

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
ergoterapie

**Kompenzační pomůcky užívané seniorem a
úpravy bytu s tím spojené**

Bakalářská práce

Autor: Anna Dvořáková

Vedoucí práce: Bc. Soňa Blodigová

2007

Charles University in Prague
1st Faculty of Medicine
Occupational therapy

**Kompensatory aids used by the seniors in their home
enviroment and rearrangements of their flats related
to the aids.**

Bachelor Paper

Author: Anna Dvořáková

Supervisor: Bc. Soňa Blodigová

2007

Poděkování

Děkuji Bc. Soňe Blodigové, za odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Poděkovat chci také Bc. Kateřině Hájkové, ergoterapeutce z Domova pro seniory v Malešicích, za podporu při mé odborné praxi a užitečné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji za pomoc s překladem souhrnu do angličtiny Pavlíně Kovářové. Velké díky patří také mému příteli Michalu Horákovi za pomoc se zpracováním fotodokumentace, plánů a návrhů bytů a úpravou powerpointových prezentací. A nemenší dík patří mým rodičům a přátelům, kteří mi nejen pomohli s jazykovou úpravou mé práce, ale především stáli celou dobu při mně a všemožně mě podporovali.

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

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

V Mělníce dne 25. 11. 2007



Anna Dvořáková

Souhrn:

Bakalářská práce se v teoretické části zaměřuje na chorobné procesy ovlivňující výkon činností všedního dne (ADL) u seniorů. Je zde popsáno 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů. Těchto 7 okruhů tvoří ateroskleróza a její orgánové projevy, chronická obstrukční choroba bronchopulmonální, osteoporóza, osteoartróza, poruchy zraku, poruchy sluchu a demence ve stáří.

V další kapitole jsou rozebrány možnosti kompenzace ztráty nebo omezení některých dovedností, ke kterým může ve vyšším věku člověka dojít. Rozepisují zde úpravy prostředí, které nejsou náročné finančně ani časově. Velký prostor je dále věnován náročnějším úpravám a především kompenzačním pomůckám, které mohou výrazně usnadnit soběstačnost seniora a napomoci zvýšení jeho kvality života. V části týkající se kompenzačních pomůcek je uveden přehled speciálních pomůcek distribuovaných firmami se zdravotnickými pomůckami a zároveň jsou zde uvedeny stejně účinné předměty běžné denní potřeby, které jsou k dostání v mnoha obchodech, ale za méně peněz. Uvedeno je zde i jak pomůcky získat, jejich ceny, možnost hrazení pojišťovnou a samozřejmě několik kritérií, dle kterých je nutno pomůcku hodnotit a vybírat.

V praktické části jsou 3 kasuistiky seniorů, jejichž pohybové schopnosti jsou omezeny a u nichž klesá kvalita výkonu některých všednodenních činností a je tak ohrožena jejich soběstačnost. S dvěma z těchto klientů jsem spolupracovala v rámci své praxe v Domově pro seniory v Malešicích a s třetí klientkou jsem pracovala externě po domluvě s ní a s její rodinou. V kasuistikách uvádím stručné hodnocení pohybových schopností, kognitivních funkcí a soběstačnost v ADL. U jednotlivých klientů je zpracován krátkodobý a dlouhodobý plán, jenž zahrnuje návrh úprav a pomůcek, které by měly přispět k vytvoření bezpečnějšího prostoru a usnadnění vykonávání některých činností všedního dne. Ke každé kasuistice je přiložena fotodokumentace a plán bytu před a po úpravách. Do praktické části jsem také zařadila také katalog pomůcek a návrhy bytu, aby byly jasně vidět nedostatky a rozdíly v rozměrech vybavení jednotlivých bytů.

Abstract:

As for the theoretical part, this thesis concentrates on diseased processes influencing the performance of daily activities (ADL) with a view to seniors. There are described 7 diseased processes spheres of present seniors' dispositions – atherosclerosis and its organ

manifestations, chronic obstructive pulmonary disease, osteoporosis, osteoarthritis, visual disorders, hearing disorders and senile dementia.

The next chapter discusses options of the compensation in the case of loss or limitation of any skills that can occur to older people. I analyze there surrounding arrangements that are not financial or time-consuming. Afterwards, the chapter focuses on demanding arrangements – the compensatory aids above all, which can markedly ease the senior self-sufficiency and help them to improve the quality of their life. In the part concerning the daily living aids, there is presented the summary of special aids distributed by companies with medial accessories. There are also introduced equally effective aids of common daily needs available in many shops but for less prices. Furthermore, there is mentioned where and how it is possible to get them, their prices, the possibility of the insurance covering and several criteria of course, according to them it is necessary to value and choose the aid.

Regarding the practical part, there are 3 senior casuistries whose kinetic skills are limited, suffering from the quality decline of some daily activities performance, so their self-sufficiency is endangered. I worked with two clients within my practice in “Domov pro seniory” in Malešice. As regards the third client, we worked externally after the agreement with her and her family. In the casuistries, I present the brief evaluation of kinetic skills, cognitive functions and self-sufficiency within ADL.

With respect to individual clients, both short-term and long-term plans were elaborated including proposal of the arrangements and the aids that should contribute to the creating of the saver surrounding and to the simplification of some daily activities performance. To every casuistry, there are attached the photo-documentation and the apartment plan before and after arrangements.

In the practical part, I have also included the aids catalog and proposal of the arrangements in order to see clearly negatives and differences in the arrangement of individual apartments.

Obsah

I. Úvod	1
II. Teoretická část.....	3
1. Nejvýznamnější chorobné procesy ohrožující funkční stav seniorů.....	3
1.1 Ateroskleróza a její orgánové projevy	4
1.2 Chronická obstrukční choroba bronchopulmonální.....	5
1.3 Poruchy zraku	5
1.4 Poruchy sluchu.....	6
1.5 Osteoporóza	7
1.6 Osteoartróza.....	8
1.7 Demence ve stáří.....	10
2. Prevence u seniorů.....	12
2.1 Rozdělení prevence.....	12
2.2 Prostředky prevence.....	13
3. Pády	14
3.1 Příčiny pádů	15
3.2 Typické vzorce pádů.....	15
3.3 Důsledky pádů	17
3.4 Jak se vyhnout riziku a následnému pádu	17
4. Možnosti kompenzace porušených dovedností.....	19
4.1 Hodnocení v domácím prostředí	20
4.1.1 Úpravy jednoduché.....	20
4.1.2 Úpravy využívající běžně dostupné pomůcky.....	21
4.1.2.1 Kompenzační pomůcky	21
4.1.2.2 Dělení kompenzačních pomůcek.....	21
4.1.2.3 Výběr pomůcek	23
4.1.2.4 Získání kompenzační pomůcky	26
4.1.2.5 Přehled pomůcek podporujících soběstačnost seniorů	27
4.1.3 Složitější úpravy a pomůcky v domácím prostředí	42
III. Praktická část.....	44
Kasuistika č. 1 – Klientka A.B	44
Kasuistika č. 2 – Klient M.P	53

Kasuistika č. 3 – Klientka L.L.....	63
IV. Diskuze	73
V. Závěr	75
Seznam použité literatury	76
Přílohy	

I. Úvod

Stáří, období života, kdy se člověk díky zlepšující se zdravotní a sociální péči dožívá stále vyššího věku, je pro člověka stejně důležité období jako kterékoliv jiné. Myslím si však, že pro člověka vyššího věku je mnohem náročnější udržovat a ovlivňovat svou kvalitu života, která je ohrožena mnoha faktory. Proto jsem se rozhodla věnovat se ve své bakalářské práci právě možnostem, které napomáhají podpoře soběstačnosti seniorů a tím pádem i pozitivnímu ovlivnění jejich kvality života.

S rostoucím věkem seniora rostou nejen nároky na zdravotní péči, ale hlavně na péči nebo asistenci druhé osoby při různorodých úkonech péče o sebe sama nebo o domácnost. Tohoto úkolu se ujmou partneři nebo spíše děti člověka, který již ztrácí schopnosti potřebné pro samostatné provádění některých činností (Hamilton I. S., 1999). Moje rodina se v takové situaci ocitla a během mé praxe v Domově pro seniory jsem poznala mnoho lidí, jejichž rodiny se rozhodly podobné situace řešit umístěním jejich rodičů a prarodičů do tohoto zařízení. Během této praxe i návštěv v Mělnickém Domově pro seniory jsem si uvědomila, že je zde mnoho lidí, o něž by péče byla pro jejich rodiny nezvládnutelná. Přibližně stejně tolik je zde však i lidí, jimž by šlo usnadnit život v jejich domácím prostředí do té míry, že by se o ně jejich rodina mohla starat jen minimálně. Proto jsem se rozhodla zpracovat v mé bakalářské práci možnosti usnadňující život seniora v jeho domácím prostředí.

V teoretické části bych chtěla uvést 7 hlavních okruhů chorobných poruch, které v současnosti nejvíce ohrožují funkční stav seniorů. U každého z nich hodlám uvést hlavně projevy onemocnění, které mají vliv na soběstačnost seniora, přestože jiné aspekty daného onemocnění mohou být vážnější a více ohrožující zdraví nebo život seniora, ale nevztahují se příliš k tématu této práce.

V jedné z kapitol uvedu také, jak obavy z pádu a samotné pády ovlivňují bezpečnost a život seniora. Hodlám zde uvést rizika incidence pádů, jejich příčiny a vzorce, protože si myslím, že jejich znalost umožní ergoterapeutovi zhodnotit bezpečnost seniora v jeho konkrétním bytě a napomůže mu k plánování a realizaci jeho úprav.

Ve své bakalářské práci bych chtěla především shrnout možnosti kompenzace narušených dovedností. V této kapitole chci uvést jednoduché úpravy bytu, které nejsou příliš náročné na čas, peníze ani materiál. Zároveň mám v úmyslu zpracovat přehled pomůcek které mohou výrazně usnadnit vykonávání některých dovedností a tak zvýšit nezávislost seniora, a jak je získat a vybrat.

Dle tohoto přehledu chci zhodnotit byty vybraných seniorů, jejichž kasuistiky uvedu v praktické části. V kasuistikách zhodnotím soběstačnost, kognitivní funkce a vhodnost jejich bytu pro člověka s omezenými funkčními dovednostmi. K jednotlivým kasuistikám budou přiloženy plány bytů a fotodokumentace, jak vypadají nyní a plány bytů a návrhy některých místností bytu, jak budou vypadat po mnou navržených úpravách.

V praktické části chci také uvést obrazový přehled některých pomůcek ve formě powerpointové prezentace.

II. Teoretická část

1. Nejvýznamnější chorobné procesy ohrožující funkční stav seniorů

Na zdravotní a funkční stav organismu člověka ve vyšším věku má vliv několik okruhů faktorů.

Je to např. životní styl a podmínky člověka. To znamená, že na zdraví člověka má vliv jak aktivní či pasivní život vedl, jak zdravý byl jeho životní styl, jak velkému stresu byl v průběhu života vystaven apod..

Dalším důležitým okruhem faktorů je subjektivní hodnocení a prožívání, které má také rozhodující vliv na zdravotní a funkční stav organismu.

Jeden z faktorů je biologická involuce, která je jedním ze základních příčin zhoršení zdravotního stavu a funkčních dovedností člověka. Involuce, jednodušeji řečeno stárnutí je „...univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.“ (Kalvach a kol., 2004:67). Člověk stárne tedy v průběhu velké části života „Zhruba od 30 let věku je stárnutí považováno za hlavní příčinu mortality.“ (tamtéž s.67) a jde o fyziologickou atrofii jenž je u každého jedince individuální a věkový nástup změn jednotlivých orgánů je různý. Na celý průběh stárnutí má vliv několik mechanismů, např. reparační, obranný, adaptační a regulační.

Další vliv na stárnutí má prostředí, životní styl a patologické jevy. O těch se zmíním dále v rámci samostatného okruhu faktorů, které jsou pro mou práci, jež se zabývá vlivem ztráty schopností na samostatnost seniora, nejstěžejnější a mají dle mého největší podíl na ztrátě soběstačnosti člověka vyššího věku. Jde o chorobné procesy, jejichž riziko vzniku se stoupajícím věkem člověka stoupá a jejich propuknutí je pro vyšší věk charakteristické. Jednotlivým chorobným procesům v této kapitole budu věnovat větší či menší prostor dle toho, jak si myslím, že je velký jejich význam ve vztahu k nezávislému životu a pohybu seniora v domácím prostředí. O všech již bylo také mnoho napsáno a proto se zde pokusím ty nejdůležitější onemocnění popsat jen stručně.

Dle Kalvacha a kol. (1997) lze identifikovat asi 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů. Jsou to:

1.1 Ateroskleróza a její orgánové projevy

Onemocnění nazývané také kornatění tepen je degenerativní onemocnění tepen. Jeho podstatou je ukládání tukových látek a kalcia do stěn cév což způsobuje zúžení nebo uzavření jejich průtoku. V některých případech může docházet naopak k rozšiřování a zeslabování stěn cév a nakonec k jejich prasknutí (Vokurka a kol. 2005).

Rizikovými faktory vzniku jsou kromě věku a nezdravého životního stylu (kouření, obezita, inaktivita) vysoká hladina cholesterolu v důsledku poruchy metabolismu tuku, metabolismus cukrů (Diabetes mellitus) a vysoký krevní tlak. Dnes lze již tyto faktory účinně ovlivňovat a mělo by být i snahou ergoterapeutů motivovat klienty ke zlepšení životního stylu prostřednictvím ovlivnění vlastního zdraví a následným zvýšením kvality života (Kalvach 2005).

Ateroskleróza má dle Kalvacha a kol. (1997) několik závažných projevů v různých oblastech:

- **Ischemická choroba srdeční** nejen jako akutní infarkt myokardu, ale další těžké i chronické poruchy mechanické činnosti srdce, které se pojí se závažnými případy dušnosti a nevykonnosti. Pokročilá stádia vyžadují již vysoké omezení aktivity a je tak snížena soběstačnost klienta v provádění některých činností všedního dne.
- Kornatění tepen má ničivý vliv na mozkové tepny kde je příčinou často smrtelné nebo invalidizující **cévní mozkové příhody**. Cévní mozková příhoda obvykle způsobuje u lidí, kteří ji přežijí, ochrnutí. Toto ochrnutí většinou postihuje dvě jednostranné končetiny i kognitivní funkce dle toho jaká mozková hemisféra byla zasažena. Je-li postižení poloviny těla ochablého charakteru jde o hemiplegii, jde-li o formu spastickou mluvíme o hemiparéze.
- Kornatění mozkových tepen může být dále příčinou závratí, poruch svalového napětí projevujících se ztuhlostí nebo třesem (tzv. Parkinsonský syndrom) a multiinfarktových demencí.
- Ateroskleróza také postihuje tepny dolních končetin čímž způsobuje velké bolesti, které mohou vést až k invalidizaci postiženého. Některá závažná stádia vyžadují dokonce amputaci končetiny.

1.2 Chronická obstrukční choroba bronchopulmonální

Zkráceně CHOCHP je vlastně skupinou různých onemocnění, která mají společné zúžení dýchacích cest a následné zpomalení výdechu (Kalvach a kol. 2004). Projevem CHOCHP je dušnost s vykašláváním hlenu, modrofialové zbarvení sliznic a pokožky (cyanoza) a otok dolních končetin. Nejčastějšími příčinami je kouření a chronické záněty dýchacích cest, především průdušek. Nejúčinnější prevencí je samozřejmě omezení kouření a léčba zánětů.

1.3 Poruchy zraku (Kalvach a kol. 2004)

Jsou častým projevem stárnutí očních tkání nebo projevem různorodé patologie což lze mnohdy jen špatně odlišit, ale většinou je funkce očí ovlivněna oběma faktory."

Se stárnutím organismu dochází ke zhoršování všech očních tkání:

- Vlivem atrofie a zmenšováním objemu orbitální tkáně je způsoben „zapadlý“ charakter očí.
- Relaxací kůže víček a snížením svalového tonu dochází k poklesu víček, zúžení oční štěrbin a tak i k možnému omezení zorného pole.
- Dochází ke snížení reflexního slzení, třetina žen po menopauze trpí syndromem suchého oka.
- Spojivka ochabuje a její cévy jsou křehké a vytvářejí mikroaneuryzmata a varikozity.
- Snižuje se lesk rohovky a zvětšuje se její zakřivení což způsobuje astigmatismus.
- Stoupá rigidita skléry, která se ztenčuje a je průhlednější.
- S postupujícím věkem se zvyšuje nitrooční tlak.
- V ciliárním tělese přibývá vaziva a ubývá svalové tkáně.
- Dochází ke sklerotickým změnám cév sítnice, snížení jejího lesku a průhlednosti.
- Degenerují axony a gliální tkáně optického nervu.
- Zvětšuje se předozadní rozměr čočky a její celkový objem. Dále se také snižuje propustnost oka pro modrou barvu a je tak omezeno barevné vidění.
- Dochází také ke zkapalňování sklivce a k jeho postupnému kolapsu ve vysokém věku.
- Se zvyšujícím se věkem klesá akomodační kapacita oka, kdy ve věku 70 let je nejbližší vzdálenost, v níž je jasně vidět předmět či text, 400 centimetrů. A snižuje se zraková ostrost.
- Snižuje se schopnost přizpůsobení se změně osvětlení. Osoba nad 60 let potřebuje osvětlení pro čtení třikrát intenzivnější než dvacetiletý člověk.

- Zhoršuje se vnímání barev (hlavně tmavě červené, zelené, modré a žluté), což může snižovat výkon některých činností.
- S rostoucím věkem se zmenšuje zorné pole až o 3 stupně za deset let.

Patologické oční procesy ve stáří:

Nejzávažnějšími důsledky **poruchy zrakové ostrosti** je snížení kvality života, které vychází z omezení soběstačnosti, ze zmatenosti nebo z celkového zhoršení duševního zdraví, jež často poruchám zraku následuje.

Katarakta, nebo-li šedý zákal je progresivní onemocnění vznikající po 50. roce života, jenž se projevuje zakalením čočky a následným poklesem ostrosti. Je velmi častou poruchou (40% osob ve věku 65 let a 90% 90 let), ale naštěstí je operabilní.

Po 50. roce života vzniká s **věkem spojená degenerace makuly**, která zasahuje centrální vidění a znemožňuje čtení. U tohoto onemocnění je naštěstí zachováno periferní vidění, takže nehrozí úplná slepota.

Diabetická retinopatie vyvolává zhoršení zrakové ostrosti hlavně ischemickými změnami, edémem v makule, hemoragiemi v sítnici a sklivci a sekundárním hemoragickým glaukomem. Propuká u pacientů s diagnózou diabetes mellitus. Po 5 letech onemocnění jí trpí až 45% pacientů, po 15 letech až 85% nemocných a nakonec může vyvrcholit oslepnutím.

Glaukom je vlastně skupina chorobných stavů, které způsobují zvýšení nitroočního tlaku, jenž narušuje nervová vlákna a má za následek změny zorného pole a zhoršení zrakové ostrosti. Neléčený může způsobit až slepotu.

Ostatní sítnicové choroby vznikají na ischemickém podkladě a **ischemický edém papily** se projevuje náhlým poklesem ostrosti zraku a často výpadkem dolní části zrakového pole. **Uzávěr centrální sítnicové artérie** může mít za následek náhlou ztrátu vizu.

Uzávěr centrální sítnicové vény nebo její větve se také projevuje poklesem ostrosti zraku. K jednostranné ztrátě zraku dochází při **Amaurosis Fugax**. Další příčinou zhoršení vidění je také **oční ischemický syndrom a idiopatická senilní retinoschiza**.

1.6 Poruchy sluchu

Poruchy sluchu mohou být velmi závažným problémem pro člověka vyššího věku, zejména nejsou-li ovlivnitelné korekčními metodami, hlavně naslouchadly. Do budoucnosti vyvstávají také obavy ze zvyšování počtu lidí s poruchami sluchu, protože se zvyšuje hluchost okolního prostředí způsobená zvyšováním dopravního provozu, průmyslovou výrobou a dokonce i hudbou (Kalvach a kol. 1997).

Dle Kalvacha a kol. (2004) rozlišujeme několik poruch sluchu spojených s vyšším věkem člověka:

Převodní porucha sluchu může být způsobena poškozením převodního aparátu, který se skládá ze zevního a středního ucha. K takovým poškozením může dojít vlivem zánětů, neprůchodnosti (způsobené např. nahromaděním ušního mazu) nebo poraněním. Převodní porucha je charakterizována hlavně ztrátou ve slyšení hlubokých tónů, změnou slyšení vlastního hlasu (**autofonie**), velmi často jen jednostranným postižením.

Percepční porucha sluchu (porucha senzorieurální) vzniká na základě periferního nervového poškození, tj. poškození vláskových buněk, buněk v hlemýždi a nervových vláken, nebo při narušení sluchové dráhy nebo sluchové kůry mozku. Příčinou může být infekce, vaskulární poškození, nadměrný hluk nebo intoxikace léky. Projevuje se zejména ztrátou sluchu pro vysoké tóny a nadměrným slyšením hlasitosti, které je pro člověka velmi obtěžujícím a stresujícím a znemožňuje to korekci sluchu sluchadlem.

Mezi percepční poruchy patří také **asymetrická percepční porucha**, která se projevuje jednostranným postižením a může vzniknout na základě závažné příčiny jako je tlak nádoru na sluchový nerv nebo fokální demyelinizace . Nejčastější poruchou sluchu ve vyšším věku je však **symetrická nedoslýchavost**, kdy je nejvíce narušeno slyšení vysokých tónů a se zvyšujícím se věkem i slyšení hlubokých tónů. Nejzávažnější na této poruše je zhoršování porozumění řeči, které člověka velmi znevýhodňuje tím, že omezuje jeho schopnosti komunikace a sociální interakce. Ve vyšším věku může také vzniknout **kombinovaná sluchová vada**, u které se projevují příznaky převodní i percepční poruchy.

Ušní šelest, jinak také tinnitus, může doprovázet všechny poruchy a má poměrně velký vliv na psychickou pohodu člověka, jeho schopnosti soustředění i komunikace.

1.5 Osteoporóza

Osteoporóza je systémové onemocnění kostí postihující více ženy a projevuje se snižováním kostní hmoty a narušováním mikroarchitektoniky kostní tkáně. To má za následek zvýšení křehkosti a lomivosti kostí, což způsobuje snížení odolnosti vůči úderům a nárazům a tak je u osoby s tímto onemocněním mnohem vyšší riziko zlomenin. Nejčastější a nejzávažnější zlomeninou je potom zlomenina krčku kosti stehenní, ke které s rostoucím věkem dochází stále častěji. Riziko zlomeniny kromě osteoporózy zvyšuje především nízký příjem vápníku, malá tělesná hmotnost, nedostatečná tělesná aktivita, kouření, dědičnost a zlomenina obratle.

Osteoporóza se dělí na sekundární a primární.

- **Sekundární osteoporóza** vzniká na podkladě jiných onemocnění, např. u endokrinních onemocnění, u chronických onemocnění jater nebo ledvin, při diabetes mellitus, u malnutrice a malabsorpce a při užívání kortikoidů.
- **Primární osteoporóza** zahrnuje idiopatickou a involuční osteoporózu, kterou můžeme dále dělit na postmenopauzální a senilní.
 - Základním faktorem ve vzniku **involuční osteoporózy** je deficit vitamínu D, který vzniká snížením enzymatické činnosti, a snížený obsah kalcia, který je způsoben zhoršenou funkcí ledvin a střev, jež nedostatečně resorbují kalcium.
 - Snížená kostní formace je jednou z dalších příčin **senilní osteoporózy**. Také snižování hladiny estrogenu u starších žen je negativní faktor ovlivňující osteoresorpci a snižující osteoapozici nové kosti.

Obsah vápníku je ukládán v kostech a není-li jeho přísun dostačující k uhrazení jeho denních ztrát, pak je vápník z kostí uvolňován čímž dochází k redukci kostní hmoty a snižování **mechanické odolnosti**. Ta je dále také odvozena od velikosti a tvaru kosti, její denzity a mikro a makro architektury. Mechanická odolnost je také odvislá od věku jedince, protože se stoupajícím věkem klesá schopnost adaptace na nedostatečnou absorpci vápníku, a proto je u starších lidí nutno zvyšovat příjem vápníku.

