po ránu naopak pociťuje nedostatek spánku. Dále popisuje chlad v končetinách jako subjektivně velmi nepříjemný pocit. Nejsilnější bolesti vnímá v oblasti kříže a nohou od kolen dolů. Z formuláře vyplývá, že klientka pociťuje nejsilnější únavu mezi druhou a čtvrtou hodinou odpoledne, a to nezávisle na vykonávané činnosti.

***Analýzou získaných informací klientka s terapeutem určili následující priority:***

- 1) zvýšit energii během dne
- 2) zmírnit únavu po ránu
- 3) zlepšit psychický stav
- 4) usnadnit překonávání schodiště

**Dlouhodobý plán terapie:**

- 1) stanovení priorit v denních aktivitách, určit dobu trvání u náročnějších aktivit, vyvážení aktivit a odpočinku během dne, naučit klientku aktivní odpočinek
- 2) úprava denního režimu - přizpůsobit režim dne potřebám a stavu klienta: vstávat později a chodit spát později
- 3) najít klientce vhodný způsob pro trávení volného času (vyzkoušet ruční práce – koláže), upravit dobu trvání aktivit, předem určit denní priority - vyvážení ADL, práce a volného času (dle výsledku formuláře a přání klientky)
- 4) předem naplánovat dobu chůze do schodů tak, aby při této aktivitě mohl asistovat otec klientky, při chůzi do schodů nahradit fázi kroku do schodu (původně smykem v kyčelním kloubu), pomocí pásku upevněného kolem kolene – kdy klientka tahem ruky zvedne nohu na další schod.

**Závěr:**

Klientka se snaží být samostatná, alespoň do budoucna počítá, že by se přestěhovala do samostatného bezbariérového bytu. Nevyhledává společnost nových lidí - bojí se, že by ztratila kontrolu nad tím, co se kolem ní děje. Ráda by začala chodit do práce, ale má strach, že to nebude zvládat (předem ví, co je problém a proč by případná činnost neměla vyhovovat). Po delším hovoru a podrobném rozboru situace je

ochotna spoustu věcí i vyzkoušet a pokusit se zlepšit svou situaci (hlavně psychickou kondici).

Pro klientku bylo náročné stanovit nové priority v denním režimu, protože nepociťovala důvěru v kladný výsledek takové změny. Přestože klientka nebyla zprvu příliš otevřená změnám ve svých zažitých zvycích, byla ochotna vyvážit aktivity a vložit do nich odpočinek – například žehlení a chůze do schodů. Klientku se nepodařilo přesvědčit, aby dlouhodobě předem plánovala svůj denní režim – neměla trpělivost vytrvat v plánování denního režimu tak, aby se změny mohly projevit.

Klientka se naučila formu aktivní relaxace (zatínáním a uvolňováním svalu) s prohloubeným dýcháním a následnou řízenou relaxací v „hladině alfa“. Klientka hodnotila tuto formu relaxace jako přínosnou, ale zároveň potřebovala neustále ujišťovat o dlouhodobém prospěchu z této relaxace.

Přestože klientka souhlasila, že vyzkouší navrhovanou změnu denního režimu vstávání a spánku, nevytrvala dostatečně dlouho, aby se změny mohly projevit. A vrátila se ke svým původním zvykům (v době, kdy tato změna měla probíhat, klientka dostala možnost zaměstnání na částečný úvazek, což by znamenalo vstávat brzy ráno. Klientka práci nakonec nezískala, ale k zamýšlené změně režimu se již nechtěla vrátit).

Klientka dále projevila zájem o alternativní přístupy, jako koníček a zároveň způsob, jak pomoci sama sobě. Jako jednu z variant měla možnost vyzkoušet aromaterapii. Tato technika se jí líbila a hodnotila ji jako přínos. Sama klientka podotýká, že většinou nevytrvá u zvolené aktivity příliš dlouho (z důvodu ztráty motivace k pokračování v činnosti). Nevýhodou při hledání vhodné výtvarné techniky byl nedostatek pomůcek a materiálu.

Komunikace mezi klientkou a jejím otcem není stálá, z toho důvodu se na asistenci během chůze do schodů a ze schodů nemůže spolehnout. Je to pouze varianta občasné pomoci. Technika chůze do schodů pomocí pásku kolem kolene se ukázala z dlouhodobého hlediska jako vhodná kompenzace při vzniku nadměrné únavy při chůzi do schodů.

## Kasuistika 2

**Jméno klienta:** pí. A

**Rok narození:** 1962

**Diagnóza klienta:** roztroušená skleróza mozkomíšní – progresivní forma

**První obtíže, které klient spojuje s RS:** v roce 1989 – začátek obtíží s únavou a vyvrtnutí kotníku, od té doby bolesti pravé dolní končetiny

**Diagnostikována RS:** v roce 1992 – lumbální punkce

**Užívané léky:** klientka od roku 1995 neužívá žádné léky

**Rodinná anamnéza:** Klientka žije od dvou let v Praze. Manžel pracuje v ekonomické oblasti v Praze. Má dva syny ve věku 15 a 24 let, oba studují. Rodina vlastní psa. Rodiče klientky žijí v Praze a udržují mezi sebou pravidelný kontakt.

**Bytová situace:** Od roku 1999 žijí spolu s manželem v malé vesnici za Prahou v rodinné patrové vile se zahradou. Vila nemá žádné architektonické bezbariérové úpravy.

**Sociální anamnéza:** Klientka má středoškolské vzdělání s maturitou na SZTŠ a pracovala jako zahradnice u soukromého podnikatele. Nyní je již od roku 1991 v plném invalidním důchodu. K důchodu si přivydělává domácími ručními pracemi pod organizací DTP.

**Záliby:** Mezi záliby klientky patří pěstování rostlin, četba, přátelé, procházky, řízení automobilu, zpěv v kostele, ruční práce, pečení a starání se o psa.

