

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Klinika rehabilitačního lékařství

Možnosti využití ergoterapie na jednotkách intenzivní péče

Využití u dospělých pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Jana Brabcová

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Tereza Gueye

Oponent práce: Bc. Olga Kolembusová

Praha 2007

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury. Souhlasím s případným zapůjčením této práce pro studijní účely.

Praha, 31. července 2007

Jana Brabcová

Jana Brabcová

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Tereze Gueye za trpělivost a čas, který mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Zvláště děkuji za cenné rady a věcné připomínky, které mi poskytla.

Děkuji také všem ergoterapeutkám, které se mnou spolupracovaly při vyplňování mého dotazníku a také všem osloveným nemocnicím za povolení dotazníkového šetření.

Jana Brabcová

OBSAH:

1	Úvod	6
2	Teoretická část	7
2.1	Jednotka intenzivní péče – definice	7
2.2	Velikost a umístění jednotek intenzivní péče.....	7
2.3	Zařízení JIP, prostředí na JIP	8
2.4	Jednotlivé typy JIP, jejich specifika	9
2.4.1	Anesteziologicko resuscitační oddělení (ARO).....	9
2.4.2	Jednotka intermediální péče	9
2.4.3	Jednotka intenzivní a resuscitační péče (JIRP).....	9
2.4.4	Oddělení chronické resuscitační a intenzivní medicíny (OCHRIP).....	10
2.4.5	Neurologická JIP	10
2.4.6	Gynekologicko-porodnická JIP	10
2.4.7	Chirurgická JIP.....	10
2.4.8	Pneumologická JIP.....	10
2.4.9	Urologická JIP	11
2.4.10	Infekční JIP.....	11
2.4.11	Interní JIP	11
2.4.12	Ortopedická JIP	11
2.4.13	ORL, chirurgie hlavy a krku – JIP.....	11
2.4.14	Psychiatrická JIP.....	12
2.5	Doba hospitalizace na JIP.....	12
2.6	Včasná rehabilitace, její význam, klady.....	12
2.7	Imobilita, její důsledky	13
2.8	Multidisciplinární tým a jeho úloha	15
2.9	Překrývání práce jednotlivých profesí v péči o pacienty na JIP.....	16
2.10	Spolupráce s rodinou	18
2.11	Úrovně vědomí pacientů na JIP.....	19
2.11.1	Kvantitativní poruchy vědomí	20
2.11.2	Kvalitativní poruchy vědomí.....	20
2.11.3	Pacienti napojení na UPV.....	21
2.11.4	Apalický syndrom	21
2.11.5	Pacient při vědomí.....	22
2.12	Vyšetření, hodnocení na JIP.....	22
2.12.1	Vyšetření	22
2.12.2	Oblasti vyšetření.....	22
2.12.3	Informace	23
2.12.4	Proč provádět vyšetření a hodnocení	23
2.12.5	Zásady provádění vyšetření.....	23
2.13	Možné využití testů na JIP	23
2.13.1	Skóre k posouzení vědomí	23
2.13.2	Skóre k posouzení motorických schopností	24
2.13.3	Skóre k posouzení spasticity.....	24
2.13.4	Skóre k hodnocení každodenních činností.....	24

2.13.5	Hodnocení kognitivních funkcí	25
2.14	Dokumentace	25
2.15	Plán, cíle terapie	25
2.16	Intervence.....	25
2.16.1	Polohování.....	26
2.16.2	Rehabilitace orofaciální oblasti.....	27
2.16.3	Pasivní pohyby.....	27
2.16.4	Bazální stimulace.....	28
2.16.5	Muzikoterapie.....	29
2.16.6	Arteterapie	29
2.16.7	Nácvik ADL, rozvoj samostatnosti klienta, nácvik soběstačnosti.....	29
2.16.8	Senzomotorická funkční ergoterapie.....	29
2.16.9	Rehabilitace kognitivních funkcí	30
2.16.10	Kompenzační pomůcky.....	30
2.17	Metody, kterých je využíváno při terapii na JIP.....	30
2.17.1	Bobath koncept.....	30
2.17.2	Proprioceptivní neuromuskulární facilitace.....	31
2.17.3	Vojtova metoda.....	31
2.17.4	Metoda Roodové.....	31
2.17.5	Senzomotorická integrace.....	31
2.17.6	Senzorická stimulace.....	31
2.17.7	Dlahování	32
3	Praktická část	33
3.1	Dotazník	33
3.1.1	Úvod.....	33
3.1.2	Zpracování dotazníku	33
3.1.3	Rozbor obdržení odpovědí.....	34
3.1.4	Závěr.....	41
3.2	Kazuistiky	42
3.2.1	Kazuistika I.....	42
3.2.2	Kazuistika II	48
4	Diskuze	52
5	Závěr.....	53
6	Seznam literatury a pramenů	54
6.1	Literatura.....	54
6.2	Elektronické zdroje.....	55
7	Seznam příloh	56

1 ÚVOD

Když jsem přemýšlela nad možnými tématy pro svoji bakalářskou práci, chtěla jsem téma takové, které nebylo ještě komplexně zpracované ale je při tom aktuální a důležité. Nenašla jsem žádnou skupinu onemocnění, která by toto splňovala. Napadaly mě činnosti, se kterými se běžně setkávám na svých praxích, ale žádná mně nepřipadala na tolik pole neorané, jako jsem hledala. Až nápad zpracovat problematiku ergoterapie na jednotkách intenzivní péče mě oslovil. Téma je to víc než aktuální, nad míru důležité ale stejnou měrou v praxi nevyužité neoceněné, s nedostatečným množstvím literatury. Rozhodně se této oblasti v praxi nevěnuje tolik prostoru a pozornosti, kolik by vyžadovala.

Při rozhodování se o tématu jsem se také opírala o svoje zkušenosti z nemocnice, kde jsem se, jako zdravotní sestra, na různých jednotkách intenzivní péče pohybovala a viděla jsem, jaké jsou potřeby pacientů v akutních fázích jejich onemocnění, jak vypadá rehabilitace na těchto jednotkách, co je zde prováděno dobře a jaké jsem naopak viděla nedostatky.

Cílem mé práce je sjednotit materiály ohledně uplatnění ergoterapie na různých jednotkách intenzivní péče, vytyčit hlavní oblasti a zásady, které tato oblast zahrnuje. Cílem práce je také zdůraznit důležitost ergoterapie jako takové a důležitost jejího využití v akutní medicíně. Do praktické části zařadím zpracování dotazníku, ze kterého by mělo alespoň orientačně vyplynout, jaký je momentální stav ergoterapie na jednotkách intenzivní péče v České republice. Svoje teoretické poznatky se pokusím uvést do praxe na zpracovaných kazuistikách, na kterých jsem pracovala během svých praxí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Jednotka intenzivní péče – definice

Intenzivní péče je specifická zdravotní péče o vážně nemocné pacienty, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí. Péče o takové pacienty zahrnuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy, ošetřování, monitorování základních životních funkcí, převážně jejich podporu např. napojení pacienta na ventilátor, náhrada funkce ledvin apod. Péče je poskytována po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření, nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu. Délka intenzivní péče může být krátkodobá (dny) nebo dlouhodobá (týdny). Charakter intenzivní péče a k tomu nutné lékařské přístroje vyžadují zvláštní pracoviště – jednotky intenzivní péče (JIP), které se podle rozsahu péče dělí na:

- typ A – jednotky nižší intenzivní péče s převahou funkce monitorovací
- typ B – jednotky vyšší intenzivní péče (resuscitační), a převahou funkce léčby orgánových selhání. (*www.mzcr.cz*)

2.2 Velikost a umístění jednotek intenzivní péče

Velikost jednotlivých jednotek intenzivní péče se velmi liší. Rozdílné je také jednotlivé uspořádání každé z nich. Společné ale mají centrální pracoviště, které bývá často uprostřed celé jednotky, kde je hlavní stanoviště sester. Toto pracoviště má v ideálním případě prosklené stěny. Lůžka na JIP bývají situovaná do boxů. Boxy mohou být společné pro čtyři a více lůžek – tzv. poloboxy, dvoulůžkové, jednolůžkové nebo boxy izolační. Z důvodu organizace péče o pacienty se doporučuje počet lůžek v jednotce v rozsahu 6 – 12 lůžek. Jednotka s počtem lůžek okolo 12 se již považuje za jednotku nikoli základní, ale rozšířenou.

Lůžko musí být přístupno ze čtyř stran a z lůžka by mělo být vidět na stanoviště sester. Pokud lůžko nemůže být umístěno tak, aby bylo v přímém kontaktu se stanovištěm sester, jsou na jednotlivých boxech umístěny kamery, a lůžko je sledováno prostřednictvím kamer sestrami.

Při větším počtu lůžek je účelné vytvořit dvě nebo více jednotek. V případě většího počtu JIP je nezbytné, s ohledem na možnost společného zázemí a flexibilního nasazení personálu, je situovat do jednoho místa. Při umístění JIP v areálu nemocnice musí být bráno v úvahu umístění spolupracujících oddělení nemocnice. (*www.mzcr.cz*)

2.3 Zařízení JIP, prostředí na JIP

Každá jednotka intenzivní péče musí mít základní technické a přístrojové vybavení, které je dané obecnými standardy pro JIP. Mezi základní nezbytné přístrojové vybavení patří monitory na měření základních životních funkcí, centrální monitor – údaje ze všech monitorů od pacientů, infuzní pumpy, injektomaty, defibrilátory, oxymetry, ventilátory, přístroje pro zaznamenání EKG křivky. (*www.nemocnice.lit.cz, www.mzcr.cz*)

Standardem se již stalo, že lůžka na JIP bývají polohovatelná. Je to velmi důležité jak při manipulaci s klientem, tak při jeho polohování, vertikalizaci apod. Je možné využít postele podélně členěné a polohovatelné, které umožňují otáčení na boky. U nás, v České republice, se tento typ lůžek ale spíše nepoužívá. Ideální by bylo, kdyby postel zcela imobilního byla vybavena velkým polohovatelným zrcadlem, které by zajišťovalo jeho kontakt s okolím. Lůžka na boxech bývají oddělená plentami. Lůžko by také mělo být vybaveno vhodnou kvalitní matrací (pokud je nutné tak antidekubitní) a kvalitními antidekubitními pomůckami.

Je možné k lůžku umístit signalizační zařízení (spíše na jednotkách intermediální péče), jinak předpokládáme, že není potřebné, protože sestra by měla být stále nablízku a naslouchat potřebám pacienta. Co se týká teploty prostředí, je ideální, pokud je jednotka klimatizována.

Součástí každého lůžka je noční stolek, na kterém nejsou jen základní pomůcky, ale i osobní potřeby nemocného, fotky, oblíbené věci apod. Mělo by být k dispozici křeslo nebo židle, na změnu polohy pacienta, pokud to jeho stav dovoluje. Vhodné je, aby křeslo bylo doplněno pracovní deskou (stoleček) o kterou se pacient může opřít a může na ní provádět různé činnosti (příjem potravy, osobní hygiena, četba a jiné).

(Klusoňová, Pitnerová, 2005)

Mezi slabé stránky jednotek intenzivní péče jako takových, patří nedostatek soukromí a klidu. Velmi negativní faktor je neustálý hluk, pacient je rušen alarmy pump, dávkovači a dalšími, pro něho neznámými zvuky. Také prostředí celkově z pohledu pacienta není nijak pozitivní, pacient vidí pouze přístroje, množství hadic a hadiček, drátů, bílý strop, plenty, případně okno. Je dobré pokoje alespoň vyzdobit - obrázky (např. od rodiny), fotografie, barevné stimuly apod. Obrovský význam pro nemocného má umístění hodin do jeho zorného pole, velmi rychle totiž ztrácí orientaci časem. *(Mechová, Majkusová, 2006)*

2.4 Jednotlivé typy JIP, jejich specifika

2.4.1 Anesteziologicko resuscitační oddělení (ARO)

Anesteziologicko resuscitační oddělení je strukturováno do částí anesteziologie a resuscitace, často také bývá jeho součástí ambulance pro léčbu bolesti.

Anesteziologická část – její náplní je bezbolestné provádění diagnostických a terapeutických výkonů, operativní i neoperativní povahy v celkové nebo místní anestezii, uvedení do stavu ztráty vědomí s vyloučením bolesti.

Resuscitační část – zabývá se problematikou náhlého selhání jedné nebo více základních životních funkcí (dýchání, vědomí, krevní oběh), u nichž je nutné tyto životní funkce podporovat nebo nahrazovat. (www.fnbrno.cz)

Nejčastější diagnózy, které jsou důvodem umístění pacienta na ARO jsou těžké pooperační stavy, polytraumata (závažné poranění dvou a více částí těla), kraniotraumata (poranění mozku), otravy, dechová nedostatečnost, selhání krevního oběhu, šokové stavy, či kombinace výše uvedených stavů. (www.nemtr.cz)

2.4.2 Jednotka intermediální péče

Jednotka intermediální péče je určena pro pacienty, kteří již nevyžadují intenzivní resuscitační péči tj. intenzivní monitorování, invazivní terapii. Jedná se o mezistupeň mezi JIP a standardním oddělením. Na pokoji intermediální péče jsou umístěny monitory (často možnost připojení na centrální monitorovací systém JIP), přívod kyslíku, defibrilátory, samostatné toalety a sprchy.

Pokoj intermediální péče může být umístěn buď v rámci standardního oddělení, kde často přímo sousedí se sesternou, odkud je možné průhlednou stěnou přímo sledovat nemocné, nebo je umístěn v rámci jednotky intenzivní péče. (www.fnmotol.cz)

2.4.3 Jednotka intenzivní a resuscitační péče (JIRP)

JIRP je multioborová jednotka intenzivní péče, pro pacienty v kritickém stavu, při ohrožení základních životních funkcí (selhání srdce, dýchání, cévní mozkové příhody, po závažných operacích, při rozvratu vnitřního prostředí atd.). Slouží pro pacienty chirurgické, interní, gynekologické oblasti, ale i jiných. Je využívána všemi obory nebo slouží i jako vlastní resuscitační oddělení. Často jsou na tuto jednotku přijímáni pacienti z terénu, prostřednictvím záchranné služby nebo jsou sem překládáni ze standardních oddělení při zhoršení stavu, z operačních sálů, k doléčení kriticky nemocných apod. (www.nspiv.cz)

2.4.4 Oddělení chronické resuscitační a intenzivní medicíny (OCHRIP)

Na OCHRIP je poskytována dlouhodobá resuscitační a intenzivní péče. Slouží pro pacienty dlouhodobě kriticky nemocné s chronickým selháváním životních funkcí, pro pacienty kteří jsou závislí na dýchacích přístrojích nebo pro ty, jejichž onemocnění má složitý a dlouhodobě kritický průběh. Často jsou zde hospitalizováni pacienti ve stavu vegetativního kómatu.

Nejčastější diagnózy se kterými jsou pacienti léčeni na OCHRIP jsou: polytrauma, kraniocerebrální poranění, těžké cévní mozkové příhody (CMP), chronické respirační selhání, progredující degenerativní onemocnění nervové soustavy, onemocnění srdce a jiné. (www.nemmk.cz)

2.4.5 Neurologická JIP

Její náplní je hlavně akutní péče o nemocné po těžkých cévních mozkových příhodách. Jsou zde hospitalizováni pacienti ohrožení selháním vitálních funkcí, s akutním onemocněním nervového systému, cévní mozkové krvácení. Častá je úzká spolupráce s neurochirurgickými klinikami. Právě tato JIP je bohatým polem působení pro uplatnění ergoterapeuta. (www.fnmotol.cz)

2.4.6 Gynekologicko-porodnická JIP

Skládá se z části předporodní, porodnické, poporodní a pooperační. Jednotka má také intenzivní a resuscitační péči neonatologického úseku. (www.vfn.cz)

2.4.7 Chirurgická JIP

Pod pojem chirurgická JIP spadá několik oblastí a to oblasti neurochirurgické, kardiologické, plastické, hrudní, cévní, břišní, mezioborové chirurgické a další.

Hlavní specializace na chirurgické JIP obecně je specializace na operační zákroky, perioperační péče, bezprostřední pooperační sledování, péče o pacienty v těžkém stavu, po rozsáhlých operačních výkonech, ošetření náhlých příhod (břišních, hrudních, cévních), úrazy, infekce, polytraumata. (www.uvn.cz)

2.4.8 Pneumologická JIP

Nebo-li plicní. Diagnózy pacientů, se kterými se zde můžeme setkat jsou často chronické onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), pneumonie, pacienti na umělé plicní ventilaci, astma, pneumothorax, hemoptýza, respirační insuficience, nádory, záněty, TBC, embolie, jiná onemocnění plic.

Jsou zde hospitalizováni pacienti, u kterých je potřeba aktivního odsávání dýchacích cest. (www.uoc.muni.cz)

2.4.9 Urologická JIP

Pacienti hlavně po operacích močových cest středního a velkého rozsahu, jsou sem přijímáni ale i pacienti ke sledování (záněty, krvácení, ledvinné koliky). (www.vfn.cz)

2.4.10 Infekční JIP

Specializuje se na hospitalizaci pacientů se závažným průběh neuroinfekcí, záněty mozkových blan, klíš'ovou encefalitidou, celkovou sepsí, se závažným průběhem průjmů apod. Často bývá společná pro dospělé i dětské pacienty. (www.fnspo.cz)

2.4.11 Interní JIP

Pojem interní JIP je velmi rozsáhlý, pod toto označení spadá několik oblastí a to onemocnění kardio-vaskulárního aparátu, plic, gastroenterologická oblast, onemocnění ledvin, jater rozvraty vnitřního prostředí, ale na interních JIP mohou být ošetřováni i pacienti s cévními mozkovými příhodami. (www.nspiv.cz)

Pod interní kliniky spadají také jak koronární (zabývající se diagnózami jako srdeční arytmie, srdeční selhání, kardiologické výkony atd.), tak i metabolické jednotky (rozvrat vnitřního prostředí). (www.nnfp.cz)

2.4.12 Ortopedická JIP

Tato jednotka se specializuje na ortopedii a traumatologii pohybového aparátu, se zaměřením na stav po operaci velkých kloubů, komplikované poúrazové stavy pohybového aparátu, problematika infektů a nádorů pohybového aparátu. (www.fnmotol.cz)

2.4.13 ORL, chirurgie hlavy a krku – JIP

Chirurgické zákroky v oboru otorinolaryngologie, hlavy a krku. Řeší se zde i operace štítné žlázy, stenózy dýchacích cest, operace nádorů, zánětů atd. (www.fnmotol.cz)

2.4.14 Psychiatrická JIP

Slouží ke zvládnutí všech akutních stavů, u kterých je především z psychiatrických důvodů indikován nepřetržitý dohled, intenzivní léčba. Jsou sem přijímáni nemocní, kteří bezprostředně ohrožují sebe nebo své okolí, především psychotičtí pacienti, pacienti s aktuálním rizikem suicidálního jednání. Dále se zde přijímají pacienti v akutním stavu intoxikace psychoaktivními látkami, pacienti s psychózou či odvykacími stavy při závislosti na alkoholu nebo psychoaktivních látkách. (*www.plbrno.cz*)

2.5 Doba hospitalizace na JIP

Nelze jednoznačně říci jak dlouho trvá doba hospitalizace na jednotkách intenzivní péče. Je to velmi variabilní, záleží na typu jednotky, její specializaci, typu pacientů atd. Délka pobytu pacientů na jednotkách se pohybuje od několika hodin (kdy je pacient dále přeložen na jiné oddělení), až po dobu několika měsíců (např. na oddělení OCHRIP). Doba pobytu se prodlužuje u pacientů s chronickým onemocněním.