Na vznik osteoporózy má vliv několik faktorů, které mohou být **ovlivnitelné** a **neovlivnitelné**. Mezi ty, které nejdou ovlivnit patří např. dědičnost nebo rasa. To co lze ovlivnit je zdravý způsob života (pravidelný pohyb, dostatečný přísun vápníku, minimum alkoholu a kouření) hlavně do 30 let života, kdy je dostavěn vrchol kostní hmoty. (Kalvach 2004)

1.6 Osteoartróza

Tímto onemocněním trpí až 12% populace (Lawrence 1998 (Kalvach 2004)) a proto je osteoartróza (dále jen OA) považována za nejčastější kloubní onemocnění. Riziko vzniku OA stoupá s věkem a její přesná etiopatogeneza není přesně známá. Je však známo jaké faktory se mohou podílet na jejím vzniku. OA může vzniknout v důsledku obezity, vlivem geneticky podmíněných poruch nebo stoupajícího věku – tyto příčiny lze souhrnně nazvat **systemové mechanismy**, postihují celý systém. Zároveň mohou mít na vznik OA vliv místní **faktory biomechanické**, což může být abnormální tvar kloubů, trauma a také dlouhodobé přetěžování během sportu nebo následkem nevhodných pracovních poloh či návyků.

OA je onemocnění celé kloubu, které nejprve postihuje hyalinní chrupavky a následně i kost, synovium, periost a úpony šlach a svalů. OA se projevuje ztenčením chrupavky a následným prasklinám. Chrupavka ztrácí své biomechanické vlastnosti vlivem „...*metabolického selhávání chondrocytů, které již neobnovují extracelulární matrix chrupavky (ECM) v dostatečném množství a kvalitě.* (Kalvach a kol., 2004:646)

OA postihuje zejména **klouby kyčelní, kolenní, ruky a prstů** (1. metatarzofalangeální a metakarpofalangeální, distální a proximální interfalangeální) a na krční a lumbosakrální páteři. OA postihuje i jiné klouby, ale k tomu dochází jen zřídka. Dle Coopera lze OA dělit podle toho, kolik kloubů postihuje na monoartikulární, oligoartikulární a polyartikulární.

Subjektivně pociťovanými obtížemi, které OA způsobuje je zpočátku námahová bolest, startovací charakter obtíží, postupem času je vnímána krátká ranní ztuhlost a dalšími následky je ztráta pohyblivosti, pocit nestability a celkové funkční omezení. Objektivně lze hodnotit palpační citlivost kloubních okrajů, otok, zhrubění kostní struktury, drásoty, omezení pohyblivosti a bolest při pasivním pohybu.

Nejčastěji OA postihuje kolenní kloub a v tomto případě se nazývá **gonartroza**, která je velmi často způsobena obezitou nebo také dlouhodobou prací v nepříznivé poloze (ohnutí). Způsobuje bolest hlavně při chůzi ze schodů a postupně je následkem kulhání.

U OA kyčle koxartrózi nemá obezita na vznik či progresi onemocnění tak velký vliv. Je způsobena většinou kongenitální dysplazií kyčle nebo acetabula, Perthesovou nemocí či nestejnou délkou končetin. Koxartróza způsobuje bolest při chůzi, kulhání a někdy i zkrácení končetiny při migraci hlavičky kloubu. Tento typ OA má vliv na soběstačnost zejména tím, že způsobuje ztuhlost po probuzení nebo po dlouhodobější inaktivitě. Ve spojení s omezením kloubní pohyblivosti má člověk s OA potíže při oblékání nohavic či ponožek nebo při obouvání a zavazování bot (tamtéž).

„**OA drobných kloubů rukou většinou začíná neurčitými bolestmi, nepříjemnými pocity či pocity necitelnosti nebo nešikovnosti.**“ (tamtéž s.648) Na počátku onemocnění se vždy střídají období, kdy má pacient větší nebo menší obtíže. OA se na kloubech rukou projevuje vřetenovitými zduřeninami, silnou bolestivostí a slabým začervenáním. Při postupu onemocnění tyto projevy ustupují, ale otok zpevní a dochází ke vzniku Heberdenových a Bouchardových uzlů, což jsou deformity pro tuto OA typické. Mohou vzniknout další deformity, jako jsou např. osové deviace, instabilita kloubů a omezení flexe kloubů. Tyto deformity mají za následek snížení funkčních schopností ruky spojené s následnou neschopností pacienta provádět některé všednodenní činnosti, jejichž zvládnutí je nezbytné pro nejnnutnější sebeobsluhu, např. oblékání (zapínání knoflíků), sebesycení (držení přístroje), osobní hygiena, atd..

Při terapii OA hraje ergoterapeut důležitou roli při udržování stávajících dovedností a při nábivku dovedností, které mají nahradit dovednosti omezené nebo ztracené progredujícím onemocněním. Nezbytnou úlohu hraje ergoterapeut zejména v poradenství ohledně úprav prostředí a kompenzačních pomůcek, které klientům zvyšují možnosti lokomoce a tím pádem i soběstačnost. Mezi kompenzační pomůcky užívané při OA se řadí ortézy používané při snížení stability kloubu, vycházkové hole snižující bolest odlehčením končetiny, zvýšení podpatku u nestejně dlouhých končetin a používání vhodné obuvi a ortopedických vložek tlumících nárazy končetiny o podložku. Ergoterapeut by se měl zlepšením klientových dovedností snažit zvýšit jeho sebedůvěru a optimismus nezbytný při zvládnutí projevů této nemoci.(Kalvach a kol. 2004)

1.7 Demence ve stáří

„*Demence je úpadek psychických a intelektových schopností*“ (Kalvach a kol., 1997:55). Na základě informací z přednášek k předmětu Ergoterapie v geriatrici je demence také definována jako získaná globální porucha mnestických, instrumentálních a motorických funkcí. Jejimi hlavními příznaky jsou zejména poruchy paměti, abstraktního myšlení, rozhodování, celkové zhoršení orientace, zpomalení psychomotorického tempa, apatie, zhoršení schopnosti řešit problémy a následné výrazné snížení soběstačnosti. V této oblasti se může ergoterapeut významně podílet na zlepšení kvality života člověka s demencí prostřednictvím tréninku ADL, kognitivních schopností a úpravami prostředí.

U lidí s demencí také dochází ke změnám sociálního chování, emočního prožívání a osobnosti, což má velmi silný dopad nejen na samotného člověka s demencí, ale také na jeho rodinu. Soužití s příbuzným s demencí, většinou partnerem nebo rodičem, není vůbec jednoduché jak po stránce fyzické, tak hlavně po psychické stránce.

Příčiny demencí jsou děleny (Kalvach a kol. 2004) na **primární příčiny**, což jsou degenerativní choroby (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Demence s Lewyho tělísky, Smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence, Frontotemporální demence, Huntingtonova chorea, Progresivní supranukleární obrna) a **sekundární příčiny**, mezi něž řadíme vaskulární a posttraumatické demence, tumory, záněty, metabolické, toxické (způsobené léky) a endokrinní.

Nejrannějšími projevy demencí může být podrážděnost až výbušné chování, zhoršení pozornosti, negativismus, stále se opakující otázky, neklid, neschopnost odpočívat, nadávání, pláč nebo agresivní chování. Projevy demencí jsou veskrze podobné u různých onemocnění, ale v různých stádiích onemocnění (demence má 3 stádia) se liší. Při rozdělení tří stádií demencí jsem vycházela z Geriatrici a gerontologie, Kalvach a kolektiv, 2004 z kapitoly

Syndrom demence ve stáří a z vlastních poznámek z přednášek předmětu Ergoterapie v geriatrii.

1. stadium – Člověku postiženému demencí dělá z počátku onemocnění největší problém zapamatovat si nové informace a hůře se učí novému. Dochází ke zhoršení prostorové a časové orientace, dotyčný neví, kde přesně je nebo jaké je datum. Nastupují menší změny osobnosti, chování a postižený demencí ztrácí zájem o dřívější koníčky. Dementní člověk je méně aktivní a spontánní, má změny nálad a jeho emotivita je oploštělá. Začínají obtíže se zajištěním chodu domácnosti. Někdy nastávají problémy s hledáním slov a počítáním. Velký vliv na terapii v tomto stadiu má zhoršený náhled klienta na své obtíže.

2. stadium – V tomto stadiu se prohlubují všechny obtíže vzniklé v předchozím stadiu – zhoršuje se orientace místem, časem i osobou (časté bloudění i na známých místech), dlouhodobá paměť, poruchy chování, poruchy řeči – ta je v tomto stadiu již obsahově a informačně chudá, člověk s demencí již těžko chápe instrukce, hůře vyhledává slova a postupně se jeho mluva stává nesrozumitelnou. Přibývají zde poruchy motoriky, zejména rovnováhy. Následkem potíží dochází k výraznému postižení vykonávání ADL jež stále častěji vyžadují asistenci. Závažným projevem v tomto stadiu jsou dokonce bludy a halucinace.

3. stadium – Pozdní stadium se projevuje rozpadem osobnosti, emocí a poznávacích funkcí. Člověk s demencí ztrácí komunikační schopnosti, obtížně přijímá stravu, je inkontinentní, nepoznává rodinu, má i neurologické příznaky. Člověk v tomto stadiu se často ani neudrží vsedě, je upoután na lůžko a péče o něj je velmi náročná.

Obecně je považována za nejčastější příčinu demence ve stáří Alzheimerova choroba spolu s multiinfarktovou demencí, přičemž Alzheimerova choroba tvoří kolem 50% všech demencí.

U lidí postižených jakoukoliv formou demence je nejdůležitější reedukace základních dovedností a jejich aktivizace. Toto je v domácím prostředí možné jen do určité fáze onemocnění. Péče o člověka s demencí je velmi náročná a ošetřující je vystaven velké fyzické a psychické zátěži. Je nutné, abychom dokázali zhodnotit situaci a odkázali rodinu klienta takto nemocného k správným odborníkům. Vzděláváním pečovatелů a konzultacemi s odborníky se zabývá např. Česká alzheimerovská společnost. S touto společností by dle mého názoru měl spolupracovat každý ergoterapeut pracující na zvyšování kvality života těchto lidí (tamtéž).

2. Prevence u seniorů

Obecným cílem prevence u seniorů je prodloužení aktivního období lidského života. Myslím, že z tohoto cíle vychází i idea „Přidat život létům, nejen léta životu. Přidávat zdraví životu.“ (Kalvach a kol., 1997:9). A z této idey by dle mého názoru měl vycházet každý člen multidisciplinárního týmu, který se podílí na péči o seniora, protože i prodlužování života člověka nemusí být přímo „výhrou“ nejsou-li naplněny jeho potřeby a člověk neprožívá kvalitní život.

2.1 Rozdělení prevence

Ze zdravotnické teorie i praxe vychází obecné rozdělení prevence do tří skupin. (Zavázalová a kol., 2001)

- Primární prevence spočívá v předcházení vzniku chorob. Prostředkem jsou hygienická opatření, zdravý životní styl, očkování atd.
- Sekundární prevence se snaží předejít vzniku nežádoucích následků onemocnění. Je zde důležitá včasná a správná diagnóza a včasná, dlouhodobá, individuální a multidisciplinární terapie.
- Terciární prevence usiluje o to, aby u člověka postiženého nemocí nedošlo k dlouhodobé pracovní neschopnosti, invaliditě nebo dokonce ke ztrátě soběstačnosti. Využívá zejména komplexní rehabilitace využívající léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.

Jako ergoterapeutka bych se chtěla zaměřit na sekundární a terciární prevenci, které by měly být dle mého názoru přímo náplní práce ergoterapeuta. Chci se zaměřit především na zabránění vzniku disability a handicapu jako důsledku omezení funkčních schopností a zapojení do různorodých situací (ICF 2001). Tomuto se dá v některých případech účinně předejít využitím vhodných kompenzačních metod. Terapeut by se měl zaměřit zejména na konstruktivní prevenci, jejíž podstata tkví ve využívání prostředků, jež upevňují zdraví a případně využívají a rozšiřují potenciál organismu.

Nejvýznamnějšími aspekty preventivní péče u lidí ve vyšším věku jsou:

- Předcházení vzniku závislosti a nesoběstačnosti anebo se pokusit co nejvíce tyto dva jevy oddálit.
- Předcházení trvalému umístění v ústavním zařízení. (Zavázalová a kol., 2001)

2.2 Prostředky prevence

Je několik účinných prostředků, které mohou být využity v rámci prevence závislosti i trvalého umístění v ústavním zařízení a kterých by měla ergoterapie využívat nebo být přímo jejich součástí. Zde jsou vytyčeny některé prostředky prevence dle Zavázalové a kol. (2001):

- Člověk by se měl snažit udržovat si fyzické a psychické, pracovní i zájmové aktivity.
- Udržování společenských kontaktů, hlavně v rodině, je důležité pro prevenci sociální izolace a následné potřeby umístění do ústavní péče.
- Hmotné zabezpečení je samozřejmou podmínkou pro získání různorodých podpor, které umožňují staršímu člověku zůstat v domácím prostředí nebo snižují jeho závislost.
- Komplexní zdravotně-sociální péče zahrnující hlavně domácí ošetrovatelskou péči a v lepších případech i domácí návštěvy fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Ti mohou mnoha způsoby přispět ke zkvalitnění života seniora a k prodloužení jeho života ve vlastním domově, který je pro člověka mnohem důležitější a vhodnější, než umístění v ústavní péči.
- Zajištění sociální pomoci, která je pro osoby ve vyšším věku nezbytným prostředkem pro řešení různých těžkých situací, kterých v tomto období života není málo. Pomineme-li zdravotní problémy, tak je další obtížnou zkouškou ztráta přátel, partnera, snížení možností pracovního a zájmového vyžití, finanční problémy, osamocení a mnoho dalších.
- Dobrou formou prevence a přípravou na stáří jsou vzdělávací a výchovné aktivity, které mohou seniorům nabídnout nové možnosti pro vyplnění volného času. Také mohou být mnohdy ovlivněny postoje člověka ke stáří a pomoci mu lépe se s ním vyrovnat. Výchovné programy mohou být také zaměřeny na širší veřejnost a ovlivnit tak její postoj ke starším lidem, který je nezbytný pro spokojený život „mladých“ i „starých“. Zejména pochopení potřeby respektu a úcty k rovnocennému partneru je ve vztahu ke starším lidem velmi důležité.

- Další socioekonomická opatření, mezi něž patří i zajištění bezpečného bydlení, jsou dalším neopomenutelným prostředkem pro prevenci závislosti a odchodu do ústavního zařízení. Zajištění bezpečného bydlení, zejména z hlediska odstranění bariér a upravení domácího prostředí pro bezpečný a pohodlný život seniora, by měl být z velké části doménou ergoterapeuta.

Shrnu-li všechny tyto způsoby prevence a hlavně jejich proces a cíle, tak obecným prostředkem prevence je předcházení ztráty soběstačnosti, hledání kompenzací deficitů seniora a udržování kvality života seniora. Hlavně by mělo být podporováno dobré rodinné zázemí, zvyšování úrovně sociálních a dalších terénních služeb, a rozvinutí možnosti přechodného bydlení, nastane-li u seniora dočasná potřeba zvýšené asistence nebo zdravotní péče.

3. Pády

Pády jsou hlavní rizikovou situací, která ohrožuje staršího člověka a může být hlavní příčinou obav z vykonávání aktivit, následných úrazů a nakonec i strachu ze setrvání ve svém bytě bez dozoru či asistence jiné osoby. Časté pády mohou také vést rodinu člověka, který jimi trpí, k umístění dotyčného do Domova důchodců nebo jiného zařízení poskytující zdravotní nebo sociální péči. To se může ukázat jako předčasné nebo dokonce, po léčbě a eliminaci rizik, zbytečné. Přesto by neměly být nikdy bagatelizovány, zejména ve vyšším věku člověka, kdy mohou být příznakem nemoci nebo příčinou úrazu. Následně tak mohou mít velký vliv na vznik imobilizace, omezení soběstačnosti a v neposlední řadě také na psychickou (ne)pohodu člověka.

Incidence pádů

S rostoucím věkem se incidence pádů zvyšuje a pády postihují až 25% osob starších 65 let žijících v domácím prostředí a 40% osob v zařízeních pro dlouhodobou péči, a to hlavně v prvních týdnech pobytu (Kalvach a kol. 1995). Rozdíl mezi počtem osob ohrožených pádem je poměrně vysoký a myslím si, že kromě dalších příčin jsou pády v zařízeních dlouhodobé péče způsobeny neznalostí nového okolí a hlavně stresem z opuštění (ne-li dokonce ztráty) domova a výrazné změny prostředí. Proto si myslím, že je v dnešní době velmi důležité snažit se používat kompenzační pomůcky, přizpůsobit prostředí a nacvičovat vhodné dovednosti,

kteří zamezí vzniku pádu, sníží jeho důsledky a umožní tak člověku zůstat ve svém domově. Senior se tak může stát mnohem méně ohrožený pádem a naopak více nezávislý.

3.1 Příčiny pádů

Při snaze omezení vzniku dalších pádů je důležité zjistit příčinu pádu. Když zjišťujeme příčinu pádu při rozhovoru s klienty, tak si často mohou stěžovat na přechodné nebo trvalé závratě, že se cítí při stožení či chůzi nejistí nebo pociťují oslabení dolních končetin. Obecně lze říci, že hlavní příčinou pádu je instabilita člověka, která může vzniknout v závislosti na závratích, poruchách chůze nebo na dalších projevech onemocnění. Důležité je také pochopit mechanismus pádu snížení schopnosti rychlé posturální adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze (Kalvach a kol., 2004). Těmito ztíženými podmínkami je myšleno vstávání ze sedu do stoje, zejména z hlubokého měkkého křesla, chůze v nerovném, mokřem nebo dokonce namrzlém terénu, vyhýbání se nábytku, lidem na ulici, chůze ze schodů a do schodů. Příčiny můžeme také rozdělit na vnitřní a vnější.

Jako vnější příčina je bráno nevhodné nebo přímo nebezpečné prostředí a na vzniku pádů se podílí asi 15-30% (Kalvach a kol. 1995). Příčinou může být nevhodně rozestavený nábytek, smekající se podlahová krytina nebo volné koberce, o které snadno zakopne i zdravý mladý člověk, vysoká vana a kluzká podlaha v koupelně, špatná obuv atd.

Pády vzniklé na podkladě vnitřní příčiny se nazývají symptomatické. Přitom nejčastější vnitřní příčiny se různí podle toho, je-li člověk v domácím prostředí nebo v ústavní péči. Doma bývá nejčastější příčinou porucha CNS, degenerativní onemocnění krční páteře a kloubů dolních končetin a ortostatická hypotenze. V ústavní péči jsou příčinou hlavně nežádoucí účinky léků, amenní stavy a těžké poruchy hybnosti (tamtéž).

3.2 Typické vzorce pádů

Dle Kalvacha a kol. (2004) se pády mohou podle příčin vzniku a průběhu rozdělit na několik druhů.

Pád zhroutením...

...jinak také nazýván „drop attack“, je způsoben náhlou ztrátou svalového tonu a člověk v chůzi nebo ve stožení klesne k zemi. Takový pád vzniká na podkladě poruchy cerebrální (epilepsie, kataplexie, transientní ischemická ataka, náhlý vzrůst nitrolebečního tlaku) nebo extracerebrální (ortostatická hypotenze, kardiální synkopa).

Pád skácením...

...vzniká v důsledku těžké poruchy rovnováhy a člověk padá bez reflexních obranných pohybů „jako kláda“, takže je u tohoto pádu velké riziko úrazu. Hlavní příčinou jsou poruchy propiocepce, vestibulární léze a u postižení mozku, která mají za následek narušení integrace prostorových informací. Nejčastěji toto způsobují ischemie a hemoragie mezencefala, putamen a thalamu, léze frontálních laloků, extrapyramidová onemocnění.

Pád zakopnutím...

...vznikne, nepodaří-li se člověku překročit překážku a zavadí o ni špičkou nebo palcem nohy. Člověk může zakopnout i o hladký povrch podlahy. Nemá-li správný mechanismus chůze, například šoupá-li nohama po podložce a nedostatečně je zvedá, může starší člověk, např. s Parkinsonovou nemocí, zakopnout nejen při překračování i těch nejmenších překážek, ale i při chůzi po rovině. Další příčinou pádu je také neschopnost provést dostatečnou dorziflexi v kotníku (při oslabení svalů nebo spasticitě dolní končetiny), která je pro bezpečnou chůzi a překračování nerovností povrchu nezbytná. Při zakopnutí většinou pád směřuje dopředu a na ruce takže je částečně zbrzděn, ale může dojít k poranění horních končetin, což má negativní vliv na vykonávání personálních ADL.

Pád zamrznutím...

...nastává, dojde-li k zárazu dolní končetiny při chůzi, kdy dojde k jakémusi přilnutí dolní končetiny k podložce, ale tělo pokračuje v trajektorii pohybu směrem dopředu. U tohoto typu pádu nedochází ke kompenzačnímu nakročení, ke kterému například dochází například při zakopnutí, kdy se padající člověk snaží pádu zabránit nakročením druhé nohy. Při „přilepení“ nohou může dojít k jevu nazývaném „destinace“, kdy se padající člověk naklání dopředu až stojí na špičkách a nakonec popoběhne drobnými krůčky dopředu ve směru těžiště ve snaze vyrovnat pád.

Dále nediferencované pády...

...jsou ty pády, které nemají příliš jasnou příčinu a nakonec se z nich vyvinou typické vzorce pádů. Mohou být způsobeny pouhou nepozorností staršího člověka, přehlédnutím překážky nebo špatným odhadnutím prostorových vztahů a situace. Špatný náhled je hlavně projevem demenci, jejichž riziko vzniku s rostoucím věkem stoupá. Dalším důvodem pádů mohou být poruchy různých sensorických funkcí, zejména zraku a sluchu.

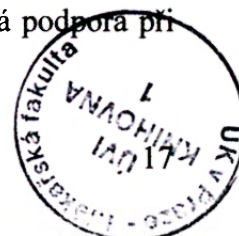
3.3 Důsledky pádů dle Kalvacha a kol. (2004):

- **Poranění** jsou velmi častým a vážným důsledkem pádů. Při pádech mohou vzniknout zlomeniny, přičemž nejčastěji dochází ke zlomenině krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí nebo kompresivní zlomeniny obratlů. Upadne-li člověk při přenášení horkého jídla, nádobí nebo jiného horkého předmětu, může také dojít k vzniku popálenin nebo opařenin. Těžké následky mohou mít také pády spojené s úderem do hlavy kdy může vzniknout intrakraniální hematom. Dále mohou při pádech vzniknout bolestivé kontuze měkkých tkání. Všechny tyto stavy jsou velmi bolestivé a zvyšují nepohodlí člověka. Mohou mít za následek krátkodobou či dlouhodobou imobilizaci, pokles funkčních schopností a zhoršení psychického stavu člověka.
- **Nemožnost vstát** je dalším nebezpečným aspektem pádů, jelikož při delším ležení na zemi venku nebo v chladné místnosti hrozí podchlazení. Náročnost vstávání je na svalovou sílu a koordinaci pohybu poměrně vysoká, proto není neschopnost vstát příznakem nezdatnosti nebo nesoběstačnosti. Vstávání ze země je obtížné zejména pro osoby s nízkou svalovou silou, obezitou nebo pokročilým stádiem osteoartrózy.
- **Úzkost a deprese** mohou vzniknout zejména při častějších pádech, kdy má klient obavy z pádu a hlavně z neschopnosti vstát. Člověk poté ztrácí sebedůvěru a bojí se jakékoliv aktivity.
- **Ztráta soběstačnosti a nezávislosti** je dle mého názoru nejzávažnějším důsledkem pádů, při jejichž opakování bývá často člověk umístěn do ústavního zařízení v zájmu jeho bezpečnosti. Je ovšem mnoho prostředků, jak pádům předejít a tak umožnit oddálení tohoto kroku.