### Ergoterapeutické hodnocení

#### **p - ADL:**

Klientka je schopna sama použít WC, klientka nemá problémy s inkontinencí. Sprchování a denní hygienu klienta zvládá taktéž sama. Klientka se sama oblékne, k oblékání nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. V kuchyni se klientka pohybuje jistě a je plně samostatná bez používání jakýchkoliv kompenzačních pomůcek.

## **i – ADL:**

S přípravou pokrmů nepotřebuje pomoci. Úklid v domě zvládá klientka sama, ale těžší práce (mytí podlah a úklidu v patře) sama nedělá. Samostatně je schopna si nakoupit, dojet na poštu a zařídit potřebné. Nemá problémy s prostorovou orientací v domě ani mimo něj. Necestuje v MHD, na delší cesty využívá dopravu vlastním automobilem. Je schopna manipulace s mobilním telefonem a s počítačem. Psaní rukou klientce taktéž nečiní žádné potíže.

## **Motorické funkce :**

**Lokomoce** - Klientka je samostatně schopna stoje, schopná je i hůze po kratší dobu (pár minut) s oporou. K chůzi používá berle nebo se přidržuje nábytku. Při pohybu po domě klientka nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku a přidržuje se pouze nábytku. Je schopna chůze se schodů i do schodů, ale kvůli schodům se klientka pohybuje v domě převážně v přízemí. Mimo dům používá na kratší vzdálenosti (po zahradě a okolo domu) berle a na delší vzdálenosti skútr nebo osobní automobil.

**Aktivní pohyb** na HKK je bez obtíží. Na DKK je omezen schopností koordinací pohybu (kvůli pokročilosti onemocnění RS).

**Pasivní pohyb** na HKK bez omezení. Na DKK je omezen častou únavou.

**Jemná a hrubá motorika** HKK není porušena. Jemná i hrubá motorika na DKK je porušena mírou únavy a spasticitou, kterou způsobuje RS (klientka má na DKK absenci povrchového čítí).

**Svalová síla** HKK je zachována. Na DKK je omezena mírou pokročilosti onemocnění RS (odpovídá přibližně stupni 3 - 4 ve svalovém testu)

Obecně jsou motorické schopnosti klientky vázané na aktuální stav a kondici, jak po psychické, tak po fyzické stránce (závislé na RS). Dominantní strana pravá.

## **Kognitivní funkce:**

Klientka se vyjadřuje srozumitelně, mluví plynule a spisovně. Má velkou slovní zásobu. Krátkodobou i dlouhodobou paměť má dobrou (bez známek výpadků paměti). Bez obtíží rozpoznává osoby i předměty. Dobře rozumí mluvenému i psanému projevu. U prováděných činností vydrží klientka poměrně dlouho (i několik hodin) a po stejnou dobu je schopna se na činnost i adekvátně soustředit. Svůj denní režim si klientka zhruba plánuje dopředu a umí se přizpůsobit aktuální situaci.

**Psychosociální funkce:**

Klientka je přátelské a vstřícné povahy. Vůči novým lidem se chová mile a otevřeně. Ve větším počtu nových lidí se chová společensky a společnost lidí vyhledává a při hovoru je aktivní. Má mnoho osobních, blízkých přátel, se kterými udržuje poměrně pravidelný styk. Ale, jak sama podotýká, není moc spokojená v manželství. Klientka se zajímá o dění okolo sebe a ráda se dozvídá nové věci. Je aktivní a má mnoho zálib, které ji baví a kterým se věnuje již několik let poměrně pravidelně. Na svou nemoc má dobrý náhled a snaží se žít aktivně a být co nejdéle oporou pro své dva syny. Budoucnost moc neřeší. Má snahu o co největší nezávislost po co nejdelší možnou dobu.

**Používané kompenzační pomůcky:** mechanický vozík - MEYRA, berle, nástavec na WC, protiskluzová podložka ve vaně, sedačka do vany, skútr, upravený osobní automobil pro paraplegiky, brýle na čtení

**Silné stránky:** - přátelská vstřícná povaha

- hodně zálib a koníčků a důvěra ve své schopnosti
- nezávislá na pomoci okolí
- komunikativní na jakémkoliv téma
- ochotná zkoušet nové věci
- nezávislá v oblastech ADL
- má reálný pohled na svou nemoc
- dobrá motorika

**Slabé stránky:** - rychleji unavitelná

- strach z možných změn životních rolích v budoucnosti
- malá podpora manžela

**Krátkodobý plán terapie:**

- seznámení klientky s ergoterapií a přibližným plánem o průběhu terapií během následujících pěti týdnů
- sedmidenní zaznamenávání údajů do formuláře na zjištění stupně únavy u klientů s RS
- vyhodnocení formulářů

- spolu s klientkou navržení dlouhodobého plánu terapie vycházející z formulářů

### **Vyhodnocení získaných údajů (formulář a rozhovor s klientem):**

#### ***Přání klientky:***

- vyzkoušet něco nového
- zpestřit týdenní program
- vzdělávání v dalších relaxačních technikách

#### ***Vyhodnocení formulářů:***

Paní A. vstává kolem osmé hodiny a ihned jde připravovat snídani. Následně uklízí, uvaří oběd, postará se o psa. Po obědě jde na vycházku se psem. Obědvá kolem dvanácté, večeří kolem osmnácté hodiny. V odpoledních hodinách se věnuje vlastním koníčkům – ruční práce. Večer často chodí za kulturou s přáteli. Večerní hygiena kolem desáté hodiny večerní. Jednou týdně zpívá v kostelním sboru v odpoledních hodinách – záchody jsou mimoúrovňové, což klientku velice unavuje. Nikdo jí do schodů ani ze schodů nepomáhá. Jednou týdně, v deset hodin ráno předvíčuje s Roskou pro klienty s RS. Klientka má dobrý spánkový i denní režim, který jí vyhovuje. Pravidelně pociťuje pokles energie kolem druhé až čtvrté hodiny. Klientka si je vědoma aktivit, které ji unavují a ty ze svého harmonogramu již vypustila. Jediná činnost která ji značně vyčerpá je zdolání schodů v kostele, přestože před tím vědomě odpočívá. Jinak je spokojená a touží být více využita a potřebná. Spánkový režim, ani denní režim se od doby kdy byla zdravá zásadně nezměnil.