(*www.nemocnice.lit.cz, www.hospital-pce.cz*)

Nebývá obvyklé, že pacienti u kterých pominula nutnost pobytu na JIP jako je potřeba monitorace, stálého dohledu apod. by byli propuštěni do domácí péče, ale většinou bývají přeloženi na standardní oddělení, které spadá k příslušné odbornosti dané JIP. Přímé propuštění do domácí péče je ale možné např. po hospitalizaci na intermediální jednotce.

2.6 Včasná rehabilitace, její význam, klady

Včasná rehabilitace začíná právě již na oddělení JIP, ARO. Je nedílnou součástí komplexní terapie a provádí se u pacienta už od akutní fáze onemocnění. Cílem včasné rehabilitace je co možná nejvíce podpořit spontánní uzdravení pacienta a jejím velmi důležitým cílem je předcházení raným a pozdním komplikacím. V této fázi se snažíme využít v maximální možné míře vlastní regenerace pacientova těla. Cílem včasné rehabilitace je zlepšení stavu vědomí, navázání komunikace, zamezení vzniku komplikací a sekundárních změn. Jedná se o fázi, kdy posuzujeme rehabilitační potenciál pacienta a plánujeme průběh další terapie.

Na JIP v akutní fázi nemoci je nutné pacientův stav neustále znovu diagnostikovat, jelikož se jedná o období změn. Včas měníme směr terapie k nově vzniklým onemocněním a komplikacím. V této fázi je základem i kvalitní intenzivní ošetrovatelská péče.

Do včasné rehabilitace patří hlavně respirační fyzioterapie, včetně weaningu (odvykání) od UPV, expektoračních technik, technik stimulujících dechové funkce a bránici, podpora motoriky a sensoriky, podpora krevního oběhu a prevence tromboembolické nemoci,

multimodální stimulace, základní trénink ADL, popřípadě orofaciální stimulace a nácvik polykání a řeči. (viz.níže)

Terapie by měla být o intenzitě několika hodin denně (ideálně 1-3 hodiny) ale rozložena do bloků, tzn. např. 4 bloky po 30 minutách. Pozor ale na „přehlcení“ pacienta stimuly, je tedy znalostech a zkušenostech terapeuta, aby správně odhadl míru stimulace a zátěže kladené na pacienta.

Celkově do terapie tedy patří cílená rehabilitační a ošetrovatelská péče, která ale, aby mohla být funkční, musí být prováděna pravidelně, dostatečnou a přiměřeně dlouhou dobu a při spolupráci několika odborníků. (Lippert-Grünerová, 2005)

2.7 Imobilita, její důsledky

Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci nebo úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností, z důvodu postižení pohybového a vnitřního systému. Nepříznivě ovlivňuje všechny systémy lidského těla a způsobuje různé komplikace a sekundární změny. Opětovné získání mobility patří k nejdůležitějším terapeutickým cílům včasné rehabilitace.

Oblast	Důsledek
respirační systém	hromadění sekretu, pneumonie
kardiovaskulární systém	žilní městnání, tromboflebitidy
zažívací trakt	zácpa
močový systém	záněty močových cest
Kůže	ischemie v místě tlaku, dekubity

Tab. 1 Komplikace z imobility se dotýkají oblastí

Sekundární změny z imobility způsobují trvalé následky v oblasti pohybového systému, psychiky, zhoršují funkční stav pacienta, stupeň závislosti a tím potažmo i kvalitu života jeho i jeho rodiny.

Oblast	Příčina	Projev	Následek
pohybový systém	dlouhodobé flekční uložení končetin	zkrácení svalů, kontraktury	nepříznivé postavení kloubu, kloubní deformity, omezená hybnost až ankylózy
	dlouhodobé přetažení svalů, tlak na bříška svalů	rychlý nástup hypotrofie až atrofie	výrazné oslabení svalové síly až afunkce, mnohdy definitivní
	dlouhodobá nehybnost	endokrinní a metabolické změny	osteoporóza, lomivost kostí
psychika	nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach, úzkost	změny chování (negativismus, regrese, agresivita, rezignace)	změna osobnosti, rozvoj a urychlení aterosklerózy, demence

Tab. 2 Sekundární změny se dotýkají oblastí

(Klusoňová, Pitnerová, 2005)

Prevenčí komplikací a sekundárních změn je právě včasné zahájení rehabilitace, již od akutních stavů pacienta.

Prevenčí je:

- polohování
- vertikalizace
- pasivní pohyby
- dechová cvičení
- aktivní cvičení zdravých a částečně funkčních svalů
- péče o kůži, hygiena
- péče o vyprazdňování
- pitný režim, dietoterapie
- aktivace fyzická i psychická, výcvik soběstačnosti

(Klusoňová, Pitnerová, 2005)

2.8 Multidisciplinární tým a jeho úloha

pacient – v týmu je na prvním místě

lékař – je první, kdo nemocného vyšetří a stanoví diagnózu a další postup, vede léčbu pacientů, koordinuje činnost dalších odborníků v průběhu hospitalizace, popisuje jednotlivé příznaky a syndromy...

zdravotní sestra – je nejvíce v kontaktu s pacientem, je mu stále na blízku, je to první osoba, která by měla odhalit jakékoliv změny ve zdravotním stavu pacienta, měla by znát zásady konceptu bazální stimulace, jelikož na JIP je toto velmi aktuální, může edukovat pacienty a jejich rodiny

fyzioterapeut – využívá především pohybové a manuální prostředky terapie, účel fyzioterapie je obnovení integrity tělesných systémů nezbytných pro pohyb, urychlení rekonvalescence, mobilita na lůžku, přesuny, vertikalizace, využívá pasivní, aktivní, dechová cvičení, specifické přístupy a metody – Bobath koncept, Vojtův princip, Kabatova metoda, fyzikální terapie a další

ergoterapeut – náplní práce ergoterapeuta na JIP je cílený trénink vnímání a senzitivity, poradenství, oblast kompenzačních pomůcek – jejich sestavení a adaptace, dále adaptace prostředí, funkční vyšetření, analýza činnosti, nácvik funkce, senzomotorická funkční terapie, nácvik ADL, bazální stimulace, orofaciální stimulace, terapie kognitivních funkcí, multimodální stimulace, pracuje s muziko a arteterapií. Cílem ergoterapeuta je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti pacienta, úzce spolupracuje se zdravotní sestrou, fyzioterapeutem, logopedem (hlavně v orofaciální terapii) ale také s rodinou

logoped – zabývá se zvládnutím problémů při příjmu potravy a při komunikaci, schopností pacienta bezpečně polykat. Zhodnotí, zda pacient může přejít od výživy sondou k přijímání potravy ústy. Pomáhá při ovládnutí ústních pohybů, koordinaci dýchání a polykání. Provádí zhodnocení a poradenství při volbě vhodných poloh při příjmu potravy, výběr vhodného nádobí, typu a konzistence potravy. Provádí orofaciální terapii (spolupracuje i ergoterapeut)

psycholog – může provádět testování a hodnocení kognitivních funkcí, na jejich rehabilitaci spolupracuje s ergoterapeutem. Dále provádí poradenství, psychoterapii (na JIP individuální) a posudkovou činnost. Pracuje s celou rodinou, která prochází náročným obdobím a pomáhá jí zvládnout novou těžkou situaci. Pomáhá celému zdravotnickému týmu porozumět chování pacienta a vhodně na tyto projevy reagovat

speciální pedagog – věnuje se kognitivní rehabilitaci, hlavně té části, která vede k reedukaci základních schopností gramotnosti. Pomáhá znovu se učit číst, psát, počítat. Speciální pedagog se ale spíše uplatní v pozdějších fázích rehabilitačního procesu, než-li ve fázi včasné rehabilitace na JIP.

sociální pracovník – v akutní fázi rehabilitace na JIP hlavně spolupracuje s rodinou, pomoc při vyřízení potřebných příspěvků, služeb, pomáhá řešit individuální problémy jak klienta, tak jeho rodiny

rodina – je velmi důležitý člen týmu, který spolupracuje se všemi jeho členy, po zaškolení se významně podílí na celkové rehabilitaci. Rodina je zdroj cenných informací nejen o pacientovi

(www.mpece.com, <http://reha.lf1.cuni.cz>, Preiss a kol., 1998)

2.9 Překrývání práce jednotlivých profesí v péči o pacienty na JIP

Péče o pacienta na jednotce intenzivní péče je nesmírně náročná. Spolupráce mezi jednotlivými členy týmu by měla být velmi úzká. Nejbližší spolupráce ergoterapeuta probíhá mezi ním a fyzioterapeutem, nepřekrývá se ale jenom mezi nimi, ale v úzké spolupráci jsou také se zdravotní sestrou. Práce fyzioterapeuta se překrývá hlavně v oblasti základní péče o klienta, tj. zajištění jeho tělesné pohody, základních principů včasné rehabilitace. Je třeba dohodnout otázky denního režimu, aby rehabilitační program nenarušoval ostatní terapeutický plán. Velmi nutná je vzájemná informovanost mezi jednotlivými členy týmu, o stavu a schopnostech pacienta. Veškerá činnost musí být v souladu s ordinací lékaře.

Výkon	Fyzioterapeut, Ergoterapeut	Zdravotní sestra
polohování	korekční polohování určení, vhodnosti jednotlivých poloh poskytnutí speciálních pomůcek, instrukce sester	časté změny poloh pacienta (ideálně po 2 hodinách), sledování sekundárních změn, preventivní polohování
pasivní pohyby	maximální protahování ve všech kloubech, protahování struktur s tendencí ke zkracování	pasivní pohyby při manipulaci s pacientem (hygiena, polohování..)
kondiční cvičení	vedení aktivního cvičení zdravých a pohyblivých částí, nácvik mobility	motivace pacienta, opakování cvičení dle instrukcí FT, ET
dechová gymnastika	nácvik dechové gymnastiky, dynamická dechová cvičení, lokalizované dýchání, speciální metodiky u respiračních chorob, instruktáž sester	dezinfekce pomůcek, hygiena dýchacích cest, manuální pomoc při vykašlávání, větrání, inhalace
lokomoce vertikalizace	přechod do stoje, nácvik přesunů, nácvik chůze, vybavení pomůckami	vertikalizace na lůžku dle instrukcí FT a ET a technických možností, zajištění bezpečnosti při mobilizaci, vertikalizaci, dopomoc při přesunech
obnovení poškozených funkcí	posilování oslabených svalů, používání speciálních technik, informovat ostatní v týmu o obnovených funkcích a schopnostech	využití obnovených funkcí a schopností při manipulaci s pacientem
výchova k soběstačnosti	nácvik soběstačnosti, doporučení kompenzačních pomůcek, naučit zdravotní sestry využívat techniky a triky, informovat ostatní v týmu o nacvičených dovednostech	vyžadování aktivní spoluúčasti při všech činnostech, vést k samostanosti - vytvořit podmínky, využívat kompenzační pomůcky
informace (ústní) pro pacienty a rodinné příslušníky	denní pohybový režim, další navázání rehabilitace (ev.do domácí péče), úprava pomůcek, prostředí, produktivní a přiměřená pomoc u trvale postižených, specifické informace a nácviky v poskytování produktivní pomoci	spolu s lékařem informuje o užívání léků, ošetřování chronických defektů, otázka výživy, životosprávy

Tab. 3 Příklady dělby práce fyzioterapeuta, ergoterapeuta a zdravotní sestry

(Klusoňová, Pitnerová 2005)



2.10 Spolupráce s rodinou

Do okruhu rodiny a nejbližších příbuzných řadíme partnery (manžel, manželka), rodiče, děti, vzdálené příbuzné, ale můžeme sem počítat i blízké přátelé. Je to nezbytný člen multidisciplinárního týmu. S rodinou rozmlouváme o dřívějším životě nemocného, jeho návycích, zlozvycích, zvyklostech...

Členové rodiny nám poskytují velmi cenné informace, tzv. autobiografickou anamnézu. Po jejich dostatečném zaškolení s námi spolupracují při terapii. Mohou provádět aktivity jako číst oblíbené knihy, pouštět hudbu, nahrávky hlasů kamarádů a rodiny, ale i jiné činnosti. Přinášejí oblíbené věci s charakteristickou vůní domova. Období náhlého onemocnění člena jejich rodiny je pro ně obdobím obrovského psychického náporu.

Zásady při práci s rodinou:

- personál by měl opravdově přijmout rodinu mezi sebe
- všichni členové týmu musí aktivně otevřít kontakt s rodinou a neustále ho udržovat
- je nutné mít na paměti, že členové rodiny nerozumí cizím odborným názvům a že je tedy nutné výrazy jim přeložit tak, aby jim porozuměli
- každému profesionálu v týmu se může pracovat dobře s jiným členem rodiny a proto ho může při práci upřednostňovat před spoluprací s jinými členy rodiny. Toto respektujeme
- rodina potřebuje co nejvíce informací jak jen je to možné a to co nejdříve, jestliže je nemají, tak je navedeme na někoho, kdo jim informace může poskytnout (lékař..)
- snažíme se eliminovat veškeré hranice mezi námi a rodinou, které by bránily kvalitní spolupráci
- profesionálové by měli při práci s rodinami vědět, kdy jednat asertivně, prosazovat své názory a postoje a kdy se spíše držet stranou
- profesionálové by měli mít dané hranice mezi podporou a zásahem
- profesionálové by neměli zastrášovat ale dodávat podporu a šanci
- říci rodině všechno – více je lepší než nic, opakovat informace stále znovu, různými formulacemi, ale postupně, abychom rodinu nepřetížili informacemi

Prvotní setkání s rodinou pacienta:

- setkání se účastní rodina, pacient, celý rehabilitační tým
- představení všech členů týmu navzájem, představení se i pacientovi
- vyložení aktuálního stavu pacienta rodině (aktuální stav, prognóza..)
- co ví rodina o okolnostech onemocnění, nehody?
- rodina popisuje osobu pacienta před onemocněním – celkový obraz, povaha, role v rodině, vzdělání, práce, životní styl, denní režim, přátelé, povinnosti, volný čas, kultura...

- necháme rodinu mluvit – oni sami vyberou důležité problémy, oblasti, děláme si poznámky
- prostor pro otázky terapeutů – koníčky, zájmy pacienta, zda byl spíše samotář nebo společenský typ, čtenář knih, sportovec, hudba, jaké měl přátele, partu, informace o závislostech, oblíbeném jídle, televizním pořadu, vzpomínky...
- provizorní stanovení krátkodobých a dlouhodobých dat (plán terapie), umístění pacienta (přesun na jiné oddělení apod.)
- rozvrh na příští dny (týden, dva)
- stanovení přesného data a času dalšího setkání
- počáteční rodinné setkání a jeho výsledky by měly být důkladně zapsány do dokumentace klienta

komunikace s rodinou:

- co teď cítíte?
- co teď potřebujete vědět?
- věříte nám?
- buďte optimisté ale realisté
- mějte naději

Při práci s rodinou záleží na tom, v jakém prostředí s jejími členy komunikujeme, musíme dát dostatek času na otázky, dodržíme jednoduchost v předávání informací. Při spolupráci zavedeme konverzační přístup, pokud je to třeba používáme grafy, obrázky, vizualizace. Je dobré sestavit si pozitivní kostru informací, které budeme rodině předávat. Říkáme pravdu. Rodina by si měla uvědomit, v jakém stavu a na jaké úrovni je pacient. K rodině přistupujeme komunikativně, podáváme úplné/srozumitelné zprávy. Nutný je týmový přístup, diskutujeme se členy rodiny o našich postřezích, pozorováních...

(Graber, 2007)

2.11 Úrovně vědomí pacientů na JIP

Na jednotkách intenzivní péče jednotlivých druhů se můžeme setkat s klienty v různém stupni stavu vědomí a schopnosti spolupráce. K účelné spolupráci je nezbytné správně posoudit stav vědomí u pacienta, jeho reakce na okolní podněty a na různé stimuly.

Obecně lze říci, že není-li možno pomocí bolestivých stimulů na určitých částech těla s pacientem vstoupit do kontaktu, jedná se o poruchu vědomí. O kómatu se dá hovořit, pokud pacient neotevře oči ani při nejsilnějších bolestivých podnětech.

O omezeném vědomí hovoříme tehdy, je-li odpověď na stimuly opožděná, oslabená.

2.11.1 Kvantitativní poruchy vědomí

- **somnolence** – spavost, jde o lehké omezení vědomí, kdy pacient spontánně nemluví, ale dá se snadno probudit oslovením, dotykem. Je plně orientován, ale bez vnějších podnětů opět usíná. Cílem rehabilitace je udržet pozornost, aktivní pohyby, pacienta aktivně zaměstnávat, trénovat ADL, podporovat komunikaci, stimulace z vnějšku – něco, co pacienta zaujme, udrží jeho pozornost.
- **sopor** – pacient nereaguje na běžné podněty. Lze ho krátkodobě probudit bolestivým podnětem k částečnému vědomí, ale bez slovní odpovědi. Reakcí je pouze zamrkání, pohyb ruky apod. Hlavní cíle terapie v tomto stupni je stimulace, udržování vzájemného kontaktu, pozornosti.
- **koma** – hluboké bezvědomí. Pacienta nelze vzbudit ani silným bolestivým podnětem, tělo je bezvládné, dýchání je zpomalené. (*www.med.muni.cz*)

Kóma lze dále dělit do stupňů:

- *lehké kóma* – pacient má snížené obranné reflexy, na bolest reaguje necíleně, reflexně
- *hluboké kóma* – obranné reflexy nejsou, není žádná reakce ani na velmi silné podněty
 - hranice mezi stupni jsou velmi neostré, nepřesné

Cílem terapie je snaha o zlepšení stavu vědomí, k tomu využíváme hlavně prostředky z konceptu bazální stimulace. (*Bartoš, 2004, Lippert-Grünerová, 2005*)

2.11.2 Kvalitativní poruchy vědomí

- **amence** – zmatenost, narušené vnímání i uvažování, které je příčinou dezorientace
- **delirium** – obluzenost, organická duševní porucha, celkové narušení obsahu vědomí, neklid, halucinace (např. delirium tremens)
- **obnubilace** – mráкотné stavy, na rozdíl od delíria náhle začnou i skončí a nemocný si na ně nepamatuje (např. u epilepsie)

Hlavním cílem terapie u kvalitativních poruch vědomí je ochrana pacienta před sebepoškozením, dbáme o jeho bezpečnost. Z rehabilitačních prostředků lze využít konceptu bazální stimulace (vede ke zklidnění). Z dalších intervencí volíme podle aktuálního stavu pacienta, cílem je zlepšení kvality vědomí, vnímání, celkové zklidnění pacienta.