3.4 Jak se vyhnout riziku a následnému pádu

U geriatrických pacientů, kteří mají potíže se stabilitou (příčiny mohou být odlišné) platí několik zásad, které by se měly dodržovat vždy.

- **Prevence** - Dojde-li u klienta k pádu, měli bychom společně s ním zjistit co bylo jeho příčinou, jaký byl vyvolávající faktor a vytvořit strategii, jak tento faktor do budoucna eliminovat. Strategie předcházení pádu se tak liší na základě faktoru. Například není-li místnost dostatečně osvětlena, zařídíme aby se zajistilo silnější osvětlení.
- **Odstranění bariér a bezpečnost prostředí**
- **Instalace madel v místech, kde je zvýšené riziko pádu nebo je zde nutná podpora při vstávání**, například u toalety, vany, sprchového koutu apod.



- Používání opěrných pomůcek je v některých případech naprosto nezbytným opatřením při redukci rizik pádů.
- Používání systémů nouzové signalizace je výborným prostředkem pro přivolání pomoci při neschopnosti klienta vstát.
- Rehabilitační posilování adaptačních mechanismů pro udržování rovnováhy a reedukace chůze by měli být nedílnou součástí nácviku schopností zamezujících pádům .
- Posilování svalů a nácvik zvedání se po pádu je nejen nezbytným prostředkem pro prevenci pádu a zvýšení schopnosti po pádu vstát, ale je také důležité pro zvyšování jistoty a snižování obav z aktivit i z osamocení .
- Používání chráničů kyčlí chránících oblast trochanteru.
- Velmi častou příčinou pádů jsou obtíže způsobené osteoporózou a dalšími onemocněními pohybového systému, takže prevence a léčba těchto nemocí je také nezbytnou zásadou předcházení pádů.
- Některé léky zhoršují stabilitu a riziko vzniku pádů je při jejich užívání daleko vyšší, proto by se měl zhodnotit přínos a nezbytnost užívání a v některých případech je pro klienta výhodnější takovéto léky vysadit.
- Klient by se měl také vyvarovat náročných a rizikových situací či aktivitám při kterých je riziko pádu velmi vysoké, např. mytí oken, uklízení či manipulace s předměty ve výškách. Pro tyto účely by měl mít klient možnost využít spolupráce s rodinou nebo s různorodými úklidovými službami.

(Kalvach a kol., 2004)

4. Možnosti kompenzace porušených dovedností

(V této kapitole vycházím z informací a materiálů z přednášek k předmětům vyučovaných v rámci oboru Ergoterapie na 1. Lékařské Fakultě Univerzity Karlovy. Jsou to: Úvod do ergoterapie 1. ročník, Ergoterapie a kompenzační pomůcky 3. ročník, Ergoterapie a využití komunikačních technologií 3. ročník. Dále také vycházím z katalogů firem zabývajících se distribucí kompenzačních pomůcek a samozřejmě také ze svých praktických zkušeností ze spolupráce s klienty seniory.)

Vlivem onemocnění a úrazů ve vyšším věku dochází ke snižování schopností seniora provádět personální i instrumentální ADL. Myslím si, že umožnění jejich provádění by měla být jedna z hlavních domén spolupráce ergoterapeuta a seniora. To, že můžeme některé deficity kompenzovat nám umožňuje schopnost adaptace, která nezaniká, přestože je vývoj člověka v biologickém smyslu ukončen. (Hagedorn, 1997). Člověk je jí do jisté míry schopen i ve vyšším věku, což nám ergoterapeutům umožňuje využívat několika přístupů, jež jsou dle mého názoru na této schopnosti závislé.

Ergoterapeut a klient mohou využívat zejména tři přístupů, které jsou odvozené od zdravotního stavu, rolí, hodnot a cílů klienta:

- **Obnovení původních schopností** – Dojde-li po úrazu nebo onemocnění člověka ke zhoršení nebo ztrátě schopností, jež jsou pro něj důležité, pracuje s ním ergoterapeut na co nejvyšší možné obnově této schopnosti. Ergoterapeut by měl samozřejmě ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu konzultovat, jestli je obnova dané funkce reálná.
- **Nácvik nových dovedností a schopností** – Je-li určitá schopnost či dovednost klienta nenávratně ztracená, potom se musí přistoupit k nácviku dovedností nových, které ztracené schopnosti nahradí nebo jinak usnadní vykonávání ADL a život klienta.
- **Kompenzace chybějících dovedností** – Ztracené dovednosti mohou být vynahrazeny několika prostředky: Využitím kompenzačních pomůcek, úpravami prostředí, úpravami nástrojů, poučením pečovatele nebo rodiny, přizpůsobením/adaptací činnosti. Z těchto možností zpracovává ergoterapeut nejlepší možné řešení potíží klienta především na základě hodnocení klienta v domácím prostředí.

4.1 Hodnocení v domácím prostředí

Pro zajištění bezpečnosti seniora a výběr vhodných pomůcek a úprav bytu je nezbytné, aby ergoterapeut viděl způsob pohybu a vykonávání činností všedního dne svého klienta v jeho přirozeném prostředí.

V „umělém“ prostředí, ve vyšetřovací místnosti, v nemocničním pokoji apod. se senior chová a pohybuje jinak než ve svém domově. Je ovlivňován různými vlivy, které mohou mít na jeho výkon výrazný účinek. Především prostor, nábytek, podlahové krytiny, osvětlení mohou být naprosto odlišné a potom se výkon určité činnosti může v domácím prostředí lišit. Myslím si, že pro ergoterapeuta je nutné aby si vliv tohoto faktoru uvědomil a pokusil se zařadit do plánu intervencí s daným klientem i domácí návštěvu. Během návštěvy může ergoterapeut pozorovat nejen vykonávání jednotlivých činností seniora, ale i jeho prostředí a vztahy v rodině.

V domácím prostředí ergoterapeut provádí hodnocení ze dvou hledisek. Hodnotí samotného klienta a prostory v jeho domácím prostředí a v jeho okolí.

Hodnocení klienta se týká hlavně jeho mobility, lokomoce, soběstačnosti, kognitivních schopností, účasti na zajišťování chodu domácnosti, sociálních rolí a rodinných vztahů.

Při hodnocení prostorů v bytě se ergoterapeut zaměřuje na dva okruhy:

- Vnitřní bariéry, kdy si ergoterapeut všímá uspořádání jednotlivých místností, vhodnosti rozmístění nábytku, velikosti prostorů, umístění ovládacích prvků atd.
- Vnější bariéry zahrnující přístup do domu, výtah, přístupová cesta, dostupnost služeb a také kontakty se sousedy.

Výstupem hodnocení klienta v jeho domácím prostředí by měl být návrh úprav a kompenzačních pomůcek. Smyslem těchto návrhů je udržení nebo zvýšení míry nezávislosti seniorů na pomoci druhé osoby a zvýšení kvality života.

Mezi úpravy se řadí:

4.1.1 Úpravy jednoduché

- Nevyžadují žádné pomůcky nebo výrazné zásahy do uspořádání bytu.
- Spočívají např. v **přesunu jednotlivých kusů nábytku**, aby se rozšířil prostor pro průchod člověka s chodítkem nebo pro průjezd člověka na vozíku.
- Další jednoduchou úpravou bytu je **odstranění koberečků**, které mohou být příčinou zakopnutí a následného pádu.
- **Odstranění volných předmětů** z odkladných ploch a stolků rozšiřuje prostor opěrných ploch po bytě při nejistém pohybu člověka s omezenými pohybovými schopnostmi.

- Jednoduchou úpravou může být někdy i **odstranění prahů**, kdy se umožní jednodušší průchod nebo průjezd dveřmi.
- Při omezení rozsahů pohybu, svalové síly a rovnováhy dělá člověku ve vyšším věku potíže vstávání z lůžka, které je příliš nízké. V tomto případě může být dobrým řešením **zvýšení lůžka podložením jeho noh nebo vložením ještě jedné matrace**.
- Je-li do domu nevhodný přístup je důležité zvážit **jiné varianty vstupu**, např. přes zahradu.

4.1.2 Úpravy využívající běžně dostupné pomůcky

Nahrazují omezené možnosti člověka nebo nevhodné vlastnosti domácího prostředí. K tomu se využívají pomůcky vyráběné speciálně pro tento účel nebo předměty běžně užívané v domácnostech mající vhodnější vlastnosti než předměty denní potřeby dosud používané konkrétním klientem. Obecně tyto pomůcky či předměty, které distribuují velké firmy (např. Meyra, Medicco, DMA atd.) nebo které si šikovný člověk může vyrobit i sám, nazýváme kompenzační pomůcky.

4.1.2.1 Kompenzační pomůcky

Stárnutí a stáří přináší řadu problémů a nepříznivých osobních důsledků pro seniory. Těmi nejzávažnějšími je snížení nebo ztráta soběstačnosti, zhoršující se zdravotní stav a nedostatečné zajištění přiměřených finančních prostředků (Zavázalová a kol., 2001). Kompenzační pomůcky (dále jen KP) mají několik funkcí a jak již z jejich názvu vyplývá jednou z nich je kompenzovat především ztracené nebo nemocí omezené schopnosti člověka. Tato kompenzace vychází hlavně ze zjednodušení provádění činností prostřednictvím používání KP. Další funkcí je prevence, kdy má používání KP zamezit úrazu, komplikacím nebo zhoršení zdravotního stavu. Používání KP by mělo přispět k celkové stabilizaci zdravotního stavu klienta a i k jeho zlepšení. A tyto všechny funkce KP vedou k jedné hlavní a pro seniora nejdůležitější funkci, ke zvyšování kvality života.

4.1.2.2 Dělení kompenzačních pomůcek

V této kapitole bych chtěla mimo jiné uvést rozdělení KP, které může být provedeno z několika hledisek. Za nejobecnější považuji rozdělení KP **podle uložení vůči tělu**, kdy jsou KP děleny na tři skupiny:

- **Pomůcky do těla vložené** jsou chirurgicky umístěny jako náhrada části nebo funkce orgánu, jsou to například endoprotézy nebo kardiostimulátory.

- **Pomůcky těla se dotýkající** jsou např. protézy, které mají nahradit ztracenou část těla a jeho funkci. Zabývá se jimi protetika. Ergoterapeut se zabývá hlavně nácvikem péče o ně, jejich nasazování, používání a provádění činností. Patří sem také ortézy, které mají nahrazovat omezenou nebo ztracenou funkci. Ty se mohou dále dělit na částečně nebo plně fixující a mohou fixovat i nástroj.
- **Pomůcky od těla vzdálené** jsou například vozíky, chodítka, berle, pomůcky pro sebeobsluhu. Využíváním pomůcek z této skupiny se ergoterapeut zabývá především.

Pomůcky mohou být také děleny **dle toho, jakou disabilitu kompenzují** (Votava, 2003:137-138):

- a) Pomůcky, které kompenzují fixační funkce ruky po ztrátě této funkce vlivem amputace nebo ochrnutí. Např. držák na chleba, jež ho fixuje při krájení jednou rukou.
- b) Pomůcky, které kompenzují omezený rozsah pohybu v kloubech horní končetiny. Např. kartáče na mytí s dlouhou rukojetí.
- c) Pomůcky, které kompenzují snížení svalové síly, hlavně při uchopování a držení předmětu. Např. zvětšenou pákou při pouštění vody.
- d) Pomůcky, které kompenzují ztrátu nebo omezení úchopové funkce změnou velikosti úchopu. Např. příbor, kartáček na zuby nebo hřeben se zvětšeným úchopem.
- e) Pomůcky, které kompenzují celkové snížení fyzické kondice (svalové síly, rychlosti, koordinace pohybu, rovnováhy) použitím rozličných madel, protiskluzných podložek atd..

KP mohou být děleny na pomůcky **low technology**, tzv. pomůcky nízké neboli jednoduché technologie, jako jsou např. vozíky, chodítka, sedačky atd., a pomůcky **high technology**, tzv. pomůcky vysoké technologie, jež zahrnují počítačovou techniku, ovladače okolí hlasem, komunikační technologie atd.. Pomůckami ze skupiny high technology se v mé práci nebudu příliš zabývat, protože využívání a ovládání těchto technologií je většinou pro seniora dnešní doby neznámé a velmi obtížně na naučení. Ze zkušenosti se slepeckou knihovnou využívanou u seniorů v DS Malešice jsem zjistila, že i jednoduché ovládání kazetového přehrávače může být pro člověka vyššího věku složitým problémem.

V mé práci se chci podrobněji zabývat pomůckami, které jsou pro seniora běžně dostupné, jejichž používání není příliš složité a nepřináší seniorovi v domácnosti příliš změn nebo nějaké nepohodlí. Chci se zabývat především pomůckami, které nejsou trvale fixovány. Užívání těchto pomůcek předchází vzniku handicapu a jsou účelné, tedy těmi, jejichž používání kompenzuje činnosti, které jsou pro člověka vyššího věku smysluplné.

Dělení pomůcek podle účelu ke kterému slouží:

1. Pomůcky pro ADL
2. Pomůcky pro zaměstnání nebo studium
3. Pomůcky pro volný čas

Podrobněji se chci zabývat hlavně skupinou č.1, protože ta se úzce týká mého tématu a využívání těchto pomůcek je stěžejní pro zvýšení možností usnadnění života seniora v domácím prostředí. Tyto pomůcky, budu dále dělit dle provádění jednotlivých personálních a instrumentálních ADL, ke kterému slouží.

- Pomůcky pro mobilitu a lokomoci.
- Pomůcky pro hygienu (osobní hygiena, sprchování, koupání, používání WC, čištění zubů, péče o nehty, aplikace kosmetiky, holení)
- Pomůcky pro sebesycení (samostatné jedení z talíře příborem, napití ze sklenice nebo hrnku)
- Oblékání – zahrnuje nejen zapínání a rozepínání knoflíků, zipu, ale i zavazování tkaniček nebo vymyšlení adekvátní náhrady.
- Příprava jídla a další kuchyňské práce s tím spojené.
- Péče o domácnost, úklid atd.

4.1.2.3 Výběr pomůcek

(Jako zdroje informací pro vytvoření následujících dvou podkapitol jsem použila materiály z přednášek Mgr. Matěje Lachmanna a Bc. Moniky Kohoutové k předmětu 3. ročníku Ergoterapie a kompenzační pomůcky a Bc. Zuzany Rodové k předmětu 3. ročníku Ergoterapie a využití komunikačních technologií.)

Výběr pomůcek se provádí z několika hledisek a na jeho pečlivosti závisí následná účinnost používané pomůcky, spokojenost klienta a opravdové zvýšení jeho limitů, a tak i jeho kvality života. Je-li vybraná pomůcka hrazená zdravotní pojišťovnou, má klient na její přidělení s úhradou pojišťovny nárok jen jednou za určitou dobu. Není-li vybírání pomůcky důkladné, může nastat problém, kdy klient obdrží pro něj nevhodnou pomůcku, ale na novou má nárok třeba až za několik let. Potom je klient nucen uhradit si novou pomůcku ze svých

financí nebo používat nevyhovující pomůcku. Pro předcházení takovýmto potížím je důležité dodržovat jistá pravidla při hodnocení a výběru pomůcky.

Pomůcky vybírá buďto sám člověk, který danou pomůcku potřebuje nebo jeho příbuzní. Nejvhodnější ovšem je, využije-li zájemce o pomůcku poradenství od odborníka, který by měl umět posoudit a vybrat pomůcku nejvhodnější pro daného klienta. Mezi tyto odborníky dle mého názoru patří i ergoterapeut, který by měl umět vybrat pomůcku díky posouzení několika hledisek. Pomůcky by měly být hodnoceny hlavně z hlediska klienta, prostředí, pomůcky a firmy.

Kritéria pro výběr pomůcek z hlediska klienta:

- *Hodnoty a potřeby* klienta jsou důležité pro správné vyhodnocení vhodnosti pomůcky pro daného klienta, terapeut musí brát v potaz co je a co není pro klienta důležité.
- *Potenciál* klienta je důležitý pro určení toho, zda je schopen manipulovat se složitější pomůckou, jakou má sílu, výdrž, zachované úchopy atd..
- *Finanční možnosti* klienta mají také velký vliv na výběr pomůcky a mnohdy může být rozhodující není-li potřebná pomůcka hrazená pojišťovnou a ani z příspěvku obecního úřadu. Nemá-li klient příbuzné, kteří by mu finančně vypomohli s nákupem pomůcky, může vysoká finanční náročnost některých pomůcek zabránit koupi pomůcky.
- Hodnotí se také to, zda-li jde o postižení *vrozené nebo získané* v průběhu života. Při nově vzniklých obtížích ve vyšším věku je u některých seniorů horší přijetí používání KP a nácvik jejich používání pro starší lidi také není nejjednodušší.
- To, jestli je *schopnost ztracená úplně nebo jen částečně*, by se mělo při výběru také zohlednit, protože potřebnost či nutnost některých pomůcek se může lišit.
- *Diagnóza klientových onemocnění a jejich prognóza*.

Kritéria pro výběr pomůcek z hlediska prostředí:

Pro vhodný výběr pomůcky je důležité zhodnotit fyzické i sociální prostředí zájemce o pomůcku.

- *Fyzické prostředí*, byt seniora a jeho uspořádání může ovlivnit užitečnost pomůcky. Musíme zhodnotit jestli je daný byt vhodný svými bariérami, rozměry, povrchem podlahových krytin atd. pro užívání dané pomůcky.
- *Sociální prostředí* – To, jestli zájemce o pomůcku žije sám, s partnerem nebo dětmi, využívá pečovatelské služby nebo sousedské výpomoci, by mělo být bráno v potaz

pro výběr některých pomůcek, zvláště těch (např. invalidní vozík), jejichž užívání může v problematických situacích vyžadovat asistenci druhé osoby.

Kritéria pro výběr pomůcek z hlediska vlastností pomůcek:

- Doporučuji pečlivě zhodnotit *funkčnost pomůcek*, které chce terapeut klientovi navrhnout. Je výhodou, když má terapeut s používáním dané pomůcky zkušenosti nebo ji někdy vyzkoušel a použil v praxi. Např. některé navlékače punčoch, které mají klientovi s omezenou hybností dolních končetin (především v kyčelním kloubu) usnadnit oblékání, jsou velmi složité na manipulaci a i na rozsah pohybů.
- *Variabilita* pomůcky je také významná pro její výběr. Pomůcka by měla být vždy vyhovující a tedy i nastavitelná pro rozměry klienta i pro parametry činnosti, která s ní bude prováděna. Myslím si, že je také vhodné zhodnotit skladnost pomůcky, např. chodítka, aby šla v malém bytě uložit tak, aby jeho obyvatelům nepřekážela a nebyla sama příčinou nějakého úrazu.
- *Sériově nebo individuálně* vyrobené pomůcky mají své klady a zápory. Některé pomůcky musí být pro svoje neobvyklé použití nebo kvůli mimořádným nárokům vyrobeny individuálně, ty jsou klientovi „šité na míru“. U sériově vyrobených pomůcek je jednodušší jejich servis, výměna součástí apod..
- *Cena pomůcky a možnosti jejího hrazení*
- *Vzhled*
- *Snadnost údržby* může být někdy rozhodující a nároky na ni se také liší od typu pomůcky.

Kritéria pro výběr pomůcky z hlediska firmy:

- Za nezbytné pro výběr správné KP považuji *možnost vyzkoušení určité pomůcky*. Výhodou je zapůjčí-li daná firma pomůcku do domácího vyzkoušení, kde si klient může vyzkoušet vyhovuje-li mu konkrétní pomůcka nejen v prodejně, ale i v jeho bytě, který má samozřejmě jiné rozměry, rozestavení nábytku a povrch.
- *Pro seniora je velmi důležité je-li pro něj pomůcka dostupná* nejen cenově, ale i fyzicky. Firmy nabízející KP by měly být schopny vyhovět klientům, kteří si nejsou schopni pomůcku vyzvednout nebo nainstalovat sami. Proto by měl klient nebo terapeut vybírat pomůcky i podle toho jestli mu ji prodejce doveze a nainstaluje nebo pošle domů.

- *Servis* nabízený firmou by měl terapeut také zjišťovat před koupí pomůcky, aby měl klient jistotu, že při možných problémech s pomůckou má možnost jejich úprav, oprav nebo vyměnění rozbitých součástí za náhradní díly (např. u vozíků).
- Jsou-li součástí nabídky dané firmy *doplňky* ke kompenzačním pomůckám a *individuální úpravy*, je to další plus pro výběr pomůcky právě od této firmy a ukázka její profesionality.

4.1.2.4 Získání kompenzační pomůcky

Zakoupit pomůcku je nejjednodušší a nejrychlejší způsob jak získat kompenzační pomůcku. Zakoupení mnoha pomůcek je finančně velmi náročné a pro většinu lidí by mohlo být jejich získání až nemožné. Některé předměty denní potřeby speciálně upravené pro některé poruchy (např. zhoršení úchopů) jsou specializovanými firmami distribuovány za velmi vysoké ceny. Podobné předměty je však možno zakoupit v běžných obchodech s domácími potřebami za nesrovnatelně nižší ceny a tyto předměty, které mají vliv na zjednodušení některých činností ADL, je jako jedny z mála výhodné kupovat. Naštěstí je zde několik dalších alternativ získání pomůcek, které jsou sice často zdlouhavé a náročné na administrativu, ale nejsou tak finančně náročné.

Předepsání „Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ (viz. Příloha č. 4) od lékaře je další takovou možností jak získat pomůcku. Praktický nebo odborný lékař vyplní tento poukaz a případně i „Žádanku o zvýšení úhrady“ (je-li v číselníku VZP u dané pomůcky označena nutnost schválení revizním lékařem, je mu tato žádanka odeslána). Získá-li zájemce o pomůcku poukaz od lékaře nebo schválený poukaz od revizního lékaře, může si vyzvednout danou pomůcku. Tento proces může bohužel trvat i tři měsíce.

Úhrada pomůcek pojišťovnou je plná nebo částečná a na doplatek pomůcky by měl lékař pacienta předem upozornit. Některé pomůcky nejsou pojišťovnou hrazeny vůbec. Hrazené a částečně hrazené pomůcky jsou vypsány v číselníku VZP, který vychází 2x ročně a platí pro všechny pojišťovny.

Před předepsáním pomůcky je vždy výhodou může-li se pacient s užíváním pomůcky seznámit a vyzkoušet si takovou jaká je pro něj nejvhodnější (nejlépe v prostředí v jakém ji bude používat).

Zájemce o pomůcku si při jejím výběru musí uvědomit, že zdravotní pojišťovny vždy hradí prostředek zdravotnické techniky v základním, nejméně ekonomicky náročném provedení, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

Pomůcku si může klient vyzvednout u lékaře nebo v lékárně, přímo ve firmě nebo zdravotnických potřebách (Cikrt 1999). Klient si může pomůcku vyzvednout osobně, nechat si ji poslat poštou nebo dovézt firmou až domů.

Není-li pomůcka, kterou senior potřebuje, hrazená pojišťovnou a její zakoupení je finančně náročné, může o ni **zažádat na OÚ** v místě trvalého bydliště dle **vyhlášky 182/91 Sb. §33 o jednorázový příspěvek na pořízení kompenzační pomůcky**. Sociální odbor může dle této vyhlášky poskytnout příspěvek na nákup pomůcky. Pokud není senior uživatelem sociální služby v Domově důchodců, potom na příspěvek nárok nemá.

Postup při získání KP tímto způsobem také není jednoduchý. Zájemce o pomůcku by si měl nejdříve vybrat a vyzkoušet vhodnou pomůcku v určité firmě, rehabilitačním centru nebo prodejně. Tamtéž by mu mělo být vystaveno potvrzení, že si pomůcku vyzkoušel a vyhovuje mu. Klientův lékař mu pak napíše doporučení, že vybranou kompenzační pomůcku potřebuje. Poté si zájemce o pomůcku podá žádost na sociální odbor pověřeného úřadu v místě trvalého bydliště o poskytnutí příspěvku na zakoupení KP, k této žádosti přiloží doporučení lékaře specialisty, potvrzení centra, případně i informaci o ceně pomůcky (ty jsou uvedeny v katalogích firem a prodejen). Je-li žádost kladně vyřízena, zájemce o pomůcku doručí kopii příslibu pověřeného úřadu o poskytnutí příspěvku na adresu firmy a ta mu následně dodá vybranou pomůcku.