#### ***Analýzou získaných informací klientka s terapeutem určili následující priority:***

- 1) vzdělávání v relaxačních technikách
- 2) překonávání schodiště v kostele bez velkého vyčerpání

#### **Dlouhodobý plán terapie:**

- 1) naučit klientku používat nové relaxační techniky, které bude moci použít pro větší skupinu lidí, vyzkoušet působení těchto technik na klientce samotné
- 2) vysvětlit klientce možnosti pro překonání schodiště: delší odpočinek před návštěvou kostela, zvládat schodiště po etapách s plánovaným odpočinkem,

nechodit na WC na poslední chvíli – nechat si dostatečný prostor a čas na zdolání schodiště, popřípadě požádat o pomoc a domluvit doprovod

**Závěr:**

Klientka si je jistá tím, co v životě má a na svůj život má realistický pohled, který ji po zkušenostech „drží nad vodou“. Umí využít svých silných stránek a využívá veškerých možností, jak vyplnit volný čas. Jediný problém jí činí nejistota ohledně manžela a nad tou se snaží mít nadhled, ale zároveň přiznává, že jí současná situace vadí.

Klientka se naučila používat různé relaxační techniky, našla techniku, která jí vyhovuje při odpočinku během dne. Zároveň si uvědomila, že odpočinek jí opravdu pomáhá a že ho skutečně během dne potřebuje. Schodiště v kostele je i nadále pro klientku náročné, ale momenty náhlé silné únavy je schopna zvládat efektivněji než dříve. Využívá plánované přestávky během výstupu schodiště.



## Kasuistika 3

**Jméno klienta:** pí. V

**Rok narození:** 1941

**Diagnóza klienta:** roztroušená skleróza mozkomíšní, kompresní zlomeniny hrudních a bederních obratlů (vlivem odvápnění kostí)

**První obtíže, které klient spojuje s RS:** po druhé prodělané zarděnky v roce 1983 – začátek obtíží s koordinací dolních končetin

**Diagnostikována RS:** v roce 1964 – lumbální punkce

**Užívané léky:** klientka v současné době neužívá žádné léky

**Rodinná anamnéza:** Klientka se narodila a žije v Praze celý život ve stejném bytě. Klientka je jednou rozvedená a je vdova, vychovala syna svého manžela. V současné době již nemá žádné žijící příbuzné. Má hodně blízkých přátel, kteří ji pravidelně navštěvují.

**Bytová situace:** Klientka žije v bytě 2 + KK ve druhém patře v domě bez výtahu. Když jde klientka mimo dům musí překonat 25 schodů (sama již po schodech nechodí).

**Sociální anamnéza:** Klientka má středoškolské vzdělání a pracovala jako účetní nyní je již od roku 1973 v plném invalidním důchodu.

**Záliby:** Mezi záliby klientky patří pěstování rostlin, vaření jakýchkoliv jídel, sledování TV, četba denního tisku, přátelé.

### Ergoterapeutické hodnocení

#### **p - ADL:**

Klientka je schopna si sama dojít na WC, proti úniku moči klientka používá inkontinenční vložky. Koupání zvládne samostatně, ale mytí ve vaně ji značně unavuje. Klientka se sama oblékne, k oblékání nepoužívá žádné kompenzační pomůcky, ale potřebuje více času, aby se oblékla. V kuchyni se klientka pohybuje jistě a je plně samostatná bez používání jakýchkoliv kompenzačních pomůcek.

## **i – ADL:**

S přípravou pokrmů nepotřebuje pomoci. Úklid v bytě zvládá klientka sama. Na nákupy a na poštu klientka chodí pouze s další osobou, kvůli neschopnosti manipulovat s vozíkem v terénu (klientka není dostatečně silná, aby snesla vozík ven z domu) a kvůli schodům vedoucím z domu. Jinak je klientka schopná zařídit si vše potřebné samostatně. Je schopna manipulace s mobilním telefonem i ostatními přístroji v bytě. Psaní rukou klientce taktéž nečiní žádné potíže.

### **Motorické funkce :**

**Lokomoce** - Klientka je sama schopna stoje, chůze po kratší dobu (chodí pouze ze schodů nebo do schodů s asistencí, když opouští byt, nebo vstává z vozíku při přesunech), jinak k pohybu po bytě i mimo něj používá mechanický vozík.

**Aktivní pohyb** na HKK je bez obtíží (s ohledem na aktuální zdravotní stav klientky). Na DKK je omezen schopností koordinací pohybu (kvůli pokročilosti onemocnění RS).

**Pasivní pohyb** HKK je bez omezení (s přihlédnutím k věku klientky a omezení pohybu z důvodu kompresních zlomenin obratlů v hrudní a bederní oblasti). U DKK je pasivní pohyb omezen častou bolestí (bolest není fixována na jedno místo).

**Jemná a hrubá motorika** HKK není porušena. Hrubá motorika HKK taktéž není porušena. Jemná i hrubá motorika na DKK je porušena mírou únavy a častou bolestí, kterou způsobuje RS (klientka má na DKK absenci povrchového cití v oblasti lýtek).

**Svalová síla** HKK je omezena vysokým věkem klientky. Na DKK je omezena mírou pokročilosti onemocnění RS a vysokým věkem klientky (odpovídá přibližně stupni 2 - 3 ve svalovém testu)

Obecně jsou motorické schopnosti klientky vázané na aktuální stav a kondici. Dominantní strana pravá.