(*Nevšimalová, 2002*)

2.11.3 Pacienti napojení na UPV

Umělá plicní ventilace. Dýchání pacienta může být plně řízeno ventilátorem (řízené dýchání) nebo ventilátor při dýchání jen částečně dopomáhá (asistované dýchání). Ventilátor zavedený přes dutinu ústní je většinou pacientem špatně snášen (dráždí), pacient proto bývá uměle medikamentózně tlumený. Pokud je nutná dlouhodobá UPV, volí se přístup ventilátoru přes tracheostomii. (www.fnmotol.cz)

2.11.4 Apalický syndrom

Je to stav těžkého poškození mozkové kůry (ztráta všech funkcí velkého mozku), kde spočívají podmíněné reflexy, avšak je zachována funkce mozkového kmene, kde probíhají reflexy nepodmíněné (kašlací, polykací). Příčina je těžké mozkové poškození různé etiologie. Jsou zachovány projevy bdělosti, ale pacient nereaguje na slovo.

Je popisován jako stav bdělosti, ale bez uvědomování si sebe sama, pacient má otevřené oči (pouze jimi ale bezcílne bloudí v prostoru). Někdy mohou pacienti sledovat pohybující se objekty. Chybí reakce na slovní podněty, pacient není schopen jíst a žvýkat, je ale schopen polknout tekutinu vpravenou do úst, je inkontinentní.

Prognóza: je obtížně stanovitelná, zotavení je nepravděpodobné po 12 měsících (bez jakéhokoliv zlepšení) u traumatických poranění, u netraumatických již po 3 měsících.

K hlavním kritériím, které definují apalický syndrom patří:

- zachovaný rytmus spánku a bdění (avšak podle únavy pacienta, není vázán na denní dobu)
- otevírání očí – ale bez možnosti zaostření objektů nebo osob
- žádná smysluplná reakce na oslovení nebo dotek

Na silné stimuly pacient reaguje podle primitivních motorických vzorců, vegetativními symptomy.

Cíle rehabilitace jsou odvislé od fáze onemocnění.

Využíváme multimodální stimulaci.

Pacienta cíleně aktivizujeme pomocí předmětů každodenních činností (uchopení hrnku, napití se, osušení rukou...). Snažíme se o prodlužování fází bdění, o zlepšení vnímání a pozornosti (která nastupuje v určité fázi stavu, prvotně jen na několik sekund). Dále chceme naučit pacienta jednoduchým, reprodukovatelným činnostem jako je optická fixace, schopnost sledování, otevření a zavření očí, jednoduchá komunikace, schopnost integrace nových podnětů. Cílíme ke zlepšení porozumění řeči (i pomocí alternativních technik).

Věcné je také využití senzomotorické terapie a orofaciální stimulace.

(*Bartoš, 2004, Lippert-Grünerová, 2004;*)

2.11.5 Pacient při vědomí

jeho reakce jsou přiměřené, adekvátní. Při terapii můžeme využít rozmanité škály intervencí, s ohledem na aktuální omezení zdravotního stavu pacienta.

Absolutní kontraindikací jakékoliv rehabilitační intervence je stav, kdy pacient nemá stabilní vnitřní prostředí.

2.12 Vyšetření, hodnocení na JIP

2.12.1 Vyšetření

Vyšetření dělíme na:

- *vstupní* – kdy zjistíme stav pacienta, je nezbytné pro plánování další terapie
- *průběžné* – slouží ke zhodnocení efektivity terapie
- *závěrečné* - zhodnocení výsledků terapie, vychází z něj další doporučení
- *kontrolní* - provedení stejného hodnocení ze vstupního nebo výstupního vyšetření pro kontrolu postupu rehabilitace – toto by platilo již mimo JIP nebo u pacientů, kteří jsou na JIP hospitalizováni dlouhou dobu

Neustále je nutné přehodnocovat frekvenci a délku terapií, efektivitu léčby.

2.12.2 Oblasti vyšetření

Ergoterapeut se při svém vyšetření zaměřuje na:

- stav vědomí
- chování – je-li pacient pasivní, nereaguje, rozrušený, agresivní, bloudí...
- motorika - je-li pacient schopen se sám posadit, postavit...
- horní končetiny - stereognózie, svalový tonus, bolest, rozsah pohybů, statické vyšetření (povrch kůže, deformity, otoky...), dynamické vyšetření (síla stisku, jemná motorika, hrubá motorika)
- čítí
- kognitivní funkce - orientace, paměť, koncentrace, slovní reakce, neverbální reakce...
- oblast ADL, soběstačnost – pADL, iADL
- vyšetření smyslů

(Vítková, 1999, Chlumecká, 2004)

2.12.3 Informace

Informace o pacientovi získáváme z:

- anamnézy
- pozorování
 - celkové - vzhled, chování pacienta, jeho pohyby (spontánnost, rozsahy), reakce na různé podněty (dotek, bolest), změny na jeho těle (amputace, deformity..)
 - specifického chování (např. oční kontakt, vyjadřování)
 - činnosti (jednotlivé kroky, provádění, např. při hygieně..)
- měření (např. goniometrem)
- z provedených testů
- z rozhovorů - s pacientem, s rodinou, s ostatními členy týmu
 - strukturovaný, semistrukturovaný, otevřený

2.12.4 Proč provádět vyšetření a hodnocení

- je to prostředek pro důslednou identifikaci problémů klienta
- je to prostředek pro definování výchozího bodu pro terapii
- je to nástroj pro měření posunu stavu pacienta
- je to nástroj pro hodnocení výstupu z terapie

2.12.5 Zásady provádění vyšetření

- ujasnit si, co budeme hodnotit (pacienta celkově, některé části...)
- pokud byl pacient dříve vyšetřován, zjistit si předchozí vyšetření a závěry z něj
- vybrat vhodné metody (testy) a správně je použít
- pracovat objektivně, důsledně a přesně
- správně interpretovat závěry provedeného vyšetření
- informovat ostatní o provedeném vyšetření, výsledcích (zápis do dokumentace)
- nutné mít znalosti o diagnózách, znát fyziologii („normálnost“)

(Chlumecká, 2004)

2.13 Možné využití testů na JIP

2.13.1 Skóre k posouzení vědomí

- **Glasgowská škála poruch vědomí:** slouží k posouzení poruch vědomí, je to nejrozšířenější systém hodnocení, hlavní oblasti, které hodnotí jsou otevírání očí, slovní odpověď, motorické reakce (viz. Příloha č. 1)
- **Bruselské stupně kómatu:** ke klasifikaci kómatu ve stavu porušeného vědomí, definuje tři formy stavu vědomí a poté rozlišuje čtyři stupně kómatu (viz. Příloha č. 2)

- **Škála remise komatózního stavu:** posouzení hladiny vědomí u pacientů s těžkými poruchami vědomí (viz. Příloha č.3)
- **Škála pro sledování kómatu:** posouzení schopností reakce na podněty při multimodální stimulaci pacientů s těžkými poruchami vědomí. Škálu vytvořili Dr.Lippertová-Grünerová a Dr.Terhaag v roce 2000 (viz. Příloha č.4)

2.13.2 Skóre k posouzení motorických schopností

- **Funkční svalový test** – k posouzení motorických funkcí svalstva (viz. Příloha č.5)
- **Rivermeadské vyšetření motoriky** – k posouzení motorických funkcí u pacientů s hemiparézou. Hodnotí tři oblasti: hrubá motorika, končetiny a trup, paže (viz. Příloha č.6)
- **Frenchaylský test paže** – umožňuje detailní posouzení funkcí horních končetin, zejména funkce rukou (viz. Příloha č.7)
- **Skóre rovnováhy ve stoji** – k posouzení schopností stoje (viz. Příloha č.8)
- **Skóre rovnováhy v sedě** – k posouzení rovnováhy v sedě, zvláště u pacientů po mozkové příhodě (viz. Příloha č.9)

2.13.3 Skóre k posouzení spasticity

- **Škála spasticity dle Ashworta** – nejrozšířenější, posuzuje se stupeň odporu při pasivním pohybu (viz. Příloha č.10)

2.13.4 Skóre k hodnocení každodenních činností

- **Funkční test soběstačnosti (FIM)** - obsahuje 7 úrovní, zahrnuje položky soběstačnosti, kontroly svěračů, přesunů, lokomoce, komunikace, sociálních schopností (viz. Příloha č.11)
- **Barthel index:** na hodnocení pADL, každá položka se hodnotí dle požadované asistence, nevýhodou je, že nepokrývá kognitivní funkce (viz. Příloha č.12)
- **Test aktivit:** používá se k posouzení stavu pacientů po mozkových příhodách, rozlišuje oblasti mentálních schopností, motorické aktivity, každodenních činností (viz. Příloha č.13)
- **Kodaňská škála stavů po náhlých mozkových příhodách** – posouzení schopností pacientů po CMP (viz. Příloha č.14)
- **Skandinávská škála hodnocení stavů po mozkových příhodách** – krátká forma, slouží k průběžné diagnostice pacientů po CMP (viz. Příloha č.15)
- **Sebeobsluha podle Kennyové** – hodnotí samostatnost v oblasti pADL, posuzuje jen schopnosti, které mohou být přezkoušeny v nemocničním prostředí (viz. Příloha č.16)

- **Katzův index** – hodnotí schopnosti z oblasti každodenního života, výhodou je rychlé provedení, obsahuje šest položek každodenních činností, původně byl vyvinut pro pacienty se zlomeninou krčku femuru (*viz. Příloha č.17*)

2.13.5 Hodnocení kognitivních funkcí

- **Rancho scale** – vytvořena v Kalifornii v nemocnici Rancho Los Amigos, má osm stupňů, kterými hodnotí kognitivní funkce a chování (*viz. Příloha č.18*)
(*Preiss,1998, Lippert-Grünerová 2005*)

2.14 Dokumentace

Dokumentace pacienta na JIP musí obsahovat základní informace o pacientovi jako jsou jeho iniciály, diagnóza, věk, informace z příjmu, indikace k terapii. V dokumentaci by měly být také důležité záznamy z předchozí hospitalizace. Dále by měla obsahovat vstupní vyšetření od jednotlivých profesí, plány a cíle terapií, zvolené léčebné postupy, záznamy o frekvenci, délce a průběhu terapií. Záznamy se musí pravidelně doplňovat. Zaznamenávají se také jakékoliv změny v klientově stavu, jeho reakcích apod.

2.15 Plán, cíle terapie

Identifikace terapeutických cílů a plánů je první krok terapie. Na JIP se pohybujeme většinou v oblasti cílů krátkodobých. Vyjímkou může být např. OCHRIP, kde jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě. Stanovíme si předběžný program terapie, podle kterého se budeme řídit. Sestavíme si priority tzn. to, co je pro pacienta nejdůležitější. Zvolíme si strategii terapie – jaké budeme používat pomůcky, techniky, jakým oblastem se budeme v terapii převážně věnovat. (*Hamáčková, 2004*)

2.16 Intervence

Musíme zachovat uctivý a profesionální přístup k pacientovi, respektovat ho. Před každou intervencí pacienta oslovíme, vysvětlíme mu, co s ním budeme dělat. I když je pacient v bezvědomí, tak nevíme, co vnímá a co ne. Neustále soustavně hodnotíme, sledujeme a interpretujeme chování a odpovědi pacienta na zevní stimuly. Přizpůsobujeme naše intervence na základě pozorování, účelnost terapie neustále přehodnocujeme. Zajistíme konstantní komunikaci mezi členy týmu, stejný a strukturovaný přístup odpovídající aktuální úrovni odpovědi pacienta, aplikovaný všemi členy týmu (např. při oslovení pacienta, dotek apod.) (*Chlumecká, 2004*)

2.16.1 Polohování

Ergoterapeut, spolu s fyzioterapeutem a zdravotní sestrou, je jeden z těch, kdo provádí polohování. Lůžko pacienta vybavuje kvalitními antidekubitními pomůckami, instruuje ostatní zdravotní personál jak správně pacienta polohovat.

Polohování je základní terapeutické působení, je to základ veškerých dalších terapeutických aktivit. Jedná se o správné uložení pacienta, změnu jeho poloh v určitých časových intervalech. Polohování se provádí, když pro pacienta je těžké samostatně změnit svoji pozici. Polohy musíme měnit v závislosti na jeho zdravotním stavu, s ohledem na invazivní vstupy na těle (ventilátor, katetry, sondy...).

Na JIP se většinou střídají polohy na zádech a na bocích, event. v sedě. Právě kvůli invazivním vstupům není možné většinu pacientů polohovat do polohy na břicho. Přes den se doporučuje polohu měnit každé dvě hodiny, přes noc se interval může protáhnout na hodiny tři. Je vhodné plán polohování upravit podle denního režimu pacienta např. v době stravování je pacient v poloze podepřeného lehu až sedu, následující poloha bude tedy jiná apod.

K polohování používáme antidekubitní pomůcky. Lůžka na JIP bývají většinou vybavena antidekubitní matrací, ale i přes to je nezbytné, dodržovat pravidelný režim změn polohy. Polohování nesmí vyvolávat bolest. Chceme najít kompromis mezi terapeutickým cílem polohování a zdravotním stavem pacienta.

Pokud je pacient schopen alespoň částečně pomoci s polohováním, je třeba ho co nejvíce aktivně zapojit. Cílem je postupně zmenšit podporu terapeuta a docílit maximální možné samostatné mobility pacienta.

Význam polohování: prevence pneumonie, prevence kontraktur, dekubitů, zlepšení oběhového systému, redukce spasticity, regulace svalového tonu a další.

(Haladová, 2004, Lipper-Grünerová, 2005)

Poloha na zádech: většina pacientů na JIP je uložena právě v poloze na zádech, kvůli již zmíněným invazivním vstupům na těle. V této poloze je nutné vyvarovat se hlavně hyperextenzi krční páteře, které zabráníme dostatečně vysokým polštářem. Hlava pacienta by měla být v lehké flexi. Mezi komplikace vzniklé hyperextenzí krční páteře se může zařadit nemožná pozdější flexe v oblasti krku, bolesti hlavy a obličeje, problémy při zavírání úst, polykání, mluvení atd., což výrazně komplikuje další postup terapií. Pozor také na hyperextenzi v bedrech.

V poloze na zádech je vyšší riziko vzniku pneumonie a dekubitů, hlavně v oblasti pat a křížové oblasti. *(Davies, 1994)*

Poloha na boku: tato poloha má pozitivní vliv na drenáž bronchopulmonálních sekretů. Je zde riziko vzniku dekubitů hlavně na bocích, kotnících.

Polohování pacienta do polohy na boku:

- hlavu pacienta otočíme na stranu, na níž má pacient ležet a podložíme ji polštářem
- pokrčíme pacientovi kolena
- současně otočíme ramena a trup
- polohu zastabilizujeme pomůckami

Poloha na břiše: do této polohy je dobré pacienta instruovat když už není napojen na uměně dýchání. Tracheostomie není kontraindikací. Poloha na břiše je také vhodná pro drenáž sekretů z bronchopulmonální oblasti. Je také nedílnou součástí prevence před pneumonií.

(Klusoňová, Pitnerová, 2005)

2.16.2 Rehabilitace orofaciální oblasti

Využíváme technik, které podporují a napomáhají ke zlepšování tonu svalstva v obličeji a v celé orofaciální oblasti. Na provádění orofaciální stimulace pracuje hlavně logoped spolu s ergoterapeutem, ale svým způsobem se na ni podílí i zdravotní sestra např. při hygieně dutiny ústní.

Rehabilitace v orofaciální oblasti má nesporně své nezastupitelné místo v komplexu časné rehabilitace. Význam provádění orofaciální rehabilitace je jednak v aplikaci stimulů, což slouží jako prevence před vznikem patologických reflexu v této oblasti (kousací reflex), jednak její provádění podporuje sání a dýchání a jednak ji využíváme jako přípravu pro příjem potravy a tekutin. Znamená to tedy, že se jedná o podporu funkčnosti celé orofaciální oblasti.

Orofaciální rehabilitace zahrnuje mobilizaci krční páteře, která je nutná pro správnou výchozí pozici další terapie. Dále pokračuje aktivizací mimických svalů – pasivní pohyby přirozených funkcí mimického svalstva, stimulace všech mimických svalů (taktilní, termická, vibrační, kinestetická). Stimulaci obličeje provádíme vždy z vnitřní i z vnější strany.

Před terapií vyšetřujeme dutinu ústní (jazyk, zuby, dásně), postavení hlavy, tonus svalů, mimické svaly... *(Gangale, 2004, Lippert-Grünerová, 2005)*

2.16.3 Pasivní pohyby

Pasivní cvičení je cvičení, které je prováděné jinou osobou, není-li pacient schopen pohyb provádět sám.

Účelem pasivního pohybu je zachování pohyblivosti v kloubech, udržení aktivity svalstva, fyziologické délky svalů, stabilizace krevního oběhu, redukce spastického tonu

a v neposlední řadě zabraňuje vzniku kloubních deformit. Je to první možnost facilitace aktivní motoriky. Jedná se o terapii, kdy se překrývá práce ergoterapeuta a fyzioterapeuta, ale přece jen je to spíše doména fyzioterapeutů.

Při provádění pasivního pohybu je nutné přesně dodržovat dané zásady (správně držet končetinu, správně ji fixovat – ne přes dva klouby, pohyb provádět pomalu, se současným tahem segmentu do dálky). Pohyb nesmí bolet.

(Haladová, 2004)

2.16.4 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace je na jednotkách intenzivní péče hojně využíván. Aplikuje se nejčastěji u pacientů s jakýmkoliv stupněm poruchy vědomí, ať už v kómatu nebo ve stavu změněného vědomí, u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko, neklidných, dezorientovaných... Je to koncept, který by měl vést ke zlepšení celkového stavu pacienta.

Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání, rozvoj vlastní identity, umožnění navázání komunikace s okolím. Také orientace v prostoru a čase a zlepšení různých funkcí organismu.

Bazální stimulaci může, po krátkém zaškolení, aplikovat prakticky každý, kdo přichází s pacientem do styku. Velký vliv na účasti má i rodina.

BS umožňuje cítit hranice vlastního těla, mít zážitek ze sebe sama, cítit okolní svět, pocítit přítomnost jiného člověka.

Využívané stimulace:

- *somatická* – patří sem klid, dotek, sled doteků, rytmus, polohování (vnímání hranic vlastního těla - poloha mumie, hnízdo), masáže...
- *vestibulární* - to je schopnost reagovat na změny polohy (otáčení hlavou)
- *vibrační* – procítění těla, jeho hranic, prostředky vibrační stimulace jsou hlas, ladička, dupání, klepání
- *optická* – barevné oblečení, povlečení, uvědomění si denní doby, obrázky, foto, TV
- *auditivní* – slovo, hudba, sluchátka, zpěv, nástroje
- *orální a olfaktorická* – péče o ústní dutinu, umožnění komunikace, příjem potravy, čichová stimulace, „cucací“ sáčky, oblíbené pití, patří sem i *orofaciální stimulace*
- *taktilně-haptická* – pacient nahmatává předměty, které nezná, př.oblíbené předměty, hračky, žínky a ručníky, pomůcky pro osobní hygienu, pomůcky podle dřívějšího povolání, koníčků, stimulace na chodidlech – ponožky a boty, stimulace po prostěradle.