Nepodaří-li se zájemci pomůcku získat ani takto, může **zažádat o příspěvní nebo zakoupení pomůcky některou z charitativních nadací**. Seznam některých z nich je uveden v příloze č.6.

Dalším způsobem získání pomůcky je také **vlastnoruční výroba pomůcky**. Ve své praxi jsem se setkala s podnikavými klienty nebo jejich příbuznými, kteří si potřebnou pomůcku vyrobili sami. Tento způsob je málo finančně i „organizačně“ náročný, ale podmíněn určitou zručností. Každopádně je i pro ergoterapeuta vždy výhodou má-li v „záloze“ pro své klienty několik typů na výrobu nebo úpravu pomůcek. Například výroba sedačky na vanu ze dřeva a hygienicky vhodné fólie může posloužit k zjednodušení sebeobsluhy seniora a zároveň ho ušetřit složitého zařizování.

4.1.2.5 Přehled pomůcek podporujících soběstačnost seniorů

Pro vytvoření tohoto přehledu jsem čerpala z katalogů firem DMA a Medicco, které byly ze všech mnou získaných katalogů nejpřehlednější a obsahovali nejširší výběr pomůcek.

Pomůcky pro mobilitu a lokomoci

Berle

Berle mohou být děleny na **berle podpažní** (viz snímek č.1), jež jsou vyráběné většinou ze dřeva nebo duralu, a jejichž dlouhodobé užívání není vhodné kvůli útlaku axilárních nervů. Je u nich nutné přesné nastavení rozměru mezi polstrovanou podpažní opěrkou a úchytem pro ruku. Dalším typem jsou **berle s předloketní opěrkou**. Berle se skládají z několika variabilních částí:

Opěrka předloktí může být otevřená, uzavřená nebo horizontální (viz. snímek č. 1), která se používá při poranění nebo po operaci rukou. Výška opěrek může být pevná nebo nastavitelná.

Uzavřená opěrka je nevhodná pro klienta se silným předloktím nebo když má ruku oblečenou do silného kabátu. Naopak její výhodou je, že se nemusí odkládat a nepadá což je šikovné při placení, cestování hromadnou dopravou apod.

Rukojeť může být jednoduchá nebo ergonomická, kterou je nutno předem vyzkoušet. Vyměkčená rukojeť je vhodná proti otlakům a pro pohodlnější úchop (viz. snímek č. 1.).

Stahovací matice slouží k tlumení klapání berle (viz. snímek č.1.).

Protiskluzový nástavec je zakončením berle, jež má zamezit uklouznutí, je pryžový a má různý průměr a tuhost. Může být vyměnitelný za nástavec s bodci (*cena-166Kč, není hrazen*), jež je vhodný do náročnějšího terénu nebo do sněhu či na náledí (viz. snímek č.1.). Pojišťovna ho hraďí jednou za půl roku.

Zakončení berle může být jedno nebo vícebodové což se řídí dle toho jaké potíže s rovnováhou a stabilitou má zájemce o KP (viz. snímek č.1.).

Nosnost berle může být různá od 100 kg až po 318 kg (DMA). Velikosti berlí jsou různé a nejvhodnější berle je dvojitě nastavitelná. Ceny berlí se pohybují od 200 Kč až do 500 Kč přičemž částka hrazená pojišťovnou se pohybuje od 130 Kč do 300 Kč dle ekonomické náročnosti je i plné hrazení pojišťovnou.

Berle jsou předepisovány jako 1 kus nebo 1 pár na dva roky praktickým lékařem nebo rehabilitačním lékařem, ortopedem, neurologem či chirurgem.

Hole

Hole jsou lokomoční pomůckou, která je seniory široce používána i v případech kdy jejich problémy s hybností nemusejí být příliš vážné. Dodávají jejímu uživateli pocit větší stability a bezpečí. Jejich používání může být i módní záležitostí. Na druhou stranu může dojít k tomu, že senior přecení svoje schopnosti a nepoužije-li pomůcku, která by mu zajistila větší

stabilitu, může dojít k pádu a zranění. Senior může totiž používání berle nebo chodítka místo hole vnímat jako ukazatel poklesu svých schopností a raději zůstane u užívání hole.

Hole se vyrábí z duralu, imitace dřeva i z pravého dřeva. Stejně jako berle má tři typy rukojetí, je nastavitelná a dole je zakončena pryžovým nástavcem (viz. snímek č.2.). Zakončení může být jedno nebo vícebodové. Hole mohou být pevné, nastavitelné nebo také skládací (viz. snímek č.2.), ty se hodí hlavně pro cestování a pro aktivnější seniory. Vyrábí se také hole, které lze rozložit a použít jako sedátko (viz. snímek č.2.).

Ceny holí se pohybují od 130 Kč za dřevěnou podpůrnou hůl až do 1436 Kč za hůl duralovou se širokým sedátkem firmy DMA. Pojišťovna plně hrađí hole dřevěné a na další částečně přispívá maximálně částkou 300 Kč.

Hole jsou předepisovány na 3 roky praktickým nebo rehabilitačním lékařem, ortopedem, neurologem či chirurgem.

Chodítka

Prostřednictvím studie zpracované Švédským institutem handicapovaných vydané v roce 2001 pod názvem „The Importance of the 4-Wheeled Walker for Elderly Women Living in their Home Environment“ tedy „Význam 4-kolového chodítka pro starší ženy žijící v jejich domácím prostředí“ bylo zjištěno, že užíváním 4-kolového chodítka se snížila incidence zlomeniny krčku kosti stehenní, jejíž nejčastějšími příčinami je osteoporóza a pády. Po tom co ve Švédsku za uplynulých deset let stoupl počet pacientů se zlomeninou krčku za rok na 18 000, byl tento problém kvalifikován jako veřejný zdravotní problém přestože se týká především žen kolem 80ti let věku.

Bylo zjištěno, že pádům, které měly za následek dlouhodobou ztrátu schopností a zvýšení závislosti seniorů, lze po diagnostikování rizika pádu zabránit užíváním 4-kolového chodítka. Dalším přínosem užívání této pomůcky, kromě prevence pádu, je zlepšení fyzické kondice seniorů, kteří omezovali svůj pohyb kvůli obavám z pádu, zvýšení nezávislosti pohybu seniora a prodloužení doby samostatného bydlení ve svých domovech.

Díky podpoře užívání 4-kolových chodítek prostřednictvím vývoje zdravotnického systému, který zajistil plné hrazení těchto pomůcek se Švédsko stalo unikátem poté, co se této studii se zúčastnilo 300 000 seniorů používajících 4-kolové chodítka.

Je důležité, aby i v České republice senioři s pohybovými problémy překonali obavy a někdy i stud z používání této pomůcky a získali díky užívání kolového chodítka (jinak také rollator) větší možnosti pohybu a nezávislosti.

Chodítka jsou nejen se čtyřmi, ale i se dvěma a třemi koly, nebo pevná (bez kol) tří nebo čtyřbodová.

Rám chodítka může být pevný nebo skládací či kloubový. Z praktické zkušenosti může být skládací chodítka výhodné pro případné uskladnění v bytě uživatele, protože není náročné na prostor, ale někdy může dojít častým skládáním např. tříkolového chodítka k snížení jeho stability a případnému nečekanému složení ramen chodítka. Výhodou je, je-li rám výškově nastavitelný, a proto může být v budoucnu využíván více lidmi.

Úchop chodítka může být jen ruční nebo je pro zvýšení podpory stoje uživatele chodítka používána podpěrka předloktí, podpaží nebo polohovací deska o kterou se může senior opřít velkou vahou horní částí těla.

Ovládání chodítka může být např. pro seniory s demencí složité proto je důležité zhodnotit nutnost asistence při jeho používání. Je nezbytné, aby si uživatel chodítka uvědomoval nutnost a princip brzdění dle toho jaké jsou na chodítku brzdy. Mohou být použity brzdy přítlačné, nášlapné nebo bowdenové (s aretací).

Technické parametry je důležité zhodnotit aby chodítka vyhovovalo v podmínkách v jakých bude používáno. Váha (1,9 kg-18kg) a nosnost (100 kg-318 kg) chodítka se pohybuje různě a vybíráme podle těchto parametrů vzhledem ke konstituci zájemce. Průměr koleček se u odlišných typů různí, čím větší kolečka, tím větší nerovnosti kolové chodítka překoná bez nutnosti přenesení či nadzvednutí chodítka.

Výběr chodítka se řídí dle prostředí v jakém prostředí bude používáno. Je nutné zvážit šířku chodítka a dveří v bytě zájemce o tuto pomůcku. Nejdůležitějším faktorem při výběru chodítka je samozřejmě míra zhoršení mobility. Při těžkém postižení se volí velká rámová chodítka s nutností asistence, při špatné mobilitě pevná malá chodítka (s předními koly nebo krokovacím systémem pro podporu nácviku stereotypu chůze) a při lehce zhoršené mobilitě se používají aktivní tříkolky a čtyřkolky (viz. snímek č.2.). Ty mohou být vybavené sedátkem, košíkem a často jsou volena jako alternativa k berlím.

Invalidní vozíky

Touto pomůckou se budu zabývat jen stručně jelikož již byla probrána v mnoha bakalářských pracích na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a lidé vyššího věku na invalidním vozíku mohou žít samostatně v domácím prostředí bohužel jen velmi těžko. Je to především z důvodů vysoké náročnosti pohybu a života na invalidním vozíku na fyzickou kondici nebo na asistenci druhé osoby při úkonech ADL.

Vhodné pro lidi vyššího věku jsou pojízdná křesla, vozíky mechanické nebo elektrické, které se dále dělí na interiérové nebo exteriérové. Jednotlivé prvky, z kterých se vozík skládá se nastavují tak, aby vyhovovaly postižením a potřebám uživatelů. Měnitelné komponenty a doplňky jsou tyto:

- Materiál rámu může být hliníkový nebo titanový, který umožňuje sestavení opravdu pevného rámu pro aktivní vozíčkáře.
- Pohon vozíku je buďto prostřednictvím obručí na obou kolech nebo páky či obruče na jednom kole pro lidi s aktivně hybnou jen jednou končetinou. Vozíky na elektrický pohon mají různé typy ovládání, např. stolečkové, řízení středové nebo řízení bradou.
- Kola má invalidní vozík 4, 2 velká s hnacími obručemi a 2 zadní stabilizační kolečka zabraňující převržení. Poloha a sklon uchycení kol zajišťuje stabilitu a bezpečnost v různých terénech nebo naopak snadnou ovladatelnost vozíku (spíše u sportovních typů).
- Opěrná plocha má nastavitelný úhel opěrky zad a výšky zad a sedací plocha má nastavitelný úhel, šířku, výšku a hloubku sedu.
- Vozíky mají také odklopné, odepínací a výškově nastavitelné opěrky hlavy a područky.
- Podnožky mají nastavitelné opěrky nohou a chodidel a stupačky mohou být sklopné nebo pevné.
- Vozíky jsou také vybaveny výškově nastavitelnými držadly pro doprovázející osoby.

Vozíky jsou hrazeny pojišťovnou, ale finančně náročnější modely si musí kupující doplatit. Pro přidělení vozíku je nutno vyplnit formulář S5 u něhož je nutné vyšetření od pěti odborných lékařů. (<http://biomech.ftvs.cuni.cz>)

Úpravy koupelny a pomůcky pro hygienu a péči o sebe

Je nutné abychom si uvědomili jak důležité je zpřístupnit vanu nebo sprchový kout pro člověka se zhoršenou hybností, protože samotná hygiena je nejen podmínkou zdraví, ale i životního pohodlí a pocitu určitého sebevědomí. Ergoterapeut by měl mít povědomí o tom jaké úkony určitý senior vnímá jako součást hygieny a jak je zvyklí tyto činnosti provádět (Pfeiffer, 1990). Při výběru pomůcek a plánování úprav koupelny je nutné zhodnotit kolik lidí koupelnu využívá, rozměry koupelny a zda-li jsou úpravy možné z hlediska kvality obkladů a zdiva. Nejdůležitějším faktorem je samozřejmě mobilita seniora a potřeba dopomoci druhou osobou.

Je nezbytné zhodnotit potřebný prostor pro manipulaci s některými pomůckami, jako je chodítko nebo vozík. Užívání těchto pomůcek je náročnější na prostor a proto je nutno přizpůsobit prostor koupelny pro vjetí seniorů s těmito pomůckami. *Minimální manévrovací*

plocha pro otočení vozíku je 150 na 120 cm (Skopec, 1999:21) a s podobnými rozměry by mělo být počítáno i při pohybu s chodítkem. Tyto a další rozměry uváděné např. v publikaci Stavby bez bariér autorů Maxy a Skopce z roku 1994 by se měly brát v potaz při úpravách domácího prostředí seniorů, zejména koupelen a kuchyní.

Při úpravách všech místností a koupelny obzvlášť, by se mělo dbát na to aby se dveře otevíraly ven z místnosti. Může totiž nastat situace, že senior upadne a pomoc by se k němu kvůli malému prostoru nedostala.

V této kapitole se nebudu zabývat pomůckami, které nejsou příliš vhodné pro užívání v domácím prostředí (např. podpěry na WC, zvedáky do vany, apod.), z důvodu malého prostoru nebo náročnosti na asistenci druhé osoby.

Madla (viz. snímek č.4 a 5)

Na úvod chci o této pomůcce uvést, že madla jsou velmi užitečnou pomůckou předcházející pádu seniora a jsou samozřejmě používána i na toaletách, chodbách a všude kde je jich třeba, zvláště na místech, kde senior nemůže použít jinou opěrnou pomůcku. Dle mého názoru by měla být základní pomůckou využívanou při úpravách koupelny seniora jako účinná prevence pádu, jehož riziko při vlézání a vylézání z vany je velmi vysoké.

Madla se instalují přišroubováním ke zdi nebo k podlaze, jsou-li k tomu vhodná. Madla mohou být pevná, sklopná nebo s podpůrnou nohou pro zvýšení stability madla a jeho nosnosti. Instalace madel do sádkartonu, v bytech s umakartovým jádrem nebo starými zdmi se nedoporučuje kvůli nedostatečné pevnosti a nosnosti daných obkladových materiálů. Nejde-li madlo instalovat do zdi mohou se využívat madla, která jsou součástí některých sedaček na vanu. Dalším typem madla, které se nemusí instalovat do zdi je madlo s uchycením přímo na vanu, jehož výhodou je možnost změnit jeho umístění na vaně.

Madla mají různé rozměry a tvary, které je nutno zvážit na základě potřeb seniora, rozměrů koupelny a také potřeb dalších obyvatel bytu. Při výběru je také nutné posoudit úchopové schopnosti seniora. K zakoupení jsou madla plastová (i s proti-skluznou úpravou) nebo kovová. Bohužel tato často nezbytná pomůcka jejíž cena se pohybuje od 150 Kč do 1 600 Kč není hrazena pojišťovnou.

Vanové a sprchové sedačky (viz. snímek č.6 a 7)

Vanové sedačky se využívají tehdy, začne-li mít senior potíže při vylézání z hluboké vany. Podle míry obtíží a rozměrů vany lze vybrat z několika typů sedaček. Jsou to sedačky, které se zavěsí na okraj vany nebo se položí na dno vany (tam kde nelze sedačku připevnit za okraj vany). Senior na této sedačce nesedí ve vaně tak hluboko aby se nedokázal zvednout. Tyto

sedačky umožňují koupel a senior by si měl vybrat takovou, která má výřez pro intimní hygienu.

Při větších poruchách mobility a nezvládne-li se senior již ve vaně zvednout sám, je nejlepší možností použít sedačku na vanu. Ta může mít i podobu jednoduché desky. Tento typ sedačky umožňuje jen sprchování a vanu je lepší opatřit závěsem.

Sedačky jsou vyráběny většinou z plastu, často s otvory pro protékání vody a výřezy pro intimní hygienu. Mohou být na otočných a zesílených rámech, s područkami, madly, polstrováním a opěrkou. Připevňují se ke zdi, nebo na vanu vzpěrami či přísavkami.

Do vany se dá také použít elektrický zvedák skládající se ze zádové a sedací části napájený akumulátorem o nízkém napětí a jednoduše ovladatelný plovoucím ovladačem.

Do sprchy se používají sprchové židle nebo sklopné sedačky, u nichž je důležité umístění do zdi v přiměřené výšce. Sprchové židle mohou mít výškově nastavitelný rám a mohou být pojízdné. Sklopné sedačky jsou dobrou volbou z hlediska úspory místa, využívá-li sprchový kout někdo další.

Na tuto pomůcku přispívá pojišťovna a některé typy hradí plně. Ceny sedaček a židlí se pohybují od 900 Kč do 13 000 Kč.

Protiskluzové podložky (viz. snímek č.8.)

Další užitečnou pomůckou, která předchází pádu na kluzkém povrchu je proti-skluzná podložka. Může být využita jak na podlahu tak do vany a sprchy. Podložka by měla být slabá a pevně přichycená k podkladu, aby o ni senior nezakopl. Zároveň by měla být odnímatelná aby se daly odstranit nečistoty, které se pod ní mohou zachytit, nebo aby se mohla vyčistit celá. K podkladu se připevňuje přísavkami nebo přilepením. Proti uklouznutí se mohou použít i menší nalepovací gumové ornamenty nebo ozdoby, které mají stejný efekt jako proti-skluzné podložky. Proti-skluzné podložky lze zakoupit také v prodejnách s vybavením domácnosti apod. za nižší cenu než ve specializovaných firmách (DMA 330 Kč). Tato pomůcka není hrazena pojišťovnou.

Stolička k vaně (viz. snímek č.9.)

Stupínek před vanu velmi usnadňuje vstup do vysoké vany a zamezuje tak případnému pádu. Využijí ho zejména senioři s výrazně omezeným rozsahem pohybu na dolních končetinách. Stoličku je bezpečnější používat zároveň s madlem. Firma DMA prodává tyto stoličky za 925 Kč, ale stejně dobře poslouží i přiměřeně vysoká stolička z omyvatelného

materiálu z prodejen nábytku (IKEA 149 Kč). Je důležité aby stolička stála dostatečně pevně na zemi a nepřevracela se. Tato pomůcka není hrazena pojišťovnou.

Další pomůcky pro hygienu a péči o sebe

Kartáče nebo houby na prodloužené rukojeti (viz. snímek č.9.)

V důsledku snížení svalové síly a rozsahu pohybů se stoupajícím věkem se zmenšuje prostor kam senior dosáhne. Jednoduchou a účinnou pomůckou jsou kartáče, žínky nebo houby na mytí s prodlouženou rukojetí, které poslouží jako prodloužení ruky a umožní seniorovi umýt se i na místech, kam si sám již nedosáhne. Tyto pomůcky lze zakoupit i s rozšířeným úchopem a ergonomicky zahnuté např. u firmy Meyra nebo DMA až za 600 Kč, ale v běžných obchodech je lze sehnat levněji a jednodušeji např. od firmy Abella nebo Pretty woman (v drogeriích nebo supermarketech) lze zakoupit žínku s prodlouženou a zahnutou rukojetí od 50 Kč.

Žínky nebo mycí houby s páskem

Jsou další levnou a užitečnou pomůckou. Kompenzují zhoršené úchopové schopnosti seniora, kdy si pásek žínky stačí jen navléknout na ruku a ta drží sama.

Zubní kartáček s rozšířenou rukojetí

Je velmi často využíván seniory jejichž úchop se zhoršil (např. po CMP) a širší válcový úchop kartáčků je pro ně snadnější. Ceny těchto kartáčků jsou trochu vyšší než běžných (cca do 100 Kč) a dají se sehnat v drogeriích apod. V prodejnách zdravotnických potřeb lze, mimo tyto kartáčky, objevit i nástavce na kartáček s obyčejným úchopem, jehož úchop rozšiřují např. držátko na kartáček Tepe Extra Grip od firmy Profimed za 135 Kč.

Hřeben nebo kartáč na vlasy s rozšířenou rukojetí

Při snížení svalového tonu a svalové síly může u člověka vyššího věku nastat problém s uchopením úzkého držadla hřebenu. Někdy nastane i situace, kdy se člověk kvůli obtížím při česání přestane nakonec česat. Použití široké rukojeti je vhodnou a jednoduchou prevencí neupraveného účesu, jenž může mít negativní vliv na sebevědomí seniora.

Zrcadlo na pohyblivém rameni

Aby mohl senior použít k úpravě zevnějšku obou horních končetin přestože potřebuje další zrcadlo, např. při holení, je vhodným řešením instalace zrcadla na pohyblivém rameni.

Tato pomůcka je variabilní a lze nastavit do polohy, kterou potřebují jednotliví obyvatelé domácnosti.

Pomůcky a úpravy toalety

Dle mého názoru je velkou nevýhodou toalet v panelákových bytech jejich malý prostor a často velmi nízké WC. Senior s chodítkem na takovouto toaletu nemůže zajet a často je i prostor před onou místností tak stísněný, že k ní nelze ani pohodlně dojít. Proto je zde nezbytné použití madel ve vyhovující výšce. Jejich instalaci však často brání nevhodný podklad (umakart).

Druhou alternativou jsou **nástavce na WC** (viz. snímek č.21.), které mohou mít postranní madla, o která se může senior při zvedání z WC zapřít. Tyto nástavce mají různé výšky (5 cm, 10 cm, 15 cm) a mají zabránit dopadnutí na WC z výšky a usnadnit vstávání z WC, které je velmi náročné pro seniory s artrózou, Parkinsonovou nemocí atd. Nástavce se vyrábějí i s antidekubitním polstrováním. Připevňují se šrouby nebo svorkami a jejich připevnění není příliš složité. Jsou hrazeny pojišťovnou (max. 2 000 Kč) a jejich cena se pohybuje od 1 000 Kč do 2 500 Kč.

Vybavení kuchyně a pomůcky pro sebesycení a přípravu pokrmů

Již při vybavování kuchyně nejen nábytkem, ale i elektrickými spotřebiči, nádobím a dalšími pomůckami, by měl každý člověk uvažovat o rozdílných potřebách a nárocích jednotlivých členů rodiny. Důležité je také zvážit to, že se jeho samotné potřeby mohou kdykoliv nebo postupem času změnit. Proto by se každá místnost domácnosti měla vybavovat nebo upravovat tak, aby co nejlépe vyhovovala lidem, kteří v ní bydlí, nebo aby se tyto místnosti nestaly nevyhovující nebo bariérové při náhlé nebo postupné změně možností člověka. Myslím si, že toto nejvíce platí pro kuchyni a koupelnu, jejichž úprava je vždy velmi náročná na čas a peníze.

Při zařizování nebo úpravách kuchyně je třeba dodržovat rozměry, které budou vyhovovat i člověku menšího vzrůstu, s omezeným rozsahem pohybu nebo svalovou silou. Je nutno brát v úvahu, že dosah člověka na horní hranu nábytku je z vozíku 120 cm a člověka stojícího o berlích 160 cm a do hloubky člověk dosáhne maximálně 40 cm (Skopec, 1999:85), a dle toho vybírat kuchyňskou linku a umisťovat další skříně do takové výšky aby se do nich každý pohodlně dostal.

Dále je pro pohyb člověka v kuchyni výhodnější používání posuvných dvířek skříněk, protože manipulace s nimi není tolik náročná na rozsah pohybů (zejména ramenních kloubů) horních končetin, je úspornější na prostor a je sníženo rizika udeření sebe nebo druhého dvířky .

Umístění ovládacích prvků (vypínače, zvonky, zástrčky, atd.) nejen v kuchyni ale po celém bytě by mělo být ve výšce mezi 80 -100 cm a 40 cm od rohu místnosti aby na něj dosáhli i lidé na vozíku a aby je vždy hledali na stejném místě a nebyli dezorientováni (Skopec 1999). Také by se mělo zamezit volnému visení nebo povalování kabelů o které by mohl senior zakopnout.

Pro lidi se zhoršenou jemnou motorikou, úchopovými schopnostmi a svalovou silou, je výhodným řešením používání pákových baterií, jejichž používání je mnohem jednodušší na manipulaci i regulaci teploty.