### **Kognitivní funkce:**

Klientka se vyjadřuje srozumitelně, mluví plynule a spisovně. Má velkou slovní zásobu. Krátkodobou i dlouhodobou paměť má vynikající. Bez obtíží rozpoznává osoby i předměty. Klientka ráda vzpomíná na svou minulost. Nemá problémy s prostorovou orientací v bytě ani mimo něj, ale je závislá na vlastním systému organizace místa a věcí v bytě. Po předchozím naplánování cestuje pouze s doprovodem v MHD a ráda využívá asistenci k občasným návštěvám obchodu blízko bytu. Jinak si nechává klientka věci (především jídlo) přinést do bytu od známých. Dobře rozumí mluvenému

i psanému projevu. U prováděných činností vydrží klientka poměrně dlouho (záleží na druhu činnosti) a po stejnou dobu je schopna se na činnost i adekvátně soustředit. Svůj denní režim si klientka zhruba plánuje předem, během roku jej mění jen zřídka.

### **Psychosociální funkce:**

Klientka je veselejší a povídavější povahy. Vůči novým lidem se chová mile, otevřeně a zvědavě. Nové lidi si připustí blíže až po nějakém čase. Ve větším počtu nových lidí se chová společensky a společnost známých lidí vyhledává a při hovoru je aktivní – vypravěčská povaha. Má mnoho osobních, blízkých přátel, se kterými udržuje poměrně pravidelný styk. Klientka má zájem o dění okolo sebe a vítá jakékoliv zpestření dne, ale nesmí jí to narušovat stávající plány. Snaží se dodržovat, co si předem předsevzala. Své zdravotní problémy připisuje spíše stáří než RS. Má pocit, že jí RS už nezpůsobuje žádné potíže. Snaží se žít aktivně a být co nejdéle samostatná a zůstat ve vlastním bytě. Ohledně budoucnosti se klientka baví pouze v souvislosti s nejbližšími přáteli a o nejbližších událostech.

**Používané kompenzační pomůcky:** mechanický vozík (vlastní od DMA), berle, protiskluzová podložka ve vaně, sedačka do vany, brýle na čtení

**Silné stránky:** - žije především přítomností

- je si jistá sama sebou
- řekne si, co a jak potřebuje a co chce
- komunikativní na jakékoliv téma
- pozitivně laděná
- nezávislá v oblastech ADL
- podpora okolí

**Slabé stránky:** - samostatně neschopná opustit byt

- nepřístupná ke změnám ohledně úprav ve vlastním bytě
- zkreslená představa o své nemoci
- častá bolest zad a nohou

### **Krátkodobý plán terapie:**

- seznámení klientky s ergoterapií a přibližným plánem o průběhu terapií během následujících pěti týdnů
- sedmidenní zaznamenávání údajů do formuláře na zjištění stupně únavy u klientů s RS
- vyhodnocení formulářů
- spolu s klientkou navržení dlouhodobého plánu terapie vycházející z formulářů

### **Vyhodnocení získaných údajů (formulář a rozhovor s klientem):**

#### ***Přání klientky:***

- zmírnit bolesti nohou

#### ***Vyhodnocení formulářů:***

Paní V. nyní vstává kolem šesté, sedmé hodiny, dříve byla zvyklá vstávat do práce ve tři nebo ve čtyři hodiny ráno. Snídá kolem desáté. Dopoledne si čte nebo sleduje televizi. Obědvá kolem jedné, vaří pro sebe, někdy také pro kamarádky. Čtyřikrát týdně má návštěvu mezi druhou až šestou nebo v odpoledních hodinách jde s asistencí z Rosky na nákupy nebo na úřady. Jednou týdně dochází na cvičení do Rosky na desátou hodinu. Z formulářů nevyplývá subjektivní pocit únavy, ale při rozhovoru přiznává pocit těžkých končetin a nutnosti spánku kolem druhé hodiny odpolední. Toto nepřisuzuje roztroušené skleróze, nýbrž stáří. Chodí spát kolem desáté, jedenácté hodiny. Hygienu provádí ráno a večer před spaním. Byt klientky je na první pohled neorganizovaný, prostor pro průjezd vozíku je vytvořen pouze ve prostřed místností. Všude jsou vyskládané krabice či jiné nepotřebné předměty.

#### ***Analýzou získaných informací klientka s terapeutem určili následující priority:***

- 1) nácvik správného vstávání a sedání
- 2) pomoci od bolesti zad a končetin
- 3) utváření místností pro lepší průjezdnost vozíkem

### **Dlouhodobý plán terapie:**

- 1) vysvětlit klientce důležitost správného vstávání a usedání na vozík jako prevenci bolesti zad, praktický nácvik vstávání a sedání a přemísťování z vozíku a zpět, zdůraznit důslednost při dodržování těchto postupů
- 2) doporučit bylinky pro povrchovou automasáž, ukázat a naučit techniku jemné masáže (klientka nechce na zmírnění bolesti používat analgetika), doporučit klientce stabilní denní dobu pro tuto aktivitu - jako aktivizaci po odpoledním odpočinku
- 3) pokusit se klientce ukázat důležitost organizace prostoru pro lepší průjezdnost vozíkem

### **Závěr:**

Klientka je osobnost, která toho hodně v životě zažila a je jí jasné, co chce. Je ráda pánem vlastního času. Nesnáší pocit, že by jí měl kdokoliv organizovat věci v bytě. Vyhledává společnost přátel a k novým lidem si navazuje bližší vztah až po nějaké době. Zároveň je zprvu nedůvěřivá vyzkoušet nové věci, ale po bližším seznámení je ochotná vyzkoušet něco nového a tím i zlepšit svůj stávající stav.

Po vysvětlení a nácviku správného usedání na vozík, vstávání a přesunů byla klientka schopna při těchto aktivitách postupovat správně, nicméně z dlouhodobého hlediska přijala za své pouze správné vstávání. Při usedání nebo přesunech používá správný postup podle toho, jak se jí chce a jakou má náladu. Bylinky zvolené pro automasáž klientka hodnotí kladně, ale dává přednost tomu, když ji může namasírovat někdo jiný.