Na JIP je nevýhoda velkých pokojů, nedostatek klidu a soukromí k provádění BS, (Mechová, 2006, www.bazalni-stimulace.cz)

2.16.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie se může na JIP aplikovat v rámci bazální stimulace nebo je možné dělat muzikoterapii jako samostatnou oblast. U dospělých má menší tradici než u dětí a v akutní medicíně se využívá spíše vyjimečně. Velmi dobře se dá aplikovat u pacientů s poraněním mozku, při poruchách vědomí, u pacientů s apalickým syndromem. Je to jeden ze způsobů navázání kontaktu, komunikace s okolím, seznámení se s okolím. Vyvozuje emoce. Hudba se kombinuje s taktilními stimuly (jako pohlazení, pohyb končetinou aj.). Většinou není muzikoterapie omezena na jednotlivé diagnózy, ale doporučuje se s ohledem na celkovou psychiku pacienta. Mezi její cíle patří podpora při onemocnění, emoční podpora, zmírnění dopadu onemocnění na život pacienta... (*Lippert-Grünerova, 2005*)

2.16.6 Arteterapie

Také její používání na JIP je velmi omezené, v akutních zařízeních se využívá ještě méně než muzikoterapie. Měla by být ale pevnou součástí komplexní ucelené včasné rehabilitace. Podporuje hlavně emoční vyjádření. Cíle arteterapie jsou zlepšení senzomotorických schopností, rozvoj sebedůvěry, samostatnosti. Sám proces kresby je aktivující, pozitivní vliv má na psychiku, podporuje obnovení psychických i somatických funkcí. Může to být i diagnostický prostředek, protože při kresbě můžeme odhalit některé deficity apod. (*Lippert-Grünerová, 2005*)

2.16.7 Nácvik ADL, rozvoj samostatnosti klienta, nácvik soběstačnosti

Nácvik ADL je jeden z hlavních terapeutických cílů ergoterapie na JIP. Tato oblast se dá dobře a cíleně cvičit. Snažíme se využívat co možná největší aktivní účasti pacienta na všedních denních činnostech, jako je přijímání potravy, hygiena jak osobní, tak celková, převlékání se apod. Pacientovi poskytujeme jen nezbytnou pomoc k výkonu činnosti. V případě potřeby využíváme prvků jako je guiding – vedení pacienta terapeutem při provádění funkčních aktivit. Ke kvalitnímu provádění nácviků soběstačnosti je nezbytná adaptace prostředí a pomůcek podle potřeb pacienta.

Do této kapitoly patří i zaškolení ostatních členů týmu – hlavně zdravotních sester z hlediska samostatnosti pacienta. Je nezbytné rozpoznat hranice, kdy je třeba pacientovi pomoci a naopak kdy je soběstačný a činnost by zvládl sám.

(*Bobathová, 1997*)

2.16.8 Senzomotorická funkční ergoterapie

Do sensorické funkční terapie zahrnujeme trénink jemné a hrubé motoriky, koordinaci horních končetin, nácvik grafomotoriky. Patří sem péče o spastickou ruku, její polohování, facilitační techniky (stimulace). Učíme pacienta, jak zacházet s postiženou (popř. nehybnou)

horní končetinou. Naučíme ho techniky jak ruku stimulovat, protahovat, zatěžovat. Postiženou HK zahrnujeme do všech aktivit různými způsoby, jak jen je to maximálně možné. Využíváme prvků z konceptu manželů Bobathových, metody Afolterové...
(Klusoňová, Pitnerová, 2005)

2.16.9 Rehabilitace kognitivních funkcí

Hlavní oblasti, na které se zaměřuje kognitivní rehabilitace na JIP jsou oblasti koncentrace, pozornosti (schopnost soustředit se, udržení pozornosti), psychomotorické tempo. Dále vytrvalost – např. při cvičení. Oblast paměti – krátkodobé, dlouhodobé, orientace (osobou, časem, místem). Do kognitivní rehabilitace můžeme zařadit také techniky, které nějakým způsobem podporují vnímání, poznávání, rozpoznávání objektů, předmětů, osob. Patří sem i terapie řeči (porozumění a vyjadřování). Zjišťujeme, jak je na tom pacient s verbální a neverbální složkou řeči, tvorbou slov, vyjadřováním, porozuměním. Nutné zjistit si pacientův život před úrazem, vztahy v jeho rodině, vzdělání, osobnost, zájmy... Velmi záleží na zachovalé inteligenci a osobní iniciativě pacienta. (Preiss 1998, Graber, 2007)

2.16.10 Kompenzační pomůcky

V kompetenci ergoterapeuta je zapůjčení kompenzačních pomůcek, zaškolení k jejich používání, jejich zabezpečení a individuální adaptace. Nejčastěji používané pomůcky na JIP jsou pomůcky pro osobní hygienu, pomůcky k oblékání, ulehčení jídla a pití, k přesunům a hlavně k polohování. Může se jednat také o pomůcky pro komunikaci (tabulky, obrázky..). Na těchto odděleních nebývá běžné, že by se pomůcky předepisovali, protože pacienti jsou pak dále překládáni na jiná oddělení a jejich stav se může výrazně změnit, jsou zde proto různé pomůcky spíše zapůjčovány.

2.17 Metody, kterých je využíváno při terapii na JIP

2.17.1 Bobath koncept

Používáním tohoto konceptu chceme docílit tak normálního pohybu, jak jen je to možné.

Základem je omezení patologických reflexů, abnormálního svalového tonu, umožnění fyziologického průběhu pohybu. Nutný je 24hodinový přístup, stejný ode všech členů týmu, tedy i rodiny. Pohyb má probíhat podle fyziologického vzoru. Předpokládá se aktivní spolupráce ze strany pacienta. Tento přístup doporučuje omezené používání kompenzačních pomůcek.

2.17.2 Proprioceptivní neuromuskulární facilitace

Je to metoda, jejímž cílem je obnovení vzorců svalové aktivity pomocí manuální stimulace proprioreceptorů. Stimulace proprioreceptorů dosahujeme pomocí různých hmatů, pasivních a aktivních pohybů, pomocí pohybu proti přizpůsobenému odporu. Docílíme zlepšení síly a vytrvalosti svalů. Důraz se klade také na sensorický vstup. Součástí jsou pohybové vzorce (diagonální a spirálovitý průběh pohybu).

Tuto techniku využívají hojně fyzioterapeuti. Pro potřeby ergoterapie se hůře upravuje, v ergoterapii je tato technika využitelná spíše pro pozdější nácvik funkce.

2.17.3 Vojtova metoda

Metoda reflexní lokomoce, pole působnosti fyzioterapeuta.

2.17.4 Metoda Roodové

Taktilní stimulace, jedná se o vztahy sensorických podnětů a motorických reakcí, využívá povrchové a mechanické stimuly k ovlivnění (facilitaci nebo utlumení) motoneuronu příslušného svalstva. Cílem je zlepšení schopnosti provádět koordinované pohyby. Zdůrazňuje taktilní stimulaci (kartáčování, ledování, poklepávání, tlak). Využívají se též chuťové a čichové stimuly pro ovlivnění autonomního nervového systému. Tento přístup se v ergoterapii využívá hlavně jako příprava pacienta pro pozdější nácvik aktivit.

(Chlumecká, 2005)

2.17.5 Senzomotorická integrace

Podle Ayerese, také založena na neurofyziologických podkladech - schopnost jedince přijímat informace od okolních osob a prostředí a správně na ně reagovat. Hovoříme zde o závislosti sensorického vstupu a motorického výstupu. Snažíme se o správnou integraci s okolím, využíváme aktivity jako dotyk, vibrace, zvuky, vůně, barvy... Důraz kladen na hojné opakování. Využívá se hlavně u léčby osob s neurologickým onemocněním nebo mentálním postižením.

2.17.6 Sensorická stimulace

Metoda Affolterové, využití hlavně u pacientů po CMP. Předpokladem je, že u pacientů je omezeno vnímání a zpracování podnětů z okolí, a tím je ztížena jejich interakce s okolím a díky tomu také jejich pohybové možnosti.

Používá guiding což je taktilní způsob vedení pacienta při provádění funkčních aktivit. Ke stimulaci se využívají každodenní aktivity, jako osobní hygiena, manipulace

s předměty atd. Před zahájením musíme pacienta krátce informovat co budeme dělat. Terapie by měla probíhat se slovním vedením.

(Chlumecká, 2005, Lippert-Grünerová, 2005)

2.17.7 Dlahování

Používá se tehdy, pokud zvýšený svalový tonus narušuje funkční hybnost a provádění ADL. Dlahování má za cíl snížit abnormální svalový tonus, zvýšit nebo zachovat kloubní pohyblivost, zvýšit funkční potenciál HKK. Na JIP se nejčastěji používají dlahy zajišťující extenzi zápěstí a prstů s abdukci palce – odpočinková dlaha. Nepoužívá se při funkčních aktivitách. Dlahu je nutné upravovat, event. dlahování ukončit, jakmile se zlepší volní kontrola pohybu. V České republice je otázka dlahování ale spíše v kompetenci protetika než-li ergoterapeuta.

(Chlumecká, 2005, Lippert-Grünerová, 2005)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Dotazník

3.1.1 Úvod

První úsek praktické části své bakalářské práce věnuji zpracování dotazníku. Dotazník jsem rozeslala do různých nemocnic v České republice se snahou zmapovat, do jaké míry je v našich nemocnicích prováděna ergoterapie na jednotkách intenzivní péče. Dotazníky jsem se snažila rozeslat do všech větších nemocnic a do nemocnic, o kterých jsem věděla, že v ní pracují ergoterapeuti. Také jsem hledala informace na internetu, na stránkách jednotlivých nemocnic, jak jsou které nemocnice velké, jaká mají oddělení a personální složení. Podle toho jsem se rozhodla, jestli nemocnici oslovím, či nikoliv.

3.1.2 Zpracování dotazníku

Odeslaný dotazník obsahoval otázky:

- ❖ jaký je název vaší nemocnice?
- ❖ o jaký typ nemocnice je jedná (státní, soukromá..)?
- ❖ kolik ergoterapeutů pracuje ve Vaší nemocnici?
- ❖ v rámci jakého oddělení?
- ❖ s jakými diagnózami klientů nejčastěji pracujete?
- ❖ na jakou oblast ergoterapie se nejvíce při své práci zaměřujete?
- ❖ jaké typy JIP má Vaše nemocnice?
- ❖ chodíte na tyto jednotky provádět ergoterapii?
- ❖ pokud ne, tak proč?
- ❖ pokud ano:
 - o jakou JIP se jedná?
 - jak často tam docházíte?
 - za kolika klienty?
 - jak dlouho trvá Vaše terapie?
 - na co se při terapii hlavně zaměřujete?

3.1.3 Rozbor obdržených odpovědí

Název nemocnice	zaměstnaní ergoterapeuté	počet ergoterapeutů	v rámci jakého oddělení
Krajská nemocnice Liberec	ano	5	- LDN - spinální jednotka - lůžková rehabilitace + neurologie + neurochirurgie + interna + chirurgie
Fakultní nemocnice u Sv. Anny Brno	ano	2	doléčovací a rehabilitační oddělení
Nemocnice Chomutov	ano	3	lůžková rehabilitace, neurologie
Městská nemocnice Ostrava	ano	4	oddělení léčebné rehabilitace
Fakultní nemocnice Ostrava	ano	7	lůžková část kliniky léčebné rehabilitace, spinální jednotka, neurologie, ortopedie, ambulantní rehabilitace, oddělení akutní péče
Krajská nemocnice Pardubice	ano	2	rehabilitační centrum
Fakultní nemocnice Olomouc, psychiatrická klinika	ano	2	uzavřené oddělení muži, ženy
Fakultní nemocnice Motol, Praha	ano	2	- spinální jednotka, - lůžkové oddělení rehabilitace, ambulantní rehabilitace
s.r.o.Maditerra, Rehabilitační klinika, Na Malvazinkách, Praha	ano	1	lůžkové oddělení rehabilitační kliniky

Nemocnice Ústí nad Labem	ano	3	neurologické oddělení
Karvinská hornická nemocnice a.s.	ano	4	ambulantní a lůžková část rehabilitace, neurologické a interní oddělení
Fakultní nemocnice Brno	ano	5	rehabilitační oddělení psychiatrická klinika
Nemocnice Tábor	ano	2	rehabilitační oddělení neurologické, chirurgické oddělení
Fakultní nemocnice Plzeň	ano	2	oddělení léčebné rehabilitace
Nemocnice milosrdných sester Sv. Karla Boromejského, Praha	ano	2	rehabilitační oddělení
Nemocnice Vítkovice, Ostrava	ano	3	oddělení léčebné rehabilitace (lůžková část, ambulantní provoz)
Nemocnice České Budějovice	ano	1	rehabilitační oddělení
Podřipská nemocnice Roudnice nad Labem	ne		
Úrazová nemocnice Brno	ne		
Nemocnice Benešov	ne		

Tab. 4 Výsledek kontaktování nemocnic

Zaměření terapie ergoterapeutů, diagnózy pacientů:

Nemocnice	Oddělení, kde ergoterapeuti pracují	Nejčastější diagnózy se kterými pracují	Náplň terapie
Krajská nemocnice Liberec	- LDN - spinální jednotka - lůžková rehabilitace + neurologie + neurochirurgie + interna + chirurgie	cévní mozkové příhody, onemocnění NS, poúrazové stavy, poranění páteře a míchy	funkční výcvik ruky, ADL, kognitivní funkce, kompenzační pomůcky
Fakultní nemocnice Brno	rehabilitační oddělení psychiatrická klinika	CMP, RS, TBI, nádory, úrazy HKK, polytraumata,	pADL, cílená na HKK, kognitivní funkce
Fakultní nemocnice u Sv. Anny Brno	Doléčovací a rehabilitační oddělení	CMP, poúrazové stavy	úchopy, nácvik ADL, kognitivní funkce
Nemocnice Chomutov	Lůžková rehabilitace, neurologie	cévní mozkové příhody, TEP kyčle	nácvik ADL
Krajská nemocnice Pardubice	rehabilitační centrum	cévní mozkové příhody, neurologická onemocnění, polytraumata	nácvik ADL, cílená ergo na HKK, ergodiagnostika
Fakultní nemocnice Olomouc, psychiatrická klinika	uzavřené oddělení muži, ženy	duševní poruchy, schizofrenie, deprese, poruchy nálady,	kognitivní funkce, cvičení koncentrace, koordinace jemné motoriky
Nemocnice Sv. Karla Boromejského, Praha	rehabilitační oddělení	neurologické onemocnění, úrazy HKK, polytraumata	nácvik ADL, cílené cvičení HKK, terapie kognitivních funkcí
Fakultní nemocnice Motol, Praha	spinální jednotka, lůžkové oddělení rehabilitace, ambulantní rehabilitace	po úrazu míchy, neurologické onem., poúrazové stavy	nácvik ADL, kompenzační pomůcky

s.r.o.Maditerra, Rehabilitační klinika, Na Malvazinkách, Praha	lůžkové oddělení rehabilitační kliniky	neurologické onemocnění, pouřazové stavy	trénink kognitivních funkcí, nácvik ADL, skupinová ergoterapie
Nemocnice Ústí nad Labem	neurologické oddělení,	CMP, RS, TBI, nádory, polytraumata	ADL, mobilita, funkční výcvik HKK, senzomotorická stimulace, výcvik vyšších korových funkcí
Nemocnice Vítkovice, Ostrava	oddělení léčebné rehabilitace	CMP, úrazy ruky, periferní parézy, neurologická problematika	ADL, trénink kognitivních funkcí, úchopy, kondiční a cílená ergoterapie
Fakultní nemocnice Ostrava	lůžková část kliniky léčebné rehabilitace, spinální jednotka, neurologie, ortopedie, ambulantní rehabilitace, oddělení akutní péče,	TEP, posttraumatické stavy, CMP, neurologická onem.,	nácvik pohybových stereotypů, ADL, kompenzační pomůcky, funkční terapie ruky, kognitivní funkce, zájmová ergo,
Městská nemocnice Ostrava	Oddělení léčebné rehabilitace	CMP, fraktury HKK, TEP, poranění měkkých tkání, parézy HK	ADL, funkční výcvik HKK
Karvinská hornická nemocnice a.s., Ostrava	ambulantní a lůžková část rehabilitace, neurologické a interní oddělení	CMP, RS, parézy, poranění ruky, TEP kyčle a kolena	nácvik kognitivních funkcí, nácvik ADL
Nemocnice Tábor	rehabilitační oddělení neurologické, chirurgické oddělení	CMP, TEP kyčle a kolene, revmatické choroby, fraktury HKK, dorzalgie	ADL, motorika HKK, trénink kognitivních a fatických funkcí, nácvik správných stereotypů při pohybu, škola zad

Fakultní nemocnice Plzeň	Oddělení léčebné rehabilitace	CMP, RS, úrazy HK, vertebropatie, revmatoidní artritidy, periferní parézy	funkční ruka, soběstačnost, kognitivní funkce, taxe, jemná motorika, škola zad
Nemocnice České Budějovice	Rehabilitační oddělení lůžka, částečně i ambulance	traumata-fraktury HKK, CMP, TEP kyčle, periferní parézy, virové poškození mozku, stavy po operaci páteře	nácvik ADL, funkčnost HKK, orofaciální stimulace, fatické pomůcky, kognitivní funkce, kompenzační pomůcky

Tab. 5 S jakými diagnózami ergoterapeuti nejčastěji pracují a na co se zaměřuje jejich terapie

Přehled nemocnic, ve kterých ergoterapeuti na JIP docházejí a náplň jejich terapie na nich:

Krajská nemocnice Liberec

Na jakou JIP docházejí	neurochirurgická, chirurgická,
Jak často na JIP docházejí	1 – 2x denně
Za kolika klienty docházejí	2-3
Jak dlouho trvá terapie	30 minut až 1 hodina,
Na co se při terapii hlavně zaměřují	funkčnost HKK, cvičení kognitivních funkcí, nácvik ADL, dále dle stavu pacienta, propiocepce, nácvik úchopů, rozsah pohybu v kloubech, soběstačnost,

Nemocnice Ústí nad Labem

Na jakou JIP docházejí	Chirurgická JIP, ARO
Jak často na JIP docházejí	většinou 1x denně
Za kolika klienty docházejí	nelze určit počtem
Jak dlouho trvá terapie	30 – 45 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	dle poškozené funkce a schopností pacienta

Fakultní nemocnice Ostrava:

Na jakou JIP docházejí	popáleninová, traumatická, neurologická, neurochirurgická
Jak často na JIP docházejí	1x denně
Za kolika klienty docházejí	většinou za 2
Jak dlouho trvá terapie	20 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	ADL v rámci lůžka a mobility na lůžku, polohování HKK, udržování rozsahu pohybů na HK, pasivní cvičení HKK, vertikalizace

Karvinská hornická nemocnice a.s., Ostrava:

Na jakou JIP docházejí	mezioborová JIP
Jak často na JIP docházejí	dle potřeby
Za kolika klienty docházejí	většinou 2 pacienti
Jak dlouho trvá terapie	20-30 minut, ale záleží na stavu pacienta
Na co se při terapii hlavně zaměřují	výcvik kognitivních funkcí, stimulace orofaciální oblasti

Nemocnice Tábor:

Na jakou JIP docházejí	chirurgická
Jak často na JIP docházejí	1x denně
Za kolika klienty docházejí	cca 5 klientů za rok
Jak dlouho trvá terapie	30-45 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	trénink fatických funkcí, kognitivní trénink, pADL, motorika HKK

s.r.o. Maditerra, Rehabilitační klinika, Na Malvazinkách

Na jakou JIP docházejí	OCHRIP
Jak často na JIP docházejí	min.2x týdně
Za kolika klienty docházejí	většinou za 2 pacienty
Jak dlouho trvá terapie	30 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	mobilita v rámci lůžka, trénink kognitivních funkcí, prvky bazální stimulace, soběstačnost v rámci lůžka

Fakultní nemocnice Motol, Praha:

Na jakou JIP docházejí	ARO, chirurgická
Jak často na JIP docházejí	2x denně
Za kolika klienty docházejí	dle ordinace, většinou za 1 pacientem
Jak dlouho trvá terapie	30 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	mobilita na lůžku, pasivní pohyby HK, orofaciální stimulace, prvky bazální stimulace

Nemocnice Chomutov p.o.:

Na jakou JIP docházejí	neurologická
Jak často na JIP docházejí	denně
Za kolika klienty docházejí	dle indikace
Jak dlouho trvá terapie	30-45 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	soběstačnost

Vítkovická nemocnice Ostrava, a.s.:

Na jakou JIP docházejí	neurologická
Jak často na JIP docházejí	denně
Za kolika klienty docházejí	stav se mění podle požadavků oddělení a stavu pacientů
Jak dlouho trvá terapie	dle závažnosti postižení, max.30 minut
Na co se při terapii hlavně zaměřují	funkce ruky, soběstačnost, kognitivní funkce

Nemocnice, ve kterých ergoterapeuti na JIP nedocházejí a důvod toho.