Pro prevenci pádu u seniorů je důležitá **proti-skluzná úprava podlahových krytin** zejména v kuchyni, kde se často něco vylije a hrozí pád. „Nebezpečné jsou podlahy z dlaždiček, parket, xylolitu a linolea, které jsou hladké. Nejvhodnější je korkové lino a podlahy z umělých hmot s hrubým povrchem, který zabraňuje uklouznutí.“ (Maurer, 1995:94)

Je vhodné, aby zde měl senior možnost posadit se k pracovní ploše a šetřil tak energii při přípravě pokrmů. Nevejde-li se zde běžný jídelní stůl, může se zvážit možnost instalace sklápěcího.

Senioři s poruchou zraku mohou využít **barevné odlišení** úchytek nebo jednotlivých šuplíků a skříněk nebo způsob osvětlení pro lepší orientaci v prostoru. Dále také mohou využít různé **budíky nebo zvukové signalizace**.

Důležitým aspektem pohodlné práce a bezpečného pohybu v kuchyni je nejen dostatek prostoru pro pohyb a práci, ale také dostatek manipulačního prostoru pro manipulaci s troubou, sporákem a dalšími spotřebiči. Zde je nutno zohlednit, pohybuje-li se v kuchyni člověk používající vozík nebo chodítko, který potřebuje samozřejmě větší prostor než člověk bez pomůcky. Nevhodné je umístění trouby pod sporákem, kdy je pro mnoho lidí vyššího věku velmi náročné ohýbání a zvedání předmětů. Mnohem lepší je umístění trouby ve výši očí (Maurer 1995).

Velkým přínosem a ušetřením práce je **používání mikrovlnné trouby**. Při vaření je dobré uvařit několik porcí navíc, zamrazit je a později je jednoduše ohřát. Tímto způsobem může senior ušetřit mnoho energie.

Pro bezpečnost a pohodlné provádění činností všedního dne je důležité kvalitní osvětlení pracovní plochy a celkového prostoru. Vhodné jsou k tomuto účelu zářivky, které prostor sice nečiní příliš útulným, ale osvěcují svým jasným světlem velký prostor.

Pomůcky pro sebesycení:

Nádoby pro napití (viz. snímek č.12.)

Speciální nádoby na pití jsou většinou vyrobeny z plastu, a proto jsou mnohem lehčí a odolnější proti nárazu. Často jsou opatřeny víčkem, které zabraňuje vylití nebo pobryndání, což je problémem zejména u osob, jenž trpí třesem. Tato víčka mohou být jen k uzavírání, s náhubkem na pití nebo s nálevkou. Lze je zakoupit nejen ve specializovaných prodejnách, ale i v domácích potřebách, kde jsou tyto nádoby většinou určeny pro děti, ale účel splňují stejně dobře a nejsou tak cenově náročné.

Nádoba pro jednu ruku (např. od firmy Medicco 265 Kč nebo DMA 370 Kč)

Je opatřena dlouhým a širokým držadlem, které umožňuje volný úchop jednou rukou. Jsou vhodné pro osoby se zhoršenými pohybovými možnostmi jedné poloviny těla (např. po CMP) nebo po amputaci jedné horní končetiny.

Nádoba pro dvě ruce (např. od firmy Medicco 198 Kč)

Je vhodná pro seniory trpící třesem nebo malou svalovou silou, pro něž je pohodlnější držet hrníček oběma rukama.

Sklápěč varné konvice a stabilizační deska (viz. snímek č.16)

Sklápěč varné konvice a stabilizační deska (např. od firmy Medicco 779 Kč a 370 Kč) jsou sice cenově náročnější a nejsou hrazeny pojišťovnou, ale jsou velmi účinnou prevencí opaření seniora, zvláště má-li již malou sílu a hlavně obavy ze zranění. Sklápěč zajišťuje bezpečné a stabilní nalévání horké vody bez zvedání konvice a je určen pro širokou škálu varných konvic, které jsou na něm připevněny stabilizační páskou.

Okraj na talíř (viz. snímek č.13.) (Medicco 195 Kč) a **talíře se zvýšeným okrajem** (Medicco 415 Kč) pomáhají zabránit posunu jídla mimo talíř. Podobné talíře lze mnohem levněji koupit v prodejnách domácích potřeb, např. v Tesco lze zakoupit plastový talíř se zvýšenými okraji za 19 Kč a s přepážkou na oddělení přílohy a víkem za 64 Kč. Talíř s víkem je dobrý i pro přenášení jídla, protože je zde menší riziko jeho vyklopení.

Přístroje s rozšířenou rukojetí (viz. snímek č. 13)

Usnadňují sebesycení lidem s omezenými schopnostmi úchopu. Další usnadnění je i zahnutí držadel pro snadnější úchop nebo fixační páska, která zabraňuje vypadávání přístroje

z ruky. Prodávají se také nože s vidličkou na konci čepele, který je vhodný pro jedince s aktivně hybnou jen jednou horní končetinou. Tyto pomůcky nejsou hrazeny pojišťovnou a jejich cena je cca

Proti-skluzná podložka pod talíř (viz. snímek č.17.)

Zabraňuje převrnutí a posunu talíře při jídle. Tuto podložku je možné použít i pod jiné nádobí při přípravě pokrmů, aby se nemusela držet příliš pevně. Kromě specializovaných firem (Medicco 450 Kč a 890 Kč) lze podobnou podložku také zakoupit v domácích potřebách, jako např. prostírání Panna za 49 Kč v IKEE.

Speciální kuchyňské prkénko (viz. snímek č.15.)

Je vhodná pomůcka především pro lidi s omezenou hybností horních končetin. Toto prkénko má zvýšené okraje, které zabraňují posunu jídla nemůže-li si ho dotyčný přidržovat druhou rukou nebo nemá-li dostatečnou sílu. Zároveň může mít prkénko i zarážku na okraj stolu, aby se neposunovalo samotné prkénko. Prkénko je vyrobeno z omyvatelného materiálu a např. firma Medicco jej nabízí za 145 Kč. Takovouto pomůcku není ale složitě vyrobit si sám s nižšími náklady.

Otvírač sklenic jenž má pogumovaný povrch nebo výlisky na prsty pro lepší uchopení a snížení námahy při otvírání sklenic, je dalším výrobkem firmy Medicco (155 Kč nebo 195 Kč), který může usnadnit přípravu pokrmů seniorům se sníženou svalovou silou horních končetin.

Podavače (viz. snímek č.19.)

Tato pomůcka připomínající kleště s dlouhou rukojetí může být vybavena i magnety díky nimž lze sbírat i drobné kovové předměty. Podavače jsou určeny hlavně pro osoby s omezeným rozsahem pohybu, které se již nemohou ohnout nebo spustit k zemi pro spadlé předměty. Podavače jsou prodávány v různých velikostech (66 cm – 82 cm) přibližně za 480 Kč.

Pojízdný stolek (viz. snímek č.18.)

Je dobrým prostředkem pro převážení jídla a může být používán i jako jídelní stolek. Pro jedení u těchto stolků jsou nejlepší stolky podjízděcí, kterými lze zajet k posteli nebo židli, je-li pod nimi 7,5 cm prostor pro zajetí (např. Medicco 1100 Kč a 3 450 Kč). Stolky jsou na

čtyřech kolech a měly by být výškově a úhlově nastavitelné. Proti posunu talíře bývají na stolcích zarážky na 2 až 4 stranách.

Indikátor hladiny a světla umožňuje lidem se zhoršením nebo ztrátou zraku orientaci kolik již mají nalito do nádob při přípravě pokrmů nebo nalévání nápojů. Tato pomůcka je cenově náročnější (Sons 1165 Kč), po schválení revizním lékařem je však hrazena pojišťovnou.

Dávkovače potravin jsou levnou a užitečnou pomůckou pro seniory s poruchou zraku a usnadňují jim přípravu pokrmů. Pojišťovnou hrazeny nejsou, ale jejich cena se pohybuje od 15 Kč do 35 Kč Kč.

Kontrastní nádobí je také vhodnější používat při zhoršení zraku. Dvoubarevné, nejlépe černobílé, nádobí je výrazné lze od sebe lépe odlišit jednotlivé kusy i nalézt je v prostoru.

Reliéfní nádobí

Hrnky, misky nebo talíře s reliéfními ozdobami jsou vhodné pro seniory, kteří si chtějí vybrat např. oblíbený hrníček a orientují se lépe podle hmatu než podle zraku.

Minutník kuchyňský je vhodný pro sledování času, nevidí-li již senior dobře na hodiny. Nejlepší jsou kuchyňské minutky s reliéfní úpravou, které označují jednotlivé časové úseky, aby si čas mohl senior nařídít sám. Tato pomůcka není hrazena pojišťovnou a její cena se pohybuje od 80 Kč (oddělení domácích potřeb supermarket Eva) do 250 Kč (Sons).

Drtič nebo půlič tablet usnadňuje rozlamování léků a jejich dávkování lidem se zhoršením zraku nebo jemné motoriky. Tato pomůcka není hrazena pojišťovnou a její cena se pohybuje od 35 Kč (Sons) do 160 Kč (DMA).

Váha kuchyňská česky mluvící umožňuje samostatnou přípravu pokrmů i lidem s výrazným postižením zraku. Tuto pomůcku nehradí pojišťovna, ale 50% ceny hradí sociální odbor. Cena se pohybuje různě, firma Sons tuto pomůcku prodává za 2600 Kč (váha do 5 kg) nebo 3200 Kč (váha do 2 kg).

Zásobník léků napomáhá bezpečnému dávkování léků na den nebo týden, kdy si senior může dopředu rozdělit léky i s asistencí, která může zkontrolovat, jestli byly léky rozděleny

správně. Senior při používání zásobníku ví jestli si léky už vzal a je snižená pravděpodobnost toho, že by se předávkoval opětovným požitím stejných léků.

Pomůcky pro usnadnění oblékání

Ve vyšším věku člověka je stále velmi důležité pro životní pohodu pocit pohodlí a to jak se člověk cítí ve svém oblečení. Je proto vhodné aby se touto oblastí zabýval i ergoterapeut, který může některými radami či triky pomoci seniorovi eliminovat stresové situace. Tím mám na mysli, např.:

- **Omezení schopnosti zapínat a rozepínat knoflíky a patenty v důsledku zhoršení jemné motoriky.** Tento problém můžeme vyřešit jednoduše použitím suchých zipů místo knoflíků. Je možno také zakoupit **zapínač knoflíků** (DMA 200 Kč), který by měl zapínání knoflíků usnadnit, ale z vlastní zkušenosti mohu říci, že jeho užívání je složité a tuto pomůcku nepovažuji za praktickou nebo výrazně usnadňující oblékání.
- **Potíže při oblékání oblečení přes hlavu vlivem snížení rozsahu kloubní pohyblivosti.** Tyto komplikace při oblékání lze vyřešit nošením oblečení o jedno nebo více čísel větší, kdy se volnější oblečení obléká snadněji. Nevýhodou tohoto řešení je, že člověk oblečen ve velkém oblečení může působit neupraveně. Potom bych pánům i dámám, kteří si zakládají na upraveném zevnějšku, doporučila rozšíření šatníku o propínací oděvy, halenky, košile, svetry i mikiny z příjemných a lehkých materiálů, jejichž oblékání bude pro seniory mnohem snadnější. Podmínkou nošení tohoto oblečení je zachovaná jemná motorika a schopnost zapínat knoflíky. Je-li tato schopnost omezena mohou být knoflíky nahrazeny vkusně všitým suchým zipem.
- **Problémy při obouvání nebo oblékání ponožek či punčoch jako následek omezení rozsahu pohybu a snížení svalové síly.** Provádění těchto činností lze usnadnit používáním navlékačů ponožek či punčoch (DMA 190 Kč až 490 Kč) (viz. snímek č.20.). U těchto pomůcek zdůrazňuji nutnost jejího vyzkoušení před samotnou koupí, poněvadž její používání nemusí být pro daného člověka přínosné a praktické. Jednoduchou a finančně nenáročnou pomůckou je také nazouvací lžíce, jenž lze zakoupit v různých velikostech v prodejních obuvi.
- Potíže mohou nastat také při zavazování nebo zapínání bot v důsledku celkového zhoršení hybnosti a jemné motoriky. Řešení je nutno hledat na základě návyků a módních preferencí seniora. Tkaničky mohou být nahrazeny suchými zipy nebo rozličnými přezkami s patenty. Senior by měl mít možnost dopředu si jednotlivé typy zapínání vyzkoušet, bude-li mu vyhovovat.

- Lidé s poruchou zraku nebo s jeho úplnou ztrátou mohou využít pomůcky usnadňující jim oblékání. Pro ty, jimž záleží na elegantním vzhledu umožní lepší sladění barev **indikátor barev**, který sice není hrazen pojišťovnou a lze zažádat o úhradu částky sociální odbor pověřeného úřadu v místě trvalého bydliště. Tato pomůcka distribuovaná např. firmou Sons pod názvem Colortest (17900 Kč) má několik dalších funkcí jako je čas, datum, stopky, teplota v místnosti atd.. Přístroj jednodušší na ovládání je Colorino (4700 Kč) a informuje o světle a barvách a rozpozná až 100 barevných odstínů.
- Pro rozeznání jednotlivých kusů oblečení lze použít rolničky, nebo kroužky (např. u ponožek).

Obývací pokoj

Je místností kde se většina obyvatel oddává odpočinku, relaxaci nebo zde přijímají návštěvy. Většina lidí ho má vybavený pohodlným sedacím nábytkem a s ním ladícími koberci. Přestože se to mnohým nebude líbit, jsou nutné některé změny i v této místnosti.

Do obývacího pokoje seniora se nehodí především těžké koberce s vysokými okraji nebo menší koberečky, o které se dá snadno zakopnout. Nejlepší jsou nízké nebo zátěžové koberce pokrývající celou plochu místnosti, které nejsou sice nejhezčí, jsou ale rozhodně bezpečnější.

Hluboká a polstrovaná křesla, v kterých lidé tráví mnoho času, nejsou pro seniora také příliš vhodná. Vstávání z nich je velmi obtížné, často velmi namáhavé a někdy i bolestivé. Proto doporučuji židle nebo křesla s nastavitelnými parametry výšky sedáku, opěrky a područek tak, aby byl při sedu zachován pravý úhel v kyčlích, kolenou a plosky nohou se dotýkaly celou svou plochou podlahy. Opěradlo by mělo být pevné a výškově nastavitelné.

Pomůcky a úpravy ložnice

Již v podkapitole o jednoduchých úpravách se zmiňuji o tom, jak jednoduše lze zvýšit postel. Podložením matrace druhou lze staršímu člověku se zhoršenými pohybovými schopnostmi usnadnit usedání na postel i vstávání z ní.

Je nutné si uvědomit, že ve vyšším věku se zvyšuje u žen i mužů frekvence návštěv toalety a to především v noci. Aby se předešlo pádům, měl by ergoterapeut při úpravách bytu seniora dohlédnout na uspořádání nábytku v ložnici a přesunout ho tak, aby nepřekážel v cestě.

K předcházení nočních nehod, kdy senior nestihne dojít včas na toaletu může přispět umístění toaletního křesla do ložnice.

Toaletní křesla (viz. snímek č.22)

Používání toaletních křesel v domácím prostředí by nemělo být příliš samozřejmé. Senior by měl být podporován jinými pomůckami, aby byl schopen používat WC. Toaletní křeslo je ale dobrým řešením nepříjemných nehod, které mohou nastat především v noci, kdy je senior dezorientován náhlým probuzením, tmou a vlivem zhoršených pohybových schopností nestihne dojít na onu místnost.

Toaletní křesla mohou být pojízdná, ale myslím, že do domácnosti je praktičtější pevné křeslo vhodného designu. Dále je také důležité vybrat vhodné místo, kde bude křeslo stát, aby k němu měl senior dobrý přístup a zároveň aby nepřekáželo.

Rám křesla může být skládací a výškově nastavitelný, což si myslím, že u křesla užívaného v domácnosti jednou nebo dvěma osobami není naprosto nezbytné. Variabilními součástmi křesla jsou sedačka, stupačky, područky, opěrka a prkénko (plastové/polstrované, pevné/odnímatelné/odklopné). Ceny křesel se pohybují od 2 000 Kč do 15 000 Kč , přičemž pojišťovna plně hradí jen křesla v základním, nejméně ekonomicky náročném provedení a u dražších typů křesel přispívá částkou až 4 210 Kč.

Budíky

Začne-li se u seniora projevovat výrazné zhoršení sluchu a zároveň je zvyklý na buzení budíkem, můžeme mu doporučit budíky s vibrační nebo světelnou signalizací. Při zhoršení zraku lze využít budík nebo hodiny s hlasovým (hlášení času) nebo hmatovým výstupem.

4.1.3 Složitější úpravy a pomůcky v domácím prostředí

- **Úpravy architektonických bariér v bytě seniora** jsou prováděny zpravidla z důvodu rozšíření prostoru a jeho přizpůsobení člověku pohybujícího se s pomůckou pro lokomoci, s chodítkem nebo na vozíku. Spočívají nejčastěji v rozšiřování zárubní nebo v přestavbě bytového jádra, které je ve starších domech umakartové a brání tak instalaci madel, sedaček do sprch apod..
- **Zvedací zařízení** jako jsou např. schodišťové plošiny nebo sedačky a **závěsné systémy** nejsou běžně užívanou úpravou bytu nebo domu seniora. Tato úprava je nezbytná pro pohyb člověka na vozíku a v naší zemi je asi jen málo lidí vyššího věku na vozíku žijících v domácím prostředí. Pohyb člověka na vozíku vyžaduje jistou fyzickou kondici, která se s věkem zhoršuje a následně se tedy zvyšují nároky na asistenci druhé osoby již jen při používání dalších pomůcek (např. zvedák do vany, plošiny). Proto bývá často pro seniora a hlavně pro jeho partnera nebo příbuzné

jednodušší a méně náročnější řešení umístění do zařízení kde bude mít tento člověk možnost využít odborné a celodenní pomoci specializovaného personálu.

- **Úpravy architektonických bariér v domě** zahrnují zejména úpravy vchodů, jenž jsou velmi často po schodech. Při výstavbě nových domů se na toto již většinou pamatuje a vchody do domu jsou již jen po rovině kdežto domy ze starší výstavby mají téměř vždy minimálně jeden schůdek vedoucí ke vchodovým dveřím a kovový práh ve dveřích. U těchto vchodů by měly být alespoň u jednoho vchodu nahrazeny schody nájezdovými plošinami, které jsou vhodnější nejen pro vyjetí s chodítkem, ale i pro samotnou chůzi o berli nebo o holi.

III. Praktická část

Praktická část této bakalářské práce se skládá z kasuistik 2 klientů z DS Malešice vypracované během pětítýdenní praxe v červenci 2007 a kasuistiky klientky žijící v domácím prostředí vypracovaná během října 2007.

Plány bytů jednotlivých klientů před a po úpravách a návrhy některých úprav následují vždy po závěru kasuistiky. Fotodokumentace jednotlivých bytů a pohybu klientů po nich je v přílohách.

Kasuistika č. 1 – Klientka A. B.

Jméno : A. B.

Rok narození :1917

Diagnosa : Stav po zlomenině krčku kosti stehenní na pravé noze, která vznikla následkem pádu ze sedačky při jízdě autobusem. Hospitalizace klientky trvala 3 měsíce.

Rodinná anamnéza : Klientka A. B. je vdova, má tři děti (dva syny a dceru). Po návratu z hospitalizace se o klientku stará dcera, která k ní každý den dochází. V budoucnu klientčina dcera plánuje střídat se v péči o matku s bratrem, který bydlí v Praze.

Sociální anamnéza : Klientka A. B. bydlí v penzionu při Domově pro seniory v Malešicích. Před vznikem jejího úrazu sem docházela do výtvarných dílen, na cvičení a na většinu kulturních a společenských akcí.

Pracovní anamnéza : Klientka v průběhu života pracovala jako prodavačka v cukrárně a později jako asistentka, nyní je ve starobním důchodu.

Zájmy: Dříve ruční práce – pletení, háčkování, pěstitelství, návštěvy divadel a koncertů.

Nyní se bojí ještě sama chodit větší vzdálenosti takže čas tráví spíše doma luštěním křížovek a četbou.

1) Ergoterapeutické hodnocení :

Využila jsem pozorování, rozhovor s klientkou a její dcerou, testy - Barthel index, Mini-mental test které připojuji v přílohách č. 5.. Klientku jsem třikrát navštívila v jejím bytě v penzionu za přítomnosti její dcery.

Mobilita, lokomoce :

Klientka po zlomenině krčku kosti stehenní na pravé noze používá čtyřkolové chodítko s kterým je velmi spokojená, ale na některých místech v bytě se jí s ním kvůli špatně rozestavěnému nábytku hůře manipuluje.

- a) Při vjezdu do kuchyně klientka chodítkem neprojede mezi peříňákem a křeslem.
- b) Klientka má sice odstraněny prahy v celém bytě, ale v předsíni a v obývacím pokoji jsou rozmístěny koberečky, které způsobují drncání při pohybu s rollatorem a mohly by být příčinou zakopnutí a následného úrazu klientky.
- c) Klientka A. B. nevjede s chodítkem na WC a před vstupem se nemá o co opřít, madlo má až uvnitř WC.
- d) Kvůli nízké posteli a hlubokému čalouněnému sedáku křesla se paní A. B. špatně vstává z sedu.

Na úpravy bytu, které tyto překážky odstraní, se zaměřím dále v krátkodobém plánu.

DK :

Rozsah pohybu: Klientce jsem rozsahy kloubní pohyblivosti neměřila, toto jsem konzultovala s ergoterapeutem a rehabilitačním pracovníkem. Klientka pravidelně cvičí a na levé dolní končetině má rozsahy odpovídající normě přiměřené věku. Na pravé dolní končetině má klientka omezen pohyb v kyčelním kloubu vlivem občasných mírných bolestí.

Svalová síla: Paní A. B. má sníženou svalovou sílu na dolních končetinách vlivem sníženého pohybu během rekonvalescence. Zvládá mobilitu na kratší vzdálenosti ve svém bytě.

Koordinace a rychlost pohybu: Úměrné věku klientky a prodělanému úrazu.

HK:

Hybnost horních končetin je zachována, rozsahy kloubní pohyblivosti nebyly měřeny, ale orientačně lze rozpoznat normu úměrnou věku. Jemnou motoriku má klientka dobrou, zvládá všechny úchopy i cílené pohyby. Svalovou sílu na horních končetinách má dobrou.

Personální ADL :

20.7.2007 byl proveden Barthelův test ADL.

Najedení a napití zvládá paní A. B. sama bez dopomoci ve své kuchyni.

Oblékání zvládá sama bez dopomoci.

Koupání klientka provádí jen s asistencí dcery, která jí pomáhá dojít k od rollatoru (s kterým klientka zajede pod umyvadlo) k vaně, do které jí pomůže vylézt. Dále se klientka myje sama v sedě na sprchové sedačce, která je přidělána ke zdi nad vanou.

Osobní hygienu zvládá klientka bez dopomoci, buďto v sedě nebo přidržujíc se rollatoru.

Klientka je **plně kontinentní**. WC používá sama, bez dopomoci na toaletě. V noci se klientka bojí, že nestihne dojít na záchod nebo upadne, a proto by chtěla zakoupit gramofon k posteli. V tomto jí však rodina nepodporuje, protože se bojí, že by ho potom používala i přes den, méně se pohybovala a dále ztrácela pohybové schopnosti.

Přesuny mezi lůžkem a židlí zvládá sama. **Chůzi** klientka zvládá jen na krátké vzdálenosti a po schodech vůbec ne.

Klientka dosáhla 75 bodů ze 100, což je v bodovém rozmezí lehké závislosti 61 - 95.

Kognitivní funkce:

27.7.2007 byl proveden Mini Mental Test

Orientace časem – klientka ví, který je den v týdnu a ví i přesné datum.

Orientace místem – klientka ví v jaké je zemi, okrese, městě, ví i adresu Domova pro seniory a v kterém je poschodí.