Při určování priorit a sestavení dlouhodobého plánu se vyskytly komplikace ohledně organizace věcí v bytě. Klientka tvrdí, že si zvykla na určitou organizaci věcí v bytě a není ochotna tuto situaci měnit. Často je proto nucena vstávat z vozíku, aby dosáhla na věci každodenní potřeby, těžké předměty má umístěny na místech tak, že musí vynaložit velké úsilí při manipulaci s nimi. Bohužel si neuvědomuje, že z důvodu častého vstávání může být pocit těžkých nohou zesílen a i přes opakovanou snahu vysvětlit důležitost efektivního uspořádání věcí v bytě, striktně odmítá na této situaci cokoliv měnit.

## Kasuistika 4

**Jméno klienta:** pí. J

**Rok narození:** 1930

**Diagnóza klienta:** roztroušená skleróza mozkomíšni – sekundárně progresivní forma, kompresní zlomeniny hrudních a bederních obratlů

**První obtíže, které klient spajuje s RS:** v roce 1980 – začátek obtíží s únavou a bolestí dolních končetin, v roce 1985 – zánět očního nervu

**Diagnostikována RS:** v roce 1986 – lumbální punkce

**Užívané léky:** na RS v současné době léky nebere  
na podporu růstu kostní dřeně

**Rodinná anamnéza:** Klientka se narodila v Kladně a od roku 1936 žije v Praze. Nyní žije s kamarádkou. Klientka je vdova, má dvě dospělé děti. Syn žije a pracuje v Německu, za matkou několikrát do roka dojíždí. Dcera žije a pracuje v Americe, má dvě děti a manžela. Jednou až dvakrát do roka jede s rodinou navštívit matku do české republiky a i klientka jede jednou do roka za dcerou do Ameriky. Další žijící příbuznou klientky je o 13 let mladší sestra, která je umístěna na psychiatrickém oddělení v Bohnicích.

**Bytová situace:** Klientka bydlí v bytě 3 + KK v přízemí, ale k bytu vede 9 schodů. V bytě bydlí s kamarádkou, které pronajímá jeden pokoj.

**Sociální anamnéza:** Za klientkou třikrát do týdne dojíždí paní z asistenční služby, která vozí obědy a dvakrát do týdne chodí klientce na nákup. Klientka má vystudovanou vyšší odbornou školu v oboru zdravotní sestra. Pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici a od roku 1971 je v plném invalidním důchodu.

**Záliby:** Mezi záliby klientky patří pečení, četba, vzpomínání, kamarádky a výlety za dětmi.

## **Ergoterapeutické hodnocení**

### **p - ADL:**

Klientka je schopna sama požit WC, proti úniku moči klientka používá inkontinenční vložky. Koupání i osobní hygienu zvládne samostatně, ale potřebuje více času, aby se oblékla – činnost ji značně unavuje. Klientka se sama oblékne, k oblékání nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. V kuchyni se klientka pohybuje jistě a je samostatná bez používání jakýchkoliv kompenzačních pomůcek (s přihlédnutím na motorické schopnosti a stáří klientky).

### **i – ADL:**

S přípravou pokrmů nepotřebuje pomoci, ale sama sobě již nevaří. Jídlo si nechává vozit od asistenční služby. Úklid v bytě zvládá klientka sama nebo jí pomáhá kamarádka, která s ní bydlí. Samostatně si již nakupovat nechodí, ale ví co chce nakoupit a má přehled i o tom, co se kde dá koupit a jaká je cena jednotlivých potravin. Klientce chodí nakupovat asistenční služba nebo spolubydlící. Když potřebuje osobně dojet na poštu nebo k lékaři, jezdí taxíkem. Sama již mimo domov nechodí, ale je stále schopná si věci sama zařídit. Je schopna manipulace s mobilním telefonem. Psaní rukou klientce již činí potíže (kvůli snížené citlivosti a tremoru).

### **Motorické funkce :**

**Lokomoce** - Klientka je stoje i chůze samostatně schopna po kratší dobu (pár minut) s oporou. K chůzi používá berle nebo chodítko. Je schopná vyjít i sejít samostatně schody do patra. Mechanický vozík nepoužívá, ale má jej schovaný v bytě. K chůzi mimo byt používá chodítko.

**Aktivní pohyb** na HKK porušen mírným tremorem (s přihlédnutím k věku klientky). Na DKK je omezen schopností koordinací pohybu (kvůli pokročilosti onemocnění RS).

**Pasivní pohyb** HKK je omezen v plynulosti pohybu (s přihlédnutím k věku klientky a omezení pohybu z důvodu kompresních zlomenin obratlů v hrudní a bederní oblasti). U DKK je pasivní pohyb omezen častou bolestí a ztuhlostí (bolest se často vyskytuje v kolenou, ploskách nohou, nártů a kotníků).

**Jemná a hrubá motorika** je na HKK porušena sníženým povrchovým čítím na konečcích prstů (klientka s dopomocí zraku zvládne pinzetový úchop). Hrubá motorika HKK je taktéž porušena tremorem (především, když klientka zvedá a přenáší těžší předměty). Jemná i hrubá motorika na DKK jsou porušeny mírou únavy a častou

bolestí, kterou způsobuje RS (klientka má na DKK absenci povrchového čítí v oblasti od kolen dolů a po straně na stehnech).

**Svalová síla** HKK je omezena vysokým věkem klientky. Na DKK je omezena mírou pokročilosti onemocnění RS, vysokým věkem klientky a častou bolestí (odpovídá přibližně stupni 2 - 3 ve svalovém testu)

Obecně jsou motorické schopnosti klientky vázané na aktuální stav a kondici. Dominantní strana pravá.