Název nemocnice	Důvod
Fakultní nemocnice Brno	nedostatek času ergoterapeutů, není zavedená spolupráce mezi lékaři na JIP a ergoterapii (špatná informovanost)
Fakultní nemocnice Olomouc, psychiatrická klinika	nejsou předpisy od lékaře, základní ADL zajišťují fyzioterapeuti
Nemocnice Pardubice	nejsou indikace od lékaře
Městská nemocnice Ostrava	z provozních důvodů
Nemocnice u Sv. Anny, Brno	pracoviště ergoterapie je na detašovaném pracovišti mimo areál nemocnice
Nemocnice Sv. Karla Boromejského, Praha	vytíženost ergoterapeutů
Fakultní nemocnice Plzeň	nedostatek času ergoterapeutek,
Nemocnice České Budějovice a.s.	nedostatek času ergoterapeutky

Tab. 6 Nemocnice, ve kterých ergoterapeuti na JIP nedocházejí

3.1.4 Závěr

Kontaktovala jsem celkem 21 nemocnic a zpětnou odpověď jsem dostala od 20 z nich. Nepodařilo se mi dostat odpověď od nemocnice ve Frýdku-Místku. Malou výjimkou byla také FN Olomouc, kde mi odpověděli pouze z psychiatrické kliniky, ale už nikoliv z jiného oddělení nemocnice.

Přehled výsledků:

Počet kontaktovaných nemocnic	21
Počet obdržených odpovědí	20
Počet nemocnic, ve kterých ergoterapeuti nepracují	3
Počet nemocnic, ve kterých ergoterapeuti docházejí na JIP	9
Počet nemocnic, ve kterých ergoterapeuti na JIP nedocházejí	8

Tab. 7 Přehled výsledků

Ve většině nemocnic běžně na JIP denně docházejí fyzioterapeuti a ti jsou schopni v určitých oblastech ergoterapeuta zastoupit. Jak mi potvrdili i někteří ergoterapeuté v dotazníku, pokud oni sami nemohou z jakéhokoliv důvodu na JIP docházet, fyzioterapeuté jsou schopni z určité části jejich práci nahradit (viz.kapitola 2.9 Překrývání práce jednotlivých profesí).

3.2 Kazuistiky

3.2.1 Kazuistika I

Jméno klienta: David (*jméno bylo změněno*)

Pracoviště: Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče (OCHRIP)

Věk: 26 let

Diagnóza: kraniocerebrální poranění, st.p.trauma hlavy po autonehodě

Anamnéza: Klient je po autonehodě z listopadu 2001, po úrazu prošel hospitalizacemi v několika nemocnicích, na tomto oddělení OCHRIP je od roku 2004

Pracovní/studijní anamnéza: vystudoval střední odborné učiliště technického oboru, dále pokračoval nástavbovým studiem ukončeným maturitou. Po té šel studovat taneční konzervatoř, kterou ale kvůli nehodě nedokončil.

Sociální anamnéza: Klient je trvale umístěn na OCHRIP, na pokoji je spolu s dalšími dvěma muži. Domů jezdí několikrát do roka, hlavně na velké svátky apod., vždy na několik dní. Je neustále v kontaktu s otcem i matkou, kteří za ním pravidelně docházejí. Setkává se také se svým bratrem a jeho rodinou. Dřívější přátelé za ním nechodí.

Na OCHRIP je umístěn z hlavně z rehabilitačního důvodu, podmínkou k tomu, aby mohl jít domů je zlepšení jeho stavu hlavně v oblasti pohyblivosti - dle slov matky mají velmi malý byt, kde není možnost jakýchkoliv úprav a pobyt Davida doma na několik dnů v roce je ve velmi provizorních podmínkách, které by nebyly možné dlouhodobě.

Za Davidem od počátku jeho hospitalizace na tomto oddělení dochází denně fyzioterapeutka a 2x týdně ergoterapeutka a logopedka.

Ergoterapeutické vyšetření:

Hodnocení vybraných ADL:

Mobilita: David nezvládne samostatnou změnu polohy, musí proto být pravidelně polohován. Často leží na zádech nebo na boku, zapřen polohovacími pomůckami. Vydrží v poloze v sedě, ale taktéž za pomoci polohovacích pomůcek. V leže na zádech zvládne zvednout pánev. V poloze na zádech a v sedě zvedne a udrží hlavu. Bývá fyzioterapeutkou vertikalizován ve vertikalizačním stole.

Oblékání: David se nezvládne obléci sám, v této položce je zcela nesoběstačný, závislý na okolí. Avšak Davidovo oblečení tvoří pouze vždy tričko, v ničem jiném oblečený nebývá, nemá ani spodní prádlo.

Příjem potravy: Potřebuje vedení a dopomoc při jídle, sám uchopí lžící avšak pohyb je nepřesný. Pokud je při jídle matka, aktivně ho do procesu sebesycení zapojuje, uchytí lžící do jeho ruky a pohyb vede přes jeho ruku. Pokud je krmen zdravotnickým personálem, většinou pouze pasivně přijímá stravu, bez aktivnější spoluúčasti. Stravu přijímá normální, bez jakékoliv diety. Při pití je schopen hrnek chytit válcovým úchopem a přiložit si ho k ústům,

ale pohyb je to nejistý, je nutné Davida jistit, pohyby dotahovat. Pokud by takto pil sám, hrnek si nahne moc a polije se.

Osobní hygiena: Osobní hygienu je schopen provádět s aktivní spoluúčastí. Umývá se na lůžku, z lavoru. Zubní kartáček se musí Davidovi správně vložit do dlaně LHK a pohyb je nutné vést. Hygiena obličeje je pomocí namočené žínky, kterou si je také schopen David přidržet. Čese se sám, musí být ale pobízen k důkladnému provádění, při česání temene a týlu hlavy je třeba dopomoci dotáhnout pohyb.

Celková hygiena: Celková hygiena je prováděna buď na lůžku, namočenou žínkou nebo je David vykoupán na vodním lůžku. Ani v jednom případě se David aktivněji neúčastní.

Kontinence moči a stolice: David má urostomii a je trvale napojen na permanentní močový katétr. S vyprazdňováním stolice má naučený svůj rituál, vyprazdňuje se na podložní mísu. Potíže s únikem stolice nemá.

Vyšetření horních končetin:

Levá horní končetina: Aktivní i pasivní pohyb celé LHK je bez omezení, ruka v lehkém držení do palmární flexe. Statické úchopy zvládne bez obtíží, u dynamických úchopů vážne rychlost a plynulost provedení. Svalová síla je velmi malá.

Pravá horní končetina: Aktivní i pasivní pohyby ve všech kloubech PHK jsou omezené do všech směrů, zápěstí a prsty jsou ve spastickém držení, toto držení jde jen velmi těžce uvolnit. Není schopen PHK jakýchkoli úchopů.

Senzitivně: Nemá problémy se senzitivním cítěním, na otázku na bolest nebo parestezie reaguje negativně.

Vyšetření smyslů: David má brýle na blízko, ale i s nimi vidí předměty asi jen do vzdálenosti 30-40 cm, bez brýlí vidí přibližně stejně (centrální poškození zrakové dráhy). Předměty umístěné blízko očí rozezná zřetelně, poměrně detailně. Ostatní smysly má bez obtíží.

Vyšetření kognitivních funkcí:

Orientace: David je orientovaný osobou, částečně i místem (ví, že je v nemocnici, ale neví, v jakém je městě), ale není orientovaný v čase – neví, jaký je den v týdnu, měsíc v roce, neví přesně, jaká je část dne.

Řeč, dorozumívání, komunikace: David se dorozumívá pouze slovy „ano“ „ne“, která ale stejně nevyslovuje zřetelně. Symbol pro ANO je široké rozevření úst a vydání zvuku, symbol pro NE je vyslovení slova „ne“ spojené s negativním zakýváním hlavy. Jinou formu komunikace David nepoužívá. Matka se, spolu s logopedkou, pokoušela zajistit náhradní konzultaci z centra Alternativní a augmentativní komunikace, ale zatím se spolupráce nezdařila.

Nonverbální komunikace: Mimika je nevýrazná, používá gesta jako zamávat na pozdrav, podat ruku. Kývá hlavou při nesouhlasu.

S lidmi, co spolupracují s Davidem denně (rodina, personál) už je na tolik dobře sehraný, že si rozumějí, i když David udělá jen nějaké gesto nebo vydá neurčitý zvuk.

Komunikace:

Moje komunikace s Davidem byla ve stylu, že jsem mu kladla otázky a on odpovídal buď kladně nebo záporně. Pokud jsem chtěla otestovat, jestli zná odpověď, dávala jsem mu několik možností a správná mezi nimi byla vždy na jiném pořadí. Je zvyklý, že správná odpověď bývá jako třetí, proto jsem ji záměrně dávala na jiné místo. Pokud si odpovědi nebyl jistý, souhlasně reagoval právě na třetí nabízenou možnost.

Ukázka naší komunikace:

- Davide, věděl bys, od jakého zvířete je mládě kuře?

- Je od krávy?

- Ne

- Je od ryby?

- Ne

- Od kachny?

- Ne

- Je od slepice?

- Ano

- Správně, kuře je mládě od slepice

Porozumění: Rozumí běžné řeči, chápe její význam, vyhoví příkazu. Pokud nerozumí, tak nereaguje a to je signál, aby se věta zopakovala.

Paměť:

Dlouhodobá: David si pamatuje některé zážitky z doby před úrazem, když o nich matka mluví, tak na ně reaguje (úsměvem, přitakáním „ano“ nebo „ne“).

Krátkodobá: Obtížně si ale pamatuje, co jsme dělali např. na včerejší terapii, co měl k obědu apod.

Soustředění, pozornost: Je schopen udržet při terapii pozornost jen na velmi krátkou dobu, plně se soustředí asi jen 10-15 minut. Po té na něm je vidět, že je unavený a sledování činnosti mu působí obtíže. Odpovídá nesprávně i na otázky, které jinak na začátku terapie bez chyb zvládá.

Kompenzační pomůcky: David používá brýle a nástavec na lžici pro lepší úchop. Žádné jiné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Osobnost: David bývá vždy pozitivně naladěný, má dobrou náladu a na terapii se těší. I když se někdy stalo, že jsem ho příchodem k němu vzbudila, rychle se probral a byl schopen

spolupracovat. Má rád společnost, rád si nechává otevřené dveře na chodbu, aby slyšel, co se děje, a byl tak blíže ostatním.

Zájmy: Před úrazem rád tančil (i závodně), měl celkově rád sport. Nikdy ho příliš nebavily knihy, divadla apod. Rád poslouchal hudbu různých žánrů. Nyní rád poslouchá televizi co mají na pokoji (nevidí na ni, tak alespoň poslouchá). Ale odmítá sluchátka do uší, protože by neslyšel, co se děje okolo něho. Nemá rád dotyky na těle – ani od matky ani od ostatních.

Interpersonální vztahy: Je na pokoji ještě spolu s dalšími dvěma muži, kteří jsou ale poměrně těžce postižení, nemluví. Dochází za ním každý druhý den buď matka nebo otec, vždy na celé odpoledne. Matka chodí častěji. Na návštěvu za ním chodí také jeho bratr s rodinou. Před úrazem měl několik přátel, byl společenský. Nyní za ním z přátel ale nechodí nikdo. Má rád návštěvy, vždy, když za ním někdo přijde, má radost.

Silné stránky:

- je pozitivně naladěný, má dobrou náladu
- snaží se aktivně spolupracovat
- má dobré rodinné zázemí
- funkční LHK, schopná úchopů
- dobrý sluch a ostatní smysly (vyjma zraku)
- schopnost odpovídat alespoň „ano“, „ne“

Slabé stránky:

- slabý zrak, krátkozrakost
- nefunkční PHK
- omezené verbální vyjadřování
- snížená mobilita na lůžku
- nesoběstačnost v pADL

Cíle krátkodobé:

- pokusit se zkvalitnit způsob komunikace, nalézt optimální způsob komunikace
- adekvátně využít všechny Davidovy schopnosti
- neustále cvičit a udržovat funkčnost LHK
- ovlivňovat spasticitu a funkčnost PHK
- cvičit paměť, podporovat kognitivní funkce

Cíle dlouhodobé:

- zvýšit samostatnost v pADL
- návrat do domácího prostředí

Spolupráce: S Davidem jsem spolupracovala po dobu 3 měsíců. První měsíc jsem k němu docházela 3x týdně, druhý a třetí měsíc 1-2x týdně. Naše terapie trvala většinou cca 30 minut, někdy méně, někdy déle, podle toho, jak David spolupracoval, jak se na práci soustředil. Spolupráce to byla velmi příjemná, často jsem se potkávala s matkou Davida, někdy i s jeho otcem. Terapii jsem se snažila zaměřovat podle stanovených cílů.

Terapie: Většina terapií probíhala u Davida na pokoji, kdy jsem ho zapoložovala do sedu. Byli jsme společně 2x venku v parku, kam jsme vyjeli na vozíku.

Náplně terapií:

Úvodní povídání: Povídáním jsme začínali každou terapii. Vždy jsem řekla Davidovi jaký je dneska den v týdnu, měsíc v roce, jaká je denní doba (chodila jsem většinou odpoledne). Zároveň jsem po něm chtěla aby mi řekl, jaký den bude zítra a jaký den byl včera – př. dnes je středa, tudíž zítra bude... a dala jsem vždy několik možností, na každou z nich David reagoval buď „ano“ nebo „ne“. Pokud David věděl, jaký je dnes den, byl schopen správně říci, jaký bude následovat apod. V měsících v roce se ale neorientuje.

Dále jsem na úvod Davidovi vždy říkala, jaké je venku počasí, jak jsem se za ním dostala a co se mi v ten den přihodilo vyjimečného. Vždy pozorně poslouchal, reagoval úsměvem.

Trénink paměti, orientace: Cvičili jsme obecné znalosti typu: jaké zvíře dává mléko, jakou barvu má tráva, jaké zvíře žije ve vodě, jak se jmenuje měsíc, ve kterém jsou Vánoce, v jakém jsme městě, atd.

Na většinu otázek (hlavně těch opravdu základních, jednoduchých, týkajících se zvířat) odpověď věděl. Pokud něco nevěděl, vraceli jsme se k těmto otázkám i později, avšak nepozorovala jsem, že by i po několikerém opakování znal správnou odpověď.

Terapie zaměřená na horní končetiny: Tuto část jsem vždy zařazovala doprostřed terapie, aby se David odreagoval. PHK jsem pasivně protahovala, stimulovala míčkem, kartáčkem, snažila jsem se o snížení spasticity. David neměl rád, terapii PHK. Bylo mu nepříjemné, pasivní protahování, uvolňování. Přesto jsme se ale vždy dohodli na určitém kompromisu a alespoň krátkou dobu jsme této terapii věnovali. Levou HK si David sám aktivně protáhl, procvičili jsme prsty.

Cvičení hmatu, stereognosie: Vkládala jsem Davidovi do dlaní obou HKK různé předměty a materiály, a on měl za úkol poznat, o jaký jde předmět nebo materiál. Toto šlo Davidovi poměrně dobře, zvláště s předměty denní potřeby (zubní kartáček, žínka na mytí apod.). Také on sám měl za úkol vyndávat jednotlivé předměty ze sáčku a rozpoznávat jeho tvary a materiály. Někdy šlo jen o stimulaci různými materiály.

Cvičení zraku: Do Davidova zorného pole jsem dávala různé předměty. Měl za úkol rozpoznat barvu předmětu. Zvládl poznat základní barvy. Nevěděl oranžovou, kterou jsem mu dávala opakovaně, ale ani na konci našich terapií tuto barvu nepoznal.

Nácvik pADL: Nácvik položek pADL (česání, osobní hygiena, příjem stravy a tekutin, čištění zubů) probíhal stylem guidingu – vedení, jelikož Davidovy pohyby jsou nepřesné, nedůkladné a potřebuje proto dopomoc. Všechny předměty držel v LHK. Snažila jsem se o minimální dopomoc při všech činnostech, a kde to bylo alespoň trochu možné, nechala jsem Davida aby činnost prováděl co nejvíce sám (např. česání).

Čichová stimulace: Dávala jsem mu k přičichnutí různé potraviny, nápoje, ovoce, šťávy, rostliny apod., toto se mu velmi líbilo, bavilo ho poznávat nové vůně.

Terapie v exteriéru: Na dvě terapie jsme byli s Davidem v parku nemocnice. David seděl zapoložovaný na vozíku, jela s námi i Davidova matka. Využila jsem různých přírodnin, ke stimulaci hmatu a čichu. Vkládala jsem Davidovi do dlaní listy, jehličí, kameny, kytky, sahalí jsme na kůry stromů, na fasády domů, na dřevěné lavičky... Dávala jsem Davidovi přičichnout ke kytkám, dřevu apod. Změna v terapii se mu velmi líbila, reagoval na ni s úsměvem, velmi dobře a aktivně spolupracoval.