Zapamatování – klientka vyslechla 3 pojmy a zřetelně je zopakovala.

Pozornost a počítání – klientka zvládla výborně.

Výbavnost – Ze 3 pojmů si klientka zapamatovala jen jeden. Klientky dcera mi později sdělila, že se její matce zhoršuje krátkodobá paměť. Občas zapomíná, že se již o nějakém tématu ten den bavily.

Pojmenování předmětů – klientka zvládla bezchybně.

Opakování slovního spojení – klientka zvládla bez chyby.

Provést úkoly na základě delších a složitějších instrukcí nedělá klientce vůbec žádné obtíže.

Psaní a vymýšlení vět klientka zvládá, má bohatou slovní zásobu a stále pěkný rukopis a fantazii.

Obkreslování obrázků paní A. B. zvládá.

Klientka dosáhla 28 bodů z 30, což odpovídá normě.

Řešení problémů dělá klientce menší obtíže, ve všem spatřuje velké překážky a dělá si se vším obavy. Myslím, že je to způsobeno ztrátou některých schopností a pocitem závislosti na druhých lidech.

Schopnost rozhodování klientky je dle mého názoru ovlivněna silnou osobností a někdy až nesmlouvavostí její dcery. Myslím si, že na přístupu klientčiny dcery by se v tomto směru mohlo trochu zapracovat. Měla by si uvědomit, že její matka, přestože nemá takový přehled o některých situacích, stále umí používat zdravý rozum a rozhodovat se o sobě samé. Jinak se o klientku dcera stará pečlivě i velmi obětavě, zároveň si zachovává zdravý odstup, který si myslím, že je při takovéto změně rolí z dcery na opatrovníka nezbytný.

Osobnost klientky :

S paní A. B. jsem měla možnost setkat se jen třikrát, ale během testů a návrhů úprav jejího bytu se klientka rozhovořila a ukázalo se, že je velmi přátelská a optimistická. Po počáteční nedůvěře klientky ke změnám v jejím bytě se paní A. B. zřejmě přesvědčila o pozitivním vlivu plánovaných úprav na její bezpečnost a sama se nakonec zapojila do plánování a dávala konstruktivní návrhy a připomínky. Paní A. B. se ráda účastní společenského života, i když mnoho přítelkyň již nemá. Velký význam pro ni má rodina a dobré vztahy s příbuznými. Není nakloněná příliš velkým změnám a v životě jí nyní hodně záleží na klidu a bezpečí.

Silné stránky klientky :

- Klientka je samostatně mobilní v bezbariérovém prostředí.
- Soběstačnost v personálních ADL.
- Kognitivní funkce na dobré úrovni vzhledem ke věku klientky.
- Dobrý zrak i sluch a je manuálně zručná.
- Klientka má náhled na svá onemocnění a možnosti, nepřetěžuje se ani se nepodceňuje.
- Dobrý vztah klientky s rodinou.

Slabé stránky klientky:

- Vysoký věk klientky.
- Závislost v mobilitě na chodítku.
- Občasná nepozornost a zhoršování krátkodobé paměti.
- Obavy ze samostatného pohybu mimo svůj byt, strach z pádu.
- Nutnost asistence při vstupu do vany.

2) Návrh terapeutického plánu

Cíl :

U paní A. B. bych se zaměřila na trénink kognitivních funkcí zejména pak na krátkodobou paměť, pozornost a logické myšlení. Dosud je úroveň těchto funkcí poměrně dobrá, ale občas se objevují jisté výkyvy, proto bych pracovala na udržování schopností aby se zpomalil proces zhoršování.

Dále bych zapracovala na zvýšení svalové síly, tréninku chůze a hlavně eliminaci rizika pádu v bytě. Navázala bych také tréninkem chůze v terénu, aby klientka zvládla s jistotou dojít do DS Malešice. Tam by se klientka mohla účastnit skupinových aktivit, zejména cvičení na židlích, práce ve výtvarné dílně a kulturních akcí. Klientka by takto mohla získat nesrovnatelně více stimulů než v jejím bytě. Pokud by k tomuto byla dostatečně motivována zlepšením svých pohybových schopností, zvýšila by se tím tak její samostatnost a získala by tak plnohodnotnou náplň dne, čímž by se zvýšila kvalita jejího života.

Krátkodobý plán :

- Procvičování paměti a pozornosti např. hraním karet.
- Trénink logického myšlení.
- Úpravy prostředí nezbytné pro předcházení rizika pádu v bytě klientky.
 - a) Rozšíření prostoru mezi křeslem a peřínákem pro lepší průjezd chodítkem do kuchyně tak, že se přesune peřínák pod police u okna kam se dobře vejde a nepřekáží.
 - b) Odstranění koberečků z prostoru předsíně a obývacího pokoje.
 - c) Vyzkoušení vhodnosti nástavce na WC s postraním madly, který má již klientka zakoupen, ale ještě ho nevyzkoušela. Nebude-li nástavec klientce vyhovovat je nutno zvážit vhodnost dalšího madla, které by klientce usnadnilo vstávání z WC.
 - d) Zvýšení postele vložím další matrace pro usnadnění vstávání z postele. To může usnadnit i opření se o chodítko nebo přistavenou stabilní židli.
 - e) Zvýšení sedáku křesla vložím vyhovujícího molitanu. Pro klientku by byla vhodnější židle s pevným opěradlem než hluboké, čalouněné křeslo na kterém sedává v obývacím pokoji. Paní A. B. je však zvyklá na své křeslo a nechce ho měnit.

Dlouhodobý plán :

- Pokračování v krátkodobém plánu.
- Instalace madla na zeď u vchodu na WC v rámci předcházení rizika pádů .
- Zvyšování jistoty a sebevědomí prostřednictvím zlepšování lokomoce.
- Využívání výtvarných technik k udržování dobré jemné motoriky.
- Udržování stávajících schopností a soběstačnosti klientky ve vztahu k pravidelnému docházení do výtvarných dílen, na cvičení a na další akce pořádané DS Malešice.
- Aktivní vyplnění volného času.

3) Závěr :

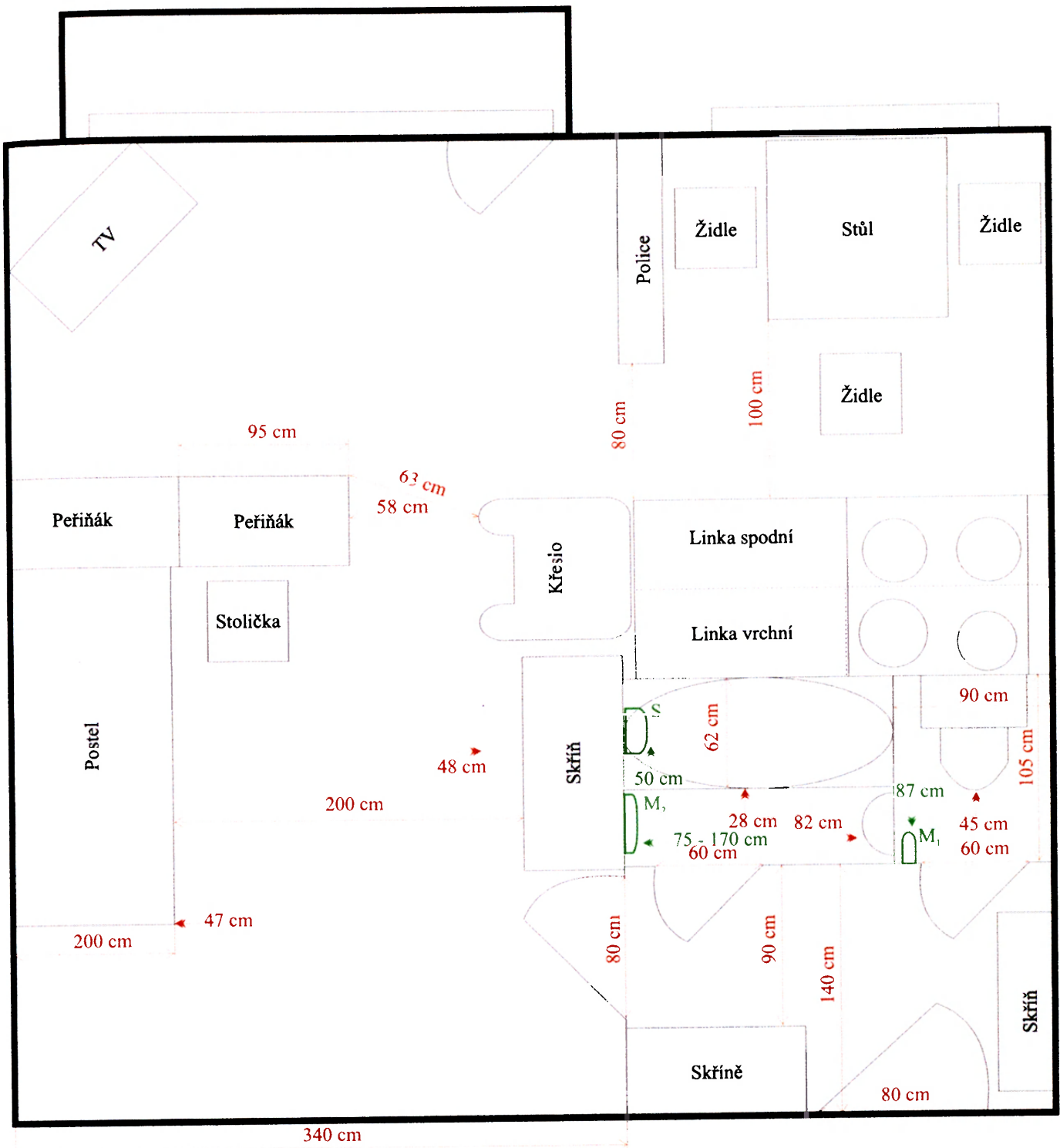
S klientkou jsem se setkala těsně po jejím návratu z nemocnice kdy bylo nutno zhodnotit vhodnost jejího bytu pro lokomoci s chodítkem. Jsem moc ráda, že konzultace s ergoterapeutem měla smysl a hlavně výsledky. Také mě potěšilo, že přes počáteční nedůvěru klientky v plánované změny se jim nakonec otevřela a přinesla do nich i své nápady. Doufám, že se úpravami v bytě paní A. B. zvýší její pocit bezpečí a sebejistoty, který je nezbytný pro její budoucí pohyb mimo její byt a zapojování se do širší společnosti.

Vztahy mezi klientkou a dětmi jsou dobré i když si myslím, že by klientce neměli tolik bránit v jejich názorech a měli by si uvědomit, že přestože je jejich maminka omezena v hybnosti, tak není omezena ve schopnosti rozhodování a samostatném jednání.

Možnost spolupráce s klientčinou dcerou mne velmi potěšila a myslím si, že její názory a její podílení se na plánování úprav bytu budou přínosem pro vyřešení problémů paní A. B. v některých činnostech ADL. Tato zkušenost bude určitě přínosem pro mou budoucí praxi, ve které chci komunikaci s rodinou klienta věnovat potřebný čas abychom dosáhli co největší účinnosti terapie.

Fotodokumentace v příloze č.1.

Plán bytu paní A. B.



obr. č. 3.1.

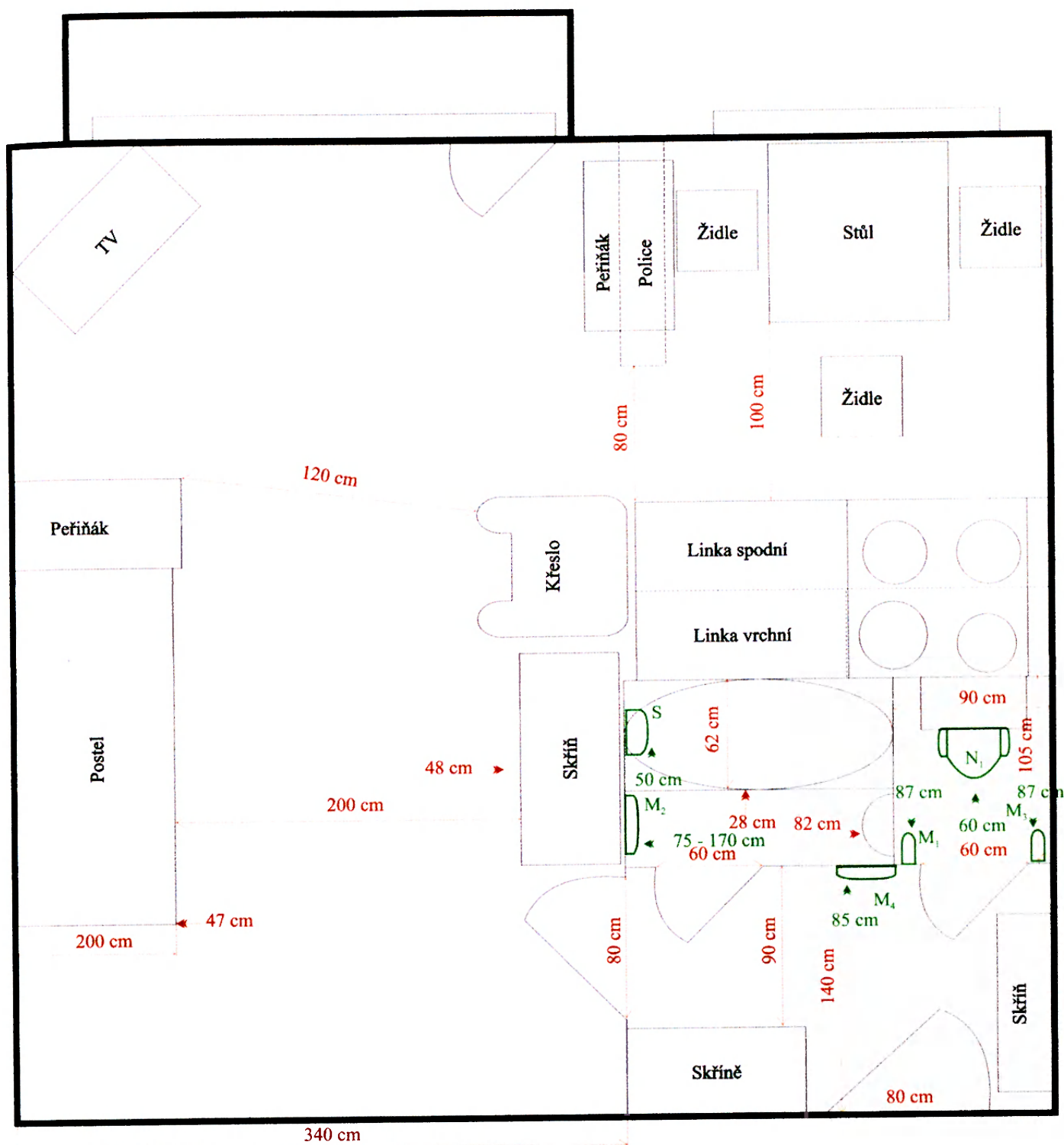
S = sklopná sedačka do sprchy

M₁ = svislé madlo

M₂ = madlo

↑ = výška objektu

Návrh úprav bytu paní A. B.



obr. č. 1.2.

S = sklopná sedačka do sprchy

M_1, M_3 = svislé madlo

M_2, M_4 = madlo

N_1 = nástavec na WC

↑ = výška objektu



Návrh bytu paní A. B. po úpravách



Návrh úprav obývacího pokoje paní A. B..



Návrh úprav toalety paní A. B..

Kasuistika č. 2 – Klient M. P.

Jméno : M. P.

Rok narození : 1946

Diagnosa : DMO – paraplegická forma.

Rodinná anamnéza : Pan M. P. má bratra, který žije v Kladně a navštěvuje ho jen zřídka, cca jednou za čtvrt roku. Rodiče a sestra pana M. P. již zemřeli. Na sestru, která zemřela mladá, vzpomíná často, protože spolu měli lepší vztah než s bratrem.

Sociální anamnéza : Pan M. P. bydlí na oddělení relativně zdravých v přízemí Domova pro seniory v Malešicích. Účastní se kulturních akcí, na kterých někdy sám vystupuje – hraje na akordeon. Pan M. P. se také účastní sportovních akcí, např. Sportovních dnů v DS v Malešicích, kde se umísťuje na medailových pozicích.

Pracovní anamnéza : Pan M. P. vychodil základní školu při Jedličkově Ústavu kde se následně vyučil i ševcem. Pan M. P. potom provozoval ševcovskou živnost mnoho let až do smrti rodičů. Poté se přestěhoval do DS Malešice.

Zájmy: Hra na akordeon, společenské a sportovní aktivity, projížďky po okolí. Pan M. P. dodnes opravuje boty obyvatelům i zaměstnancům DS Malešice, protože ho to stále baví a hlavně si aspoň připadá důležitější.

1) Ergoterapeutické hodnocení :

Využila jsem pozorování, rozhovor s klientem, ergoterapeutem a fyzioterapeutem, testy - Barthel index, Mini-mental test, které připojuji v příloze č. 5. Klienta jsem třikrát navštívila v jeho pokoji a dvakrát jsem se s ním sešla v místní kavárně.

Mobilita, lokomoce :

Klient je schopen chůze o berlích jen na velmi krátkou vzdálenost proto většinou používá mechanický vozík, který je v dobrém stavu. Pan M. P. zvládá manipulaci s hladkou obručí a nepotřebuje pomoc při jízdě po rovině nebo do mírného kopce. Pan M. P. sám zajíždí do výtahu i do jiných menších prostor, zvládá couvání, otáčení, kličkování a převážení menších předmětů či zavazadel. Na WC pan M. P. zajet nemůže takže využívá madel, která tam má instalována a s opíráním o ně se dostává na toaletu.

Na vozíku sedí pan M. P. stabilně, vyhovuje mu opěrka i područky. Bolestmi zad trpí pouze výjimečně, dle slov klienta „...jako každéj druhej.“

Přestože byl pokoj s předsíňkou a WC původně stavěn tak, aby byl přístupný lidem s postižením pohybového aparátu, má několik nedostatků, které pohyb a život člověka na mechanickém vozíku rozhodně neusnadňují. Jsou to například tyto:

- a) Dveře jsou sice dostatečně široké pro průjezd vozíkem, ale velmi blízko nich stojí postel, takže při zahýbání do dveří musí klient narazit nejprve kolem a pak osou kola do dveří, do nichž je již vydržená rýha hluboká aspoň 1cm.
- b) Pan M. P. si sice nechal odstranit prahy a do svého pokoje tedy vjet může, jenže v této místnosti je tak málo prostoru pro manipulaci s vozíkem, že se zde většinou pohybuje jen s berlemi.
- c) Místnost s toaletou má takové rozměry, že se do ní vejde stojící dospělá osoba. Tato místnost je naprosto nevhodná svými rozměry a uspořádáním pro člověka s fyzickým postižením a o bezbariérovosti zde nemůže být ani řeč.
- d) Umyvadlo má tento „byteček“ umístěno v předsínce. Je sice ve výšce vhodné pro zajetí vozíku pod něj. Avšak z důvodu nedostatku úložného prostoru ve výšce vyhovující člověku na vozíku je pod umyvadlem skříňka zabraňující vjetí vozíku. Proto pan M. P. provádí osobní hygienu ve velkém předklonu nebo z boku, což pro něj není příliš pohodlné.
- e) Pod okny je umístěna postel, která zabraňuje zajetí vozíku k oknu a manipulaci s ním. Pan M. P. také díky tomu nedosáhne na ovládání žaluzií, takže nechává jednu polovinu oken stále zataženou, což způsobuje permanentní šero v pokoji.
- f) Pan M. P. má sice balkón, ale ve dveřích na něj je 5 cm vysoký zděný schůdek, který mu brání ve vjezdu. Pan M. P. ho ale odstraňovat nechce, protože neví kdo by to mohl udělat a jestli by mu to bylo povoleno.

Na úpravy bytu, které tyto překážky odstraní, se zaměřím dále v dlouhodobém plánu. Uskutečnění tohoto plánu nebude tak jednoduché, protože není závislé na vůli samotného klienta a příbuzných, jako je tomu u zbývajících dvou klientek ale hlavně na vůli vedení DS Malešice.

DK :

Klientovi jsem rozsah pohybu a svalovou sílu sama nevyšetřovala a tyto oblasti jsem konzultovala s fyzioterapeutem. Sama jsem si během pozorování při přesunech ověřila, že klient má mírně omezený rozsah kloubní pohyblivosti v kolením a kyčelním kloubu, zejména flexe a extenze. Klient pravidelně cvičí s fyzioterapeutem, který využívá pasivních pohybů k protažení zkrácených svalů a šlach. Aktivně vykoná klient vsedě pouze mírnou flexi v kyčlích, jinak dolní končetiny po podložce přesouvá pomocí rukou. Při stoji nebo chůzi plní dolní končetiny funkci jen mírně opěrnou, většinu váhy těla drží horní končetiny. Při chůzi o berlích klient dolní končetiny lehce posunuje a táhne za sebou. Pohyby dolních končetin jsou velmi pomalé.

HK

Hybnost horních končetin pana M. P. je na velmi dobré úrovni. Rozsahy kloubní pohyblivosti nebyly měřeny, ale orientačně lze rozpoznat normu úměrnou věku. Svalová síla horních končetin je velmi dobrá a umožňuje panu M. P. kompenzovat oslabení dolních končetin. Jemnou motoriku má klient dobrou, zvládá všechny úchopy i cílené pohyby a stále ji využívá k opravám a šití obuvi.

Personální ADL :

16.7.2007 byl proveden Barthelův test ADL.

Najedení a napití zvládá klient sám bez dopomoci ve společné jídelně.

Oblékání zvládá sám bez dopomoci.

Koupání provádí jen s asistencí zdravotní sestry, která dává pozor, aby neupadl při přesunu do vany nebo do sprchy. Dále se klient myje sám v sedě na vanové sedačce nebo na stoličce ve sprchovém koutu.

Osobní hygienu zvládá klient bez dopomoci, v sedě na vozíku.

Klient je **plně kontinentní**. WC používá sám, bez dopomoci na toaletě.

Přesuny mezi lůžkem a židlí zvládá klient sám, stejně tak i do vany a z vany nebo sprchového koutu. **Chůzi** klient zvládá jen na velmi krátké vzdálenosti o berlích a po schodech vůbec ne. Na vozíku jezdí samostatně i vzdálenost nad 50 m.

Klient dosáhl 80 bodů ze 100, což je v bodovém rozmezí lehké závislosti 61 - 95.

Kognitivní funkce:

16.7.2007 byl proveden Mini Mental Test

Orientace časem – klient ví, který je den v týdnu, a ví i přesné datum.

Orientace místem – klient ví, v jaké je zemi, okrese, městě, zná i adresu Domova pro seniory a v kterém je poschodí.

Zapamatování – klient vyslechl 3 pojmy a zřetelně je zopakoval.

Pozornost a počítání – klient zvládl bez chyb, ale potřeboval více času na promyšlení odpovědí.

Výbavnost – Ze 3 pojmů si klient zapamatoval dva pojmy.

Pojmenování předmětů – klient zvládl bez chyby.

Opakování slovního spojení – klient zvládl bez chyby.

Provést úkoly na základě delších a složitějších instrukcí nedělá klientovi vůbec žádné obtíže.

Psaní a vymyšlení vět klient zvládl, ale vymyšlení věty mu trvalo delší dobu.

Obkreslování obrazců pacient zvládl.

Pan M. P. dosáhl 28 bodů, v normě.

Řešení problémů nedělá panu M. P. velké problémy, je spíše flegmaticky laděný. V podstatě málokterou věc vnímá jako problém. V DS Malešice je spokojený a chybí mu zde jen více mužů, s kterými by se mohl stýkat.

Schopnost rozhodování má pan M. P. na dobré úrovni. V DS Malešice se řídí základními pravidly a denní program si plánuje sám. Nenechá sebou manipulovat a většinou si stojí za svým názorem nejen při komunikaci s ostatními obyvateli ale i se zdravotnickým personálem.