### **Kognitivní funkce:**

Klientka se vyjadřuje srozumitelně, mluví plynule a spisovně. Má velikou slovní zásobu. U krátkodobé paměti klientce činí potíže vybavit si přesné informace, ale dokáže bez problémů popsat situaci, která se odehrála před krátkou dobou. Dlouhodobou paměť má dobrou a ráda vypráví o tom, co zažila v minulosti. Bez obtíží rozpoznává osoby i předměty. Nemá problémy s prostorovou orientací v bytě ani mimo něj. Je orientována časem. Po předchozím naplánování cestuje za pomoci další osoby kamkoli. Když počítá s delší trasou volí raději dopravu taxíkem. Dobře rozumí mluvenému i psanému projevu. U prováděných činností vydrží klientka poměrně dlouho, ale raději si dává pauzu a během aktivit odpočívá - přibližně hodinu. Po stejnou dobu je schopna se na činnost i adekvátně soustředit. Svůj denní režim si klientka zhruba plánuje sama předem.

### **Psychosociální funkce:**

Klientka je veselejší a povídavější povahy. Vůči novým lidem se chová mile, otevřeně a zajímá se o nové věci. K novým lidem se od prvního okamžiku chová přátelsky. Ve větším počtu nových lidí se chová nenucené a přirozeně. Při hovoru je aktivní – vypravěčská povaha, ráda vypráví a vzpomíná co prožila. Má pár osobních, blízkých přátel, se kterými udržuje nepravidelný styk. Klientka má zájem o dění okolo sebe a ráda se dozví nové věci, o nových informačních systémech (kabelová televize, internet - jaké jsou výhody a nevýhody pro zavedení). Zdravotní problémy, které má, popisuje jako limitující pro činnosti, které by ráda vykonávala (př. samostatné procházky). Snaží se žít aktivně a být co nejdéle samostatná a zůstat ve vlastním bytě.



**Používané kompenzační pomůcky:** mechanický vozík (značky DMA), berle, nástavec na WC, protiskluzová podložka ve vaně, vana se zabudovanou sedačkou, chodítko, brýle na čtení

**Silné stránky:** - snaží se vidět svou budoucnost pozitivně

- zná svoje hranice
- většinou pozitivně naladěná
- komunikativní na jakémkoliv téma
- ochotná zkoušet nové věci
- nezávislá v oblastech ADL

**Slabé stránky:** - snadněji unavitelná

- častá bolest dolních končetin
- samostatně neschopná opustit byt na delší dobu
- snížená jemná motorika na HKK
- snížená citlivost na konečcích prstů

**Krátkodobý plán terapie:**

- seznámení klientky s ergoterapií a přibližným plánem o průběhu terapií během následujících pěti týdnů
- sedmidenní zaznamenávání údajů do formuláře na zjištění stupně únavy u klientů s RS
- vyhodnocení formulářů
- spolu s klientkou navržení dlouhodobého plánu terapie vycházející z formulářů

**Vyhodnocení získaných údajů (formulář a rozhovor s klientem):**

***Přání klientky:***

- možnost procházek bez asistence další osoby
- pomoc při získání elektrického vozíku
- zprovoznit její mechanický vozík

### ***Vyhodnocení formulářů:***

Paní J. vstává kolem šesté, sedmé hodiny, osobní hygienu provádí kolem deváté, desáté. V dopoledních hodinách poslouchá hudbu a věnuje se domácím pracem. Jednou týdně dochází na cvičení do Rosky na desátou hodinu. Obědvá kolem jedné hodiny. Po obědě vyhledává klidnější místa k odpočinku. V odpoledních hodinách se věnuje svým zálibám a odpočívá. Z formuláře vyplývá častá bolest nohou, především plosek a nártů nohou a v kolenou. Je vidět, že klientce její nynější denní režim vyhovuje.

### ***Analýzou získaných informací klientka s terapeutem určili následující priority:***

- 1) pomoc při získání elektrického vozíku (z důvodu předpokládaného zhoršování zdravotního stavu)
- 2) zprovoznit její mechanický vozík a poučit klientku o údržbě vozíku
- 3) naučit klientku ovládat mechanický vozík
- 4) následné umístění vozíku v domě
- 5) možnost procházek bez asistence další osoby

### **Dlouhodobý plán terapie:**

- 1) vysvětlit klientce postup pro získání elektrického vozíku, podpořit klientku a pomoci jí během celého procesu
- 2) zjistit aktuální stav mechanického vozíku, zprovoznit vozík a poučit klientku o jeho údržbě (tzn. v případě poruchy se nesnažit vozík opravit ani použít, ale volat servisní firmu)
- 3) vysvětlit postupy pro správné použití vozíku a manipulaci s ním, upravit prostor v bytě pro průjezd vozíku, naučit klientku ovládat vozík postupně v různých terénech (nejprve na chodbě, poté před domem, později ve větších vzdálenostech v okolí domu)
- 4) pomoci klientce domluvit umístění vozíku v přízemí v místnosti na kočárky a zajistit klíče
- 5) po zvládnutí ovládání vozíku s klientkou naplánovat kratší trasu po okolí, tuto trasu (i několikrát) spolu s klientkou projít a pomoci jí zvládat obtížnost trasy, zároveň jí také dodat sebedůvěru

**Závěr:**

Klientka je osobnost, která toho hodně v životě zažila a o svém životě ráda vypráví. Sama ví, co má ráda a jaké jsou její možnosti (zdravotní, sociální) a své možnosti nepřeceňuje. Je ochotná přistoupit na jakoukoliv změnu, když to pomůže. Společnost přátel vítá. Do budoucna uvažuje o přestěhování do domova důchodců, aby se nemusela starat o velký byt. Jinak si v životě, jak sama dodává, nemá na co stěžovat.

Během pětitydenní spolupráce se podařilo klientce zajistit potřebné posudky zdravotního stavu pro získání elektrického vozíku. Tento proces stále pokračuje. Povedlo se úspěšně zprovoznit mechanický vozík. Klientka je nyní schopna ho efektivně používat. Prostor pro průjezd bytem byl vytvořen přesunutím stolu. Klientka používá vozík hlavně venku a tak nebylo nutné více měnit organizaci věcí v bytě. Prozatím se nepodařilo umístit vozík mimo byt a klientka je stále závislá na asistenci při přesouvání vozíku z domu a zpět. Z důvodu zhoršeného zdravotního stavu klientky je nyní nutná asistence při vycházkách ven.