Závěr, hodnocení:

Provádění mé terapie za celou dobu naší spolupráce s Davidem nepřineslo žádnou zásadní změnu jeho stavu ani jeho samostatnosti v ADL. Nepozoruji u něj od počátku naší spolupráce žádné výrazné zlepšení. Určitě ale pro něj byly naše společné terapie něčím novým, zajímavým, příjemnou změnou v jeho každodenní rutině. Náplň a zaměření terapie jsem prodiskutovala s místní ergoterapeutkou i Davidovou matkou. Vzájemně jsme si předávali zkušenosti, různé poznatky a rady. Věřím, že při pokračování stávající terapie se Davidův stav časem jistělepší.

3.2.2 Kazuistika II

Jméno pacienta: pan Milan (*jméno bylo změněno*)

Pracoviště: Neurologická JIP

Věk: 59 let

Diagnóza: pacient přijat na JIP s krátkodobou ztrátou vědomí, přivezen RZP z domova

Nynější stav: pacient je hospitalizovaný 3.den na Neurologické JIP, je při vědomí, spolupracuje. Často se zadýchává, srdeční funkce jsou ale již stabilizované. Denně cvičí s fyzioterapeutkou (vertikalizace..)

Anamnéza: p.Milan pracuje jako dělník, žije spolu s manželkou v bytě (barierový, 3.p.bez výtahu), nyní na PN

Vstupní ergoterapeutické vyšetření:

Provedené testy:

Glasgowská škála poruch vědomí:

- test viz.příloha č.1

Položka 1.: Otevírání očí: pacient oči otevírá spontánně.....4 body

Položka 2.: Slovní odpověď: slovní odpověď je orientovaná.....5 bodů

Položka 3.: Motorická reakce: uposlechne výzvu.....6 bodů

Celkový počet bodů je 15 což v hodnotící škále značí bdělý stav, bez známek poruch vědomí

Test rovnováhy v sedě:

- test viz.příloha č.9

Pacient splňuje 3.stupeň testu (tzv.dobrý stupeň) – je schopen udržet statickou pozici bez obtíží

Test rovnováhy ve stoje:

- test viz příloha č.8

Pacient splňuje 2.stupeň – může stát o širší bázi po dobu 30 sekund, ale nikoli ve stoji spojném (s nohama u sebe) – motá se mu hlava

Status sebeobsluhy podle Kennyové

- test viz.příloha č.16

Lůžko – pohybuje se na lůžku – 4 (nezávislý)

- vstává z lůžka – 2 (částečná pomoc)

Přesun – sed – 3 (minimální pomoc, dohled, jištění)

- stoj – 2 (částečná pomoc)

- toaleta – 2 (částečná pomoc)

Lokomoce – chůze – 2 (částečná pomoc)

- schody - nehodnoceno

Oblékání – horní polovina těla a paže – 2 (částečná pomoc)
- dolní polovina těla a dolní končetiny – 2 (částečná pomoc)
- nohy – 1 (rozsáhlá pomoc - ponožky)
Osobní hygiena – obličej – 4 (nezávislý)
- tělo – 2 (částečná pomoc – záda)
- dolní končetiny – 2 (částečná pomoc – plosky)
Program stolice – 4 (nezávislý), vyprazdňuje se na toaletě (cesta s dopomocí)
Program měchýře – 4 (nezávislý) – měl PMK nyní ale už močí sám do močové lahve
Jídlo – 2 (částečná pomoc, dohled)

Ostatní vyšetření:

Horní končetiny: pohyb i funkce obou HKK bez omezení

Smysly: v pořádku, nosí brýle na blízko

Kognitivní funkce:

orientace – p.Milan je orientován osobou, místem i časem

řeč, komunikace – nemá problémy s komunikací, rozuměním, ani vyjadřováním se

paměť – dobrá výbavnost krátko i dlouhodobé paměti

soustředění – na jakoukoliv činnost se p.Milan dovede přiměřeně dlouhou dobu soustředit

Kompenzační pomůcky: p.Milan nosí brýle, jinak žádné kompenzační pomůcky nepoužívá

Osobnost, zájmy, interpersonální vztahy: p.Milan je spíše tichý, uzavřený, komunikuje jen stručně, čas hospitalizace na JIP tráví posloucháním rádia do sluchátek, na návštěvy za ním chodí manželka každý druhý den. Je na dvoulůžkovém boxu spolu ještě s jedním pacientem (ten je při vědomí, komunikuje).

Silné stránky:

- pacient je při vědomí, orientovaný
- je kontinentní
- spolupracuje

Slabé stránky:

- je nejistý při přesunech, stojí, chůzi
- při činnostech se zadýchává, je dušný, motá se mu hlava
- je unavený, nemá chuť a energii do činností

Cíl terapie:

- pacient bude maximálně nezávislý ve všech složkách pADL
- bude kvalitně trávit volný čas na jednotce

Náplň terapií:

Sebesycení

S pacientem jsem pracovala při jídle. Běžně p.Milan jedl v sedě na lůžku se zvednutým podhlavníkem, kdy jídelní táč měl před sebou na stojanu. Já jsem mu upravila pozici tím stylem, že jsem pacientovi doporučila aby jedl v sedě na lůžku se spuštěnými bérce z postele. Lůžko bylo spuštěno dolů na tolik, aby mohl mít p.Milan plosky volně na zemi. Snížit jsme museli i výšku jídelního stolku. P.Milan se necítil v sedu stabilně a jistě (motala se mu hlava), pro jeho pocit větší jistoty jsem ho zapřela polštáři a při jídle seděla vedle něj. Museli jsme mít také k dispozici kyslíkové brýle, protože p.Milan se hodně zadýchal. V této poloze se p.Milan bez větších obtíží najedl sám, stačilo jen upravit posed a pozici při jídle

Oblékání

p.Milan byl na JIP zprvu nahý (když byl trvale na intenzivní monitoraci) pak byl oblečen v „andílku“, což je košile na zavazování tkaničkami. Pan Milan ji ani zavázanou neměl. Dohodla jsem se se sestrami na JIP, zda by p.Milan nemohl mít oblečené kalhoty od pyžama a blůzku na rozepínání (kvůli monitoraci). Domluvili jsme se a p.Milan mohl mít oblečené pyžamo. Dále jsme cvičili oblékání ponožek – protože motání hlavy p.Milanovi stěžuje předklon a oblečení si ponožek, proto jsme se snažili najít nejlepší způsob, jak si ponožky obléci. Nejvíce vyhovovala pozice v sedě s nohou přes nohu nebo v leže na boku, kdy si p.Milan ponožky navlékl bez nepříjemných pocitů a bez rizika pádu

Vertikalizace, cvičení

spolu s fyzioterapeutkou jsem se podílela na vertikalizaci p.Milana, aktivním cvičení, na kondičním cvičení. Chodili jsme po chodbě, došli jsme na toaletu. Fyzioterapeutka za p.Milanem docházela dvakrát denně, vždy asi na půl hodiny. Vertikalizaci ale trénoval také v rámci celého dne, když chodil se sestrou na toaletu

Využití času

p.Milan většinu času tráví poslechem hudby. Pokud neposlouchá hudbu nijak jinak aktivně čas netráví, sleduje okolí. Doporučila jsem mu, aby čas využil kvalitněji – na oddělení je možnost vypůjčení si knih, koupě časopisů apod. ale p.Milan nabídky odmítl s tím, že je na čtení moc unavený. Nabízela jsem mu také možnost arteterapie, ale ani to se nesetkalo s kladnou odezvou

Spolupráce:

Spolu s p.Milanem jsem pracovala celkem 4 dny. V době prvního dne naší spolupráce byl p.Milan na JIP hospitalizovaný 3.den., 6.den byl přeložen na standardní oddělení a tím naše spolupráce skončila.

Závěr, hodnocení:

p.Milan nebyl pacient, který by byl přímo lékařem indikovaný pro ergoterapii. Protože ale během mé praxe indikace od lékařů na ergoterapii nebyly žádné, dohodla jsem se na oddělení a p.Milana si vybrala pro svoji kazuistiku. Chtěla jsem ukázat hlavně možnost využití různých testů na JIP a pracovat s pacientem v oblasti akutní medicíny. Myslím si, že pro p.Milana byla naše spolupráce rozhodně přínosem. Zabývali jsme se spolu různými položkami ADL a objevili jsme oblasti, kde pole působení pro ergoterapeuta rozhodně bylo (poloha při sebesycení, oblékání, volný čas). Naše spolupráce byla, alespoň dle mého názoru, přínosem pro obě strany.

Během našich terapií se zdravotní stav p.Milana zlepšil na tolik, že mohl být propuštěn na standardní oddělení. Po celou dobu jsem na JIP aktivně spolupracovala se všemi členy z personálu, hlavně s fyzioterapeutkou, se zdravotními sestrami a lékařem.



4 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo shrnutí zásad a přístupů, které může uplatnit ergoterapeut při práci na jednotkách intenzivní péče. Jak už jsem řekla v úvodu, je to oblast nesmírně široká. Pokusila jsem se o nástin možností uplatnění ergoterapie na jednotkách intenzivní péče. Myslím, že jsem zahrнула všechny oblasti, které se této problematice dotýkají, i když jen ze základního pohledu.

Byla jsem překvapená z výsledku dotazníkového šetření, který se mi dostal. Předpokládala jsem, že je v České republice velice málo nemocnic, které umožňují ergoterapeutům provádět terapii na JIP. Byla jsem proto překvapena poměrně mile, že z počtu nemocnic, které jsem odslovila, právě tolik ergoterapeutů na JIP docházejí. Ale i přes to, je to stále směšně malé číslo z celkového počtu nemocnic, ve kterých jsou jednotky intenzivní péče. A je v zájmu veškerého zdravotního personálu podpořit co nejlepší péči o pacienty a to už od akutních fází jejich nemoci, tedy už od hospitalizace na JIP. Pokud není prováděna kvalitní a včasná rehabilitace už od raných fází, je to velmi znát na pozdějším stavu pacienta a tím i na péči v dalších obdobích rehabilitace.

I když není jednoznačně indikovaná ergoterapie u všech pacientů na JIP, tak, jak ukazuje moje druhá kazuistika, i u těchto pacientů se ergoterapeut jakýmkoliv způsobem jistě uplatní.

Chtěla bych apelovat na to, aby se zvýšilo povědomí o ergoterapii jako takové a o jejích možnostech uplatnit se na JIP a to u veškerého zdravotnického personálu, zvláště pak u lékařů, kteří pacienta k ergoterapii indikují a kontaktují se s ergoterapeuty. Protože to je ten první a hlavní krok ke kvalitní a komplexní péči.

5 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila shrnout možnosti, jak se může uplatnit ergoterapeut na jednotkách intenzivní péče. Ačkoliv je to téma velmi rozsáhlé a složité, snažila jsem se vypíchnout hlavní zásady a body, které jsou v této problematice dle mého názoru stěžejní a důležité. V teoretické části jsem popsala základní definice a druhy různých jednotek intenzivní péče, jejich specifika. Pozornost jsem věnovala také zařízení na JIP, jejich uspořádání. Další kapitoly pojednávaly o systému včasné rehabilitace jako takové, s tím souvisí i imobilita a její důsledky. Svoje zastoupení má i popis multidisciplinárním týmu a uplatnění jednotlivých jejích členů. Neopomněla jsem zmínit oblast rodiny. Další část teoretické části je věnovaná pacientům, stavu jejich vědomí, možným způsobům jejich vyšetření a možností intervencí při terapii.

V praktické části jsem zpracovala dotazník, ze kterého vyplynulo jaký je stav provádění ergoterapie na JIP v České republice a zařadila jsem také dvě kazuistiky ze svých praxí.

Psaní této práce pro mě nebylo úplně lehké, jelikož je nedostatek literatury na toto téma a téma je to na tolik obsáhlé, že bylo těžké vybrat ty důležité body a vystihnout z nich věcnou podstatu. Také bylo nelehké najít si vhodnou praxi. Tu jsem na konec absolvovala ve FN Motol, ale situace byla taková, že nebylo možné docházet denně na JIP tak, jak bych si představovala a kvůli momentálním personálním změnám jsem na jednotlivé JIP chodila pod vedením fyzioterapeutů. Bylo to pro mě tudíž náročné v tom smyslu, že pohled, který mi poskytovaly se v jistých směrech lišil od pohledu ergoterapeuta a v některých situacích jsem proto byla odkázaná sama na sebe. Také pro mě bylo těžké vybrat si vhodné pacienty pro druhou kazuistiku (pacienta zpracovaného v první kazuistice jsem měla vybraného z praxe předchozí). Musela jsem si sama zvolit vhodné testy a intervence pro terapii. Přínos z praxe byl však i tak velký, protože jsem prošla velkou škálou různých JIP a získala jsem tudíž kvalitní přehled o jednotlivých pracovištích a mohla jsem vycházet z těchto poznatků při psaní své práce, která se tímto nestala jen pouhým opisováním teorie z knih.

6 SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

6.1 Literatura

- 1) BARTOŠ, A. a kol.: *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*, 1.vydání, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004, s.238, ISBN 80-246-0921-5
- 2) BOBATHOVÁ, B.: *Hemiplégia dospělých*, 1.vydání, Bratislava: LIEČREH GÚTH, 1997, s.176, ISBN 80-967383-4-8
- 3) DAVIES, P. M.: *Starting Again*, Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1994, s.442, ISBN 3-540-55934-5
- 4) GANGALE, D.C.: *Rehabilitace orofaciální oblasti*, 1.vydání, Praha: Grada 2004, s.232, ISBN 80-247-0534-6
- 5) GRABER, A.: *Traumatic Brain Injury, Continuum of Care*, KRL, 2007-04-27; 2007-04-20, materiál z přednášek
- 6) HALADOVÁ, E. a kol.: *Léčebná tělesná výchova*, 2.vydání – nezměněné, dotisk, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2004, s.135 ISBN 80-7013-384-8
- 7) HAMÁČKOVÁ, L.: *Terapeutické techniky*, KRL; březen, duben, květen 2005, poznámky z přednášek
- 8) CHLUMECKÁ, J.: *Neurovývojové přístupy*, KRL; listopad, prosinec 2005, poznámky z přednášek
- 9) KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J.: *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*, 2.doplněné vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2005, s.117, ISBN 80-7013-423-2
- 10) LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M.: *Neurorehabilitace*, 1.vydání. Praha: Galén 2005, s.350, ISBN 80-7262-317-6
- 11) MECHOVÁ I., MAJKUSOVÁ K., *Bazální stimulace na JIP*, Sestra, 12/2006, s.36-39
- 12) NEVŠÍMALOVÁ S., RUŽIČKA B., TICHÝ J. a kol., *Neurologie*, 1.vydání, Praha: Galén, 2002, s.368, ISBN 80-7262-160-2
- 13) PREISS, M.: *Klinická neuropsychologie*, 1.vydání, Praha: Grada, 1998, s.408, ISBN 80-7169-443-6
- 14) SMRČKA, M.: *Poranění mozku*, 1.vydání, Praha: Grada, 2001, s.272, ISBN 80-7169-820-2
- 15) VÍTKOVÁ, M.: *Význam ergoterapie v kognitivní rehabilitaci*, Rehabilitace a fyzikální lékařství, č.3, 1999, s.111-114,

6.2 Elektronické zdroje

- 16) MZČR, *Definice JIP, Velikost JIP*, [online]. [Cit.6-6-2007]. Dostupné na:
<<http://www.mzcr.cz/data/c1242/lib/StandardJIP.pdf>>
- 17) Nemocnice Litoměřice, *Zařízení jednotek intenzivní péče, Doba hospitalizace*, [online]. [Cit.28-5-2007]. Dostupné na:
<<http://www.nemocnice.lit.cz/mezioborova-chirurgicka-jip-pristrojove-vybaveni/>>
- 18) Fakultní nemocnice Brno, *Anesteziologicko resuscitační oddělení*, [online]. [Cit.28-5-2007]. Dostupné na:
<<http://www.fnbrno.cz/Article.asp?nArticleID=999&nLanguageID=1>>
- 19) Fakultní nemocnice Motol, *Jednotka intermediální péče, Neurologická JIP*, [online]. [Cit.6-6-2007]. Dostupné na:
<http://www.fnmotol.cz/html/zdravotnicka_pracoviste/zp.php?lang=cz&id=3>
- 20) Nemocnice Ivančice, *Jednotka inenzivní resuscitační péče, Interní JIP*, [online]. [Cit.13-7-2007]. Dostupné na: <<http://www.nspiv.cz/oddeleni/jednotka-intenzivni-a-resuscitacni-pece.html>>
- 21) Všeobecná fakultní nemocnice, *Gynekologicko-porodnické oddělení, Urologická klinika*, [online]. [Cit.14-7-2007]. Dostupné na:
<<http://www.vfn.cz/article.asp?nArticleID=3395&nLanguageID=1>>
<<http://www.vfn.cz/article.asp?nArticleID=3404&nLanguageID=1>>
- 22) Psychiatrická léčebna Brno, *Oddělení nemocnice*, [online]. [Cit. 3-7-2007]. Dostupné na:
<<http://www.plbrno.cz/main.php?id=13b&id2=12>>
- 23) Multidisciplinární péče, *Multidisciplinární tým*, [online]. [Cit.3-7-2007]. Dostupné na:
<<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=80>>
- 24) Klinika rehabilitačního lékařství, *Multidisciplinární tým*, [online]. [Cit. 2-7-2007]
Dostupné na: <<http://reha.lfl.cuni.cz>>
- 25) Fakultní nemocnice Ostrava, *Infekční klinika*, [online]. [Cit.20-5-2007]. Dostupné na:
<<http://www.fnspo.cz/kliniky/inf/index.html>>
<<http://www.fnspo.cz/kliniky/nch/index.html>>
- 26) Nemocnice na Františku, *Interní klinika*, [online]. [Cit.4-6-2007], Dostupné na:
<<http://www.nnfp.cz/vypis.asp?item=30&>>
- 27) Friedlová K., *Senzorická stimulace*, [online]. [Cit.4-6-2007], Dostupné na:
<http://www.bazalni-stimulace.cz/stimulace_vnimani.php>

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1	Glasgowská škála poruch vědomí
Příloha č.2	Bruselské stupně kómatu
Příloha č.3	Škála remise komatózního stavu
Příloha č.4	Škála pro sledování kómatu
Příloha č.5	Funkční svalový test
Příloha č.6	Rivermeadské vyšetření motoriky
Příloha č.7	Frenchayský test paže
Příloha č.8	Skóre rovnováhy ve stoji
Příloha č.9	Skóre rovnováhy v sedě
Příloha č.10	Škála spasticity dle Ashworta
Příloha č.11	Test funkční soběstačnosti (FIM)
Příloha č.12	Barthel index
Příloha č.13	Test aktivit
Příloha č.14	Kodaňská škála stavů po náhlých mozkových příhodách
Příloha č.15	Skandinávská škála hodnocení stavů po náhlých mozkových příhodách
Příloha č.16	Statut sebeobsluhy podle Kennyové
Příloha č.17	Katzův test každodenních činností
Příloha č.18	Úroveň kognitivních funkcí – Rancho scale