Osobnost klienta:

S panem M. P. jsem se setkávala téměř každý den praxe, protože jeho zvykem je sedávat ráno před hlavním vchodem do DS Malešice s jeho ranní cigaretou. Vždy byl optimisticky naladěný a vyzýval k tomu i kolemjdoucí. Častokrát jsem se u něj zastavila na malé popovídání a i když jsem před tím neměla příliš chuti do práce a má nálada nebyla z nejveselejších, po povídání s panem M. P. jsem vždy odcházela s úsměvem a mnohem pozitivnějším myšlením.

Nevím, jestli zařadit pana M. P. mezi samotáře nebo naopak. Myslím si, že lidi, s kterými se spřátelí nebo si je připustí blíže k tělu, si pečlivě vybírá a dokáže být velmi

příjemným společníkem. Také si myslím, že pan M. P., přestože nemá v DS Malešice příliš příležitostí, stále se snaží být užitečný a přispívat ke všeobecné pohodě.

Pan M. P. mi přes počáteční pochybnosti, jestli mi může být nápomocen při psaní mé bakalářské práce, vyšel vstříc a velmi mi pomohl ukázáním svého bytu a přesunů, jenž mi dovolil i vyfotit. Nechal mě nahlédnout i do svého soukromí, když mi ukázal spoustu zajímavých fotografií i trofejí ze sportovních akcí a svou milou povahou mi velmi usnadnil zpracovávání mé bakalářské práce.

Silné stránky klienta:

- Dobré rozsahy pohybu a svalová síla horních končetin.
- Optimistické ladění nálad.
- Nízký věk klienta.
- Dobrá prognóza onemocnění.
- Téměř úplná soběstačnost v personálních i instrumentálních ADL.
- Kognitivní funkce na velmi dobré úrovni.
- Výborný zrak i sluch.
- Schopnost adaptace na dobré úrovni.

Slabé stránky klienta:

- Neschopnost samostatné chůze – závislost na mechanickém vozíku nebo berlích.
- Riziko pádu a následného poranění při chůzi o berlích v nevhodném prostoru klientova pokoje.
- Nutnost dohledu druhé osoby při koupání z důvodu bezpečnosti.
- Nedostatek kontaktů s bratrem.
- Závislost při rozhodování o úpravách bytu na vedení DS Malešice.

2) Návrh terapeutického plánu

Cíl : U klienta M. P. bych se zaměřila na rozšíření možností využití jeho schopností jako je hra na akordeon, opravování obuvi.

Dále bych vytvořila plán pravidelného cvičení zejména na posílení a protažení dolních končetin a umožnění uplatnění klientovi dobré koordinace i rychlosti pohybu horních končetin při některých sportech jako jsou šipky. Také bych se pokusila více zapojit pana M. P. aktivně do společenského života v DS Malešice i mimo něj.

Samozřejmě za nejdůležitější cíl považuji přizpůsobení prostoru pro potřeby pana M. P. a vytvořit bezpečný a smysluplně využitelný prostor. Nejsem si příliš jista reálností tohoto cíle z důvodů celkového nedostatku prostoru a prostředků DS Malešice i pana M. P.

Krátkodobý plán:

- Zapojení pana M. P. do skupinového cvičení na židlích, kde si může protáhnout a posílit horní končetiny.
- Aktivní zapojení do společenského života v DS Malešice i mimo něj.

Dlouhodobý plán:

- Úpravy prostředí, jenž jsou podmínkou pro pohodlný pohyb na vozíku v pokoji, předsíňce a na WC a zpřístupňující dostatek úložných prostorů a všechny ovládací prvky:
 - a) Zpřístupnění okna a ovládání žaluzií.
 - b) Uvolnění prostoru pod umyvadlem a umožnění pohodlného zajetí vozíkem pod umyvadlo.
 - c) Rozšíření prostoru pro zatočení vozíku kolem postele a do dveří. Tohoto by bylo možno docílit instalací posuvných dveří kdy by se pan M. P. vyhnul nabourávání vozíkem do dveří a mohl by jimi snadněji projet.
 - d) Zpřístupnění balkónu prostřednictvím odstranění prahu.
 - e) Rozšíření rámu dveří a celkového prostoru toalety, aby tam mohl pan M. P. vjet na vozíku. Navrhuji odstranit část zdi oddělující předsíňku od toalety a vystavět přepážku již před umyvadlem. Umyvadlo na toaletě je praktické a dveře do této nové místnosti by mohly být v rámci úprav uzpůsobené pro vjetí vozíku. Tato úprava bude myslím nezbytná v budoucnosti, dojde-li u pana M. P. k oslabování horních končetin a on již nebude schopen dojít na WC o berlích. Návrh této úpravy a plány bytu před a po úpravách následují po závěru kasuistiky.
 - f) Rozšíření možností úložného prostoru ve výšce a hloubce přístupné člověku na mechanickém vozíku.
 - g) Celková úprava rozměrů prostoru nezbytná pro pohyb na vozíku.

3) Závěr:

Uvědomuji si, že uskutečnění předchozích úprav není v stávajících prostorách „bytečku“ pana M. P. a v dohledné době příliš reálné. Proto si myslím, že hlavním cílem nejen terapeutického plánu pana M. P., ale hlavně vedení DS Malešice, by mělo být přizpůsobení prostorů bytových jednotek obyvatelů, aby byly vhodné a bezpečné pro pohyb lidí na vozíku a s chodítky. Tento návrh je samozřejmě otázkou dlouhodobého plánování, které záleží hlavně na účinném jednání odborníků ve prospěch obyvatelů DS Malešice a na získání dostatečných finančních zdrojů.

Fotodokumentace v příloze č.2.

Návrh úprav bytu pana M. P.



obr. č. 2.2.

Návrh bytu pana M. P. po úpravách



Návrh úprav toalety pana M. P..

Kasuistika č. 3 – Klientka L. L. žijící v domácím prostředí v bytě 2+kk

v Mělníce

Jméno: L. L.

Rok narození: 1932

Diagnosa: Parkinsonova nemoc spojená s depresí (diagnostikována v roce 1999), glaukom pravého oka, celoživotní chronické bolesti hlavy (etiologie neznámá).

Rodinná anamnéza: Klientka je vdova a má dvě děti (syna a dceru) žijící také v Mělníku. Klientka žije po smrti svého manžela (před třemi lety) v bytě sama a o víkendu navštěvuje své děti a vnoučata. Děti ji navštěvují jen zřídka. Jiné blízké příbuzné klientka nemá.

Sociální anamnéza: Klientka se stýká většinou jen se svými dětmi a s jednou přítelkyní, která žije na stejném sídlišti a spolu chodí do kavárny nebo na procházky. Paní L. L. 3x týdně dochází do blízkého Domova důchodců pro obědy, kde se ale s nikým neseznámila a ani se nezajímá o tamní kulturní a vzdělávací programy.

Pracovní anamnéza: Paní L. L. pracovala nejdříve jako manekýna a poté většinu života jako asistentka. Nyní je ve starobním důchodu.

Zájmy: Před onemocněním intenzivní zahrádkaření s manželem a výlety s vnoučaty. Nyní je paní L. L. spíše pasivní - sledování televize (nenáročné seriály a zábavné pořady), občasné vycházky s přítelkyní a návštěvy dětí.

Ergoterapeutické hodnocení :

Využila jsem pozorování, rozhovor s klientkou, jejím synem a dcerou, testy - Barthel index, Mini-mental test, které připojuji v příloze č. 5. Klientku jsem několikrát navštívila v jejím bytě.

Mobilita a lokomoce:

Nejvíce obtěžujícím projevem Parkinsonovy nemoci u paní L. L. je zpomalení pohybů, projevující se zejména šouravou chůzí a mumlavou řečí. Naštěstí paní L. L. po užívání léků netrpí třesem který ji zpočátku onemocnění velmi obtěžoval a znesnadňoval provádění některých činností. Paní L. L. někdy hůře udržuje rovnováhu při překračování překážek (např. prahů) nebo při průchodu mezi rámy dveří a ztrácí pocit jistoty při

pohybu. Také pociťuje celkový pokles svalové síly a dle pozorování je zhoršená i koordinace pohybů. Tyto dvě problémové oblasti spolu se zhoršením rovnováhy mají za následek snížení kvality vykonávání některých personálních ADL, např.:

- a) Paní L. L. dělá velké potíže zvedání ze sedu nejen z hlubokého křesla, které je pro ní z ergonomického hlediska zcela nevhodné, ale hlavně z toalety, která je v jejím bytě vysoká 50 cm. Klientka si sedá a zvedá se zavěšením nebo vzepřením za rám dveří, na což v poslední době nemá již moc síly.
- b) V koupelně paní L. L. nastává další problém, kdy má klientka potíže s překročením 40 cm vysoké hrany vany. Ještě složitější je pro klientku posadit se a zvednout se ve vaně. V minulých měsících tento problém řeší tím, že se ve stoje sprchuje, ale má velké obavy z pádu, kdyby se jí někdy zatočila hlava nebo uklouzla.
- c) Paní L. L. si od té doby, co žije sama, pro sebe nevaří a nenosí těžké hrnce s vodou, ale někdy již nemá dost síly, aby uzvedla rychlovaznou konvici, když si chce uvařit více čaje. Také se obává, že se jí začnou třást ruce a opaří se.
- d) Paní L. L. je zvyklá jíst v křesle a ne u stolu. Nyní se vlivem zhoršené koordinace pohybu a svalové síly často polije nebo zvrhne jídlo, ale jedení u stolu je pro ni nepohodlné.
- e) Snížením pocitu jistoty při pohybu došlo také ke snížení frekvence vycházek a samostatného pohybu paní L. L. kvůli obavám z pádu někde venku a o samotě.

Na řešení těchto problematických oblastí se zaměřím v krátkodobém plánu.

DK:

Rozsah pohybu: Paní L. L. jsem rozsahy kloubní pohyblivosti neměřila a ani jsem toto neměla možnost konzultovat s jiným odborníkem, protože jsem komunikovala pouze s paní L. L. a její rodinou a neměla jsem přístup k žádné zdravotnické dokumentaci. Dle běžného pozorování při pohybu v domácnosti i při práci na zahradě má paní L. L. rozsahy pohybu přiměřené jejímu věku a diagnóze a nejsou nijak výrazně omezené.

Svalová síla: Paní L. L. má celkově sníženou svalovou sílu v důsledku nedostatku pohybu.

Koordinace a rychlost pohybů: Snížená jako projev Parkinsonovy nemoci a nedostatku pohybu.

HK:

Hybnost horních končetin je dobrá. Rozsahy kloubní pohyblivosti také nebyly měřeny, ale orientačně lze rozeznat normu úměrnou věku. Svalová síla a koordinace pohybů horní končetiny je zhoršená, zatím ale paní L. L. zvládá manipulaci se všemi předměty běžného užívání. Klientka zvládá všechny úchopy a její jemná motorika není zatím nijak výrazně zhoršena což bývá u pacientů s Parkinsonovou nemocí jedním z projevů.

Personální ADL:

5.10.2007 byl proveden Barthelův test ADL

Najedení a napití zvládá pacientka sama bez dopomoci. Dříve měla potíže s pitím, kdy kvůli třesu narážela zuby na skleničku, nyní tyto problémy už nemá. Někdy má potíže se žvýkáním kvůli nekvalitní zubní protéze.

Oblékání zvládá sama bez dopomoci.

Koupání provádí paní L. L. samostatně ve vaně ve své koupelně. Má potíže s rovnováhou a bojí se pádu. Zatím si nemyslí, že by potřebovala pomoc někoho jiného.

Osobní hygienu zvládá klientka bez dopomoci, ve stoje u umyvadla.

Klientka je **plně kontinentní**. WC používá sama, bez dopomoci na toaletě. V noci se klientce někdy stane, že potmě nestihne dojít na toaletu včas a po cestě na WC dojde k úniku moči. Přemýšlí spíše o koupi toaletního křesla než o používání hygienických vložek, jejichž používání jí připadá ponižující (příliš jí to připomíná pleny).

Přesuny mezi lůžkem a židlí zvládá sama. **Chůzi** klientka zvládá i na delší vzdálenosti, zvláště v letních měsících a má-li k delší chůzi dostatečnou motivaci. Paní L. L. každodenně překonává i 15 schodů do svého domu.

Klientka dosáhla 100 bodů ze 100, což znamená nezávislost v bodovém rozmezí 95-100. Paní L. L. dosáhla v tomto vyšetření výborného výsledku, ale obávám se, že jestli nebude v blízké době upraveno její prostředí, bude její bezpečnost vyžadovat asistenci druhé osoby minimálně při koupání.

Kognitivní funkce:

14.10.2007 byl proveden Mini Mental Test

Orientace časem – paní L. L. ví, který je den v týdnu, a ví i přesné datum.

Orientace místem – paní L. L. ví v jaké je zemi, okrese, městě, zná svou adresu i poschodí, ve kterém bydlí.

Zapamatování – paní L. L. vyslechla 3 pojmy a zřetelně je zopakovala.

Pozornost a počítání – paní L. L. zvládla výborně.

Výbavnost – Ze 3 pojmů si paní L. L. zapamatovala všechny 3. Dcera paní L. L. mi později sdělila, že v posledním roce si začala všimnout zhoršení paměti její maminky. Zavádí hovor na témata, která již byla probrána a vrací se k řešení problémů, které již nejsou aktuální.

Pojmenování předmětů – paní L. L. zvládla bezchybně.

Opakování slovního spojení – paní L. L. zvládla bez chyby.

Provést úkoly na základě delších a složitějších instrukcí nedělá paní L. L. vůbec žádné obtíže.

Psaní a vymýšlení vět paní L. L. zvládá, věta má pesimistický nádech a písmo je drobné a křivé (není roztřesené).

Obkreslování obrázků zvládá.

Paní L. L. dosáhla 28 bodů, v normě.

Řešení problémů dělá paní L. L. obtíže, ve všem spatřuje velké překážky a dělá si se vším obavou. Myslím, že důvodem může být pesimistické ladění nálady paní L. L. a obavy z budoucnosti a osamění. Každý večer několikrát telefonuje svým dětem i vnoučatům a vyptává se na průběh jejich dne a vše, i maličkosti jí rozrušují a připadají neřešitelné.

Schopnost rozhodování je u paní L. L. mírně omezená. Myslím si, že by to mohlo být způsobeno zvykem řešení různých záležitostí s manželem ve dvou a nyní paní L. L. potřebuje stále slyšet názor druhých lidí. Paní L. L. je většinou v kontaktu s lidmi minimálně o generaci mladšími s naprosto odlišnými názory a při řešení problémů bývá někdy zmatená a neví si rady v některých situacích. Často již nestojí za svými rozhodnutími a nechává za sebe rozhodovat ostatní.

Osobnost Paní L. L.

S paní L. L. jsme v příbuzenském vztahu a myslím si, že již její osobnost dobře znám a čím jsem starší tím více dokážu pochopit její nálady i vystupování vůči druhým lidem.

Její osobnost se velmi změnila po propuknutí onemocnění a hodně ji ovlivnily i deprese, kterými zpočátku velmi trpěla. Několik let po začátku nemoci samostatnost paní L. L. utrpěla projektivním chováním jejího manžela a rodiny. Po úmrtí manžela se paní L. L. pozoruhodně vzchopila a byla schopná žít samostatně.

V posledním roce se u ní začaly zvyšovat obavy o vlastní osobu a myslím si, že začala naplno vnímat své osamění v prázdném bytě. Vyžaduje častý kontakt s rodinou a zároveň

nechápe náročnost povolání jejích dětí na čas. Časté telefonování dětem a ulpívání na maličkostech někdy vyvolává menší konflikty a nervozitu, ale zbytek rodiny se snaží být tolerantní a vesměs mezi sebou mají dobré vztahy.

Paní L. L. se velmi dotýkají všechny změny v jejím okolí, i sebemenší detaily těchto změn v ní vyvolávají stres. Ve společnosti dětí a vnoučat mívá dobrou náladu, ale nesmí se zaměřit na řešení svých bolestí nebo obtíží. Kontakty s lidmi mimo rodinu udržuje jen málo a většinou jen přes telefon a s novými lidmi se neseznamuje.

Silné stránky paní L. L.:

- Paní L. L. se samostatně pohybuje i v bariérovém prostředí.
- Paní L.L je soběstačná v personálních ADL.
- Paní L.L má kognitivní funkce na dobré úrovni vzhledem ke svému věku.
- Paní L.L má dobrý sluch.
- Paní L.L je motivována ke zjednodušení výkonu problematických činností.
- Dobrý vztah a komunikace s rodinou.

Slabé stránky paní L. L.:

- Špatná prognóza onemocnění.
- Pesimistické ladění paní L. L. a podceňování vlastních schopností.
- Mírně zhoršené pohybové schopnosti.
- Obavy z pádu.
- Zhoršení schopnosti řešit krizové situace.

2) Terapeutický plán:

Cíl: Pro klientku osobně je v nejbližší době nejdůležitější vyřešit problémy při vlézání do vany, kdy má opravdu velké obavy z pádu, ale na druhou stranu nechce obtěžovat někoho druhého, aby jí pomáhal při hygieně. Také má problémy s usínáním kvůli tomu, že se bojí, že bude v noci potřebovat na toaletu a nestihne na ni dojít. Tyto dvě, pro klientku velmi nepříjemné situace, mají negativní vliv na její celkovou pohodu a myslím si, že jejich vyřešení by mělo být prioritou.

Bylo by vhodné zapracovat na vyplnění klientčina volného času během dne, kdy se cítí osamělá a vyhledává pozornost svých dětí. Zaměřila bych se na vytvoření programu pravidelných činností nebo pochůzek, které by měla klientka vykonávat každý týden a vyplnila tak svůj čas smysluplnou činností.

Krátkodobý plán:

- Trénink pohybových dovedností, např. rytmizace chůze.
- Považuji za vhodné vyzkoušet některou pomůcku pro mobilitu, jestli se s ní paní L. L. nebude cítit jistěji a nezíská tak větší chuť do pohybu mimo svůj byt a nezbytné návštěvy lékaře.
- Eliminace rizika pádů odstraněním prahů, koberečků a volně ležících předmětů.
- Trénink kognitivních funkcí zařazením do denního programu sledování televizních soutěží, např. AZ kvíz.
- Návštěva prodejny kompenzačních pomůcek a vyzkoušení nebo zapůjčení různých pomůcek.
- Návštěva neurologa za účelem předepsání pomůcek (nástavec na WC s područkami, stolička k vaně, sedačka do vany).
- Návštěva urologa za účelem předepsání hygienických pomůcek a klozetového křesla.
- Výběr a nákup pomůcek, které nejsou hrazeny pojišťovnou, např. madlo na vanu, sklápěč rychlovarné konvice, křeslo v vyšším sedákem, jezdicí stolek ke křeslu.

Dlouhodobý plán:

- Instalace madla na vanu, sedačky do vany a nástavce na WC.
- Zvýšení postele podložením nebo přidáním ještě jedné matrace.
- Zajištění signalizačního systému v případě poranění nebo jiné krizové situace.
- Dodržování pravidelného týdenního programu pro vyplnění volného času klientky a rozšíření jejích sociálních vazeb prostřednictvím pravidelných schůzek s přítelkyněmi.
- Udržování fyzické kondice během pravidelných procházek.

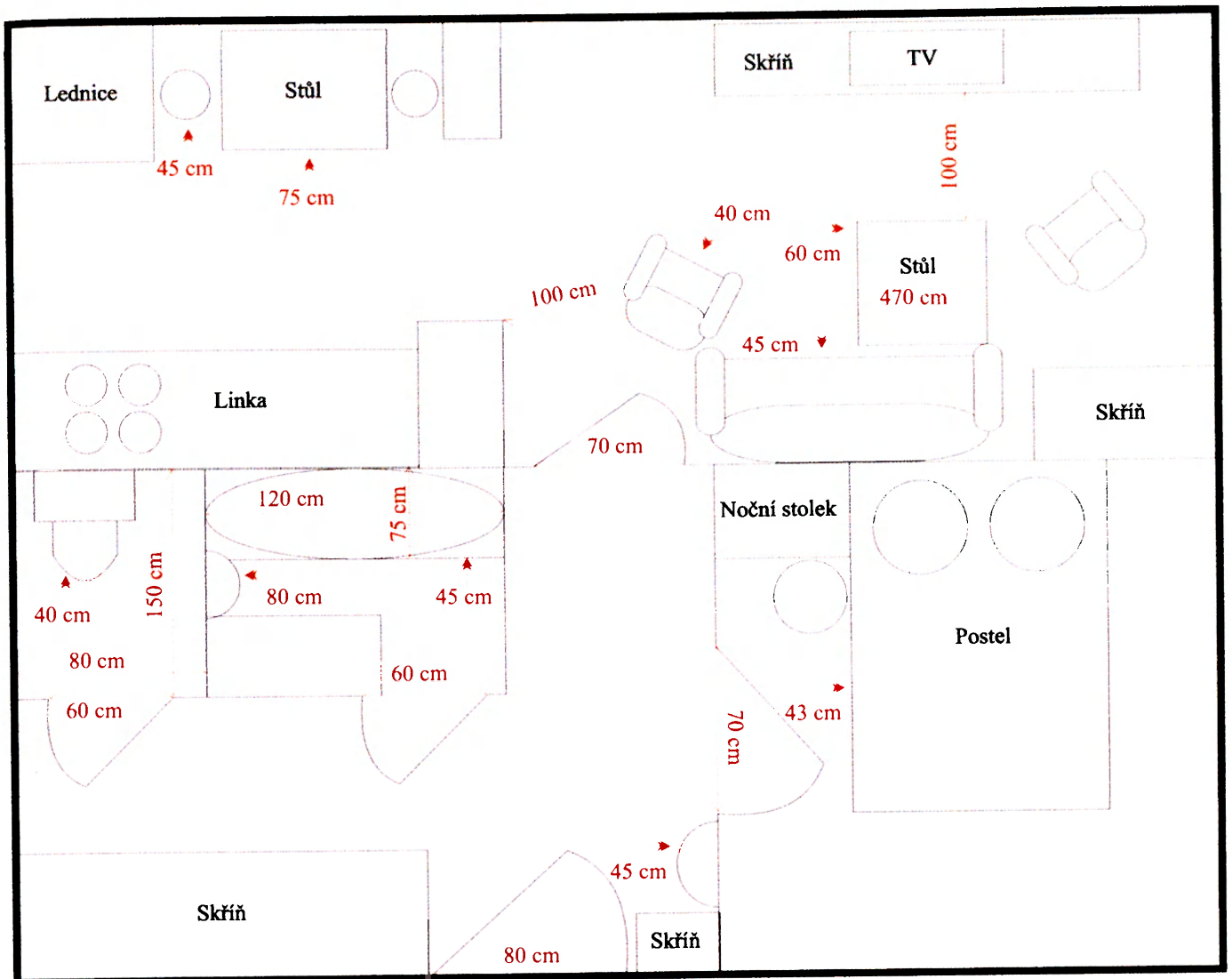
3) Závěr:

Myslím si, že úpravy bytu budou mít velký přínos pro zlepšení pohody klientky i jejího sebevědomí, které poklesem schopností poměrně trpělo. Zvýšení pocitu bezpečí při vykonávání daných činností personálních ADL bude mít jistě dobrý vliv na náladu klientky i na vztah s rodinou, kterou svými obavami velmi často zahrnovala.

Zapojení klientky do kontaktu s širším okruhem lidí, než jen s její rodinou bude asi velmi složité. Je to totiž již velmi dlouho co se přestala pravidelně stýkat s přáteli a ani dříve nebyla příliš společenská. Přesto si však myslím, že by se oblast společenského kontaktu právě u této klientky neměla zanedbat. Bude to mít jistě pozitivní přínos nejen pro ni, ale hlavně pro vztah s rodinou.

Fotodokumentace v příloze č.3.