## IV. Diskuze

RS je onemocnění, o kterém víme již mnoho, ale bohužel se nedaří určit jednoznačnou příčinu jejího vzniku. Lidé s RS se potýkají s mnoha nejrůznějšími problémy, které s sebou tato choroba přináší, ale jedním z nejzávažnějších problémů u lidí s RS je únava. Její vznik má mnohé příčiny, které spolu mohou souviset a zároveň mohou vypadat jakoby spolu vůbec nesouvisely. Tímto problémem se zabývá většina autorit a mnoho článků a diskuzí i na internetu dochází k názoru, že příčiny únavy u RS jsou různé a projevují se individuálně (Kos, 2003, 2005).

Jednou z možností pro předcházení únavy u klientů s RS je hydroterapie. Většina autorů doporučuje teplotu vody nižší než 85 F (29 C) aby předešli zhoršení symptomů u RS. Při pokusech s teplotou vody 94 F (34 C) se zjistilo, že když testovaná klientka nepociťovala citlivost na teplotu ani únavu. Výsledky jejího manuálního svalového testu a mobility se zlepšily. Při vodní terapii je nutné dbát na subjektivní pocity vnímání teploty vody. U jednotlivých klientů se vnímání teploty značně liší (Peterson, 2001). Během spolupráce s lidmi s RS jsem se setkala spíše s opačnými zkušenostmi. Klientka J. a klientka H. nezávisle na sobě popsaly okamžitý projev únavy související s koupelí v teplé vodě. Klientka H. uvedla, že teplá voda je jí příjemná, ale ví, že by po takové koupeli nebyla schopna vstát z vany.

Kasser popisuje průběh studie z roku 2003, která měla za cíl určit příčiny únavy u lidí s RS. „Během 4 měsíců účastníci studie prokázali značné rozdíly v míře únavy i stresu. Je zajímavé, že nebyla nalezena žádná zvláštní spojitost mezi těmito dvěma psychickými omezeními, ale nebyla nalezena ani spojitost s žádnými fyzickými omezeními.“ Z tohoto úhlu pohledu jsem ve své práci vycházela i já.

Únava se prolíná ve všech oblastech života klientů. Toto je další důležitý poznatek pro pochopení únavy u RS a efektivní práce s ní. Při stanovení základních principů pro zvládnutí únavy mi nejvíce pomohla tabulka z časopisu *MS in Focus* (Forwell, 2003), na základě které jsem těchto deset základních principů sestavila. Důležité bylo pamatovat na všechny oblasti života klientů. Zároveň se ukázalo, že není prioritou snažit se změnit všechny oblasti, které se mohou podílet na příčinách únavy, ale mnohdy stačí pomoci upravit jen jednu oblast a výsledek je viditelný. Ergoterapie v tomto ohledu může velice pomoci, protože člověka chápe jako komplexního jedince ve vztahu k jeho okolí .

## IV. Závěr

Cílem práce bylo nalézt základní principy pro zvládnání únavy u klientů s RS. V teoretické části bylo určeno deset základních principů pro zvládnání únavy. Každý z těchto principů byl detailně popsán. V praktické části byly tyto principy aplikovány ve spolupráci se čtyřmi klientkami z unie Roska.

Při úvodním setkání byla každá klientka seznámena s přibližným průběhem pěti týdenní spolupráce. Klientkám byly předány formuláře pro určení míry únavy a byl jim vysvětlen postup i různé možnosti jejich vyplňování. Následující týden každá klientka sama nebo s asistencí vyplnila jeden formulář pro každý den. Během následující schůzky jsem s klientkami tyto formuláře vyhodnotila a s přihlédnutím na přání klientky jsme určily priority pro sestavení dlouhodobého plánu. Na základě priorit byl sestaven dlouhodobý plán, který terapeut při dalších čtyřech týdnech spolupráce postupně aplikoval.

Může se zdát, jako např. u klientky A., že bylo aplikováno principů málo, ale ukázalo se, že s použitím i pouze jednoho principu se zlepšila kvalita života klientky a vytvořila se motivace pro další změny. Nejdůležitějším poznatkem pro klientky byl fakt, že si mnohdy uvědomily, že jsou schopny si pomoci samy, pokud znají způsoby, jak identifikovat problémové oblasti a pokud ví, na koho se obrátit, aby jim tuto situaci případně pomohl vyřešit.

Během pěti týdenní spolupráce klienti vítali zpětnou vazbu, která jim pomáhala se ujistit, že naučené změny provádí správně a zároveň tyto změny upevnit. Tímto se nejen upevnil vztah terapeut – klient, ale vytvořila se i motivace pro další spolupráci. Bylo zajímavé vidět, že i při zhoršení zdravotního stavu – klientka J. - nastolené změny pomohly kompenzovat míru únavy.

Závěrem lze říci, že stanovené principy se v praxi osvědčily a vedly dle zpětné vazby klientek po intenzivní pětitýdenní spolupráci, k pozitivní změně při zvládnání jejich únavy. Snad jen dodat, že z pohledu terapeuta je přínosné každý z principů přizpůsobit individuálním potřebám každého klienta s přihlédnutím na jejich zdravotní stav, otevřenost ke změnám, životní styl a momentální naladění, aby bylo dosaženo zvýšení kvality života u klientů s RS.