Příloha č. 1

Glasgowská škála poruch vědomí:

Otevírání očí:

- neotevírá 1
- na bolestivý podnět 2
- na výzvu 3
- spontánně 4

Slovní odpověď:

- žádná 1
- nesrozumitelná 2
- nepřiměřená 3
- zmatená 4
- orientovaná 5

Motorická reakce:

- bez reakce 1
- extenze na bolestivý podnět 2
- flexe na bolestivý podnět 3
- necíleně uhýbá 4
- cílená obrana 5
- uposlechne výzvu 6

Vyhodnocení: výsledek 13 bodů a více – mírné mozkové postižení

9-12 bodů – středně těžké postižení

8 bodů a méně je těžké mozkové postižení

Příloha č.2

Bruselské stupně kómatu

Neporušené vědomí	orientovaný, plně bdělý
Zastřené vědomí.....	neorientovaný, oči otevřené, poslušný příkazů
Kóma.....	neotevívá oči, neplní příkazy, vydává nesrozumitelné zvuky
Kóma I. stupně.....	komatózní, žádné další neurologické nedostatky
Kóma II. stupně.....	komatózní, lateralizované příznaky (anizokorie, hemiparéza)
Kóma III. stupně.....	komatózní, abnormální flexorová a extenzorová pohybová reakce
Kóma IV. stupně.....	rozšířené zornice, ochablé svalstvo, zachované spontánní dýchání

Příloha č. 3

Škála remise komatózního stavu

1. Probuditelnost/pozornost

(na libovolný podnět, podráždění)

Pozornost po dobu jedné minuty nebo déle.....	5
Prodloužená reakce na podnět (delší než 5 sekund).....	4
Obrací se směrem k podnětu.....	3
Spontánní otevření očí.....	2
Otevření očí na bolestivé podněty.....	1
Žádná.....	0

2. Pohybová odpověď

(jde-li o kvadruplegii, odečíst z celkového počtu 6 bodů)

Spontánní uchopování (i v leže).....	6
Cílená obrana proti bolestivému dráždění.....	5
Rozeznatelná reakce postojem těla.....	4
Bezcílná obrana proti bolestivým podnětům.....	3
Flexorové synergie.....	2
Extenzorové synergie.....	1
Žádná.....	0

3. Reakce na akustické podráždění

(např. zvuk lupací plechové žabky)

(je-li osoba hluchá, odečíst z celkového počtu 3 body)

Rozeznává důvěrně známé hlasy, hudbu atd.....	3
Otevře oči, otočí hlavu, popřípadě se usměje.....	2
Vegetativní (úlevová) reakce (panické pohyby).....	1
Žádná.....	0

4. Reakce na vizuální podnět

(je-li osoba nevidomá odečíst z celkového počtu 4 body)

Rozeznává obrazy, osoby, předměty.....	4
Sleduje cíleně obrazy, osoby nebo předměty.....	3
Je schopen opticky fixovat.....	2
Příležitostné, náhodné přihlížení.....	1
Žádná.....	0

5. Reakce na taktilní podněty

Rozeznává ohmatáním/cítěním.....	3
Spontánně hmatá, cíleně uchopuje (jako „slepý“), avšak aniž by rozuměl smyslu.....	2
Na pasivní podráždění dotekem jen vegetativní reakce.....	1
Žádná.....	0

6. Slovně-pohybová odpověď:

(kdo má tracheostomii = 3, pokud jsou přes pohyby rtů rozeznat hlásky/ „písmena“)

Nejméně jedno srozumitelně artikulované slovo.....	3
Nesrozumitelné (neartikulovatelné) projevy (zvuky).....	2
Sténání, křičení, kašláni (emocionálně, vegetativně podbarvené).....	1
Žádná slyšitelná/rozeznatelná fonace nebo artikulace.....	0

Příloha č. 4

Škála pro sledování kómatu

1. Mimické reakce

Snaha o mimickou reakci na podnět.....	4 body
Není snaha o mimickou reakci na podnět.....	3 body
Není snaha o spontánní mimickou reakci.....	2 body
Spontánní orofaciální automatismy.....	1 bod

2. Slovní reakce

Nejméně jedna srozumitelná věta.....	5 bodů
Nejméně jedno srozumitelné slovo.....	4 body
Nesrozumitelné slovní reakce na podnět.....	3 body
Nesrozumitelné spontánní slovní reakce.....	2 body
Spontánní polykání a žvýkání.....	1 bod
Žádná.....	0 bodů

3. Probuditelnost/pozornost

Sleduje zdroj stimulace.....	6 bodů
Zpožděná reakce na stimulaci (déle než 5 sekund).....	5 bodů
Obrací se směrem ke stimulu.....	4 body
Otevírání očí, pohyby očí a očních víček po stimulaci.....	3 body
Spontánní otevírání očí.....	2 body
Spontánní pohyby očí a očních víček.....	1 bod
Žádná.....	0 bodů

4. Pohybová aktivita

Pohybová reakce na požádání.....	5 bodů
Cílená pohybová reakce na podnět.....	4 body
Necílená pohybová reakce na podnět.....	3 body
Necílená spontánní pohybová reakce.....	2 body
Extenzorové a flexorové synergie.....	1 bod
Žádná.....	0 bodů

5. Změny vegetativního stavu

Opakovatelné ve spojitosti s podnětem.....	4 body
Nekonstantní ve spojitosti s podnětem.....	3 body
Spontánní ve spojitosti s podnětem.....	2 body
Spontánní.....	1 bod
Žádné.....	0 bodů

Příloha č.5

Funkční svalový test

- 0 – žádná kontrakce
- 1 – svalový záškub nebo stopa záškubu
- 2 – aktivní pohyb při vyloučení gravitace
- 3 – aktivní pohyb proti gravitaci
- 4 – aktivní pohyb proti gravitaci a odporu
- 5 – normální síla

Příloha č. 6

Rivermeadské vyšetření motoriky

Všeobecné instrukce:

Pacient provádí úkoly v pořadí podle obtížnosti. Boduje se 1, pokud pacient činnost vykonává, a 0 když ji nesvede. Jsou povoleny tři pokusy. Po třech za sebou následujících neúspěšných pokusech se test zastaví a pokračuje se v následujícím oddílu. Pacientovi se nesděluje, zda pokus provedl správně či nikoliv, pouze se všeobecně povzbuzuje. Pokud je nezbytné, instrukce se opakují a případně se předvedou. Všechna cvičení se provádějí nezávisle, pokud není stanoveno jinak. Všechny testy informují o postižené paži, pokud není stanoveno jinak.

Oddíl úkol a funkce hrubé motoriky:

1. Sedí bez opory

- Bez přidržování, na okraji (pelesti) postele, nohy bez opěry

2. Z lehu do sedu na okraji postele

- Jakýmkoliv způsobem

3. Do sedu se postaví

- Může použít ruce, aby se opřel. Musí se postavit během 15 sekund a stát 15 sekund, pokud je to nezbytné, může mít pomůcku

4. Přesune se z vozíku do křesla, ve směru nepostižené strany

- Může používat ruce

5. Přesune se z vozíku do křesla, ve směru postižené strany

- Může používat ruce

6. S pomůckou ujde v místnosti 10 metrů

- Může být jakákoliv pomůcka při chůzi. Bez pomoci při vstávání.

7. Samostatně jde do schodů

- Jakýmkoliv způsobem. Může používat zábradlí a pomůcku – musí ujít celý úsek schodů (půl patra)

8. Ujde 10 m v místnosti bez pomůcky

- Bez pomoci při vstávání. Žádná hůl, dlaha nebo chodítko

9. Ujde 10 m, zvedne ze země sáček fazolí, otočí se a vrátí nazpět

- Předkloní se jakýmkoliv způsobem, může použít pomůcky při chůzi, pokud je to nezbytné. Postaví se bez pomoci. K zvednutí fazolí může použít jakoukoliv ruku

10. Ujde 10 m venku

- Může použít pomůcku při chůzi, hůl nebo dlahu. Vstane bez pomoci

11. Vyjde i sejde 4 schody

- Pacient může použít pomůcku, pokud ji běžně používá, ale nemůže se držet zábradlí. Je to záměrný test na to, zda je pacient schopen překonat obrubník nebo schody bez zábradlí

12. Uběhne 10 m

- Musí běžet symetricky

13. Poskočí na postižené končetině pětkrát na jednom místě

- Musí poskakovat na špičce nohy bez zastavení k získání rovnováhy. Nesmí si pomáhat pažemi

Oddíl končetina a trup:

1. Přetočit se na postiženou stranu

- Výchozí pozice je v leže, neležet pokrčený

2. Přetočit se na nepostiženou stranu

- Výchozí pozice je vleže, neležet pokrčený

3. Provedení částečného mostu („half bridging“)

- Výchozí pozice – v polopokrčeném lehu. Pacient musí přenést část váhy pomocí postižené končetiny, aby zvedl kyčel na postiženou stranu. Terapeut může končetinu umístit do vhodné pozice, ale pacient musí udržet končetinu v pozici i po té, co je pohyb vykonán

4. Postavit se ze sedu

- Nesmí použít paži. Nohy jsou ploskami na podlaze – musí přenést váhu pomocí obou nohou

5. Polopokrčený leh: zvednout postiženou končetinu přes okraj postele a vrátit ji na stejné místo

- Postižená dolní končetina je v částečně pokrčené pozici. Zvednout končetinu z postele na podložku – například stolek, stoličku, podlahu tak, aby kyčel byla v neutrální pozici a koleno v 90°, když je noha na podložce. Během pohybu musí být postižené koleno flektováno. Nesmí se dovolit ani zevní rotace kyčle. Testuje se tak ovládní kolena a kyčle

6. Vestoje, nepostiženou končetinou stoupnout na blok (schod) a sestoupit

- Bez retrakce pánve nebo hyperextenze kolena. Váha musí zůstat na nepostižené končetině. Testuje se tak ovládní kolena a kyčle, zatímco váha je nesena na postižené končetině, ale úkol je náročnější než úkol 6.

7. Vestoje, pětkrát lehce klepnout nepostiženou nohou o zem

- Bez retrakce pánve nebo hyperextenze kolena. Váhu musí nést postižená končetina. Opět se prověřuje ovládní kyčle a kolena, zatímco váha je nesena na postižené končetině, ale úkol je náročnější než úkol 6

8. Vleže, provést dorzální flexi postiženého hlezniho kloubu při flektované dolní končetině

- Terapeut může držet postiženou končetinu ve vhodné pozici, kdy koleno svírá úhel 90°. Není dovolena žádná inverze. Pacient musí dosáhnout poloviny rozsahu pohybu nepostižené strany

9. Vleže, provést dorzální flexi postiženého hlezniho kloubu při natažené dolní končetině

- Stejně podmínky jako u bodu 8, ale s nataženou končetinou. Není povolena žádná inverze nebo flexe kolena. Noha musí dosáhnout postavení 90° v kotníku

10. Stoj s postiženou kyčlí v neutrální pozici, ohnout postižené koleno

- Terapeut nesmí pozici končetiny usměrnit. Pro mnohé hemiparetiky je to velmi těžký úkol, ale zařazuje se do vyhodnocení minimální dyfunkce

Oddíl paže:

1. Vleže, protrakce pletence ramenního s paží v elevaci

- paže může být podepřena

- 2. Vleže, extendovaná paže je v elevaci (malá externí rotace) po dobu nejméně 2 sekund**
 - Terapeut může umístit paži pacienta do uvedené pozice a pacient ji musí udržet v malé externí rotaci. Není povolena protrakce. Loket musí být držen v rozsahu 30° v plné extenzi
- 3. Flexe a extenze lokte, s paží, jako ve výše uvedeném úkolu 2**
 - Loket se musí natáhnout na nejméně 20° plné extenze. Během žádné části pohybu se dlaň nesmí otočit zevně.
- 4. Vsedě, loket na straně, supinace a pronace**
 - Přijatelné jsou tři čtvrtiny rozsahu, jenž není podepřen a je v pravém úhlu
- 5. Sáhne dopředu, uchopí oběma rukama velký míč a položí ho zpět**
 - Míč musí být na stole před pacientem tak daleko, aby musel plně natáhnout obě paže, aby na něj dosáhl. Ramena musejí být v protrakci, lokty extendovány, zápěstí v neutrální pozici nebo extendována, a prsty se extendují během pohybu. Dlaně nesmějí ztratit s míčem kontakt
- 6. Natáhnou paži vpřed, vzít ze stolu tenisový míček, uvolnit ho ve střední výšce na nepostižené straně a vrátit ho na stůl, potom znovu uvolnit na stole**
 - Opakovat pětkrát. Ramena musejí být v protrakci, loket extendován a zápěstí v neutrální pozici nebo extendováno ve všech fázích
- 7. Stejně cvičení jako předešlé, ale s tužkou**
 - Pacient musí k úchopu použít palec a prsty
- 8. Vzít kousek papíru ze stolu před sebou a položit ho zpět, opakovat pětkrát**
 - Pacient musí k uchopení papíru použít palec a prsty a nesmí ho stáhnout k okraji stolu. Paže je ve stejné pozici jako při úkolu 6
- 9. Na talíři, který stojí na protiskluzové podložce, nakrájet nožem s vidličkou plastelínu (tmel, terapeutickou hmotu) a položit je do krabičky vedla talíře**
 - Kousky mají být velké jako sousta
- 10. Stát na místě, zaujmout vzpřímenou pozici, pěti plynulými údery za sebou poslat dlaní velký míč k zemi (driblovat)**
- 11. Plynule spojovat palec s jednotlivými prsty, více než 14krát během 10 sekund**
 - Pohyby musejí být důkladné. Nedovolit, aby palec klouzal z jednoho prstu na druhý
- 12. Supinace a pronace dlaně na postižené ruce 20krát za 10 sekund**
 - Paže musí být vzdálena od těla, dlaň a dorzum ruky se musejí dotknout dlaně zdravé ruky. Každý dotek se hodnotí jako jeden bod. Úkol je podobný úkolu 4 uvedenému výše, ale zavádí rychlost
- 13. Vestoje, postižená paže abdukována do 90° s rovnou dlaní proti zdi**
 - Udržet paži v této pozici. Otočit trup směrem ke zdi a co nejbliž směrem k paži, tj. otáčet tělem nad 90°. Není dovoleno flektovat loket, zápěstí musí být extendováno, plně v kontaktu se zdí
- 14. Umístit okolo hlavy pásek a uvázat vzadu kličku (udělat uzel)**
 - Krk nesmí být flektován. Postižená ruka musí být použita více než pouze k podepření pásku. Testuje se funkce ruky bez pomoci zraku
- 15. Plácnout rukama o zeď sedmkrát během 15 sekund**
 - Ve výši ramen udělat na zdi křížky. Oběma rukama současně plácnout (oběma rukama se dotknout křížů na zdi, a to jednou rovně a jednou křížem). Cvik se musí vykonat ve správném pořadí. Dlaně se musejí dotknout. Každá sentence se hodnotí jako jeden bod. Pacient má tři pokusy. Jde o komplikovaný vzor, který zahrnuje koordinaci, rychlost a paměť, stejně jako dobrou funkci paže

Příloha č. 7

Frenchayský test paže

Pacient sedí u stolu s rukama v klíně. Z této pozice začínají všechny úkoly. Za každý úspěšně splněný úkol obdrží pacient jeden bod (jestliže chybuje pak nulový počet). Je požádán, aby postiženou rukou:

1. přidržel pravítko, když druhou rukou drží tužku a rýsuje čáru. Během rýsování musí pravítko držet pevně
2. uchopil válec (o průměru 12 mm, dlouhý 5 cm), postavil ho přibližně 15 cm od okraje stolu, zvedl ho do výšky asi 30 cm a přemístil jej, aniž by mu válec upadl
3. zvedl sklenici, která je do poloviny naplněná vodou a je umístěna 15-30 cm od okraje stolu, napil se a vrátil sklenici zpět na místo, aniž by cokoliv rozlil
4. sňal a přemístil pružinový kolíček na prádlo z kolíku o průměru 10 mm, dlouhého 15 cm, umístil ho na čtvercovou podložku o straně 10 cm, vzdálenou 15-30 cm od okraje stolu. Pacient nesmí upustit kolíček na prádlo ani převrátit kolík
5. učesal si vlasy (nebo česání imitoval), musí se učesat na temeni, směrem dolů vzadu na hlavě a dolů na každé straně hlavy.

Příloha č. 8

Skóre rovnováhy ve stoji

- 0 neschopen stát (tj.horší než další stupeň)
- 1 schopen stát o širší bázi (s nohama vzdálenýma od sebe), ale pouze po dobu kratší než 30 sekund
- 2 může stát o širší bázi po dobu 30 sekund, ale nikoliv ve stoji spojném (s nohama u sebe)
- 3 stojí ve stoji spojném (nohy u sebe), ale po dobu kratší než 30 sekund
- 4 stojí ve stoji spojném po dobu 30 sekund nebo déle

Příloha č. 9

Skóre rovnováhy v sedě

Stupeň:

Popis:

- 1 (nedostatečný).....neschopen udržet statickou pozici
2 (nedokonalý).....schopen udržet statickou pozici bez obtíží, ale potřebuje asistenci při všech vzpřimovacích pohybech
3 (dobrý).....schopen udržet statickou pozici bez obtíží, ale potřebuje pomoc při vzpřimování z hemiplegické strany
4 (normální).....schopen provést test bez jakékoliv tělesné podpory

Vyšetření: Pacient sedí na okraji postele, nohy na podlaze, záda neopřena a ruce v klíně. Je-li pacient schopen udržet se v této pozici bez pomoci po dobu 15 sekund, je terapeutem mírnou silou postrkován dopředu, dozadu a do stran. Terapeut přitom dává pozor a volnou rukou brání, aby pacient neupadl.