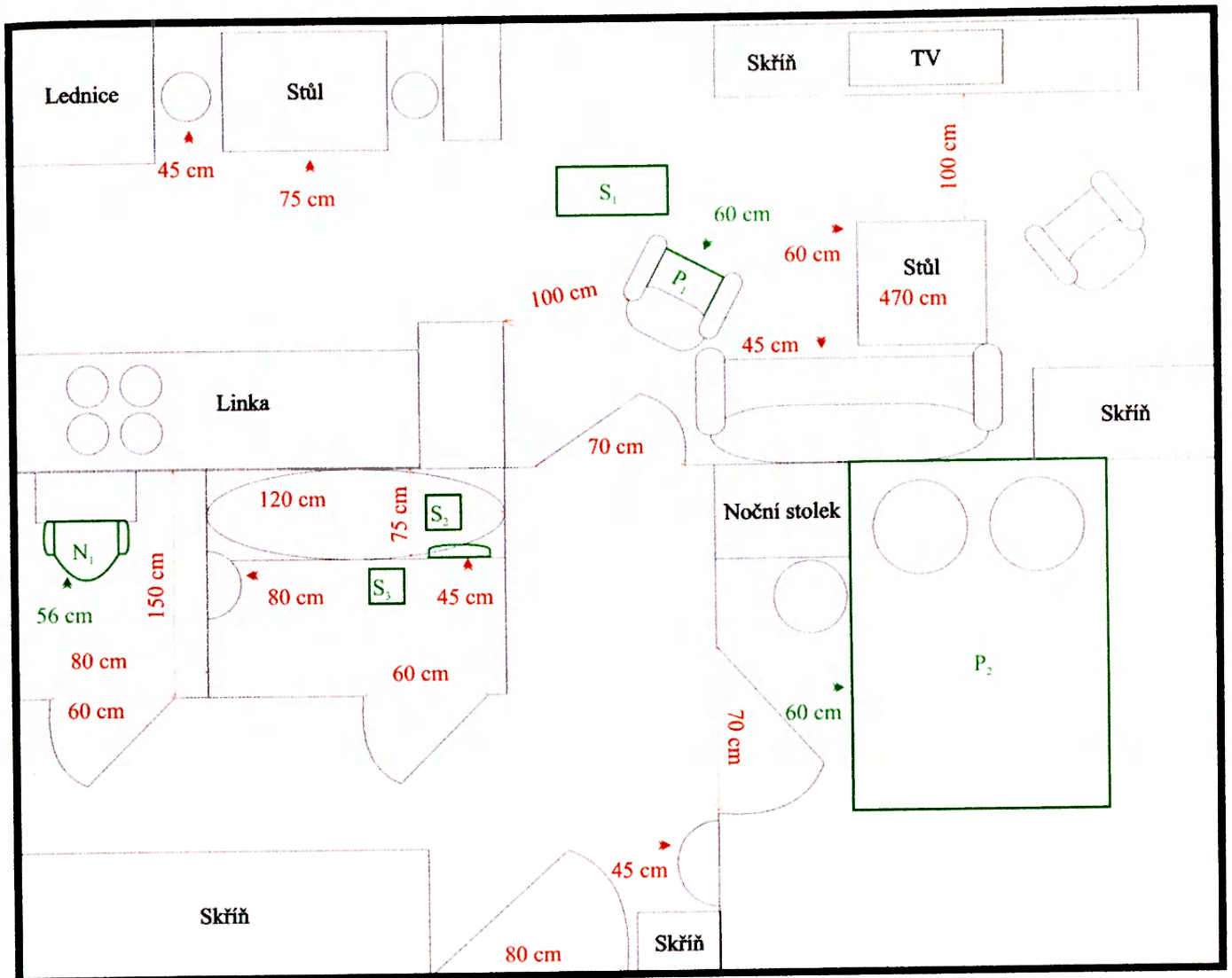
Plán bytu paní L. L.



obr. č. 3.1.

↑ = výška objektu

Návrh úprav bytu paní L. L.



obr. č. 3.2.

S₁ = pojízdný jídelní stůl

N₁ = nástavec na WC S₂ = sedačka do vany S₃ = stolička k vaně

P₁ = zvýšený sedák křesla

P₂ = zvýšení postele vložení matrace ↑ = výška objektu

Návrh bytu paní L. L. po úpravách



Návrh úprav koupelny paní LL.

IV. Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo najít možnosti kompenzace porušených dovedností u seniorů. Při vypracovávání přehledu kompenzačních pomůcek jsem si uvědomila, že je sice široká škála kompenzačních pomůcek nabízených mnoha firmami, ale pomůcky, které by seniorovi výrazně usnadnily některé činnosti všedního dne, např. sebesycení, nejsou hrazeny pojišťovnou a finančně jsou velmi náročné. Zároveň jsem zjistila, že tyto pomůcky lze plnohodnotně nahradit předměty denní potřeby, které je možno koupit za dostupnou cenu v obchodech s domácími potřebami nebo v některých supermarketech. Bohužel seniora netuší jak by mu tyto předměty mohly pomoci k zvýšení soběstačnosti nebo nemá již možnosti sám se do těchto obchodů dopravit a nakupovat zde.

Informace pro vypracování přehledu pomůcek jsem čerpala z katalogů firem, které jsou v jednotlivých prodejnách k dispozici k zapůjčení nebo odebrání. Málodky je ovšem senior odhodlán absolvovat náročnou cestu do jiného města kvůli výběru pomůcky a když, tak s asistencí. Většina firem má také přehled svého sortimentu na svých webových stránkách avšak nemyslím si, že valná většina dnešních seniorů je schopna získávat informace z internetu a v tomto případě je odkázaná na asistenci. Myslím si, že pro získání pomůcky nebo informací o ní by bylo nejvhodnější poradenství i nás, ergoterapeutů, kdy můžeme seniorovi nabídnout více vhodných pomůcek, zprostředkovat jejich vyzkoušení, předepsání a nakonec i dodání.

Na základě zásad úprav bytů pro snížení jejich bariérovosti, které jsou uvedeny v teoretické části, jsem spolupracovala s třemi klienty a ve dvou případech i s jejich rodinami na plánování úprav jejich bytu. Tyto návrhy, hodnocení soběstačnosti, kognitivních funkcí a mobility uvádím v kasuistikách v praktické části. Už před tím, než jsem začala psát tuto práci jsem věděla, že jakékoliv zásahy do seniorova domácího prostředí a změny jeho bytu nebude lehké prosadit. Málodko z nás rád mění své zvyky, nároky a věci kolem sebe. A toto je obtížné zvláště u staršího člověka, který žil ve svém bytě i desítky let a vždy byl spokojen s tím jak vypadal a byl pro něj bezpečný. Toto se mi během mé práce potvrdilo, ale vždy jsme se s klienty na základě rozumných argumentů dohodli na nejlepším řešení pro ně samotné.

V kasuistikách uvádím i mé vnímání rodinných vztahů a postavení dvou klientek v rodině. Snažila jsem se o objektivní zhodnocení těchto vztahů a komunikaci v rodinách klientek, protože si myslím, že tyto aspekty mají zásadní vliv nejen na plnění plánů úprav bytu, ale především na pohodu a pocit bezpečí obou klientek.

S každým z klientů jsem se za účelem ergoterapeutického hodnocení sešla přibližně čtyřikrát. Během schůzek jsme kromě ergoterapeutických vyšetření probírali vztahy v rodině,

přání a obavy z budoucnosti klientů, možnosti úprav a pomůcek, které by mohli eliminovat nebezpečí pádů klientů a i další pomůcky, které by mohly umožnit samostatné provádění některých činností všedního dne. V průběhu schůzek jsem prováděla měření důležitých rozměrů v bytě abych zaznamenala jak ne/vyhovují průchodu klienta s chodítkem nebo průjezdu na vozíku, např. šířku dveří, prostor mezi jednotlivými kusy nábytku, apod.. Se souhlasem klientů a jejich rodin jsem provedla i fotografické zdokumentování důležitých objektů pro lepší doložení a naplánování úprav bytu.

V závěru praktické části uvádím plány se změněnými rozměry v jednotlivých bytech a animované návrhy bytů, o kterých si myslím, že postačují k lepší představě čtenáře této bakalářské práce o vzhledu a novém uspořádání v bytě po jeho úpravě.

V. Závěr

V průběhu psaní této práce jsem si uvědomila, jak široké je téma, které jsem si vybrala ke zpracování a byla jsem velmi překvapena, když jsem se setkala se zájmem o toto téma ze strany pracovníků v DS Malešice i ze strany některých spolužáků. Postupem času jsem se jen více utvrzovala v názoru, že právě poradenství ohledně kompenzačních pomůcek a úprav bytu je jedním z hlavních aspektů spolupráce ergoterapeutů a jejich klientů vyššího věku.

Úloha ergoterapeuta a jeho podpora k zlepšování soběstačnosti je stěžejní pro seniora jehož schopnosti byly omezeny vlivem onemocnění nebo úrazů. Myslím si, že ergoterapeut může velkým dílem přispět k výraznému zvýšení kvality života seniora. Během mé praxe v Domově pro seniory v Malešicích jsem se setkala s mnoha lidmi, kterým ergoterapeut velmi pomohl při zlepšování jejich schopností a rozšiřování možností zvýšení jejich samostatnosti. Proto si myslím, že by při českých domovech pro seniory nebo i samostatně, např. při službách home care, mělo fungovat poradenství týkající se kompenzačních pomůcek a úprav bytů seniorů.

Ergoterapeut by dle mého názoru měl komunikovat s praktickými i s odbornými lékaři v daném regionu, protože většina seniorů je s nimi v pravidelném kontaktu. Jejich prostřednictvím mohou být informováni o pomoci, o které často nemají tušení a jež jim může být poskytnuta dalšími odborníky, tedy námi – ergoterapeuty. Byt v kterém člověk žije i celý život se postupem času může stát pro staršího člověka nepohodlným nebo dokonce nebezpečným. Myslím si, že ergoterapeut může svými radami a odborným zhodnocením všechna nebezpečí odstranit a byt učinit opět pohodlným.

Seznam použité literatury:

- 1) Cikrt, T.: Zdravotní pomůcky by měl pacient nejprve vyzkoušet. Zdravotnické Noviny ČR číslo 51/52 1999
- 2) Hagedorn, R.: Foundations for practice in occupational therapy. Churchill Livingstone, 1996.
- 3) Hamilton, I. S.: Psychologie stárnutí. Praha 1999. Portál.
- 4) Jonsson, L.: The Importance of the 4-Wheeled Walker for Elderly Women Living in their Home Environment. The Swedish Handicap Institute 2001.
- 5) Kalvach, Z. a kol.: Gerontologie a geriatrie. 1.vydání. Praha 2004. Grada publishing.
- 6) Kalvach, Z. a kol.: Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha 1997. Karolinum.
- 7) Kalvach, Z. a kol.: Vybrané kapitoly z geriatrie a medicíny chronických stavů 2. díl. Praha 1995. Karolinum.
- 8) Maurer, CH., Maurer, R.: Náhlá mozková příhoda. Victoria Publishing 1995.
- 9) Maxa, M., Skopec J.: Stavby bez bariér. Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených ČR, 1994.
- 10) Pfeiffer, J.: Ergoterapie 2.díl. Avicenum, 1990.
- 11) Testovník. Gema 2002.
- 12) Vokurka a kol.: Patofyziologie pro nelékařské směry. 1. vydání. Praha 2005. Karolinum.
- 13) Votava, J.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha 1995. Karolinum.
- 14) World Health Organization: International classification of functioning, disability and health. Ženeva 2001. World Health Organization.
- 15) Zavázalová, H.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vydání. Praha 2001. Karolinum.

Použité katalogy:

Days Medical, s ceníkem platným od 1. března 2007.

Medicco, s ceníkem platným od 1. března 2007.

Meyra

Použité internetové stránky:

http://is.braillnet.cz/pomucky_vypis (20.9.2007)

http://biomech.ftvs.cuni.cz/pbpbk/kompendium/rhbengn/pomuckv_voziky.php (15.9.2007)

Další zdroje:

- 1) Úvod do ergoterapie, 1. ročník oboru Ergoterapie 2004/2005, přednášející Bc. Ludmila Hamáčková.
- 2) Ergoterapie a kompenzační pomůcky, 3. ročník oboru Ergoterapie 2006/2007, přednášející Mgr. Matěj Lachmann a Bc. Monika Kohoutová.
- 3) Ergoterapie a využití komunikačních technologií, 3. ročník oboru Ergoterapie 2006/2007, přednášející Bc. Zuzana Rodová.

Přílohy

Příloha č. 1

Fotodokumentace bytu paní A. B..



Paní A. B., obývací pokoj. Průjezd mezi peřínkem a křeslem.



Obývací pokoj paní A. B..



Kuchyň



Vstup na toaletu.



Toaleta

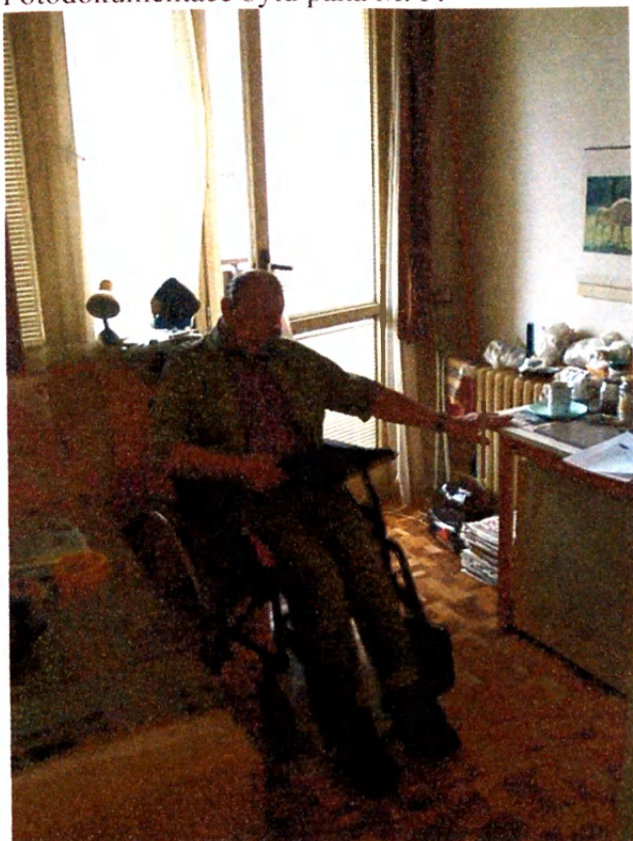


Koupelna – madlo a sedačka do sprchy.



Pani A. B. s dcerou.

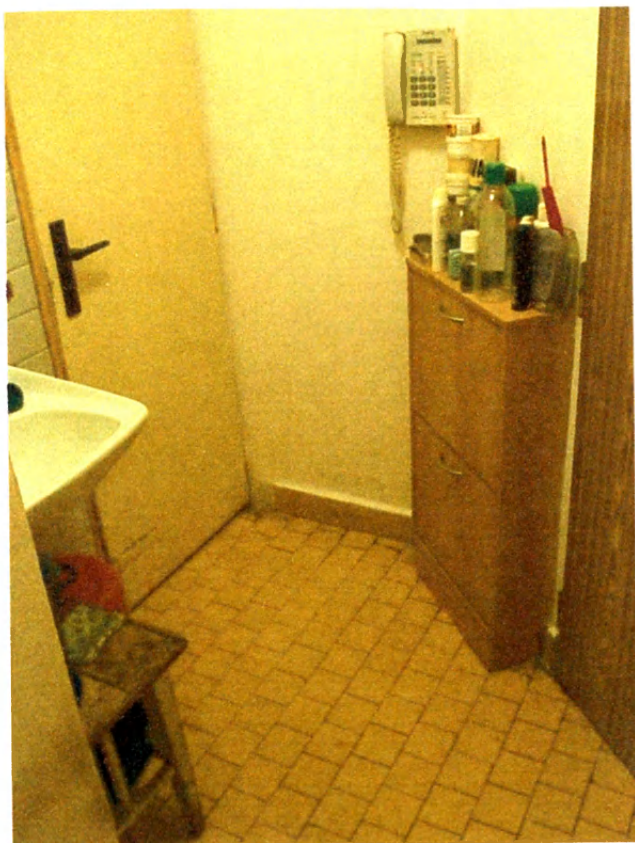
Příloha č. 2
Fotodokumentace bytu pana M. P.



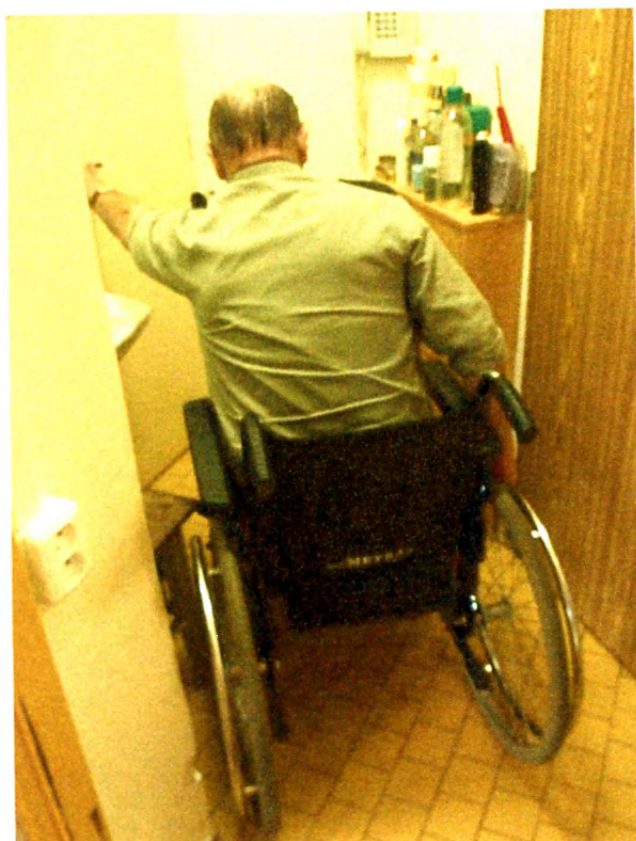
Pan M. P. ve svém pokoji



Výjezd pana M. P. z pokoje do předsíně.



Předsíň



Průjezd pana M. P. předsíní.



Vstup pana M. P. na toaletu



Východ z bytu pana M. P.

Příloha č. 3
Fotodokumentace bytu paní L. L.



Vchod do domu paní L. L.



Vchod do bytu paní L. L.



Koupelna pani L. L



Toaleta pani L. L.



Postel paní L. L.





Obývací pokoj paní L. L.

Příloha č. 4
 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Úhrada pojišťovny

Pojišťovna

Doplatek

XXX		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		per. c									
Příjmení a jméno Nemocný František		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.									
Číslo pojištěnce 8 9 1 1 1 7 0 0 0 7 f.		oprava = úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná "nehodící se skoměřte"									
Bydliště (adresa) Zdravá 1 110 01 Praha 1		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sk</th> <th>Kód</th> <th>Počet</th> <th>Cena</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1200</td> <td>99999</td> <td>100</td> <td>10000</td> </tr> </tbody> </table>		Sk	Kód	Počet	Cena	1200	99999	100	10000		
Sk	Kód	Počet	Cena										
1200	99999	100	10000										
<input type="checkbox"/> zdravotní <input checked="" type="checkbox"/> C spolučást pacienta <input type="checkbox"/> P hrazení pacientem		Druh a označení pomůcky		Cena pomůcky 5000									
Dne: 1.1.2007		Misto pro záznamy zdravotní pojišťovny		Datum:									
 MUDr. Předepisující razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		 MUDr. Revizní		razítko vydejce									

Z

Lékař předepisující

1. lékař revizní nebo
2. lékař předepisující a uvedení evidenčního čísla pod kterým byla pomůcka schválena lékařem revizním

Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

Tento test zpracujte vždy na základě údajů objektivizovaných ošetřujícími (ať již profesionálními či laickými). Zejména údaje pacienta postiženého demencí jsou velmi nespolehlivé a zavádějící - a test by potom o ničem nevyprávěl.

Které z činností pacient provede, skórujte dle níže uvedeného návodu :

1. Najedení, napití
2. Oblékání
3. Osobní hygiena
4. Koupání
5. Použití toalety
6. Chůze po schodech
7. Kontinence moči
8. Kontinence stolice
9. Přesun lůžko- židle
10. Chůze po rovině

Způsob skórování:

Položky 1-6:

sám - 10 bodů
s pomocí - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Položky 7-8:

kontinentní - 10 bodů
občas neudrží - 5 bodů
převážně inkontinentní - 0 bodů

9. Přesun lůžko- židle:

sám - 15 bodů
s malou pomocí - 10 bodů
s dopomocí, vydrží sedět - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

10. Chůze po rovině

sám více než 50 metrů - 15 bodů
s lehkou pomocí či s holemi - 10 bodů
s výraznou pomocí či chodítkem - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Hodnocení:

0 - 40 bodů - vysoce závislý v běžných denních aktivitách

45 - 60 bodů - závislý

60 - 105 bodů - závislost lehčího stupně

110 bodů - soběstačný v základních všedních činnostech

Orientační test kognitivních funkcí

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Jméno pacienta Datum Test provedl

A. Orientace

(na každou odpověď čkejte cca 10 vteřin) (max. 10 bodů)

- Který je nyní rok?
- Které je nyní roční období?
- Můžete mi říci dnešní datum?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc (v prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce hodnotte jako správný i následující měsíc)
- Ve které jsme zemi?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení) - název nemusí být přesný
- Ve kterém jsme poschodí

B. Zapamatování

"Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, protože se Vás na ně zeptám znovu za několik minut." *Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy:*

- lopata
- šátek
- váza

"Prosím, opakujte tato slova"

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte bod za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tím končí hodnocení tohoto bodu.

(pozn. Pro hodnocení další je důležité, jestliže pacient nezopakuje všechny tři pojmy, abyste je opakovali, než se to nemocný naučí, nanejvýše pětkrát. Jinak nelze vyšetřovat smysluplné kapitoly "Výbavnost").

C. Pozornost a počítání

"Začněte od 100 a odečítejte po 7, prosím". Skončete po 5 odečtech. Jestliže se nemocný zmylí a výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu (pokud

Jestliže nemocný nemůže nebo nechce počítat, požádejte, aby zpětně hláskoval slovo POKRM. Skóre představuje počet písmen ve správném pořadí.

D. Výbavnost

"Teď, prosím, fekněte ta tři slova, která jste si měli zapamatovat" (na odpověď cca 10 vteřin).

- lopata
- šátek
- váza

E. Pojmenování předmětu

- "Jak se to jmenuje?" (ukážte náramkové hodinky)
- "Co to je?" (ukážte tužku)

F. Opakování

"Opakujte to, co nyní řeknu"

- "Žádná kdyby nebo ale" (na odpověď dejte 10 vteřin, bod dejte jen za celou větu a jen na první pokus)

G. Třístupňový příkaz

Přečtete vyšetřovanému následující příkaz a dejte mu do ruky kus (čtvrtku) prázdného papíru.

"Vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu". Čas na tento úkol: cca 30 vteřin. Hodnotíme bodem

- pravá ruka
- složení na polovinu
- položení na podlahu

H. Čtení a vykonání psaného příkazu.

Ukažte vyšetřovanému kartu s nápisem "Zavřete oči". "Přečtete pokyn na papíru a udělejte, co žádá."

- přidělte bod, pokud pokyn vykoná po maximálně třech výzvách

I. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej "Napište jakoukoli větu"

- Za třicet vteřin zhodnoťte, zda má smysl, podmět

Příloha č. 6 – Seznam nadací přispívajících na zakoupení kompenzačních pomůcek

Nadace Archa Chantal
Svatoslavova 241/26
140 00 Praha 4
www.archa-chantal.cz

Nadace Dagmar a Václava Havlových – Vize 97
Voršilská 10
110 00 Praha 1
www.vize.cz

Nadace Charty 77 – Konto Bariéry
Melantrichova 5
110 00 Praha 1
www.bariery.cz

Nadace Pro Futuro
Washingtonova 1599/17
110 00 Praha 1

Nadace Syner
Rumunská 655/9
460 01 Liberec 4
www.nadacesyner.cz

Nadační fond Kapka Naděje
Nad Vodovodem 2/169
100 00 Praha 10
www.kapkanadeje.cz

Nadační fond Václava Klause
Politických vězňů 10
110 00 Praha 1

Olivova Nadace
Olivova 224
251 01 Říčany
www.olivovanadace.cz

Výbor Dobré vůle – Nadace Olgy Havlové
Senovážné náměstí 2
110 00 Praha 1
www.vdv.cz