## Seznam použité literatury:

- 1) Brichcín, M.: Vůle a sebekontrola. Teorie, metody, experimenty. Praha, UK 1999.
- 2) Copperman, L. C.: Fatigue and Mobility. *Journal of Neurological Rehabilitation* 2003;8: 131-136.
- 3) Dul, J. and Weerdmeester, B. A.: Ergonomics for Beginners A Quick Reference Guide. 2. vydání. Taylor and Francis Ltd. 1993.
- 4) Forwell S.: Managing the Ordinary Things in Life. *MS in Focus* 2003;1:9-11.
- 5) Hemmett L, et al.: What drives quality of life in multiple sclerosis? *QJ Med* 2004; 97:671-676.
- 6) Chetta A, et al.: Cardiorespiratory response to walk in multiple sclerosis patients. *Respiratory Medicine* 2004; 98:522-529.
- 7) Jedlička, P.: Roztroušená skleróza mozkomíšní. Klinika, léčba, patogeneze. 1. vydání. Praha, Avicenum 1981.
- 8) Kasser SL, McCubbin JA, Hooker K.: Variability in Constraints and Functional Competence in Adults with multiple Sclerosis. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; 82:517-525.
- 9) Káš, S.: Neurologie pro praktické lékaře. 1. vydání. Praha, SCIENTIA MEDICA s. r.o. 1993.
- 10) Kos D, et al.: Self-Report Assessment of Fatigue in Multiple Sclerosis: A Critical Evaluation. *Occupational Therapy Practice and Research* 2003; 45-62.
- 11) Kos D, et al.: Evaluation of the Modified Fatigue Impact Scale in four different European countries. *Multiple Sclerosis* 2005;11:76-80.
- 12) Kuenzle, Ursul.: Každodenní trénink při roztroušené skleróze. Praha, SPCCH 1992.
- 13) Kuenzle, Ursul.: Samostatný trénink při roztroušené skleróze. Praha, SPCCH 1992.
- 14) Lenský, P.: Roztroušená skleróza mozkomíšní – nemoc, nemocný a jeho problémy. 1. vydání. Praha, Edice Roska 1996.
- 15) Libverdová, J.: Cesta ke zdraví tělesně oslabených - zvláště roztroušenou sklerózou. 2. doplněné vydání. Praha, Edice Roska 1997.
- 16) Mumenthaler, M., Mattle H.: Neurologie. 1. vydání. Praha 2001. Granada Publishing, spol. s. r. o.
- 17) Nevšimalová, L., Růžička, E. Tichý J a kol.: Neurologie 1. vydání nakladatelství Galén. 2002.
- 18) Peterson C.: Exercise in 94 F Water for Patient With Multiple Sclerosis. *Physical Therapy* 2001; 81:1049-1058.
- 19) Pfeiffer, J.: Ergoterapie Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci. REHALB o.p.s., Praha 2001.

- 20) Preiss, M., Hana Kučerová a kolektiv.: Neuropsychologie v psychiatrii. 1. vydání., Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s. 2006.
- 21) Řasová K., Havrdová E.: Vliv komplexního fyzioterapeutického programu na fyzickou kondici, únavu a neurologický deficit nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšni - pilotní studie. Čes a slov Neurol Neurochir 2001; 3: 173-178.
- 22) Welham, L.: Occupational Therapy For Fatigue in Patiens with Multiple Sclerosis. British Journal of Occupational Therapy. 1995, 58:5079.

**Použité internetové stránky:**

- 1) <http://www.campublishers.com> – MS in FOCUS (5. 1. 2007)
- 2) <http://www.clevelandclinic.org/mellen/learning/> - CONCAH (Continuing Care at Home) (1996): Neurological Kompendium. London: CONCAH. (5. 1. 2007)
- 3) <http://www.ereska.cz/> (16. 3. 2007)
- 4) <http://roskacb.pohoda.com/cojetoskleroz.htm> (16. 3. 2007)
- 5) <http://www.roska-czmss.cz/rs.html> (16. 3. 2007)
- 6) <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hypestezie-hypestezie-hypestesie> (19. 7. 2007)

# **Příloha**



## FORMULÁŘ NA ZJIŠTENÍ STUPNĚ ÚNAVY BĚHEM DNE U KLIENTŮ S RS

Jméno:

Datum:

Popište jak jste minulou noc spal/a? .....

**Únava** – stupeň únavy 1-10 (1 velice malá – 10 velice silná)

**Důležitost** – důležitost prováděné činnosti 1 -10

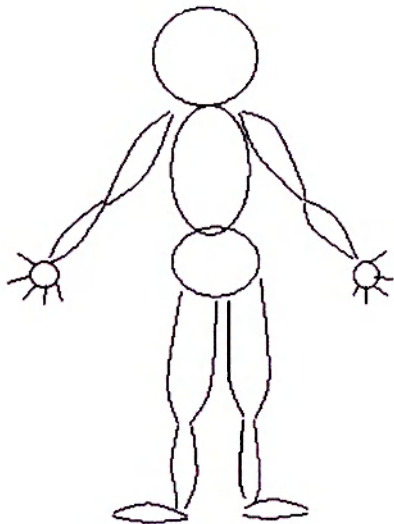
**Spokojenost** – spokojenost s výsledkem činnosti 1 -10

Čas...	Ú	D	S	Činnost..... (kdo se na činnosti podílel)	Komentář..... (pocit, nálada, únavu ovlivňuje,...)
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

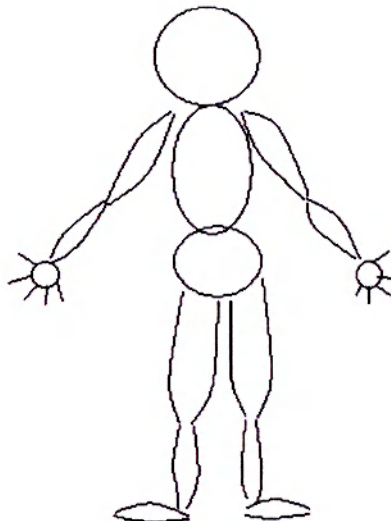
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Zatrhňte ve které části těla byla během dne nejvíc citelná únava .....

Ze předu



Ze zadu



Přibližná strava během dne (množství): .....

.....

Vylučování : s komplikacemi ANO / NE

Zdroje: Veronika Vachová 2007, Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. *Fatigue and Multiple Sclerosis, Evidence- Based Management Strategie for Fatigue in Multiple Sclerosis. October 1998.*