Příloha č.10

Škála spasticity dle Ashwortha

Stupeň:	Popis:
0	svalový tonus se nezvyšuje
1	mírné zvyšování svalového tonu, manifestované při uchopení a uvolnění, nebo při minimálním odporu na konci rozsahu protažení, když je postižená část (části) flektovaná nebo extendovaná
1+	mírné narůstání svalového tonu, které se projeví při uchopení, následované minimálním odporem ve zbylém (méně než polovičním) rozsahu pohybu
2	nápadnější narůstání svalového tonu v průběhu většiny rozsahu pohybu, ale postižená část (části) se pohybuje snáze
3	výrazné narůstání svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný
4	postižená část (části) je při flexi nebo extenzi rigidní (úplně nepohyblivá)

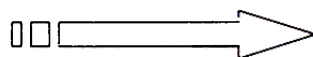
Příloha č. 11

Test funkční soběstačnosti (FIM)

Úrovně:

Nezávislost

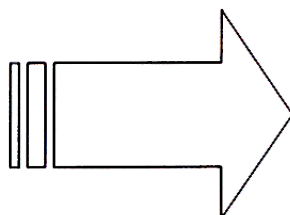
- 7 úplná nezávislost
- 6 modifikovaná nezávislost
(kompenzační pomůcky)



Nevyžaduje asistenci

Modifikovaná závislost

- 5 supervize (dohled)
- 4 minimální pomoc
(pacient vykoná 75% a více činností z testu)
- 3 mírná pomoc
(pacient vykoná 50-75% činností z testu)



Vyžaduje asistenci

Úplná závislost

- 2 maximální pomoc
(pacient vykoná 25-50% činností z testu)
- 1 celková pomoc
(pacient vykoná 0-25% činností z testu)

Osobní péče:

1. Příjem jídla
2. Osobní hygiena
3. Koupání
4. Oblékání – horní polovina těla
5. Oblékání – dolní polovina těla
6. Použití WC

Kontrola svěračů:

7. Kontrola močení
8. Kontrola vyprazdňování

Přesuny:

9. Lůžko, židle, vozík
10. Toaleta
11. Vana, sprchový kout

Lokomoce:

12. Chůze/jízda na vozíku
13. Schody

Komunikace:

14. Rozumění
15. Vyjadřování

Sociální schopnosti:

16. Sociální interakce
17. Řešení problémů
18. Paměť

Příloha č. 12

Barthel index

Funkce	Počet bodů	Popis
Příjem potravy	5 10	Potřebuje pomoc (např. nakrájet jídlo) Soběstačný. Používá příbor nebo pomůcky, přijímá potravu v přiměřeném čase
Přesun z vozíku na židli a nazpět (včetně toho, že se pacient posadí)	5 10 15	Dokáže se posadit, při přesunech však potřebuje maximální pomoc Minimální pomoc nebo dohled Soběstačný. Umí u vozíku používat brzdy a nožní podpěry
Osobní hygiena	0 5	Nesoběstačný Umyje si obličej, učeše se, oholí se, vyčistí si zuby
Toaleta	5 10 15	Potřebuje pomoc kvůli nestabilitě, potřebuje pomoci s úpravou oděvu, utíráním nebo manipulací s toaletním papírem Soběstačný včetně použití podložní mísy. Nepotřebuje pomoc při úpravě oděvu, sám se dokáže očistit, utřít, umýt
Koupání	0 5	Nesoběstačný Vykoupe se bez pomoci
Pohyb po rovině	5 10 15	V případě, že není schopen chůze, dokáže samostatně ujet 50 m Vzdálenost 50m ujde s pomocí Ujde 50m samostatně nebo s opěrnými pomůckami (ne však s chodítkem s kolečky)
Schody (výstup a sestup)	5 10	Potřebuje pomoc a dohled Soběstačný, výstup či sestup zvládne s opěrnými pomůckami
Oblékání	5 10	Potřebuje pomoc, alespoň polovinu činností zvládne v přiměřeném čase Soběstačný. Obuje a zaváže si boty, ovládá zipy, zapne sponky nebo přezky
Ovládání vyměšování stolice	5 10	Občasné problémy nebo potřebuje pomoc s podáním čípku či klyzmatem Není inkontinentní. V případě potřeby umí použít čípek nebo klyzma
Ovládání měchýře	5 10	Občasné problémy nebo potřebuje pomoci s pomůckami Bez problémů. V případě potřeby samostatně použije pomůcky ke sběru moče

Hodnocení:	0 – 40	nesoběstačný
	41 – 60	středně nesoběstačný
	61 – 95	mírně nesoběstačný
	96 – 100	soběstačný

Příloha č.13

Test aktivit

Mentální kapacita

Stupeň vědomí

Zcela probuzen	8
Somnolentní	6
Prekomaťózní	4
Kóma	1

Orientace v čase, prostoru, osobě

Orientovaný ve všech třech dimenzích	6
Orientovaný ve dvou dimenzích	4
Orientovaný v jedné dimenzi	3
Dezorientovaný	1

Schopnost verbálně komunikovat

Normální slovní komunikace	12
Lehké obtíže při komunikaci	8
Těžké obtíže při komunikaci	4
Verbálně nelze komunikovat	1

Psychické aktivity

Je iniciativní, žádá informace atd.	6
Je někdy iniciativní, hovoří s lidmi ve svém okolí	4
Není iniciativní, apatický	3
Nelze pozorovat psychickou aktivitu	1

Pohybová aktivita

Pravá paže

Normální nebo skoro normální pohybová aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1

Levá paže

4
3
2
1

Pravá ruka

Normální nebo téměř normální aktivita, nezávislý úchop a pohyby jednotlivými prsty	4
Jednoduchý funkční úchop	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1

Levá ruka

4
3
2
1

Pravá dolní končetina

Normální nebo téměř normální aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1

Levá dolní končetina

4
3
2
1

Funkce denních činností (ADL)

Chůze

Je schopen chůze	6
Chodí, pokud jej někdo podpírá, je schopen sám se pohybovat na vozíku	4
Upoután na vozík, je schopen vstát, když ho někdo podpírá	3
Upoután na lůžko nebo vozík, není schopen stát, ano když se o někoho opírá	1

Osobní hygiena

Obstarává si osobní hygiena zcela sám	6
Pomoc potřebuje při toaletě dolní části těla	4
Pomáhá při mytí, ale potřebuje pomoc jak pro dolní, tak horní toaletu	3
Vůbec nepomáhá při osobní hygieně	1

Oblékání

Obléká se sám	6
Obléká se vcelku sám, ale potřebuje pomoc např.při oblékání punčoch nebo ponožek	4
Může pomáhat s určitými drobnými úkony při oblékání	3
Musí ho oblékat někdo jiný	1

Jídlo

Nají se zcela sám	6
Nají se s částečnou pomocí	4
Musí být krmen	3
Musí být vyživován sondou nebo intravenózně	1

Vyprazdňování/ funkčnost měchýře

Kontinentní	6
Občas se pomočí	4
Urinál nebo pomoc na toaletě a mísa do lůžka	3
Zavedený katétr	1

Vyprazdňování/funkčnost střev

Kontinentní	6
Občas se pokálí	4
Kolostomie nebo pomoc při toaletě nebo mísa do lůžka	3
Inkontinentní	1

Maximální možné dosažené skóre je 92 bodů

Příloha č.14

Kodaňská škála stavů po náhlých mozkových příhodách

Stupeň vědomí

- 1 úplně lucidní
- 2 somnolentní, může být probuzen a potom uspokojivě pracuje
- 3 lze ho probudit jen s obtížemi, pak někdy omezeně spolupracuje
- 4 horší

Obtíže při řeči

- 1 řeč je normální
- 2 lehce abnormální řeč
- 3 hovoří omezeně, ale i špatně rozumí
- 4 mutismus nebo nesrozumitelná řeč nebo rozumí velmi těžko

Zanedbávání (neglect)

- 1 není
- 2 mírné, tj. pacient si spontánně neuvědomuje deficity, je zanedbaný, lhostejný
- 3 závažné

Deviace konjugovaného pohledu

- 1 není
- 2 mírná
- 3 nápadná, částečně s usilovným otáčením hlavy

Obrna lícního nervu

- 1 není
- 2 pravděpodobná nebo částečná
- 3 středně těžká
- 4 úplná

Hemianopsie

- 1 není
- 2 pravděpodobná nebo částečná
- 3 zjištěná a úplná

Síla, s níž je pacient schopen zvednout paži

- 1 normální síla
- 2 proti odporu
- 3 proti gravitaci, ale nikoliv proti odporu
- 4 není možné

Funkce ruky

- 1 normální
- 2 snížené jemné pohyby prstů (zapínání knoflíků, uchopení pohárku)
- 3 snížená nebo potlačená extenze prstů, ale normální nebo mírně snížená schopnost úchopů
- 4 nápadný, nebo závažně paralyzovaný úchop
- 5 paralýza

Síla, s níž je pacient schopen zvednout dolní končetinu

- 1 normální
- 2 proti odporu
- 3 proti gravitaci, ale nikoliv proti odporu
- 4 není možné

Chůze

- 1 normální
- 2 schopen bez pomůcek (hůl, tříbodová opěra nebo podobné pomůcky)
- 3 schopen s pomůckami
- 4 s oporou jedné osoby
- 5 s oporou dvou osob
- 6 horší

Příloha č.15

Skandinávská škála hodnocení stavů po náhlých mozkových příhodách (krátká forma)

Stupeň vědomí

Plně při vědomí	4
Somnolentní	3
Soporórní	2
Kóma	1
Smrt	0

Pohyby očí

Není porucha pohledu	2
Obrna pohledu se překoná okulocefalickým reflexem	1
Fixovaná konjugovaná deviace	0

Obrna lícního nervu

není/nejistá	1
přítomná	0

Poruchy hybnosti

Normální síla všech končetin	6
Monoparéza: omezená síla, brachiofaciální nebo jen jedné končetiny	5
Monoparéza: výrazně omezená síla, vzniká např.pouze při flexi, je lokalizovaná brachiofaciálně, nebo jen na jedné končetině	4
Hemiparéza s omezenou silou	3
Hemiparéza s výrazně omezenou silou	2
Monoplegie, tj.plegie jedné končetiny	1
Hemiplegie, tj.plegie na jedné straně	0

Příloha č. 16

Statut sebeobsluhy podle Kennyové

Hodnocení: 0 = zcela závislý
1 = rozsáhlá pomoc
2 = částečná pomoc
3 = minimální pomoc nebo jen dohled
4 = nezávislý

Lůžko

Pohybuje se na lůžku

Vstává z lůžka

Přesun

Sed

Stoj

Toaleta

Lokomoce

Chůze

Schody

Vozík

Oblékání

Horní polovina těla a paže

Dolní polovina těla a dolní končetiny

Nohy

Osobní hygiena

Obličej, vlasy, paže

Tělo, perineum

Dolní končetiny

Program stolice

program měchýře

Příloha č. 17

Katzův test každodenních činností

Funkce	Nezávislost	Závislost
Koupání (houba, sprcha nebo vana)	pomoc pouze při koupání jedné části těla (např. zad nebo ochrnuté končetiny) nebo se celý vykoupe sám	pomoc při koupání více než jedné části těla, pomoc při vstupu do vany a výstupu z ní, nebo se nemůže koupat sám
Oblékání	vezme si oblečení ze skříní nebo zásuvek, oblékne si šaty i svrchní oděv, zvládne si zapnout pásek a různé upínání, nevyžaduje se šněrování bot	neoblékne se sám nebo zůstane částečně neoblečen
Toaleta	jde na toaletu, použije toaletu, svlékne se, oblékne a upraví si oděv, očištění exkrementů (zvládne si dát do lůžka mísu používanou v noci, a může nebo nemusí používat mechanické opěry)	používá mísu nebo toaletní židli, nebo potřebuje pomoc, když se chce dostat na toaletu a použít ji
Kontinence	močení i defekaci zvládne zcela sám/kontroluje je	částečná nebo úplná inkontinence močení nebo defekace, částečná nebo plná kontrola pomocí klyzmat, katétrů, nebo řízené používání urinalů nebo mís na lůžku
přesun	dostává se na lůžko i z něj zcela nezávisle (může nebo nemusí při tom používat mechanické opěry)	pomoc při pohybu z lůžka nebo na něj a/nebo na vozík, nezvládne jeden ani více přesunů
přijímání potravy	jí z talíře nebo jeho ekvivalentu /krájení masa a příprava jídla jako je namazání chleba máslem, se z hodnocení vylučují)	při jídle potřebuje pomoc, vůbec se nenají nebo přijímá parenterální výživu

Hodnocení:

- A** nezávislý při jídle, kontinenci, schopný přesunu, jít na toaletu, obléknout se, vykoupat se
- B** nezávislý ve všech uvedených funkcích kromě jedné
- C** nezávislý kromě koupání a ještě jedné funkce
- D** nezávislý kromě koupání, oblékání a ještě jedné funkce
- E** nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu a ještě jedné funkce
- F** nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a ještě jedné funkce
- G** závislý ve všech šesti funkcích
- Jiné** závislý přinejmenším ve dvou funkcích, které však nejsou klasifikované v C, D, E nebo F

„Nezávislý“

znamená bez dohledu, řízení nebo aktivní pomoci od jiné osoby, kromě zvláštních případů uvedených níže. Hodnocení je založeno na aktuálním stavu, ne na schopnosti. Na pacienta, který odmítne úkon provést, se pohlíží, jako by jej nezvládl, i když je jinak pokládán za schopného úkon vykonat

(Lippert-Grünerová, 2005)

Příloha č.18

Úroveň kognitivních funkcí

Rancho scale

Stupeň I.: žádná odezva, potřeba úplné asistence

- žádná odezva na jakékoliv podněty

Stupeň II.: generalizovaná odpověď, potřeba úplné asistence

- zjevné generalizované reflexy nejčastěji na bolestivé stimuly
- na podněty reaguje proměnlivě, nespecifickým chováním, beze smyslu
- odpověď na opakované sluchové stimuly s přibývajícím nebo ubývajícím intenzitou
- odpověď na vnější stimuly pohybem celého těla, a/nebo vokalizací,
- odpověď může být významně opožděná

Stupeň III.: lokalizovaná odpověď, potřeba úplné asistence

- na podnět reaguje specificky ale proměnlivě
- reaguje na známé osoby (rodina, přátelé) ale ne na jiné
- obranná reakce nebo vokalizace na bolestivé stimuly
- otáčení se směrem k nebo od zvukového podnětu
- registruje předmět před očima
- po odeznění zevního podnětu leží klidně, jeví povědomí o nepohodlí (např.vytahuje žaludeční sondu nebo katétr)
- neúplná odpověď na jednoduché příkazy (např.zavírání očí, natažení končetiny)
- odpověď odpovídající stimulu

Stupeň IV.: rozrušenost, zmatenost, potřeba maximální asistence

- stav zvýšené aktivity s omezenou schopností zpracovávat informace, bdělost při zásadní aktivitě, zmatenost (na vnitřním podkladu)
- chování je neodpovídající situaci, neúměrně reaguje na podněty, snaží se odstranit překážky (např.sondu), snaží se záměrně dostat z postele, reaguje zmateně
- schopnost vykonávat motorickou aktivitu jako je sed, sahání po předmětech, pohybovat se, ale bez zjevného úmyslu nad prosbou druhých
- velmi krátké a obvykle náhodné momenty udržení a rozdělení pozornosti
- absence krátkodobé paměti, reaguje na události z minulosti
- mohou se chovat agresivně nebo euforicky, plakat, křičet
- změny nálad bez příčiny v prostředí
- neschopen spolupráce v léčebném programu
- verbální projevy jsou mnohdy nesouvisející nebo nepřiměřené momentální aktivitě nebo prostředí

Stupeň V.: zmatený, nepřiměřený, potřeba maximální asistence

- čilý, nerozrušený, ale pokud je mobilní, může se toulat – náhodně, nebo chce jít domů
- může se rozrušit vnějšími stimuly a/nebo uspořádáním prostředí – rozdíl od stupně 4 (tj.ne na vnitřním podkladu)
- není orientovaný osobou, místem, časem

- nezáměrná, krátké trvání pozornosti
- velmi omezená krátkodobá paměť, je jakoby zkalená, zmatenost – minulost x přítomnost
- necílené pohyby, problém v řešení pohybu, a vlastního motorického chování
- jasné nepřiměřené užití předmětů bez vnější kontroly
- schopnost vykovávat dříve naučené věci pokud se mu správně poskytnou, ve správném pořadí
- neschopný učit se nové informace
- schopný reagovat na jednoduché příkazy, s dostatečnými vnějšími podněty (?)
- odpovědi na jednoduché příkazy bez vnějšího uspořádání jsou náhodné a neodpovídající příkazu
- schopný konverzovat na sociální, automatické úrovni krátkou dobu pokud je mu poskytnuto dostatečné vnější podpory
- verbální projev reagující na současné události je nepřiměřený, bez kontextu

Stupeň VI.: popletený, adekvátní, vhodné (?), přiměřený potřeba mírné asistence

- neúplná orientace osobou, místem, časem
- neurčité poznání některých osobních věcí
- lepší dlouhodobá paměť oproti krátkodobé (je hlubší a detailnější)
- objevující se uvědomění příslušných odpovědí na osobní, rodinné a základní potřeby
- chování je cílené, ale nutné vnější vedení
- plní jednoduché povely,
- zvládá znovu naučené dovednosti (ADL)
- odezvy odpovídají situaci, často jsou však nepřesné (problémy s pamětí)

Stupeň VII.: automatický, adekvátní, přiměřená potřeba minimální asistence v ADL

- orientovaný osobou a místem, v orientaci časem s dopomocí
- minimální dohled nad novým učením
- automaticky provádí denní rutinu, často ale automaticky, může být mírně zmatený, mělká paměť
- neschopnost plánovat, rozhodovat
- bdělost je mělká
- snížení úsudku, soudnosti
- nevědomí ostatních potřeb a pocitů
- neschopnost rozpoznat nepřiměřené chování, sociální interakce

Stupeň VIII.: cílený, funkční, účelný adekvátní, nutný dohled

- orientovaná osobou, místem, časem
- spojuje si minulé a přítomné dění
- je motoricky schopný nezávisle zvládat různé dovednosti, včetně řízení vozidla
- je indikovaná pracovní rehabilitace – možnost návratu jako spolupracovník do společnosti
- návrat abstraktního myšlení
- soudnost i při rizikových a neobvyklých situacích, často ale v menší míře než premorbidně
- ve společnosti je funkční, sociální, emoční a intelektuální schopnosti ale mohou být na snížené úrovni

Stupeň IX.: záměrný, funkční, adekvátní, asistence na požádání

- ví, jaký je denní rozvrh, ví, kdy si říci o asistenci

- je schopen věnovat se samostatně domácnosti, práci a koníčkům, ví, kdy si říct o asistenci
- ví, kde má slabé stránky, je schopen předcházet krizím, jak je napravit, je schopen vyhodnotit a řešit krizovou situaci
- je schopen zhodnotit důsledky svých rozhodnutí
- přesně odhadne své schopnosti, ale přizpůsobit požadavky asistence
- bere na vědomí své potřeby a pocity, reaguje na ně s potřebnou asistencí
- může být deprese
- může být snadno vznětlivý
- může být snadno frustrován
- schopný kontrolovat své sociální interakce, se zálohou pomoci

Stupeň X.: záměrný, funkční, adekvátní, upravená nezávislost

- schopen vykonávat několik věcí současně, ale vyžaduje přestávky, periody
- schopen nezávisle vymyslet, sestavit a dodržet vlastní paměťový plán
- je schopen samostatně obstarat domácnost, ostatní členy domácnosti, práci i volný čas, ale může vyžadovat více času nebo speciální pomůcky
- ví o svých slabých stránkách, je schopen se jim vyhnout, předcházet jim, ví, co má dělat v krizových situacích
- odhadne své schopnosti a úměrně se jim přizpůsobí
- schopen rozpoznat potřeby a pocity a automaticky na ně odpovědět příslušným chováním
- může nastat období deprese
- může být snadno a často unavitelný, snadno frustrovaný
- sociální interakce jsou přiměřené

(Graber, 2007)